



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

RAPPORT SOUMIS AU VOTE DU CONSEIL DE LA CNAM



Propositions de l'Assurance Maladie pour 2026

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 2026 [loi du 13 août 2004]

JUILLET 2025

Introduction par le Président du Conseil de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

Dans un contexte politique inédit, une situation économique préoccupante et devant l'ampleur du déficit de l'Assurance Maladie, il est plus que jamais urgent de proposer des solutions innovantes pour sauvegarder notre système de protection social universel, équitable et solidaire.

Aussi, pour la première fois depuis la réforme de la gouvernance en 2004, le directeur général a invité le Conseil de la Cnam à participer à l'élaboration du rapport Charges et Produits dont la vocation est d'éclairer les politiques de santé publique, la représentation nationale pour l'élaboration du prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Particulièrement conscientes des enjeux, les organisations membres du Conseil se sont mobilisées pour travailler, en collaboration avec les directions de la Cnam, sur un ensemble de thématiques et explorer, sans tabou, dans un esprit de dialogue et de co-construction, l'ensemble des leviers envisageables pour revenir progressivement à l'équilibre financier et assurer la pérennité de notre système.

Centrées autour de problématiques communes en faveur d'un projet global de transformation de notre système de santé, les séances de travail ont abordé des thèmes aussi variés que la prévention, la pertinence, les médicaments, les pathologies chroniques, les prestations en espèces, la lutte contre la fraude ou les rentes économiques.

En parallèle, le Conseil a lancé deux missions sur des sujets qui méritaient une attention particulière : une sur les « indemnités journalières et arrêts maladie » pour comprendre la croissance de ce poste et identifier des leviers ne dégradant pas le niveau de prise en charge des assurés ; l'autre sur le « financement de la branche maladie » et les moyens de revenir à l'équilibre. En auditionnant des experts d'horizons différents, ces travaux ont permis de dégager un certain nombre de conclusions qui ont utilement enrichi ce rapport.

Au terme de ces travaux, je peux affirmer que la démocratie sociale a su s'engager et démontrer sa capacité à proposer des solutions structurantes. Si certaines mesures se sont avérées consensuelles, d'autres, plus controversées, ont été explorées, analysées de manière à mettre en évidence, pour chacune d'entre elles, les bénéfices et les risques. Pour autant, dans un souci de transparence, les contributions et positionnements des organisations membres du Conseil sont annexées à ce rapport.

Pour 2026, ce rapport se veut donc plus structurel et plus offensif sur les phénomènes de rentes économiques et les pratiques inefficaces pour lesquelles les acteurs, les effecteurs et les financeurs du système de santé doivent avoir une démarche partagée tant sur les dépenses que sur les recettes. En outre, ce rapport démontre la nécessité de s'attaquer, dans une logique intersectorielle, aux facteurs de risques d'aggravation des pathologies chroniques et de renforcer la fonction d'assureur de l'Assurance Maladie, notamment par la refonte des taxes sur les produits nocifs à la santé.

Face à une Assemblée Nationale fragmentée, j'espère que ce travail collectif qui a permis de dégager une voix équilibrée guidera, en cette année du 80ème anniversaire de la Sécurité Sociale, les choix des parlementaires et amènera à des décisions responsables pour la pérennité d'un système d'assurance maladie auquel nous sommes tous très attachés.

Fabrice Gombert

Introduction par le Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie

En 2025, nous célébrons les 80 ans de la Sécurité sociale et **la force de notre système d'assurance public universel auquel nos concitoyens sont si attachés dépend de sa capacité à garantir sa propre soutenabilité.**

La France peut certes encore se prévaloir d'offrir à ses citoyens **un système de santé d'excellence avec une forte protection publique qui couvre 80 % des dépenses de santé de notre pays** et un reste à charge parmi les plus modérés des pays développés (autour de 7%).

Mais l'Assurance Maladie est aujourd'hui confrontée à **un déficit qui s'installe, et qui s'aggrave** rapidement, dans un contexte démographique défavorable (vieillesse de la population, explosion des pathologies chroniques), économique et écologique incertain.

Oui, notre modèle d'Assurance Maladie universel est en danger.

La Cnam a donc souhaité se mobiliser cette année au travers de son rapport Charges et Produits pour **définir un horizon économique viable tout en garantissant la qualité et l'égal accès aux soins pour tous.**

L'Assurance Maladie, forte de son histoire et de sa gouvernance associant services administratifs et partenaires sociaux, représentants des patients et des mutuelles, a cherché à développer au sein de ce rapport une réflexion approfondie avec l'ensemble des parties prenantes afin de **tracer des perspectives ambitieuses, consensuelles ou non, pour notre système de santé afin de permettre de faire des choix éclairés.**

Le rapport présenté cette année se veut **un appel à la mobilisation générale** de TOUS les acteurs assurés, patients, professionnels de santé, établissements de santé, entreprises, industriels de la santé à se saisir de TOUS les leviers pour remettre notre assurance maladie sur les rails de la soutenabilité.

Rien ne sera possible sans une **mobilisation massive en faveur de la prévention, qui doit être la grande cause de la décennie**, avec la mobilisation de l'ensemble des acteurs (assurances complémentaires, entreprises, écoles), la lutte contre la diffusion des produits nocifs à la santé, ou encore l'atteinte de nos objectifs en termes de vaccination et de dépistage. Levons tous les blocages individuels à la réalisation des actes de prévention, diffusons partout la culture et le réflexe prévention, dans une logique d'adhésion et non de punition.

Nous devons par ailleurs approfondir **les transformations nécessaires de la prise en charge des patients en lien avec le développement des pathologies chroniques.** A l'horizon 2035, les patients en affection de longue durée pourraient représenter un quart de la population et concentrer trois quarts des dépenses de l'Assurance Maladie. Cela passe par la concrétisation de l'ambition de la coordination des soins avec la création d'un nouveau métier de référent de parcours, la structuration de la prise en charge de la santé mentale et une relecture des modalités de prise en charge des pathologies chroniques.

Le second champ de propositions concerne **l'indispensable recherche du « Juste soin au juste prix ».**

Cette recherche doit s'articuler autour de réformes structurelles qui nous ont permis par le passé de relever les défis auxquels nous sommes confrontés : l'efficacité hospitalière en lançant la vague 2 de la chirurgie ambulatoire, une régulation plus cohérente du prix du médicament pour assurer l'accès aux traitements sans remettre en cause la pérennité du système de santé.

Mais cette recherche doit également être portée par de nouvelles conquêtes d'efficacité médico-économique, en luttant contre le mésusage, le gaspillage, les fraudes, en développant la régulation des rentes économiques, en se mobilisant contre la désinsertion professionnelle dans le cadre des arrêts maladie.

Grâce aux analyses originales menées dans le cadre de ce rapport et notamment sur le coût des médicaments et de l'innovation et les rentes économiques dans certains secteurs de la santé, les économies proposées atteignent un niveau inédit dès 2026 avec 3,9 Md€ documentés. Ces efforts doivent par ailleurs s'ancrer dans une perspective pluriannuelle car c'est plus de 25 Md€ qu'il sera nécessaire de documenter à l'horizon 2030 pour stopper l'aggravation des déficits et engager le redressement financier de notre système d'Assurance Maladie.

Thomas Fatôme

Sommaire

Se fixer une trajectoire pour rétablir la soutenabilité financière de notre système de santé en améliorant la protection contre la maladie et l'accès aux soins	11
1.1. Une dégradation du déficit de l'Assurance Maladie et des établissements de santé en 2024	11
1.2. Une dégradation tendancielle du déficit à l'horizon 2030.....	14
1.3. Quels objectifs en termes de dynamique des dépenses et des recettes pour définir une trajectoire de retour à l'équilibre de la branche maladie ?	19
La prévention, la bataille de la décennie	23
1.1 Mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé pour faire de la prévention une grande cause décennale .	24
1.2 Faciliter l'accès de tous les Français à la prévention et aux dépistages en levant les barrières financières et territoriales	28
1.3 Développer une approche personnalisée de la prévention pour sensibiliser chaque assuré	36
1.4 Dans un contexte marqué par la transition démographique et la progression soutenue des maladies chroniques, agir durablement sur les principaux facteurs de risque comportementaux et les inégalités sociales	40
Parcours de soins et qualité de la prise en charge : les évolutions structurantes nécessaires de notre système de santé	50
1. Une coordination ville-hôpital renouvelée au service des patients les plus fragiles	51
1.1 La poursuite du renforcement de l'offre de premier recours au service de l'accès aux soins programmés et non programmés en ville.....	51
1.2. Une consolidation des parcours des personnes en perte d'autonomie au service d'une meilleure prise en charge à domicile	66
1.3. Organisation de l'activité hospitalière au service de son équilibre économique.....	75
2 Faire évoluer notre système de prise en charge afin d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant d'une maladie chronique	86
2.1 Les pathologies chroniques en croissance constante du fait du vieillissement de la population et de l'évolution épidémiologique	86
2.2 Les systèmes de remboursement des personnes souffrant d'une pathologie chronique en France et à l'étranger.....	91
2.3 Les programmes d'action en faveur des dépistages et de l'accompagnement des patients chroniques	102
2.4 Les perspectives d'évolution dans l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies chroniques	103
3 Les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie : vers un système plus juste, plus lisible et plus efficient	111
3.1 Un système complexe de prise en charge générant une dépense croissante.....	111
3.2 Faire évoluer le système d'indemnisation des arrêts de travail afin de garantir une prise en charge juste, équitable et efficace	120
Le juste soin au juste prix	129
1 Atteindre une régulation du prix du médicament compatible avec nos objectifs de soutenabilité financière du système de santé.....	130
1.1 Enrayer le phénomène « payer plus cher qu'avant des médicaments qui démontrent moins bien leur intérêt »	130
1.2 Générer plus d'économies grâce aux médicaments génériques et des biosimilaires substituables en garantissant la qualité des soins	145
1.3 Réduire les effets négatifs sur l'Assurance Maladie de la régulation des produits innovants et présumés innovants.....	153
2 Enjeu des rentes économiques et de l'optimisation financière de certains secteurs	157
2.1 Des situations de rente économique se sont constituées dans certains secteurs de l'offre de soins ...	159

2.2	Des dynamiques de consolidation et d'ouverture des capitaux à des acteurs financiers sont à l'œuvre dans les secteurs présentant une rentabilité élevée.....	168
2.3	Des pratiques d'optimisation financière posent la question du maintien d'une offre de soins pertinente et de qualité à des tarifs soutenables pour la collectivité.....	173
3	Qualité, pertinence et juste sollicitation du système de santé.....	183
3.1	Diagnostic.....	183
3.2	Propositions.....	198
4	Fiabilisation de la facturation et lutte contre les fraudes.....	213
4.1	Améliorer la qualité de la facturation des professionnels pour réduire les dépenses indues	213
4.2	Renforcer la sécurité des échanges afin de limiter les risques d'erreurs ou de fraudes.....	216
4.3	Accroître la capacité de l'Assurance Maladie à stopper rapidement les fraudes	221
	Trajectoire pour assurer la soutenabilité des dépenses de l'Assurance Maladie à l'horizon 2030 ...	232
1.1.	Faire croître les dépenses de l'Assurance Maladie comme la richesse nationale nécessite de réaliser 22,5 Md€ d'économies.....	233
1.2.	Assurer un dynamisme des recettes de l'Assurance Maladie au même rythme que la richesse nationale nécessite d'identifier 2,5 Md€ de recettes nouvelles d'ici 2030	237
1.3.	La résorption du déficit actuel	238
	Contributions des organisations composant le Conseil de la CNAM (à venir)	240
	Liste des figures	241
	Liste des tableaux.....	244
	Liste des encadrés	245

Liste des propositions

Proposition 1 : Organiser une coalition des financeurs et des acteurs mobilisés en faveur de la prévention en santé :	48
Proposition 2 : Faire progresser les dépistages du cancer	48
Proposition 3 : Faire progresser les dépistages des MCVA	48
Proposition 4 : Développer une approche personnalisée de la prévention pour chaque assuré	48
Proposition 5 : Faire progresser la couverture vaccinale de la population	48
Proposition 6 : Renforcer et réintroduire certains contrôles	48
Proposition 7 : Faire du Nutri-Score la clef de la politique de prévention nutritionnelle	49
Proposition 8 : A taux de prélèvements obligatoires constant, repenser la fiscalité comportementale... ..	49
Proposition 9 : Instituer un Observatoire de planification des besoins de soins et de l'offre correspondante à 10 – 20 – 30 ans	84
Proposition 10 : Réguler plus fortement l'activité médicale conventionnée	84
Proposition 11 : Organiser systématiquement la sortie d'hôpital en construisant un cadre opérationnel dans tous les territoires avec les CPTS et les établissements de santé pour assurer la gestion des sorties avec les professionnels de ville et le secteur médico-social.....	84
Proposition 12 : Créer de nouveaux métiers de « référents de parcours » et « d'infirmière de coordination », et généraliser la responsabilité populationnelle des organisations territoriales.....	84
Proposition 13 : Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires (habitats inclusifs), en s'appuyant sur les différents acteurs du domicile (IDEL, SSIAD, SAAD, HAD) et médicaliser les EHPAD pour éviter les allers-retours hôpital-EHPAD	84
Proposition 14 : Renforcer l'accès aux soins spécialisés en travaillant à des évolutions des modes de régulation des dépassements d'honoraires dans le cadre de la mission parlementaire lancée par le Premier Ministre	84
Proposition 15 : Prévenir et repérer plus précocement les troubles de santé mentale.....	84
Proposition 16 : Favoriser l'accès aux soins en santé mentale et structurer une filière de prise en charge pour soulager les urgences psychiatriques.	85
Proposition 17 : Etablir le cahier des charges organisationnel et financier des structures de soins non-programmés parfois nécessaires à un territoire pour la prise en charge des urgences en ville, en coordination avec le médecin traitant et l'hôpital.....	85
Proposition 18 : Réussir la 2ème vague de la chirurgie ambulatoire et ouvrir le champ de la chirurgie hors bloc	85
Proposition 19 : Faire respecter les seuils existants d'activité minimum pour réaliser certaines activités de chirurgie afin de garantir une égale qualité des soins pour tous, tout en maintenant une prise en charge de proximité	85

Proposition 20 : Sécuriser le parcours de prévention tertiaire des personnes souffrant de pathologies chroniques (éducation thérapeutique, Sophia 2.0, télésurveillance, APA) et assurer une surveillance populationnelle possiblement portée par les établissements de santé pour les patients non stabilisés, avec un financement incitatif (sur le modèle de l'expérimentation « article 51 » CECICS).	110
Proposition 21 : Mettre en place une gestion plus dynamique des entrées et des sorties du dispositif des ALD :	110
Proposition 22 : Ne plus permettre la prise en charge à 100 % des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas ce remboursement intégral (par exemple cures thermales).	110
Proposition 22 : Améliorer et simplifier la prise en charge des assurés dans le cadre des arrêts maladie	127
Proposition 23 : Lutter contre l'absentéisme de courte durée en améliorant les conditions de vie au travail et en responsabilisant davantage les différents acteurs impliqués : l'entreprise, le prescripteur, l'assuré	127
Proposition 25 : Garantir une hiérarchie des prix cohérente avec le progrès thérapeutique des médicaments.....	155
Proposition 26 : Enrayer le phénomène « payer plus cher qu'avant des médicaments qui démontrent moins bien leur intérêt » en oncologie.....	155
Proposition 27 : Instaurer un mécanisme permettant de faire financer par les acteurs du médicament et l'Assurance Maladie les essais thérapeutiques en lien avec la désescalade thérapeutique	155
Proposition 28 : Augmenter les économies en lien avec les génériques et biosimilaires	155
Proposition 29 : Accélérer les négociations pour les médicaments bénéficiant d'un accès précoce....	155
Proposition 30 : Clarifier les règles de gouvernance des Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) ayant ouvert leur capital à des acteurs financiers pour garantir l'indépendance des professionnels de santé (sur le modèle de la conciliation organisée par le Conseil d'Etat dans la santé animale)	181
Proposition 31 : Etablir la transparence totale sur les situations de rentes économiques et sur la composition de l'offre de soins	181
Proposition 32 : Pour répartir plus équitablement les dépenses d'Assurance Maladie, baisser les tarifs des secteurs présentant un très haut niveau de rentabilité	181
Proposition 33 : Prévenir la constitution de rentes en faisant évoluer de manière plus réactive la tarification des actes et forfaits versés aux professionnels de santé (maintenance de la CCAM, études régulières de coûts, etc.)	181
Proposition 34 : Améliorer la régulation territoriale pour s'assurer du développement ou du maintien d'une offre de soins pertinente sur l'ensemble du territoire.....	181
Proposition 35 : Pour éviter les phénomènes de « too big to fail » (prise en charge par la puissance publique des conséquences des erreurs de gestion d'un acteur privé), identifier les opérateurs de l'offre de soins dont la défaillance serait susceptible d'avoir un impact significatif sur l'offre de soins et les obliger à communiquer au régulateur un plan de continuité des soins en cas de défaut au niveau du groupe	181
Proposition 36 : Faire connaître l'investissement public dans la santé au global (campagnes sur le coût d'un accouchement, une nuit à l'hôpital, etc.) et restituer à chaque assuré ce que l'Assurance Maladie a réellement investi pour sa consommation de soins.....	211

Proposition 37 : Développer le « retour d'information aux PS » sur leurs pratiques afin de leur permettre d'adapter au mieux leur exercice professionnel par eux-mêmes, en se comparant à leurs pairs	211
Proposition 38 : A différents stades de la carrière du professionnel de santé conventionné, s'assurer de sa bonne connaissance des dispositifs de facturation et de l'état de l'art en matière de qualité et de pertinence	211
Proposition 39 : Assurer une utilisation systématique du DMP en baissant les tarifs en cas d'absence d'alimentation du DMP-MES (biologie-radiologie en priorité).....	211
Proposition 40 : Développer fortement la déprescription.....	211
Proposition 41 : Rendre obligatoire le recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération (avec IA) et étendre leur champ d'action (biologie, radiologie, transports).....	211
Proposition 42 : D'ici 2030, viser la sécurisation de l'ensemble des prescriptions onéreuses ou sensibles via la généralisation de l'ordonnance numérique couplée à un large arsenal d'outils de contrôle de la pertinence	211
Proposition 43 : Mettre en place une plateforme de commandes de transports gérée par l'Assurance Maladie prioritairement à l'appui des médecins de ville	211
Proposition 44 : Diminuer l'impact carbone et environnemental des prescriptions et engager avec l'ANSM des travaux sur la réutilisation des produits de santé non-ouverts et non-périmés pour limiter le gaspillage	211
Proposition 45 : Déployer un nouveau dispositif d'intéressement des établissements, financé sur le risque, permettant de partager les gains réalisés en matière de PHEV (Prescriptions hospitalières exécutées en ville).....	211
Proposition 46 : Dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, viser une part variable à la qualité et à la pertinence représentant un montant croissant de l'enveloppe financière des établissements de santé dispositif IFAQ rénové et simplifié (e.g. ROSP = 10%).....	211
Proposition 47 : Transférer aux établissements de santé le budget des transports des patients dialysés dont ils auront désormais la gestion.....	211
Proposition 48 : Revoir le financement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers durant un séjour d'hospitalisation en établissement public de santé.....	211
Proposition 49 : Dès 2026, revoir les modalités d'encadrement et la tarification de la PPC pour revenir à des standards proches de ceux observés à l'étranger	212
Proposition 50 : D'ici 2027, construire un dispositif de régulation sectorielle pour mieux encadrer les dépenses de dispositifs médicaux de la LPP	212
Proposition 51 : Renforcer la régulation à l'installation des infirmiers libéraux via l'extension des zones sur-denses et l'instauration d'une règle de « deux départs pour une installation » dans les zones très sur-dotées	212
Proposition 52 : Conditionner le tiers payant à l'utilisation systématique de la carte Vitale, sauf cas exceptionnel.....	231
Proposition 53 : Faciliter la qualité et le contrôle de l'exécution des prescriptions.	231

Proposition 54 : Renforcer les capacités d'action et de contrôle de l'Assurance Maladie sur l'activité des professionnels de santé, notamment en cas de fraudes.	231
Proposition 55 : Développer les systèmes d'alerte permettant de signaler des fraudes.....	231
Proposition 56 : Renforcer la responsabilisation des assurés à travers une intensification de l'information des assurés et du suivi des patients atypiques en termes de recours au système de santé.....	231
Proposition 57 : Développer les échanges d'informations entre les Assurances Maladies obligatoire et complémentaires afin de rendre la lutte contre les fraudes encore plus performante	231
Proposition 58 : Poursuivre et accélérer la montée en charge des nouveaux outils d'intelligence artificielle pour mieux détecter et stopper les fraudes.	231
Proposition 59 : Réunir l'ensemble des parties prenantes afin de déterminer les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires pour stabiliser la part financée par l'AMO à 80 %.....	239
Proposition 60 : Rehausser le plafond de la complémentaire santé solidaire pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles	239

Liste des options

Il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport.

Options sur la prévention

- **Instauration d'une obligation de vaccination contre la grippe en Ehpad pour les résidents**
- **Instauration d'une obligation de vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé** travaillant en Ehpad / en établissement de santé et médico-social / en contact avec tout patient (incluant la ville)
- **Solliciter l'avis de la HAS pour abaisser la vaccination HPV à 9 ans**
- **Mettre en place des incitations personnalisées à la prévention.**
 - Remettre un bon de réduction sur les primes d'assurance complémentaire pour les assurés à jour de leurs actes de prévention.
 - Expérimenter une incitation financière à l'arrêt du tabac en sus de la mesure du CO expiré pendant la grossesse.

Options sur la prise en charge des pathologies chroniques

- **Définir une liste de soins spécifiques et opposables à chaque ALD**
- **Créer un statut supplémentaire en amont de l'ALD**
 - Créer un statut de « risque chronique » au moment du diagnostic par le médecin traitant d'une HTA, d'une obésité, d'un risque cardiovasculaire, d'une hypercholestérolémie, ou d'un diabète de type 2 sans comorbidité. Ce statut doit permettre la mise en place d'un parcours de prévention adapté pour éviter ou retarder l'aggravation de la pathologie (par ex : bilan diététique, bilan activité physique, éducation thérapeutique, accompagnement Mon soutien psy) avec une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire de droit commun évitant la chronicisation et le développement de comorbidités.
 - Recentrer le statut ALD et la prise en charge à 100 % par l'AMO lorsque le patient passe une étape dans sa maladie qui deviendra inévitablement longue et coûteuse, avec un fort recours au système de santé.

Dans ce schéma, les associations de patients et les sociétés savantes pourraient déterminer, pathologie par pathologie, la gradation de la prise en charge médicale et financière en lien avec la HAS.

Options sur les indemnités journalières maladie

- **Lutter contre l'absentéisme de courte durée**
 - Prévenir les arrêts courts évitables (grippe via des dispositifs de vaccination en entreprise, douleurs évitables par des aménagements de postes, amélioration de la qualité de vie au travail, de, etc.) en introduisant un bonus/malus employeur sur l'absentéisme de court-terme
 - Transférer le financement les 7 premiers jours d'arrêt de travail à l'employeur avec un maintien du niveau de couverture actuel pour le salarié (période sur laquelle il a des leviers de prévention) et instaurer en contrepartie une journée de carence d'ordre publique pour dissuader les arrêts sans lien avec la maladie
- **Mieux protéger les personnes en arrêt long et éviter leur désinsertion professionnelle**
 - Supprimer le régime dit d' « ALD non-exonérante » au profit des deux régimes de droit commun (ALD ou non-ALD) avec, en parallèle, un renforcement des actions pour éviter la désinsertion professionnelle
 - Instaurer un « contrat de prévoyance responsable » basculant une partie des financements complémentaires de l'entreprise sur les arrêts de long terme, source de paupérisation. Le contrat responsable pourrait prévoir une indemnisation obligatoire pendant toute la durée de l'arrêt, en sus des 50 % de l'Assurance Maladie (par exemple de 10%), en contrepartie d'une indemnisation plafonnée à 90 % du revenu net du salarié pour les arrêts courts (par exemple de moins d'un mois). En tant que contrat responsable, il bénéficierait dès lors d'une fiscalité incitative.

Option sur le médicament

- **Reconstruire un cadre pluriannuel de pilotage de la dépense de médicaments** équivalent à la période 2010-2019 avec un objectif d'évolution annuelle des remboursements de l'Assurance Maladie limité à l'inflation à l'horizon 2030

Option sur les phénomènes de rentes

- De manière complémentaire aux baisses de tarifs, **instaurer un mécanisme de régulation sectorielle (type « clause de sauvegarde »)** pour les secteurs à forte rentabilité, qui se déclencherait lorsque la régulation tarifaire est temporairement insuffisante

Options sur la couverture complémentaire santé

- **Revoir le périmètre des contrats responsables**, notamment en allongeant la fréquence de renouvellement des lunettes à niveau de correction inchangé. Interdire la publicité pour les lunettes de vue et les audioprothèses
- **Définir un contrat socle devant être proposé par l'ensemble des organismes complémentaires** couvrant strictement (ni plus, ni moins) les garanties du contrat responsable, afin que chaque assuré puisse avoir le choix d'un contrat « bon-marché »

Se fixer une trajectoire pour rétablir la soutenabilité financière de notre système de santé en améliorant la protection contre la maladie et l'accès aux soins

En 2025, nous célébrons les 80 ans de la Sécurité sociale et la force de notre système d'assurance public universel dépend de sa capacité à garantir sa propre soutenabilité. L'Assurance Maladie est aujourd'hui face à un tournant : un déficit structurel, et qui s'aggrave, dans un contexte démographique défavorable (vieillesse de la population, explosion des pathologies chroniques) et économique incertain. Ce chapitre présente les principaux enjeux financiers à l'horizon 2030 pour l'Assurance Maladie afin de définir les contours d'une trajectoire d'un horizon économique viable pour notre système de santé.

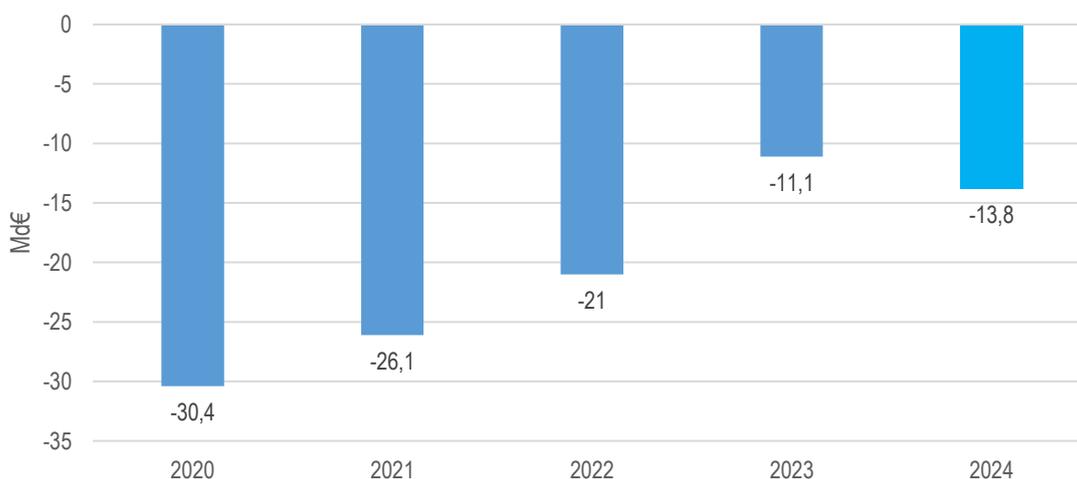
1.1. Une dégradation du déficit de l'Assurance Maladie et des établissements de santé en 2024

L'année 2024 marque un tournant avec une augmentation du déficit après trois années de redressement progressif. Par ailleurs, la situation financière des hôpitaux publics continue de se dégrader fortement.

1.1.1 Le déficit de la branche maladie s'élève à 13,8 milliards d'euros en 2024 en dégradation de 2,7 Md€ par rapport à 2023

En 2024, la situation financière de l'Assurance Maladie s'est dégradée, avec une augmentation de son déficit, qui s'établit à 13,8 milliards d'euros (après 11,1Md€ en 2023). Cette détérioration marque une rupture par rapport au redressement des comptes amorcé après la crise sanitaire de 2020, qui avait vu le déficit exploser, après deux années proches de l'équilibre en 2018 et 2019.

Figure 1 : Déficit de l'Assurance Maladie (2020-2024)



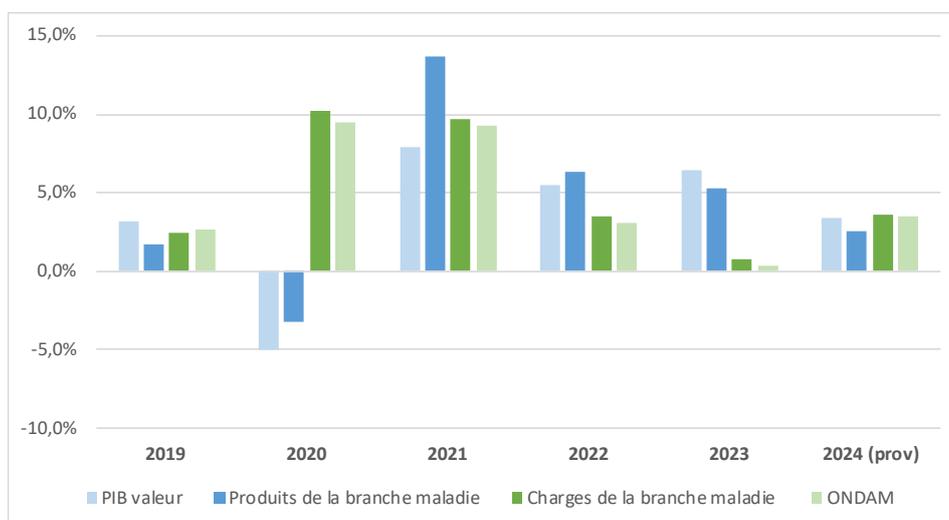
Source : CCSS

En 2020, la crise sanitaire a provoqué simultanément une forte hausse des dépenses de santé et une récession économique historique, annulant complètement les efforts de redressement de la situation financière de l'assurance maladie tout au long de la précédente décennie. En 2020, ce brutal effet de ciseau (accélération des dépenses et contraction des recettes) a plongé l'assurance maladie dans un déficit historique, s'établissant à 30,4 Md€.

Entre 2021 et 2023, le déficit s'est ensuite réduit en raison du rebond de l'activité économique puis de la baisse des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid : une partie de ces dépenses était en effet ponctuelle (tests, vaccins, masques, indemnités journalières, dotations exceptionnelles aux établissements de santé...) et a disparu avec la fin de la pandémie. Toutefois, une partie significative des dépenses supplémentaires décidées pendant la crise est pérenne : il s'agit de dépenses accordées dans le cadre du Ségur de la santé, en particulier des revalorisations salariales dans les établissements de santé, représentant au total environ 13,4 Md€ de charges annuelles supplémentaires pour l'ensemble des branches de la sécurité sociale¹.

En 2021, le PIB a connu une croissance forte 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 %, alors que la masse salariale soumise à cotisations restait très dynamique, en hausse de 8,7%, une progression quasi identique à celle connue en 2021 (+8,9%) et traduisant un rattrapage après la forte contraction enregistrée en 2020 sous l'effet du recours massif au chômage partiel. En 2023, la situation financière de la CNAM s'est améliorée de près de 10 Md€, grâce essentiellement la réduction des dépenses Covid non pérennes (-10,6 Md€ entre 2022 et 2023), alors que les recettes ont été portées par des assiettes dynamisées notamment par l'inflation et un apport de recettes nouvelles de plus de 2 Md€ au titre du transfert à la CNAF du financement du congé post-natal voté en Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2023.

Figure 2 : Evolution annuelle des charges et produits de la branche maladie comparée à celle du PIB et de l'ONDAM



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, champ PUMa

La dégradation du déficit en 2024 s'explique par des dépenses dont la croissance est toujours soutenue. La hausse des tarifs des consultations des médecins généralistes et spécialistes, instaurée par le règlement arbitral entré en application à l'automne 2023, jouent en année pleine, tirant à la hausse les prestations maladie. S'y ajoute par ailleurs la forte progression des dépenses de médicaments qui augmentent de 5,2% après déductions de remises et de la clause de sauvegarde ainsi que des indemnités journalières, portées par un effet prix important en raison d'effets retardés des hausses de SMIC et salaires observées en 2023, ainsi qu'un effet volume soutenu.

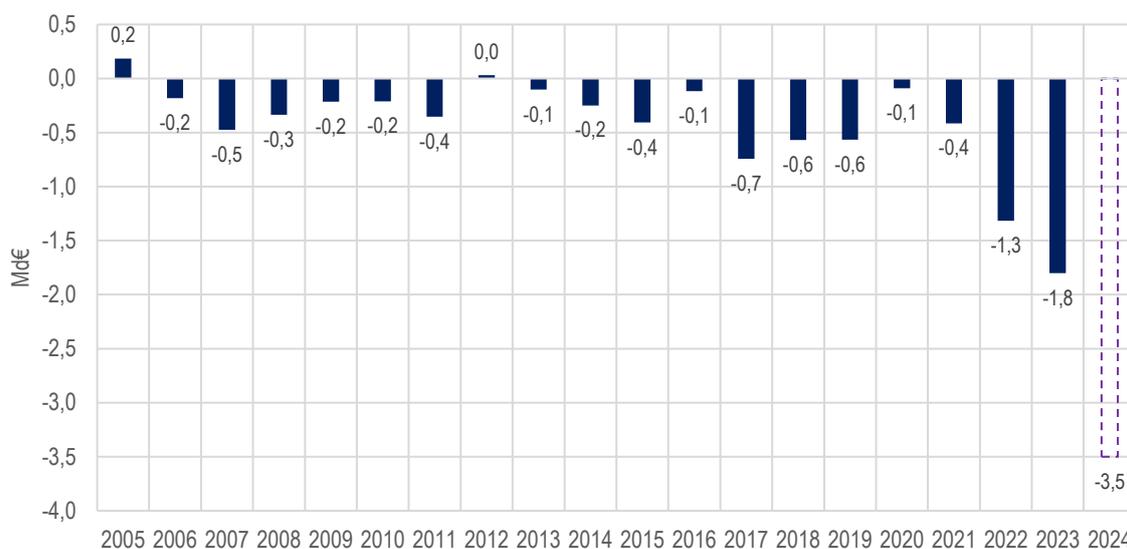
Les recettes ont été, elles, moins dynamiques. Le contexte macro-économique a été moins favorable (la croissance de la masse salariale du secteur privé s'est normalisée, atteignant 3,3% après 5,7% en 2023) et les impôts (qui représentent environ 30% des recettes de la branche) n'ont augmenté que de 2,2%, en raison notamment d'une faible progression de la TVA et d'un recul des produits assis sur les tabacs (-4,2%). Ainsi, le déficit 2024 s'élève à 13,8 Md€.

¹ L'effet net sur le solde de l'assurance maladie est toutefois un peu réduit par le surcroît de recettes de cotisations et de CSG induit par les revalorisations du Ségur de la santé.

1.1.2 Un déficit des établissements de santé en forte dégradation en 2024 selon les premières prévisions disponibles

Au déficit de l'Assurance Maladie s'ajoute la dégradation importante du déficit des établissements de santé. En 2022, le déficit global (budget principal et budget annexe) des hôpitaux publics atteignait 1,3 milliard d'euros et il atteindrait 1,8 Md€ en 2023 (résultats non encore définitif) et 3,5 Md€ en 2024 (premières estimations). Ce déficit s'élevait à 415 millions d'euros en 2021, 91 millions en 2020 et 565 millions en 2019, avant la crise sanitaire. Cette très nette détérioration contraste donc avec l'amélioration apparente de leur situation financière en 2020, qui était essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire. Rapporté aux recettes, le résultat net² est de -1,3 % en 2022 (après -0,4 % en 2021 et -0,7 % en 2019), une proportion inédite depuis 2005, point de départ des observations réalisées dans le cadre des analyses publiées par la DREES.

Figure 3 : Résultat net des hôpitaux publics depuis 2005



Note pour les années 2005 à 2022 > Une correction a été apportée aux comptes 7071 (rétrocession de médicaments) et 6021 (produits pharmaceutiques et produits à usage médical) de l'AP-HP de 2005 à 2010, pour tenir compte de flux de rétrocession internes à l'AP-HP qui n'étaient pas consolidés avant 2011.

Le compte 7722 (produits sur exercices antérieurs à la charge de l'Assurance maladie) est exclu du résultat exceptionnel et inclus dans le résultat d'exploitation, mais cette correction n'est pas effective entre 2006 et 2011 inclus, étant donné que le compte 772 n'est pas subdivisé sur cette période (anciennes instructions budgétaires et comptables M21).

* estimation Fédération hospitalière de France (FHF)

Champ > France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors Service de santé des armées.

Sources 2005 - 2023 > DGFIP, traitements DREES.

D'après la DREES³, la progression, en 2022, des charges du budget principal des établissements publics de santé s'observe pour la plupart des principaux postes budgétaire. Ainsi, les dépenses de personnel, qui représentent près de deux tiers des charges des établissements continuent leur forte hausse amorcée en 2020 (+5,5 % en 2022) atteignant 57,9 Md€ (contre 54,9 Md€ en 2021), à un rythme nettement plus élevé que pendant la période précédant la crise (+2,3 % par an en moyenne de 2005 à 2019). Cette accélération est portée par les revalorisations salariales du Ségur et la revalorisation du point d'indice de la fonction publique intervenue dans un contexte de forte inflation, les effectifs salariés restant globalement stables en 2022. Les dépenses à caractère médical (acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant, 21% des charges soit 19,9 Md€), augmentent à un rythme soutenu depuis la crise sanitaire. Elles progressent de 6,2 % en 2022, après +9,6 % en 2021, +7,0 % en 2020 contre seulement +2,6 % en 2019. Les dépenses à caractère hôtelier et général s'élèvent à 9,0 milliards d'euros. Elles sont en hausse de +5,3 % en 2022, après +5,4 % en 2021. Leur part dans les charges reste stable (9,5 %).

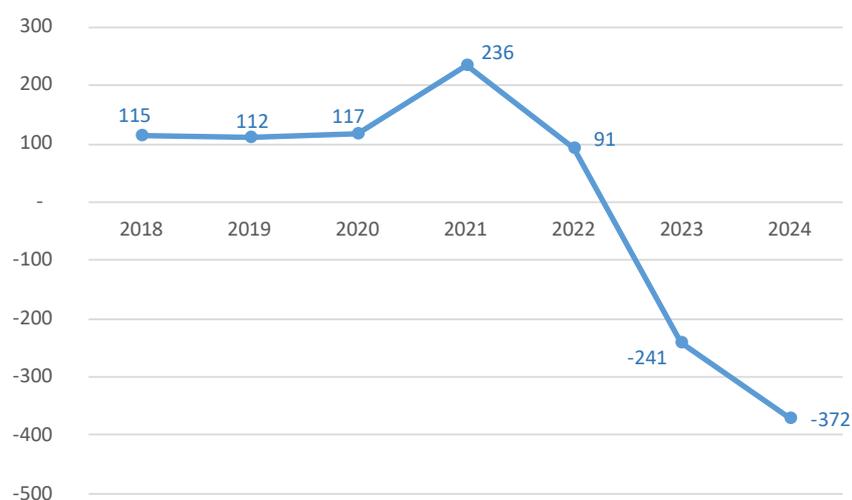
² Le résultat net correspond à la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel.

³ Les établissements de santé en 2022 - Édition 2024, DREES.

1.1.3 La situation de la dette de l'Assurance Maladie et la charge financière de son amortissement

A fin 2024, les déficits antérieurs de la branche maladie ont été repris à 99,3% par la CADES, avec un montant total de versements effectués par la CADES de 155,1 Md€ entre 2011 et 2024 pour des déficits cumulés de 156,2 Md€ entre 2009 et 2023. Du fait de la hausse des taux d'intérêt, le financement par l'Urssaf Caisse nationale (UCN, ex 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 M€ en 2023 et 513 M€ en 2024 après 18 M€ en 2022**. Cette hausse compensée en partie par les produits financiers s'élevant à 141 M€ en 2024 (solde financier à -372 M€ en 2024) est essentiellement due à un environnement de taux d'intérêt en hausse, qui a augmenté le coût de l'endettement. Depuis 2014 et jusqu'en 2022, l'UCN profitait de conditions particulièrement avantageuses pour ses emprunts à court terme (taux d'intérêt négatifs), générant ainsi un solde financier positif pour la branche maladie. Il est négatif depuis 2023.

Figure 4 : Solde des charges et produits financiers de la CNAM entre 2018 et 2024 (M€)



Source : CNAM

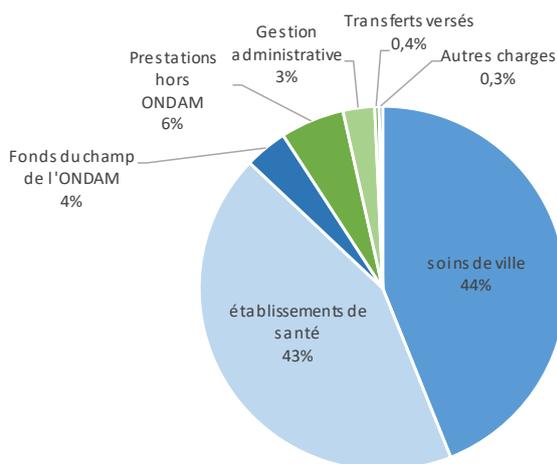
1.2. Une dégradation tendancielle du déficit à l'horizon 2030

En l'absence de mesures nouvelles en recettes ou d'une régulation de la dépense, la situation financière de l'Assurance Maladie se dégraderait. Pour permettre de dessiner les contours d'une trajectoire visant à préserver la soutenabilité à notre système de santé, il est nécessaire de projeter les dépenses et recettes de la branche à moyen-terme afin d'identifier les enjeux financiers autour d'un retour à l'équilibre de notre système de santé et les leviers mobilisables.

1.2.1. Une évolution tendancielle des dépenses de l'Assurance Maladie à l'horizon 2030 guidée à la fois par le vieillissement de la population et la chronicisation des pathologies

Les dépenses de la branche maladie sont composées de trois grands agrégats : les dépenses du champ de l'ONDAM qui en représentent 91% (cf. Figure 5), les prestations versées par l'Assurance Maladie hors périmètre de l'ONDAM comme les pensions d'invalidité ou les indemnités journalières maternité et enfin la gestion administrative qui recouvre les frais de fonctionnement de la branche. Les autres dépenses (transferts versés et charges diverses) représentent moins de 1,0%.

Figure 5 : Décomposition des dépenses de la branche maladie en 2024



Source : CNAM d'après commission des comptes de la sécurité sociale

Au regard de leur poids dans la dépense totale (91%), l'évolution des dépenses dans le champ de l'ONDAM détermine globalement celle de l'ensemble des charges de la branche. Aussi, la trajectoire de projection des dépenses à l'horizon 2030 présentée dans ce rapport repose sur l'hypothèse d'une évolution tendancielle (i.e. à politique inchangée) de moyen terme des dépenses d'assurance maladie sous ONDAM de 4,5%, dans la ligne des tendanciels sous-jacents retenus dans les derniers PLFSS (cf. Figure 6) mais en progression par rapport l'évolution tendancielle sur la période 2019-2024 qui en moyenne s'élevait de 4,3%. La prolongation à l'identique des hypothèses passées pour l'exercice de projection revient à considérer qu'à politique inchangée, la contribution des facteurs d'accroissement des dépenses de santé (facteurs démographiques, environnementaux, coût de l'innovation...) se maintiendra globalement.

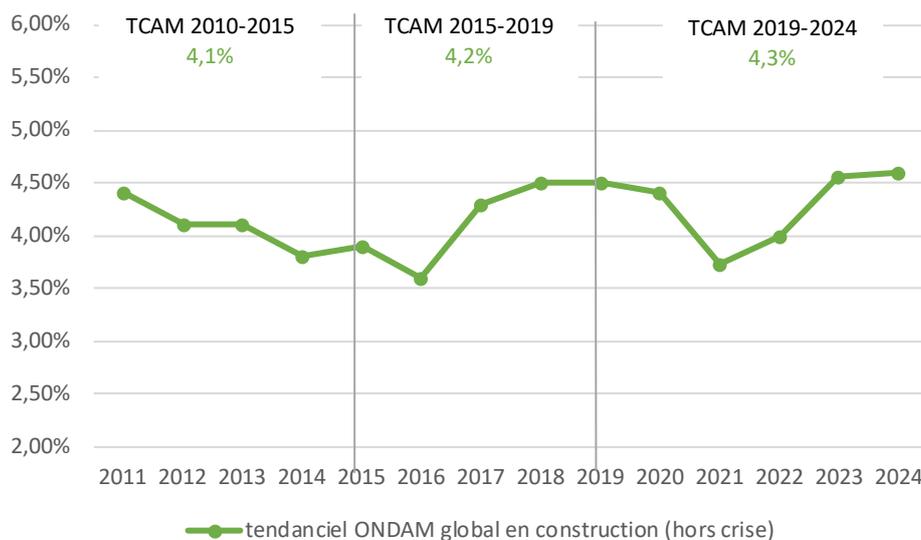
En particulier, la dynamique des dépenses de santé est largement portée par l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques : 71% de la croissance des dépenses de santé entre 2015 et 2023 s'expliquerait par la hausse des dépenses en lien avec les pathologies chroniques selon la cartographie des pathologies et des dépenses développées par la CNAM. Tendanciellement, sans mesures fortes, il paraît raisonnable de considérer que cette dynamique passée des dépenses de santé va se maintenir. Entre 2019 et 2023, le vieillissement de la population a contribué pour 55% à la hausse de la prévalence des pathologies chroniques. Or, selon les projections démographiques de l'INSEE, le vieillissement de la population se poursuit à l'horizon 2030 avec par exemple la part des 70 ans et plus qui représenteraient 17,9% de la population contre 15,7% aujourd'hui.

L'ONDAM inclut également des recettes dites « atténuatives », telles que les remises conventionnelles, la clause de sauvegarde ou encore la taxe sur les organismes complémentaires. Ces recettes sont comptablement imputées en produits de la CNAM, mais viennent diminuer les dépenses de l'ONDAM. Elles sont supposées ici, par convention, évoluer comme l'ONDAM total, même si elles ont progressé beaucoup plus rapidement ces dernières années⁴. Cette hypothèse simplificatrice est sans impact sur la projection de solde⁵.

⁴ Le montant des remises conventionnelles et de la clause de sauvegarde s'élevait à 0,9 Md€ en 2015, 2,4 Md€ en 2019 et plus de 10 Md€ en 2023.

⁵ La croissance très rapide des remises constatée ces dernières années s'est accompagnée d'une forte croissance des remboursements de médicaments par l'assurance maladie, globalement plus rapide que les autres postes de dépenses de l'ONDAM. Pour simplifier l'exercice de projection à l'horizon de 10 ans on fait progresser les différentes composantes de l'ONDAM au même rythme.

Figure 6 : Evolution tendanciel des dépenses de l'objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie



Note : les taux d'évolution de l'ONDAM présentés ici s'entendent en construction en PLFSS initial, hors crise, à périmètre constant.
Source : Annexes 7 aux PLFSS 2011 à 2021, annexe 5 aux PLFSS 2022 à 2024.

Par ailleurs, les dépenses de prestations hors champ de l'ONDAM (9% des charges de l'assurance maladie) ont progressé de 2,4% en valeur en moyenne sur la période 2011-2019 à périmètre constant :

- les pensions d'invalidité, qui en représentent la moitié, ont été les plus dynamiques, tirées par les conséquences de la réforme des retraites de 2010 repoussant l'âge de sortie du dispositif d'invalidité de 60 à 62 ans. Ces prestations sont revalorisées en fonction de l'inflation et leur progression en volume oscille autour de 2,0%, une fois neutralisés les effets liés à la réforme des retraites. C'est cette hypothèse qui a été retenue en projection ;
- la progression des indemnités journalières maternité a été contenue par la baisse des naissances constatée depuis 2015. A l'horizon 2030, les projections démographiques de l'INSEE, reprises dans cet exercice, tablent sur une stabilisation du nombre de naissances à l'horizon 2030 ;
- enfin, on retient une hypothèse de progression des dépenses de gestion administrative limitée à 70% de l'inflation sur l'horizon de projection post-COG.

Encadré 1 : De l'ONDAM aux dépenses d'assurance maladie

Malgré son nom (objectif national d'assurance maladie), il n'y a pas de stricte identité entre l'**ONDAM** d'une part et les dépenses enregistrées dans les comptes de l'assurance maladie d'autre part.

L'ONDAM comprend ainsi des prestations servies au titre du risque maladie et maternité mais également du risque accident du travail – maladies professionnelles dont les charges sont retracées dans les comptes de la branche AT-MP. Il inclut aussi le financement par la CNSA des établissements et service médicaux-sociaux accueillant des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi que des dotations à des fonds et des opérateurs dans le champ de la santé.

Au total, si l'ONDAM se décompose en 6 sous-objectifs (dépenses de soins de ville, dépenses relatives aux établissements de santé, dépenses en établissement pour personnes âgées, dépenses en établissement pour personnes en situation de handicap, dépenses relatives au fonds d'action régionale et au soutien à l'investissement, autres prises en charge), il repose sur l'agrégation d'une partie des comptes des régimes d'assurance maladie (12 régimes, représentant 86% des dépenses de l'ONDAM), des régimes servant des prestations au titre du risque AT-MP (10 régimes, 2%) et de la CNSA (12%).

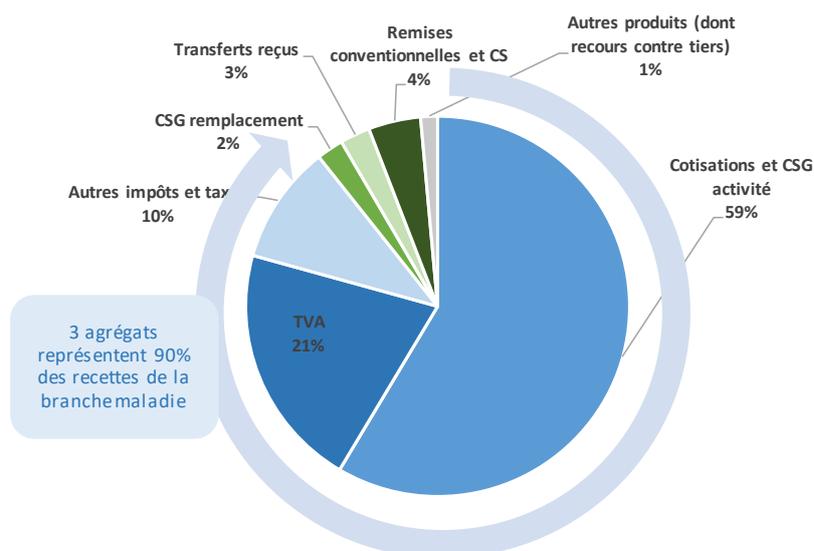
Réciproquement, toutes les charges de la branche maladie n'entrent pas dans l'ONDAM, même si c'est le cas de la majeure partie d'entre elles. Ainsi, seules 9% des charges de la branche maladie sont hors ONDAM. Il s'agit principalement des pensions d'invalidité, des IJ maternité, des dépenses de gestion administrative et des charges financières.

En synthèse, l'ONDAM porte à 86% sur la branche maladie, dont 91% des dépenses relèvent du champ de l'ONDAM.

1.2.2. Tendanciellement, les recettes de la branche progressent un peu moins rapidement que la richesse nationale

Les recettes affectées à la branche maladie s'élèvent à 237,5 Md€ en 2024. Elles sont principalement composées de trois grands agrégats qui représentent 90% de celles-ci : les recettes assises sur les revenus d'activité (cotisations et contribution sociale généralisée (CSG) assises sur la masse salariale du secteur privé mais aussi des autres secteurs d'activité, moins dynamiques), la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et un certain nombre de contributions et taxes pour partie en lien avec des objectifs de santé publique.

Figure 7 : Structure des recettes de la branche maladie en 2024



Source : CNAM d'après Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les projections de produits reposent sur le dernier scénario macroéconomique du gouvernement à horizon 2029⁶, prolongé par celui du Conseil d'orientation des retraites entre 2030 et 2035. Ce cadre macroéconomique (PIB, emploi, salaire, inflation) est complété par des hypothèses conventionnelles sur la dynamique des différentes assiettes des recettes de l'Assurance Maladie.

Les recettes devraient ralentir à l'horizon 2030 en raison de la décélération des assiettes sur lesquelles elles sont prélevées et qui retrouvent des rythmes de croissance plus proches des tendances de moyen terme après les taux élevés enregistrés lors du rebond de l'activité constaté post Covid. Les deux principales assiettes des produits de l'Assurance maladie (masse salariale du secteur privé pour les cotisations et la CSG activité, biens de consommations pour la TVA) suivraient une trajectoire de moyen terme parallèle à celle de la richesse nationale (i.e. le PIB en valeur). Toutefois, les autres assiettes, sociales ou fiscales, augmenteraient moins rapidement : en particulier la masse salariale du secteur public, structurellement moins rapide que celle du secteur privé, ou les produits du tabacs. Il est enfin supposé que la dynamique des allègements généraux (cf. Encadré 2) n'altérera pas la progression globale des produits de la branche à moyen terme.

Au total, à moyen terme (2026-2029), les produits de l'assurance maladie évolueraient de 2,7% en moyenne annuelle, un rythme légèrement moins rapide que celui du PIB en valeur (2,9% en moyenne annuelle). A plus long-terme (2030-2035), les produits ralentiraient légèrement : +2,4% par an contre +2,8% de croissance annuelle moyenne du PIB en valeur.

⁶ [Avis n° HCFP-2023-7](#)

Encadré 2 : les dispositifs d'exonérations et d'exemption de cotisations et contributions sociale : plus de 39 Md€ pour la branche maladie

Comme le précise l'annexe 4 au PLFSS pour 2025⁷, « pour favoriser l'atteinte d'objectifs de politiques publiques (baisse du coût du travail en faveur de l'emploi, augmentation du pouvoir d'achat, acquisition de droits sociaux contributifs, etc.), des réductions du niveau des prélèvements sociaux peuvent être accordées aux acteurs économiques. Ces dispositifs dérogatoires, communément dénommés « niches sociales », prennent la forme d'exonérations, c'est-à-dire de réductions totales ou partielles des montants dus, le plus souvent par réduction des taux ou application d'un abattement, ou d'exemptions, totales ou partielles, de l'assiette sur laquelle les prélèvements sont dus ».

Initiés en 1993, les « allègements généraux » (AG) de cotisations visent à réduire le taux de cotisations patronale sur les rémunérations les moins élevées (au départ jusqu'à 1,3 SMIC, puis ce seuil a été relevé au cours des différentes réformes sur ces allègements). Le dispositif a ensuite été élargi à partir de 1998 jusqu'en 2014. Au total, à fin décembre 2019, ne reste que 1,7 point de cotisation de sécurité sociale au niveau du SMIC, soit un taux d'exonération maximal de 32,54 points. Pour la branche maladie, la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), qui était une dépense fiscale de l'Etat, en une baisse pérenne de cotisations patronales en 2019 a essentiellement consisté à la mise en place d'une baisse de 6 points (sur 13 points au total) du taux de cotisations patronales pour les salaires jusqu'à 2,5 SMIC.

Cette exonération de 6 points de cotisations maladie ajoutée aux autres allègements généraux de cotisations ont représenté 37,1 Md€ de moindres recettes en 2023 pour la branche maladie. Ces dispositifs ont fait l'objet de mesures de compensation de la part de l'Etat, qui ont pris diverses formes successives (fonds dédié – le FOREC - dotations budgétaires, affectations de recettes fiscales avec maintien d'un dispositif de compensation « à l'euro près ») avant de laisser leur place en 2011 à un principe de compensation « pour solde de tout compte » d'une affectation de recettes fiscales. C'est ce même principe qui a prévalu en 2019 pour la compensation de l'exonération maladie de 6 points *via* l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA.

A ces dispositifs d'exonération générale s'ajoutent des exonérations ciblées, plus favorables, visant certains secteurs d'activité ou certaines zones géographiques. Si la majorité des exonérations ciblées donnent lieu à une compensation de l'Etat à l'euro près *via* des dotations budgétaires, certaines demeurent non-compensées et induisent une perte de recettes pour la sécurité sociale. Toutefois, cela représente un montant marginal pour la branche maladie, de l'ordre de 0,1 Md€.

Enfin, certaines exemptions d'assiette – exclusion de certains revenus de l'assiette des prélèvements sociaux – sont appliquées, pour un montant global sur le champ de la sécurité sociale estimé à 11,2 Md€ en 2024.

Dans le présent exercice de projection, il est fait l'hypothèse que ces exonérations et exemptions évolueront comme la masse salariale totale, n'impliquant de fait aucune déformation de la dynamique des produits de la branche.

1.2.3. Une dégradation tendancielle du déficit de l'Assurance Maladie à l'horizon 2029

Les prévisions financières annexées à la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2025 concernant la branche maladie anticipaient un déficit de 16,8 Md€ à l'horizon 2028⁸, résultant de charges toujours dynamiques (reposant sur une évolution de l'ONDAM de 2,9% sur 2026-2028) mais dans un contexte macro-économique ne permettant pas une croissance soutenue des recettes.

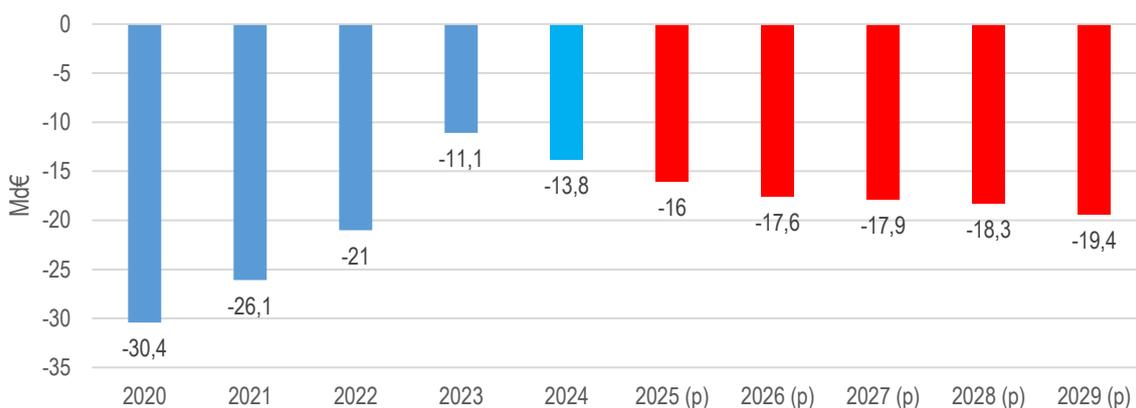
La Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2025⁹ a présenté une trajectoire actualisée, de -16,0 Md€ en 2025 à -19,4 Md€ à l'horizon 2029, reposant sur les hypothèses macro-économique du rapport d'avancement annuel issu du Programme budgétaire et structurel à moyen terme (PSMT), et sur une trajectoire d'ONDAM à 2,9% de progression annuelle, conformément à la LPFP 2027.

⁷ [PLFSS 2025 - Annexe 4](#)

⁸ Ces prévisions supposaient par ailleurs un solde 2024 de -15,3 Md€, les comptes définitifs s'établissant finalement -13,8 Md€.

⁹ [Rapport CCSS juin_BAT_avec couverture.pdf+](#)

Figure 8 : Déficit de l'Assurance Maladie depuis 2020 et prévisions de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de juin 2025



Source : CCSS, juin 2025

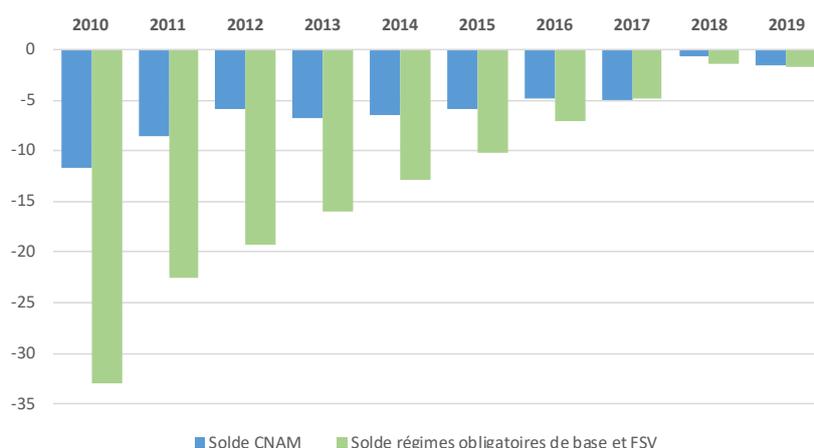
1.3. Quels objectifs en termes de dynamique des dépenses et des recettes pour définir une trajectoire de retour à l'équilibre de la branche maladie ?

L'Assurance Maladie a déjà connu des périodes de déséquilibre financier structurel important. Ce fut notamment le cas après la crise financière de 2008 qui avait conduit la branche à enregistrer au début de la décennie précédente un déficit historique comparable au déficit actuel. Un retour sur les dispositions prises et les actions engagées alors, conduisant à une résorption quasiment complète du déficit des comptes de la sécurité sociale en 2019, apparaît riche d'enseignements.

1.3.1. Les enseignements de la décennie 2010-2019 : une stabilisation de la part de l'ONDAM dans le PIB et des apports importants de recettes ont permis un quasi retour à l'équilibre

Après la crise de 2008, les pouvoirs publics ont réussi à maintenir la soutenabilité du système de financement de l'Assurance maladie en atteignant un quasi-équilibre de la branche maladie avant 2020, après un point bas de près de 12 Md€ de déficit atteint en 2010. Ce rétablissement s'est fait progressivement avec une réduction du déficit de moitié en 5 ans puis une quasi résorption de celui-ci en 2018-2019. Par ailleurs, au cours de cette décennie, la régulation ne s'est pas traduite par une dégradation aussi importante que dans la période récente du déficit hospitalier. En effet, le déficit hospitalier a fluctué mais était de seulement -120 M€ en 2016. Le déficit s'est ensuite accru en 2017 puis s'est stabilisé autour de 570 M€ en 2018 et 2019. Toutefois, cette préservation relative de la santé financière des établissements de santé s'est faite au détriment de leur effort d'investissement courant qui s'est réduit de moitié lors de la décennie précédente, ne représentant plus que 4,7% de leurs recettes en 2019 (contre 9,5% en 2012 et 5,1% en 2016).

Figure 9 : Solde des régimes obligatoires de base de la Sécurité Sociale (ROBSS) et de la branche maladie entre 2010 et 2019 (en Md€)

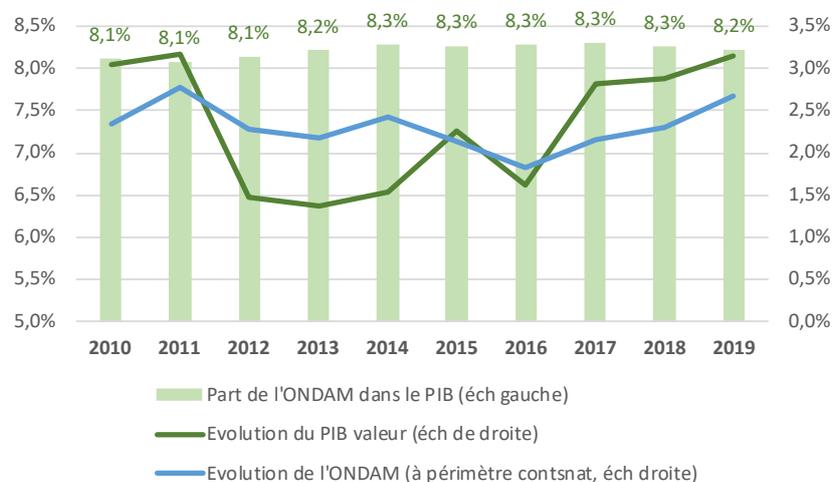


Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Une régulation forte des dépenses du champ de l'ONDAM sur la décennie 2010-2019

Pour parvenir à ce redressement financier lors de la décennie 2010-2019, une régulation des dépenses ambitieuse a permis de contenir l'évolution moyenne de l'ONDAM au même rythme que celle du produit intérieur brut. Ainsi, durant cette période, les dépenses du champ de l'ONDAM ont vu leur part dans le PIB en valeur rester stable, autour de 8,2%.

Figure 10 : Evolution comparée des taux d'évolution du PIB valeur, de l'ONDAM et de la part de l'ONDAM dans le PIB 2010-2019



Source : CCSS 2010 à 2019 et calculs CNAM

Pour y parvenir, des efforts importants ont pesé sur les acteurs du système de santé en s'appuyant sur un éventail large de mesures de régulation agissant à la fois sur les prix et les volumes : des mesures fortes d'efficacité, des accords pluriannuels de régulation prix-volume des dépenses de certaines professions, une politique ambitieuse de régulation de la croissance des dépenses de médicaments et des tarifs hospitaliers... Au-delà de la composition du panier des mesures qui ont été mobilisées pour parvenir à ce résultat, la décennie précédente a été celle de la crédibilisation du caractère normatif de l'ONDAM : alors que l'objectif n'avait été respecté qu'une unique fois l'année de sa création (en 1997), puis systématiquement dépassé ensuite, il a été respecté chaque exercice entre 2011 et 2019, alors même que les objectifs fixés lors de cette période étaient plus bas que lors de la décennie précédente.

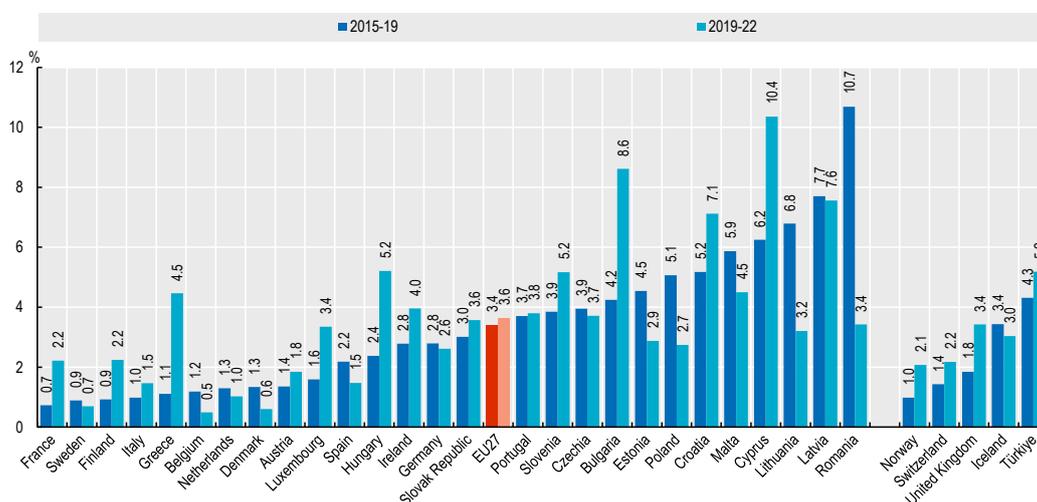
Parmi les **mesures d'efficacité** les plus emblématiques de cette période, la mise en place du tiers payant contre générique a permis d'agir efficacement sur les volumes de remboursements des médicaments. Cette mesure a en effet permis de faire progresser le taux de pénétration des génériques de 12 points, passant de 76,3% en 2010 à 88,4% en 2019. Concernant les établissements de santé, le projet PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats responsables), lancé fin 2011 a permis de mutualiser les achats hospitaliers et ainsi dégager plus de 400 M€ d'économies par an sur la période. Cette période a été également marquée par le développement de la chirurgie ambulatoire avec une progression de plus de 16 points de pourcentage entre 2010 et 2019 pour atteindre une part des séjours en chirurgie ambulatoire à 59,2% en 2019. Ce virage a permis d'une part de réduire des hospitalisations conventionnelles au profit d'hospitalisations de jour et d'autre part de substituer des soins médicaux et paramédicaux en ville à des prises en charge réalisées à l'hôpital, soit parce que le séjour hospitalier a été évité, soit parce qu'il a été raccourci, mais accompagné d'un suivi organisé en ville.

En parallèle de ces mesures d'efficacité, des **accords pluriannuels** avec certaines professions médicales et notamment la radiologie et la biologie ont permis de mettre place une régulation efficace de l'évolution des remboursements en lien avec les soins prodigués par ces professions. Ainsi, à partir de 2014, des protocoles triennaux ont été mise en place sur la biologie médicale permettant de limiter à 0,25% par an la croissance des remboursements de biologie médicale entre 2014 et 2019. Des accords dans le secteur de la radiologie ont permis de contenir les évolutions des actes d'imagerie : ainsi les remboursements des actes hors échographie ont enregistré un taux de croissance de 0,7% par an entre 2015 et 2019 contre 2,9% en 2024 par exemple.

La régulation s'est appuyée également sur des **objectifs très ambitieux concernant la dépense de médicament** à travers un ensemble de leviers mobilisant des mesures de maîtrise des volumes, de baisses de prix ainsi qu'un renforcement des outils de contrôle prix – volume : enveloppe W pour les nouveaux traitements contre l'hépatite C, renforcement de la clause de sauvegarde (taux L qui a succédé en 2014 au taux K, dispositif historiquement peu contraignant), encadrement des tarifs en période d'ATU. Cette politique volontariste a été très efficace et, entre 2011 et 2019, la croissance des remboursements de médicaments a été limitée à 0,6% par an en moyenne, alors même que cette période a enregistré une accélération importante des innovations (par exemple, les traitements contre le VHC) accompagnée d'une pression à la hausse sur les tarifs revendiqués par les entreprises du médicament.

L'ensemble de cette régulation a permis de faire de la France le pays de l'OCDE qui a connu l'évolution la plus faible de ses dépenses de santé entre 2015 et 2019. Ainsi, d'après les données de l'OCDE, les dépenses de santé par tête ont évolué de 0,7% en France sur la période 2015-2019 contre 3,4% en moyenne en Europe (2,8% en Allemagne). Cette croissance a été largement supérieure dans les trois années suivantes puisque d'après ces données, les dépenses de santé par tête ont cru de 2,2% en moyenne par an en France, restant toutefois en retrait par rapport à la moyenne européenne (3,6%).

Figure 11 : Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé des pays de l'OCDE (2015-2022)



Source : OCDE

Près de 10 Md€ d'apport de recettes nouvelles à la CNAM entre 2011 et 2019

Ces efforts sans précédent de maîtrise des dépenses de santé ont été toutefois insuffisants pour rétablir à eux-seuls l'équilibre financier, et d'importants efforts en recettes ont également été nécessaires au cours de la décennie avec près de 10 Md€ de recettes supplémentaires affectées à la branche maladie, parmi lesquelles :

- près de 3 Md€ au titre de la rétrocession à la CNAM du gain lié à la fiscalisation des contrats complémentaires collectifs (2014) ;
- 2,7 Md€ au titre de la hausse de la fiscalité sur les tabacs, alcools et boissons sucrées – dites « taxes comportementales » ;
- 1,7 Md€ en provenance des organismes complémentaires ;

- Près de 1 Md€ ont porté sur les recettes assises sur les revenus du capital.

Si des gains ont été constatés en début de période sur les recettes sur revenus d'activité (hausse de taux ou élargissement d'assiette notamment CSG), cette assiette n'a ensuite que peu été utilisée comme levier d'apport de recettes nouvelles à l'assurance maladie. Globalement, les compensations reçues de l'Etat, nettes des transferts de recettes internes à la sécurité sociale ont permis de quasi-neutraliser à court-terme l'impact financier cumulé des mesures. L'assurance maladie a enfin bénéficié d'environ 0,8 Md€ de produits exceptionnels et de 0,9 Md€ de hausse de taux de cotisations symétrique à la baisse du taux de cotisation AT-MP. En revanche, les produits de la CNAM ont pâti de la modulation des taux de CSG remplacement en 2019 (mesures d'urgence économique et sociale, 1,5 Md€).

1.3.2. Maintenir les atouts du système de santé, répondre à de nouveaux défis tout en définissant une trajectoire de retour à l'équilibre

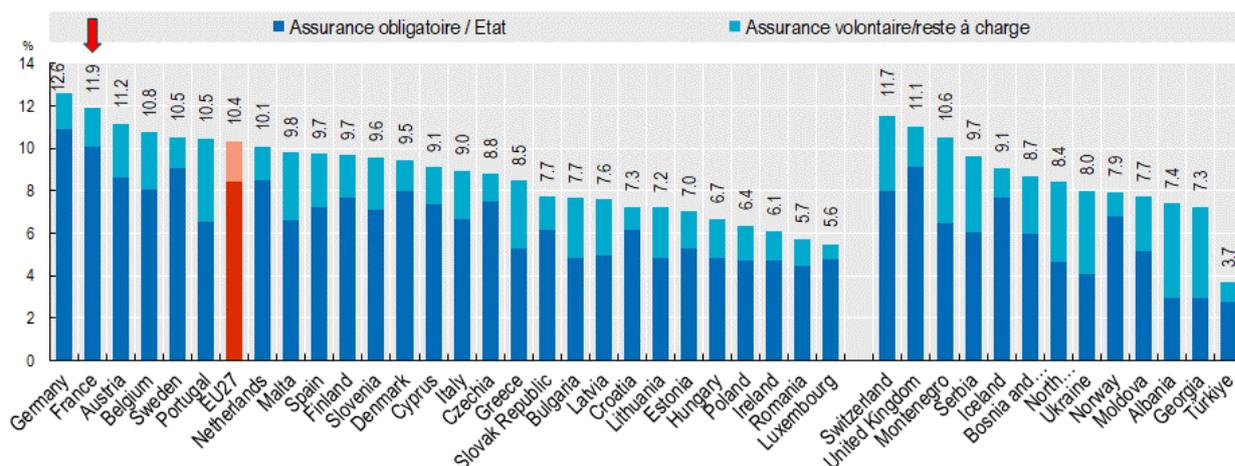
D'après les hypothèses décrites *supra* (dont une progression tendancielle annuelle moyenne de 4,5% des dépenses du champ de l'ONDAM), le déficit de la branche maladie atteindrait 41 Md€ en 2030 en l'absence de toute mesure de régulation. La résorption de ce déficit doit permettre de définir un horizon économique viable mais il est nécessaire de maintenir les atouts du système de santé dans la cadre de cette trajectoire.

Pour garantir qualité et égal accès aux soins, répondre à de nouveaux défis, il est nécessaire de maintenir un investissement en santé important : la France est le 2^{ème} pays d'Europe à investir le plus dans la santé, que ce soit en part de PIB ou de dépenses par habitant (11,9% du PIB consacré à la santé en 2022 et 4 620 euros PPA¹⁰ santé par habitant). Cet investissement bénéficie à l'ensemble de la population grâce à une large couverture de l'assurance maladie obligatoire selon les comptes de la santé, 79,5% de la consommation de soins et de bien médicaux est prise en charge par l'assurance maladie en 2023, contre 75,5% en 2013) et le reste à charge par patient le plus faible au monde (7,5% après intervention des complémentaires santé en 2023).

Redresser la trajectoire financière de l'assurance maladie passe donc a minima par une stabilisation de la dépense de santé dans le PIB. La décennie précédente a démontré que cet objectif était atteignable tout en maintenant un haut niveau de couverture de la population mais au prix de mesures de régulation ambitieuses et d'une mise sous tension économique forte de certains secteurs de l'offre de soins. En effet, les enseignements de la décennie 2010-2019 démontrent les efforts réalisés en ce qui concerne les remboursements de médicament, la régulation de certains secteurs, les modifications organisationnelles nécessaires mais aussi les impacts sur le secteur hospitalier où le Ségur a été perçu comme un rattrapage de la régulation mise en œuvre dans la période 2010-2019.

Ainsi un objectif dans le cadre du retour à l'équilibre de l'Assurance Maladie serait de maintenir, comme cela a été réalisé dans la période 2010-2019, la part de l'objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie dans la richesse nationale.

Figure 12 : Les dépenses de santé en % du Produit Intérieur Brut en 2022



¹⁰ La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies. Ce taux exprime le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même « panier » de biens et de services.

La prévention, la bataille de la décennie

Confronté à un défi inédit de soutenabilité, le système de santé doit fortement accélérer le développement de la prévention, approche indispensable pour garantir durablement la qualité de vie des assurés et maîtriser la hausse des dépenses de santé. La transition démographique et épidémiologique implique en effet une mutation profonde des enjeux de santé en France comme dans l'ensemble des pays à revenus élevés, où la prévalence des maladies chroniques croît de façon soutenue avec le vieillissement de la population et l'évolution des modes de vie.

Le niveau de protection en France est l'un des plus avancés au monde avec un reste à charge des plus bas, reposant notamment sur des dispositifs de prévention financés à 100% tout au long de la vie : vaccinations de l'enfant et des jeunes adultes, bilans de prévention chez l'enfant comme chez l'adulte à des âges clefs, mais aussi des programmes visant à prendre en charge les pathologies de manière précoce comme les dépistages à la naissance (dépistages néonataux systématiques), chez l'enfant (TND) ou chez l'adulte (cancers et maladies cardiovasculaires) ou encore l'accompagnement psychologique proposé avec Mon Soutien Psy, etc. Le développement de dépistages à l'école constitue par ailleurs une opportunité majeure de déceler et de prendre en charge les troubles du langage et de l'apprentissage précocement.

Si l'état de santé de la population procède d'une combinaison multifactorielle relevant de politiques publiques variées – environnement, éducation, logement, emploi et retraites, égalité entre les hommes et les femmes, etc. –, le système de santé français contribue largement à l'amélioration de la qualité de vie et à la progression de l'espérance de vie en France, y compris sans incapacité. Depuis 2008, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a progressé de 1 an et 11 mois pour les femmes et de 1 an et 10 mois pour les hommes ; en 2022, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans en France est supérieure à la moyenne européenne, de 1 an et 4 mois pour les hommes et 2 ans et 6 mois pour les femmes¹¹. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12 ans pour les femmes et de 10,5 ans pour les hommes en 2023.

Afin de promouvoir la prévention comme un axe central de la soutenabilité du système de santé, il est nécessaire de structurer les actions autour de l'ensemble des stades de la prévention : la prévention primaire liée aux facteurs de risque environnementaux et comportementaux, la prévention secondaire de certaines pathologies à prévalence élevée et la vaccination. Enfin la prévention tertiaire des patients atteints de pathologies chroniques. Qu'il s'agisse de l'addiction au tabac (24,5 % de fumeurs « actuels » chez les adultes) ou à l'alcool (10,3 litres consommés annuellement par personne de plus de 15 ans), de la vaccination et des dépistages organisés du cancer, du diagnostic précoce (des troubles du développement de l'enfant, de la fragilité et de la dépendance, du risque cardiométabolique), du suivi des recommandations pour des patients, des opportunités en matière de prévention personnalisée et de mobilisation des outils numériques, de stratégies d'aller-vers et communautaires probantes, des marges de progression considérables existent pour développer le potentiel des dispositifs à l'échelle populationnelle, poursuivre l'amélioration de l'état de santé de l'ensemble de la population en luttant contre les inégalités sociales et territoriales, et modérer la hausse des dépenses de santé. A l'échelle individuelle, de nombreuses expériences concrètes témoignent de l'effet décisif que peut produire une vaccination ou un dépistage réalisé au moment adapté, faisant de la prévention en santé une dépense d'une nature particulière : un investissement susceptible d'éviter la maladie ou la gravité de la maladie, et de la protéger des souffrances ou incapacités potentielles en conséquence.

A la croisée de la vie collective et des parcours individuels, la prévention rend possible un équilibre de protection de la santé et d'économies du recours aux ressources médicales et paramédicales. Ainsi que l'a rappelé l'hiver 2024-2025, les limites de la couverture vaccinale contre la grippe peut engendrer un impact majeur sur l'état de santé des patients fragiles et sur le fonctionnement régulier du système de santé, l'épidémie de grippe ayant perturbé l'activité de nombreux établissements de santé. Parce que la prévention demeure marquée par un important gradient social et territorial, l'Etat et l'Assurance Maladie ont prévu des ressources conséquentes (125 ETP) sur l'ensemble de la COG 2023-2027 pour aller vers les plus fragiles et les accompagner concrètement jusqu'à la réalisation de l'acte de prévention, par exemple en adressant à domicile un kit de dépistage DOCCR ou en proposant un RDV chez un radiologue agréé pour le dépistage du cancer du sein. L'« aller vers » déployé par l'Assurance Maladie sera poursuivi, perfectionné et développé pour augmenter sa capacité à lutter contre les inégalités sociales de santé.

Faisant de la prévention la grande cause transversale à l'ensemble de sa stratégie de rétablissement des équilibres du système de santé, l'Assurance Maladie développe dans le présent chapitre un ensemble de constats et de propositions visant à intervenir sur les facteurs de risque, à faciliter la réalisation de la vaccination et des dépistages à tous les âges de la vie. Au-delà de cette approche incitative, des actions qui dépassent le champ d'intervention de l'Assurance Maladie, à même de faire progresser la prévention, sont également identifiées, pour constituer un ensemble complet de propositions formulées en faveur de la progression de la prévention. Afin d'y parvenir une mobilisation de l'ensemble des acteurs de la santé sera nécessaire.

¹¹ DREES, *Études et Résultats*, décembre 2024, n° 1323

1.1 Mobiliser l'ensemble des acteurs de la santé pour faire de la prévention une grande cause décennale

1.1.1 La nécessaire mobilisation de l'ensemble des acteurs pour faire de la prévention une priorité

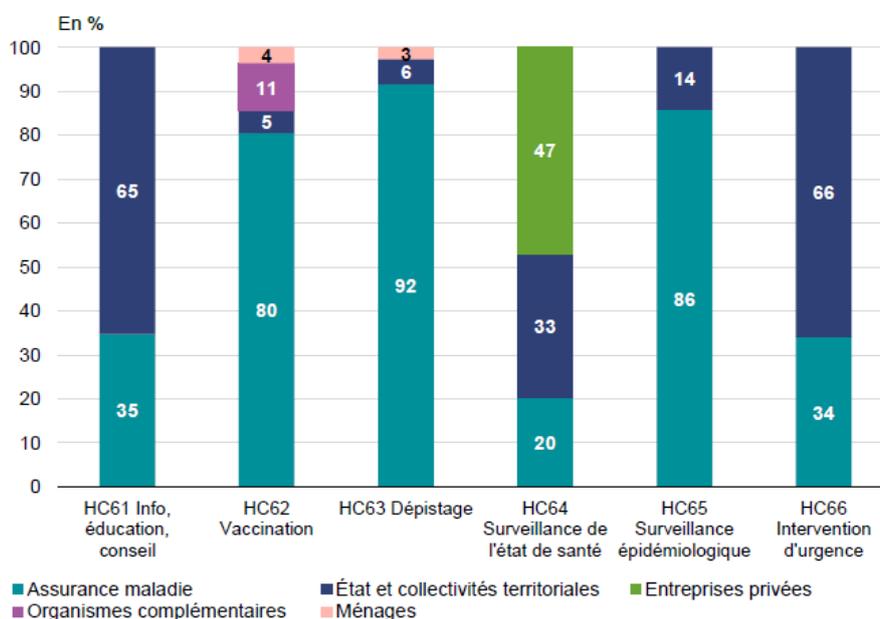
En 2023, hors dépenses liées à la gestion de la crise sanitaire du Covid-19, les dépenses consacrées à la prévention ont enregistré une progression de 7,7 %, atteignant un montant total de 6,6 milliards d'euros. Cette hausse est principalement imputable à l'augmentation significative des dépenses liées aux vaccinations hors Covid-19, en particulier celles contre le méningocoque et le papillomavirus humain, dont les coûts ont crû de 23,5 %, ainsi qu'à la dynamique observée dans les actions de prévention relevant de la protection maternelle et infantile (PMI), dont les dépenses ont augmenté de 11,4 %.

Le financement de ces dépenses préventives est assuré majoritairement par l'Assurance Maladie, qui en couvre 45 %, tandis que l'État et les collectivités territoriales en assument 28 %, et les entreprises 24 %.

Concernant plus spécifiquement la vaccination et le dépistage, ces deux postes sont quasi intégralement financés par l'Assurance Maladie, à hauteur respective de 80 % et 92 %. Bien que la part relative de l'Assurance Maladie dans ces postes ait légèrement reculé en raison de la décreue des dépenses exceptionnelles liées au Covid-19, elle demeure le principal financeur des actions de prévention en France.

Les entreprises privées contribuent également à l'effort de prévention, principalement à travers la médecine du travail, pour un montant de 1,8 milliard d'euros en 2023, au titre de la surveillance de l'état de santé des salariés. Par ailleurs, l'État et les collectivités locales sont davantage mobilisés dans les dispositifs d'information, d'éducation à la santé et de conseil, notamment à travers la médecine scolaire. Enfin, les organismes complémentaires interviennent pour leur part dans le cofinancement des campagnes de vaccination hors Covid-19. Cette place des organismes complémentaires en cofinancier de certains actes de prévention devrait se renforcer avec la mise en place d'un financement commun dans le cadre des examens buccodentaires.

Figure 13 : Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention



Source : DREES

En parallèle de ces dépenses de prévention institutionnelle, les organismes de complémentaire santé jouent un rôle croissant dans le champ de la prévention dite non institutionnelle. Les organismes interviennent principalement en menant des actions de sensibilisation auprès de leurs adhérents et en proposant, via leurs contrats, des garanties couvrant des postes de soins partiellement ou non pris en charge par l'AMO. Ils mettent aussi en place des campagnes ciblées sur des thématiques variées, telles que les risques routiers, les troubles auditifs, le vieillissement ou encore les maladies cardiovasculaires. Toutefois, les initiatives portées par l'assurance maladie complémentaire (AMC) demeurent aujourd'hui mal documentées, en l'absence de données centralisées et exhaustives concernant leur ampleur, tant en nombre qu'en montants financiers mobilisés. Leur impact semble néanmoins plus marqué dans le cadre des contrats collectifs souscrits en entreprise, comparativement aux contrats individuels.

A la diversité des financeurs, s'ajoute le grand nombre d'acteurs sur les thématiques de prévention notamment dans le cadre institutionnel.

L'Assurance Maladie s'est positionnée comme un acteur central en matière de prévention médicalisée (prévention secondaire et vaccination), à l'appui de sa capacité à mobiliser collectivement et personnellement les professionnels de santé de ville et les assurés sociaux. Elle dispose ainsi d'un certain nombre d'outils lui permettant d'être extrêmement efficace en « population générale » et en « aller-vers individualisé ». Grâce à sa force de frappe, elle est ainsi en mesure de gérer des campagnes massives de communication, d'invitations, et d'aller-vers individuels. Cette stratégie a été éprouvée lors du COVID et a été professionnalisée depuis. Grâce aux données de facturation dont elle dispose, l'Assurance Maladie est ainsi en mesure de connaître les assurés éligibles mais en retard de dépistage ou de vaccination, lui permettant d'engager des vagues successives et de plus en plus ciblées d'invitations, de relance (mail, SMS, courrier, courrier contenant un kit), et d'aller-vers individuel. Elle dispose désormais de 7 plateformes d'aller-vers (bientôt 9), ciblant les personnes dont le statut administratif indique une fragilité (couverture C2S, ALD, âge), et leur offrant des services à même de lever certaines barrières (prise de RDV chez un radiologue conventionné, envoi d'un transport sanitaire, etc.). Toujours sur la base de ces données, elle a pour la première fois été en mesure en 2024 de fournir aux médecins traitants la liste de leurs patients en retard sur les dépistages organisés du cancer. D'ici 2026, l'Assurance Maladie aura développé un projet de très grande ampleur - le tableau de bord « Resti-PS » - permettant aux médecins traitants de suivre sur Amelipro, pour chaque patient, la réalisation des principaux actes de prévention définis par la convention médicale de juin 2024, grâce à la mise à disposition de manière nominative des données de facturation. Mon Espace Santé offre de surcroît l'opportunité de proposer un support numérique universelle à même d'informer et d'orienter les assurés vers les actes de prévention pertinents, selon leur âge et leur sexe.

A cette stratégie en population générale et d'aller-vers individualisé, il est impératif d'adjoindre une stratégie d'aller-vers populationnel propre à chaque territoire. Celle-ci est coordonnée par les ARS, et mobilise l'ensemble des acteurs du territoire (associations, collectivités territoriales, professionnels du territoire, CPAM, etc.). Elle vise à prendre en compte les spécificités communautaires, sociales et géographiques d'un territoire pour mieux lutter contre les inégalités sociales de santé en se déployant auprès de publics spécifiques.

D'autres acteurs importants interviennent dans le champ de la prévention et de la promotion en santé : Santé Publique France (prévention primaire, évaluation des actions probantes), l'INCA (sur l'ensemble du spectre du cancer), les PMI (petite enfance), etc. Sans oublier les fonds spécifiques à gouvernance partagée (FNPEIS, FLCA, etc.).

Dans ce contexte, il importe de veiller à garantir un niveau élevé de coordination des acteurs impliqués en faveur de la prévention, autour de priorités stratégiques clairement identifiées, et assurant une synergie d'actions de nature à favoriser une progression de l'adhésion aux dispositifs de prévention. Pour s'en assurer, l'Assurance Maladie propose donc d'installer une gouvernance de la prévention en santé, couvrant les dépistages et la vaccination, et permettant la coordination nationale et locale des financeurs et acteurs mobilisés en faveur de la prévention. Cette coordination prendrait la forme d'une coalition de financeurs du système de santé réunie tous les deux ans, pour piloter la gouvernance stratégique et le déploiement opérationnel des programmes de prévention, en mobilisant les différents outils et canaux propres aux assureurs publics et privés au service des priorités de santé publique.

1.1.2 Développer le rôle des entreprises dans le cadre de la prévention

L'entreprise peut également devenir un lieu de concrétisation de la prévention en santé, et non seulement de prévention des risques professionnels. Dans un contexte marqué par l'allongement des carrières professionnelles, les employeurs et leurs services de santé au travail investissent plus fréquemment dans la santé de leurs salariés, par exemple en proposant des bilans en santé. Il apparaît nécessaire de diffuser l'ensemble des outils qui permettent à l'ensemble des acteurs concernés (entreprises, organismes complémentaires, instituts de prévoyance) d'accéder aux outils de promotion de la santé, ainsi qu'aux dispositifs concrets de prévention : vaccination, kits de dépistage DOCCR, etc.

L'Assurance Maladie propose de faire des entreprises un lieu de prévention ad hoc en améliorant et en généralisant l'offre proposée par les employeurs à leurs salariés, notamment via les contrats collectifs, et d'instaurer une demi-journée de dépistage (vaccination, dépistages du cancer, de l'HTA, des MCVA, Mon Bilan Prévention) au profit des salariés. En pratique, l'Assurance Maladie permettrait à l'ensemble des entreprises et organismes complémentaires d'accéder à des ressources opérationnelles :

- Supports et outils de communication relatifs aux dépistages des cancers et MCVA utilisables en entreprises ;
- Informations relatives aux modalités d'organisation de la vaccination en entreprise ;
- Accès à la commande de kits DOCCR et modalités d'encadrement.

La valorisation et la professionnalisation de la chaîne de la prévention en milieux professionnels devraient être engagées y compris dans la fonction publique.

Cette offre de prévention serait intégrée dans les contrats collectifs responsables et serait à la charge des entreprises. Les outils de traçabilité de cette « prévention hors-les-murs » sont en cours de développement.

S'appuyer sur la médecine du travail pour développer les dépistages cardiovasculaires

Le milieu de l'entreprise est un relai intéressant pour la réduction du risque cardiovasculaire précoce chez des assurés qui ont peu de contacts avec le système de santé. La médecine du travail pourrait devenir un lieu d'importance pour la prise en charge du risque cardiovasculaire. Dans la mesure où une proportion importante d'assurés non malades n'a pas recours aux soins en dehors de leurs contacts avec la médecine du travail. Une approche plus systématisée de l'évaluation du risque cardiovasculaire en allant au-delà de la prise de tension et de la bandelette urinaire pourrait permettre l'orientation vers une prise en charge adaptée si nécessaire (bilan biologique, consultation médecin généraliste/cardiologue, ECG ...). La réévaluation de ce risque de manière itérative par la médecine du travail pourrait également permettre de limiter l'apparition des maladies du champ MCVA (dépistage de l'HTA, du diabète, etc).

Introduire Mon Bilan Prévention en entreprise

Mon bilan prévention est un rendez-vous permettant aux patients et aux professionnels de santé d'aborder les habitudes de vie, d'identifier des facteurs de risque de maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires...), de réaliser des dépistages (cancers, IST...) et des rappels de vaccination pour les assurés à quatre âges clés de la vie : 18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans. D'une durée de 30 à 45 minutes et parmi les actes en ville, il vise à :

- Initier une démarche de sensibilisation et de prévention individualisée et inciter à prendre soin de sa santé ;
- Identifier des facteurs de risque, repérer des maladies et favoriser une prise en charge précoce (notamment les pathologies chroniques et cancers) ;
- Faire un 1^{er} bilan permettant d'orienter ensuite l'assuré vers le dispositif adapté et/ou de l'inviter à une modification de comportement positive pour sa santé.

Il repose actuellement sur quatre catégories de professionnels de santé : médecins (toutes spécialités) ; sages-femmes, pharmaciens, infirmier(e)s. En 2024, un total de 60 882 a été facturé à l'Assurance Maladie, en nette hausse au cours du second semestre ce qui reste marginal par rapport à la population cible visée. En amont du bilan, un auto-questionnaire est mis à disposition. Cet auto-questionnaire a, lui, eu un succès important avec plus de 430 000 questionnaires complétés avec un nombre de questionnaire réalisé à tous les âges clés (Figure 14)

Figure 14 : Nombre total d'auto-questionnaires complétés sur Mon Espace Santé



Dans les entreprises, la loi du 2 août 2021 relative à la prévention en santé au travail renforce le suivi médical des salariés afin de mieux prévenir la désinsertion professionnelle et d'améliorer la détection précoce des risques pour la santé au travail. Elle prévoit plusieurs visites médicales obligatoires au cours de la vie professionnelle, dont une nouvelle visite de mi-carrière, organisée à une échéance déterminée (à 45 ans sans accord de branche). Cette dernière vise à évaluer l'adéquation entre l'état de santé du salarié et son poste de travail, identifier les facteurs de risques professionnels et envisager, si nécessaire, des mesures d'adaptation du poste ou un accompagnement spécifique. Ces dispositifs s'inscrivent dans une logique de prévention renforcée et partagée entre employeurs, services de santé au travail, et salariés, en lien avec les objectifs de maintien dans l'emploi et de promotion de la santé tout au long de la carrière. Les outils de Mon Bilan Prévention pourraient aussi être mobilisés dans ce cadre.

1.1.3 Organiser le dépistage des troubles du langage et de l'apprentissage à l'école

Le dépistage des troubles visuels, du langage, de la communication et des troubles du rachis (scoliose) dès le plus jeune âge est essentiel du fait de la prévalence élevée de ces troubles chez les enfants (24 % d'enfants repérés avec un trouble visuel en 2023-2024, 23 % avec un trouble du langage et 15 % avec un trouble du rachis sur la même période). Constituant un enjeu majeur de santé publique, ces troubles interfèrent sur la vie quotidienne des enfants, notamment les troubles visuels et du langage qui sont associés à des risques élevés en termes de bien-être, de santé et de sécurité (trois fois plus de risque d'avoir une dépression que le reste de la population, etc.¹²). Ils peuvent, par ailleurs, avoir un impact immédiat sur la socialisation des enfants, leurs apprentissages scolaires, l'estime d'eux-mêmes mais également à long terme sur leur insertion sociale et professionnelle. Enfin, en l'absence de prise en charge précoce, certains troubles deviennent irréversibles et entraînent des prises en charge pouvant être longues et coûteuses, alors que la plupart de ces affections sont corrigibles sous traitement dans les premières années de vie de l'enfant. L'intervention précoce entre 3 et 5 ans est donc primordiale pour éviter le développement de sur-handicaps, repérer les signaux d'alerte du neuro-développement et orienter rapidement les enfants le nécessitant vers un parcours de soins (médecin traitant, soins optiques et auditifs, orthophonie, psychomotricité, etc.) et ainsi limiter durablement les inégalités sociales de santé. En sus de ces actions de dépistage, c'est bien tout l'arsenal de la promotion en santé qui doit être déployé auprès des enfants en bas âge (hygiène, alimentation, activité physique, intégrité du corps, sommeil, etc.).

Plusieurs actions sont déjà organisées par la puissance publique afin de favoriser le dépistage chez les enfants, à l'instar du bilan de santé obligatoire entre 3 et 4 ans effectué à l'école par les services de la protection maternelle et infantile (PMI) et de la visite médicale réalisée entre 5 et 6 ans par la médecine scolaire pour déceler d'éventuels troubles de l'apprentissage. Depuis 2021, l'Assurance Maladie déploie en collaboration avec l'éducation nationale et les représentants des orthophonistes, des orthoptistes et des masseurs-kinésithérapeutes des actions de prévention des troubles visuels, du langage et du rachis dans cinquante départements pilotes (année 2024-2025) pour près de 20 000 enfants ayant bénéficié d'une action de repérage en 2023-2024. Environ un tiers des enfants dépistés présentaient un trouble à corriger. Cette action permet une prise en charge précoce de ces troubles : 63 % des enfants dépistés avec une anomalie visuelle ont bénéficié de soins spécifiques 1 an après le dépistage, 55 % dans le cas de troubles du langage et 51 % pour les troubles du rachis.

Ces actions doivent se développer en cohérence avec la feuille de route du Gouvernement sur la santé de l'enfant 2024-2030 qui prévoit « d'ici 2027, d'atteindre 100 % d'enfants bénéficiant d'un dépistage visuel et du langage en maternelle grâce à l'action conjointe et coordonnée des PMI, de l'éducation nationale et de l'Assurance maladie en lien avec des professionnels libéraux ». La généralisation de ces dépistages est confirmée par la stratégie "Santé scolaire" présentée par la Ministre de l'Éducation nationale en mai 2025.

L'Assurance Maladie recommande donc, en lien avec les PMI, d'organiser le dépistage systématique des troubles visuels, du langage et de l'apprentissage en classe de maternelle et de généraliser la promotion de la santé en classe, en abordant notamment les thèmes de la nutrition, de l'activité physique, du sommeil, de la vaccination et du brossage de dents.

1.2 Faciliter l'accès de tous les Français à la prévention et aux dépistages en levant les barrières financières et territoriales

1.2.1 Améliorer les taux de couverture vaccinale en poursuivant la structuration des calendriers et communications par âge et par public

La **vaccination** constitue l'un des leviers majeurs de prévention primaire, afin d'éviter l'apparition de certaines maladies ou de limiter leur gravité. Malgré les bénéfices importants, tant individuels que collectifs, de la vaccination, les taux de couverture vaccinale sont variables selon les affections, et souvent insuffisants¹³.

¹² C. Maillart, « Le trouble développemental du langage, un enjeu de santé publique... Quels défis pour les orthophonistes ? », Orbi, nov. 2023. C. Maillart. « Introduction. Le trouble développemental du langage : enjeux actuels », *Enfance*, 1(1), 2022, p. 5-23 ([lien](#))

¹³ Bulletin Vaccination. Édition nationale. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 34 p, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

Les vaccinations obligatoires du nourrisson atteignent en quasi-totalité les objectifs, avec des taux de couverture supérieurs à 95%. Seule le taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole reste inférieur à l'objectif. Chez les nourrissons de la cohorte 2022 et âgés de 21 mois, la couverture vaccinale ROR (au moins 1 dose) est de 93,7 % contre 93,2 % pour ceux de la cohorte 2020, soit un gain de couverture de 0,5 point entre 2020 et 2022. Chez les nourrissons de la cohorte 2021 et âgés de 33 mois, la couverture vaccinale ROR (2 doses) est de 85,7 % contre 84,7 % pour ceux de la cohorte 2019, soit un gain de couverture de 1,0 point. Les couvertures vaccinales restent inférieures à l'objectif de 95 % à atteindre en vue de l'élimination de la rougeole. Par ailleurs, chez les adultes de 18 à 35 ans, la couverture vaccinale est estimée en France métropolitaine à 90,4% [IC95% : 89,4 – 91,4]. Une recrudescence de la circulation de la rougeole a été observée ces dernières années, notamment en 2024 et depuis le début de l'année 2025¹⁴. Dans les récents succès du système de santé, nous pouvons souligner la vaccination et les traitements préventifs visant à prévenir la bronchiolite chez le nourrisson, qui a atteint en trois ans des niveaux importants (environ 500 000 enfants pour la campagne 2024-2025) et chez la femme enceinte (1 sur 3 protégées) de nature à faire baisser substantiellement les vagues d'hospitalisations infantiles lors de la période hivernale – de l'ordre de 5 800 hospitalisations évitées pour l'hiver 2023-2024¹⁵.

Les vaccinations chez l'enfant et l'adolescent sont en progression mais la couverture vaccinale reste inférieure aux objectifs fixés. En particulier, la vaccination contre les infections à papillomavirus (HPV) reste insuffisante (notamment chez les garçons), malgré des campagnes de vaccination au collège mises en place depuis 2023. En 2023, la couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus est de 55 % pour une dose chez les jeunes filles âgées de 15 ans (contre 48 % en 2022), soit une augmentation de 7 points. Chez les jeunes garçons, la vaccination contre les infections à HPV est recommandée depuis 2021. La couverture vaccinale en 2023 est de 26 % pour une dose à 15 ans (contre 13 % en 2022), soit une augmentation de 13 points. Ces chiffres doivent être analysés au regard de la performance atteinte dans certains pays (Danemark, Australie), lesquels peuvent d'ores-et-déjà prévoir la disparition des cancers du col de l'utérus d'ici quelques années.

En effet, depuis l'avis rendu par le groupe consultatif stratégique d'experts en vaccination (SAGE) de l'OMS en avril 2022, la grande majorité des pays de l'OCDE ont élargi la tranche d'âge pour la vaccination de 9 à 14 ans¹⁶, tout en maintenant leur recommandation initiale de vacciner les enfants contre le HPV autour 12 ans – cette période est considérée comme optimale. En France, la vaccination contre le papillomavirus est proposée pour les filles et les garçons de 11 ans à 14 ans, et jusqu'à 25 ans en cas de rattrapage vaccinal. Cette dernière est recommandée à l'occasion de la vaccination scolaire, à l'âge de 12 ans. Elle peut toutefois débuter dès 9 ans dans des certaines circonstances, comme la transplantation d'organe solide. En outre, plus le vaccin est administré précocement, plus ce dernier est efficace à prévenir l'infection à HPV¹⁷. Les autorités australiennes ont par ailleurs décidé de recommander la vaccination dès 9 ans.

Les couvertures vaccinales chez l'adulte restent également insuffisantes, notamment pour la grippe et le covid-19 avec des taux en diminution ces dernières années, aussi bien chez les personnes de moins de 65 ans à risque (25,4% en 2023-2024) que chez les personnes âgées de 65 ans et plus (54,0% en 2023-2024). En France, le taux de couverture de la vaccination contre la grippe chez les 65 à 85 ans apparait en retrait, la moyenne européenne étant de 75%. Les couvertures vaccinales sont également faibles chez certains groupes de population particulièrement vulnérables : femmes enceintes (coqueluche, grippe, covid-19, VRS), personnes âgées (grippe, covid-19, pneumocoque, zona, VRS).

Tableau 1 : couverture vaccinale contre la grippe dans différents pays européens

France	Italie	Espagne	Grande-Bretagne	Danemark	Portugal
65,1%	65,3%	68,0%	81,0%	74,6%	70,0%

Source : CNAM

¹⁴ Situation de la rougeole au 14 mars 2025. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 6 p. Mars 2025. Directrice de publication : Caroline Semaille

¹⁵ [https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/bronchiolite-deux-etudes-francaises-demonstrent-l-efficacite-du-beyfortus-R-dans-la-prevention-des-cas-graves-et-la-reduction-des-hospitalisations#:~:text=L'efficacit%C3%A9%20en%20vie%20r%C3%A9elle%20du%20nirsevimab%20\(Beyfortus%C2%AE\),%C3%A0%20VRS%20admis%20en%20r%C3%A9animation](https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/bronchiolite-deux-etudes-francaises-demonstrent-l-efficacite-du-beyfortus-R-dans-la-prevention-des-cas-graves-et-la-reduction-des-hospitalisations#:~:text=L'efficacit%C3%A9%20en%20vie%20r%C3%A9elle%20du%20nirsevimab%20(Beyfortus%C2%AE),%C3%A0%20VRS%20admis%20en%20r%C3%A9animation)

¹⁶ [https://www.who.int/news/item/11-04-2022-one-dose-human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccine-offers-solid-protection-against-cervical-cancer](https://www.who.int/news/item/11-04-2022-one-dose-human-papillomavirus-(hpv)-vaccine-offers-solid-protection-against-cervical-cancer)

¹⁷ Wu S, Ploner A, Astorga Alsina AM, Deng Y, Ask Schollin L, Lei J. Effectiveness of quadrivalent human papillomavirus vaccination against high-grade cervical lesions by age and doses: a population-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2025 Jan 5;49:101178. doi: 10.1016/j.lanepe.2024.101178. PMID: 39989876; PMCID: PMC11846428.

Les couvertures vaccinales peuvent être également faibles dans certaines structures d'accueil des personnes âgées. Une enquête a été mise en place par Santé publique France en vue d'estimer les couvertures vaccinales contre la grippe et la Covid-19 des résidents et contre la grippe des professionnels des ESMS. Au total, 3 448 ESMS éligibles ont participé à l'enquête de couverture vaccinale contre la grippe et la Covid-19 chez les résidents et contre la grippe chez les professionnels. Au niveau national, la couverture vaccinale contre la grippe des résidents en Ehpad est de 83,3 %, de 64,5% dans les établissements pour personnes âgées (cf. Tableau 2).

Tableau 2 : Synthèse des couvertures vaccinales grippe des résidents et professionnels par type d'ESMS, saison 2023-2024, France

	Couverture vaccinale grippe			
	Résidents		Professionnels	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Ehpad	83,3	82,7 - 83,8	22,4	21,7 - 23,1
Ehpa (hors Ehpad)	64,9	59,6 - 70,1	26,8	20,3 - 33,2
EHPH	69,3	66,6 - 71,9	13,5	12,6 - 14,5
Autres ESMS	31,2	22,7 - 39,7	18,5	12,6 - 24,4

Source : Santé Publique France

Enfin, les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé demeurent insuffisantes, en particulier concernant la vaccination antigrippale (en 2023-2024 : 33% des médecins, 25% des sages-femmes, 21% des infirmiers à l'hôpital¹⁸, et de 14 à 27% des professionnels des établissements sociaux et médico-sociaux¹⁹).

Paradoxalement, en dépit de freins liées à la peur d'effets secondaires et au manque de confiance dans les vaccins, l'adhésion à la vaccination se stabilise toutefois à un niveau élevé, avec, en 2023, 83,7% des personnes interrogées en France hexagonale favorables à la vaccination en général²⁰. Les freins à la vaccination peuvent également être d'ordre organisationnel et logistique. La structuration du calendrier vaccinal est notamment un enjeu important. Plusieurs évolutions récentes ont contribué à améliorer sa lisibilité et son accessibilité, et cette simplification du calendrier vaccinal pourrait être poursuivie.

Par ailleurs, l'accès à la vaccination reste limité à certains lieux de soins. Malgré l'élargissement des compétences vaccinales à différents professionnels de santé porté depuis plusieurs années par l'Assurance Maladie et ayant été entériné par la loi²¹, il n'a pas été constaté une amélioration des couvertures vaccinales mais un transfert des vaccinations effectuées par les médecins, infirmiers et sage-femme vers les pharmaciens. Ce constat invite à amplifier les efforts engagés en vue de simplifier et de faciliter toutes les opportunités de vaccination, quel que soit le lieu de soins en ville (cabinet, maison de santé, centre de santé, etc.), et en établissements (des établissements de santé, structures médico-sociales et sociales²²).

Faire progresser la couverture vaccinale de la population – notamment contre la grippe – apparait crucial pour lutter contre les épidémies, tandis que près de 100 hôpitaux ont été contraints de déclencher le plan Blanc, pour face à l'afflux de patients atteints par la grippe.

Pour lever les freins identifiés et améliorer les taux de couverture vaccinale, l'Assurance Maladie souhaite que soit poursuivie la simplification du calendrier et du parcours vaccinal. Elle recommande également d'améliorer la lisibilité de la communication en la structurant par âge et par public. L'objectif est de faire de chaque contact avec le système de santé une opportunité pour la vaccination. Si poursuivre la dynamique d'extension du nombre de professionnels de santé et d'établissements en capacité de vacciner, est souhaitable et nécessaire, cela nécessite cependant une attention particulière pour sécuriser la délivrance et veiller à la traçabilité individuelle (en particulier via Mon Espace Santé) et collective (pour permettre un suivi des couvertures) de l'administration de ces vaccins.

¹⁸ Haute Autorité de Santé. Couverture vaccinale antigrippale du personnel hospitalier. Indicateur de qualité et de sécurité des soins. Rapport d'analyse des résultats nationaux. Campagne 2023 - Données 2022. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

¹⁹ Couvertures vaccinales contre la grippe et la Covid-19 des résidents et contre la grippe des professionnels en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Le point sur, juillet 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 13 p.

²⁰ Bulletin Vaccination. Édition nationale. Avril 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 34 p, 2024. Directrice de publication : Caroline Semaille

²¹ Arrêté du 8 août 2023 fixant la liste des vaccins que certains professionnels de santé et étudiants sont autorisés à prescrire ou administrer et la liste des personnes pouvant en bénéficier en application des articles L. 4311-1, L. 4151-2, L. 5125-1-1 A, L. 5126-1, L. 6212-3 et L. 6153-5 du code de la santé publique

²² En effet, les Ehpad avec PUI financent directement l'acquisition de doses de vaccins

Option possible pour faire progresser la progression vaccinale et protéger les publics fragiles

L'Assurance maladie propose par ailleurs d'étudier la possibilité de rendre obligatoire la vaccination contre la grippe à l'entrée des résidents en Ehpad, et à l'ensemble des professionnels de santé travaillant en Ehpad, en établissement de santé et médico-social ou étant en contact avec des patients (y compris en ville).

L'Assurance Maladie propose également de saisir la HAS sur l'opportunité de débiter la vaccination contre les papillomavirus dès 9 ans.

Encadré 3 : Vaccination contre le zona des personnes âgées

Les couvertures vaccinales chez les personnes âgées restent insuffisantes malgré un risque important de formes graves. C'est notamment le cas pour le zona, dont la survenue et les complications sont plus fréquentes chez les personnes âgées, avec un risque de perte d'autonomie, d'hospitalisation et de décès. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent ainsi la majorité des hospitalisations pour zona (taux d'hospitalisation entre 5 et 45 pour 100 000 habitants). La durée moyenne de séjour est d'environ 9 jours, et augmente avec l'âge. Enfin, entre 2008 et 2021, parmi les 36 198 hospitalisations pour zona, 554 décès ont été rapportés, soit 1,5 % des hospitalisations pour zona et un nombre moyen de 39,6 décès intra-hospitaliers par an, les personnes âgées de 65 ans et plus représentant 94% des décès. Un nouveau vaccin, Shingrix, dont l'efficacité est estimée à 80% (survenue du zona), a récemment obtenu une autorisation de mise sur le marché et une prise en charge à 65% par l'Assurance maladie. La promotion de cette vaccination doit donc accompagner cette nouveauté.

1.2.2 Faire progresser significativement les taux de dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus

En 2025, Santé publique France a publié ses études annuelles d'évaluation de la participation de la population-cible. Pour cette année de transition vers la nouvelle organisation, les résultats montrent une stabilité de la participation aux dépistages organisés évalués par rapport à l'année de référence 2022 mais à des niveaux encore trop faibles par rapport aux objectifs fixés. Les taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus, aujourd'hui de 34,2 % sur le cancer colorectal, 56,7% pour le cancer du sein et 55,8 % pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, doivent progresser significativement pour atteindre les objectifs de santé publique fixés par l'OMS.

Lever les freins à la participation aux dépistages organisés

L'objectif d'amélioration du recours à la prévention secondaire et notamment au dépistage nécessite d'approfondir la connaissance de facteurs de résistance ou d'adhésion et de mieux les appréhender dans le déploiement des programmes nationaux de dépistage organisé, une action priorisée dans la Feuille de route dépistages organisés des cancers 2024 -2028²³.

Les freins les plus fréquemment étudiés relèvent des représentations sociales. Ces dernières sont majorées par les freins liés au milieu socio-économiques (une moindre participation aux deux extrêmes de l'échelle sociale), aux déterminants de la santé (consommations à risque, mauvaise santé, handicap), aux disparités géographiques (inégalités territoriales d'accès aux soins) ou à la faible littératie numérique ou en santé.

Parmi les freins les plus fréquemment cités en lien avec les représentations sociales se trouvent :

- La perception minorée du risque: il est difficile de se sentir concerné par le dépistage des cancers en l'absence de symptômes ou d'antécédents familiaux ;
- La confusion entre dépistage et diagnostic ;
- La peur du résultat du dépistage et la peur du cancer ;
- La remise en cause dans le débat public du rapport bénéfice /risque du dépistage ;
- Le sentiment de fatalité face à la maladie, vue comme une fatalité génétique.

²³ [feuille_de_route_depistage_organise_des_cancers_2024_2028.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

Certains freins sont également spécifiques à chaque dépistage, inhérents aux modalités de sa réalisation. Plusieurs freins peuvent expliquer la faible participation au DOCCR dont l'inconfort à la manipulation des selles, les tabous autour des maladies digestives et des se Rapport d'information, Sénat, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, mai 2024Illes en lien avec l'intimité du corps. Il existe par ailleurs une confusion entre le test FIT et la coloscopie conduisant à la crainte d'un examen trop invasif. Les freins au dépistage du cancer du sein relèvent de la sous-estimation du risque en l'absence d'antécédents familiaux, l'examen douloureux, l'absence de symptômes et la peur du résultat. Une étude récente de la direction interministérielle de la transformation publique²⁴ suggère que les femmes ne sous-estiment pas la probabilité d'avoir un cancer, mais plutôt l'efficacité d'un dépistage précoce sur leurs chances de survie, la génétique étant vue comme le principal facteur de risque de cancers. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus souffre lui de représentations proches à celles du DOCS dont la peur de l'examen en raison de son caractère invasif ou d'une mauvaise expérience antérieure. Le suivi médical ou gynécologique constitue un déterminant important pour ce dépistage, notamment pour les femmes sans couverture médicale complémentaire. Par ailleurs, le lien entre défavorisation sociale et risque de cancer du col de l'utérus est particulièrement marqué. La perception du risque diminue avec l'âge, exposant particulièrement les femmes de plus de 60 ans.

Les invitations aux dépistages : l'Assurance Maladie pleinement mobilisée depuis la reprise des envois

Conformément aux orientations prises par les pouvoirs publics dans le cadre de la feuille de route 2021-2025 de la Stratégie décennale de lutte contre le cancer, la reprise des invitations aux trois dépistages organisés des cancers du sein, du colon et du col de l'utérus est effective depuis janvier 2024. En 2024, 28 millions d'invitations (papier + dématérialisées) ont ainsi été adressées par l'Assurance Maladie aux assurés, 13,7 millions de premières relances et 4 millions de secondes relances dont 1,2 million avec kit adressés au domicile des assurés

Tableau 3 : Invitations et relances envoyés en 2024 par dépistage organisé

	Cancer du sein (DOCS)	Cancer du côlon (DOCCR)	Cancer du col de l'utérus (DOCCU)
Invitation	6,6 M	13,5 M	8,1 M
1ère relance	2,2 M	6,1 M	3,4 M
2ème relance	285 273*	1,6* M et 1,2 M avec kit	938 856*

*Secondes relances adressées en janvier 2025
Source : CNAM

Les invitations et les relances combinent canaux dématérialisés, téléphoniques et courriers postaux pour accroître l'efficacité de la diffusion de l'information aux personnes éligibles. A compter de mi-2025, chaque invitation au DOCCU sera adressée simultanément via le compte ameli et par voie postale. Ce même dédoublement sera également effectif à compter de fin 2025 pour le DOCCR et DOCS. Ainsi, les invitations aux trois dépistages organisés seront progressivement mises à disposition via 3 canaux : papier, dématérialisé dans le compte Ameli et par la mise à disposition au médecin traitant sous AmeliPro. Chaque médecin traitant peut dorénavant rééditer l'invitation pour ses patients éligibles au DOCS et au DOCCU²⁵. En complément, l'Assurance Maladie met à la disposition des médecins traitants, via AmeliPro, l'identification des patients éligibles aux dépistages organisés et non dépistés dans l'objectif de mobiliser leur l'adhésion et encourager leur participation aux dépistages.

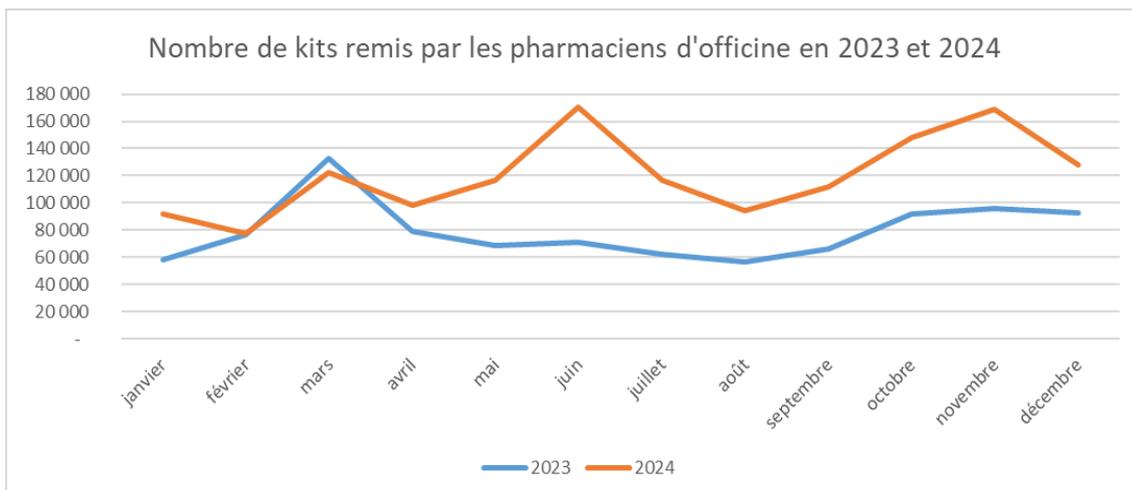
Mobilisation des professionnels de santé dans les dépistages organisés

Depuis janvier 2024, le dispositif de dépistage du cancer du col de l'utérus a été renforcé par l'extension de la possibilité de réaliser le prélèvement dans les laboratoires de biologie médicale, sur simple présentation de l'invitation au dépistage. Cette mesure vise à faciliter l'accès au dépistage en diversifiant les lieux de prélèvement, notamment pour les femmes ne consultant pas régulièrement un professionnel de santé. Par ailleurs, depuis l'extension de la remise des kits de dépistage du cancer colorectal aux pharmaciens d'officine en 2022, ces derniers jouent un rôle de plus en plus central dans son accessibilité. Leur implication est d'autant plus importante qu'ils enregistrent un taux de transformation des kits remis de 74,3% (part des kits remis par le pharmacien, utilisés par les assurés). Pour l'année 2024, le nombre de kits remis a augmenté de 52% par rapport à 2023.

24 Dépistage du cancer du sein – passer de l'intention à l'action, DIPT, juin 2023.

25 Pour le DOCCR, l'édition de l'invitation n'est pas disponible sur AmeliPro car elle n'est pas nécessaire à l'obtention d'un kit de dépistage.

Figure 15 : Nombre de kits remis par les pharmaciens d'officine en 2023 et 2024



Source : SNDS, données pour régime général

Le rapport Charges et Produits pour 2025 mettrait également en évidence un frein au dépistage du cancer du sein en lien avec une offre insuffisante en radiologie pour les dépistages organisés. Une augmentation du nombre de mammographies de dépistage en dépistage individuel (DI), au détriment d'un dépistage en DO permettant un meilleur dépistage des femmes éligibles est observée avec des disparités territoriales sans corrélation avec la densité de radiologues libéraux dans certains départements. Cette montée progressive des mammographies en DI représente en effet un frein pour le déploiement du DOCS et pour la santé des femmes éligibles au programme notamment en termes d'accès au soin, de qualité de l'examen (seconde lecture de la mammographie dans le DOCS) et de renoncement aux soins. Certains radiologues agréés semblent en mesure d'augmenter de façon significative leur contribution au DOCS et ainsi réduire les délais d'attente dans les territoires concernés.

Une augmentation tendancielle des dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec le dépistage organisé

Le rapport *Charges et Produits pour 2025* soulignait les difficultés d'accès au dépistage organisé du cancer du sein. Cette dernière s'expliquait en partie par la préférence, dans certains territoires, des médecins radiologues pour la réalisation de dépistages individuels (DI) au détriment des dépistages organisés (DO). Pour rappel, les dépistages organisés rendent impossible l'application de dépassements d'honoraires, contrairement aux mammographies de dépistage individuel.

Si 64 % des mammographies bilatérales ont été prises en charge au titre du DO en 2023, ce résultat recèle d'importantes disparités territoriales : 26 % des mammographies bilatérales ont été prises en charge au titre du DO à Paris, contre 82 % dans l'Indre et la Lozère. Ces résultats ne sont pas corrélés à la densité en radiologues libéraux.

En effet, l'Assurance Maladie avait relevé que plusieurs départements (Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Corse-du-Sud, Haute-Garonne, Paris, Var) présentait à la fois une densité d'offre en radiologie élevée, un recours important aux mammographies de dépistage (le volume total de mammographies réalisées par habitante âgées de 50 à 74 ans était supérieur à la moyenne nationale de 33 %), combinés à un faible taux de prise en charge au titre du dépistage organisé.

Ainsi, l'augmentation progressive des mammographies en dépistage individuel est à mettre en lien avec les dépassements d'honoraires facturés ; en effet, sont régulièrement signalées des cas où les femmes peuvent accéder dans des délais bien plus courts à une mammographie de dépistage moyennant le paiement de dépassements d'honoraires. Ces dépassements en DI sont en augmentation régulière sur les dernières années, passant d'un montant équivalent à 9 % du montant des bases de remboursement par l'Assurance maladie en 2014 à 16 % en 2023 et à 19% en 2024²⁶. En parallèle, il est constaté une association de plus en plus fréquente d'une échographie mammaire faisant l'objet de dépassements d'honoraires.

²⁶ Source CNAM

En ce qui concerne le dépistage du cancer colorectal, l'examen de diagnostic par coloscopie est un acte clé dans le parcours de dépistage du cancer du côlon lorsqu'un test immunologique est positif, la coloscopie permet de détecter et de traiter précocement d'éventuelles lésions précancéreuses. Or, des dépassements d'honoraires peuvent être facturés par certains praticiens, créant ainsi une inégalité d'accès. Cette situation est d'autant plus problématique que le dépistage du cancer colorectal s'inscrit dans une politique de santé publique visant à réduire la mortalité par une détection précoce accessible à tous. Certains actes de coloscopies font l'objet d'importants dépassements d'honoraires, qui croissent tendanciellement. Tel est le cas pour les actes d'exérèse de 1 à 3 polypes de moins de 1 cm de diamètre par coloscopie totale (HHFE00210 ; 18 M€ de dépassements d'honoraires en 2024 soit un dépassement moyen de 56€ par acte), pour les coloscopies totales avec franchissement de l'orifice iléocolique (HHQE00210 ; 13 M€ de dépassements en 2024 soit un dépassement par acte de 59€) et pour celles avec visualisation du bas-fond caecal sans franchissement de l'orifice iléocolique (HHQE00510 ; 16 M€ de dépassements en 2024 soit un dépassement moyen par acte de 44€). Ces actes sont fréquemment associés à d'autres (respectivement 46 %, 56 % et 48 %) lesquels peuvent également faire l'objet d'un dépassement d'honoraires. A ce titre, les actes d'anesthésies associés font également l'objet de dépassements (respectivement 12 M€, 9 M€ et 12 M€).

L'interdiction des dépassements d'honoraires pour les actes en lien avec les dépistages organisés, notamment la mammographie et les échographies qui peuvent être associées et la coloscopie en lien avec le dépistage organisé, permettrait de lever un frein financier important et de garantir la continuité entre le test de dépistage et l'examen diagnostique, dans un cadre tarifaire transparent et solidaire.

Amélioration de l'accessibilité aux dépistages organisés pour les assurés

Les actions de l'Assurance Maladie pour améliorer l'accessibilité aux dépistages organisés sont multiples et reposent sur des actions complémentaires en fonction des types de dépistages. Ces actions s'étendent de l'envoi de kit aux assurés en cas de seconde relance, à la mise à disposition d'annuaire pour identifier les professionnels à contacter ou encore des dispositifs d'aller-vers.

Ainsi, dans le cadre du dépistage du cancer colorectal, l'envoi d'un kit en seconde relance aux personnes ayant participé à au moins une des trois dernières campagnes de dépistage organisé du cancer colorectal a eu lieu à partir de la fin d'année 2024 :

- 1,2M de kits ont été envoyés sur les mois de décembre 2024, janvier et février 2025;
- 1,2M de kits ont été envoyés au mois de mars 2025 dans le cadre du mois de sensibilisation du DOCCR Mars bleu.

Ces deux opérations d'envergure, menées dans l'objectif d'une mobilisation soutenue visant à l'amélioration de la participation à ce dépistage, feront l'objet d'une évaluation dédiée.

Dans le cadre du dépistage du cancer du sein, l'accessibilité à une offre de radiologie demeure un enjeu crucial pour la réussite du dépistage organisé du cancer du sein. Un annuaire national des radiologues agréés a été déployé sur le site Ameli.fr <https://radiologuesdepistage.ameli.fr/> afin de renforcer la localisation des radiologues et la bonne information à destination des femmes éligibles au programme. Ces données de géolocalisation seront également mises à disposition en open-data sur www.data.gouv.fr afin de faciliter la prise de rendez-vous.

La mise en place d'actions d'aller-vers individuelles, notamment des appels téléphoniques de relance, portés par les plateaux Aller Vers Prévention de l'Assurance Maladie est effective pour les personnes n'ayant pas réalisé leur dépistage après plusieurs relances et éloignées du système de soins. Fonctionnels depuis janvier 2024, les 7 plateaux pilotés par l'Assurance Maladie mobilisent 120 agents prioritairement engagés dans la stratégie nationale d'invitation aux dépistages organisés et notamment la réalisation d'appels sortants sous forme d'entretiens motivationnels et d'accompagnement des assurés à la prise de rendez-vous chez un effecteur du dépistage selon le programme visé ou à l'accès au kit de dépistage pour le DOCCR par l'orientation vers une pharmacie de proximité ou une commande en ligne. Les assurés contactés par les plateaux sont prioritairement des assurés sans consommation de soins récente et primo accédant au dépistage organisé.

En 2024, les plateaux d'aller-vers ont réussi à contacter plus de 700 000 assurés (pour plus de 3 millions d'appels passés) dont plus de 215 000 ont bénéficié d'un entretien motivationnel les incitant à retirer un kit en pharmacie ou à le commander en ligne dans le cadre du DOCCR et plus de 30 000 pour le DOCS ont bénéficié d'un accompagnement à la prise de rendez-vous auprès d'un radiologue agréé.

Parallèlement, Après plusieurs mois de fonctionnement, le protocole des campagnes d'appels sortants spécifiques au DOCCR se renforce par l'inclusion de nouvelles modalités visant l'amélioration significative de l'efficacité du dispositif d'aller-vers. Un projet pilote est déployé par trois plateaux (Dordogne, Puy-en-Velay et Meurthe-et-Moselle) qui accompagnent dorénavant les assurés à la commande du kit de dépistage, sous la supervision d'un pharmacien conseil spécifiquement formé. Dans le cas où l'éligibilité est confirmée, le téléconseiller commande en ligne un kit de dépistage qui sera directement adressé au domicile de l'assuré. Il est attendu que la mise à disposition immédiate du kit de dépistage auprès de l'assuré, sans action complémentaire requise, facilite la participation de la population ciblée. Ces nouvelles modalités de remise contribuent à l'accélération du dispositif d'aller-vers des programmes de dépistages organisés et s'inscrivent dans un objectif de réduction des inégalités en santé avec une attention particulière aux personnes en situation de vulnérabilité.

Pour améliorer la performance des opérations d'aller-vers, le ciblage à partir des données issues du système national des données de santé (SNDS) et d'autres bases de la sphère sociale permettrait de poursuivre la montée en charge du dispositif et d'adopter une approche plus efficiente. Il s'agirait donc de dépasser la seule approche à partir des critères de vulnérabilité (sans médecin traitant, bénéficiaires de la C2S, etc.) et d'enrichir les capacités d'identification et d'accompagnement de l'Assurance Maladie avec des données plus riches (handicap, absence de ressources, etc.).

Dans un objectif d'amélioration de l'accessibilité et de la participation aux dépistages organisés, l'Assurance Maladie a proposé dans son rapport Charges et Produits pour 2025 d'élargir les compétences de certains professionnels de santé pour une plus large mobilisation dans la promotion des dépistages organisés. Ouvrir la possibilité de remettre le kit de dépistage aux infirmières, aux biologistes et aux sages-femmes permettrait de couvrir un plus large nombre d'assurés, notamment parmi ceux qui ne disposent pas de médecin traitant.

1.2.3 Un nécessaire développement des dépistages MCVA

Prévention des maladies cardiovasculaires et associées

Les maladies cardiovasculaires et pathologies associées (MCVA) constituent un enjeu prioritaire de santé publique, affectant près de 11 millions de personnes en France et représentant 45 Md€ de dépenses d'Assurance Maladie. Afin de prévenir les complications graves, améliorer les parcours de soins et contenir les dépenses de santé associées, l'Assurance Maladie met en œuvre une stratégie globale centrée sur le dépistage précoce et l'accompagnement coordonné des patients à risque. Cette stratégie repose sur une prise en charge cohérente des pathologies chroniques souvent intriquées, incluant l'insuffisance cardiaque, le syndrome coronaire chronique, la maladie rénale chronique, le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie développe plusieurs leviers d'action pour améliorer le repérage des patients à risque et renforcer la prévention. Le dispositif *Mon Bilan Prévention* constitue un outil central de cette démarche, en élargissant les possibilités de dépistage aux professionnels paramédicaux tels que les infirmiers, pharmaciens et sages-femmes. Le dépistage du diabète, pathologie silencieuse et facteur aggravant du risque cardiovasculaire, fait l'objet d'une mobilisation spécifique. Lancée en septembre 2024, une campagne d'information mobilise les délégués de l'Assurance Maladie auprès de 10 000 médecins généraliste. L'impact de cette campagne fera l'objet d'une évaluation, notamment via l'évolution du taux de réalisation de la glycémie à jeun chez les patients âgés de 45 à 50 ans suivis par les praticiens visités.

Concernant la maladie rénale chronique, également souvent asymptomatique à ses débuts, l'Assurance Maladie avait démontré dans le rapport Charges et Produits 2025 les lacunes dans son dépistage et le suivi des patients qui en souffrent. Tous les ans, près d'un tiers des patients (30% en 2021) nouvellement dialysés doivent démarrer ce traitement en urgence. Plus d'un patient sur cinq souffrant de cette pathologie n'a pas de dépistage pour les autres maladies cardio-vasculaires.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie soutient la réévaluation par la Haute Autorité de santé de la stratégie de dépistage du diabète. Dans un contexte d'augmentation constante de la population à risque, il pourrait apparaître légitime d'adopter une approche plus systématique du dépistage à partir de 45 ans. Une telle orientation renforcerait la lisibilité de la politique de prévention et permettrait une mise en œuvre facilitée d'une stratégie d'« aller vers » les assurés concernés.

Enfin, l'amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) constitue un des axes majeurs de la refonte du parcours « MCVA », dont l'objectif est de mettre en place une approche globale du risque cardiovasculaire. L'HTA concerne 17 millions de patients²⁷ (soit une prévalence d'un tiers chez les adultes) et son dépistage demeure nettement perfectible. En dépit des mesures régulières de pression artérielle réalisées par les médecins, l'étude Esteban a mis en évidence qu'en France, malgré des mesures régulières de la PA, seul 1 hypertendu sur 2 avait connaissance de son hypertension²⁸. De même, 22 % des HTA non traitées sont de grade 2 ou 3. Or, cette situation contraste avec la fréquence des mesures de pression artérielle (84 % de la population déclarent en avoir eu une dans l'année²⁹), mais peut s'expliquer par une tendance à banaliser les niveaux de pression artérielle supérieurs à la normale (93 % des patients émettent des réserves lors de la prescription d'un traitement antihypertenseur³⁰).

²⁷ Olié V, Chatignoux E, Bonaldi C, Grave C, Gabet A, Blacher J. How to avoid overestimating the burden of hypertension in epidemiological studies? A new methodology to account for within person variability of blood pressure. *Int J Epidemiol.* 2022;51(6):1824-34.

²⁸ VALLEE, Alexandre, GABET, Amelie, GRAVE, Clemence, et al. Patterns of hypertension management in France in 2015: the ESTEBAN survey. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2020, vol. 22, no 4, p. 663-672.

²⁹ Perrine AL, Lecoffre C, Olié V. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes en France en 2015, étude Esteban. *Rev Épidemiol Santé Publique.* 2018;66(Suppl1):S50.

³⁰ NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: A pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet.* 2021;398(10304):957-80.

Les facteurs de risque cardiovasculaires représentent un enjeu majeur de santé publique car ils sont souvent à l'origine de maladies fréquentes, coûteuses et invalidantes. Ces maladies cardiovasculaires sont d'autant plus dangereuses qu'elles peuvent s'installer de manière insidieuse, sans symptômes apparents. Outre l'hérédité, le sexe et l'âge, il est possible d'agir sur les autres facteurs de risque tels que l'hypertension artérielle, le tabac, l'hypercholestérolémie, le diabète, l'obésité, le surpoids, la sédentarité, l'excès d'alcool.

Dans ce contexte, l'Assurance Maladie se mobilise afin de sensibiliser au dépistage de l'hypertension artérielle et autres facteurs de risque. Ainsi, une grande campagne de communication sera déployée à destination du grand public au printemps 2026. A l'image de la campagne « know your numbers » diffusée au Royaume-Uni³¹, les assurés seront invités à « connaître vos chiffres » (pression artérielle, glycémie, cholestérolémie, poids) et à agir sur leur santé cardiovasculaire en conséquence, en se rapprochant d'un professionnel de santé (y compris un infirmier ou un pharmacien, pour aider à dépister l'hypertension artérielle) et en se saisissant, pour les personnes des tranches d'âge concernées, de la possibilité d'un bilan de prévention d'ores et déjà financé (Mon Bilan Prévention). Pour faciliter l'interprétation des résultats, l'Assurance Maladie mettra notamment à disposition, via Mon Espace Santé, un outil pédagogique permettant de renseigner les résultats de la mesure de la pression artérielle et de les comprendre au mieux, en orientant si nécessaire vers son médecin. En aval, une campagne d'information déployée auprès des médecins généralistes visera à lutter contre l'inertie thérapeutique.

Pour faire progresser les dépistages des MCVA, l'Assurance Maladie recommande également d'organiser le dépistage systématique de l'HTA, qui constitue un facteur de risque essentiel et insuffisamment contrôlé du champ MCVA., et d'ouvrir ce dépistage aux pharmaciens. Pour ce faire, il importe de mener une campagne nationale de sensibilisation à destination du grand public sur l'HTA pour rappeler l'importance de ce dépistage et du traitement tant médicamenteux que non médicamenteux, en s'inspirant de la campagne « *know your numbers!* ».

1.3 Développer une approche personnalisée de la prévention pour sensibiliser chaque assuré

Faire évoluer Mon Espace Santé vers des usages concrets au service de la prévention

Mon Espace Santé (MES), carnet de santé numérique de chaque assuré, est l'une des plus grandes avancées en matière de santé publique de ces dernières années dans le champ du numérique : gratuit, sécurisé et souverain, universel (ouvert à tous les assurés, utilisable par tous les professionnels de santé), pérenne, 97% des assurés sociaux en disposent et plus de 20 millions de comptes ont été activés trois ans seulement après son lancement. Grâce à ce service, chacun peut être propriétaire de ses données de santé et y donner accès aux professionnels de santé de son choix. Grâce au Ségur du numérique, programme permettant aux logiciels métier des professionnels de santé en ville et à l'hôpital d'être interopérable avec MES, ce sont désormais plus de 646 millions de documents qui ont alimenté Mon Espace Santé par les professionnels de santé depuis sa création (et 22 M par les patients), et le rythme d'alimentation ne cesse d'accélérer. Les principaux documents aujourd'hui enregistrés sont les compte-rendu d'examens de biologie (43%), les prescriptions de médicaments (22%) et les CR d'imagerie médicale (8%). Grâce à Mon Espace Santé, chacun peut participer activement à son parcours de soins et améliorer sa prise en charge en favorisant l'information de ses professionnels de santé. Mon espace santé devient progressivement une solution numérique centrale dans le suivi quotidien de l'état de santé des assurés : chaque mois, 500 000 d'entre eux activent leur compte.

Mon Espace Santé propose d'ores-et-déjà un premier étage de prévention : carnet de vaccination connecté, auto-suivi de ses mesures (adapté pour les enfants avec les courbes de poids et de croissance), messages de prévention ciblés selon l'âge et le sexe. Mon espace santé permet donc déjà de centraliser les informations médicales de l'utilisateur. Les professionnels de santé peuvent consulter la synthèse de ces informations, les documents disponibles (ordonnance, compte rendu d'hospitalisation, lettre de liaison, etc.) ainsi que les vaccinations réalisées. Ils disposent donc d'informations pour identifier un besoin de prévention spécifique pour chaque patient.

En aval des actes de prévention, pour faciliter le suivi et la coordination des soins, le versement systématique des résultats d'examen dans Mon Espace Santé, déjà largement déployé pour les examens de biologie et de radiologie doit se poursuivre conformément aux engagements en lien avec le Ségur du Numérique.

³¹ <https://www.bloodpressureuk.org/know-your-numbers/>, <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/nhs-health-check/>

Afin de développer une approche personnalisée de la prévention, l'Assurance Maladie souhaite désormais aller plus loin, en utilisant ses propres données pour individualiser ses messages et son offre. Sur la base de la consommation de soins (donnée dont l'Assurance Maladie dispose), elle souhaite intégrer à Mon Espace Santé un tableau de bord propre à chaque assuré, qui couvrirait les actes de vaccination, de dépistages (cancers et MCVA) et de suivi (diabète et MRC). Il s'agit donc ici de mobiliser les données de l'Assurance Maladie au service de l'information personnelle de chaque assuré (comme pour les médecins traitants à compter de 2026).

Ainsi, la mise en place d'un tableau de bord pour l'assuré synthétisant les principales actions de prévention à effectuer en fonction du profil de l'assuré, sur la base de données dont dispose l'Assurance Maladie, permettrait d'informer et d'inciter à la réalisation d'actes de prévention : vaccination, dépistages, suivi des pathologies MCVA, MonBilanPrévention, etc.

Dans une optique de prévention secondaire, l'ensemble des résultats des trois dépistages organisés des cancers seront également versés de façon systématique dans MES et une fonction d'orientation sera proposée aux patients éligibles n'ayant pas encore réalisé de dépistage. Dans une optique de prévention tertiaire, le dépistage des facteurs de risque du champ MCVA, notamment l'HTA, pourrait être en outre proposé aux assurés.

Un tel projet implique l'amélioration des capacités de l'Assurance Maladie à insérer des données disponibles dans MES et à les traiter pour proposer un contenu utile et concret aux assurés.

Plus généralement, la coordination de l'ensemble des professionnels de santé est nécessaire pour garantir l'efficacité du suivi personnalisé de la prévention des cancers. Le Programme Ségur du Numérique en Santé a, en ce sens, engagé le projet DRIM-M (Data Radiologie Imagerie Médicale & Médecine Nucléaire), qui a pour objectif de créer un réseau unique et national de partage d'images entre professionnels de santé. Ce réseau, accessible via le Dossier Médical Partagé, permettra notamment aux radiologues d'avoir un accès facilité à l'imagerie, y compris les mammographies liées au dépistage, ce qui pourrait notamment faciliter la seconde lecture des mammographies dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein.

La mise en place d'un tableau de bord de prévention personnalisé à destination des assurés pourrait s'appuyer sur certains dispositifs existants dans MES :

- Mon espace santé propose à ses usagers éligibles (18-25 ans, 45- 50 ans, 60-65 ans et 70- 75 ans) de pré-remplir le questionnaire lié au dispositif Mon bilan prévention. L'utilisateur pourra ainsi se voir proposer une première série de recommandations, dans l'attente de la réalisation du bilan avec les professionnels de santé. Il est prévu de personnaliser prochainement les messages de prévention en fonction des réponses des usagers aux habitudes de vie (habitudes alimentaires, activité physique, consommation de tabac et/ou d'alcool, usages des écrans, sommeil).
- Mon espace santé met à disposition un agenda personnalisé, qui en fonction du profil de l'utilisateur, propose des suggestions d'examen(s) à réaliser. L'utilisateur est donc informé des prochaines vaccinations (selon le carnet vaccinal en vigueur), dépistages (cancer, glaucome) et examens (bilans de prévention, examen dentaire annuel, 20 examens de l'enfant) à réaliser.
- Un espace Prévention, dans lequel les assurés peuvent retrouver des contenus adaptés à leur profil ou à celui de leur enfant (âge et sexe), est également proposé. La mobilisation des données de l'Assurance Maladie permettrait d'adresser des messages beaucoup plus ciblés et pertinents.

Aller vers la personnalisation des dépistages et des suivis

Actuellement, le dispositif de dépistage organisé des cancers est destiné aux personnes à risque moyen et repose sur une stratégie d'invitation et de relances et un suivi selon les résultats du dépistage. L'arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers prévoit de façon générale que les personnes à risque aggravé (élevé ou très élevé) bénéficient d'un suivi personnalisé proposé par le médecin qui diffère de la stratégie destinée aux personnes à risque moyen sur le seul critère d'âge, et que ces personnes soient exclues du dépistage organisé.

L'analyse effectuée dans le cadre du C&P 2025 suggère que, pour une part significative des patients à risque aggravé de développer un cancer, le suivi n'est pas réalisé conformément aux recommandations en vigueur, les exposant ainsi au risque d'un diagnostic tardif : pour le DOCCR, 43% des personnes ayant bénéficié d'un exérèse d'adénome, et 29% des personnes ayant une maladie inflammatoire chronique de l'intestin depuis plus de 10 ans, n'ont pas bénéficié d'un tel suivi³². Le suivi de ces personnes à risque aggravé varie selon leur âge et leurs antécédents médicaux personnels ou familiaux³³ avec des stratégies de surveillance variables en termes de type d'examen(s) de surveillance à réaliser et de rythme de réalisation. Cette situation justifie d'engager, en lien étroit avec les partenaires concernés, un dispositif pilote visant à renforcer de manière significative le suivi des patients à risque aggravé de développer l'un des trois cancers à dépistage organisé. Concrètement, ce pilote reposera sur une information renforcée aux patients concernés, ainsi qu'à leurs médecins traitants. Il pourra constituer l'une des piliers de dépistages plus individualisés et donc plus pertinent, tenant compte de la situation personnelle et médicale des assurés.

32 Cohorte 2015 analysée en 2021, C&P 2025

33 Cancer colorectal

Antécédent personnel ou familial d'adénome (parent au 1er degré) ou de cancer colorectal

Antécédent personnel de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (Mici : Maladie de Crohn ou Rectocolite Hémorragique)

Polypose adénomateuse familiale (PAF) ou syndrome de Lynch (risque très élevé)

Renforcer l'engagement des assurés dans la prévention grâce à des incitations financières

Dans une logique de prévention individualisée, les incitations financières sont un levier pour renforcer l'implication des assurés dans leur propre santé. Elles prennent la forme de compensations financières directes ou indirectes pour les personnes qui participent à des démarches préventives (dépistage, vaccination, consultations de prévention...).

Dans une perspective économique, ce type d'incitation repose sur l'idée qu'il est possible d'aligner les intérêts individuels avec l'intérêt collectif³⁴. En récompensant financièrement un comportement bénéfique, tels que participer à un programme de dépistage organisé ou se faire vacciner, l'objectif est de réduire l'incidence des maladies évitables et, par conséquent, de limiter le recours à des soins coûteux. Cette logique prend tout son sens dans un système solidaire fondé sur la mutualisation des dépenses : en responsabilisant les assurés, il s'agit de contribuer à la maîtrise des dépenses de santé. Le comportement responsable du patient devient ainsi un levier d'efficacité collective, justifiant l'usage d'une compensation individualisée³⁵.

Les incitations financières se sont révélées efficaces pour encourager des comportements favorables à la santé, tels que l'arrêt du tabac, la vaccination ou l'activité physique régulière³⁶. Leur impact sur l'amélioration des taux de dépistage du cancer, notamment du sein et du col de l'utérus, est cependant plus contrasté, avec des effets positifs rapportés notamment pour le dépistage du cancer colorectal^{37,38}. Ces effets sont susceptibles d'être atténués par des déterminants collectifs échappant à la responsabilité individuelle (freins socio-économiques notamment) et la littérature souligne l'importance d'approches complémentaires³⁹ comme les dispositifs d'« aller-vers », l'amélioration de l'information du public ou la réduction des obstacles structurels à l'accès à la prévention, développées par ailleurs par l'Assurance Maladie.

Certains pays ont développé des dispositifs d'incitations financières pour améliorer la participation aux programmes de prévention et promotion de la santé. En Allemagne, le premier programme d'incitations financières à destination des patients date de 1989⁴⁰. La loi autorise en effet les caisses d'assurance maladie obligatoires à développer des programmes d'incitations financières⁴¹ pour récompenser la participation des patients volontaires aux programmes de dépistage organisé, aux consultations de prévention⁴² ou encore, depuis quelques années, le niveau d'activité physique de l'assuré télétransmis à l'assureur. Ces bonus peuvent prendre la forme d'une somme d'argent versée à l'assuré, d'une réduction des primes d'assurance, ou d'avantages en nature (par exemple, du matériel sportif). Ces incitations doivent être financées par les économies réalisées grâce à la participation des assurés aux programmes, et non par les cotisations générales. Toutes les caisses doivent rendre compte régulièrement, au moins tous les trois ans, à l'autorité compétente des économies générées. Les bonus ne peuvent être versés que si des économies effectives sont constatées.

Options pour introduire des incitations financières en faveur de la prévention

Dans ce contexte, deux dispositifs individuels pouvant permettre d'inciter à mener des actions de prévention sont présentés.

Tout d'abord, l'Assurance Maladie propose d'étudier la mise en place d'un dispositif permettant d'instaurer un gain financier en retour de la réalisation des actions de préventions auxquelles l'assuré est éligible. Une modalité pourrait être de remettre un bon de réduction sur les primes d'assurance complémentaire pour les assurés à jour de leurs actes de prévention. Ainsi, une femme éligible pour le dépistage du cancer du sein et qui aura réalisé ce dépistage se verra remettre une attestation lui donnant droit à une prime minorée auprès de son organisme complémentaire. De même, une personne dans la cible de la vaccination contre la grippe et qui se vaccine pourraient avoir une minoration de sa prime.

³⁴ Beresniak A. Duru G., *Economie de la santé*, Elsevier Masson, Paris, 2020

³⁵ Carl Justus Bredthauer, Eva Kuhn, Alena Buyx, The ethics of behaviour-based insurance models: Solidarity based concerns in Germany's statutory health insurance, *Health Policy*, Volume 156, 2025, 105318, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105318>.

³⁶ Giles EL, Robalino S, McColl E, Sniehotta FF, Adams J. The effectiveness of financial incentives for health behaviour change: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(3):e90347. doi:10.1371/journal.pone.0090347

³⁷ Marianna Mauro, Giorgia Rotundo, Monica Giancotti, Effect of financial incentives on breast, cervical and colorectal cancer screening delivery rates: Results from a systematic literature review, *Health Policy*, Volume 123, Issue 12, 2019, Pages 1210-1220, ISSN 0168-8510, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.09.012>.

³⁸ Facciorusso A, Demb J, Mohan BP, Gupta S, Singh S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2122581. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.22581

³⁹ Facciorusso A, Demb J, Mohan BP, Gupta S, Singh S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2021;4(8):e2122581. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.22581

⁴⁰ Schmidt H, Gerber A, Stock S. What can we learn from German health incentive schemes? *BMJ* 2009; 339 :b3504 doi:10.1136/bmj.b3504

⁴¹ Sozialgesetzbuch V, article 65a

⁴² Prévues tous les 3 ans pour les personnes âgées de plus de 35 ans

Un deuxième dispositif pourrait s'inspirer des expérimentations visant à réduire la consommation de tabac chez les femmes enceintes. La consommation de tabac chez la femme enceinte peut entraîner des complications pendant la grossesse (grossesse extra-utérine, placenta prævia, hématome rétro-placentaire, mort fœtale in utero, rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré) et des risques pour le nouveau-né (petit poids de naissance (< 2500g), prématurité, hypoxie, mort subite du nourrisson).

En France, selon le baromètre de Santé publique France 2021⁴³, un quart des femmes qui étaient enceintes entre 2016 et 2021 fumaient lorsqu'elles ont appris leur grossesse. Parmi ces femmes qui fumaient lorsqu'elles ont eu connaissance de leur grossesse en 2021 : 45 % ont déclaré avoir arrêté de fumer dès qu'elles ont appris leur grossesse ou au cours de leur grossesse, 51 % ont déclaré avoir réduit la quantité de tabac fumé sans arrêter totalement, 4 % n'ont ni arrêté ni réduit leur consommation.

En Angleterre, à la suite d'une recommandation du *National institute for health and care excellence*⁴⁴, un programme national *National smoke-free pregnancy incentive scheme* du service national de santé (NHS) a été lancé en novembre 2024⁴⁵. Le programme s'adresse aux personnes enceintes identifiées comme fumeuses à partir d'un test de monoxyde de carbone lors de leur premier rendez-vous prénatal. Un suivi régulier est alors organisé pour accompagner le sevrage et confirmer l'arrêt du tabac par un test de monoxyde de carbone. Les bénéficiaires dont l'arrêt est confirmé reçoivent des bons hebdomadaires pendant les 4 premières semaines puis mensuels jusqu'à l'accouchement et à 1 mois et 3 mois après la naissance. Ce programme s'appuie sur des données scientifiques probantes ayant documenté l'impact positif des incitations financières sur l'arrêt du tabac durant la grossesse⁴⁶.

Une étude française⁴⁷ a aussi évalué l'efficacité des incitations financières chez les femmes enceintes en proposant des bons d'achat aux femmes qui arrêteraient de fumer pendant leur grossesse, cette étude a montré une augmentation du taux d'abstinence dans le groupe incitation financière (16,45 vs 7,42 pour le groupe sans intervention), une diminution des complications néonatales et une augmentation du poids de naissance chez les nouveaux nés. Une méta-analyse montre que les poids des nouveau-nés sont significativement plus importants lorsque des récompenses financières supplémentaires liées à l'arrêt du tabac sont proposées aux femmes enceintes⁴⁸. Si le principe de l'incitation financière au comportement favorable à la santé est fortement discuté, le contexte spécifique de la grossesse - en considérant l'intérêt de l'enfant à naître - et l'efficacité démontrée dans des conditions reproductibles sur le territoire français peuvent justifier cette intervention.

A partir de ces expériences, l'Assurance Maladie souhaite introduire dans l'expérimentation de la mesure du CO des femmes enceintes une incitation financière à l'arrêt du tabac pendant la grossesse. A chaque visite prénatale obligatoire, la mesure du CO serait effectuée par le professionnel de santé qui suit la femme. Deux bras de l'étude pilote seraient mis en place. Un premier, avec une sensibilisation de la femme à l'intoxication de son bébé par la visualisation de son taux de CO expiré. Un second en y ajoutant la remise de bons d'achat en cas d'abstinence mesurée.

Encadré 4 : Avis de l'académie de médecine - Monoxyde de carbone, tabac et femme enceinte (mars 2025)

La mesure du CO expiré proposée par le médecin ou la sage-femme en charge du suivi prénatal permet de détecter l'exposition à la fumée de tabac par tabagisme actif ou passif, mais aussi l'exposition à toute autre substance fumée (cannabis, chicha, pipe à eau...) et d'évaluer objectivement les risques encourus par le fœtus puis en période néonatale et enfin lors de l'allaitement.

Cette mesure systématique peut déclencher la prise de conscience liée par la mère de la nocivité de la fumée de tabac responsable de la diminution de l'oxygénation de son enfant à naître via le CO. Cette prise de conscience peut avoir un effet déclencheur et renforcer la motivation pour arrêter de fumer et non plus seulement diminuer la consommation quotidienne. Cette diminution doit être présentée comme encourageante mais insuffisante pour protéger le fœtus.

⁴³ Andler R., Quatremère G., Pasquereau A., Demiguel V., Regnault N., Nguyen-Thanh V. Consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2021. Le point sur, septembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 7 p.

⁴⁴ National institute for health and care excellence. Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. Published: 30 November 2021/Last updated: 4 February 2025 : <https://www.nice.org.uk/guidance/ng209>

⁴⁵ <https://www.england.nhs.uk/ourwork/prevention/tobacco-dependency-programme/national-smoke-free-pregnancy-incentive-scheme/>

⁴⁶ Tappin D, Bauld L, Purves D, Boyd K, Sinclair L, MacAskill S, McKell J, Friel B, McConnachie A, de Caestecker L, Tannahill C, Radley A, Coleman T – Financial incentives for smoking cessation in pregnancy : randomized controlled trial – the British Medical Journal - 2015

⁴⁷ Berlin I., Berlin N., Malecot M., Breton M., Jusot F., Goldzahl L. "Financial incentives for smoking cessation in pregnancy: multicentre randomised controlled trial". *British Medical Journal*, 2021

⁴⁸ Tappin D, Lee J, McConnachie A, Kock L, Higgins ST, Heil SH, Berlin I, Ondersma SJ, Kee F, Bernstein I, Bauld L. Financial Rewards for Smoking Cessation During Pregnancy and Birth Weight: A Meta-Analysis. *JAMA Netw Open*. 2025 Mar 3;8(3):e250214. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.0214. PMID: 40048164; PMCID: PMC11886724.

1.4 Dans un contexte marqué par la transition démographique et la progression soutenue des maladies chroniques, agir durablement sur les principaux facteurs de risque comportementaux et les inégalités sociales

La France se caractérise par une prévalence encore élevée de certains facteurs de risque comportementaux, en particulier le tabagisme, la consommation d'alcool et les déséquilibres alimentaires. Ces expositions contribuent de manière significative à la charge de morbidité évitable et à la progression des maladies chroniques, pesant ainsi sur la soutenabilité du système de santé.

Dans ce contexte, la mise en œuvre d'un ensemble cohérent et structuré de politiques publiques visant à faire évoluer les comportements liés au tabac, à l'alcool et à l'alimentation pourrait améliorer sensiblement l'état de santé de la population française et freiner, à moyen et long terme, la dynamique de croissance des dépenses de santé.

Ce chapitre examine successivement, pour chacun de ces facteurs de risque, la situation spécifique de la France au regard de celle de ses principaux partenaires européens, les politiques actuellement en vigueur, ainsi que les leviers d'action mobilisables pour renforcer la prévention. Ces pistes d'évolution s'appuient notamment sur les travaux de l'OCDE, et en particulier sur les résultats issus du modèle de microsimulation SPHeP-NCD (Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases). Ce modèle permet d'évaluer, sur la base de données empiriques, les effets à long terme des politiques de prévention sur la santé des populations, les systèmes de soins et les dépenses publiques.

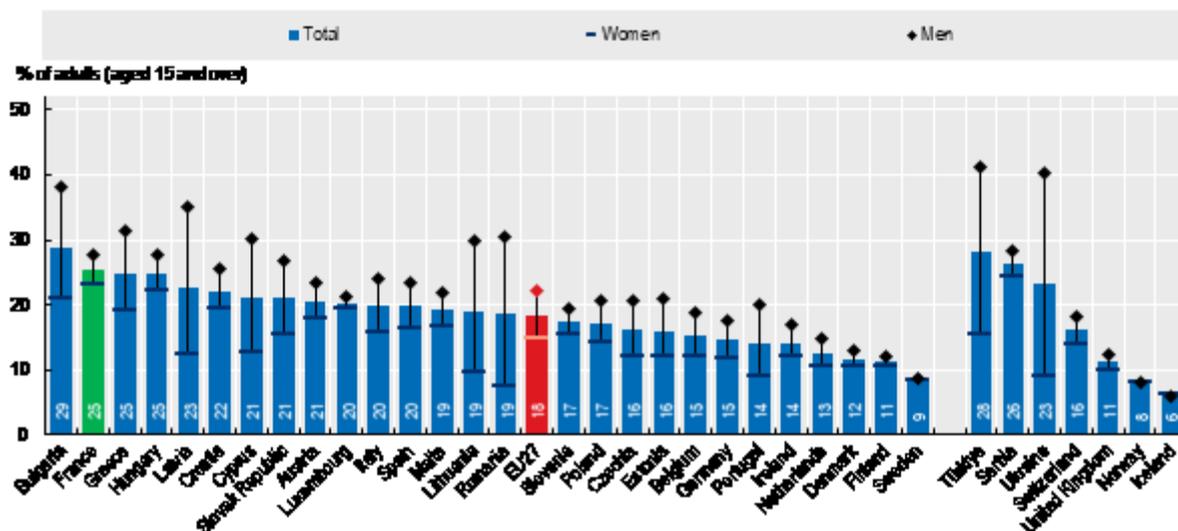
1.4.1 Face aux effets massifs du tabac sur la santé, l'impérative nécessité de renouveler nos efforts

Les principales actions pour lutter contre le tabagisme

La France fait partie des pays avec les plus hauts taux de tabagisme quotidien (25 % environ contre 14,6 % en Allemagne en 2023), avec un niveau plus élevé parmi les hommes (27,8 %) que parmi les femmes (23 %) - une tendance que l'on retrouve dans les autres pays. Contrairement à certaines idées reçues, nous fumons plus que beaucoup de pays de l'Est, beaucoup plus que nos amis britanniques. En France, environ 73 000 décès sont liés au tabac chaque année - dont 45 000 décès des suites d'un cancer - et son coût économique et social est particulièrement élevé. Un cancer sur trois est dû au tabagisme⁴⁹. Le plus fréquent est le cancer du poumon, dont 80 à 90 % des cas sont liés au tabagisme actif. Mais le tabac est aussi un facteur de risque pour de nombreux autres cancers : bouche, pharynx, larynx, œsophage, sein, pancréas, reins, vessie, utérus. Le cancer de l'œsophage est plus fréquent en cas d'association du tabac et de l'alcool.

⁴⁹<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/articles/quelles-sont-les-consequences-du-tabagisme-sur-la-sante#:~:text=Le%20plus%20connu%20est%20le,tabac%20et%20de%20%27%20alcool.>

Figure 16 : Taux de tabagisme quotidien chez les adultes par sexe dans les pays de l'OCDE, 2022



Source : OCDE

Le renforcement significatif des actions contre le tabagisme doit intervenir au moyen de l'ensemble des leviers : agir sur le prix du tabac, interdire la consommation dans un certain nombre de lieux, renforcer le contrôle de l'interdiction de la vente aux mineurs, accompagner l'arrêt du tabac

Encadré 5 : L'apport du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE dans l'évaluation des politiques de prévention sur les facteurs de risques

Développé par l'OCDE, le modèle de microsimulation SPHeP-NCD (Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases) évalue les politiques de prévention en termes d'impact notamment sur les dépenses de santé. En modélisant les trajectoires de santé de populations nationales et les effets de différentes mesures, cet outil permet d'estimer les impacts sanitaires, économiques et budgétaires de mesures ciblant les comportements à risque, tels que la consommation de tabac, d'alcool ou d'aliments transformés.

Exemples d'impacts des mesures mises en place en France :

- **Tabac** : Les politiques ambitieuses de lutte contre le tabagisme menées entre 2016 et 2020 ont eu un impact positif. Elle permettrait d'éviter 4 millions de cas de maladies au total au cours de cette période, dont 1,87 million de cas de troubles musculosquelettiques, 1,54 million d'infection des voies respiratoires inférieures, 0,3 million de BPCO, 0,2 million de cancers imputables au tabac, 0,1 million de maladies cardiovasculaires, et plusieurs centaines de cas de démence ou de diabète. Ceci permettrait de diminuer les dépenses de 580 M€ par an.
- **Alcool** : L'OCDE a publié en 2021 un rapport sur l'analyse du coût pour la société des consommations nocives d'alcool en France. Le rapport présente une simulation des gains escomptés en fonction de politiques publiques mises en œuvre : contrôles routiers d'alcoolémie, délivrance de conseils dans le cadre des soins primaires, taxation de l'alcool, fixation d'un prix minimum et traitement de la dépendance. Il s'inscrit dans le cadre d'une étude plus large de l'OCDE sur les politiques alcool des pays membres. Parce qu'elles réduisent la survenue de maladies et de traumatismes, les politiques de lutte contre la consommation nocive d'alcool ont un effet positif particulièrement important sur l'espérance de vie (une année de vie supplémentaire en 30 ans) et sur les dépenses de santé (gain estimé à 2,8 Mds€ par an).

L'augmentation du prix du paquet de cigarettes de l'ordre de +42% entre 2016 et 2020⁵⁰ par les pouvoirs publics constitue une mesure efficace qui a contribué progressivement à la réduction de la consommation de tabac⁵¹. Les différentes études économiques étudiant l'élasticité prix du tabagisme sur les prix font état d'une élasticité prix de -0,6 c'est-à-dire qu'une hausse de 10% du prix du tabac entraînerait une baisse de 6% de la demande. Ce prix contribue aussi à la baisse de l'entrée dans le tabagisme des plus jeunes. Des exemples internationaux appuient ces constats : en Australie, le prix du paquet est supérieur à 25 dollars australiens (environ 15 euros) et le taux de fumeurs adultes est inférieur à 12 %.

⁵⁰ Rapport d'information, Sénat, La fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ?, mai 2024

⁵¹ Par exemple, l'effet de la hausse des prix sur la consommation de tabac, évalué par Gallet et List en 2002 à partir de 86 études sur le sujet, met en évidence une élasticité-prix moyenne de - 0,48. Gallet, List « Cigarette demand : a meta-analysis of elasticities », Health Economics, n° 12, Issue 10, pages 821-835, October 2003.

L'interdiction du tabac dans des lieux spécifiques est un vecteur de dénormalisation du tabagisme, de prévention de l'initiation des plus jeunes mais aussi de protection de l'environnement. Depuis le 1er février 2007, il est interdit de fumer dans tous les lieux fermés et couverts accueillant du public ou qui constituent des lieux de travail, dans les établissements de santé, dans l'ensemble des transports en commun, et dans toute l'enceinte (y compris les endroits ouverts telles les cours d'écoles) des écoles, collèges et lycées publics et privés, ainsi que des établissements destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement des mineurs. Cette interdiction est rappelée par une signalisation apparente.

Le Programme national de lutte contre le tabagisme 2023-2027⁵² prévoit l'amplification des mesures entreprises dont la généralisation des espaces sans tabac, initiative déjà engagée par de nombreuses communes qui ont interdit de fumer dans les parcs, les jardins, sur certaines plages et aux abords de plusieurs centaines d'établissements scolaires par arrêté municipal. Jusque-là portés par l'engagement des élus locaux et les associations⁵³, cet ensemble de mesures sera généralisé à compter du 1^{er} juillet 2025: parcs et jardins publics, plages bordant des eaux de baignade, abribus et zones couvertes d'attente des voyageurs, aux abords des écoles, collèges, lycées et autres lieux destinés à l'accueil, à la formation ou à l'hébergement de mineurs, espaces ouverts et abords des bibliothèques, piscines, stades et installations sportives. Ces interdictions visent explicitement les lieux de sociabilité quotidienne des jeunes, afin de contribuer à dénormaliser le tabac et limiter son attractivité.

En 2022, un jeune sur quatre de 17 ans (25,1%) a fumé du tabac au cours du mois précédant l'enquête, 15,6% quotidiennement et 3,7% fument 10 cigarettes ou plus par jour⁵⁴. Si ces taux diminuent, ils restent particulièrement élevés. Pour renforcer l'application de la **loi du 24 juillet 2003** interdisant la vente de tabac aux mineurs, le comité national contre le tabagisme (CNCT) - financé par le Fonds de lutte contre les addictions pour mener des actions répondant à ces objectifs, fournit des exemples de mesures à déployer ou renforcer :

- Expérimenter un dispositif de contrôle systématique de l'âge du client en visant ensuite une généralisation ;
- Réaliser un programme de contrôles : par le CNCT avec des mineurs et des huissiers, mais aussi par la police municipale suite à la formation de ces agents à la question des interdits protecteurs ;
- Sensibiliser les autorités de tutelle des buralistes, les douanes et le Ministère de la Justice à la nécessité de faire respecter strictement la loi de 2003 en alourdissant si besoin les sanctions, ceci impliquant alors une évolution de la loi.

Enfin, la Loi Évin datant de 1991 a renforcé les restrictions sur la publicité pour le tabac. Elle a interdit la publicité dans les médias imprimés, à la télévision et à la radio. Cependant, l'industrie semble contourner en partie cette loi grâce à de nouvelles stratégies de communication déployées sur les réseaux sociaux notamment via des influenceurs. Les mineurs sont particulièrement exposés à ces contenus.

La fiscalité sur le tabac constitue donc un outil stratégique pour lutter contre le tabagisme, dont le recours doit se poursuivre. L'Assurance Maladie propose que la trajectoire d'augmentation des prix du tabac soit poursuivie à minima sur le rythme de la précédente décennie. Cette poursuite de la hausse des prix devrait être associée à une réintroduction de la limitation des achats transfrontaliers de tabac, pour éviter tout contournement de la mesure et une concurrence déloyale au détriment des débiteurs de tabac français. En tant que de besoin, cette réintroduction se devra se faire au moyen d'une modification de la réglementation européenne.

Pour renforcer l'application de la **loi du 24 juillet 2003** interdisant la vente de tabac aux mineurs, il est nécessaire d'amplifier la sensibilisation des établissements vendeurs, les contrôles et les sanctions dissuasives en cas de vente de tabac à un mineur. Concrètement, l'Assurance Maladie propose l'amplification des contrôles de type « clients mystère », associés à des sanctions renforcées et en partenariat avec des associations de patients telles qu'Addictions France.

⁵² <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/plan-national-de-lutte-contre-le-tabac>

⁵³ Espaces sans tabac, Ligue contre le cancer ; Terrasses sans tabac, DNF ; Lieux de santé sans tabac, RESPADD, Ville libre sans tabac, GEST

⁵⁴ Brissot A, Le Nézet O, Spilka S. Focus. L'usage de tabac chez les jeunes de 17 ans : résultats de l'enquête Escapad. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(9-10):166-9.

1.4.2 Réduire la consommation d'alcool en jouant sur les taxations et en renforçant l'application de la réglementation déjà en vigueur

Selon l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT), l'année 2023 confirme la tendance à la baisse de plusieurs indicateurs liés à la vente et à l'usage d'alcool. En comparaison internationale, la France constitue toutefois l'un des pays où la consommation d'alcool demeure à un niveau élevé, avec 10,3 litres d'alcool pur par an et par habitant⁵⁵. Les Françaises et Français consomment ainsi nettement plus d'alcool qu'en Italie (7,7 litres d'alcool pur par an et par habitant), en Norvège (7,4 litres d'alcool pur par an et par habitant) ou au Royaume-Uni (10,0 litres d'alcool pur par an et par habitant).

Les volumes d'alcool pur mis en vente ont diminué de 3,8% en 2023 par rapport à 2022. Cette baisse est principalement due au recul des ventes de vins (- 4,2 % entre 2022 et 2023), qui reste cependant la majorité des boissons alcoolisées vendues en France (52%). Cette diminution se fait au profit d'un report vers les bières, dont les ventes sont en hausse continue depuis 2018 et dépassent désormais 25% des volumes d'alcool mis en vente.

S'agissant de la consommation d'alcool chez les adultes, la diminution la plus marquée concerne la consommation quotidienne, avec une baisse de 13 % entre 2021 et 2023. Chez les adolescents de 17 ans, la baisse de consommation est encore plus prononcée entre 2017 et 2022, avec un usage quotidien qui a diminué de 31 %, et un usage dans le mois qui a diminué de 14 %. Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (API), aussi appelées *binge drinking*, les résultats sont plus contrastés. Les API ont plutôt tendance à diminuer chez les hommes jeunes, notamment de moins de 24 ans, alors qu'elles augmentent de manière sensible chez les femmes de plus de 35 ans.

Pour rappel, l'alcool est soumis à trois types de mesures de taxation en France :

- Les droits de consommation payés par les importateurs ou par les entrepositaires agréés : compris entre 1,43€/hl (cidre...) et 1899,18€/hl (alcool pur). L'augmentation des tarifs de l'accise a été plafonnée à hauteur de 1,75% pour l'année 2025.
- Les cotisations de la sécurité sociale payées par les importateurs ou par les entrepositaires agréés : compris entre 20,61€/hl et 1899,18€/hl (alcool pur). Cette taxation n'est applicable qu'aux boissons de plus de 18% de volume d'alcool.
- La Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) répercutée sur le consommateur : à hauteur de 20% (sauf Corse : 10% si consommation sur place)

La fiscalité en vigueur de l'alcool conduit à une forte disparité de la taxation de l'unité standard d'alcool pur, de 0,004€ pour un vin à 12,5°, 0,10€ pour une bière à 5° et de 0,31€ pour un spiritueux à 40°⁵⁶.

La loi du 10 janvier 1991 (loi Evin) encadre par ailleurs strictement la publicité sur l'alcool. La possibilité ouverte en 2009 de faire de la publicité sur internet a permis aux marques d'alcool de contourner la loi qui n'intégrait pas de volet internet/réseaux sociaux. Par ailleurs, la loi interdit la vente des boissons alcoolisées à des mineurs. Grâce au financement du Fonds de Lutte Contre les Addictions, une association comme Addictions France mène des actions à l'encontre des auteurs/co-auteurs de publicités alcool sur internet par le biais de rappels de la loi, d'information sur les poursuites encourues et des actions contentieuses et intervient auprès des jeunes pour les aider à décrypter et résister aux messages positifs envers l'alcool, et auprès des décideurs publics pour les convaincre de faire évoluer la réglementation. Addictions France expérimente également sur certains territoires l'organisation d'achats d'alcool avec passage de clients mystère et des recours au civil et au pénal en cas de vente illicite, que l'Assurance Maladie propose de systématiser sur l'ensemble du territoire.

1.4.3 Soutenir une alimentation saine et durable et l'activité physique en renforçant la réglementation applicable à la publicité et en élargissant le champ du Nutriscore et en introduisant une fiscalité plus incitative

La qualité de l'alimentation constitue un facteur déterminant de santé. L'alimentation de faible qualité a un coût sanitaire, social, environnemental et économique avéré, et est associé à un gradient social élevé.

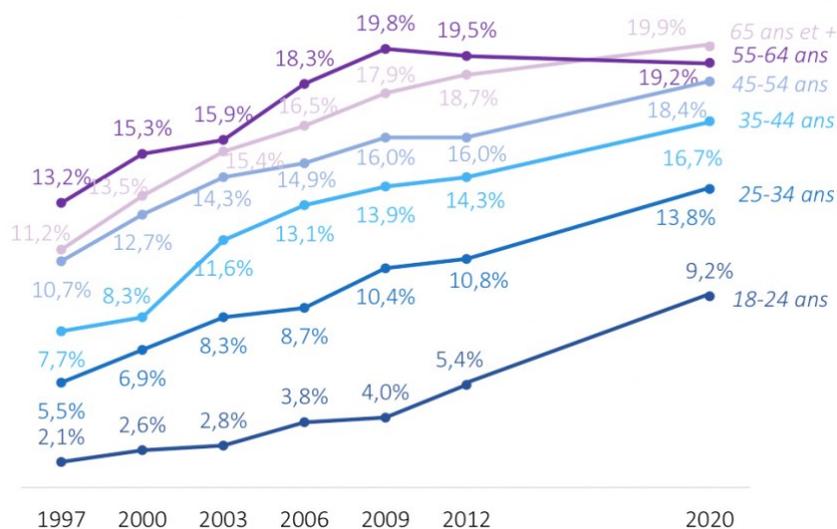
⁵⁵ Banque mondiale, https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.ALC.PCAP.LI?most_recent_value_desc=true
https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.ALC.PCAP.LI?most_recent_value_desc=true
https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.ALC.PCAP.LI?most_recent_value_desc=true
https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.ALC.PCAP.LI?most_recent_value_desc=true

⁵⁶ MECSS du Sénat, citée par Elisabeth Doineau et Cathy Ponceau-Poly, sénatrices, dans le rapport d'information sénatorial « la fiscalité comportementale en santé : stop ou encore ? », déposé le 29 mai 2024

La qualité nutritionnelle des aliments, et notamment leur teneur en gras, sel et sucre que l'on retrouve à des taux très élevés dans les produits ultra-transformés, ont une influence directe sur la survenance des cas de surpoids et d'obésité, dont la progression se poursuit en France. Environ 15% des français sont en situation d'obésité et 46% en surpoids⁵⁷. Cette situation s'explique en partie par un gradient social (7 % de surpoids chez les enfants de cadre à 10 ans, contre 16 % chez les enfants d'ouvriers⁵⁸).

Selon les données de la Banque Mondiale, la prévalence de l'obésité en France est inférieure aux USA, au Canada, au Royaume-Uni ainsi qu'à l'Allemagne, mais connaît une progression d'autant plus préoccupante qu'il s'agit d'un facteur majeur de maladies cardiaques et vasculaires (cf. Figure 17).

Figure 17 : Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi 2020 (INSERM).



Source : INSERM

Par ailleurs, comme le mentionne le projet Stratégie nationale Alimentation Nutrition Climat (SNANC) : « La nutrition ne doit donc plus être envisagée sous un angle uniquement d'apports et carences, mais doit également prendre en compte les risques et les bénéfices de façon globale, notamment au regard de l'exposition aux contaminants chimiques et biologiques ». Ces contaminants correspondent notamment aux résidus de pesticides ou antibiotiques issus de l'agriculture, aux substances qui peuvent être présentes dans les sols ou dans l'eau, aux additifs qui sont ajoutés aux produits alimentaires lors des processus de transformation industriels ou encore aux substances qui sont susceptibles de migrer vers les aliments depuis les contenants alimentaires par exemple. Certains de ces contaminants constituent des perturbateurs endocriniens dont l'impact sur la santé est désormais bien documenté⁵⁹, et pour lesquels l'Assurance Maladie a par ailleurs engagé le programme de prévention « Zéro phtalate ».

Dans le cadre de son engagement en faveur de la transition écologique, l'Assurance Maladie note qu'une alimentation produite et conditionnée dans un effort de décarbonation et de préservation de la biodiversité constitue par nature un levier d'action en faveur de la santé. C'est au titre de ces « co-bénéfices » qu'elle entend non seulement promouvoir une alimentation saine, mais aussi durable.

⁵⁷ Source > Eurostat, EHIS, traitement DREES.

⁵⁸ Chardon et al., 2015

⁵⁹ 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

Les leviers de communication pour des comportements favorables à une alimentation saine et durable et par une meilleure information du public

Le Nutri-Score est aujourd’hui reconnu comme un instrument efficace de sensibilisation du public, permettant d’influer les comportements d’achat vers des produits de meilleure qualité nutritionnelle.

Selon une étude de Santé Publique France SPF⁶⁰, 90% des Français identifient que le Nutri-Score permet de préciser la qualité nutritionnelle des produits, et près de 94% des Français ont déclaré être favorables à la présence du Nutri-Score sur les emballages. Une proportion similaire (89%) va plus loin en pensant que cette apposition devrait être obligatoire. De plus, une part de plus en plus importante de la population a déclaré avoir déjà changé au moins une de ses habitudes d’achat grâce à cette indication (57% en 2020).

Par ailleurs l’affichage du NutriScore présente également l’intérêt d’éviter qu’une allégation de santé⁶¹ ne masque l’impact nutritionnel global d’un aliment, induisant ainsi en erreur le consommateur.

Le Nutri-Score permet d’assurer aux consommateurs une information simple et lisible sur l’ensemble des produits disponibles, leur permettant de réaliser leurs choix de consommation de manière éclairée, sous réserve d’accompagner cette apposition systématique d’une communication à destination du grand public sur la logique et le fonctionnement du Nutri-Score (ne comparer entre eux que les produits d’une même catégorie, encourager à adapter la fréquence et les portions pour les produits de catégorie D et E...). La bonne compréhension des apports et limites du NutriScore permet d’inscrire sa généralisation dans une démarche d’accompagnement et d’incitation plutôt que de prescription.

En ce qui concerne l’information des consommateurs, l’OMS⁶², le HCSP⁶³ et SPF⁶⁴ recommandent une régulation voire une interdiction de la communication commerciale pour les produits de faible qualité nutritionnelle, lorsqu’elle est adressée à, ou susceptible d’être vue, par des enfants. Plusieurs pays ont ainsi institué une régulation de la communication commerciale de ce type de produits : le Chili (Interdiction de toute publicité pour les produits réglementés à la télévision de 6 heures à 22 heures), le Royaume-Uni (à partir d’octobre 2025 : interdiction de la publicité pour des aliments trop gras, trop sucrés ou trop salés avant 21 h 00 à la télévision et totalement en ligne).

Favoriser l’amélioration de la qualité nutritionnelle des produits alimentaires en incitant à la reformulation des produits par les industriels de l’alimentaire

L’Anses⁶⁵ constate que les apports en sucres sont excessifs chez la majorité des enfants, et particulièrement préoccupants chez les plus jeunes : c’est le cas pour 75 % des 4-7 ans, 60 % des 8- 12 ans et 25 % des 13-17 ans. Au regard des risques sanitaires liés à ces consommations, l’Anses estime urgent de mettre en place des mesures efficaces visant à la diminution de la consommation totale de sucres.

Comme pour les produits sucrés, les produits dits ultra-transformés, qui ont subi d’importantes transformations chimiques ou biologiques par des processus industriels et dans lesquels des additifs (des édulcorants, des émulsifiants, des exhausteurs de goût ou des antioxydants) ont des impacts importants sur l’état de santé. Une consommation importante de ceux-ci est associée à un sur-risque d’obésité, de diabète, de dyslipidémie, de maladies cardiovasculaires et de cancer⁶⁶.

Plusieurs pays de l’OCDE ont développé des taxes sur les aliments à faible qualité nutritionnelle. La Hongrie (2011), le Mexique (2014) et plus récemment, la Colombie (2023) ont mis en place de telles taxes. Ces pays enregistrent des taux d’obésité importants : supérieur à 30% au Mexique, en Roumanie et en Hongrie, 24% en Colombie.

⁶⁰ Barthélémy Sarda, B, Ducrot P, Serry, A-J. Nutri-Score : Évolution de sa notoriété, sa perception et son impact sur les comportements d’achat déclarés entre 2018 et 2020. Saint-Maurice : Santé publique France, janvier 2021. 12 p.

⁶¹ Article 14 du règlement (CE) N o 1924/2006 du parlement européen et du conseil du 20.12.2006 concernant les allégations nutritionnelles et de santé portant sur les denrées alimentaires

⁶² Set of recommandations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children, OMS – juin 2010

⁶³ Pour une politique nationale nutrition santé en France – PNNS 2017-2021, HCSP – septembre 2017

⁶⁴ Exposition des enfants et des adolescents à la publicité pour des produits gras, sucrés, salé, Santé publique France, juin 2020

⁶⁵ Source: ANSES, Repères alimentaires pour les populations spécifiques Enfants, femmes enceintes & allaitantes, personnes âgées, Expertise Anses 2019

⁶⁶ La consommation d’édulcorants (promus comme des alternatives saines au sucre) est associée à un sur-risque global de maladies cardiovasculaires, et cérébrovasculaires, selon de nouveaux travaux issus de la cohorte française NutriNet-Santé, publiés jeudi dans The British Medical Journal (BMJ) 2022; 378 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-071204>. Entre autres, la consommation d’aspartame (E951) était associée à une augmentation du risque d’événements cérébrovasculaires de 17%, celle d’acésulfame de potassium (E950) et de sucralose (E955) à un risque de maladie coronarienne supérieur de 40% et 30%.

Une consommation importante d’édulcorants, en particulier d’aspartame et d’acésulfame-K, est associée à un risque accru de cancers dans la cohorte française NutriNet-Santé <https://www.apmnews.com/story.php?uid=0&objet=375093>

Tableau 4 : pays de l'OCDE ont développé des taxes sur les aliments à faible qualité nutritionnelle

Pays	Année de mise en application	Champ d'application	Cible de la taxe	Type d'impôt	Structure de l'impôt	Uniforme ou à plusieurs niveaux
Danemark	2011 (abrogée en 2012)	Produits contenant > 2,3 g de graisses saturées par 100 g	Graisses saturées	Droits d'accise	Spécifique	Uniforme
Finlande	2011 (abrogée en 2014)	Confiseries à base de sucre, produits édulcorés avec autre chose que du sucre, préparations à base de chocolat et de cacao, glaces, sucettes glacées		Droits d'accise	Spécifique	Uniforme
Hongrie	2011	Liste d'aliments préemballés à haute teneur en sucre, chocolats, poudres sucrées, snacks salés, condiments, confitures	Sucre Sel	Droits d'accise	Spécifique	Uniforme par catégorie de produits
Mexique	2014	Liste d'aliments non essentiels à forte densité énergétique > 275 kcal par 100 g	Densité énergétique	Droits d'accise	Ad valorem	Uniforme
Colombie	2022	Liste de produits prêts à consommer fabriqués industriellement à partir de substances d'origine alimentaire, ainsi que d'additifs	Sodium Sucres Graisses saturées	Droits d'accise	Ad valorem	Uniforme

Source: <https://www.globalfoodresearchprogram.org/resource/taxes-on-unhealthy-foods-and-beverages/>

Une fiscalité alimentaire incitative affectée à l'Assurance Maladie existe mais elle est limitée aux boissons édulcorées (article 1613 quater du CGI) et contenant des sucres ajoutés (article 1613 ter du CGI). Créée en 2012, c'est une taxe proportionnelle à la quantité de boissons contenant des sucres ajoutés ou des contenants de synthèse. Depuis 2017, l'aspect comportemental de la taxe a été renforcé à travers l'indexation du montant de la taxe sur la teneur en sucre de la boisson.

La LFSS pour 2025 (article 3) acte une réorganisation de la taxe applicable aux boissons sucrées avec une réduction de 15 à 3 tranches et une augmentation du niveau de la taxe. La contribution applicable aux boissons contenant des édulcorants de synthèse est rehaussée :

- 4,5 euros/hectolitre jusqu'à 120 milligrammes d'édulcorants/hectolitre (contre de 3,34 euros/hectolitre précédemment) à compter de 2026 ;
- 6 euros/hectolitre au-delà de 120 milligrammes, à compter de 2026.

Le produit est affecté à l'assurance maladie : 486 M€ pour la Contribution sur les boissons contenant des sucres ajoutés (486 M€) et 47 M€ pour la contribution sur les boissons contenant des édulcorants.

Parmi les mesures efficaces pour réduire cette consommation, la reformulation des produits – soit la modification par les producteurs de la composition des produits - peut faire l'objet d'une incitation forte auprès des industriels par la mise en place d'une taxe d'accise⁶⁷ sur les produits excessivement gras, salés, sucrés et ultra transformés.

Favoriser les comportements favorables à la santé et à l'environnement par une modulation incitative de la TVA selon le type de produit ou service (à rendement constant)

Trois taux de TVA distincts sont applications aux produits de l'alimentation :

- 5,5 % sur un produit conditionné dans un contenant permettant sa conservation, donc pour une consommation qui peut être différée. Le contenant doit être hermétique, avec une date limite de conservation ;
- 10 % sur un produit vendu pour une consommation immédiate ;
- 20 % : uniquement sur les boissons alcoolisées, quel que soit le type de consommation, immédiate ou différée, ainsi que les confiseries, margarines et graisses végétales (vendues en magasin).

Les plats servis dans la restauration y compris restauration rapide et *fast food* à consommer sur place sont taxés à 10%, ainsi que les plats livrés à domicile, plats vendus pour être emportés, et glaces. En l'état du droit, les pâtes à tartiner ou les canettes de sodas sont par ailleurs soumises à une taxe de 5,5%, et les confiseries sont taxées à 20%.

L'évolution récente de la législation européenne⁶⁸ autorise le recours à un taux de TVA inférieur à 5% ou un taux zéro pour une catégorie limitée de biens et services dont certains types de denrées alimentaires. L'application d'un taux réduit permettrait par exemple de distinguer les produits issus d'une agriculture durable et labellisée comme telle, en les rendant plus accessibles. D'un point de vue économique, un tel soutien aux produits labellisés est d'autant plus pertinent que le non-recours aux entrants chimiques peut pour certains produits contribuer à augmenter le prix de ceux-ci, compte tenu des coûts associés tels que le désherbage manuel. La modulation des taux de TVA contribuerait ainsi à orienter la consommation vers des produits favorables à la santé en compensant les surcoûts associés aux produits labellisés.

67 Une taxe d'accise est un impôt perçu sur la consommation d'un produit.

68 Voir directive 2006/112/CE modifiée par la directive 2022/542, annexe III point 16. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/HTML/?uri=CELEX:32022L0542>

Cette démarche pourrait également s'appliquer à la vente de droits d'accès à des installations et activités sportives, soumise aujourd'hui à une TVA à 20%, qu'il conviendrait d'identifier précisément par voie réglementaire.

Ce dispositif de modulation devra s'effectuer à rendement constant pour préserver les finances publiques, en augmentant le taux de certaines catégories de produits pour compenser l'application de taux réduits ou super réduits sur certains taux.

Encadré 6 : Pesticides et agriculture biologique

Le rapport d'expertise collective coordonné par l'Inserm, et paru en 2021, ainsi que les récentes préconisations que l'Anses a formulé sur cette base, pointent que les pesticides sont susceptibles d'avoir des impacts délétères sur la santé des travailleurs, des riverains mais aussi des consommateurs, qu'ils y soient exposés par voie alimentaire ou non. Par ailleurs, l'Institut de l'agriculture et de l'alimentation biologique (ITAB) a publié en 2024 un rapport sur les externalités positives de l'agriculture bio sur la santé, dont la SNANC reprend les principales conclusions.

L'Assurance Maladie retient notamment que :

- La consommation régulière d'aliments biologiques est associée à un risque réduit d'obésité, de diabète de type 2, de cancer du sein postménopause et de lymphome non-hodgkinien. Des réductions de probabilité de surpoids et d'obésité d'environ 40 % et 50 % respectivement ont été observées pour les hommes et femmes (cohorte NutriNet-Santé) ayant la plus forte consommation d'aliments bio, après prise en compte des facteurs de confusion (Kesse-Guyot et al., 2017).

- Par son moindre usage d'antibiotiques, l'AB contribue moins au phénomène d'antibiorésistance, qui est un enjeu de santé publique croissant.

- Les aliments végétaux biologiques (légumes, légumineuses et fruits) présentent une teneur en vitamines, en minéraux (fer, magnésium, phosphore et zinc) et en antioxydants supérieure à celle de leurs équivalents cultivés de manière conventionnelle.

Dans la suite de ces études, des expérimentations soutenant une consommation de produits issus d'une agriculture durable ont été mises en œuvre tels que les projets « Passerelle » et « Vital'im » porté par Action contre la Faim pourront être étudiées. De même, un intérêt pourra être porté à l'évaluation, via l'étude Ecaïl de l'INSERM, du dispositif porté par le « Programme Malin » dédié à l'accessibilité alimentaire pour la cible des enfants de 6 à 24 mois.

Proposition 1 : Organiser une coalition des financeurs et des acteurs mobilisés en faveur de la prévention en santé :

- *Installer une gouvernance de la prévention en santé permettant la coordination nationale et locale des financeurs et acteurs mobilisés en faveur de la prévention sur la base des priorités de santé publique définies par l'Etat*
- *Faire des entreprises un lieu de prévention en développant une offre proposée aux salariés via les contrats collectifs et instaurer une demi-journée de dépistage (vaccination, dépistages du cancer, dépistage HTA, dépistage MCVA, Mon Bilan Prévention) au profit des salariés (ajout au contrat responsable).*
- *Ecole : en lien avec les PMI et la médecine scolaire, organiser le dépistage systématique des troubles visuels, du langage et de l'apprentissage en classe de maternelle, et généraliser la promotion de la santé en classe (nutrition et activité physique, sommeil, vaccination, brossage de dents, etc.)*

Proposition 2 : Faire progresser les dépistages du cancer

- *Interdire les dépassements d'honoraires pour les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, échographie et coloscopie...)*
- *Elargir les compétences de certains professionnels de santé pour une plus large mobilisation dans la promotion des dépistages organisés, en ouvrant la possibilité de remettre le kit de dépistage du cancer colorectal aux infirmières, aux biologistes et aux sages-femmes.*

Proposition 3 : Faire progresser les dépistages des MCVA

- *Déployer une campagne de sensibilisation grand public sur l'hypertension artérielle (« Know your numbers »)*
- *Organiser un dépistage systématique de l'HTA et ouvrir ce dépistage aux pharmaciens*

Proposition 4 : Développer une approche personnalisée de la prévention pour chaque assuré

- *Intégrer à Mon Espace Santé un tableau de bord prévention individualisé propre à chaque assuré couvrant les actes de vaccination, de dépistages (cancers, MCVA) et de suivi (diabète et MRC) à partir des données de l'Assurance Maladie (comme pour les médecins traitants à compter de 2026)*

Proposition 5 : Faire progresser la couverture vaccinale de la population

- *Poursuivre la simplification du calendrier vaccinal, améliorer la lisibilité de la communication en la structurant par âge et par public, et poursuivre la dynamique d'extension du nombre de professionnels et d'établissements de santé en capacité de vacciner.*

Proposition 6 : Renforcer et réintroduire certains contrôles

- *Déployer massivement des contrôles « clients mystères » sur la vente d'alcool et de tabac aux mineurs et renforcer les sensibilisations des établissements vendeurs, les contrôles et les sanctions dissuasives en partenariat avec des associations (Comité national contre le tabagisme (CNCT) et Addictions France*
- *Réintroduire une limitation des achats transfrontaliers de tabac vers la France.*

Proposition 7 : Faire du Nutri-Score la clef de la politique de prévention nutritionnelle

- Rendre le Nutri-Score obligatoire pour les produits emballés
- Rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score dans les publicités alimentaires dès 2026.
- Limiter la publicité à certaines heures de la journée (exposition des enfants) aux produits classés D et E

Proposition 8 : A taux de prélèvements obligatoires constant, repenser la fiscalité comportementale

- A rendement constant, redéfinir les taux de TVA sur plusieurs catégories de produits pour inciter à une consommation de produits sains et durables et à la pratique d'une activité physique.
- A taux de prélèvement obligatoire constant, renforcer et élargir progressivement les taxes comportementales (à mesure que leur rendement à assiette et taux constants baisse de par leur efficacité), afin de rendre les produits les plus nocifs pour la santé moins attractifs pour les consommateurs (sucre ajouté et produits alimentaires ultra-transformés, nitrites additifs, perturbateurs endocriniens (notamment le phtalate), boissons sucrées, tabac, alcool).

Options* sur la prévention

- **Instauration d'une obligation de vaccination contre la grippe en Ehpad pour les résidents**
- **Instauration d'une obligation de vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé travaillant en Ehpad / en établissement de santé et médico-social / en contact avec tout patient (incluant la ville)**
- **Solliciter l'avis de la HAS pour abaisser la vaccination HPV à 9 ans**
- **Mettre en place des incitations personnalisées à la prévention.**
 - Remettre un bon de réduction sur les primes d'assurance complémentaire pour les assurés à jour de leurs actes de prévention.
 - Expérimenter une incitation financière à l'arrêt du tabac en sus de la mesure du CO expiré pendant la grossesse.

*** Options : il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport**

Parcours de soins et qualité de la prise en charge : les évolutions structurantes nécessaires de notre système de santé

1. Une coordination ville-hôpital renouvelée au service des patients les plus fragiles

Face aux enjeux croissants d'accessibilité, de qualité des soins et de soutenabilité du système de santé, la transformation de l'organisation des soins constitue aujourd'hui une priorité stratégique des politiques publiques. Dans un contexte marqué par le vieillissement démographique, la progression des maladies chroniques et des tensions persistantes sur les ressources humaines médicales, l'adaptation de l'offre de soins aux besoins évolutifs des patients s'impose comme une nécessité. Cette évolution passe par une meilleure articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers, afin de dépasser les logiques en silo encore trop prégnantes, et de favoriser une gradation efficiente des prises en charge.

Il convient, à ce titre, de repenser l'organisation des soins en ville et de mettre en capacité les offreurs de soins en ville, à contribuer au désengorgement de l'hôpital, notamment dans le cadre des soins non programmés ou pour l'accompagnement de patients en situation de fragilité. Il importe également d'identifier les conditions nécessaires au maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, que ce soit en amont, en aval ou en alternative à une hospitalisation.

Par ailleurs, si le renforcement de l'offre de soins en ville est un levier indispensable pour améliorer l'accessibilité, l'hôpital doit également s'engager dans une redéfinition de certaines de ses organisations, dans une double perspective d'efficacité économique et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'analyse conjointe de ces différents leviers permettra de mieux cerner les conditions d'une amélioration globale et durable des parcours de soins au bénéfice des patients et de la performance du système de santé.

1.1 La poursuite du renforcement de l'offre de premier recours au service de l'accès aux soins programmés et non programmés en ville

La consolidation de l'offre de soins de premier recours, au service de l'accès aux soins programmés, repose en premier lieu sur le rôle pivot du médecin traitant. Conformément aux orientations de l'Assurance Maladie, l'importance déterminante de ce dernier est particulièrement avérée pour les patients en affection de longue durée (ALD), et plus encore pour ceux présentant des troubles psychiatriques qui doivent bénéficier d'un double suivi somatique et psychique. Afin de renforcer l'offre de soins de ville, il convient également d'améliorer l'accessibilité aux spécialistes que ce soit dans sa dimension territoriale ou financière. A titre d'illustration et sur une problématique prégnante, la meilleure prise en charge des troubles psychiatriques nécessite précisément une coordination forte entre les différents niveaux de prise en charge, accompagnée par un renforcement des actions de prévention et de détection des troubles.

Par ailleurs, en complément de ces orientations relatives aux soins programmés, la plus grande structuration d'une offre de soins non programmés dans un objectif de report de la prise en charge des urgences ne nécessitant pas le plateau des services hospitaliers s'avère indispensable pour optimiser le recours coordonné aux divers acteurs de soins en ville.

1.1.1 Le modèle médecin traitant : une importante plus-value dans la prise en charge de des patients qu'il convient de renforcer notamment pour les patients souffrant d'une affection psychiatrique

La baisse de la démographie médicale des médecins généralistes (hors MEP) observée depuis plus de 10 ans conjuguée à la hausse de la population française conduit à une baisse continue de la densité de médecins généralistes sur le territoire. Entre 2013 et 2023, on dénombre ainsi près de 2 000 médecins généralistes en moins pour une population qui progresse dans le même temps de 2,6 millions. La densité est ainsi passée de 82 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2013 à 76 en 2023. Pour parvenir à définir précisément les besoins pour chaque catégorie de professionnels (médecins par spécialités, infirmiers, dentistes, etc.) compte-tenu de l'évolution démographique, de l'évolution des compétences, des organisations de travail, et des choix de carrière, il est nécessaire de se doter d'outils de planification de l'offre de soins pour également rétroagir sur les places d'université et en centre de formation mais également anticiper les possibles évolutions des conditions d'installations des professionnels de santé et les outils de régulation possiblement mobilisables.

Dès aujourd'hui et malgré les efforts des médecins généralistes installés qui augmentent leur patientèle médecin traitant, la baisse de leur nombre et ainsi que celle des installations sont source de difficultés pour les patients en recherche d'un médecin traitant, en particulier les plus fragiles. Après une stagnation autour de 10%, une hausse du taux de patients sans médecin traitant a été observé en 2020. Début 2023, le gouvernement a ainsi mandaté l'Assurance Maladie pour construire un plan d'actions afin d'aider les patients en ALD qui n'ont pas déclaré de médecin traitant à en retrouver un. Un an après le lancement de ce plan, qui a fortement mobilisé les CPAM et les CPTS, la courbe du taux de patient sans médecin traitant s'est inversée : entre décembre 2022 et décembre 2024 la part des patients en ALD sans médecin traitant a baissé de 0,6 point dans la population générale et de 0,8 point chez les patients en ALD.

Afin de poursuivre ces actions et de cibler les assurés prioritaires dans la recherche d'un médecin traitant, deux études ont été menées permettant de déterminer les conditions pour retrouver un médecin traitant avec la cessation d'activité d'un médecin traitant et d'identifier les patients dont l'absence de médecin traitant a un impact important sur la détérioration de l'état de santé.

Un délai moyen pour retrouver un médecin traitant en baisse et qui s'élève à 218 jours en moyenne pour un assuré sans affection de longue durée et 162 jours pour un patient qui en souffre

A fin décembre 2023, 11,3% des patients de 16 ans et plus n'avaient pas de médecin traitant. Afin de réduire ce taux et notamment dans le cadre de l'action visant à trouver un médecin traitant pour l'ensemble des ALD, a été étudiée la difficulté des patients à retrouver un médecin traitant après la cessation d'activité de celui-ci. Les médecins traitants généralistes libéraux ayant cessé leur activité en janvier 2023 et ayant au moins un « patient médecin traitant » de 16 ans et plus ont été sélectionnés pour suivre le parcours de leurs patients. Au total, ils sont 878 avec une moyenne d'âge de 65 ans et 7% d'entre eux exerçaient en MSP au moment de la cessation. A la suite de leur cessation, 660 973 patients se sont retrouvés sans médecin traitant.

Parmi ces 660 973 patients, les deux tiers ont retrouvé un médecin traitant entre janvier 2023 et octobre 2024⁶⁹ (437 703 soit 66,2% du total). Ce ratio est nettement plus élevé chez les femmes (71,3% versus 61,1%), chez les personnes âgées (81,5% parmi les 60 ans et plus, versus 58,3%) et chez les patients en affection longue durée (84,8% versus 61,3%) avec une disparité en fonction du type d'ALD. Enfin, les patients ayant eu des soins de ville dans l'année, quels qu'ils soient, sont plus nombreux en proportion à retrouver un médecin traitant (68,7%), en particulier s'ils ont consulté un médecin spécialiste (77,7%) ou ont eu un acte technique (76,5%). A l'inverse, l'affiliation à la CSS ou le fait d'habiter en zone ZIP apparaît comme un frein pour retrouver un médecin traitant : seuls 58,9% des patients à la CSS en ont retrouvé un et 62,2% en zone ZIP.

Les 437 703 patients ont retrouvé un médecin traitant auprès de 34 477 médecins libéraux et 1 032 centres de santé. Les médecins libéraux concernés sont relativement jeunes et en début de carrière : 33% d'entre eux ont moins de 40 ans. Les professionnels libéraux ont fait entrer en moyenne 11,9 patients dans leur patientèle médecin traitant, 13,2 si on considère uniquement les médecins exerçant en MSP. Le nombre de patients intégrés est inversement proportionnel à l'âge du médecin et à son ancienneté. Cependant une grande majorité de médecins n'ont intégré que peu de patients puisque la médiane est de 3 patients chez les médecins libéraux **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Parmi les 409 769 patients de notre cohorte qui ont retrouvé un médecin traitant libéral (hors centres de santé), 18% ont choisi un médecin exerçant en MSP, 9% un médecin travaillant avec un assistant médical et 42% un médecin installé depuis moins de 2 ans.

En moyenne les patients ayant retrouvé un médecin traitant (437 703 personnes) ont retrouvé un médecin traitant dans les 203 jours soit un peu plus de 6 mois. Ce délai est plus faible chez les femmes, les personnes âgées et les patients en ALD. A l'inverse, l'affiliation à la CSS ou le fait d'habiter en zone ZIP semble accroître la difficulté à retrouver un médecin traitant. De même, les patients n'ayant eu aucun soin en ville en 2022 présentent un délai plus long pour retrouver un MT. En dynamique, les délais sont restés stables pour l'ensemble des patients et ont diminué de presque 10% (9,4%) pour les patients en ALD. On peut supposer que les actions déployées sur le territoire en 2024, en particulier en direction des patients en ALD sans médecin traitant ont contribué à cette réduction des délais.

Les patients sans médecins traitant et en affection de longue durée notamment pour des troubles psychiatriques ont un suivi moindre en ville et sont hospitalisés à des stades plus sévères que les patients en ALD avec un médecin traitant

Les patients n'ayant pas de médecin traitant parviennent toutefois dans l'immense majorité des cas à avoir recours à des soins médicaux. Ce recours est néanmoins inférieur aux autres. En effet, les personnes sans médecin traitant ont en moyenne 3,8 actes par an avec un médecin contre 6,5 actes pour les patients avec un médecin traitant, soit un recours de 47% inférieur ; cet écart se réduit néanmoins à 33% pour les ALD.

⁶⁹ Délai observé sur 22 mois soit la période maximale de données disponibles au moment de l'étude

Mais plus important encore, chez les patients sans médecin traitant, il est observé une absence totale de recours aux médecins plus forte : 25% d'entre eux ne voient pas de médecin généraliste dans l'année contre seulement 5% chez les patients avec un médecin traitant. Ainsi en 2023, on dénombre 46 851 patients qui ne voient ni généraliste, ni spécialiste (y compris en actes et consultations externes- ACE- en établissements de santé) (Tableau 6). Si le recours aux soins médicaux n'est pas le seul mode d'accompagnement de patients souffrant de pathologies chroniques, l'absence totale de suivi médical dans l'année interroge néanmoins.

S'agissant des pathologies concernées, 39% des patients sans recours médical souffrent d'une affection psychiatrique, 13% de diabète et 10% de la maladie d'Alzheimer. En comparant avec les pathologies des patients avec recours médical, on observe une nette sur représentation des affections psychiatriques (39% contre 16%) et de la maladie d'Alzheimer (10% contre 3%) (Figure 18).

Tableau 5 : Délais pour retrouver un médecin traitant selon les caractéristiques des patients

	Nombre de patients	Moyenne	Médiane
PATIENTS TOUS REGIMES : Délai en jours	437 703	203	144
PATIENTS TOUS REGIMES : Délai en mois	437 703	6	4
PATIENTS DU RG STRICT, MSA, ENIM, CNMSS, CAVIMAC	408 672	203	143
Non à la C2S	375 202	200	142
A la C2S au moins 1 jour dans l'année	33 470	228	172
Non consommant en ville en 2022	4 998	314	310
Consommant en ville en 2022	432 705	202	143
Hommes	200 651	210	152
Femmes	237 052	198	138
16-29 ans	56 535	265	234
30-39 ans	52 013	245	200
40-49 ans	62 830	226	173
50-59 ans	82 152	204	149
60-69 ans	83 403	178	121
70-79 ans	65 909	157	100
80 ans et plus	34 861	149	93
Sans ALD	321 132	218	162
En ALD	116 571	162	103
<i>Maladies cardiovasculaires chroniques</i>	41 441	149	93
<i>Maladies cardiovasculaires aiguës</i>	2 279	142	85
<i>Diabète</i>	37 677	160	101
<i>Maladies psychiatriques ou psychotropes</i>	36 078	160	96
<i>Cancers sous surveillance</i>	15 335	152	95
<i>Cancers actifs</i>	11 133	144	87
<i>Maladies respiratoires chroniques (avec ou sans mucoviscidose)</i>	13 351	151	92
<i>Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes</i>	11 384	163	102
<i>Maladies neurologiques</i>	9 962	163	106
<i>Maladies du foie ou du pancréas (avec ou sans mucoviscidose)</i>	3 224	167	109
<i>Insuffisance rénale chronique terminale</i>	597	175	123
Hors zone	140 010	190	128
Zone ZAC	173 604	202	143
Zone ZIP	120 280	221	165
Zone indéterminée (département non connu)	3 809	204	144

Champ : Patients ayant retrouvé un MT entre janvier 2023 et octobre 2024, de 16 ans et plus au 31/12/2022, tous régimes, consommant ou non consommant, France entière hors TOM, hors AME et hors Ehpad

Source : Cnam

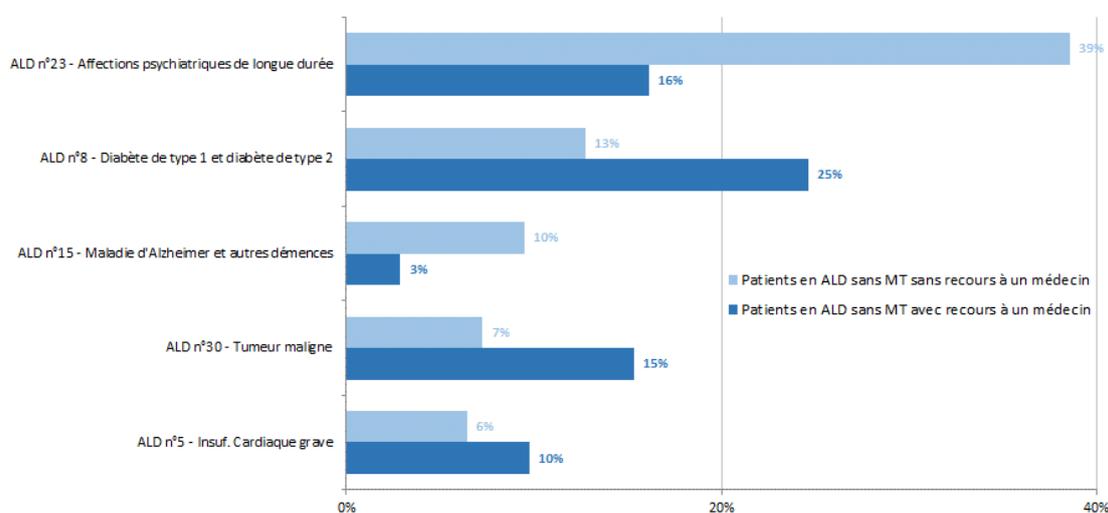
Tableau 6 : Absence de recours à un médecin (libéral ou centre de santé) chez les patients en ALD (2023)

	PATIENTS EN ALD	
	Patients avec MT	Patients sans MT
	12 626 017	610 418
% patients sans acte avec un médecin généraliste	5%	25%
% patients sans acte avec un spécialiste	18%	32%
% patients sans acte avec un médecin généraliste ou spécialiste	2%	12%
% patients sans acte avec un médecin généraliste ou spécialiste ni acte et consultation externe	1%	8% 46 851

Champ : patients ayant eu un soin en ville dans l'année, de 17 ans et plus, tous régimes, France entière, hors TOM et AME

Source : Cnam (DCIR)

Figure 18 : Profil de pathologies des patients en ALD sans médecin traitant selon leur recours à un médecin (2023)



Champ : patients ayant eu un soin en ville dans l'année, de 17 ans et plus, tous régimes, France entière, hors TOM et AME

Source : Cnam (DCIR)

En ce qui concerne le recours hospitalier, bien que les patients en ALD sans recours en ville soient moins hospitalisés en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) que ceux avec recours, on s'aperçoit que leurs séjours sont plus sévères. Leurs hospitalisations sont plus longues (9 jours contre 7) et davantage prises en charge en hospitalisation complète (70% contre 55%). On observe également pour eux une part de séjours en soins critiques plus importante (8,1% des séjours contre 7,7% chez les patients avec recours en ville) et notamment en réanimation (2,2% contre 1,6%). Enfin, ils ont un recours à l'urgence plus important que ce séjour soit ou non suivi d'hospitalisation (2,5 contre 1,8) ou avec une hospitalisation à la suite (36,1% d'entrée par les urgences contre 11,8% chez les patients avec recours) ; ce qui laisse à penser qu'il s'agit justement de l'une de leur solution de recours aux soins. Par ailleurs, quand ces patients sortent, **ils rentrent moins à domicile (75% contre 94%) que les autres mais plus en direction d'autres unités de soins, et notamment en psychiatrie (7,3% contre 0,8%)**. Les décès lors de l'hospitalisation sont bien plus élevés dans la population sans recours en ville : 3,9% contre 0,1%.

Les catégories Majeures de Diagnostics de recours de ces patients son « Maladies et troubles mentaux » (15,4% des séjours des patients sans recours contre 3,1% chez les patients avec recours), « Affections de l'appareil respiratoire » (13,5% contre 6,9%), « Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci » (6,7% des contre 2,3%), et « Affections du système nerveux » (11,2% vs 7,7%).

Figure 19: Comparaison des hospitalisations MCO des patients avec ou sans MT et des patients avec ou sans ALD en 2023

	Patients NON ALD ac MT (n=5 264 015 patients)	Patients NON ALD ss MT (n=564 450 patients)	Patients ALD ac MT (n=4 491 978 patients)	Patients ALD ss MT (n=193 177 patients)
Age moyen	49,6	42,5	66,2	62,9
Age médian	49	38	69	66
Part Hospitalisation Complète	35,9%	40,4%	51,9%	54,9%
DMS (séjour d'au moins 1 jour)	3,66	4,04	6,02	6,87
Part de séjours avec supplément Réanimation	0,2%	0,4%	1,3%	1,6%
Part de séjours avec supplément Soins Intensifs	0,9%	1,4%	4,2%	4,4%
Part de séjours avec supplément Surveillance Continue	0,6%	0,8%	2,4%	2,5%
Part de séjours tous suppléments (Réa+SI+SRC)	1,6%	2,4%	7,0%	7,7%
Part de patients avec recours aux urgences sans hospit.	23,5%	28,7%	24,0%	27,0%
Nombre de passages aux urgences sans hospitalisation	1,58	1,70	1,58	1,84
Mode d'entrée par les urgences	16,9%	23,4%	11,6%	12,2%
Mode de sortie à destination du domicile	96,5%	95,5%	94,3%	93,3%
Mode de sortie vers une unité de soins psychiatriques	0,4%	0,7%	0,4%	0,9%
Décès lors de l'hospitalisation	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%

Champ : patients ayant eu un soin en ville dans l'année, de 17 ans et plus, tous régimes, France entière, hors TOM et AME

Source : Cnam (DCIR, PMSI)

Alors que les patients avec recours en ville ou en ACE sont plus souvent hospitalisés en MCO, les patients sans recours en ville ou ACE ont près de trois fois plus de probabilités d'être hospitalisés en psychiatrie (4 317 patients, soit 9,2%) que ceux ayant, dans l'année, au moins un acte en ville ou ACE (18 330 patients, soit 3,3%). Les patients sans recours connaissent des hospitalisations plus longues, avec, en moyenne 101 jours par patient contre 88 jours. Ces patients sont hospitalisés plus souvent sous contrainte (24% contre 11% des patients avec recours) avec obligation plus importante d'isolement thérapeutique (20% contre 13%). Que ce soit pour les patients avec ou sans recours en ville, dans plus de 95% des cas, les diagnostics sont classés dans le groupe « troubles mentaux et du comportement » et notamment la schizophrénie pour les patients sans recours.

Figure 20: Comparaison des hospitalisations PSY des patients avec ou sans MT et des patients avec ou sans ALD en 2023

	Patients NON ALD ac MT (n=89 507 patients)	Patients NON ALD ss MT (n=16 660 patients)	Patients ALD ac MT (n=218 145 patients)	Patients ALD ss MT (n=22 647 patients)
Age moyen	40,6	34,8	48,8	43,1
Age médian	39	31	50	43
Part des patients hospitalisés sous contrainte	4,7%	9,1%	6,2%	13,4%
Part des hospitalisations à temps complet	67,8%	78,1%	55,5%	66,8%
Durée moyenne de prise en charge par patient (en jours)	31,89	42,65	58,73	90,57
Part des patients en isolement thérapeutique	4,9%	11,7%	6,4%	14,2%
Nombre moyen de journées en isolement thérapeutique par patient	8,0	10,1	12,6	16,9
Score moyen de dépendance physique	5,0	5,2	5,4	5,6
Score moyen de dépendance relationnelle	4,2	4,4	4,4	4,5
Part des patients hospitalisés également en MCO en 2023	46,2%	44,5%	47,2%	41,3%
Mode d'entrée par les urgences	14,6%	16,1%	10,9%	11,9%
Mode de sortie à destination du domicile	85,2%	82,8%	80,6%	77,3%
Sortie sans autorisation	1,0%	1,6%	0,9%	1,9%

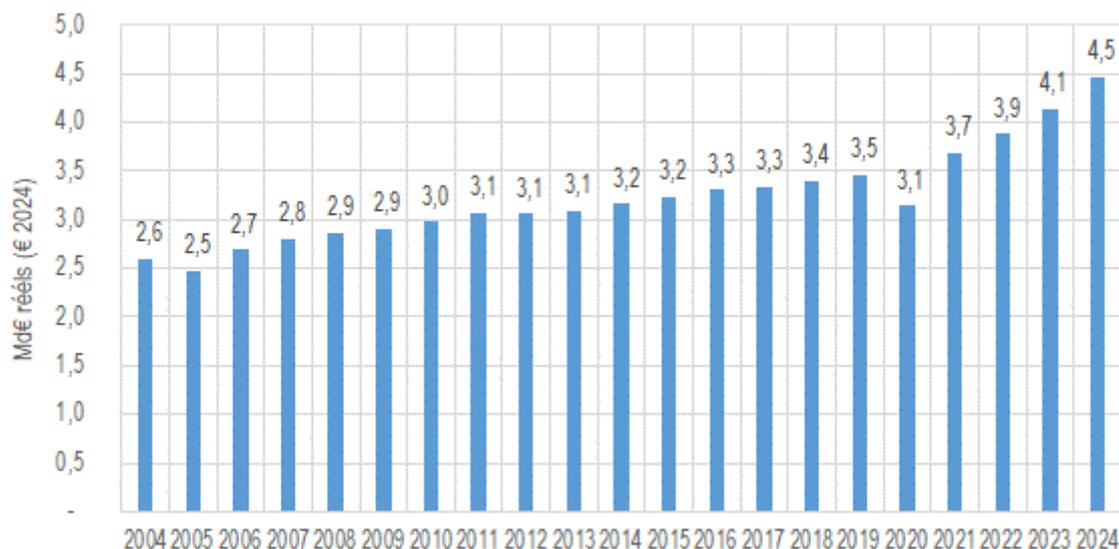
Champ : patients ayant eu un soin en ville dans l'année, de 17 ans et plus, tous régimes, France entière, hors TOM et AME

Source : Cnam (DCIR, PMSI)

1.1.2 Les soins programmés spécialisés : un accès aux soins spécialistes rendu complexe par la pratique des dépassements d'honoraires

En 2024, le montant total des dépassements d'honoraires atteint 4,5 Md€ avec une rupture marquée depuis la crise sanitaire du COVID-19. Alors que le montant a peu évolué entre 2010 et 2019 (+2% par ans), on assiste à une dynamique très significative depuis 2021 (+7%/an). Si une hausse des dépassements a pu être activée par les médecins de secteur 2 pour compenser via leurs tarifs en 2021 la perte d'activité de 2020, puis du fait de la forte inflation de 2022 et 2023, l'accélération constatée depuis est significative

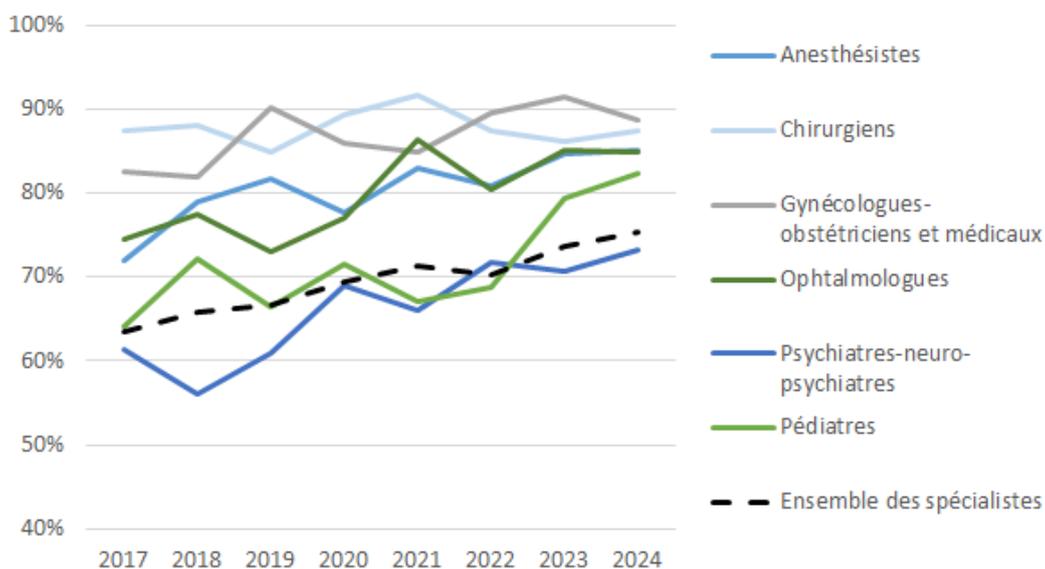
Figure 21 : Montant total des dépassements d'honoraires depuis 2003 (Md€ réels, €2024)



Source : SNIRAM

Les taux d'installation en S2 restent élevés et ont globalement augmentés. A titre d'exemple 87 % des chirurgiens, 85 % des anesthésistes, 89 % des gynécologues-obstétriciens s'installent en secteur 2. Cette dynamique entraîne une hausse de la part des médecins en secteurs 2 nouveaux installés passant de 64% à 74% et du nombre de total de médecins spécialistes en secteur 2 passant de toutes spécialités confondues de 37% en 2000 à 56% en 2024 avec une nette accélération de ce taux depuis 2017 puisqu'il a augmenté de 10 points entre 2017 et 2024.

Figure 22 : taux d'installation en secteur 2 par spécialité



Source : FNPS

Pour permettre de limiter le reste à charge des patients consultant un médecin de secteur 2, il a été mis en place un dispositif optionnel de maîtrise des tarifs (l'OPTAM). En contrepartie d'un engagement à respecter notamment un taux de dépassement particulier, le médecin devient également éligible à divers avantages financiers. Ce dispositif a permis de stabiliser la part des dépassements dans les honoraires des médecins spécialistes en ville (hors médecins généralistes) qui est resté stable proche de 15,5% jusqu'en 2020. Cependant, on note depuis 2020, une hausse de cette part qui a atteint 17,1% en 2023. Dans le même temps, les taux de reste à charge des ménages pour les soins de spécialistes en ville (hors médecins généralistes) ont fortement diminué entre 2017 et 2021 passant de 12,4% à 9,8% mais ont depuis augmenté pour atteindre 11,1% en 2023⁷⁰.

Afin de réduire les restes à charge et d'améliorer la prise en charge financière des soins des patients, la convention médicale 2024-2029 a actualisé le dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et l'a conforté. Dans un objectif d'attractivité et de développement de l'activité à tarif opposable, de réduction des dépassements d'honoraires et d'amélioration du niveau de remboursement par l'Assurance Maladie, certains paramètres du dispositif ont été remis à jours. Il est toutefois impératif d'engager, dans le cadre de la révision de la CCAM à venir, une refonte plus conséquente du dispositif OPTAM (simplification, périmètre d'éligibilité, couverture AMO/AMC, etc.) pour geler durablement le niveau de dépassement.

Dans le prolongement de cette action et pour garantir à tous un accès, en particulier financier, aux soins, de nouvelles propositions pourraient être faites pour limiter l'impact de la liberté tarifaire. Le Gouvernement partageant cette volonté a d'ores et déjà chargé deux députés de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Yannick Monnet et Jean-François Rousset, d'une mission sur les dépassements d'honoraires des professionnels de santé afin qu'ils dressent un état de lieux précis et qu'ils formulent des recommandations pour repositionner cette pratique dans le cadre actuel de notre système de santé.

S'agissant de l'encadrement de la pratique tarifaire, l'Assurance Maladie suggère dans le cadre de ces travaux de relier davantage le niveau des dépassements et leur progression et à des critères d'expérience et d'expertise

1.1.3 Un nécessaire renforcement des dispositifs de détection et de prévention des troubles psychiques accompagné par la structuration d'une filière de prise en charge de la santé mentale

La détérioration de la santé mentale pose un défi majeur au système de santé et révèle l'importance de la bonne coordination entre le médecin généraliste et les spécialistes, dans un contexte de tension forte sur l'offre de soin. Selon Santé publique France, près d'un Français sur cinq est concerné chaque année par un trouble psychique. Avec 16% de la population générale affectée par un état dépressif et 23% par un trouble anxieux, la santé mentale des Français s'est dégradée depuis la pandémie de Covid-19 (+ 6 à 9 points comparé à 2017) avec des conséquences très concrètes : les patients souffrant de troubles psychiques ont une espérance de vie réduite d'en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes⁷¹.

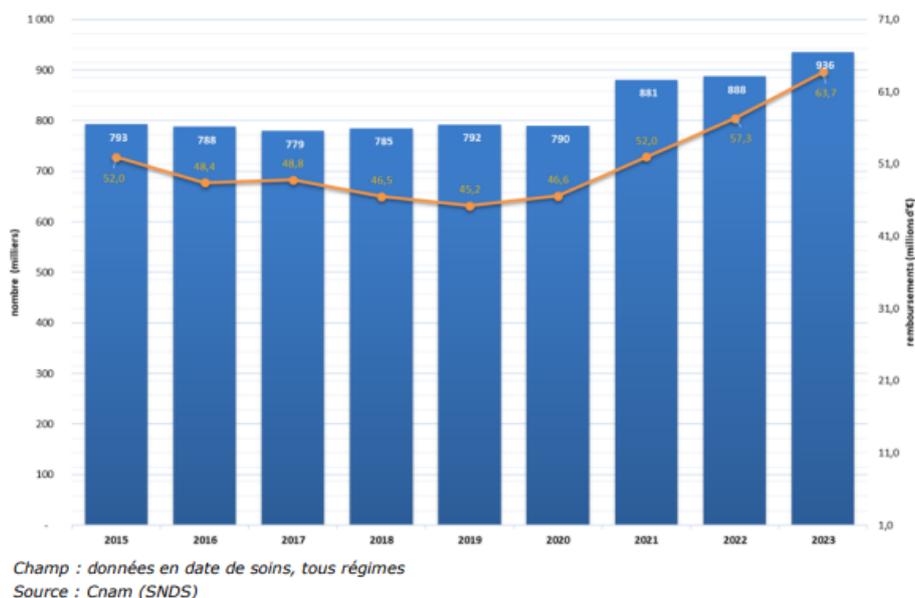
Chez les jeunes, les indicateurs sont particulièrement préoccupants : la consommation d'antidépresseurs est en très forte hausse (+60% entre 2019 et 2023⁷²), 13 % des 15-24 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année, et les tentatives de suicide ne cessent de progresser depuis la crise sanitaire. D'après les analyses de l'assurance maladie, le nombre de jeunes de 12 à 25 ans consommant des psychotropes ne cesse d'augmenter de manière substantielle depuis 2021 (144 000 adolescents et jeunes adultes supplémentaires pris en charge avec des psychotropes depuis la crise sanitaire).

⁷⁰ Les dépenses de santé en 2023, Edition 2024. DREES.

⁷¹ Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé, 237, Coldéfy M, Gandré C. 2018.

⁷² Charges et Produits 2025

Figure 78 : Nombre d'adolescents et de jeunes adultes (12-25 ans) sous psychotropes et remboursements associés, entre 2015 et 2023



La souffrance psychique se traduit dans une hausse de l'activité d'urgence depuis fin 2020 : 566 000 passages aux urgences pour motif psychiatrique ont été recensés en 2023, soit une hausse de 21 % par rapport à 2019⁷³. Ces chiffres s'inscrivent dans un contexte où la mortalité par suicide reste élevée en France, avec plus de 9 000 décès chaque année.

Le constat de la dégradation de la santé mentale concerne toutes les tranches d'âge et s'applique également au monde professionnel, avec un salarié sur quatre se déclarant en mauvaise santé mentale. En conséquence, les troubles psychiques (dépression, anxiété, TOC...) sont des motifs de plus en plus récurrents d'arrêt de travail. La CNAM a réalisé trois études en 2019, 2023 et 2024 sur un large échantillon représentatif des arrêts de travail dématérialisés prescrits en télé-service sur la période 2018-2023 : ces études montrent qu'en 2023, près de 33% du total des journées d'arrêts de travail prescrites en ligne l'ont été pour des motifs liés à des troubles psychiques, en progression de 5 points depuis 2018, ce qui en fait le premier poste d'arrêts maladie de longue durée. Les arrêts prescrits pour ces motifs sont généralement des arrêts de longue durée, notamment pour les syndromes dépressifs, qui occasionnent des arrêts d'une durée moyenne de plus de 40 jours selon les calculs de l'Assurance Maladie.

D'un point de vue financier, les dépenses d'Assurance Maladie afférentes à la santé mentale (hors médicaments) représentent environ 28 milliards d'euros par an. La dépense annuelle de soins liée à la santé mentale atteint environ 360 euros par assuré et touche plus de 13 millions de bénéficiaires, traduisant à la fois la prévalence élevée des troubles et le besoin grandissant d'une prise en charge adaptée.

Face à ces indicateurs alarmants, plusieurs actions ont été menées pour renforcer la prévention et l'offre de soins en santé mentale, mais force est de constater que les besoins restent largement supérieurs aux capacités actuelles de l'offre de soins et près d'une personne sur deux souffrants de troubles psychique rencontre des difficultés d'accès aux soins⁷⁴. Cet accès est particulièrement difficile pour les personnes ayant des affections psychiatriques de longue durée, renforçant le risque de recours à l'hospitalisation (*cf supra*). Dans les établissements sanitaires, des efforts ont été faits pour renforcer les équipes de secteur, avec une augmentation du nombre d'enfants suivis par les CMP IJ (+ 1,3% entre 2019 et 2022). L'action 14 de la feuille de route du Ministère de la santé dédiée à la Santé mentale et la psychiatrie prévoit de renforcer les CMPEA par le recrutement de personnel supplémentaire (+ 400 ETP sur trois ans) afin d'améliorer les délais de rendez-vous et de prise en charge, notamment les premiers rendez-vous d'orientation par un personnel non médical. Ces recrutements restent néanmoins difficiles à concrétiser.

⁷³ Assemblée Nationale, *Rapport d'information no. 714 sur la prise en charge des urgences psychiatriques*

⁷⁴ FHF, Santé mentale et psychiatrie : des difficultés d'accès aux soins persistantes et un recours aux soins hospitaliers très préoccupant chez les plus jeunes

Du côté de la ville, la convention médicale prévoit certaines revalorisations pour les psychiatres libéraux, notamment sur les consultations longues et complexes, mais sans que cela ne produise des effets immédiats sur le nombre de praticiens en activité (6 264 en 2023) ou sur les délais d'attente à organisation constante. Enfin, le dispositif « Mon Soutien Psy », lancé en 2022 et destiné à toute personne dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique légère à modérée, a permis à près de 600 000 patients d'accéder à des soins en santé mentale depuis son lancement. Le dispositif, qui rassemble plus de 5 000 psychologues partenaires et qui est fortement plébiscité par les patients, doit poursuivre sa montée en charge pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population concernée. Le dispositif Santé Psy Etudiants, ciblant les étudiants de l'enseignement supérieur, complète « Mon Soutien Psy » et a accompagné plus de 110 000 étudiants depuis sa mise en place en 2021. Malgré ces avancées notables, l'accès rapide à une prise en charge adaptée reste, pour nombre de patients, une difficulté majeure.

Face à ces constats de besoins grandissants et d'une offre de soins en situation de saturation, et alors que la santé mentale est la Grande cause nationale de l'année 2025, l'Assurance Maladie appelle à un changement d'échelle dans la prise en charge de la santé mentale.

Premièrement, en matière de prévention, **avec des mesures pour repérer plus précocement les troubles de santé mentale**, notamment chez les plus jeunes. Désormais bien établis, les facteurs de risques aggravant la santé mentale sont nombreux, divers et cumulatifs (hygiène de vie, sommeil, activité physique, situation financière, discriminations, isolement, incongruence et dysphorie de genre, etc.). Parmi eux, l'exposition aux écrans semble revêtir un rôle déterminant : être exposé plus de 4 heures par jour, hors raisons professionnelles, et consulter les réseaux sociaux au moins une fois par heure augmente la propension à développer un syndrome dépressif et favorisent les pensées suicidaires⁷⁵. La problématique est aggravée pour les jeunes de moins de 17 ans et peut se cumuler avec le développement de difficultés psychosociales⁷⁶ alors que leur temps d'écran a augmenté de plus de 30%, atteignant jusqu'à 5h par jour (hors usage scolaire/professionnel) pour les 16-19 ans⁷⁷. Ces constats plaident en faveur de l'interdiction d'exposition aux écrans avant trois ans, l'interdiction des smartphones dans l'enceinte des établissements scolaires, l'instauration d'une limite d'âge et de temps passé sur les réseaux sociaux.

Par ailleurs, il est indispensable de détecter plus précocement les troubles psychiques, sachant que 75% des maladies psychiatriques débutent avant l'âge de 25 ans et que les 2 à 3 premières années de troubles peuvent permettre d'infléchir le pronostic de la maladie et d'améliorer la réponse aux traitements antipsychotiques. A ce titre, l'expérimentation Article 51 DIPPE (Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce dans les troubles Psychotiques Emergents) permet de réaliser des interventions précoces dans les premières années de troubles de personnes identifiées comme ultra haut risque grâce à un parcours de prise en charge en milieu de vie avec un suivi réalisé par une équipe unique ambulatoire et pluri professionnelle. Le déploiement généralisé des premiers secours en santé mentale (PSSM), programme historiquement très soutenu par l'Assurance Maladie, doit permettre de renforcer l'identification des premiers signes de détresse dans les écoles, les collèges, les lycées, les universités, les entreprises, et permettre l'orientation vers des professionnels de santé. Enfin, dans le cadre de la Grande Cause 2025, il convient de poursuivre l'effort de sensibilisation du grand public pour déstigmatiser les troubles psychiques et informer davantage l'ensemble des acteurs du système de santé, notamment en construisant une cartographie interactive de l'ensemble des lieux d'écoute et de soins (applications numériques validées scientifiquement, dispositifs d'écoute, maisons des adolescents, professionnels libéraux, établissements spécialisés...)

Deuxièmement, structurer une filière de prise en charge autour de trois niveaux apparaît indispensable pour favoriser l'accès aux soins en santé mentale, graduer les interventions et soulager les urgences psychiatriques.

Il faut tout d'abord renforcer le premier niveau de prise en charge (médecin généraliste et psychologues) pour éviter une concentration des prises en charge en psychiatrie. Ces professionnels constituent la première ligne de prise en charge, avec près de 80% des premières consultations pour troubles psychiatriques réalisées en médecine générale⁷⁸. Il s'agit d'outiller les médecins généralistes dans le diagnostic et l'orientation des patients vers le second recours (notamment via la télé-expertise), et de les accompagner dans l'adoption de pratiques collaboratives, s'appuyant sur des équipes pluridisciplinaires, pour mieux répondre aux besoins des patients, réduire les délais d'attente et favoriser une prise en charge plus précoce et complète des risques sanitaires. Plusieurs initiatives prometteuses se sont lancées avec différents niveaux de services proposés et coûts associés : certaines comme *Médecine Générale et Psychiatrie 37* proposent d'outiller le médecin généraliste dans le diagnostic et l'orientation vers le second recours via la téléexpertise ; d'autres développent le recours aux infirmiers spécialisés dans la prise en charge des troubles psychiques, comme le centre hospitalier Vauclaire en Dordogne et certaines comme l'expérimentation Article 51 SESAME cumulent les deux approches. Développer le rôle des infirmières, en particulier des infirmières diplômées d'État (IDE) expérimentées en psychiatrie et des infirmières en pratique avancée (IPA) en psychiatrie et santé mentale, dans le cadre de l'exercice coordonné en ambulatoire, au côté du médecin traitant, apparaît primordial. L'intervention d'infirmières spécialisées en santé mentale poursuit trois objectifs :

⁷⁵ DREES, *Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies*, n°1340 Juin 2025

⁷⁶ DREES, *Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies*, n°1340 Juin 2025

⁷⁷ Rapport de la commissions d'experts sur l'impact de l'exposition des jeunes aux écrans, avril 2024

⁷⁸ OCDE, *Health at Glance*, 2011

- *Partager la complexité du suivi avec le médecin afin de mieux suivre ces patients au long cours tout en libérant du temps au médecin ;*
- *Mettre en place et suivre le parcours de ces patients permettant une véritable prise en charge de leurs besoins en santé mentale dans une logique de « coordonnateurs de parcours » ;*
- *Approfondir et fluidifier la coordination entre les équipes de soins primaires et les institutions spécialisées afin de permettre un bon adressage des patients.*

Ces approches sont à développer pour mieux coordonner les parcours des patients et proposer une gradation effective des soins.

En complément de ce volet, l'Assurance Maladie propose de poursuivre le développement de *Mon Soutien Psy*, en augmentant le nombre de psychologues partenaires, et en permettant l'extension du dispositif aux troubles plus sévères (sous réserve de critères de conventionnement ad hoc, notamment en matière de formation et d'expérience clinique) dans un parcours de soins organisé avec le médecin traitant et le psychiatre.

Encadré 7 : Expérimentations locales en faveur de la gradation et la meilleure coordination des soins

L'enjeu partagé de ces expérimentations locales est **d'améliorer l'accès aux soins psychiatriques en favorisant une gradation des soins et en replaçant le premier niveau de recours au cœur du dispositif** pour assurer le suivi et la coordination du parcours du patient.

Parmi 13 autres expérimentations Article 51 ayant trait à la santé mentale, le projet SESAME (Soins d'Équipe en Santé Mentale), porté par l'association Quartet Santé avec l'Institut Montaigne et le Centre Hospitalier de Versailles, vise à mettre en place un modèle de soins collaboratifs. SESAME permet la constitution d'une équipe de soins intégrée autour du médecin généraliste, composée d'un coordinateur de parcours - infirmier spécialisé en psychiatrie - et d'un **psychiatre** à distance (télé-expertise). L'infirmier est en charge du suivi des pathologies chroniques, y compris à domicile pour prévenir les rechutes. Le parcours intègre le dépistage populationnel, l'évaluation, la coordination et le suivi avec une expertise psychiatrique systématique ainsi que des consultations non remboursées en droit commun. L'expérimentation doit s'achever en 2027, mais les premiers résultats intermédiaires sont encourageants, en dépit d'un coût qui paraît élevé à ce stade de l'expérimentation. L'adhésion des professionnels participants est forte et l'expérience patient est jugée très favorable. Les médecins généralistes améliorent leurs pratiques de prise en charge, particulièrement dans le domaine médicamenteux. Le dispositif permet une orientation effective vers des psychologues (57%) et des psychiatres (22%) pendant le suivi ou à l'issue.

Le projet MEDECINE GENERALE PSYCHIATRIE 37 porté par 6 CPTS d'Indre et Loire, le GHT 37 et financé par l'ARS Centre-Val de Loire depuis 2023 permet d'outiller les médecins généralistes et d'améliorer le lien entre le premier recours et la psychiatrie. Il permet au médecin généraliste de solliciter un psychiatre via une télé-expertise. Il soumet une présentation de la situation du patient et une question précise (conduite à tenir / avis pour diagnostic / avis pour traitement). En complément, le dispositif propose des formations et ateliers à destination des professionnels et usagers. La télé-expertise est réalisée via messagerie sécurisée et le médecin généraliste rémunéré. Le patient a un interlocuteur unique, le médecin généraliste, qui coordonne le parcours et la prise en charge est rapide et précoce avec un avis psychiatrique donné en moins d'une semaine. Grâce au dispositif, les médecins généralistes montent en compétence dans le diagnostic.

La capacité de la psychiatrie « générale » (libérale ou de secteur) à prendre en charge le second recours et l'articulation avec le premier niveau doivent ensuite être renforcées, en instaurant des équipes de soins spécialisés en santé mentale sur tout le territoire et déployant des équipes mobiles pour interventions rapides de diagnostic. En complément, il est nécessaire de soutenir les filières de prise en charge de l'urgence en santé mentale (Comme le Service d'Accès aux Soins - SAS - psychiatrique et le SAMU psychiatrique) pour orienter rapidement le patient vers la juste prise en charge et éviter le passage inopportun par les urgences de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO). Il s'agit donc aujourd'hui de proposer une offre complète de prise en charge en santé mentale en ville afin d'éviter les départs vers les institutions spécialisées, permettant ainsi de recentrer ces dernières sur les patients les plus sévères.

Enfin, pour prendre en charge les patients les plus complexes et les urgences psychiatriques, il faut garantir la capacité organisationnelle et financière des structures de 3ème niveau (Centre Médico Psychologique, psychiatrie hospitalière...) **et investir massivement dans l'offre de soins**. Cela suppose tout d'abord de renforcer l'attractivité de la spécialité de psychiatrie et qui passe notamment par un financement pérenne des structures (établissements de santé, Centre d'Accueil et de Crise, Centre Médico Psychologique...) pour y recruter davantage de professionnels (psy, IPA, IDE...). Ces priorités rejoignent les mesures annoncées par le Gouvernement dans le cadre de la Grande cause nationale sur la santé mentale en 2025.

La santé mentale est un champ structurellement sous-investi au regard des besoins grandissants. Si nous voulons progresser sur d'autres objectifs de santé — prévention, égalité d'accès, qualité des soins —, **nous devons aussi investir résolument dans la santé mentale.**

1.1.4 Limiter les soins de confort, esthétique ou à service médical faible pour libérer du temps de soins

Le recensement et la quantification des actes non nomenclaturés et en particulier de médecine esthétique sont rendus impossibles par l'absence de cotation des actes, qui ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et ne font donc pas partie de la nomenclature. Malgré le manque de données et un cadre juridico-scientifique clair (en cours de redéfinition), on peut constater que la forte progression de la demande de soins esthétiques a entraîné des déformations de l'offre de soins. En effet, les médecins répondent pour une part non négligeable à cette demande, effectuant ces actes au détriment de leur activité conventionnée. L'autre partie de cette demande de soins esthétiques est absorbée, en dehors de tout cadre, par des professionnels non médicaux. L'absence de formation et d'encadrement des pratiques sont la cause de complications et de séquelles pour les patients, qui sont par ailleurs insuffisamment informés des risques sanitaires qu'ils encourent.

Il est donc essentiel que les académies scientifiques et les autorités sanitaires puissent clarifier le champ que recouvre notamment la médecine esthétique, les rôles et compétences des différents professionnels pouvant intervenir, enfin les exigences de formation devant s'appliquer à chaque catégorie de professionnels. Une fois ce cadre posé, les contrôles visant à lutter contre les pratiques illégales de la médecine esthétique par des non-médecins devront être renforcés.

De plus, compte tenu des difficultés d'accès aux soins que rencontrent de nombreux patients, notamment en ce qui concerne l'accès aux médecins généralistes ou aux dermatologues, **des mesures de limitations de cette activité pour conserver le bénéfice du conventionnement devraient être proposées.** Aussi, s'il n'est pas possible d'empêcher une activité libérale entièrement non-conventionnée, un cadre pourrait être posé pour les praticiens ayant une activité « mixte ».

1.1.5 L'organisation des soins non programmés : de nombreux passages aux urgences pourraient être pris en charge en ville

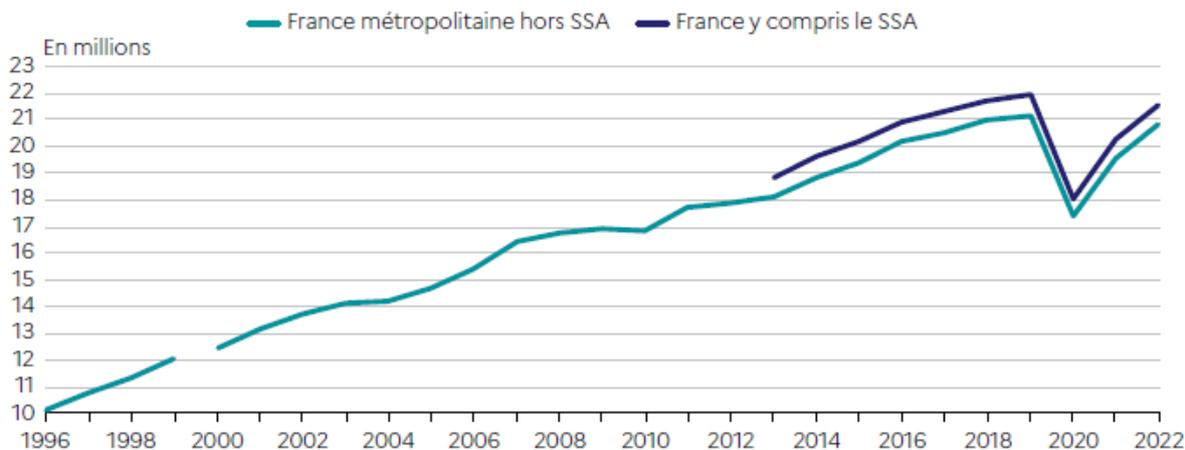
Un recours aux urgences en baisse depuis la pandémie de COVID

En 2023, les urgences ont enregistré près de 20,9 millions de passages, concernant 13,6 millions de patients (chiffres estimés à partir des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)) : c'est près d'une personne sur 5 qui s'est rendu aux urgences dans l'année. 83 % des passages aux urgences se font dans des établissements publics, 4 % dans des établissements privés à but non lucratifs (ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif) et 12 % dans des établissements privés à but lucratif.

Sur le long terme, la fréquentation des services d'urgence affichait une progression soutenue avant la crise sanitaire : en France métropolitaine, le volume annuel de passages a doublé entre 1996 et 2019. Cette croissance a été régulière. De 1996 à 2016, le taux moyen d'augmentation s'est établi à +3,5 % par an. De 2016 à 2019, le rythme, bien que ralenti, est demeuré positif, à +1,6 % par an, tant en France métropolitaine. Depuis la crise sanitaire, le nombre de passages aux urgences n'a pas de nouveau atteint le niveau observé en 2019 avec près de 22 millions de passages aux urgences (Figure 23).

En 2023, près d'un quart des passages aux urgences concernent les enfants et 14 % les personnes de 75 ans et plus. Depuis 2019, le recours aux urgences diminue dans toutes les tranches d'âge, particulièrement chez les enfants : le volume de passages diminue de 17 % chez les moins de 2 ans et 11 % chez les 2-15 ans, en raison d'une baisse démographique conjuguée à une baisse du recours. À l'inverse, les 75 ans et plus sont les seuls à enregistrer une hausse du nombre de passages (+3 %), portée par une croissance démographique (+9%), bien que leur taux de recours diminue. Chez les 16-74 ans, les passages baissent de 8 % malgré une augmentation de 2% de cette population.

Figure 23. Nombre de passages annuels dans les services d'urgences y compris et hors service de santé des armées (Millions)



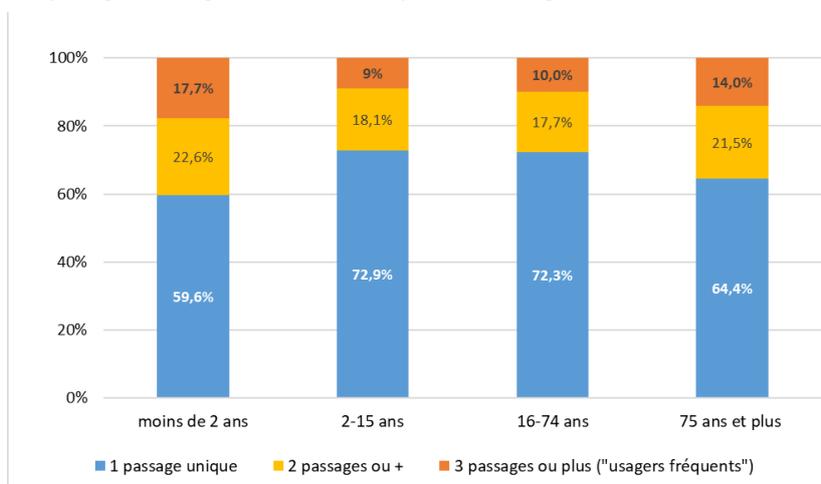
Note > La modification du questionnaire relatif aux urgences et la référence aux articles définissant l'activité de soins autorisée à compter de l'enquête SAE 2000 introduisent une rupture de série entre 1999 et 2000.

Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2022, France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2022.

Sources > DREES, SAE 1996-2022, traitements DREES.

En 2023, 7 usagers des urgences sur 10 (71,0 %) se sont rendus aux urgences une seule fois dans l'année. On compte 10,6 % d'usagers « fréquents » (3 passages ou plus dans l'année), mais cette population concentre 28,3 % des passages. On trouve davantage de recours fréquents dans les populations les plus vulnérables, notamment aux âges extrêmes de la vie (moins de 2 ans et plus de 75 ans).

Figure 24. Fréquence de passages aux urgences dans l'année par tranche d'âge en 2023



Source : PMSI (SNDS)

Une analyse conduite dans le cadre du rapport charges et produits 2024⁷⁹ montrait que le recours aux urgences concernait davantage les personnes en situation de précarité (bénéficiaires de la C2S ou résidant dans les communes les plus défavorisées), les patients sans médecin traitant (cf. supra), certaines catégories démographiques comme les femmes de 15 à 34 ans, et les personnes atteintes de certaines pathologies, avec un gradient selon la fréquence de recours pour toutes ces caractéristiques. On observait notamment une surreprésentation des patients présentant des maladies psychiatriques, des maladies cardiovasculaires et des affections respiratoires chroniques parmi les usagers fréquents des urgences.

Transférabilité de certains recours aux urgences vers une offre de soins ambulatoires

⁷⁹ Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2024. Juillet 2023 p 155 et suivantes.

Le recours aux urgences pour des soins ne relevant pas du plateau technique ou de l'expertise médicale d'une structure d'urgence peut être le reflet d'une organisation non optimale des soins primaires. Parfois qualifié d'évitable, ce type de recours contribue à l'engorgement des structures de médecine d'urgence et pèse sur les dépenses de santé. Afin de renforcer la pertinence du recours aux services d'urgences et de recentrer l'activité de ces structures sur leur cœur de métier, la question de la transférabilité de certains passages vers une offre ambulatoire de médecine générale est un enjeu majeur.

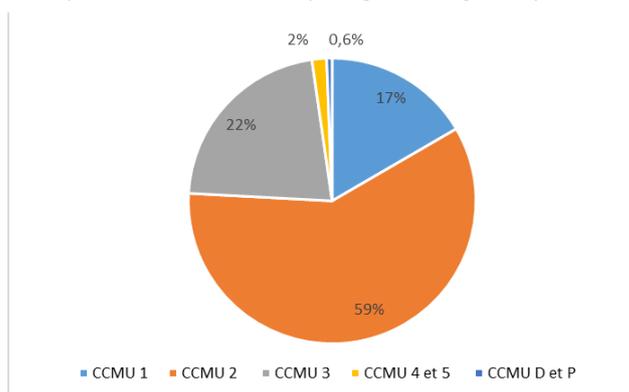
La Classification Clinique des Malades aux Urgences (CCMU) est une classification des patients en fonction de leur gravité (cf. Tableau 7). En 2016, la classification CCMU a été introduite par la convention médicale dans la rémunération des urgentistes libéraux des structures des urgences des établissements privés (consultations U03 pour les consultations d'un niveau CCMU 3, et U45 pour les CCMU 4 et 5). Depuis 2022, la classification CCMU est prise en compte dans le financement de l'ensemble des structures d'urgences : les passages CCMU ≥ 3 entraînent le déclenchement d'un supplément SU3 (correspondant aux U03 et U45 précédemment créées), et certains passages CCMU 2 nécessitant la réalisation d'un acte rarement ou non réalisable en cabinet de ville se voient appliqués un supplément SU2. Ce dernier supplément ne s'applique qu'à une liste d'actes fixée par arrêté et ne concerne qu'une minorité des passages CCMU2.

Tableau 7 : la Classification Clinique des Malades aux Urgences

CCMU	Définition
1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le SMUR ou un service d'urgences.
3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention SMUR, sans mise en jeu du pronostic vital.
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manœuvres de réanimation immédiate.
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manœuvres de réanimation.
D	Patient décédé
P	Patient présentant un problème psychologique et/ou psychiatrique dominant en l'absence de toute pathologie somatique instable.

En 2023, les passages aux urgences classés CCMU 1 et 2 représentent les trois quarts des passages (76 %). Cette proportion varie selon les âges : de 89 % pour les 2 à 15 ans à 56 % des passages pour les 75 ans et plus. On compte notamment deux fois moins de CCMU 1 chez les 75 ans et plus (7% contre 17% au global) et deux fois plus de CCMU 4 et 5 (4 % contre 2 % au global).

Figure 25. Répartition des résumés de passages aux urgences par CCMU en 2023



Source : ATIH

La CCMU n'a pas été développée dans une finalité d'estimation de la transférabilité des passages. Lorsqu'une exploitation dans ce sens est envisagée, les passages « transférables » en ville sont parfois définis par les CCMU 1 et une partie des CCMU 2. Cependant la part des CCMU 2 transférables en ville n'est pas qualifiable, ce qui fait de l'exploitation de cette classification une limite majeure. D'autres limites à l'exploitation de la CCMU dans cette finalité sont recensées, notamment des pratiques de codage hétérogènes entre les services d'urgence, un taux d'exploitabilité incomplet pour cette variable et l'adaptation des pratiques de codage depuis l'intégration de la CCMU dans le financement. En outre, environ un tiers des hospitalisations depuis les structures des urgences sont codés CCMU 1 ou 2. Un nouvel indicateur pour estimer les « passages aux urgences relevant potentiellement de la ville » (PRPV) a été élaboré par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) PACA dans le cadre de l'outil national TRU-SNP, développé dans une collaboration étroite entre la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), l'agence régionale de santé (ARS) PACA, l'ORS PACA et le GRADeS PACA (cf. Encadré 8).

Encadré 8 : Le score composite de complexité diagnostique et les passages aux urgences relevant potentiellement de la ville

Un nouveau **Score Composite de Complexité Diagnostique** (SCCD) déductible des Résumés de Passages aux Urgences (RPU) a été développé dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt de l'ATIH par l'Observatoire Régional de la Santé PACA (ORS PACA), en partenariat avec l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM) et avec l'expertise métier de la Fédération des Observatoire Régionaux des Urgences (FEDORU). Ce score a été mobilisé dans l'outil national « TRU-SNP », visant à identifier les territoires sur lesquels développer l'offre de soins non programmés afin de réduire les passages aux urgences relevant potentiellement de la ville (PRPV).

Les travaux réalisés dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt de l'ATIH et du projet TRU-SNP, ont permis à l'ORS PACA de proposer un nouvel indicateur afin d'estimer les « **Passages aux urgences Relevant Potentiellement de la Ville** » (PRPV), construit à partir du score SCCD.

Ce score, visant à évaluer la complexité de la prise en charge liée à chaque diagnostic principal, repose sur cinq variables issues du RPU : la part d'arrivées véhiculées, la part de passages avec CCMU de niveau 3, 4 ou 5, la part d'hospitalisations ou de transferts, la part de patients âgés de plus de 75 ans ou de moins d'un an, et la durée médiane de passage. Un score sur 500 est obtenu par la somme des centiles de ces cinq marqueurs de complexité, puis discrétisé en déciles : le 1^{er} décile regroupe les DP les moins complexes, le 10^e décile les plus complexes.

La catégorisation des passages selon leur niveau de complexité vise notamment à évaluer et suivre dans le temps la proportion de « passages relevant potentiellement de la ville ». Il s'agit des situations pouvant être prises en charge par une offre de soins de ville alternative aux urgences : cela peut aller du simple cabinet médical à une structure disposant d'un accès rapide à un plateau technique diagnostique et thérapeutique, sans nécessiter le recours au plateau hospitalier ni à l'expertise d'un médecin urgentiste.

Sur avis d'expert, les PRPV sont définis par :

- Un diagnostic principal appartenant aux 4 premiers déciles du SCCD ;
- Un mode de sortie externe c'est-à-dire une exclusion des passages suivis d'une hospitalisation ;
- Exclusion des passages arrivés en SMUR ou hélicoptère.

L'indicateur PRPV a été intégré dans l'outil national TRU-SNP à destination des ARS et des acteurs de la médecine d'urgence.

La FEDORU a intégré ces indicateurs dans ses panoramas annuels en les considérant comme ceux devant être retenus pour estimer la complexité des passages.

Des travaux complémentaires de validation de ces indicateurs sont en cours.

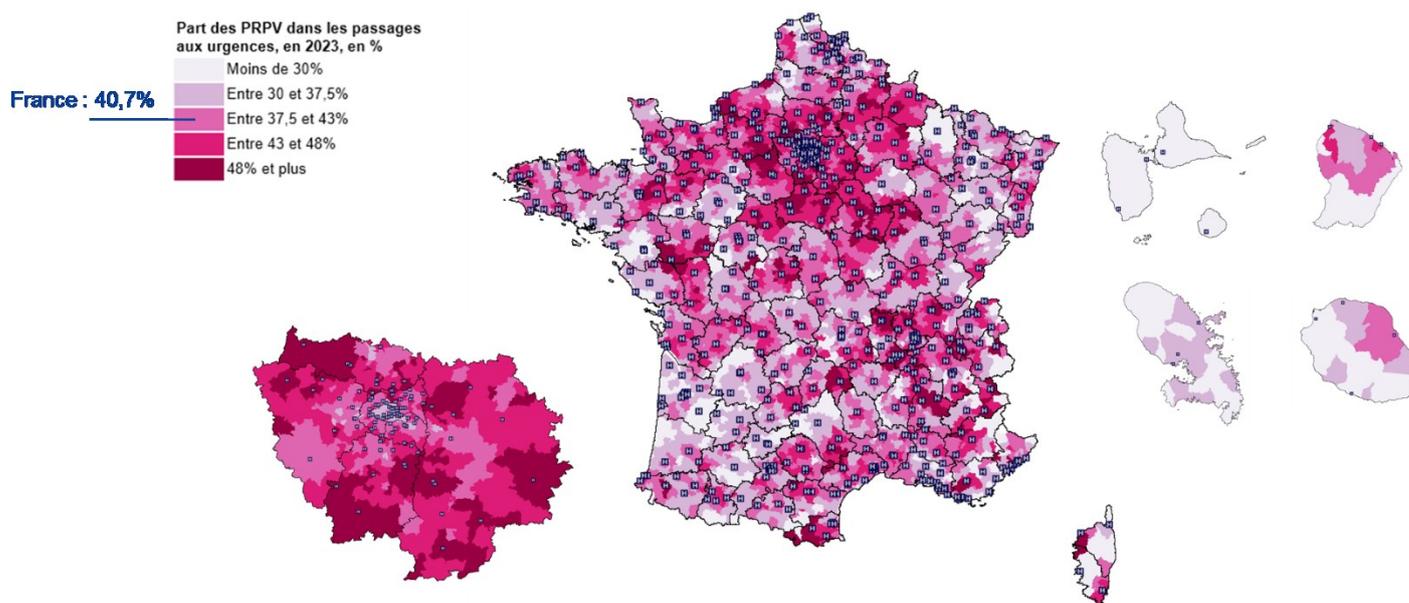
Ainsi d'après ces travaux, les PRPV représentent 41% des passages aux urgences (IC 95 : [36,0 % -47,3 %]). On constate des disparités territoriales (Figure 26). Le taux de PRPV est plus élevé aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)⁸⁰, heures de fermeture habituelle des cabinets médicaux (43,5 % versus 38,8 % hors heures de PDSA). On constate une surreprésentation pédiatrique (35 % de moins de 18 ans parmi les PRPV contre 25 % dans l'ensemble des passages), et une faible part de personnes âgées (5 % des PRPV concernent les plus de 75 ans contre 14 % de l'ensemble des passages).

Les PRPV concernent plus souvent des pathologies traumatiques, et parmi les passages aux urgences liés à la traumatologie, près de 8 sur 10 sont des PRPV (79,4 %). Il a notamment été estimé que plus de la moitié (53 %) de ces PRPV liés à la traumatologie pourraient être pris en charge dans un cabinet médical avec accès différé à la radiologie, et non équipé pour la petite traumatologie.

⁸⁰ Horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA) :

- Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;
- En fonction des besoins de la population, évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié

Figure 26. Carte des taux de PRPV dans les passages aux urgences par code géographique, avec géolocalisation des services d'urgence



Source : Outil TRU-SNP (DGOS et ORS PACA)

Une analyse territoriale menée ne retrouve pas ou peu de corrélation entre la densité médicale et l'APL au médecin généraliste, et le taux de PRPV sur les territoires. Ces résultats nécessitent toutefois d'être confirmés par des analyses multivariées. C'était le constat d'une étude de la SFMU⁸¹ (Société Française de Médecine d'Urgence) parue en 2019 sur les données de l'enquête Urgences 2013 : les facteurs augmentant significativement les recours inappropriés aux urgences étaient notamment la vulnérabilité socio-économique (absence de mutuelle ou bénéficiaires de la CMU complémentaire), la proximité à un service d'urgences (distance <10km), et le jeune âge.

Le coût des passages aux urgences

S'agissant du coût de ces prises en charge, le coût global des passages aux urgences estimé par la Direction Générale de l'Offre de Soins s'élève à 5,6 Md€ pour 2023 dont 3,2 Md€ versés aux établissements sous forme de dotation populationnelle en sus de la rémunération liée à l'activité (dotation vouée à couvrir les frais fixes des structures des urgences et SMUR au regard des besoins de la population du territoire). Dans le champ des établissements publics et privés non lucratifs, on compte 10,5 millions de passages aux urgences de « moindre gravité » (passages non suivis d'hospitalisation et sans suppléments liés à une CCMU 2+ ou ≥3), dont 43,5 % sans acte complémentaire en sus du passage (supplément biologie, imagerie ou avis spécialisé). Ces passages de moindre gravité sans examen complémentaire présentent alors un coût global de 215€ par passage, dont 50€ de forfaits liés à l'activité pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et 165 € liés à la dotation populationnelle (part moyenne par passage pour le secteur « ex-DG » -établissements publics et privés non lucratifs anciennement financés par dotation globale). En comparaison, le coût moyen d'un PRPV rebasculé en ville (hors examens de biologie et d'imagerie) est estimé à 41 €.

Au regard de ces constats, de la nécessité de désengorger les urgences et des économies potentielles que représentent ces PRPV, il est indispensable de réorienter ces patients vers des professionnels de santé de ville. Ainsi, il est d'abord nécessaire de réaliser un important travail de communication à l'égard des usagers pour faire connaître l'offre de soins non hospitalières qui a été organisée sur les territoires en rappelant le triptyque : appel au médecin traitant qui doit rester le médecin de référence (chaque médecin gardant généralement des créneaux pour les urgences de sa patientèle), appel au régulateur C15/SAS, accès aux médecins participant au SAS et à la PDSA.

⁸¹ Naouri D, et al. BMJ Qual Saf 2020;29:449-464. doi:10.1136/bmjqs-2019-009396

Un des objectifs clés est de libérer du temps soignant supplémentaire pour permettre aux médecins traitants d'accueillir plus de patient et notamment pouvoir prendre en charge sa patientèle urgente dans les 48h. C'est la raison pour laquelle libérer du temps médical a été au cœur des échanges sur la convention médicale signée en 2024 et à cette fin, ont été mis en place plusieurs dispositifs pour y répondre que ce soit des incitatifs (ex. augmentation de la majoration quand le médecin ferme son cabinet plus tard pour prendre des patients urgents) ou de soutien, le plus emblématique étant celui de l'assistant médical qui permet d'augmenter la file active de 4,5% et la patientèle traitante de 19,5% et donc de fait de recevoir plus de patients par jour et s'adapter aux imprévus quotidiens. Dans le même sens, les négociations en cours avec les maisons de santé pluridisciplinaires ont vocation à les accompagner et inciter à s'organiser pour accueillir des patients non programmés de leur patientèle ou de leur territoire dans un délai court. L'objectif est donc de s'assurer que lorsque l'état de santé du patient le permet, la porte d'entrée pour la réponse aux soins non programmés ambulatoires soit toujours le médecin traitant. A défaut de disponibilité de son médecin traitant, le passage par la régulation médicale est absolument nécessaire : c'est dans cette perspective que la convention médicale a tenu à réaffirmer que seuls les médecins participant au SAS en journée ou à la PDSA le soir étaient éligibles aux majorations prévues pour ces activités.

Toutefois, le retard dans la recherche de soins lié aux difficultés financières et sociales d'accès aux soins peut expliquer en partie les recours évitables aux urgences. Aussi, il est important de prendre en compte cet aspect pour comprendre le développement rapide d'une offre ambulatoire de soins non-programmés alternative aux urgences.

Aussi, sous réserve d'une coordination avec les praticiens ambulatoires et les urgences du territoire, certaines structures de soins non-programmées peuvent répondre à des besoins réels.

A titre d'exemple, dans le Var⁸², un protocole de réorientation a été mis en place entre le SAS et le service des urgences afin de proposer au patient un parcours de soin adapté à sa situation. Sur la base d'un questionnaire rapide réalisé par l'infirmier d'accueil et d'orientation, validé par un médecin, le patient reste aux urgences ou est orienté vers des opérateurs de soins non programmés (ou médecin traitant le cas échéant) qui le contacte immédiatement (via SMS ou appel) pour la fixation d'un rendez-vous rapide. D'autres types d'expérimentation ont été menés avec des infirmiers de réorientation notamment facilitant l'organisation de ce flux qui requiert également un temps important de pédagogie patient.

Pour que les organisations de soins non programmées viennent clairement en soutien des établissements de santé et des MG du territoire, un nouveau modèle organisationnel et financier pourrait être créé. Ces organisations devraient conventionner avec le ou les établissements de santé autorisés aux urgences de leur territoire d'attractivité et être effecteur du SAS *a minima*. Devront être déterminés, pour définir ce nouveau statut, les conditions d'exercice et d'accueil des patients (horaires minimaux, plateau technique, professionnels de santé présents...). Ce statut d'organisation de soins non programmées, dont la nature juridique serait à définir (SISA, centre de santé...), pourrait également ouvrir droit à un nouveau modèle de financement qui pourrait reposer sur une part à l'acte (avec accès ou non à certains actes de la nomenclature) et une part forfaitaire en fonction de la file active prise en charge. Ce modèle pourrait être ouvert à des organisations aujourd'hui spécialisées dans les soins non programmés mais aussi à des structures de soins libérales et en particulier aux maisons de santé qui pourraient, avec l'appui d'infirmiers, s'organiser pour proposer une telle offre, au-delà de leur patientèle à laquelle elles répondent déjà.

1.2. Une consolidation des parcours des personnes en perte d'autonomie au service d'une meilleure prise en charge à domicile

Dans un contexte où le vieillissement de la population s'intensifie et où les personnes en perte d'autonomie représentent une part croissante des usagers des services de santé, la question de leur prise en charge à domicile devient une priorité. En effet, favoriser le maintien à domicile de ces personnes constitue un enjeu majeur en matière de qualité de vie et de coûts pour les systèmes de santé. Pour répondre à ce défi, il est essentiel de repenser les parcours de soins, en mettant l'accent sur leur consolidation afin d'assurer une prise en charge cohérente et continue.

Le parcours de soin des personnes en perte d'autonomie se caractérise par une multiplicité d'acteurs, de dispositifs et de prises en charge souvent fragmentées. Cette complexité peut nuire à l'efficacité et à la qualité de la prise en charge. Dès lors, l'un des enjeux majeurs est de renforcer l'accompagnement personnalisé de ces personnes, en coordonnant les interventions et en améliorant la communication entre les professionnels intervenant.

La rationalisation et l'harmonisation des divers parcours – qu'ils soient médicaux, sociaux ou administratifs – doivent contribuer à offrir un suivi personnalisé et adapté aux besoins spécifiques des personnes fragilisées. Ainsi, à travers cette réflexion, nous chercherons à comprendre comment une meilleure coordination et organisation des dispositifs existants peut contribuer à renforcer l'efficacité des prises en charge à domicile, tout en garantissant une réponse adaptée aux besoins de ces personnes.

⁸² Protocole d'expérimentation de la réorientation des patients à partir des SAU Toulon / La Seyne vers la médecine de ville via le SAS 83

1.2.1 Les enjeux en lien avec la prise en charge au quotidien des patients fragiles

En raison de l'augmentation de la proportion des personnes âgées (les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent désormais une personne sur dix en France) et des pathologies chroniques dans la population française, le maintien à domicile souhaité par une majorité de personnes âgées en perte d'autonomie est un défi grandissant. Le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie augmentera de 16% en 2030 par rapport à 2020, de 36% en 2040 et de 46% en 2050⁸³. Les personnes avançant en âge souhaitent rester à leur domicile le plus longtemps possible et l'approche domiciliaire est l'un des axes prioritaires de la stratégie de transformation de l'offre médico-sociale.

On estime que plus des trois quarts des personnes âgées en perte d'autonomie vivent à leur domicile et parmi celles lourdement dépendantes (GIR 1-2), c'est plus de la moitié, et ce, au prix d'une très forte mobilisation de l'entourage et de l'organisation de soins infirmiers à domicile. L'offre de soins infirmiers à domicile est portée par tous les secteurs d'activité en santé selon des modalités d'organisation graduée en fonction de l'état de santé et du niveau de dépendance des patients :

- Secteur ambulatoire : IDE libérales ;
- Secteur médico-social : SSIAD⁸⁴, SPASAD⁸⁵, EHPAD ;
- Secteur hospitalier : équipes mobiles, HAD⁸⁶,...

En 2022, 461 753 patients âgés de plus de 85 ans ont été pris en charge en ville par des infirmiers libéraux (477 413 patients en 2024)⁸⁷, 191 514 patients en SSIAD⁸⁸ et 36 002 patients en HAD⁸⁹ (soit plus d'1 million de journées représentant 21% de l'activité totale).

Ces patients pris en charge à domicile nécessitent en majorité des aides fréquentes ou des soins particuliers dus à leur état de dépendance. Le tableau ci-dessous résume la répartition de ces patients selon leurs dépendances classées selon des barèmes propres à chaque activité :

- Pour les soins infirmiers à domicile : BSA, BSB et BSC⁹⁰
- Pour les soins réalisés en SSIAD : GIR 6 à GIR 1 (groupe iso ressource)
- Pour les soins réalisés en HAD : IK 100 à IK 10 (indice de Karnofsky).

⁸³ Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard, Bruno Vincent, Rapport IGAS 2023-014R « *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire – se sentir chez soi où que l'on soit* », Février 2024.

⁸⁴ Les SSIAD assurent des prestations de soins infirmiers, sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels, sur prescription médicale. Ce sont des services médico-sociaux au sens du code de l'action sociale et des familles. Les SSIAD interviennent à domicile ou dans des établissements sociaux non médicalisés (EHPA non médicalisés, résidences autonomie – ex-logements-foyers –, foyers d'hébergement ou foyers de vie pour personnes handicapées).

Peuvent être admises : « des personnes âgées de 60 ans et plus, malades ou dépendantes ; des personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ; des personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection (affection de longue durée - ALD) ».

⁸⁵ En 2005, ont été créés les SPASAD (services polyvalents d'aide et de soins à domicile) réunissant des SSIAD et des services d'aide et d'accompagnement à domicile afin de mutualiser certaines fonctions de gestion des personnels et d'éviter les passages de multiples services auprès des bénéficiaires. Depuis 2022, les SSIAD et SPASAD sont inclus dans la catégorie des « services autonomie à domicile » créée par l'article 44 de la loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021. La réforme se met en place progressivement. Le secteur du domicile va se restructurer en rapprochant ou fusionnant les services existants (SAAD, SSIAD et SPASAD) pour former une catégorie unique de services autonomie à domicile qui répondront aux conditions minimales de fonctionnement définies par un cahier des charges

⁸⁶ L'hospitalisation à domicile - HAD - est une hospitalisation à temps complet assurée par des établissements de santé (publics ou privés) au cours de laquelle les soins sont effectués au domicile de la personne (cela peut comprendre également les ESMS avec hébergement). Une prise en charge conjointe avec un service de soins infirmier à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile est également possible. Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée.

⁸⁷ Source SNDS, exploitation CNAM

⁸⁸ Recueil ATIH 2022

⁸⁹ PMSI 2022

⁹⁰ L'avenant 6 à la convention nationale des infirmiers, signé le 29 mars 2019, a mis en place une réforme majeure concernant la prise en charge des patients dépendants à domicile : le BSI. L'objectif de ce dispositif est de mieux prendre en compte la complexité des interventions infirmiers nécessaires, en fonction de l'état de dépendance de ces patients.

Le BSI consiste pour l'infirmier, suite à une prescription de soins pour dépendance à domicile, à faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisés.

La réalisation d'un BSI détermine le niveau de forfait à facturer :

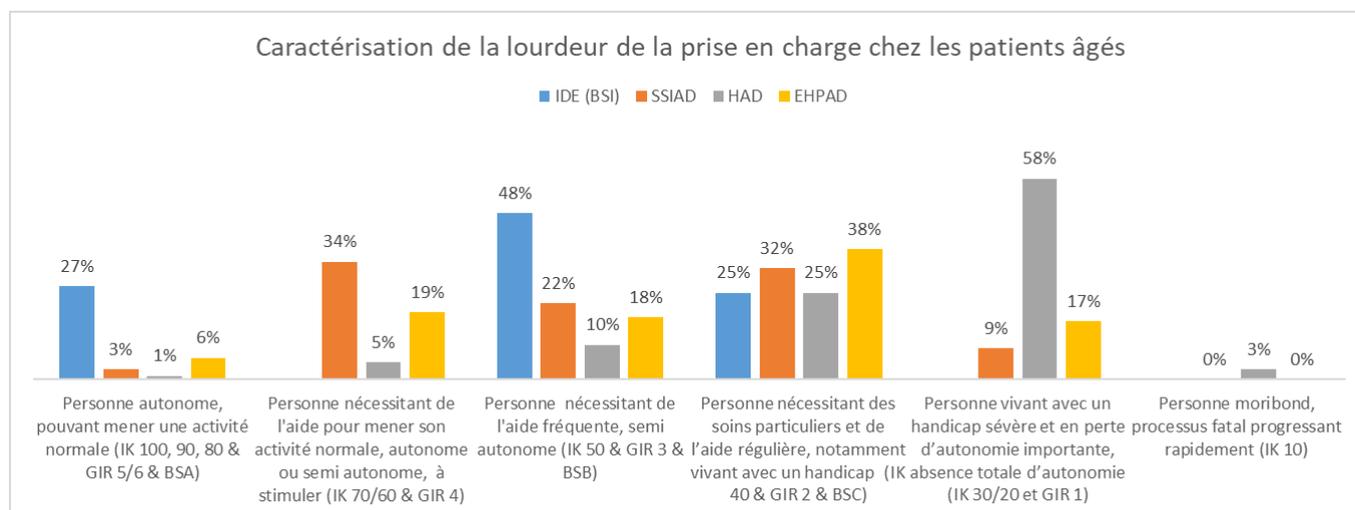
- Forfait journalier de prise en charge légère : BSA 13€
- Forfait journalier de prise en charge intermédiaire : BSB 18,20€
- Forfait journalier de prise en charge lourde : BSC 28,70€

Les niveaux de dépendances affectés à chaque barème ont été regroupés selon leurs degrés (plus ou moins autonome, nécessitant une présence régulière ou non, auprès d'un patient en situation de handicap ou non). Ainsi, les groupes de comparaison ont été classés de la manière suivante :

- Groupe 1 : Personne autonome pouvant mener une activité normale : regroupement des IK 100 à 80, des GIR 5/6 et du BSA ;
- Groupe 2 : Personne nécessitant de l'aide pour mener son activité normale, autonome ou semi autonome, à stimuler : regroupement des IK 70/60 et du GIR 4 ;
- Groupe 3 : Personne nécessitant une aide fréquente, semi autonome : regroupement des IK 50, GIR 3 et BSB ;
- Groupe 4 : Personne nécessitant des soins particuliers et de l'aide régulière, notamment vivant avec un handicap : regroupement des IK 40, GIR 2 et BSC ;
- Groupe 5 : Personne vivant avec un handicap sévère et en perte d'autonomie importante, absence totale d'autonomie : regroupement des IK 30/20 et GIR 1
- Groupe 5 : Personne moribonde, processus fatal progressant rapidement : IK 10.

On note une répartition des interventions cohérentes aux extrêmes de la prise en charge. En effet, les personnes les plus autonomes sont prises en charge principalement par les IDE, que l'on peut supposer être des soins techniques alors que les personnes avec une perte d'autonomie importante et des besoins aigus sont majoritairement pris en charge en hospitalisation à domicile (58%). En revanche, la graduation de la prise en charge sur les patients aux besoins réguliers plus ou moins techniques est assez logiquement moins marquée. Dès lors que la personne a des besoins de soins infirmiers c'est le degré d'autonomie qui va manifestement faire varier le type de prise en charge (SSIAD ou IDE).

Tableau 8. Répartition des patients âgés selon leurs dépendances (2022)



Sources : SSIAD : rapport ATIH ; EHPAD : > Études et Résultats n° 1302 © DREES ; HAD : PMSI (requête CNAM)

La graduation de la prise en charge à domicile, avec des soins plus techniques assurés par les infirmiers libéraux et un accompagnement plus global et coordonné par les SSIAD ou SPASAD alliant soins de nursing et soins techniques pour les patients les plus dépendants semble adaptée. Une première analyse montre également une relative cohérence des montants de prise en charge journalier une fois ramenés sur des périmètres équivalents entre les différents modes de prise en charge. Ils s'échelonnent entre 7,82 € par jour pour les patients les moins dépendants pris en charge par des infirmiers libéraux à 30,34 € par jour pour une prise en charge en SSIAD (constitué notamment de soins infirmiers mais pas uniquement).

- Le coût moyen annuel des forfaits BSI remboursés en 2024 pour des personnes âgées de 85 ans et plus s'élève à 2 856 € pour les forfaits BSA, 5 669 € pour les forfaits BSB et 9 507 € pour les forfaits BSC, soit un coût moyen annuel de 5 632 € par bénéficiaire âgé de 85 ans et plus. La dépense journalière correspondante (sous l'hypothèse d'une activité calculée sur 365 jours comme pour les SSIAD) représente un coût en soins infirmier journalier de 7,82 € pour le BSA, 15,53 € pour le BSB et 26,05 € pour le BSC, avec une moyenne globale de 15,43 € pour l'ensemble des forfaits BSI.

- Le coût annuel en 2020 par place de SSIAD de 13 523 € est issu du rapport de la CNSA⁹¹ (rapport en date de février 2022), soit avec une hypothèse d'ouverture à 365 jours par an, un coût journalier de 37 € par place. La prise en charge par un infirmier étant incluse dans la dotation SSIAD, il n'est pas possible de calculer un coût précis correspondant aux soins infirmiers ; néanmoins, le coût du transport pourrait être déduit de ce coût journalier, estimé à environ 18 % du coût global annuel par place par l'ATIH (selon une étude des coûts menée en 2018 pour les travaux de réforme de la tarification, sur un échantillon d'établissements) et ce afin de se rapprocher du périmètre de la prise en charge globale réalisée par des infirmières libérales (BSI). Ainsi, le coût moyen journalier en SSIAD (hors transport) serait de 30,34 €.

Le principal défi se situe donc dans la capacité à orienter mieux et plus rapidement les personnes les plus âgées vers le bon acteur de soins afin de soutenir leur maintien à domicile grâce à une prise en charge adaptée. Afin d'assurer une bonne complémentarité de leurs interventions, il conviendrait de mieux définir les rôles respectifs des IDEL et des SSIAD, au moyen éventuellement d'une convention type de coopération. De plus, comme pour d'autres populations fragiles comme évoqué supra et pour garantir un accompagnement attentionné auprès de nos aînés les plus fragilisés, afin d'optimiser les soins dispensés dans des « parcours autonomie et santé » et soutenir le maintien au domicile le plus longtemps possible et dans de bonnes conditions, une prise de charge suppose d'avoir une coordination des parcours de soins, plus ou moins forte en fonction des besoins. Le premier niveau de coordination indispensable pour ces patients doit être le binôme médecin/infirmier qui doit être renforcé. Les évolutions du métier infirmier et en particulier, la reconnaissance de l'infirmier référent devrait être de nature à garantir un meilleur suivi au quotidien mais également une meilleure coordination des interventions (identification du besoin, alertes, ...) en lien avec les autres professionnels de santé de proximité (pharmaciens, masseurs kinésithérapeutes)

1.2.2 Une nécessaire coordination entre structures et professionnels pour les patients les plus fragiles pour limiter le recours hospitalier

Une coordination nécessaire pour limiter le recours aux urgences des personnes âgées

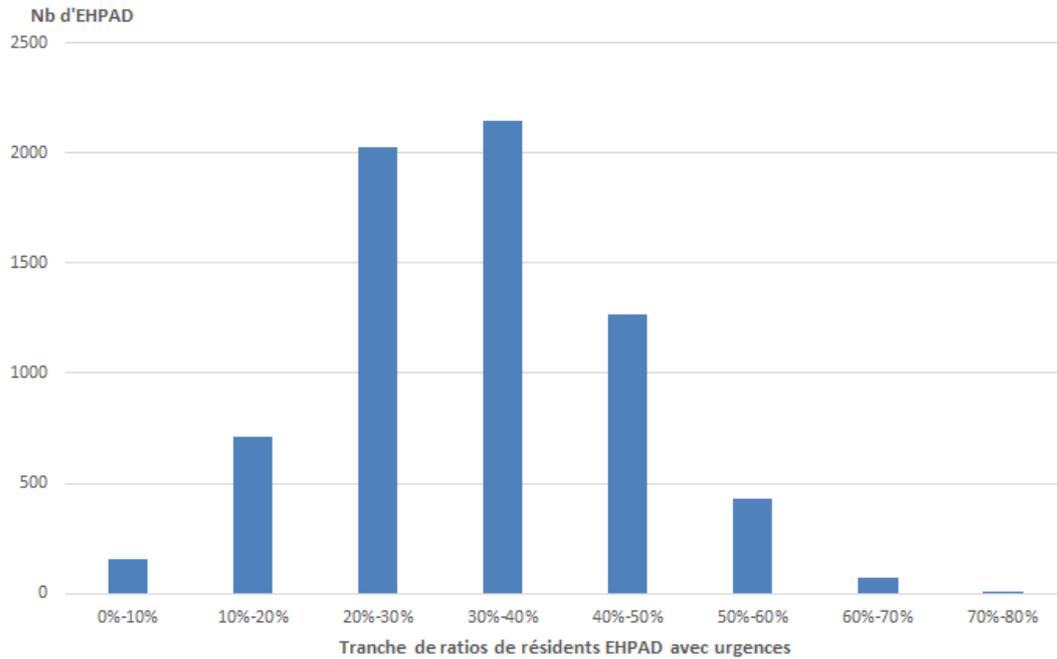
Les urgences sont la principale porte d'entrée des personnes âgées dans le circuit hospitalier : en 2023, 52% des passages aux urgences des 75 ans et plus sont suivis d'une hospitalisation contre 20% pour les personnes de 16 à 74 ans. Le nombre de passages progressent également pour les personnes âgées de plus de 75 ans (+3% entre 2019 et 2023) alors qu'il connaît une diminution pour les autres tranches d'âges. Par ailleurs, la durée de passage aux urgences des personnes âgées est plus longue⁹² : 23% des patients de plus de 75 ans passent plus de 8 heures aux urgences et 34% entre 4h et 8h contre respectivement 10% et 18% chez les 15-74 ans. La durée médiane pour les patients âgés de 75 ans et plus est de 4h30 contre 2h20 chez les 15-74 ans. Leur prise en charge dure plus longtemps en raison notamment des nombreux actes d'investigation complémentaires et d'une tendance au séjour en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) en attente d'orientation (retour à domicile ou hospitalisation).

En ce qui concerne les EHPAD, 32% des résidents en EHPAD sont passés par les urgences avec ou sans hospitalisation. Ce sont 207 490 patients qui représentent 338 082 passages aux urgences. La moitié uniquement de ces passages aux urgences a été suivie d'une hospitalisation. Par ailleurs, une forte disparité sur le recours aux urgences par EHPAD est observée. Ainsi, plus de 1200 établissements ont entre 40% et 50% de leurs résidents qui ont eu au moins un passage aux urgences. Plus de 500 établissements ont plus de la moitié de leurs résidents qui ont eu au moins un passage aux urgences.

⁹¹ A noter que le recueil des données permettant désormais la tarification des SSIAD et SPASAD au regard des caractéristiques des bénéficiaires est opéré depuis deux ans par la CNSA, mais n'est réellement exhaustif que depuis 2024. Quatre des neuf forfaits dans lesquels sont classés les patients accompagnés par des SSIAD correspondent à une prise en charge comportant au moins un passage infirmier au cours de la semaine. Ces forfaits hebdomadaires avec passage d'IDE représentent 71% des forfaits hebdomadaires enregistrés en 2024 pour des patients de 85 ans et plus dans l'outil de recueil de la CNSA (contre 64% en 2023). Le coût moyen journalier en SSIAD pourrait donc être nuancé à l'avenir, si l'exploitation des forfaits hebdomadaires pouvait être affinée sur la base d'une analyse des coûts de fonctionnement des SSIAD.

⁹² Source : Les études de Matières Grises - #2 - Juin 2019 - OBJECTIF GRAND ÂGE : ÉVITER L'HÔPITAL

Figure 27 : Répartition des EHPAD (d'au moins 20 résidents) en fonction du ratio de résidents ayant eu recours aux urgences



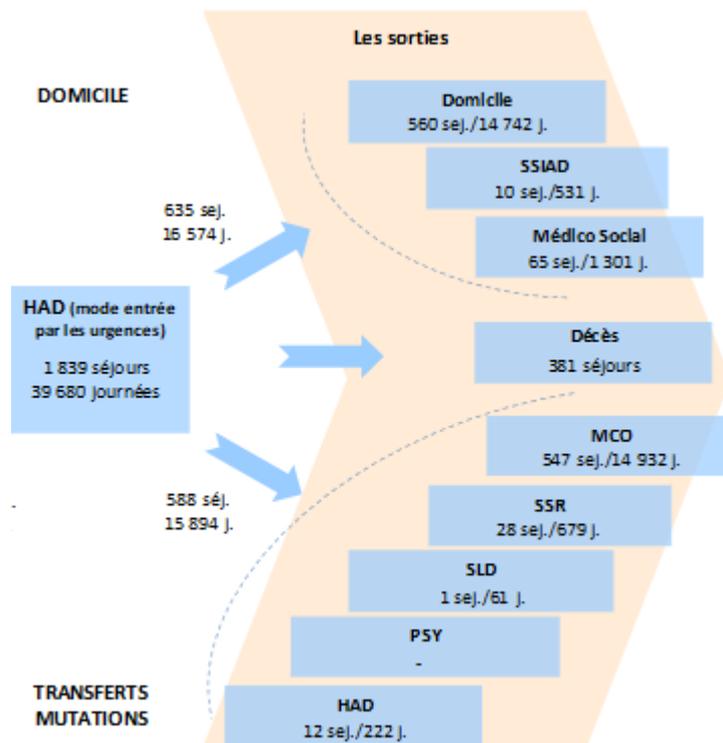
Source : RESID-ESMS et PMSI

La coordination entre hospitalisation à domicile et les urgences : une solution pour anticiper notamment les sorties

Plusieurs expérimentations semblent porter leurs fruits sur l'orientation rapide des patients admis aux urgences grâce à la présence notamment d'une infirmière de l'HAD présente au sein du service d'accueil des urgences (SAU) (participation au staff), permettant ainsi une admission des patients à J0 sans passer par l'admission en hospitalisation conventionnelle. Ce dispositif a pu permettre de soulager les services des urgences et de médecine générale ou gériatrique, de développer une acculturation hospitalière HAD/SAU et d'éviter une hospitalisation conventionnelle aux patients éligibles à l'HAD. Fort, de ce constat, d'autres expérimentations émergent sur le même principe avec notamment le recours à l'HAD sur appel du SAMU directement au domicile ou en EHPAD (inclusion des patients sans médecin traitant ou sans la présence d'un médecin coordonnateur).

En 2023, au global, 1839 séjours en HAD provenaient d'un transfert des urgences (y compris UHCD), soit 39 680 journées. 77% de ces séjours concernent des patients âgés de plus de 60 ans. Le tableau de répartition des sorties en HAD en focalisant uniquement sur le mode d'entrée par les urgences (Figure 28) démontre que sur 1839 séjours en 2023, 35% d'entre eux ont pu bénéficier d'un retour à domicile (ou ESMS) à la suite de la HAD, 31% ont pu connaître un transfert en hospitalisation conventionnelle (MCO, SSR, SLD).

Figure 28 : Entrée/sortie en HAD depuis les urgences (y compris UHCD)



Diminuer les hospitalisations potentiellement évitables en lien avec la iatrogénie médicamenteuse à travers une meilleure coordination des professionnels de santé

Les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) désignent des séjours hospitaliers qui, bien que médicalement justifiés à l'admission, auraient pu être évités grâce à une prise en charge appropriée en amont par les soins de premier recours ou de proximité. Elles concernent une liste proposée par l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality) comprenant 6 affections⁹³ : Asthme (âge ≥ 18 ans), BPCO (Age ≥ 18 ans), Insuffisance cardiaque (Age ≥ 40 ans), Complications du diabète à court terme (Age ≥ 40 ans), Angine de poitrine sans IDM (entrée par les urgences) (Age ≥ 40 ans), Déshydratation (Age ≥ 65 ans).

Ces hospitalisations constituent un fort enjeu pour le système de santé, tant en termes d'amélioration de la qualité des soins que d'efficacité économique. En 2023, ces hospitalisations représentaient 1,6 % des séjours hospitaliers de MCO, hors séances, soit un total de 265 893 séjours pour un montant de 990 millions d'euros pour l'année 2023, pour les six affections considérées.

En complément de ces hospitalisations s'ajoute le volume des hospitalisations évitables dues à la iatrogénie médicamenteuse⁹⁴. En 2014, la HAS avançait que 60% à 80% des réadmissions après un séjour hospitalier étaient liées à cette cause. Elle serait à elle seule la cause directe ou associée de 20 % des visites aux urgences et de 5 à 10 % des hospitalisations toujours selon la Haute Autorité de Santé. Plus récemment le Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (RFCRPV) a montré une augmentation importante du nombre d'hospitalisations pour effet indésirable en lien avec la prise des médicaments (+136%) entre 2007 et 2018. Elle a estimé que, chaque année en France métropolitaine, environ 212 500 personnes étaient hospitalisées à cause d'un événement indésirable médicamenteux (EIM) dans un service de court séjour de spécialités médicales du secteur public hospitalier et que 16,1% de ces hospitalisations auraient pu être évitées si les médicaments avaient été utilisés conformément aux recommandations de bon usage.

⁹³ Liste d'affections de l'Agency for Healthcare Research and Quality, utilisée en France et la plus courante.

⁹⁴ La iatrogénie médicamenteuse a été décrite en 1969 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant tous les effets nocifs, involontaires et indésirables d'un médicament se produisant aux posologies normalement utilisées chez l'homme à des fins prophylactiques, diagnostiques et thérapeutiques, ou pour des modifications des fonctions physiologiques. Cela peut être lié intrinsèquement à l'effet du médicament mais également aux modalités d'utilisation de ce médicament ou à la situation clinique du patient. Elle fait partie des événements indésirables associés aux soins

Ces nombreux effets indésirables des médicaments sont pourtant dans la majeure partie des cas prévisibles et évitables : on parle de iatrogénèse médicamenteuse évitable. Ils sont le plus souvent la conséquence d'une erreur thérapeutique (mauvaise indication, non-respect des contre-indications, posologie excessive ou traitement trop prolongé), d'une mauvaise observance du traitement ou d'une automédication inappropriée chez des patients polymédiqués, âgés et « fragiles ».

Se repérer dans les solutions en sortie d'hospitalisation

Les services de médecine et des SMR ont des difficultés à faire sortir des patients atteints de troubles cognitifs ou du comportement faute de structures adaptées pour les accueillir⁹⁵. Comme le souligne une étude récente de l'ARS Pays de la Loire, la durée moyenne des séjours en médecine des patients de plus de 75 ans a augmenté de 18 % entre 2019 et 2022 en Loire-Atlantique et 8 % des journées de médecine y sont occupées par des personnes qui pourraient potentiellement sortir de l'hôpital. En SMR, ce sont 27 % des lits qui sont occupés par des patients qui pourraient sortir. Ces séjours prolongés inadaptés en hospitalisation entraînent une faible rotation et une réduction fonctionnelle du nombre de lits disponibles en hospitalisation mais aussi un risque de dépendance iatrogène pour les patients âgés.

Plusieurs solutions existent mais insuffisamment exploitées ou encadrées.

S'agissant des personnes les plus autonomes, l'organisation de la prise en charge en ville au quotidien repose sur l'intervention des professionnels de santé à domicile. Il est donc indispensable que celle-ci soit organisée en amont de la sortie. L'article L. 1111-2 du code de la santé publique prévoit que « *L'établissement de santé recueille auprès du patient hospitalisé les coordonnées des professionnels de santé auprès desquels il souhaite que soient recueillies les informations nécessaires à sa prise en charge durant son séjour et que soient transmises celles utiles à la continuité des soins après sa sortie* ». Cette disposition est mise en oeuvre de manière très hétérogène en particulier lorsque l'établissement travaille ou non directement avec les services de l'Assurance Maladie (PRADO) ou avec les CPTS. Or, bien organiser la sortie d'hospitalisation et donc l'accueil à domicile du patient et les interventions qui sont nécessaires à sa prise en charge est fondamentale d'une part, pour garantir le maintien à domicile (ré-hospitalisations ou transfert vers le SMR ou médico-social) et d'autre part, pour s'assurer que la prise en charge sera complète et assurée par les bons intervenants. Aussi, il est nécessaire que des acteurs soient responsabilisés sur ce sujet et principalement les CPTS qui disposent des moyens et aujourd'hui d'un maillage territorial quasi accompli pour assumer cette fonction. Il apparaît aujourd'hui particulièrement pertinent de faire reposer cette organisation sur les CPTS, en lien évidemment avec l'hôpital qui devrait réaliser le recueil d'information, dans la mesure où elles sont ancrées dans les territoires et en lien avec l'ensemble des professionnels de santé qui pourraient être impliqués y compris médico-sociaux voire sociaux. Il faut aller vers un cadre systématiquement posé entre les hôpitaux et les CPTS du territoire pour que la sortie de l'hôpital soit véritablement organisé.

S'agissant des personnes les moins autonomes, les places d'hébergement temporaire en EHPAD ont des taux d'occupation plus faibles que celui des places d'hébergement permanent. Parmi 3 019 EHPAD recensés par la CNSA comme disposant de places d'hébergement temporaire installées, 1 860 enregistrent des résidents avec la modalité d'accueil correspondant à de l'hébergement temporaire. Le taux d'occupation moyen de ces places d'hébergement temporaire est de seulement de 44%⁹⁶.

Le taux d'occupation des places d'hébergement en EHPAD a également diminué depuis la crise sanitaire, sans retrouver son niveau de 2019, soit près de 89 % au cours de l'année 2023 (environ 93 % avant la crise sanitaire)⁹⁷. Le rapport de l'ARS Pays de la Loire invite à explorer les raisons du manque de recours à l'hébergement temporaire pour lever les obstacles et analyser les taux d'occupations des EHPAD. L'auteur préconise de redéployer les places non occupées, en réservant ces établissements à l'accueil des personnes âgées les plus dépendantes (GIR 1 et 2) et en réorientant les moins dépendantes (GIR 5 et 6) vers des résidences autonomie dont il faudrait augmenter les capacités. C'est aussi une recommandation faite par le rapport de l'IGAS sur les défis de la politique domiciliaire⁹⁸.

⁹⁵ Amélie Tugaye, ARS Pays de la Loire, « *Les impacts du vieillissement de la population sur le système de santé en Loire Atlantique : état des lieux et mise en perspective* », 16 septembre 2024.

⁹⁶ Si on limite le résultat à ceux d'entre eux qui ont des taux d'occupation inférieur à 100 %. Certains établissements semblent accueillir des résidents en hébergement temporaire sur leurs places d'hébergement permanent puisqu'ils ont des taux d'occupation des places d'hébergement temporaire bien supérieures à 100 %

⁹⁷ Matières grises : le Think Tank, Planète Grise, Note d'analyse : « *L'évolution des taux d'occupation en Ehpads depuis la crise sanitaire* », Octobre 2024 (12 p.) – étude réalisée à partir de nos données RESID-ESMS transmises trimestriellement par la Cnam à la CNSA.

⁹⁸ Julien Emmanuelli, Jean-Baptiste Frossard, Bruno Vincent, Rapport IGAS 2023-014R « *Lieux de vie et accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie : les défis de la politique domiciliaire – se sentir chez soi où que l'on soit* », Février 2024.

D'autres formes d'habitat inclusif sont en cours de développement, qui pourraient permettre d'apporter un appui logistique aux interventions des professionnels de santé, notamment dans le cadre de l'habitat partagé. Avec une meilleure coordination des visites de ces professionnels autour de plusieurs patients par une « maîtresse de maison », « gouvernante » ou un « porteur de projet partagé », les interventions des professionnels médicaux et paramédicaux seront réalisées avec des gains d'efficacité et contribueront à l'amélioration de l'accès aux soins. Plus généralement, un soutien médicalisé au « parcours autonomie » pour mieux répondre aux besoins de soins de nos aînés contribuera à prévenir la perte d'autonomie et maintenir plus longtemps leur état de santé global.

1.2.3 Face à ces enjeux dans la prise en charge des patients fragiles, des organisations de gestion de parcours de soins sont proposées en France et à l'étranger

Le case management (gestion de cas) est un dispositif d'accompagnement destiné aux patients confrontés à des situations médico-sociales complexes en raison par exemple de polyopathologies, de troubles psychiatriques, de perte d'autonomie ou de facteurs sociaux défavorables. Il s'adresse en particulier aux personnes dont le parcours de soins présente un risque élevé de complications ainsi qu'à celles traversant une période de vulnérabilité, comme le retour à domicile après une hospitalisation. Le case manager (gestionnaire de cas) a donc pour mission principale d'identifier les difficultés et les besoins du patient afin de mobiliser les ressources médicales et sociales appropriées à une prise en charge optimale.

La littérature grise montre que les fonctions de case management peuvent être portées par des professionnels aux profils très variés (professionnels de santé, assistant sociaux, référents opérationnels etc.), exerçant au sein de structures tout aussi diversifiées (cabinets médicaux, collectif d'infirmiers, plateformes d'assurance etc.) et sous différents statuts (saliés, indépendants). L'analyse des études menées en Europe et aux États-Unis permet toutefois de mettre en évidence deux grands modèles d'organisation des soins qui intègrent le case management.

Le premier modèle relève des approches de soins intégrés, qu'il s'agisse de programmes locaux ou nationaux, où le case management est assuré par les offreurs de soins. Dans ce modèle, le case manager fait partie de l'équipe médicale pluridisciplinaire qui gère le parcours complexe du patient au sein de centres de soins primaires ou d'hôpitaux. Son rôle consiste à la fois à concevoir un plan de soins personnalisé pour le patient et à faciliter son accès aux soins, en le mettant en relation avec les bons professionnels au bon moment. De manière générale, ce rôle de coordination est porté par le médecin généraliste. C'est par exemple le cas aux Pays-Bas où les personnes âgées peuvent bénéficier d'un case management au sein de groupes de soins pluridisciplinaires (Zorggroep). Cet accompagnement s'appuie sur le médecin généraliste qui pilote le groupe de soins : il identifie les patients à suivre, élabore leur plan de soins personnalisé et lance le case management si nécessaire. L'accompagnement peut être ensuite confié à un infirmier ou à un professionnel médico-social, qu'il soit salarié du groupe ou indépendant. Le financement du case management provient de l'enveloppe globale de rémunération allouée au groupe de soins. En Allemagne, le programme local de soins intégrés « Gesundes Kinzigtal », déployé en Bade-Wurtemberg, propose un modèle de case management similaire : les patients éligibles à un programme de disease management bénéficient d'un bilan de santé complet visant à évaluer leur profil de risques. Ce bilan permet de déterminer s'ils ont besoin d'un case management, impliquant l'élaboration d'un plan de soins personnalisé et un suivi régulier assuré par leur médecin généraliste. D'autres programmes locaux, identifiés en Angleterre (programme « Salford Together ») et au Portugal (les Local Health Units) s'appuient également sur des équipes pluridisciplinaires dans les lieux de soins : les case managers sont alors respectivement des professionnels référents désignés en fonction des besoins spécifiques de chaque patient ou bien des infirmiers.

Le second modèle s'inscrit dans une approche assurantielle qui consiste en un accompagnement très ponctuel entre le patient et un professionnel dédié employé par la compagnie d'assurance, intervenant généralement à distance. Ce type de case management s'apparente à un case management de type « courtage », se limitant à mettre en relation le patient avec les ressources médicales ou sociales appropriées. C'est un modèle qui se retrouve par exemple dans le cadre de l'expérimentation financée par le fonds d'innovation de Medicare et Medicaid, les Accountable Health Communities (AHC) aux États-Unis : les patients ayant des besoins sociaux impactant leur santé (logement, alimentation, transports...) sont identifiés par le programme et leur accompagnement est alors coordonné par des bridge organizations qui mobilisent des case managers pour faire ponctuellement le lien entre soins médicaux et services sociaux. Ces bridge organizations reçoivent une enveloppe financière dédiée. En Europe, ce type de case management se retrouve également dans le cadre de l'accompagnement post-hospitalisation. Les compagnies d'assurance peuvent alors désigner un référent de parcours chargé de faire ponctuellement le lien entre le patient et l'équipe médicale pluridisciplinaire lors du retour à domicile. C'est notamment le cas aux Pays-Bas avec le programme de rééducation à domicile des personnes âgées (Geriatrische Revalidatiezorg) ou en Allemagne à travers le dispositif d'Entlassmanagement.

En France, ces organisations ont notamment été expérimentées dans le cadre de l'Article 51 :

- Une quarantaine d'expérimentations comporte un financement au parcours de soins⁹⁹. La coordination y est alors une intervention à part entière, ce qui entraîne l'apparition de nouveaux métiers dédiés à la gestion des parcours du patient : case/care manager, coordonnateur/IDE de parcours, gestionnaires de cas...
- Dans ces expérimentations, le coordinateur intervient auprès du patient en lui délivrant une information précise, il réalise un diagnostic de la situation de la personne et de son environnement et propose les solutions adéquates, intégrant le plan personnalisé de santé du patient. Il s'assure de la réalité de la mise en place des dispositifs centrés autour des besoins de ce dernier.
- Il est également le garant de la continuité des soins. Positionné au sein d'un réseau d'acteurs, le coordonnateur de parcours s'assure de la continuité et de la qualité du parcours du patient depuis le début de sa prise en charge par la structure, l'équipe ou le réseau d'acteurs, jusqu'à la fin de celle-ci.

En dehors du cadre de l'article 51, de nombreux acteurs interviennent sur le champ de la coordination sans que les frontières et articulations ne soient clairement définies et sans pour autant atteindre un niveau de structuration des parcours satisfaisants.

Aujourd'hui, interviennent sur le champ de la coordination des parcours :

- les CPTS .
- Les équipes de soins primaires qui ont pour objet d'assurer une meilleure coordination des acteurs, la prévention, l'amélioration et la protection de l'état de santé de la population, ainsi que la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé.
- Les équipes de soins coordonnées autour du patient (ESCAP, expérimentation) qui permettent à plusieurs professionnels de santé de se coordonner autour d'un besoin spécifique d'un patient, professionnels choisis par le patient.
- Les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) qui viennent en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux faisant face à des personnes cumulant diverses difficultés et aux besoins de santé complexes.
- Les MSP ou les centres de santé qui coordonnent également des parcours ou encore le développement de protocole de coopération.

Si toutes les offres semblent pertinentes sur une prise en charge donnée ou un épisode de vie donné, il convient aujourd'hui de passer à une étape plus ambitieuse et plus structurée.

Les parcours de soins des patients soulèvent des besoins de coordination de différentes natures qu'il conviendrait de catégoriser selon deux typologies :

- Une **coordination soignante** de proximité pour les patients stabilisés dans le cadre d'épisode de soins avec des prises de décision cliniques sur le parcours du patient et des orientations vers les professionnels de santé. Cette coordination doit être réalisée par un professionnel de santé en capacité de savoir quand mobiliser un avis médical au regard de la situation clinique du patient. Elle doit être réalisée le plus possible au sein d'une structure de soins responsable de la coordination de l'épisode de soins. A ce titre, une coordination par les MSP de leur patientèle fragile notamment avec le soutien des infirmiers est l'un des modèles les plus agiles que l'Assurance Maladie souhaite valoriser. Comme évoqué supra, sur l'accompagnement des patients en perte d'autonomie, ces équipes sont au cœur des territoires et du quotidien des patients permettant ainsi de faire le lien sur les besoins cliniques et au-delà de leur patientèle. Il s'agirait de créer le métier d'infirmières de coordination au sein des MSP L'infirmière de coordination pourra s'appuyer sur une boîte à outils à mettre à sa disposition pour orienter, guider le patient, et rester son interlocuteur unique de première intention (« niveau 1 »). Cela pourrait impliquer de fournir un accès aux données médico-administratives des patients accompagnés, qui devra être juridiquement encadré. Elle pourrait être ainsi en lien avec le médecin traitant, les différents intervenant sanitaires et sociaux (échanger avec les EHPAD pour une prise en charge temporaire, faire le lien avec les institutions sociale (conseil départemental, CPAM...), etc.), voire demander l'intervention du DAC en cas de prise en charge complexe (« niveau 2 »). Parmi les publics les plus souvent identifiés comme pouvant bénéficier d'un tel accompagnement, on retrouve notamment les personnes ayant des troubles psychiques, les personnes âgées de plus de 75 ans avec pathologie chronique et ou vulnérabilité sociale, ainsi que les personnes poly-pathologiques dont le suivi consiste encore trop souvent en plusieurs prises en charges en silo par les différents professionnels spécialistes.

⁹⁹ Depuis son lancement, l'article 51 abrite de nombreuses expérimentations de paiement au parcours. Parmi celles-ci, plusieurs grappes d'expérimentations s'intéressent aux prises en charges des patients chroniques : obésité (avec notamment l'expérimentation EMNO, première expérimentation de la grappe), insuffisance cardiaque (avec les expérimentations CECICS, Eva Corse et SLL (structures libérales légères)), cancer (avec notamment les expérimentations Oncolink et Ako@dom Picto)...

- Un suivi renforcé pour les patients non stabilisés, a fortiori après un épisode de soins aigus, il serait nécessaire d'assurer une surveillance articulée de deuxième niveau portées par les structures de second ou de troisième recours (établissements de santé / équipes de soins spécialisées) sur le modèle de l'expérimentation de l'Article 51 sur le parcours de prise en charge proposé par les cellules d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS). Ces cellules au sein de l'AP-HP permettent de mettre en place pour les patients insuffisants cardiaques sévères ou instables une prise en charge essentiellement ambulatoire et en partie à distance, selon les besoins du patient

1.3. Organisation de l'activité hospitalière au service de son équilibre économique

Dans un contexte de contraintes budgétaires croissantes et de recherche constante d'efficacité, l'organisation de l'activité hospitalière représente un levier stratégique majeur pour garantir l'équilibre économique des établissements de santé. La chirurgie, qui constitue un pôle d'activité essentiel, se trouve au cœur de ces enjeux. La recherche d'un équilibre entre d'une part, qualité et sécurité des soins et d'autre part, viabilité économique d'une activité voire de services repose sur plusieurs axes complémentaires : la fixation de seuils d'activité chirurgicale pour garantir la rentabilité et la qualité des soins, le développement d'une offre alternative hors bloc opératoire pour répondre à des besoins moins complexes tout en désengorgeant les blocs, et enfin, la promotion de la chirurgie ambulatoire, qui permet une prise en charge rapide et sécurisée tout en réduisant les dépenses en lien avec une hospitalisation. Ces leviers, s'ils sont cohérents et bien intégrés dans une stratégie globale, peuvent contribuer significativement à l'efficacité médico-économique de l'hôpital, tout en améliorant la qualité du service rendu aux patients.

1.3.1 Renforcer l'efficacité des organisations et de l'activité hospitalière en faisant respecter les seuils d'activité chirurgicale minimale pour une meilleure qualité des soins

Les seuils d'activité chirurgicale sont au centre du questionnement de l'efficacité hospitalière, tant le bloc opératoire et le plateau technique sont les plus grands consommateurs de ressources et constituent le « cœur du réacteur » de l'Hôpital. En agissant sur les seuils d'activité chirurgicale minimale, en regroupant les plateaux techniques pour garantir une meilleure qualité de la prise en charge et en valorisant mieux les centres experts synonymes de qualité, la performance globale du système progressera avec une réduction des inégalités d'accès aux soins les plus performants et innovants.

Depuis les travaux d'Harold S. Luft en 1979¹⁰⁰ qui ont démontré, sur plusieurs interventions chirurgicales, l'existence d'un lien entre le volume chirurgical pratiqué par l'établissement de santé et sa mortalité post-opératoire, de nombreuses publications ont confirmé les meilleurs résultats apportés dans les centres spécialisés avec une corrélation entre le nombre de cas pris en charge et la qualité des résultats : il y a significativement une association linéaire inverse entre le volume d'activité et la mortalité globale.

La synthèse d'une revue de la littérature scientifique établit que dans 47 revues systématiques un lien statistique clair a été démontré entre le volume d'activité et la mortalité à 30 jours ajustée au risque. Un effet « volume élevé » est notamment prouvé pour de nombreux domaines de la chirurgie hautement spécialisée, avec une meilleure gestion des complications post-opératoires graves. Dans 35 revues systématiques, la corrélation la plus forte existait entre volume et résultat pour les interventions à haut risque.

Notamment une étude américaine publiée en 2002¹⁰¹ a exploré, à partir des données de la base nationale Medicare, la mortalité associée à six types d'interventions chirurgicales cardiovasculaires et huit types d'interventions cancéreuses majeures en chirurgie digestive, urologique et pulmonaire entre 1994 et 1999 pour un total de 2.5 millions d'interventions. Les hôpitaux à fort volume présentaient les taux de mortalité opératoire les plus faibles, l'ampleur absolue de la relation entre volume et résultat variant considérablement selon le type d'intervention. Pour certaines interventions, la différence de mortalité entre les centres à faible volume et celle à fort volume était trop importante pour être attribuée au hasard.

¹⁰⁰ « Should Operations Be Regionalized ? — The Empirical Relation between Surgical Volume and Mortality » d'Harold S. Luft et al., New England Journal of Medicine ; Vol.301 ; No 25 ; p. 1364-1369 ; December 20, 1979

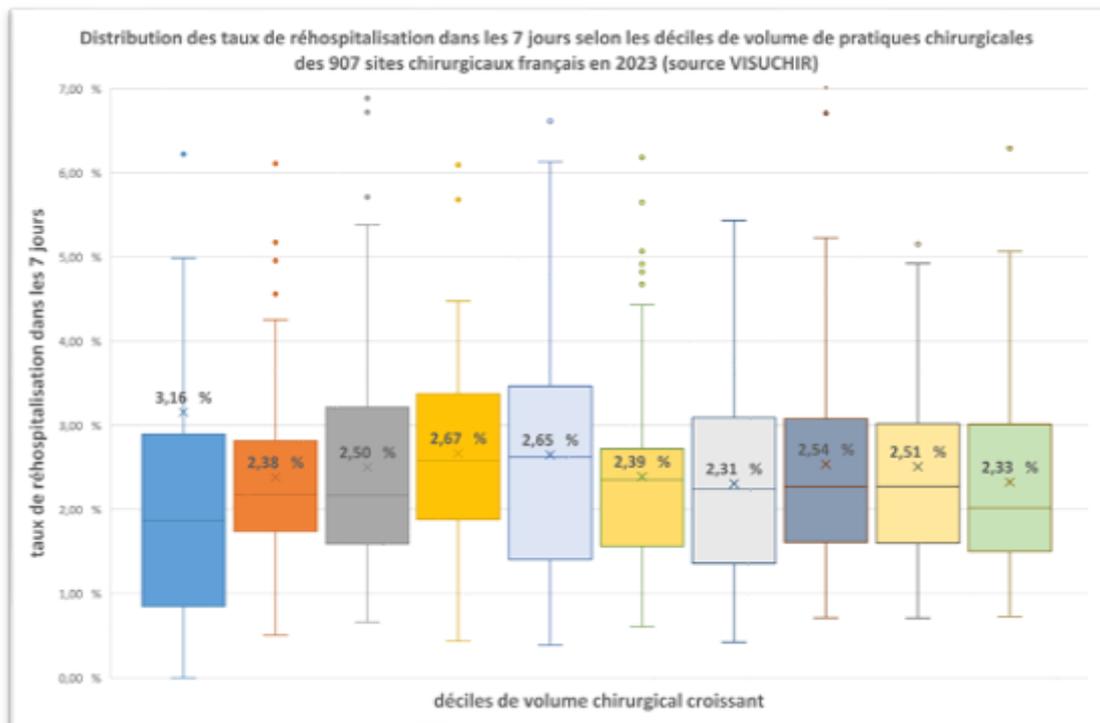
¹⁰¹ « Hospital volume and surgical mortality in the United States » de John D. Birkmeyer et al., New England Journal of Medicine ; Vol. 346 ; No.25 ; April 11,2002

Ensuite, ces relations entre le volume et le résultat sont remarquablement cohérentes au fil du temps et entre les études. Une récente revue structurée de la littérature montre que, sur 123 des 128 analyses portant sur 40 interventions différentes, la mortalité est plus faible dans les hôpitaux à fort volume et ces différences sont statistiquement significatives dans 80% des cas.

Constats sur le lien entre activité chirurgicale et qualité des soins Le Conseil National de la Chirurgie de septembre 2005 préconisait de respecter un seuil minimal d'activité d'un bloc opératoire à 2000 interventions par an. Ce seuil est également souvent retrouvé dans la littérature sur activités et qualités des soins sans pour autant qu'il constitue un seuil réglementaire en France. Ce lien entre volume d'activité et qualité s'explique par plusieurs éléments : la spécialisation des équipes, la performance des plateaux techniques (matériel, etc.), l'accès aux traitements et techniques les plus innovants donc coûteux, etc.

La relation entre activité et qualité des soins a été largement étudiée et l'Assurance Maladie a récemment mené une étude à partir des données disponibles dans l'outil VISUCHIR, outil en open data sur le site de l'Assurance Maladie. Des divergences de taux bruts de ré-hospitalisations dans les 7 jours dans les 907 sites chirurgicaux français sont identifiés en fonction de l'activité chirurgicale annuelle. En particulier, le 1^{er} décile regroupant les 10% de sites chirurgicaux ayant la plus faible activité chirurgicale a une moyenne des ré-hospitalisations à 7 jours très atypique à 3,16% comparée à celle des autres déciles (2,31% à 2,65%). Ce 1^{er} décile regroupe notamment tous les sites chirurgicaux dont l'activité annuelle est strictement inférieure à 2000 actes. 125 sites chirurgicaux (soit 13,8% des sites) n'atteignent pas ce seuil minimal de 2000 séjours chirurgicaux annuels. Ces 125 sites ont produit 143 530 séjours chirurgicaux en 2023 (soit 2,13% de l'activité chirurgicale, ce qui correspond à l'activité annuelle des 3 sites chirurgicaux français les plus productifs).

Figure 29 : distribution des taux de réhospitalisations à 7 jours des sites chirurgicaux selon les 10 déciles d'activité croissante



En complément de cette analyse, sur la base de deux ratios standardisés sur les case-mix permettant de prendre en compte la complexité des prises en charge (l'Indice Global de Réhospitalisation à 7 jours et à 30 jours), sont identifiés les établissements dont les ré-hospitalisations sont très supérieures à l'attendu et donc à la cible de référence (moyenne nationale) : les 25% d'établissements ayant l'IGR le plus haut (couleur orange) et les atypiques hauts (couleur rouge). Les établissements avec les volumes d'activité chirurgicale les plus faibles (gauche de l'abscisse) sont sur-représentés au niveau des points de couleur orange/rouge (cf. Figure 30) par rapport aux établissements de grosse activité chirurgicale (droite de l'abscisse), témoignant bien du lien retrouvé entre faible activité chirurgicale et moindre qualité des soins, via des ré-hospitalisations plus fréquentes.

Figure 30 : funnel plot des réhospitalisations à 7 jours (IGR et nombre de ré-hospitalisations attendues)



Respect des seuils ciblés d'activité chirurgicale minimale annuelle

Si un seuil global pour l'activité chirurgicale n'existe pas, des arrêtés publiés à partir de 2007 ont fixé des seuils d'activité chirurgicale minimale annuelle applicables à l'activité de soin du traitement du cancer. Plusieurs travaux de l'INCA et de la CNAM notamment sur les cancers de l'ovaire^[1] avaient amené les pouvoirs publics à instaurer des seuils d'activité minimale annuelle de chirurgie carcinologique par spécialité et/ou à fixer des seuils infra-spécialités selon les pathologies permettant de mettre en place des autorisations pour réaliser ces chirurgies pour les établissements.

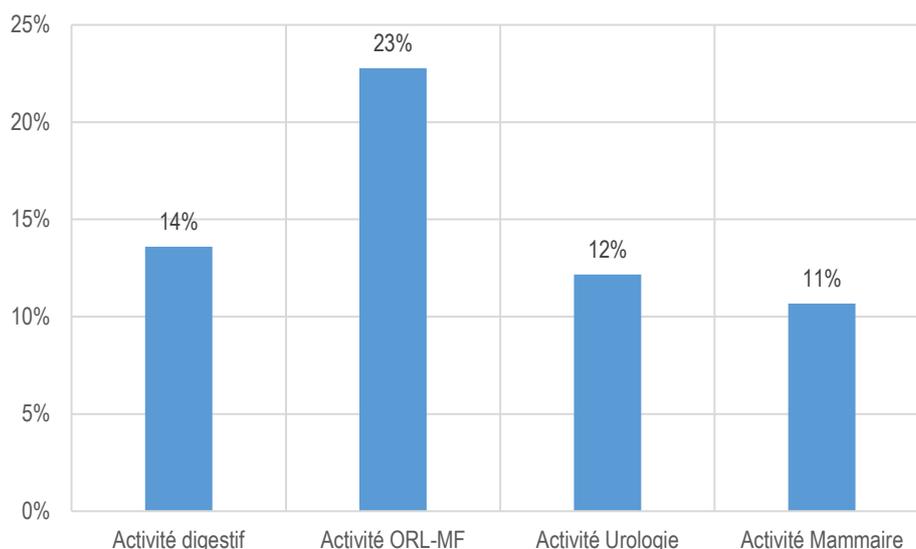
[1] Intérêts de la centralisation de la chirurgie du cancer de l'ovaire en France, Bulletin du Cancer 111,3 March 2024,239-247

Tableau 9 : Arrêté du 26 avril 2022 portant modification de l'arrêté du 29 mars 2007 fixant les seuils d'activité minimale annuelle applicables à l'activité de soins de traitement du cancer

MODALITÉS, MENTIONS ET PRATIQUES THÉRAPEUTIQUES SPÉCIFIQUES DE TRAITEMENT DU CANCER prévues aux articles R. 6123-86-1 à R. 6123-89-1 du code de la santé publique	NATURE DU SEUIL PRÉVU à l'article R. 6123-91-4 du code de la santé publique (thérapeutique, intervention, appareil anatomique ou pathologie)	NOMBRE D'INTERVENTIONS ou de patients par structure de soins autorisée
l/ Modalité de Chirurgie oncologique : seuils d'activité minimale pour la chirurgie oncologique chez l'adulte		
Mention A1 - Chirurgie oncologique digestive et viscérale	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
Mention B1 - Chirurgie oncologique digestive et viscérale	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
dont, le cas échéant, les pratiques thérapeutiques spécifiques de mention B1 de :		
Chirurgie oncologique de l'œsophage ou de la jonction œsophagienne	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 3
Chirurgie oncologique du foie	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 3
Chirurgie oncologique de l'estomac	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 3
Chirurgie oncologique du pancréas	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 3
Chirurgie oncologique du pancréas	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 3
Chirurgie oncologique du rectum	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 3
Mention A2 - mention B2 - Chirurgie oncologique thoracique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 40
Mention A3 - mention B3 - Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 20
Mention A4 - mention B4 - Chirurgie oncologique urologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 30
Mention A5 - Chirurgie oncologique gynécologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 20
Mention B5 - Chirurgie oncologique gynécologique	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 20
en sus, le cas échéant, la pratique thérapeutique spécifique de mention B5 de :		
Chirurgie oncologique de l'ovaire	Chirurgie de réduction complète du cancer avancé de l'ovaire	Interventions : 20
Mention A6 - Chirurgie oncologique mammaire	Chirurgie d'exérèse de la tumeur	Interventions : 70

Le dénombrement des interventions chirurgicales par site, à partir des données de l'ATIH scansanté, fait apparaître des établissements qui ne présentent pas un volume d'interventions chirurgicales cohérent avec les seuils fixés. Par exemple, 13% des établissements autorisés en chirurgie oncologique digestive ne respectent pas le seuil d'intervention, c'est le cas de 23% des établissements autorisés pour les activités chirurgie ORL et maxilo-faciale, 12% en urologie et 11% pour la chirurgie mammaire (cf. Figure 31). Par ailleurs, en chirurgie oncologique mammaire 27% des établissements autorisés ne respectent pas l'objectif de 70 interventions qui est le nouvel objectif à atteindre dans le cadre des nouvelles autorisations. C'est également le cas de 18% des sites autorisés en chirurgie oncologique digestive. Les constats de non-respect des anciens seuils d'activité minimale peuvent couvrir plusieurs situations différentes qui n'ont pas pu être analysées sans retour vers les ARS : fragilité structurelle de l'ES autorisé en termes d'atteinte du seuil ; fragilité conjoncturelle de l'ES autorisé du fait d'une tension RH (départ à la retraite, congés de maternité, maladie, départ du praticien...), recomposition de l'offre de soins avec une activité réalisée uniquement sur un nombre de mois limité dans l'année du fait de l'année N.

Figure 31 : Part des sites de chirurgie oncologique autorisés ne respectant les seuils réglementaires



Source : DGOS de l'outil ATIH « Scan Santé »

L'ensemble de ces constats incitent à s'intéresser aux causes et conséquences des pratiques d'établissements ayant une trop faible activité chirurgicale pour s'assurer de la qualité/sécurité des soins au sein notamment des établissements autorisés. Ainsi, il est nécessaire d'assurer le respect des seuils par les établissements autorisés. L'action des ARS doivent pouvoir contribuer à l'atteinte de cet objectif. Plus généralement, il semble nécessaire d'engager un travail conjoint avec notamment la Direction Générale l'Offre de Soins sur les établissements non autorisés qui peuvent également parfois facturer des séjours de chirurgie cancérologique, en essayant de distinguer ce qui est légitime (prestations inter-établissements, découvertes fortuites...) et ce qui ne l'est pas. L'Assurance Maladie pourrait notamment mettre en place des contrôles T2A ciblés sur les établissements dont l'activité est particulièrement faible pour s'assurer des conditions de la réalisation des actes chirurgicaux.

Une étude complémentaire menée sur les prostatectomies

Ce non-respect des seuils réglementaires peut constituer une perte de chance pour les patients atteints de cancer. Pour matérialiser cette perte de chance, l'Assurance Maladie a réalisé une étude spécifique sur les prostatectomies radicales pour lesquels aucun seuil n'est encore défini. Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers chez l'homme et représente la 3ème cause de décès par cancer masculin

A partir des bases de données du PMSI pendant 5 années entre 2016 et 2020, 96 072 prostatectomies radicales ont été analysés ainsi que 20 989 séjours retrouvés dans les 30 jours suivant la sortie de l'épisode initial, soit au total 117 061 séjours étudiés. Les complications ont été identifiées à partir du croisement de listes de diagnostics CIM 10 et d'actes CCAM, à la fois dans l'épisode initial et dans les 30 jours suivant la sortie du séjour initial. Les trois techniques des vésiculo-prostatectomies totales ont fait l'objet d'exploration : laparotomie (technique la plus ancienne), coelioscopie et chirurgie robotique (technique la plus récente).

L'étude constate à la fois :

- **Une très grande dispersion** des sites chirurgicaux et des pratiques : en 2020, un site chirurgical sur deux pratiquait des prostatectomies, 89 sites pratiquaient en moyenne une prostatectomie ou moins par mois, 17 sites pratiquaient en moyenne plus de onze prostatectomies par mois ;
- **Un effet « offre »** : une variation du simple au triple du taux d'incidence régional (nombre de prostatectomies totales / population cible d'hommes de 60 ans et plus) avec les chiffres les plus bas pour les régions Corse (0,09%), Centre Val de Loire (0,17%) et PACA (0,19%) et les plus hauts chiffres pour IDF (0,30%) et Pays de Loire (0,34%) ;
- **Un effet « catégorie juridique »** : les Centres Hospitaliers ayant les plus faibles volumes annuels par site chirurgical présentent une dispersion de leur activité annuelle entre 2016 et 2020, alors que les Centres Hospitaliers Universitaires ayant les plus forts volumes par site ont une activité constante importante entre 2016 et 2020.
- **Un effet « centres de référence et de techniques »** avec les plus petits volumes et la technique la plus ancienne (laparotomie) se retrouvant systématiquement pratiqués par le plus grand nombre de sites chirurgicaux, alors que les plus gros volumes sont pratiqués par le plus petit nombre de sites selon la technique la plus récente (chirurgie robotique). La durée moyenne du séjour initial est deux fois plus longue pour la laparotomie (9 jours) que pour la chirurgie robotique (4 jours).

Le lien statistique entre qualité des soins et niveau de pratiques chirurgicales a été exploré par analyses univariées et multivariées (cf. Tableau 10) :

- Le risque de complications est augmenté d'une manière statistiquement significative de + 72% pour les patients pris en charge dans les établissements « A » à faible volume (moins de 26 prostatectomies/an) et de +94% pour les patients pris en charge dans les établissements « A' » à très faible volume (moins de 11 prostatectomies/an) par rapport à ceux pris en charge dans les établissements « C » à fort volume (plus de 51 prostatectomies/an). Après ajustement sur l'âge et la technique opératoire, le risque de complications est toujours augmenté d'une manière statistiquement significative de + 37% pour les patients pris en charge dans les établissements à faible volume et de +45% pour les patients pris en charge dans les établissements à très faible volume par rapport à ceux pris en charge dans les établissements à fort volume.
- Le risque de passage en réanimation est augmenté d'une manière statistiquement significative de + 260% pour les patients pris en charge dans les établissements « A » et de +567% pour les patients pris en charge dans les établissements « A' » par rapport à ceux pris en charge dans les établissements « C ».
- Le risque de décès est augmenté d'une manière statistiquement significative de + 155% pour les patients pris en charge dans les établissements « A » et de +308% pour les patients pris en charge dans les établissements « A' » par rapport à ceux pris en charge dans les établissements « C ».
- Le risque de complications est augmenté d'une manière statistiquement significative de + 107% pour les patients opérés par laparotomie par rapport à ceux opérés par robot.

Tableau 10 : analyse comparative des risques de complications, de passage en réanimation et de décès

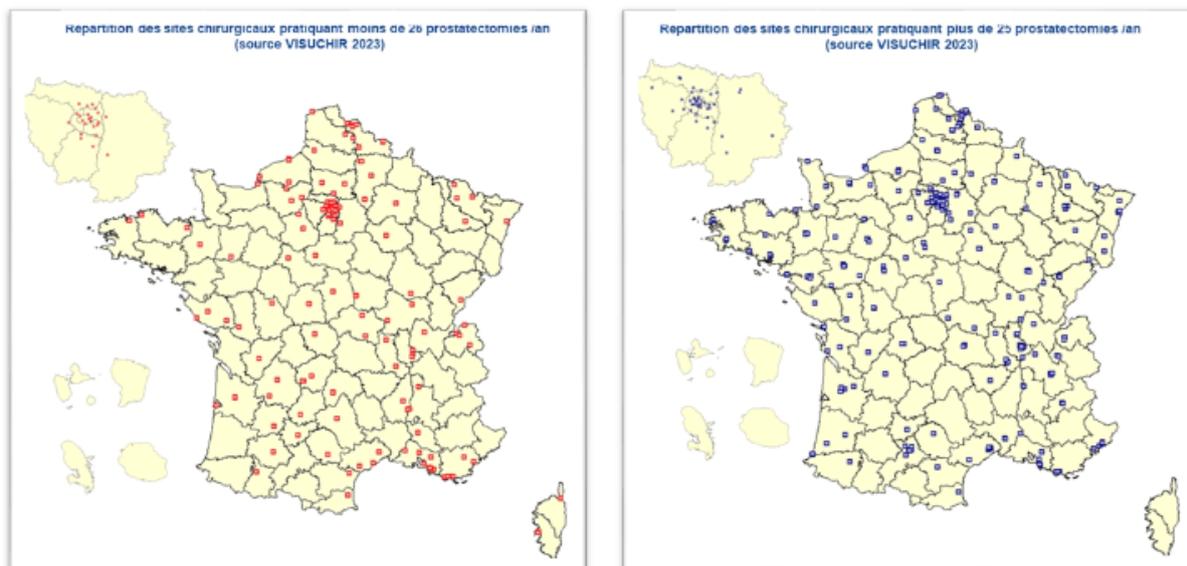
Analyse univariée comparative des risques de complications sur 5 ans			
Types d'établissements	Effectif	OR	IC 95%
Groupe C (>51 prostatectomies/an)	9517	REF.	
Groupe A (<26 prostatectomies/an)	2644	1.72	[1.64-1.81]
Groupe A' (<11 prostatectomies/an)	453	1.94	[1.74-2.16]
Analyse univariée comparative des risques de passage en réanimation sur 5 ans			
Types d'établissements	Effectif	OR	IC 95%
Groupe C (>51 prostatectomies/an)	325	REF.	
Groupe A (<26 prostatectomies/an)	207	3.60	[3.02-4.30]
Groupe A' (<11 prostatectomies/an)	59	6.67	[5.03-8.83]
Analyse univariée comparative des risques de décès sur 5 ans			
Types d'établissements	Effectif	OR	IC 95%
Groupe C (>51 prostatectomies/an)	35	REF.	
Groupe A (<26 prostatectomies/an)	16	2.55	[1.41-4.62]
Groupe A' (<11 prostatectomies/an)	4	4.08	[1.45-11.50]

Source : VISUCHIR

En 2023, 55 sites chirurgicaux opèrent toujours moins de 11 prostatectomies / an (soit moins d'une par mois) et 140 sites opèrent moins de 26 prostatectomies / an (soit deux ou moins par mois). En comparaison, les 10 sites français de référence ayant les plus gros volumes ont opéré en 2023 entre 180 et 450 prostatectomies radicales (plus de 15 par mois). Compte tenu des résultats de cette étude on peut considérer que les 1710 patients opérés en 2023 d'une prostatectomie radicale dans ces 140 sites chirurgicaux ont eu une perte de chance en terme de qualité et sécurité des soins. Ces 140 sites, qui représentent 35% des sites chirurgicaux pratiquant la prostatectomie, ne prennent en charge que 8% des patients opérés d'un cancer de la prostate, soit autant que les 6 premiers sites français de référence

Du fait de ces enjeux de qualité de soins, il semble important de s'assurer du respect des seuils existants en lien avec une approche territoriale.

Figure 32 : Sites chirurgicaux réalisant des prostatectomies en fonction du nombre d'interventions par an



Source : VISUCHIR

Le contrôle du respect des seuils ne peut constituer une réponse isolée. Il s'agit bien de repenser, par activité, des filières graduées de prise en charge permettant de répondre à une double exigence pour les patients : l'excellence et la proximité. Aussi, il est de plus en plus courant que l'acte chirurgical nécessitant un plateau technique de haut niveau soit réservé aux seuls centres d'excellence, mais que l'hospitalisation post-opératoire puisse se faire dans un établissement de santé de proximité. En lien avec les associations de patients et les sociétés savantes, l'objectif est d'assurer la juste répartition des différents centres experts en France, puis au niveau territorial de réorienter l'activité des établissements de santé non spécialisés sur les prises en charge en amont et en aval de l'acte technique.

1.3.2 Augmenter la chirurgie ambulatoire hospitalière et encadrer la chirurgie hors bloc (en établissement ou en cabinet de ville)

Chirurgie ambulatoire en établissement de santé (outil VISUCHIR)

Entre 2013 et 2020, la chirurgie ambulatoire s'est développée avec une augmentation de son taux comprise entre 1,9 et 2,2 points/an. Elle ralentit depuis, avec pour 2023 la plus faible progression annuelle depuis 15 ans, hors COVID 2020, avec un taux ambulatoire national de 63,7 %. Même si la chirurgie ambulatoire a continué sa progression en dépassant en 2023 les 4 millions de séjours, son taux a progressé de moins d'un point. La France présente des taux de chirurgie ambulatoire parfois faible sur certaines chirurgies par rapport à nos voisins.

La chirurgie ambulatoire est une prise en charge centrée sur le patient, source d'une meilleure qualité/sécurité des soins par notamment une limitation de l'exposition aux infections nosocomiales, contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (hôpital, clinique...). D'après les données de VISUCHIR, les taux de réhospitalisation à 30 jours sont très inférieurs en chirurgie ambulatoire qu'en hospitalisation complète: 5,14% en ambulatoire versus 13,90% en conventionnel.

Le taux de chirurgie obligatoire pourrait progresser de près de 19 points en harmonisant les pratiques des établissements sur l'ensemble du territoire vers les meilleures pratiques. A partir des 20% des meilleures pratiques ambulatoires françaises constatées par acte chirurgical et en appliquant ces pratiques à l'ensemble des établissements chirurgicaux, un taux potentiel ambulatoire est estimé à 82,6%, soit 1,27 millions de séjours conventionnels transférables et 19 points d'augmentation potentielle du taux ambulatoire. Ce potentiel concerne toutes les catégories juridiques d'établissements de santé, selon des taux cibles et des volumes de potentiel adaptés à leurs case-mix et à leurs pratiques (Tableau 11).

Tableau 11 : taux ambulatoire 2023 et volume/potentiel ambulatoire selon les catégories juridiques

Catégorie juridique	Taux ambulatoire 2023	Taux potentiel ambulatoire	Volume potentiel ambulatoire (en M)
Centres Hospitalo-Universitaire	40,9 %	66,2 %	0,3
Centres Hospitaliers	52,4 %	77,4 %	0,3
Centres de Lutte Contre le Cancer	56,6 %	76,8 %	0,02
Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif	64,9 %	83,1 %	0,08
Cliniques privées	73,3 %	88,5 %	0,6
Total	63,7%	82,6 %	1,3 M

Source : VISUCHIR

Ainsi, pour redynamiser la chirurgie ambulatoire, il est indispensable tout d'abord de faire converger les actions des pouvoirs publics vers la cible nationale de 80%, rejoignant ainsi les taux atteints dans les pays anglo-saxons (CPOM, VAES, accompagnement ANAP...). A noter que dans chaque région, la moitié du potentiel régional est concentrée sur les 20% d'établissements porteurs des plus gros potentiels. Pour ce faire, il est proposé de fixer des objectifs par ARS qui elles-mêmes fixeraient des objectifs contractuels aux établissements.

Chirurgie hors bloc (en établissement de santé ou en cabinet de ville)

Par chirurgie « hors bloc », on définit la chirurgie ne relevant pas du niveau d'environnement équivalent à un bloc opératoire. Elle peut se pratiquer en établissement de santé (« salle blanche ») ou en dehors d'un établissement de santé (« cabinet de ville »).

La chirurgie peut aussi se pratiquer en dehors des établissements de santé (office-based surgery selon la dénomination anglo-saxonne). La chirurgie de cabinet s'est développée d'une manière importante dans certains pays. Ainsi, elle représentait 17% des interventions chirurgicales¹⁰² et 10 millions de procédures chirurgicales aux États-Unis en 2005¹⁰³. Leur chiffre continuait à augmenter à environ 12 millions en 2009¹⁰⁴. Elle s'est développée aussi au Canada et en Suisse¹⁰⁵.

Aux États Unis, le développement de l'office-based surgery a été lié à celle des Free standing centers (centres ambulatoires indépendants : hôpitaux ne pratiquant que la chirurgie ambulatoire, sans lit conventionnel), tous deux basés sur le même concept d'indépendance des flux. Le développement des Free standing centers a été exponentiel avec une augmentation des parts de marché de 1% à 38% entre 1981 et 2005 et de leur nombre de 2 425 à 5 095 entre 1996 et 2005. Ces Free standing centers sont aujourd'hui considérés comme les plus performants (soins médicaux de haute qualité à des coûts inférieurs) avec des temps péri-opératoires significativement plus courts que dans les hôpitaux. Le National Health Statistics Reports en 2006 évoque des durées moyennes de séjour plus courtes, tant au niveau du temps passé dans la salle d'intervention (43,2 min dans les Free standing centers versus 61,7 min dans les unités hospitalières de chirurgie ambulatoire), que du temps d'intervention (25,1 min versus 34,2 min) et du temps de récupération post-opératoire (53,1 min versus 79 min). Les avantages de ces organisations ont été analysés notamment dans des recommandations organisationnelles par la HAS et l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale en mai 2013, ou en 2021 par le Haut Conseil de Santé Publique de juin 2021.

¹⁰² American Hospital Association. Avalere Health analysis of Verispan's Diagnostic Imaging Center Profiling Solution, 2004

¹⁰³ Grobler S, Potgieter A. Officed based surgery – why it is important. CME 2009; 27(9): 394-396

¹⁰⁴ Urman R et al. Officed based surgery and medical procedures : education gaps. The Ochsner Journal 2012; 12(4): 383-388

¹⁰⁵ Brökelmann J. Comparaison of Hospital- and Office-based Ambulatory Surgery in Germany: surgery in small free standing units offers many advantages. Ambulatory surgery 2021; 17(4): 83-85

C'est parce que les free standing centers ne se sont pas développés en France, que la question de la chirurgie de cabinet devient prégnante. Le développement de la chirurgie de cabinet est à la croisée de plusieurs évolutions : juridique, anesthésique, chirurgicale et organisationnelle. Cette évolution s'appuie notamment sur les évolutions de la prise en charge anesthésique avec une réduction à 50% de la part des anesthésies générales qui doivent encore transiter réglementairement dans une Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI). Environ 1/3 des anesthésies françaises sont maintenant locales et topiques et pourraient être réalisées par les seuls chirurgiens, sans recours à un anesthésiste. A titre d'exemples, les 900 000 interventions pour la chirurgie de la cataracte se font quasi-exclusivement sous anesthésie topique et les 500 000 interventions de la main pourraient se faire sous anesthésie locale avec la nouvelle technique de Wallant. Par ailleurs, du fait de l'évolution des techniques chirurgicales, la frontière est de plus en plus perméable entre la chirurgie dite ouverte/incisionnelle (avec effraction du corps) et les pratiques dites interventionnelles (souvent en cardiologie et en radiologie), donc entre la chirurgie et la médecine. Enfin l'organisation de la prise en charge chirurgicale a fortement évolué avec le temps avec le développement de la chirurgie ambulatoire (63,7% en France en 2023). Dans plusieurs pays, les centres indépendants de chirurgie ambulatoire et la chirurgie de cabinet sont devenus majoritaires, à l'instar des USA avec 60% de la chirurgie dans les centres ambulatoires indépendants, 20% en cabinet et 20% en Hôpital traditionnel.

La question de la qualité/sécurité des soins est primordiale, aucun acte chirurgical n'étant anodin. Toute chirurgie reste potentiellement porteuse d'un risque infectieux, hémorragique ou fonctionnel, même pour un acte avec un faible niveau d'environnement comme la chirurgie de la cataracte, et doit donc être encadrée et maîtrisée. En France, l'encadrement de la chirurgie de cabinet pourrait suivre notamment les préconisations des rapports de la Haute Autorité de Santé de 2010¹⁰⁶, du Haut Comité en Santé Publique de 2021¹⁰⁷ et des préconisations de l'Académie Nationale de Chirurgie de 2024¹⁰⁸.

Ainsi, la démarche proposée par l'Assurance Maladie pour inciter au développement de la chirurgie hors bloc pourrait se dérouler en trois temps :

- 1^{er} temps : définition du périmètre potentiel de la chirurgie hors bloc, en lien avec les sociétés savantes
- 2^{ème} temps : définition des niveaux d'environnement techniques adaptés aux prises en charge, sous l'égide de la Haute Autorité de Santé
- 3^{ème} temps : définition d'un cadre réglementaire et création d'une prestation pour couvrir les frais d'environnement

Enfin, une réflexion sur la place et le modèle de financement de la radiologie interventionnelle en complémentarité ou en substitution de certains actes chirurgicaux doit également être engagée, ces techniques micro-invasives étant beaucoup moins lourdes pour les patients, entraînant un temps hospitalier et un temps de récupération en arrêt maladie plus courts.

¹⁰⁶ Rapport HAS sur les niveaux d'environnements techniques pour la réalisation d'actes interventionnels en ambulatoire, décembre 2010 : La Haute Autorité de Santé proposait 3 niveaux d'environnement du plus simple au complexe avec environnement correspondant

¹⁰⁷ Rapport « virage ambulatoire : pour un développement sécurisé », HCSP, juin 2021 Le Haut Comité en Santé Publique recommandait 2 préconisations

¹⁰⁸ Préconisation pour un cadre réglementaire de la chirurgie hors bloc, Académie Nationale de Chirurgie, novembre 2024

Proposition 9 : Instituer un Observatoire de planification des besoins de soins et de l'offre correspondante à 10 – 20 – 30 ans

- *Identifier précisément les besoins pour chaque catégorie de professionnels (médecins par spécialités, infirmiers, dentistes, etc.) compte-tenu de l'évolution démographique, de l'évolution des compétences, des organisations de travail, et des choix de carrière. Rétroagir sur les places d'université et en centre de formation.*

Proposition 10 : Réguler plus fortement l'activité médicale conventionnée

- *Ne plus rembourser les prescriptions des médecins non-conventionnés*
- *Mieux identifier la part que représentent les activités non conventionnées (médecine esthétique, sophrologie...) dans l'activité des médecins, et définir en concertation avec les médecins des actions de régulation (ex. seuil pour rester conventionné)*

Proposition 11 : Organiser systématiquement la sortie d'hôpital en construisant un cadre opérationnel dans tous les territoires avec les CPTS et les établissements de santé pour assurer la gestion des sorties avec les professionnels de ville et le secteur médico-social

Proposition 12 : Créer de nouveaux métiers de « référents de parcours » et « d'infirmière de coordination », et généraliser la responsabilité populationnelle des organisations territoriales

- *Généraliser la responsabilité populationnelle des organisations territoriales : les CPTS, les MSP pour leurs patients, les structures hospitalières pour les patients en sortie d'hospitalisation et jusqu'à stabilisation de leur état médical (rémunération variable sur résultats)*
- *Leur permettre de recruter des professionnels de la coordination médicale (suivi et surveillance, y.c. télésurveillance) et administrative (prise de RDV, réservation de transport, suivi des droits), pour assurer la coordination du parcours des patients nécessitant un suivi attentionné (patients en ALD / âgés / à domicile / en situation de précarité)*
- *Pour les patients stabilisés, des infirmières de coordination et des référents parcours doivent être recrutées au sein des MSP. Pour les patients non stabilisés, a fortiori après un épisode de soins aigus, assurer une surveillance articulée de deuxième niveau portée par les structures de second ou de troisième recours (établissements de santé / équipes de soins spécialisées) sur le modèle de l'expérimentation A51 CECIS.*

Proposition 13 : Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires (habitats inclusifs), en s'appuyant sur les différents acteurs du domicile (IDEL, SSIAD, SAAD, HAD) et médicaliser les EHPAD pour éviter les allers-retours hôpital-EHPAD

Proposition 14 : Renforcer l'accès aux soins spécialisés en travaillant à des évolutions des modes de régulation des dépassements d'honoraires dans le cadre de la mission parlementaire lancée par le Premier Ministre

Proposition 15 : Prévenir et repérer plus précocement les troubles de santé mentale

- Lutter contre les facteurs de risques (interdire l'exposition aux écrans avant 3 ans, instaurer une limite d'âge pour accéder aux réseaux sociaux, promouvoir l'activité physique, faire de la promotion en santé sur le sommeil, les addictions et la santé sexuelle chez les adolescents)
- Dans le cadre de la Grande Cause 2025, poursuivre la sensibilisation du grand public pour déstigmatiser les troubles psychiques et construire une cartographie interactive de l'ensemble des lieux d'écoute et de soins (applications numériques validées scientifiquement, dispositifs d'écoute, maisons des adolescents, professionnels libéraux, établissements spécialisés...)
- Former 1 million de secouristes en santé mentale (référénts en entreprise, enseignants, travailleurs sociaux, associations sportives et culturelles, agents des services publics accueillant du public...) pour repérer plus tôt les signes de détresse psychique et orienter vers une prise en charge adaptée

Proposition 16 : Favoriser l'accès aux soins en santé mentale et structurer une filière de prise en charge pour soulager les urgences psychiatriques.

- Renforcer le premier niveau de prise en charge (MG et psychologues) pour éviter une concentration des prises en charge en psychiatrie : outiller les médecins généralistes dans le diagnostic et l'orientation vers le second recours (notamment via la télé-expertise), développer massivement le recours aux infirmiers psy (IDE ou IPA) dans les équipes de soins primaires pour coordonner les parcours des patients (dans les suites de l'expérimentation Article 51 SESAME), poursuivre le développement de Mon Soutien Psy et construire un référentiel de formation afin d'envisager l'extension des dispositifs aux troubles plus sévères
- Augmenter la capacité de la psychiatrie " générale " (libérale ou de secteur) à prendre en charge le second recours et mieux s'articuler avec le 1er niveau : instaurer des équipes de soins spécialisés (ESS) en santé mentale sur tout le territoire, déployer des équipes mobiles pour interventions rapides de diagnostic et soutenir les filières de prise en charge de l'urgence en santé mentale (SAS psychiatrique, SAMU psy)

Proposition 17 : Etablir le cahier des charges organisationnel et financier des structures de soins non-programmés parfois nécessaires à un territoire pour la prise en charge des urgences en ville, en coordination avec le médecin traitant et l'hôpital

- Création d'une nouvelle forme juridique pour ces structures.
- Création d'un modèle de financement adapté, intégré au système conventionnel.

Proposition 18 : Réussir la 2ème vague de la chirurgie ambulatoire et ouvrir le champ de la chirurgie hors bloc

- Définir un plan opérationnel pour atteindre l'objectif de 80 % de taux de chirurgie ambulatoire
- Définir le périmètre potentiel de la chirurgie hors bloc (en lien avec les sociétés savantes), les niveaux d'environnement techniques adaptés aux prises en charge (sous l'égide de la Haute Autorité de santé), le cadre réglementaire et créer une prestation pour couvrir les frais d'environnement

Proposition 19 : Faire respecter les seuils existants d'activité minimum pour réaliser certaines activités de chirurgie afin de garantir une égale qualité des soins pour tous, tout en maintenant une prise en charge de proximité

2 Faire évoluer notre système de prise en charge afin d'améliorer l'accompagnement des personnes souffrant d'une maladie chronique

Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques sont de 25 millions en 2023 (+ 434 000 relativement à 2022 et + 2 044 000 relativement à 2015). En 2023, 202,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie pour la prise en charge de près de 67,4 millions de personnes. Les pathologies et traitements chroniques représentent 62 % de cette dépense (environ 126 milliards d'euros) et concernent 36,9 % de la population.

Avec le vieillissement de la population et si l'exposition à des facteurs de risques connus n'est pas contenue, la hausse de la prévalence des pathologies chroniques qui est passée de 34,5 % en 2015 à 36,9 % en 2023, devrait se poursuivre. D'après les projections réalisés dans ce chapitre, la part de la population souffrant d'une pathologie chronique devrait ainsi progresser fortement à l'horizon 2030 et 2035. Si les tendances récentes se prolongent (2019-2023), 40% de la population souffrirait d'une maladie chronique en 2030 et 43% de la population en 2035 soit près d'une personne sur deux.

Cette forte hausse nécessite de s'interroger tout d'abord sur les dispositifs à mettre en place pour permettre d'améliorer la prise en charge des patients souffrants de pathologies chroniques. Dans ce contexte, ce chapitre propose des évolutions dans l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques et notamment des pathologies cardiovasculaires et en lien avec la santé mentale.

Par ailleurs, cette forte hausse des pathologies chroniques se traduit par une mise en tension de notre système de prise en charge des soins qui repose pour les patients chroniques principalement sur le dispositif des affections de longue durée (ALD). Ce dispositif vise à réduire le reste à charge (RAC) des patients atteints d'une maladie chronique qui nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Près de 14,1 millions de personnes sont actuellement pris en charge par ce dispositif soit 20,9% de la population¹⁰⁹ et possiblement plus d'un quart de la population (26%) en 2035. Cette part n'était que de 12% de la population en 2004 pour 8 millions de personnes prises en charge par ce dispositif.

Cette progression entraîne une polarisation des remboursements de l'Assurance Maladie vers les personnes dans le dispositif ALD. En effet, les personnes bénéficiant du dispositif des affections de longue durée représentent 67,4% des remboursements versés par l'Assurance Maladie soit 123 Md€ que ces dépenses soient en lien ou pas avec leur ALD. En 2035, les remboursements de l'Assurance Maladie pour les patients avec une affection de longue durée pourraient représenter trois quarts des remboursements totaux versés.

Ce chapitre propose donc un état des lieux du dispositif central de prise en charge au titre d'une affection de longue durée et présente les possibles options pour assurer sa pérennité et l'adapter aux évolutions épidémiologiques. En effet, ce dispositif mis en place quand les pathologies chroniques représentaient une part modérée de la population et avant l'arrivée de certains traitements ayant permis une meilleure prise en charge de certaines pathologies chroniques mériterait d'évoluer pour assurer sa soutenabilité. Ces options s'appuient notamment sur une comparaison internationale des dispositifs mis en place dans différents pays pour la prise en charge des patients souffrants d'une maladie chronique ainsi que sur les réflexions de différentes institutions comme la Haute Autorité de Santé.

2.1 Les pathologies chroniques en croissance constante du fait du vieillissement de la population et de l'évolution épidémiologique

Les pathologies et traitements chroniques représentent 62 % de la dépense et concernent 37% de la population

En 2023, 202,5 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 67,4 millions de personnes d'après la cartographie des pathologies et des dépenses de la CNAM (cf. Encadré 9). Les pathologies et traitements chroniques représentent 62 % de cette dépense (environ 126 milliards d'euros) et concernent 36,9 % de la population (soit 25 millions de personnes pour l'ensemble des régimes). Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié des dépenses remboursées :

- le diabète¹¹⁰ concerne 4,4 millions de personnes pour 10,9 milliards d'euros de dépenses réaffectées ;

¹⁰⁹ Population tous régimes de l'Assurance Maladie – France entière ayant eu au moins 1 euro de remboursement dans l'année, soit 68,7 millions de personnes.

¹¹⁰ voir la définition dans l'Encadré 9

- la prise en charge des maladies cardiovasculaires (MCV) atteint 29,0 milliards d'euros, soit 14,3 % des dépenses totales, dont 17,1 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année ;
- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques), représente 27,8 milliards d'euros, soit 13,7 % des dépenses totales, dont 70% concernent les maladies psychiatriques¹¹¹ ;
- la prise en charge des cancers atteint 27,1 milliards d'euros, soit 13,4 % des dépenses totales, dont 24,7 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement.

Par ailleurs, prises dans leur ensemble, les maladies cardiovasculaires et associées (MCVA), qui englobent notamment l'insuffisance cardiaque, le diabète, la maladie rénale chronique, les coronaropathies et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), touchent environ 16 millions d'assurés soit un consommant de soins sur quatre et représentent 45 milliards d'euros de remboursement.

Encadré 9 : 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 (67,4 millions de personnes en 2023).

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 2023. 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.

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 actes CCAM aux algorithmes repérant la maladie coronaire chronique, les séquelles d'accident vasculaire cérébral, les artériopathies périphériques, les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire. Nous remercions l'équipe statistique de la CCMSA pour les analyses exploratoires effectuées.
- Modifications sur les algorithmes des cancers :
 - Ajout des conditions sur le sexe pour les cancers suivants : col de l'utérus, corps de l'utérus, ovaires, organes génitaux féminins sans précision, organes génitaux masculins sans précision. Dans le détail des « autres cancers », les éventuels cas de cancers d'organes féminins chez des hommes ou l'inverse sont classés parmi les cancers « non classés ailleurs ».
 - Ajout à l'algorithme « autres cancers » des codes en B21 (Immunodéficience humaine virale [VIH], à l'origine de tumeurs malignes), D48.30 (Téatome sacro-coccygien [dysembryome]), D45 (Polyglobulie essentielle), D46 (Syndromes myélodysplasiques), D47.1 (Maladie myéloproliférative (chronique)), D47.2 (Gammopathie monoclonale de signification indéterminée [GMSI]), D47.3 (Thrombocytémie essentielle (hémorragique)), D47.4 (Ostéomyéofibrose), D47.5 (Leucémie chronique à éosinophiles [syndrome hyperéosinophile]).
 - Désormais, tout traitement anticancéreux fait basculer un cancer en phase active de traitement, indépendamment de l'indication.
 - Les cancers « sans précision » sont désormais reclassés dans les localisations précisées lorsqu'un cancer de localisation précisée est repéré par ailleurs. Si ce cancer était en surveillance et que le cancer sans précision était actif, le cancer est considéré actif. Nous remercions l'INCa d'avoir partagé leurs règles de gestion que nous avons adaptées pour considérer les 5 ans de recul de requêtes de la cartographie.
- Ajout du ténofovir seul aux traitements spécifiques de l'hépatite B (maladies du foie) en s'assurant qu'il n'y a pas de traitement spécifique du VIH par ailleurs. Nous remercions Santé publique France pour cette suggestion.
- Ajout de la rente d'incapacité permanente aux prestations en espèces.

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.

¹¹¹ 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.

Troisièmement, de 2020 à 2022, 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.

Le dynamisme des pathologies chroniques nécessite d'anticiper les évolutions épidémiologiques pour adapter notre système de santé

La part des pathologies chroniques dans la population a cru de 7% entre 2015 et 2023 passant de 34,5% à 36,9% de la population. Cette croissance s'explique pour un peu plus de la moitié (55%) par le vieillissement de la population et 45% par la hausse de la prévalence des pathologies chroniques par âge.

Afin d'anticiper les évolutions épidémiologiques et ainsi adapter notre système de santé à ces évolutions, des projections des effectifs de patients par pathologie à l'aide de la cartographie des pathologies de la CNAM ont été menées à l'horizon 2030 et 2035. Deux facteurs d'évolution des effectifs ont été pris en compte dans cette projection. Le premier est un effet démographique, qui prend en compte l'augmentation des effectifs de la population française et la déformation de la structure d'âge de cette population (que l'on appelle communément le vieillissement de la population). En effet, l'âge constitue un facteur déterminant pour expliquer le niveau des dépenses de santé. Ainsi, les dépenses de santé prises en charge par l'Assurance maladie s'élèvent à 4300€ en moyenne entre 60 et 69 ans puis 5600€ entre 70 et 79 ans, soit +30%, et progresse encore de 37% entre 80 et 89 ans pour atteindre 7 700€. Le second facteur pris en compte est l'évolution de la fréquence des pathologies pour chaque classe d'âge appelé projections épidémiologiques.

Les projections démographiques s'appuient sur les projections de population de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). D'après l'INSEE, la population devrait faiblement croître à l'horizon 2035 mais le vieillissement de la population devrait se poursuivre à l'horizon 2035 selon le scénario central de l'Institut. Par exemple, à l'horizon 2030 et 2035, selon ce scénario central, les personnes de plus de 80 ans qui représentent 6,3% de la population en 2025 vont ainsi représenter 7,7 % de la population en 2030 et 8,9% en 2035 (cf. Tableau 12).

Tableau 12 : Prévission d'évolution de la population selon le scénario central de l'INSEE

	2025	2030	2035
Effectifs population totale en millions (source scénario central Insee)	68,0	68,6	69,0
part des + de 60 ans	28,4%	30,0%	31,5%
part des + de 70 ans	16,3%	17,9%	19,4%
part des + de 80 ans	6,3%	7,7%	8,9%

Les projections épidémiologiques s'appuient sur des hypothèses basées sur les évolutions observées ces dernières années en France dans la cartographie des pathologies de la CNAM. Trois scénarios, appliquant chacun des taux de prévalence¹¹² par pathologie âge et sexe aux populations projetées par l'INSEE à l'horizon 2030 et 2035, ont été étudiés :

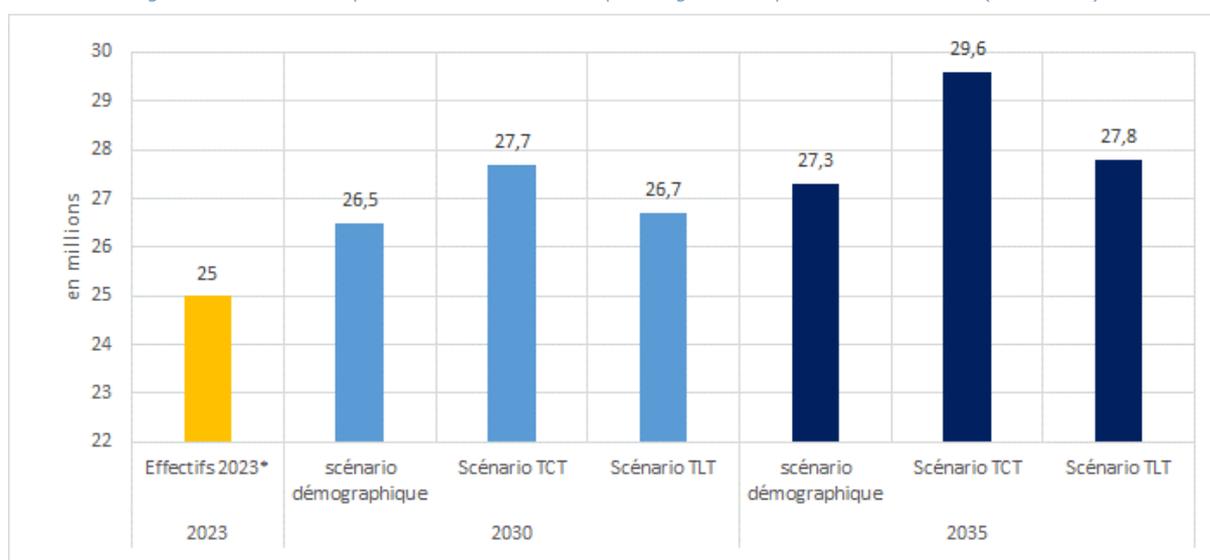
- Le 1^{er} scénario ou scénario démographique fait l'hypothèse que les prévalences par pathologie âge et sexe sont égales à horizon 2030 (ou 2035) à celles de 2023. Ce scénario permet d'apprécier l'effet de l'accroissement de la population et surtout de son vieillissement sur les effectifs de patients atteint de maladies chroniques.

¹¹² Les taux de prévalences par pathologie, âge et sexe sont calculés à partir des effectifs issus de la version G12 de la cartographie des pathologies et des dépenses (source Snds)

- Le scénario 2 ou scénario TCT (basé sur Tendanciel Court Terme) fait l'hypothèse que les prévalences par pathologie âge et sexe vont évoluer en TCAM, par année, entre 2023 et 2030 (ou 2035) de la même manière qu'elles ont évolué dans la période récente entre 2019 et 2023.
- Le scénario 3 ou scénario TLT (basé sur Tendanciel Long Terme) fait l'hypothèse que les prévalences par pathologie âge et sexe vont évoluer en TCAM, par année, entre 2023 et 2030 (ou 2035) de la même manière que la tendance de long terme observée entre 2015 et 2023.

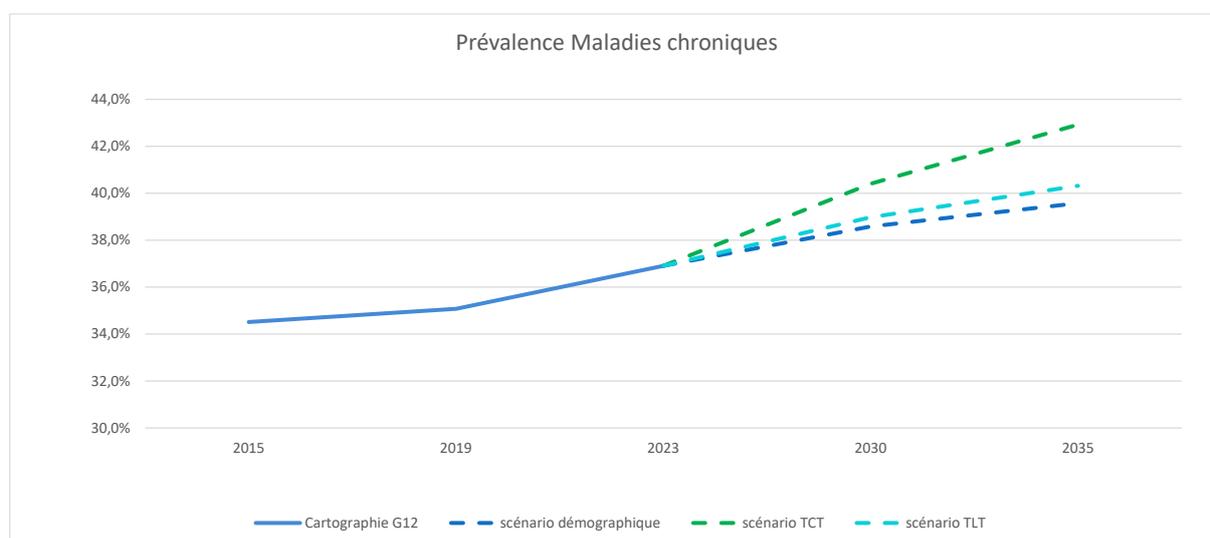
Le simple effet du vieillissement de la population pourrait entraîner une hausse de 1,5 millions de personnes à l'horizon 2030 et 2,3 millions à l'horizon 2035 des personnes souffrant d'une maladie chronique. Cette hausse pourrait s'avérer encore plus prononcée si les tendances récentes des évolutions des pathologies chroniques se poursuivaient. Ainsi, en reprenant le taux de croissance annuel moyen observé entre 2019 et 2023 (scénario TCT), le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique pourrait s'élever à 27,7 millions en 2030 et 29,6 millions en 2035 soit une hausse de 2,7 millions à l'horizon 2030 et 4,6 millions à l'horizon 2035. Dans ce scénario TCT, 40% de la population souffrirait d'une maladie chronique en 2030 et 43% de la population en 2035 contre 37% en 2023. Toujours dans ce scénario, comparativement aux autres scénarios, les effectifs de malades chroniques sont importants pour le traitement du risque vasculaire (hors pathologies) et pour les traitements psychotropes hors pathologies, en raison de l'augmentation des prévalences de ces deux types de traitement dans la période récente (2019-2023). On observe également des effectifs de patients atteints de maladies respiratoires chroniques plus importants que dans les 2 autres scénarios, conséquence de la tendance observée sur ces pathologies pendant la période Covid.

Figure 33 : Nombre de personnes souffrant d'une pathologie chroniques en 2030 et 2035 (en millions)



Source : SNIIRAM et calculs CNAM

Figure 34 : Prévalence des maladies chroniques d'après la cartographie des dépenses et des pathologies à l'horizon 2030 et 2035

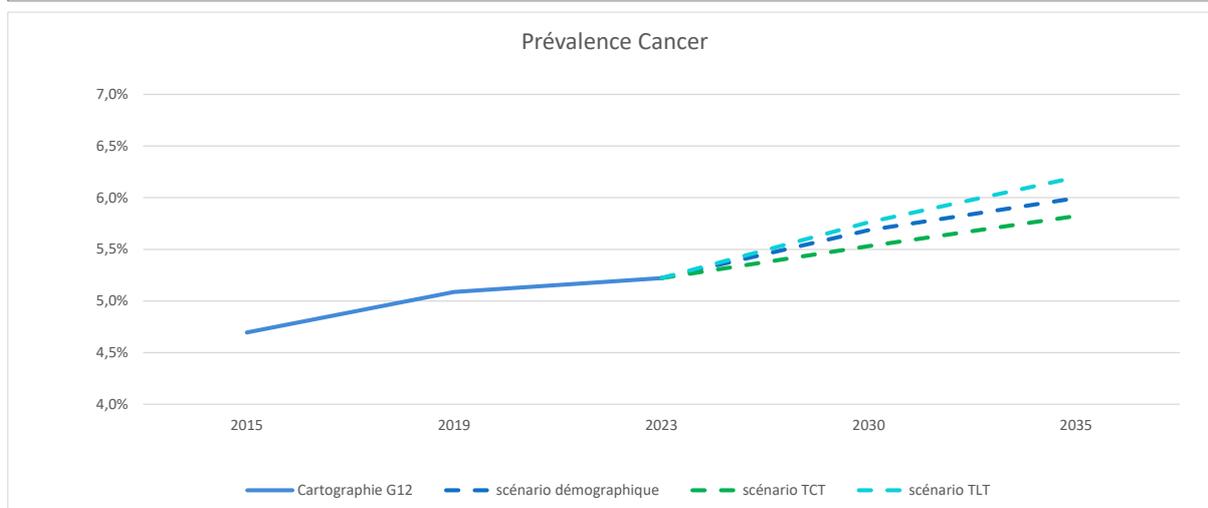
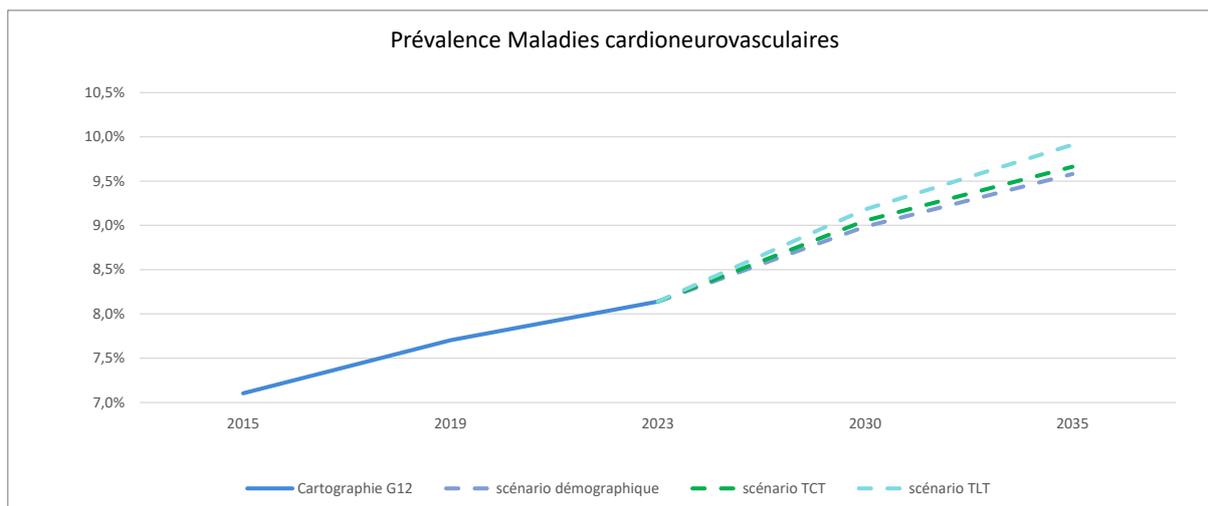


Source : SNIIRAM et calculs CNAM

Si la dynamique observée ces dernières années (2019-2023, scénario TCT) des principales pathologies se poursuit, leur part pourrait fortement croître ces prochaines années. Ainsi, la prévalence les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique ou sous traitement psychotropes pourraient croître de 18% et la prévalence du diabète de 32%. La prévalence des maladies cardiovasculaires augmenterait de 19% avec 1,2 million de personnes supplémentaires souffrant de cette pathologie en 2035 soit au total 6,7 millions de personnes. Parallèlement, la prévalence des assurés avec un traitement du risque vasculaire pourrait atteindre 14,6% de la population soit 10 millions de personnes concernées. Enfin, la prévalence des cancers pourraient augmenter de 12% passant à 5,8% de la population en 2035 (cf. Figure 35).

Figure 35 : Projections des prévalences de quatre pathologies chroniques





2.2 Les systèmes de remboursement des personnes souffrant d'une pathologie chronique en France et à l'étranger

L'Assurance Maladie prend en charge l'ensemble des soins en rapport avec les pathologies chroniques dans le cadre du dispositif des affections de longue durée. Les assurés qui entrent dans ce dispositif bénéficient d'une suppression de leur participation financière pour les soins en lien avec l'affection considérée. Les pathologies ouvrant droit au dispositif figurent sur une liste de 29 maladies établie par décret. L'exonération peut également être accordée pour des pathologies « hors-liste » correspondant à une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave (ALD n° 31), ou en cas de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant (ALD n° 32).

2.2.1 Une prise en charge des pathologies chroniques aujourd'hui centrée en France sur le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD)

Le dispositif des affections de longue durée : un dispositif médico-administratif

Le dispositif des affections de longue durée exonérantes (ALD) a été mis en place pour assurer une meilleure prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques nécessitant des soins prolongés et coûteux.

L'objectif principal du dispositif est d'éviter que le coût des soins ne soit un frein à l'accès aux traitements pour les patients atteints de pathologies lourdes. Il repose sur plusieurs principes :

- Une prise en charge renforcée : les patients reconnus en ALD bénéficient d'une exonération du ticket modérateur, ce qui signifie que leurs soins liés à l'affection sont remboursés à 100 % sur la base des tarifs de l'Assurance Maladie obligatoire.
- Une reconnaissance encadrée : les maladies ouvrant droit à une ALD 30 (ou ALD liste) figurent sur une liste de 29 pathologies définies par décret (art D160-4 de CSS), incluant par exemple le diabète, l'insuffisance rénale chronique ou les cancers.

Le dispositif prévoit ainsi :

- Les ALD liste (ALD 30) lorsque le bénéficiaire est reconnu atteint de l'une des affections inscrites sur une liste établie par décret¹¹³ après avis de la Haute autorité de santé (HAS). Le dispositif de mise en ALD liste est simplifié depuis juin 2016 et prévoit une déclaration simplifiée pour 27 ALD, sur respect des critères médicaux définis par la HAS, tandis que 3 ALD¹¹⁴ nécessitent une déclaration argumentée, avec avis du médecin conseil de l'Assurance Maladie. Pour ces 27 ALD en déclaration simplifiée, le taux de refus observé est très faible et inférieur à 3%.
- Les ALD hors liste (ALD 31) lorsque le bénéficiaire est atteint d'une affection non inscrite sur la liste mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, répondant à des critères définis :
 - Forme grave d'une maladie ou forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ;
 - Affection nécessitant un traitement prévisible supérieur à 6 mois ;
 - Affection nécessitant un traitement particulièrement coûteux ;
 - Traitement médicamenteux et/ou appareillage régulier ;
 - Deux critères obligatoires parmi les 4 suivants :
 - une hospitalisation,
 - des actes techniques médicaux répétés,
 - des actes biologiques répétés,
 - des soins paramédicaux fréquents et réguliers.

La déclaration d'une ALD hors liste doit être argumentée, et fait intervenir l'avis du médecin conseil du service médical de l'Assurance Maladie.

- Les ALD 32 lorsque le bénéficiaire est atteint de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant et nécessitant des soins prolongés et coûteux.

L'admission en ALD repose sur un processus standardisé, qui s'est largement automatisé au fil du temps : le médecin traitant initie la demande via un protocole de soins transmis par voie dématérialisée ou sous format papier, pour avis au service médical de l'Assurance Maladie. Si l'ALD est reconnue, la prise en charge à 100% est accordée pour les soins et traitements liés à l'affection. Un courrier d'information de la mise en place d'une ALD est transmis à l'assuré. Par la suite, lorsque la prestation est présentée au remboursement comme en lien avec l'ALD, il y a exonération du ticket modérateur pour la prestation.

Actuellement les durées des périodes d'exonération pour l'admission et le renouvellement sont fixées par décret pour les ALD 30, sur avis de la HAS. Pour les ALD 31, la durée est déterminée en tenant compte de la consommation de soins.

Pour les ALD liste et selon l'article L160-14 10è du Code de la Sécurité Sociale, lorsque l'assuré ne relève plus du dispositif ALD mais se trouve dans une situation nécessitant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, il est prévu une exonération du ticket modérateur pour ces actes et examens, on parle de suivi post-ALD. Ce suivi est aujourd'hui mis en place pour les affections ayant eu un traitement intense pendant une période d'activation (comme pour les cancers ou les hépatites virales) et qui, une fois le rétablissement ou la rémission obtenue pendant une période prolongée, ne nécessiteront que des soins de surveillance. La prise en charge à 100% en suivi post-ALD inclut les consultations et examens de surveillance en imagerie et biologie et est attribué pour une période de 5 ans. Ce dispositif est peu visible, peu connu et peu utilisé.

¹¹³ Décret n° 2011-77 du 19 janvier 2011

¹¹⁴ Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14), maladies métaboliques héréditaires (ALD 17), certaines pathologies de l'ALD 23 (affections psychiatriques de longue durée)

2.2.2 Une dynamique du dispositif de prise en charge au titre d'une affection de longue durée en lien avec la hausse des pathologies chroniques

Les pathologies les plus fréquemment prises en charge au titre d'une affection de longue durée

Quatre pathologies représentent plus de 78 % des personnes exonérées au titre d'une affection sur liste en 2022, certaines personnes pouvant être exonérées au titre de plusieurs affections. L'ensemble des maladies cardio-neuro-vasculaires concernent près de 4,3 millions de personnes (32,1% des personnes exonérées pour affection sur liste) et regroupe cinq ALD, soit 1,6 million de personnes ayant un diagnostic de maladie coronaire, 1,6 million concernées par l'ALD n°5 relative à l'« insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves », 0,7 million de personnes avec une artériopathie chronique avec manifestations ischémiques, 0,6 million avec un accident vasculaire cérébral invalidant et près de 0,3 million avec une hypertension artérielle sévère (même si les admissions au titre de cette ALD ne sont plus possibles depuis le décret de 2011).

Les trois autres affections les plus fréquentes sont le diabète (3,6 millions de personnes, 27,2 % des personnes exonérées pour affection sur liste), les tumeurs malignes (2,6 millions, 19,8 %) et les affections psychiatriques de longue durée (1,7 million, 12,4 %).

Douze ALD liste (hors ALD 12) représentant au total 2,9 millions de personnes ont des effectifs compris entre 100 000 et 500 000 personnes.

À l'opposé, dix affections de longue durée regroupent moins de 100 000 personnes chacune, soit au total 2,6 % des personnes exonérées au titre d'une affection sur liste.

Tableau 13 : effectifs en 2022 des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2022.

Effectifs, taux et caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2022	Effectif 2022	Taux pour 100 000	% Femmes	Âge moyen (ans)	Âge médian	Âge Q1	Âge Q3	% C2S
Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1)	567 944	826	48	72	74	62	84	9
Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques (ALD 2)	39 677	58	57	67	73	58	83	7
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD 3)	677 896	986	35	73	73	65	82	7,7
Bilharziose compliquée (ALD 4)	128	0	27	53	53	40	66	19,4
Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (ALD 6)	1 606 140	2 337	48	75	77	68	86	6,0
Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et infection par le VIH (ALD 7)	187 317	273	43	60	61	52	70	18,2
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)	145 408	212	35	51	53	42	61	20,4
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD 8)	3 634 317	5 288	45	67	69	60	77	11,9
Formes graves des affections neurologiques et musculaires (dont Myopathie), Epilepsie grave (ALD 9)	451 712	657	50	50	53	33	68	16,2
Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles, acquises sévères (ALD 10)	26 409	38	56	31	27	12	46	29,2
Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves (ALD 11)	54 195	79	52	54	56	39	71	9,8
Hypertension artérielle sévère (ALD 12)	286 180	416	58	79	80	72	87	7,7
Maladie coronaire (ALD 13)	1 597 279	2 324	27	72	73	64	81	6,7
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14)	376 402	548	53	63	68	54	78	13,3
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD 15)	446 067	649	72	85	86	80	91	5,0
Maladie de Parkinson (ALD 16)	170 362	248	47	76	77	71	84	4,6
Maladies métaboliques héréditaires (MMH) nécessitant un traitement prolongé spécialisé (ALD 17)	86 081	125	46	52	57	35	71	8,8
Mucoviscidose (ALD 18)	7 793	11	48	27	25	14	38	12,8
Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif (ALD 19)	263 254	383	47	68	72	58	83	10,2
Paraplégie (ALD 20)	39 870	58	37	54	55	41	68	13,0
Vascularites, Lupus érythémateux systémique, Sclérodémie systémique (ALD 21)	162 911	237	77	64	66	51	77	8,4
Polyarthrite rhumatoïde évolutive (ALD 22)	286 260	417	73	66	68	56	77	7,5
Affections psychiatriques de longue durée (ALD 23)	1 658 136	2 413	54	50	53	36	65	23,3
Maladie de Crohn et Rectocolite hémorragique évolutives (ALD 24)	235 774	343	54	49	49	36	62	8,7
Sclérose en plaques (ALD 25)	115 979	169	73	52	52	41	63	8,6
Scoliose idiopathique structurale évolutive (ALD 26)	55 877	81	82	37	23	16	59	11,0
Spondylarthrite grave (ALD 27)	217 702	317	54	54	54	43	65	8,3
Suites de transplantation d'organe (ALD 28)	21 154	31	40	58	61	48	70	12,0
Tuberculose active et lèpre (ALD 29)	12 095	18	44	48	47	31	65	29,6
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (ALD 30)	2 643 567	3 846	54	69	71	61	80	6,0
<i>Tumeur maligne du sein chez la femme</i>	673 145	979	100	68	69	58	78	5,9
<i>Tumeur maligne de la prostate</i>	465 910	678	0	75	75	69	82	3,3
<i>Tumeur maligne du côlon</i>	261 503	381	50	74	74	66	84	5,6
<i>Tumeur de la vessie</i>	128 679	187	20	75	75	68	83	4,3
<i>Tumeur maligne des bronches et du poumon</i>	135 028	197	42	69	69	62	76	9,1
<i>Autres tumeurs</i>	1 510 894	2 198	39	67	69	57	79	6,9
Total Maladies Cardiovasculaires (ALD 1, 3, 5, 12, 13)	4 297 096	3 846	54	69	71	61	80	6,0
Cause médicale d'ALD sur Liste non précisée	611 937	890	48	65	70	56	80	13,6
Total ALD Liste (y compris causes médicales non précisées)	13 360 701	19 440	49	65	68	55	78	10,9
ALD Hors Liste (ALD 31)	915 032	1 331	59	55	60	35	77	12,6
ALD Polypathologie (ALD 32)	82 233	120	77	84	87	79	92	7,2
Toutes ALD (ALD Liste, 31, 32)	13 836 947	20 133	50	64	68	54	78	11,0

Source : Snds - Cartographie G11 2022 des pathologies et des dépenses - Tous régimes - France entière

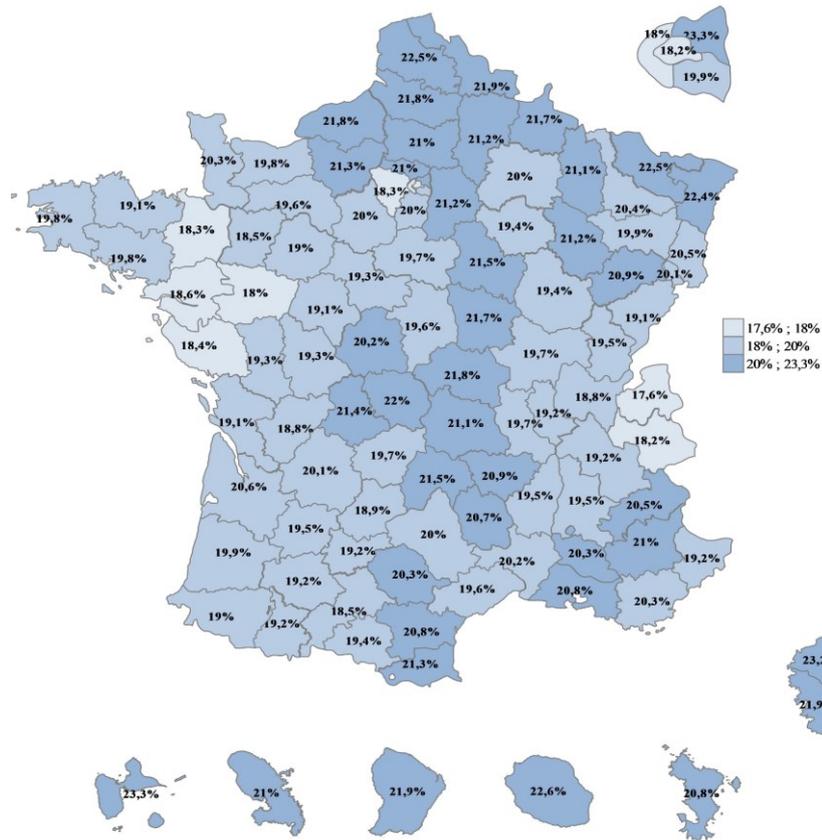
Recours au dispositif des affections sur liste variable selon les territoires et les caractéristiques des patients

Le recours au dispositif des affections sur liste varie en fonction du territoire étudié. Les prévalences standardisées sur âge et sexe d'assurés en ALD sur liste varient ainsi selon les départements (cf. Figure 36).

La Haute Savoie (17,6%), le Maine et Loire (18,0%), les Hauts de Seine (18,0%), la Savoie (18,2%) et Paris (18,2%) sont les cinq départements avec la prévalence standardisée la plus faible. A l'inverse, la Seine Saint Denis (23,3%), la Haute Corse (23,2%), la Guadeloupe (23,3%), la Réunion (22,6%) et le Pas de Calais (22,5%), sont les cinq départements avec les taux standardisés les plus élevés.

Figure 36 : Part standardisée sur l'âge d'assurés en ALD parmi les consommateurs de la cartographie 2022 (taux national standardisé : 20,1%)

Part standardisée sur l'âge d'assurés en ALD parmi les consommateurs de la cartographie en 2022 (taux national standardisé : 20,1 %)



Source : SNIIRAM

Ces prévalences peuvent varier selon les ALD mais également selon les caractéristiques des patients eux-mêmes : ainsi, après standardisation sur l'âge et le sexe, la prévalence de personne en ALD parmi les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) gratuite de moins de 70 ans est de 16,1% et de 29,6% pour les bénéficiaires de la C2S participative alors qu'elle est de 12,4 % pour la population générale du régime général (hors C2S) en 2022.

Évolution depuis 2005 des affections sur liste

En 2022, 1 408 000 nouvelles exonérations¹¹⁵ ont été attribuées au titre d'une affection longue durée pour 1 335 000 bénéficiaires dont 983 000 entrent pour la 1^{ère} fois dans le dispositif ALD (respectivement pour les seules affections sur liste : 1 320 000 nouvelles exonérations / 1 256 000 bénéficiaires / 949 000 nouveaux entrants). Les affections les plus fréquemment attribuées en 2022 concernent les différentes maladies cardiovasculaires (325 000 bénéficiaires pour 363 000 exonérations dont 146 000 pour l'insuffisance cardiaque, 104 000 pour la maladie coronaire, 65 000 pour l'AVC, et 48 000 pour les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques), les tumeurs malignes (332 000 personnes) et le diabète (233 000 personnes).

Le taux de croissance annuel moyen (Tcam) du total des effectifs ALD est globalement de + 2,8% entre 2005 et 2022 avec des évolutions différenciées par période¹¹⁶ : +3,5 % entre 2005 et 2012 (3,6% pour les effectifs d'affections sur liste) puis + 2,2 % (2,1%) entre 2012 et 2015, +2,6% (2,5%) entre 2015 et 2019 et +2,3% (2,3%) entre 2019 et 2022 (cf. Figure 37)

¹¹⁵ à l'exclusion des renouvellements

¹¹⁶ En raison des changements intervenus dans le dispositif des affections sur liste en 2011, en particulier la suppression des admissions pour hypertension artérielle sévère (décret juin 2011), du changement de champ en 2015 (passage au tous régimes en 2015. Avant 2015 seules les données du régime général étaient disponibles dans le SNIIRAM et centralisées), de la pandémie de COVID-19, les taux d'évolution des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste ont été étudiés durant 4 périodes distinctes : de 2005 à 2012, de 2012 à 2015, de 2015 à 2019 et de 2019 à 2022. Les années 2012 et 2015 ont été traitées selon deux méthodes de calcul, afin de prendre en compte les ruptures de série de 2012 et de 2015.

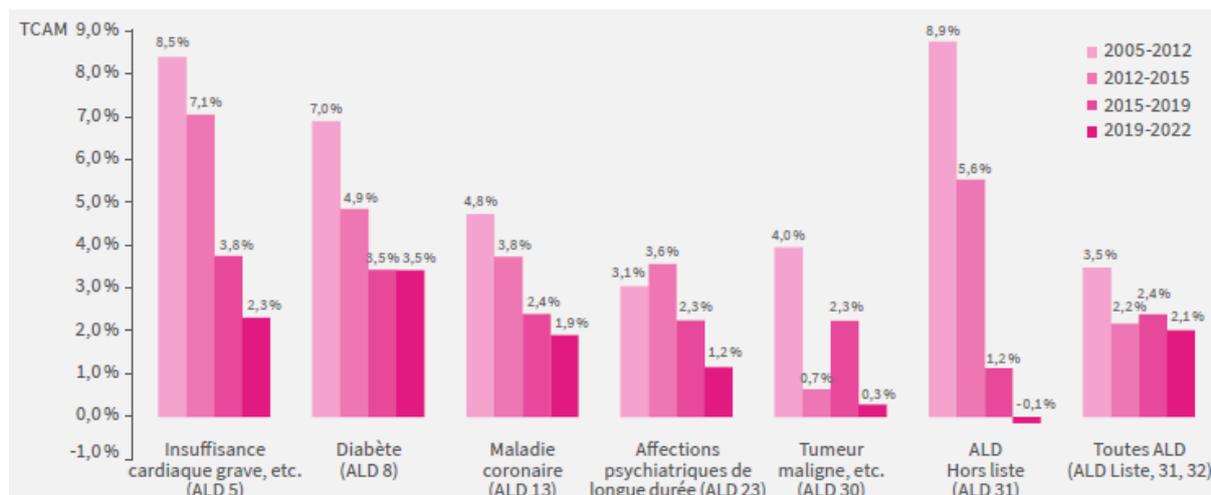
Parmi les pathologies avec des effectifs en 2022 supérieurs à 50 000, onze d'entre elles ont des TCAM 2005-2022 supérieurs à 5,0% : les insuffisances médullaires (ALD 2 + 8,1%), l'insuffisance cardiaque (ALD 5 +6,0%), le diabète (+5,2%), les formes graves d'affections neurologiques (ALD 9 + 5,3%), l'hémophilie (ALD 11 + 6,0%), les maladies métaboliques héréditaires (ALD 17 + 5,5%), la néphropathie chronique grave (ALD 19 + 6,9%), l'ALD 21 (+ 7,1%), les maladies de Crohn et rectocolite hémorragique évolutive (ALD 24 + 5,0%), la scoliose idiopathique évolutive (ALD 26 : + 6,0%), la spondylarthrite grave (ALD 27 +6,4%).

Le diabète est la plus fréquente des affections avec 3,6 millions de personnes concernées en 2022. Les taux de croissance annuels moyens (TCAM) du nombre de bénéficiaires de l'ALD diabète sont dynamiques : + 7,0 % entre 2005 et 2012, 4,9% entre 2012 et 2015, 3,5% entre 2015 et 2019 et 3,5% entre 2019 et 2022.

Les effectifs ALD des maladies cardiovasculaires ont évolué à un rythme soutenu jusqu'en 2019 (AVC : 7,3% entre 2005 et 2012, 6,2% entre 2012 et 2015, 4,7% entre 2015 et 2019 et -1,1% entre 2019 et 2022 ; Insuffisance cardiaque 8,5%, 7,1%, 3,8% et 2,3% ; Maladie coronaire : 4,8%, 3,8%, 2,4% et 1,9%). On observe cependant un rythme moins soutenu depuis 2019, en lien avec la pandémie de COVID-19.

Pour certaines pathologies, on observe des Tcam 2005-2022 relativement faibles voir négatifs, en particulier les maladies chroniques du foie (ALD 6 : 0,6%), l'insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14 : 0,8% avec des évolutions négatives depuis 2015), les tumeurs malignes (ALD 30 : 2,3%). L'impact des traitements curatifs de l'hépatite C chronique, arrivés en 2014 et dont l'indication a été généralisée à tous les patients VHC en 2017 est sans doute à prendre en compte dans l'évolution des effectifs en ALD pour maladies chroniques du foie. Concernant l'insuffisance respiratoire grave, l'admission en ALD étant restée une admission argumentée reposant sur le maintien du contrôle *a priori* par le service du contrôle médical, il est possible que ce contrôle ait limité dans le temps le nombre de personnes en ALD. Enfin, la réduction réglementaire de la durée d'admission en ALD tumeur maligne à 5 ans depuis 2011 explique sans doute en partie l'inflexion observée sur les effectifs, particulièrement marquée par rapport à d'autres affections du fait d'un taux de guérison probablement plus important.

Figure 37 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge en ALD



Sources : pour les années 2015 à 2022 : Cnam (cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie - version de juillet 2024 - Tous régimes - France entière) ; pour les années 2005 à 2015 : Cnam (SNDS - Régime général - France entière)

Les dépenses des patients en ALD

Les niveaux de dépenses associées aux ALD sont variables, notamment en fonction de la pathologie et de la situation médicale du bénéficiaire.

La revue de dépense réalisée par l'IGAS et l'IGF sur le régime ALD montre que la dépense moyenne annuelle pour un patient en ALD, tous soins confondus, s'élève à 9 300 € par an en 2021, pour un reste à charge moyen de 840 € par an (soit une prise en charge à 91 % par l'assurance maladie obligatoire). Le dispositif contribue largement à l'accès aux soins des assurés concernés. Néanmoins, le reste à charge moyen d'un patient en ALD est 1,8 fois plus élevé, en 2021, que celui des assurés sans ALD, qui s'explique principalement par les dépenses sans lien avec la pathologie chronique prise en charge : 82 % du reste à charge n'est pas lié au traitement de l'ALD, selon la mission d'inspection. A ces restes à charge, peuvent s'ajouter des restes à charge sur les frais de santé qui ne sont pas dans le panier de soins pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par les organismes complémentaires.

Il existe une forte dispersion du montant de la dépense de soins chez les patient ALD selon l'IGAS et l'IGF : « la médiane des dépenses annuelles associées aux patients en ALD en lien avec leur affection varie de 187 € pour l'ALD 29 "Tuberculose, Lèpre" à 34 902 € pour l'ALD 14 "Mucoviscidose" ». Par ailleurs, elle précise qu'il existe, outre une dispersion des dépenses inter-ALD, une variation au sein d'une même ALD : « les dépenses de patients reconnus pour la seule ALD 19 "Néphropathie chronique grave" varient de 693 € pour le premier décile à 55 940 € pour le 9^{ème} décile. ». De même, 10% des patients en ALD diabète présente une dépense inférieure à 786 € contre 50% des patients souffrant d'un diabète avec une dépense de soins supérieure à 2635 €. Ainsi, la mission note que « le caractère particulièrement coûteux des soins ne caractérise pas l'ensemble des assurés reconnus en ALD. »

Encadré 10 : enquête nationale de France Assos Santé sur les « restes à charge invisibles » (RACI)

Cette enquête a pour objectif d'évaluer le montant des frais de santé non remboursés ni par l'assurance maladie obligatoire ni par les assurances complémentaires, en partant du constat que ces dépenses sont importantes pour les personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Ainsi, les RACI peuvent couvrir : les petits et gros matériels médicaux, les dépenses permettant de mieux vivre la maladie, le handicap ou la perte d'autonomie, les transports, l'accompagnement humain, les dépenses administratives, juridiques ou liées aux assurances, l'adaptation de l'environnement du patient, l'alimentation et l'activité physique, les médecins complémentaires, les dépenses de bien-être ou de santé mentale.

L'étude de France Assos Santé conclut que le RACI moyen des personnes malades, en situation de handicap ou de perte d'autonomie s'élevait à 1 557 € en moyenne par an et par personne, et jusqu'à 8 200 € pour les 10 % déclarant le plus de frais liés à leur santé. Pour les personnes en ALD, ce montant était de 1 623 € par an et par personne. Il est important de noter que l'étude n'inclut pas les franchises, participations financières, forfaits journaliers et dépassements d'honoraires, lesquels porteraient le RACI moyen par an et par personne à 2 000 € selon les estimations de France Assos Santé.

L'étude de 2024 note, par rapport à celle de 2019, une hausse de 50 % du montant moyen du RACI (1 000 € en 2019). Par conséquent, l'étude appelle, d'une part, à une maîtrise de la croissance des restes à charge en raison des inégalités d'accès aux soins qu'ils impliquent.

Une forte hausse des dépenses des patients en ALD à l'horizon 2030 et 2035

En 2022, le montant remboursé total des dépenses de santé des personnes en ALD est de 125 Md€, dont 59,4 Md€ pour les soins hospitaliers, 55,7 Md€ pour les soins de ville et 9,6 Md€ pour les prestations en espèce. La part de la dépense des personnes en ALD, que les soins soient en rapport ou non avec l'ALD, dans le total de la dépense remboursée est de 66,1%, de 73,8% pour les dépenses soins hospitaliers et de 67,2% pour les soins de ville. Cette part varie selon les postes de dépenses de 22,9% pour les soins dentaires à 90,7% pour les transports. Elle est de 88,5% pour les soins infirmiers, de 78,3% pour le médicament, de 42,4% pour la biologie, 40,2% pour les médecins généralistes et de 49,1% pour les médecins spécialistes.

La hausse des pathologies chroniques devrait se répercuter sur le dispositif des affections de longue durée avec 26,1% de la population qui pourrait bénéficier de ce dispositif en 2035 soit 18 millions de personnes contre 8 millions de personnes en 2004 (12% de la population) et environ 14 millions en 2022. Cette forte hausse se traduira par une croissance également importante des dépenses en lien avec ce dispositif qui pourraient alors représenter trois quarts des dépenses de santé contre deux tiers actuellement.

En 2023, le montant remboursé total des dépenses de santé des personnes en ALD est de 135,2 Md€, dont 64,9 Md€ pour les soins hospitaliers, 58,3 Md€ pour les soins de ville et 12 Md€ pour les prestations en espèce. La part de la dépense des personnes en ALD, que les soins soient en rapport ou non avec l'ALD, dans le total de la dépense remboursée est de 66,8%, de 74,5% pour les dépenses soins hospitaliers et de 70,0% pour les soins de ville. Cette part varie selon les postes de dépenses de 23,5% pour les soins dentaires à 90,4% pour les transports. Elle est de 91,1% pour les soins infirmiers, de 82,5% pour le médicament, de 51,6% pour la biologie, 41,6% pour les médecins généralistes et de 50,0% pour les médecins spécialistes.

La hausse des pathologies chroniques devrait se répercuter sur le dispositif des affections de longue durée avec 26,1% de la population qui pourrait bénéficier de ce dispositif en 2035 soit 18 millions de personnes contre 8 millions de personnes en 2004 (12% de la population) et 14,1 millions en 2023. Cette forte hausse se traduira par une croissance également importante des dépenses en lien avec ce dispositif qui pourraient alors représenter trois quarts des dépenses de santé contre deux tiers actuellement.

2.2.3 Les modèles de prise en charge financière des patients atteints de pathologies chroniques : quels enseignements des expériences étrangères ?

Les patients atteints d'une maladie chronique, du fait de la fréquence et de la durée de leurs soins, sont particulièrement exposés à l'accumulation de restes à charge (RAC) qui peut rapidement devenir une charge économique significative. C'est pourquoi la plupart des pays de l'OCDE^(a) ont mis en place des dispositifs publics de régulation des RAC opposable (cf. Encadré 11) pour les patients chroniques comme c'est le cas du dispositif ALD en France. Ces dispositifs ont principalement pour but de limiter les co-paiements laissés à la charge des patients tels que le ticket modérateur, la franchise médicale ou encore le forfait hospitalier que les assurances maladies obligatoires ne couvrent pas et qui ne sont pas systématiquement pris en charge par les complémentaires santé. L'Assurance Maladie a ainsi entrepris de conduire une comparaison internationale afin de situer le dispositif ALD parmi les différents modèles de prise en charge financière des patients chroniques de six pays (Allemagne, Australie, Belgique, Italie, Royaume-Uni¹⁷, Pays-Bas) et de montrer la diversité des dispositifs existants.

Trois types de modèles émergent de cette comparaison et sont développés dans l'analyse qui suit. La comparaison s'intéresse principalement aux dispositifs financiers et non de coordination médicale : cela inclut les dispositifs d'exonération de co-paiements ainsi que les approches de couverture financière étendue, telles que les aides financières ou la prise en charge à 100 % de certains soins dans le parcours du patient.

Encadré 11 : Définition des restes à charges (RAC) et des co-paiements pour les patients

L'OCDE^(a) définit **les paiements directs ou restes à charge (RAC)** comme les dépenses que le patient doit payer lui-même lorsque ni l'assurance maladie obligatoire (AMO) ni l'assurance maladie privée ne couvrent entièrement le coût d'un soin ou d'un bien de santé. Il existe deux sortes de RAC :

- les RAC liés à la liberté tarifaire, par exemple, à la consultation de spécialistes pratiquant des dépassements d'honoraires,
- les RAC dits opposables car il s'agit de co-paiements inclus dans le périmètre opposable des assurances maladie obligatoires.

Un co-paiement ou RAC opposable est la somme laissée à la charge du patient après remboursement de l'AMO. Il peut s'appliquer à tous les types de soins de santé y compris les frais d'hébergement dans les hôpitaux. Il se présente principalement sous les trois formes suivantes :

- **ticket modérateur** (*percentage co-payment*): part des dépenses laissée à la charge de l'assuré après remboursement de l'assurance maladie obligatoire,
- **franchise médicale** (*fixed copayment*): montant fixé par l'assurance maladie obligatoire qui s'applique aux médicaments, aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires,
- **forfait hospitalier** (*fixed copayment*): participation forfaitaire fixe aux frais d'hébergement et d'entretien due par les patients pour chaque journée d'hospitalisation.

Source : Rapports OCDE^(a) et OMS^(b), 2023

^(a) Sigle : Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

^(b) Sigle : Organisation mondiale de la santé (OMS)

¹⁷La comparaison internationale ne retient que la région de l'Angleterre pour son analyse

Une prise en charge principalement conditionnée par des critères cliniques (France, Angleterre, Italie)

La prise en charge au sein d'un dispositif principalement conditionné par des critères cliniques se retrouve dans des systèmes de santé où les RAC opposables sont globalement faibles, soit parce qu'ils sont majoritairement couverts par des assurances complémentaires (comme en France), soit en raison de la gratuité partielle ou totale de certains soins dans les services de santé nationaux (comme au Royaume-Uni ou en Italie). L'exonération des frais médicaux est accordée aux patients atteints de maladies chroniques, inscrites sur une liste officielle et répondant à des critères cliniques précis. En Angleterre, une exonération est accordée pour neuf groupes de pathologies¹¹⁸. En Italie, une liste de 64 maladies chroniques donne droit à une prise en charge complète (*esenzioni per malattie croniche*)¹¹⁹ d'un ensemble de soins adaptés aux besoins médicaux du patient (*pacchetto prestazionale*)³. Pour cinq de ces maladies¹²⁰, l'éligibilité à l'exonération dépend d'un niveau de gravité¹²¹ établi à partir des critères des sociétés savantes et sont globalement équivalents à ceux utilisés en France pour l'ALD d'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé¹²². Les cancers ne sont pas inclus dans cette liste de maladies chroniques, mais ils bénéficient d'un régime d'exonération spécifique pour les soins liés aux pathologies oncologiques¹²³.

Dans ce type de modèle, les dispositifs publics mis en place pour renforcer la protection des patients atteints de pathologies chroniques consistent en un mécanisme de protection ciblée visant à les exonérer de certains co-paiements susceptibles de représenter un fardeau économique pour eux. Par exemple, en Angleterre, les patients doivent normalement s'acquitter d'une franchise fixe d'environ 12 € pour chaque boîte de médicament (*prescription charge*)¹²⁴. Les patients chroniques peuvent demander un *medical exemption certificate* qui leur permet d'être exonérés de ces frais pour l'ensemble de leurs prescriptions¹¹⁸. La demande passe par le médecin traitant et une validation par les services du *National Health System* (NHS)¹²⁵. L'exonération est alors valable cinq ans.

En Italie, à l'instar de la France, les patients sont exonérés du ticket modérateur pour les soins liés à leur pathologie, avec parfois un allègement supplémentaire de la franchise médicale selon les régions¹²⁶. Le patient adresse son dossier médical à sa caisse d'assurance maladie régionale (*Azienda sanitaria locale/ASL*) et la demande est validée par un médecin-conseil qui détermine les prestations dont le patient sera exonéré. Ce panier de soins peut être élargi selon la forme et l'évolution de la pathologie chronique, par exemple pour une insuffisance rénale au stade de dialyse¹²¹. L'attestation d'exonération est valable pour une durée minimale de 18 mois renouvelable¹¹⁹.

Une prise en charge principalement conditionnée par des critères financiers (Belgique, Allemagne)

Des dispositifs spécifiques aux patients atteints d'une pathologie chronique sont également présents en Allemagne et en Belgique mais sont inscrits dans une logique assurantielle différente, le bouclier sanitaire. La régulation des RAC s'y structure sur deux niveaux : un premier s'applique à tous les assurés et un second, réservé aux patients chroniques, permet d'abaisser le seuil de déclenchement de l'exonération des RAC en fonction des dépenses engagées et des revenus.

¹¹⁸Site NHS, consulté au 10/03/2025 : <https://www.nhsbsa.nhs.uk/check-if-you-have-nhs-exemption/medical-exemption-certificates>

¹¹⁹Site du ministère de la santé italien, consulté au 12/03/2025 : <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/esenzioni-dal-ticket/esenzioni-malattie-croniche/>

¹²⁰Les patients atteints d'insuffisance cardiaque entrent dans le dispositif à partir du stade III et IV de la maladie (exonération 21), hypercholestérolémie et dyslipidémies à partir du stade II et IV (exonération 25), la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) à partir du stade III (exonération 57), l'insuffisance rénale chronique à partir du stade III (exonération 23), endométriose à partir du stade III (exonération 63)

¹²¹Annexe 8 du décret législatif du 2 janvier 2017 - "Définition et mise à jour des Niveaux Essentiels de Soins", Allegato 8 – MALATTIE CRONICHE, au 11/03/2025 :

www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderPdf.spring?seriegu=SG&datagu=18/03/2017&redaz=17A02015&artp=13&art=1&subart=1&subart1=10&vers=1&prog=001

¹²²Site Haute Autorité de Santé, Guides ALD, consulté au 12/03/2025 : https://www.has-sante.fr/jcms/r_1501105/fr/affections-de-longue-duree

¹²³Association des malades du cancer, consulté au 10/03/2025 : <https://www.aimac.it/libretti-tumore/diritti-malato-cancro/esenzione-ticket>

¹²⁴ Site officiel NHS, au 12/03/2025 : <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions/nhs-prescription-charges/>

¹²⁵ Site officiel NHSBSA, Procédure pour le formulaire EC92A, au 13/10/2025 : <https://www.nhsbsa.nhs.uk/>,

¹²⁶Exemple pour la région de la Lombardie, site officiel, au 11/03/2025: <https://www.ats-brianza.it/it/ticket/167-esenzione-per-patologie-croniche-e-malattie-rare.html>

En Belgique, la logique de régulation des RAC repose principalement sur un plafonnement des dépenses de santé, adapté à six tranches de revenus, les maximums à facturer (MàF)¹²⁷. Le patient est pris en charge à 100 % une fois que le MàF annuel est atteint pour chaque tranche. Le « statut d'affection chronique »¹²⁸ permet de bénéficier d'une réduction de 100 €¹²⁹ environ sur le plafond des RAC, en fonction de la tranche de revenus du ménage. Ce dispositif concernait en 2020, 12% de la population¹³⁰. Le statut est accordé dans le cadre de deux conditions. La première est purement économique : le statut d'affection chronique est automatiquement octroyé au patient lorsque ses dépenses en santé dépassent 300 € par trimestre sur deux ans¹³¹. Le statut est alors accordé pour les deux années suivantes. La seconde, plus complexe, entremêle trois critères : la nécessité de soins continus pendant au moins six mois ou une hospitalisation, la justification d'un montant de RAC liés seulement aux co-paiements de plus de 450 € sur l'année civile en cours ainsi que la situation socio-économique du patient¹³². Le statut d'affection chronique est attribué pour une période de deux à cinq ans maximum sur validation d'un médecin conseil. Outre la réduction plus rapide du plafond financier des RAC, cette deuxième condition d'éligibilité ouvre des droits à une allocation forfaitaire annuelle selon les besoins médicaux du patient¹³³.

En Allemagne, les patients atteints d'une maladie chronique peuvent bénéficier d'un abaissement du seuil de dépenses de santé déclenchant l'exonération des restes à charge, qui passe de 2 % à 1 % de leurs revenus bruts annuels¹³⁴. En 2023, ce dispositif concernait 4,8 % de la population¹³⁵. L'accès au statut de patient chronique permettant un abaissement du seuil de dépenses dépend d'un justificatif de suivi médical d'un an et la reconnaissance du caractère « grave » de la pathologie, c'est-à-dire que la maladie doit avoir atteint un certain degré de gravité clinique qui a une conséquence économique sur la vie quotidienne du patient¹³⁶. Cette gravité est définie à partir de l'un des trois critères suivants, qui peuvent également se cumuler¹³⁷ : une perte d'autonomie de niveau 3 évaluée à partir d'un scoring médico-social¹³⁸, un degré d'incapacité ou de dommages fonctionnels de 60 points sur 100 évalué à partir d'un scoring clinique¹³⁹, ou encore la nécessité vitale d'un traitement continu. L'évaluation des critères d'éligibilité est respectivement partagée entre plusieurs institutions : les caisses de soins affiliées aux caisses d'assurance maladie, les antennes régionales du Ministère du Travail et des affaires sociales et les services hospitaliers. L'entrée dans le dispositif se fait *a posteriori*, sur présentation des justificatifs médicaux et résultats d'évaluation à la caisse d'assurance maladie et le statut est accordé pour cinq ans.

Le système de *scoring* clinique allemand¹⁴⁰ permet de déclencher des aides financières (comme des exonérations fiscales ou la prise en charge des transports) dès 20 points¹⁴⁰, cependant l'abaissement du seuil de dépenses pour les patients chroniques s'applique seulement à partir de 60 points¹⁴⁰, selon des critères d'éligibilité proches de ceux du dispositif ALD. Certaines maladies, comme le diabète, plafonnent à 50 points¹⁴⁰, ce qui limite l'accès à l'abaissement du seuil de dépenses, sauf en cas de complications cliniques associées ou de polyopathie. Les patients atteints de cancer sont pris en charge via le critère de traitement de nécessité vitale mais peuvent également obtenir une reconnaissance d'incapacité (80 points en phase de rémission¹⁴⁰) pour bénéficier d'aides supplémentaires.

Une prise en charge étendue via des parcours de soins ou des aides *ad hoc* (Belgique, Australie, Pays-Bas)

L'analyse montre également que certains pays proposent des prises en charge financières étendues via des parcours de soins couvrant des prestations liées à la maladie mais moins complexes que des programmes de *disease management*. La Belgique propose, par exemple, aux patients atteints de diabète de type 2 ou d'insuffisance rénale des *trajets de soins*¹⁴¹. Ces parcours, d'une durée initiale de quatre ans, sont renouvelés si le patient respecte un suivi médical régulier (minimum deux consultations annuelles avec le médecin traitant et une avec le spécialiste). Ils incluent des consultations sans co-paiement, jusqu'à cinq séances d'éducation thérapeutique par an et le remboursement de dispositifs médicaux.

¹²⁷ Site INAMI consulté au 12/03/2025 : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/types-de-maximum-a-factorer-maf#le-maf-revenus>

¹²⁸ Site INAMI consulté au 12/03/2025 : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/statut-affection-chronique>

¹²⁹ Site INAMI consulté au 12/03/2025, tarifs indexés 2025 (117,17 €) : <https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/maximum-factorer-tranches-revenus-plafonds.docx>

¹³⁰ Rapport KCE, Belgique, 2022, consulté au 18/02/2025 : <https://kce.fgov.be/fr/publications>

¹³¹ Site officiel de l'INAMI au 12/03/2025, tarifs indexés 2025 (400,20 €) : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/facilites-financieres/statut-affection-chronique>

¹³² Site officiel de l'INAMI au 12/03/2025, tarifs indexés 2025 (516,92 €) : <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/maladies/maladies-chroniques/intervention-forfaitaire-pour-malades-chroniques>

¹³³ Site INAMI consulté au 12/03/2025 : <https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions/nhs-prescription-charges/>

¹³⁴ Site du ministère de la santé allemand, consulté au 18/03/2025 : <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/c/chronisch-krank-menschen.html>

¹³⁵ Entretien avec des experts de l'assurance maladie allemande, *Gesetzliche Krankenversicherung* (GKV), 2025

¹³⁶ Site juridique, consulté au 18/03/2025 : <https://www.behindertenbeauftragter.de/DE/AS/rechtliches/sozialgesetzbuch-undbundesteilhabegesetz/sozialgesetzbuch-und-bundesteilhabegesetz-node.html>

¹³⁷ Site AOK, caisse d'assurance maladie allemande, au 18/03/2025 : <https://www.aok.de/pp/lexikon/chronische-erkrankung/>

¹³⁸ Site des caisses de soins, consulté au 18/03/2025 : <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegefinanzierung/zuzahlungsbefreiung/>

¹³⁹ Site du ministère du travail et des affaires sociales allemand, consulté au 18/03/2025 :

<https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/k710-anhaltspunkte-fuer-die-aerztliche-gutachteraetigkeit.html>

¹⁴⁰ Site du ministère du travail et des affaires sociales, au 18/03/2025 : <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Versorgungsmedizin/Ueberarbeitung-der-Versorgungsmedizin-Verordnung/ueberarbeitung-der-versorgungsmedizin-verordnung.html>

¹⁴¹ Site INAMI consulté au 14/04/2025 : <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/professionnels-de-la-sante/medecins/qualite-des-soins/trajets-de-soins>

En Australie, bien qu'il n'existe pas de dispositif public spécifique pour réduire les RAC des patients chroniques, ces derniers peuvent être intégrés à des plans de soins individuels courts (*General Practitioner Management Plan / GPMP*)¹⁴², renouvelables tous les 12 mois, qui ouvrent droit à cinq soins complémentaires entièrement remboursés (éducation thérapeutique, séances de diététique, etc.). Ce plan, établi par un médecin généraliste, peut déboucher sur des programmes de soins coordonnés interdisciplinaires plus complexes comme les *Team Care Arrangements*¹⁴³. **Environ 11 % des Australiens¹⁴⁴ bénéficient d'un GPMP dans le cadre d'une maladie chronique.**

Dans certains pays, des aides *ad hoc* comme des allocations spécifiques ou des contrats collectifs d'assurance permettent de limiter les frais de santé des patients chroniques. Aux Pays-Bas, en dehors des programmes de *disease management*, il n'existe pas de dispositif public spécifique pour réduire le reste à charge des patients chroniques. Toutefois, des aides gouvernementales sous conditions de ressources, comme la *Zorgtoeslag* (aide financière pour la complémentaire santé) ou des déductions fiscales, peuvent être déployées pour ces patients¹⁴⁵. La moitié de la population est couverte par des contrats collectifs d'assurance (*collectieve zorgverzekeringen*)¹⁴⁶ qui peuvent offrir des avantages aux patients chroniques. Les contrats sont souvent souscrits via l'employeur, les contrats via les associations de patients, en revanche, sont marginales¹⁴⁷.

Cette comparaison internationale a permis d'identifier trois modèles de prise en charge financière des patients chroniques :

- un premier modèle dont les critères cliniques conditionnent principalement l'accès à l'exonération (France, Angleterre, Italie) ;
- un second modèle qui repose principalement sur des critères économiques et renforce une logique de bouclier sanitaire où les co-paiements sont entièrement pris en charge au-delà d'un certain seuil de dépenses et/ou de critères de sévérité clinique (Allemagne, Belgique);
- et enfin, un troisième modèle qui offre plutôt une prise en charge étendue, soit en lien avec le parcours de soins du patient, soit sous forme d'aides financières ou de contrats collectifs d'assurance *ad hoc* (Belgique, Australie, Pays-Bas).

Ces modèles gagnent toutefois à être mis en regard avec d'autres prises en charge financières liées aux ressources financières et/ou à l'âge des patients, afin de mieux appréhender la possibilité de protections croisées pour les personnes atteintes de pathologies chroniques.

Tableau 14 : Comparaison internationale de la part de la population bénéficiant d'une prise en charge financière en tant que patients chroniques

Pays	Type de dispositif spécifique aux patients chroniques	Critères d'éligibilité	Part de la population (%)
Allemagne	Abaissement du bouclier sanitaire	Financiers et cliniques	4,8
Belgique	Abaissement du bouclier sanitaire	Principalement financiers	12
Australie	Prise en charge à 100 % de 5 soins dans le cadre du parcours patient	Cliniques	11
France	Exonération du ticket modérateur	Cliniques	19

Source : CNAM

¹⁴³ Site gouvernement australien consulté au 12/03/2025 : <https://www.servicesaustralia.gov.au/prepare-gpmp-tcas-or-mhcc?context=20>

¹⁴⁴ Site ministère de la santé australien, consulté au 14/04/2025 : <https://www.aihw.gov.au/reports/chronic-disease/medicare-chronic-disease-allied-health-items/contents/chapter1>

¹⁴⁵ Site service public néerlandais consulté au 14/04/2025 : <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/zorgtoeslag>

¹⁴⁶ Site du ministère de la santé néerlandais, consulté au 14/04/2025 : <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/korting-collectieve-zorgverzekering>

¹⁴⁷ Beerman, B., Meijer, M., Jong, J. de, Brabers, A. Onderzoek naar collectieve zorgverzekeringen: inzicht in het aanbod, de deelnamegraad en de gemaakte afspraken. Utrecht: Nivel, 2024. 63 p. <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/daling-van-het-aantal-collectieve-zorgverzekeringen-zet-door-2024>

2.3 Les programmes d'action en faveur des dépistages et de l'accompagnement des patients chroniques

2.3.1 Prévention des maladies chroniques – focus MCVA

Parmi les maladies chroniques, les MCVA, enjeu majeur de santé publique, font l'objet d'un ensemble d'actions prioritaires de l'Assurance Maladie. Les maladies cardiovasculaires et associées (MCVA), qui englobent notamment l'insuffisance cardiaque, le diabète, la maladie rénale chronique, les coronaropathies et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. Ces pathologies touchent 16 millions d'assurés soit un consommant de soins sur quatre et représentent 45 milliards d'euros de remboursement.. Face à cette charge croissante, l'Assurance Maladie développe une stratégie centrée sur la prévention, le dépistage précoce et la structuration de parcours de soins coordonnés.

L'Assurance Maladie a ainsi proposé dans son rapport Charges et produits pour 2025 la création d'un parcours de soins structuré destiné aux patients atteints de plusieurs pathologies chroniques, dans une logique transversale autour des MCVA. Ce parcours coordonné permettrait d'articuler les interventions de différents professionnels de santé – médecins généralistes, spécialistes, paramédicaux – avec un calendrier de consultations et d'exams défini selon les besoins du patient. L'objectif est d'éviter les ruptures de suivi, de renforcer la pertinence des prescriptions et de limiter les hospitalisations évitables.

Des travaux sont également engagés pour fournir aux professionnels de santé des outils concrets facilitant l'appropriation de ces pratiques : tableaux de bord de suivi, indicateurs d'alerte, supports de formation ou encore retours individualisés sur leur activité. La démarche s'inscrit dans une logique de responsabilisation partagée, où l'amélioration de la qualité des soins va de pair avec la régulation des dépenses.

Enfin, l'Assurance Maladie entend promouvoir une meilleure pertinence des soins dans ce champ pathologique, en réduisant les redondances ou les examens inutiles, et en diffusant des recommandations cliniques plus ciblées. La lutte contre le mésusage des traitements, la rationalisation des bilans biologiques ou encore l'optimisation des prescriptions médicamenteuses sont autant de leviers activés dans cette stratégie globale.

Face à l'impact croissant des MCVA sur le système de santé, l'Assurance Maladie articule ses actions autour d'une double ambition : améliorer la prise en charge précoce et continue des patients tout en garantissant la soutenabilité économique des soins.

2.3.2 Les dispositifs Sophia et Prado

L'Assurance Maladie a enrichi son arsenal d'actions dédiées aux maladies cardio-neurovasculaires et associées (MCVA) avec des dispositifs tels que **Prado** et **Sophia**, s'inscrivant dans sa stratégie globale de prévention, coordination et soutien aux patients.

Prado (Programme de Retour à Domicile) accompagne les patients hospitalisés, notamment en cas de décompensation cardiaque, AVC, BPCO ou pour les personnes de plus de 75 ans, en facilitant leur sortie et le suivi en ville. Concrètement, un conseiller de l'Assurance Maladie intervient en phase d'hospitalisation pour organiser les rendez-vous de suivi avec le médecin traitant, le cardiologue ou l'infirmier. En cas d'insuffisance cardiaque, ce retour est structuré : consultation chez le médecin traitant dans les sept jours, chez le cardiologue dans les deux mois, et suivi hebdomadaire infirmier pendant les deux à six mois selon la gravité. Grâce à cette coordination accrue, le parcours patient se trouve fluidifié, avec moins de ruptures de soins et une meilleure utilisation des ressources de ville.

Le volet **Sophia**, quant à lui, est un service d'accompagnement destiné aux personnes souffrant de pathologies chroniques à risque cardiovasculaire qui vise à renforcer l'adhésion au traitement et à encourager les comportements favorables à la santé. Initialement conçu pour les diabétiques (plus de 800 000 adhérents), Sophia s'étend en 2025 aux patients souffrant de maladies cardiovasculaires. Le dispositif repose sur des entretiens téléphoniques menés par des infirmiers-, offrant un soutien personnalisé, une sensibilisation aux habitudes de vie et à l'importance d'un suivi régulier. Il est également mis à disposition des patients concernés une documentation régulière, notamment le magazine « Sophia & vous » (prochainement dématérialisé), pour les informer de manière continue.

Ces deux dispositifs se complètent et s'intègrent dans la feuille de route dédiée aux MCVA, où la détection précoce, le parcours structuré et l'engagement du patient constituent les trois leviers fondamentaux. Prado assure une transition hospitalière sécurisée et coordonnée, tandis que Sophia permet une continuité éducative et de sensibilisation comportementale. Cette double approche permet non seulement de renforcer la qualité de la prise en charge, mais aussi de prévenir les complications évitables, réduire les hospitalisations récurrentes et optimiser les dépenses liées aux pathologies chroniques.

2.4 Les perspectives d'évolution dans l'accompagnement des personnes atteintes de pathologies chroniques

Pour faire face au dynamisme des pathologies chroniques dans la population (+ 9 % des patients en part de la population par rapport à 2015) et de leur prise en charge financière (62 % des dépenses d'assurance maladie remboursées), l'Assurance Maladie développe des parcours de prise en charge adaptés, notamment pour le diabète et les maladies cardio-vasculaires et associées (MCVA). Ces derniers peuvent, cependant, faire l'objet d'un certain nombre d'améliorations : environ 30 % des patients diabétiques de type 2 ont un niveau 3 de sévérité lors de leur prise en charge initiale¹⁴⁸ ; 22 % des hypertensions artérielles non traitées sont de grade 2 ou 3¹⁴⁹.

Les parcours de prise en charge ont donc vocation à être renforcés, notamment par la mise en place d'un suivi populationnel dans une optique de prévention tertiaire, afin de limiter, d'une part, les complications pour les patients concernés, et, d'autre part, de réduire la dynamique de la dépense remboursée dans un objectif de soutenabilité. En raison de sa dynamique particulière, la santé mentale, en particulier des patients atteints de pathologies chroniques doit faire l'objet d'une attention particulière (un Français sur cinq est touché par un trouble psychique). Nécessaire à la mise en œuvre de parcours de soins renforcés, la coordination des professionnels de santé est également cruciale.

2.4.1 Développer les parcours de prise en charge et le suivi populationnel des patients chroniques

L'Assurance maladie met à disposition des professionnels de santé des données pour concourir à l'amélioration des parcours par les exercices coordonnés (MSP, CPTS)

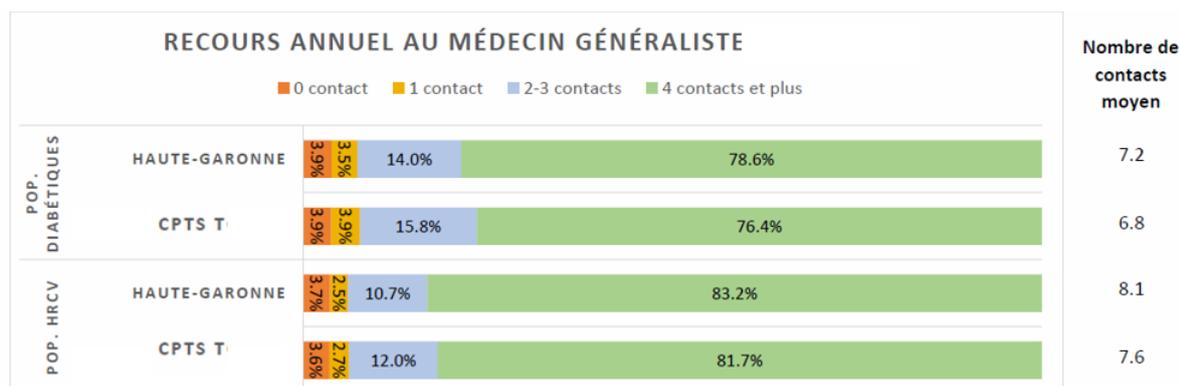
Afin de prévenir les complications liées aux pathologies chroniques, l'Assurance Maladie met en place des dispositifs permettant aux professionnels de santé de détecter les patients plus précocement par la mise à disposition des données dont elle dispose. La nouvelle convention médicale prévoit ainsi la mise à disposition du médecin des données nominatives sous format tableau de bord pour l'ensemble des indicateurs du forfait médecin traitant dont les statuts « dépistage à réaliser » ou « dépistage déjà effectué » des malades chroniques en ALD qui doivent être dépistées du diabète et de la maladie rénale chronique.

A l'échelle territoriale, les données de l'Assurance Maladie seront mobilisées pour la production d'outils de diagnostic territorial (ODT) sur l'ensemble du champ des MCVA, notamment afin de mettre en lumière les écarts aux soins et/ou l'absence de recours aux soins des assurés atteints de MCVA sur le territoire. Ces outils seront mobilisables par le réseau de l'Assurance Maladie principalement dans le dialogue avec les CPTS, et possiblement à l'avenir avec les établissements de santé. Par exemple, les données contenues dans l'ODT diabète permettent de visualiser l'absence ou le trop faible recours au médecin généraliste des patients diabétiques pris dans leur globalité (partie supérieure) et des patients diabétiques particulièrement à haut risque cardiovasculaire (diabète + 1 autre maladie : maladie coronaire, maladie rénale, AVC, insuffisance cardiaque, artériopathie périphérique). Les recommandations de la HAS étant de 1 consultation par trimestre du médecin généraliste pour tous les patients diabétiques.

¹⁴⁸ CNAM, Charges et Produits pour 2025

¹⁴⁹ Perrine, AL., Lecoffre, C., Olié, V., « Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes en France en 2015, étude Esteban », *Rev. Epidémiol. Santé Publique*, 2018 ;66(Suppl1):S50

Figure 38. Extrait d'un outil de diagnostic territorial sur les patients diabétiques



Parallèlement aux actions à destination des professionnels de santé, l'amélioration des parcours de prise en charge dans un objectif de prévention tertiaire suppose la montée en charge des dispositifs de l'Assurance Maladie facilitant le suivi par les patients atteints de pathologie chronique de leur état de santé.

Le dispositif Sophia évolue pour favoriser le recours aux soins des patients diabétiques et souffrant d'une insuffisance cardiaque qui n'ont plus de contact avec le médecin généraliste

Le dispositif Sophia évolue pour s'adresser plus largement à l'ensemble des assurés atteints de maladies cardiovasculaires et associées (Sophia 2.0). Le premier niveau d'accompagnement du dispositif accessible directement sur ameli.fr, permet à tous les assurés d'accéder facilement à une information fiable sur les facteurs de risque et les différentes maladies et de disposer de ressources pour évaluer eux même leurs statuts vis-à-vis de certains facteurs de risque et certaines maladies, ainsi que d'améliorer leur compréhension de leur maladie et des enjeux de son suivi quand ils sont diagnostiqués.

Le deuxième niveau d'accompagnement sera mis en œuvre progressivement en 2025 et 2026 dans la poursuite de l'accompagnement téléphonique existant, en étant centré dans un premier temps sur l'appel des patients diabétiques et insuffisants cardiaques en écarts aux soins qui n'ont pas consulté de médecin généraliste ou ne l'ont consulté qu'une seule fois dans l'année dans une logique d'aller-vers. Le dispositif restera ouvert aux appels entrants des assurés, notamment les assurés diabétiques nouvellement en ALD, qui auront été informés du dispositif Sophia ou qui auront été orientés par un professionnel de santé.

A l'avenir le dispositif Sophia déploiera une démarche d'aller vers pour les patients qui sont en écart au bon recours au système de santé pour certains dépistages des maladies cardiovasculaires (diabète et maladie rénale chronique) en lien avec les indicateurs du Forfait médecin traitant définis dans le cadre de la convention médicale.

Favoriser la pratique de l'activité physique et de l'activité physique adaptée par les malades chroniques

Les données scientifiques sont formelles en ce qui concerne l'intérêt de la pratique de l'activité physique pour les différentes maladies chroniques, notamment dans la réduction des complications. L'Assurance maladie promeut la prescription de l'activité physique adaptée auprès de l'ensemble des médecins généralistes, ainsi que des sages-femmes, infirmiers, pharmaciens et masseurs kinésithérapeutes. L'objectif étant d'outiller les professionnels pour faciliter leur travail dans l'incitation des patients à la pratique d'activité physique ou d'activité physique adaptée, notamment en les informant sur les ressources territoriales (maisons sport santé, offres associatives, etc.). L'Assurance Maladie propose depuis le rapport Charges et Produits pour le remboursement du bilan de l'activité physique adaptée (APA), au bénéfice des patients atteints de diabète ou d'un cancer – pour lesquels l'APA est indiquée par la HAS dans un parcours de soins organisé.

L'Assurance Maladie va communiquer sur le risque cardiovasculaire auprès du grand public

L'Assurance maladie déploiera prochainement une large campagne de communication à destination du grand public pour faire émerger la connaissance de l'enjeu du dépistage du risque cardiovasculaire. Cette campagne présentera l'importance de se saisir précocement de sa santé cardiovasculaire. Le déploiement est prévu en 2026. Au-delà des facteurs de risque liés au mode de vie portés par d'autres campagnes nationales assurées par d'autres acteurs (tabac, sédentarité, alimentation), cette communication sera centrée sur les facteurs de risque qui doivent faire l'objet d'un repérage et d'une prise en charge, en particulier l'HTA. Cette communication s'adressera à une frange large de la population y compris les adultes jeunes.

Développer la télésurveillance lorsqu'elle permet un suivi adapté à la situation du patient

La télésurveillance contribue fortement à la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, en ce que cette solution permet à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données de santé du patient recueillies grâce à l'utilisation d'un dispositif médical numérique. Le diagnostic du patient, ainsi que les prescriptions en découlant, sont donc facilitées. Cette pratique permet donc de stabiliser l'état pathologique du patient, voire d'améliorer son état de santé, grâce à un suivi régulier par différents professionnels de santé.

Soutenir l'engagement des patients et mesurer la qualité de vie pour favoriser l'adoption des comportements favorables à la santé

Le recueil de l'expérience du patient et sa qualité de vie constituent des leviers d'amélioration du parcours de soins des malades dans la mesure où ils sont les garants d'une libre expression du patient sur la manière dont il vit sa maladie, sur l'impact des traitements et sur ce qui compte dans son quotidien. L'Assurance maladie souhaite continuer à investiguer la mise en place d'un tel recueil dans le champ de la maladie rénale chronique, en lien avec les associations de patients France REIN et Renaloo, afin de favoriser la qualité des vies des patients pour lesquels le traitement de suppléance par dialyse peut constituer un bouleversement de vie.

En cohérence avec l'ensemble de ces éléments, l'Assurance Maladie recommande de sécuriser le parcours de prévention tertiaire des patients souffrant de pathologies chroniques, en développant le recours à l'éducation thérapeutique, à Sophia 2.0, à la télésurveillance et à l'activité physique adaptée. En effet, l'observance par les patients de comportements favorables à leur santé constitue un levier essentiel qu'il convient de mobiliser pour prévenir des complications ultérieures.

Développer le suivi populationnel des patients chroniques

La forte hausse de la prévalence des pathologies chroniques pose également un défi en matière de coordination et d'organisation des soins. En l'état, ces dernières restent insuffisantes : bien que les pouvoirs publics financent de plusieurs dispositifs pour appuyer la coordination des soins (MSP, CPTS, Prado, DAC, etc.), leur caractère morcelé ne permet pas de répondre pleinement à l'évolution de la demande de soins.

Mettre en place un suivi spécifique des populations de patients chroniques les plus à risque de complications permettrait d'anticiper l'évolution de leur état de santé et d'adapter les parcours de soins en fonction des besoins. A ce titre, la prise en charge des résidents des Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), marquée par des enjeux forts en termes de pathologies chroniques, est susceptible d'améliorations : 32 % des résidents entrent aux urgences et 50 % de cette cohorte fait l'objet d'une hospitalisation. La gestion des sorties d'hospitalisation, quant à elle, reste encore complexe, avec une articulation ville-hôpital à renforcer : 8 % des journées de médecine et 27 % des lits en SMR (soins médicaux et de réadaptation) sont occupés par des personnes pouvant potentiellement sortir d'hôpital.

Dans le prolongement de l'objectif d'instaurer un suivi populationnel des patients chroniques, l'activité hospitalière pourrait être recentrée sur les prises en charge des situations aiguës afin de mieux prévenir les complications pour les patients atteints de pathologie chroniques. Cela impliquerait de renforcer certaines exigences de qualité (26 % des sites de chirurgie oncologique urologique ne respectent pas les seuils d'activité), mais aussi de permettre une prise en charge en ville de prestations actuellement réalisées en milieu hospitalier (41 % des passages aux urgences pourraient être pris en charge en soin de ville ; le taux de chirurgie ambulatoire est de 63,8 %, ce qui reste loin de l'objectif de 80 %). En libérant du temps médical chez les praticiens hospitaliers, ces derniers seraient alors plus en capacité d'assurer un suivi populationnel des patients chroniques dont l'état n'est pas stabilisé.

Afin de renforcer la prévention tertiaire dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de soutenabilité du système de santé, l'Assurance Maladie recommande d'assurer une surveillance populationnelle, s'appuyant sur les nouvelles technologies du numérique en santé, et de mettre en place un financement incitatif pour les structures et équipes en charge.

Le parcours expérimental de prise en charge par les CECICS, issu du dispositif de l'article 51 de la LFSS pour 2018, permet à des patients insuffisants cardiaques sévères ou instables d'être pris en charge principalement en ambulatoire et à distance, grâce à un système de télésurveillance permettant une forte réactivité de l'équipe de soins en cas de prise de poids rapide (signe de rétention d'eau). Regroupant 8 équipes cardiologiques de l'AP-HP, ces parcours sont composés de plusieurs modules s'adaptant aux besoins du patient (télésurveillance, consultation infirmière pour adapter la titration médicamenteuse, consultations non programmées, conseils et accompagnement des patients sur les nouvelles habitudes de vie à adopter, coordination avec les acteurs du maintien à domicile, etc.).

En trois ans, l'expérimentation a pris en charge 1 852 patients et permet de tirer un certain nombre de constats. Le parcours opéré par les CECIS a entraîné : « une moindre mortalité précoce, une diminution de la durée cumulée des hospitalisations pour les motifs les plus graves, une diminution de la durée cumulée des hospitalisations par patient (passée de 6,4 à 1,7 jour par patient et par an) et une satisfaction des patients qui gèrent leur maladie de manière plus autonome » A l'échelle nationale, cette expérimentation peut contribuer à la constitution d'un modèle de prise en charge des patients chroniques non stabilisés pour d'autres pathologies.

Accompagner la dimension santé mentale des patients atteints de pathologie chronique

Dans le cadre de la grande cause nationale dédiée à la santé mentale en 2025, l'Assurance Maladie souhaite engager des actions pour les assurés qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Deux axes majeurs sont proposés, d'une part, le renforcement de l'accompagnement psychologique pour les assurés au moment de l'entrée en ALD et d'autre part, pour les patients atteints d'affections psychiatriques longue durée, le renforcement de leur prise en charge somatique.

Pour répondre au premier axe, lors de l'annonce du diagnostic ou lors de l'entrée en ALD, un accompagnement dans le cadre de Mon soutien psy peut être proposé. En effet, l'accompagnement psychologique peut faciliter l'acceptation de la maladie et de ses conséquences et favoriser l'engagement du patient dans son parcours.

Concernant le deuxième axe, les troubles psychiques ouvrant droit à une reconnaissance en ALD sont des troubles psychiques présentant des critères de gravité en terme de durée, de pronostic ou d'impact sur la vie socio professionnelle. Dans ce cadre, les autres pathologies dont souffrent ces patients, pathologies dites organiques ou somatiques, passent « après » dans la prise en charge des patients. Ainsi, La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé¹⁵⁰. Les causes sont protéiformes : les effets secondaires des traitements, une plus grande sédentarité, une moins bonne prise en charge des soins somatiques en terme d'accès aux soins, de dépistage et prévention, et de qualité des soins. Pour améliorer le parcours de soins somatiques des patients en ALD psychiatriques, un levier serait de mener une démarche « d'aller vers » particulière vers ces patients en ALD psychiatriques sans médecin traitant (MT) déclaré pour tenter d'améliorer leur prise en charge sur cet axe. En effet 6.5% des patients en ALD psychiatriques n'ont pas de MT déclaré (contre 4.6% toutes ALD confondues). Parmi les patients en ALD 23 sans MT, 39% n'ont pas eu de recours médical (ville ou ACE) et 29% n'ont pas eu de recours médical mais une hospitalisation MCO.

2.4.2 Assurer la pérennité de la couverture des assurés souffrant d'une pathologie chronique

Dans le cadre des réflexions sur la dynamique des pathologies chroniques, des évolutions du système de prise en charge ont été proposées par diverses institutions. Dès 2007, la Haute Autorité de Santé¹⁵¹ plaidait pour une refonte du dispositif en proposant trois scénarios d'évolution. Il était notamment proposé, pour certaines affections du champ cardiovasculaire (AVC, maladie coronarienne, diabète ou néphropathies chroniques), une option qui prendrait uniquement en charge en affection de longue durée (ALD) les situations de gravité clinique avérée. L'objectif était de faire en sorte que l'exonération coïncide mieux avec les situations où le parcours de soins est susceptible de provoquer des « restes à charge » élevés : les formes ou les phases les moins coûteuses des affections concernées ne seraient donc plus prises en charge à 100 %. La Haute Autorité suggérerait également que soient étudiés les dispositifs de bouclier sanitaire en vigueur en Allemagne ou en Belgique.

¹⁵⁰ (Questions d'économie de la santé n°237- Septembre 2018)

¹⁵¹

Récemment, au regard de la croissance importante du dispositif des affections de longue durée, l'Inspection Générale des Finances et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGF-IGAS)¹⁵² ont repris ces réflexions permettant ainsi de disposer d'éléments à date sur les différentes évolutions possibles du système des ALD. Cette étude s'inscrit donc dans la lignée des travaux de la HAS.

Engager une gestion plus dynamique des entrées et des sorties du dispositif des ALD

L'entrée en ALD est une étape essentielle du parcours des patients atteints de pathologie chronique permettant de renforcer l'engagement du patient et d'améliorer son niveau d'information

L'entrée dans le dispositif ALD est une étape particulièrement sensible dans le parcours de soins d'un patient. Elle marque la reconnaissance d'une pathologie chronique, avec des implications médicales, psychologiques, sociales et administratives importantes.

C'est pourquoi il est opportun de déployer des modalités renforcées d'entrée dans un véritable « parcours ALD », dont l'objectif serait de :

- Délivrer au patient les informations essentielles au suivi de son état de santé et de renforcer son engagement dans le processus de prise en charge thérapeutique mais également comportemental. Les informations porteraient sur les soins nécessaires, qu'ils soient médicamenteux ou non, à visée préventive ou curative, ainsi que sur la prise en charge des patients et les recommandations de suivi et de recherche des complications. Le but du dispositif serait d'éviter ou retarder l'aggravation de la pathologie.
- L'entrée dans le « parcours ALD » devrait également être l'occasion d'un accompagnement motivationnel, tel que préconisé par la Haute Autorité de santé, qui s'appuierait sur des techniques de communication adaptée à la personne. Selon la HAS, l'accompagnement empathique et bienveillant de la personne est le fondement de cet entretien motivationnel et permet de générer une action de changement¹⁵³ ou d'engagement du patient dans son parcours de soin individuel – notamment pour les démarches de prévention. Il contribue à améliorer la qualité de vie du patient, à favoriser son autonomie mais également à soutenir son adhésion au plan de soins et à réduire les points de rupture dans son parcours.

Le médecin traitant joue à cet égard un rôle central dans le parcours des patients en ALD : il assure la gestion du protocole de soins, le dispositif d'entrée (ou admission), la prescription, la coordination interprofessionnelle. Il joue également un rôle en aidant le patient à comprendre les décisions médicales et les traitements dont il fait l'objet et prendre une part active au processus de sa prise en charge. La nouvelle convention médicale valorise ce rôle à travers une augmentation du forfait médecin traitant notamment pour les patients âgés de 80 ans ou plus atteint d'une ou plusieurs ALD. Par ailleurs, à cette revalorisation s'ajoute la **création d'une** consultation initiale d'inscription (IMT) d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante, rémunérée 60 euros. L'IMT doit être facturée à tarif opposable et n'est facturable qu'une seule fois par patient. Ces deux dispositifs doivent participer à compenser ce temps dédié d'entrée et de suivi du « Parcours ALD » des patients et ainsi faciliter la coordination et le suivi de la prise en charge préventive ou curative des patients atteints de pathologies chroniques par leur médecin traitant.

Afin de mettre en place une gestion plus dynamique du dispositif des ALD, l'Assurance Maladie recommande, tout d'abord, d'améliorer l'accompagnement des patients à leur entrée dans le dispositif ALD via un parcours de prévention et d'information renforcées dont l'objectif est d'éviter, du moins de retarder, l'aggravation de la pathologie. Ce rôle incombe prioritairement au médecin traitant.

Mon Espace Santé et la version 2 de Sophia constitueront de surcroît deux vecteurs majeurs d'information et d'engagement dans cette refonte du parcours patient, en structurant de façon plus marquée l'accompagnement et l'orientation des patients, en y intégrant des éléments favorables à la prévention tertiaire (consultations et suivis adaptés, promotion d'une nutrition de qualité et activité physique, etc.) et à la compréhension du parcours de santé. L'entrée en ALD doit s'accompagner de l'activation par l'assuré de son espace de santé numérique pour favoriser la coordination des soins

¹⁵² Revue des dépenses, IGF-IGAS, 2024, téléchargeable ici <https://www.igas.gouv.fr/protection-sociale/revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree-ald-pour-un-dispositif-plus-efficent-et-equitable>

¹⁵³ HAS, Rapport d'activité 2007

Un suivi actif en période de surveillance médicale

Une période de suivi pourrait être instaurée afin de gérer les sorties du régime des ALD. À l'issue d'une période d'ALD, justifiée par une période de soins aiguë, une nouvelle phase de prise en charge médicale peut parfois être mise en place, qui se recentre sur des soins de suivi médical et d'habitudes de vie visant à prévenir toute rechute ou aggravation après la phase aiguë de la maladie.

Il s'agit donc d'une continuité de parcours qui s'inscrit dans une logique de sécurisation des soins, tout en tenant compte de l'amélioration de l'état de santé du patient. Par exemple, une personne ayant eu un infarctus du myocarde et reçu les soins nécessaires à la phase aiguë serait orienté vers cette phase de surveillance afin de bénéficier d'un suivi adapté (examens biologiques, imagerie, consultations spécialisées, etc.). La mise en place de ce parcours pourrait être formalisée par la remise d'un document de liaison ou d'un certificat de fin d'ALD avec suivi, attestant de l'entrée dans cette nouvelle étape.

Pour ce faire, l'Assurance Maladie suggère d'évaluer régulièrement la consommation de soins des personnes bénéficiant du dispositif ALD afin de réévaluer l'exonération pour les personnes en situation de guérison ou de rémission de certaines pathologies (*cancers en phase de rémission, certaines affections cardio-vasculaires après une période active de soins lorsque la personne se retrouve sans incapacité*), laquelle serait remplacée par un dispositif de suivi et de surveillance renforcé. En cas de rechute ou d'aggravation de la pathologie, le dispositif ALD serait à nouveau déclenché.

Adapter la prise en charge

Pour les patients en ALD, l'ensemble des produits ou prestations sont pris en charge à 100% l'Assurance Maladie dès lors qu'ils sont en lien avec la pathologie faisant l'objet de l'ALD, alors même que leur efficacité médicale peut être limitée au regard notamment du service médical rendu. Cette situation engendre non seulement un coût pour l'Assurance Maladie, mais peut également nuire à la qualité du parcours de soins en entretenant des usages de produits inadaptés.

A court terme, afin de renforcer la pertinence des prescriptions et de dépenses associées aux ALD, il pourrait être envisagé de ne plus permettre la prise en charge à 100 % des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas un tel niveau de remboursement – ou qui ne présentent pas de lien avec une ALD, par exemple les cures thermales qui seraient alors remboursées selon le droit commun pour tous les assurés y compris ceux qui bénéficient d'une exonération au titre d'une affection de longue durée.

Options possibles pour assurer la pérennité du dispositif des affections de longue durée

Afin de garantir la pérennité du dispositif ALD, au vu notamment de la dynamique des effectifs des assurés atteints de pathologies chroniques, l'Assurance Maladie relève qu'il est désormais nécessaire de réfléchir à son évolution, en faisant notamment évoluer les modalités de prise en charge des dépenses de santé des patients concernés. Assurer la pérennité de ce régime revient à sécuriser l'accès à des soins de qualité à l'ensemble des assurés atteints de pathologies chroniques, dont le nombre croît tendanciellement.

Assurer le remboursement intégral uniquement des soins définis sur une liste des actes et prestations (LAP) par pathologie

En 2022, une étude a montré que l'Assurance Maladie a indûment pris en charge 146,6 M€ de ticket modérateur au titre de médicaments, produits de la LPP et actes de biologie sont rapport avec l'ALD. Pour les médicaments, l'étude menée révèle que trois ALD – le diabète, les affections psychiatriques et les maladies coronaires – concentrent à elles seules 55 % des tickets modérateurs identifiables indûment pris en charge par l'Assurance Maladie.

Dans le cadre de l'exonération du ticket modérateur des assurés en ALD, les actes, prestations et traitements remboursables sont prévus par le protocole de soins selon les actes et prestations pour les ALD (APALD) de la HAS. Tel qu'indiqué par la mission IGF-IGAS, la mise en place d'une liste limitative d'actes et de prestations remboursables pour chaque ALD peut être une piste envisageable d'évolution des ALD. Cette mise en place requiert une revue des articles R. 160-71 et R. 160-11 du code de la sécurité sociale (CSS) ainsi qu'une actualisation des APALD afin de les rendre opposables en limitant le remboursement à une liste précise. Selon les estimations basées sur le montant des indus en raison du non-respect de l'ordonnance bizonne pour les médicaments, une telle réforme pourrait générer une économie de 146,6 millions d'euros.

Toutefois, cette mesure présente certaines difficultés de mise en œuvre non négligeables, soulignées par la mission. Tout d'abord, cette mesure n'est pas applicable à l'ensemble du champ des ALD et ne concernerait que celles pour lesquelles les référentiels HAS existent déjà. Ensuite, celle-ci nécessiterait une grande implication de la HAS en amont dans l'actualisation des APALD dans une dynamique de liste limitative et en aval dans la revue régulière de ceux-ci. D'autre part, l'intégration de la liste dans les systèmes d'information nécessite des transformations informatiques importantes : une actualisation dans les logiciels médicaux d'aide à la prescription pour les médecins, une intégration dans les logiciels pharmaceutiques pour un contrôle de l'exonération du ticket modérateur ainsi que des évolutions informatiques internes à l'Assurance Maladie pour assurer le contrôle. Enfin, la sous-déclaration des personnes en situation de poly-ALD (non déclaration d'une nouvelle ALD lorsque l'assuré bénéficie déjà d'une ALD) présente un obstacle à la mise en place de cette mesure ; pour faire face à cette sous-déclaration, il conviendrait de renforcer l'information des médecins pour en réduire l'ampleur.

Néanmoins, une telle mesure permettrait une gestion plus durable du régime des ALD, en faisant correspondre davantage les exonérations de ticket modérateur avec les traitements validés médicalement et les plus coûteux.

Aussi, l'Assurance Maladie propose d'inscrire au programme de travail de la HAS la définition d'une liste spécifique et opposable à chaque ALD.

Créer un nouveau statut pour identifier le plus tôt possible les patients chroniques à risque d'ALD pour leur apporter une réponse précoce et préventive.

La définition d'un parcours de prise en charge des pathologies chroniques gradués en fonction des situations est une proposition de la Haute Autorité de Santé datant de 2007.

Actuellement, les ALD sont listées par groupe de pathologies et dépendent peu de l'intensité des soins nécessaires au traitement de la maladie. De surcroît, un certain nombre de pathologies ne relèvent pas du statut d'ALD alors même qu'elles présentent un facteur majeur de chronicisation (HTA, obésité, etc.).

L'Assurance Maladie souhaiterait en conséquence créer un nouveau statut, en amont de l'ALD, visant à identifier et accompagner le plus tôt possible les patients chroniques. Ces patients pourraient bénéficier d'un panier de soins adapté et d'un accompagnement spécifique de l'Assurance Maladie et des professionnels de santé (aller-vers, information ciblée, etc.).

La mesure consisterait essentiellement en la mise en place d'un statut supplémentaire entre la prise en charge dans les conditions du droit commun et du régime ALD. Un statut de « risque chronique » serait créé et constitué au moment du diagnostic par le médecin traitant d'une hypertension artérielle, d'une obésité, d'un risque cardiovasculaire, d'une hypercholestérolémie, ou d'un diabète de type 2 sans comorbidité. La mise en place d'un régime de prévention renforcé, non exonéré du ticket modérateur, permettrait de poursuivre l'objectif de renforcer le virage préventif et d'améliorer la prise en charge précoce des pathologies chroniques. Ce statut serait déclaré par le médecin traitant pour des patients présentant des facteurs de risque majeurs ou des pathologies d'aggravation progressive comme le diabète, l'hypertension artérielle non compliquée (bien que retirée de la liste des ALD 30 en 2011), l'obésité ou encore les dyslipidémies. L'objectif serait de structurer un accompagnement précoce et ciblé afin d'éviter la progression vers une ALD reconnue et réduire les complications à long terme. En pratique, les médecins identifiant un patient éligible, selon des référentiels précis par pathologie, renseigneraient ce statut via une déclaration simple. Cette dernière déclencherait l'accès à un ensemble de services et de soins adaptés : programmes d'éducation thérapeutique, bilan diététique ou bilan d'activité physique adaptée remboursés, voire un soutien psychologique si nécessaire. L'Assurance Maladie serait également en mesure de déployer un certain nombre de ses outils (information ciblée, accompagnement Sophia, aller-vers pour les dépistages et à la vaccination, etc.).

Le dispositif ALD tel qu'il existe actuellement perdurerait. La prise en charge à 100 % par l'AMO serait garantie dès lors que le patient franchirait une étape dans les complications de sa pathologie, devenant alors inévitablement longue, coûteuse et impliquant un fort recours au système de santé, conformément à l'objet même du dispositif de l'ALD.

Dans ce schéma, les associations de patients et les sociétés savantes pourraient être sollicitées pour déterminer, pathologie par pathologie, la gradation de la prise en charge médicale et financière.

La mise en place d'un parcours de prise en charge des pathologies chroniques, associé à des prestations opposables spécifiques, permettrait d'attribuer un financement plus proportionnel à la sévérité de l'affection. Ce mécanisme faciliterait l'ajustement des actes et traitements pris en charge en fonction de l'évolution de l'état de santé des assurés.

Pour certaines pathologies d'aggravation progressive comme le diabète, une telle évolution favoriserait de surcroît une prise en charge plus précoce et adaptée, permettant de déployer auprès de ces personnes des parcours axés sur la prévention et réduisant les risques de complications graves et de coûts de santé ultérieurs. Pour d'autres pathologies débutant de manière « aiguë », le parcours permettra d'emblée la prise en charge des dépenses de soins curatives afférentes au traitement de la maladie pour ensuite, en phase de rémission ou de guérison se déployer sur la surveillance et le suivi.

Proposition 20 : Sécuriser le parcours de prévention tertiaire des personnes souffrant de pathologies chroniques (éducation thérapeutique, Sophia 2.0, télésurveillance, APA) et assurer une surveillance populationnelle possiblement portée par les établissements de santé pour les patients non stabilisés, avec un financement incitatif (sur le modèle de l'expérimentation « article 51 » CECICS).

Proposition 21 : Mettre en place une gestion plus dynamique des entrées et des sorties du dispositif des ALD :

- *Améliorer l'accompagnement des patients à leur entrée dans le dispositif ALD via un parcours de prévention et d'information renforcées destiné à éviter, du moins à retarder, l'aggravation de la pathologie (Sophia 2.0, Mon Espace Santé, etc.).*
- *Evaluer régulièrement la consommation de soins des personnes bénéficiant du dispositif afin de réévaluer l'exonération pour les personnes en situation de guérison ou de rémission de certaines pathologies (cancers en phase de rémission, certaines affections cardio-vasculaires après une période active de soins lorsque la personne se retrouve sans incapacité), remplacé par un dispositif de suivi et surveillance renforcée. En cas de rechute ou d'aggravation de la pathologie, le dispositif ALD serait à nouveau déclenché*

Proposition 22 : Ne plus permettre la prise en charge à 100 % des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas ce remboursement intégral (par exemple cures thermales).

Options* sur la prise en charge des pathologies chroniques

- **Définir une liste de soins spécifiques et opposables à chaque ALD**
- **Créer un statut supplémentaire en amont de l'ALD**
 - *Créer un statut de « risque chronique » au moment du diagnostic par le médecin traitant d'une HTA, d'une obésité, d'un risque cardiovasculaire, d'une hypercholestérolémie, ou d'un diabète de type 2 sans comorbidité. Ce statut doit permettre la mise en place d'un parcours de prévention adapté pour éviter ou retarder l'aggravation de la pathologie (par ex : bilan diététique, bilan activité physique, éducation thérapeutique, accompagnement Mon soutien psy) avec une prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire de droit commun évitant la chronicisation et le développement de comorbidités.*
 - *Recentrer le statut ALD et la prise en charge à 100 % par l'AMO lorsque le patient passe une étape dans sa maladie qui deviendra inévitablement longue et coûteuse, avec un fort recours au système de santé.*

Dans ce schéma, les associations de patients et les sociétés savantes pourraient déterminer, pathologie par pathologie, la gradation de la prise en charge médicale et financière en lien avec la HAS.

*** Options : il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport**

3 Les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie : vers un système plus juste, plus lisible et plus efficient

Entre 2019 et 2023, les indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ont connu une hausse significative de 27,9 %, s'ajoutant à une augmentation de 28,9 % entre 2010 et 2019 soit une dépense de 10,2 Md€ au titre de l'indemnisation des arrêts maladie des salariés du secteur privé et des contractuels de la fonction publique, 4,1 Md€ pour les arrêts pour accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et 2,7 Md€ pour les dépenses consacrées aux congés maternité et d'adoption. Cette accélération, avec une croissance annuelle moyenne passant de 2,9 % à 6,3 %, est portée par des facteurs structurels et conjoncturels, notamment l'augmentation de l'emploi, le vieillissement de la population active, la hausse des salaires ou encore la situation épidémiologique. Cependant, 40 % de cette progression reste inexpliquée par ces déterminants et sont portés par une augmentation de la sinistralité à âge donné, c'est-à-dire une hausse de la fréquence et de la durée des arrêts.

La réglementation dense et spécifique à chaque statut de travailleur entraîne un manque de lisibilité à la fois pour les salariés et les employeurs. Les conditions d'ouverture de droits et les modalités de calcul des indemnités journalières varient considérablement selon la catégorie de travailleur (salarié, indépendant...), ajoutant une complexité supplémentaire. Celle-ci se traduit par des différences de traitement entre assurés, exacerbées par les disparités dans la couverture prévoyance offerte par les employeurs à leurs salariés. Les grandes entreprises sont par exemple plus susceptibles de couvrir les jours de carence ou d'assurer un maintien de salaire que les petites entreprises créant de fait des inégalités de traitement entre les salariés. Par ailleurs, les règles actuelles notamment autour de la prescription n'assurent pas toujours un suivi adapté à la pathologie des assurés en arrêt. Il semble ainsi nécessaire d'étudier la mise en œuvre d'un système plus juste et plus soutenable permettant un suivi efficient des personnes en arrêt.

3.1 Un système complexe de prise en charge générant une dépense croissante

3.1.1 Une dynamique croissante de la dépense des indemnités journalières

40 % de la dynamique des indemnités journalières entre 2019 et 2023 s'explique par une hausse du recours aux arrêts maladie

Le montant total des indemnités journalières maladie – hors indemnités journalières dérogatoires liées au Covid-19 – a connu une hausse de 28,9 % entre 2010 et 2019, puis de 27,9 % entre 2019 et 2023. Cette évolution traduit une accélération notable, avec une croissance annuelle moyenne passée de 2,9 % sur la première période à 6,3 % sur la seconde, soit un écart de 3,5 points.

Plusieurs facteurs expliquent cette augmentation des montants indemnisés. Outre les fluctuations de court terme liées à la situation épidémiologique, les dépenses d'indemnités journalières présentent un caractère procyclique à la conjoncture économique, c'est-à-dire qu'elles tendent à augmenter lorsque le chômage recule et que les salaires progressent.

Cependant, au-delà de ces effets conjoncturels, on observe une dynamique de croissance structurelle des arrêts maladie. Celle-ci s'explique principalement par la hausse du nombre de personnes en emploi et le vieillissement de la population active, mais d'autres facteurs entrent également en jeu comme la déformation de la structure d'âge de la population salariée et bénéficiaire d'indemnités journalières et le taux de recours aux indemnités journalières par âge donné.

L'analyse faite sur une longue période permet d'isoler certains de ces effets :

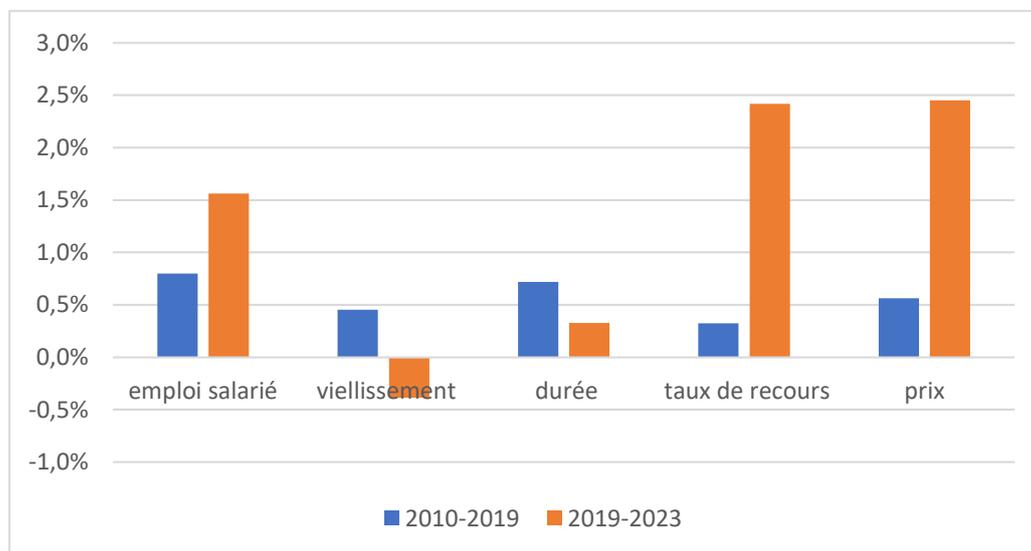
- La croissance de l'emploi salarié, d'abord, s'est accélérée récemment : +1,5 % par an entre 2019 et 2023, contre +0,8 % entre 2010 et 2019. Cette dynamique, particulièrement marquée aux extrémités de la pyramide des âges, explique 28 % de la hausse observée sur la première période et 25 % sur la seconde.
- La structure par âge de la population salariée et des bénéficiaires d'indemnités journalières a également joué un rôle. Entre 2010 et 2019, son vieillissement a contribué pour 16 % à la hausse des dépenses. En revanche, entre 2019 et 2023, l'effet est négatif (-6 %), en raison d'une forte augmentation de l'emploi chez les plus jeunes.

- Le montant journalier moyen des indemnités journalières, passé de 31 euros en 2010 à 33 euros en 2019, puis à 36 euros en 2023, a fortement contribué à la hausse. Il représente 20 % de l'évolution sur la période 2010-2019 et 39 % entre 2019 et 2023, soit à lui seul 1,9 point des 3,5 points d'accélération.

Au total, les facteurs économiques (notamment la hausse des salaires) et démographiques expliquent environ 60 % de la progression des dépenses d'indemnités journalières sur la période récente : 64 % entre 2010 et 2019, et 57 % entre 2019 et 2023 (cf. Figure 39).

Les 40 % restants s'expliquent par une hausse de la sinistralité à âge donné, c'est-à-dire une augmentation de la fréquence ou de la durée des arrêts à caractéristiques démographiques équivalentes (âge et sexe). Cette tendance repose à la fois sur un allongement de la durée moyenne des arrêts et sur une hausse de la proportion de personnes indemnisées à âge identique. Les causes précises de cette progression de la sinistralité restent difficiles à cerner, et encore plus à quantifier. Elle pourrait être liée à une dégradation des conditions de travail. En effet, ces dernières années, l'exposition à des pénibilités physiques (Mauroux et al., 2021 ; Algava et Nass, 2023 ; Havet et Penot, 2021) et à des contraintes psychosociales (Havet et Penot, 2023) – toutes deux fortement associées aux arrêts de travail (Inan, 2013 ; Pollak, 2015 ; Havet et Plantier, 2023) – a augmenté. Un autre facteur concerne les arrêts de travail non justifiés, comme le révèlent les contrôles réalisés par le service médical de l'Assurance Maladie auprès des assurés et des prescripteurs. Plus généralement, les causes sont multifactorielles, incluant, au-delà des conditions de travail et des facteurs de pénibilité, des déterminants économiques comme la précarité, des disparités territoriales avec des inégalités d'accès aux soins, ainsi que des profils de prescripteurs très variés, avec parfois des comportements de surprescriptions.

Figure 39 : Facteurs explicatifs de la croissance des indemnités journalières maladie

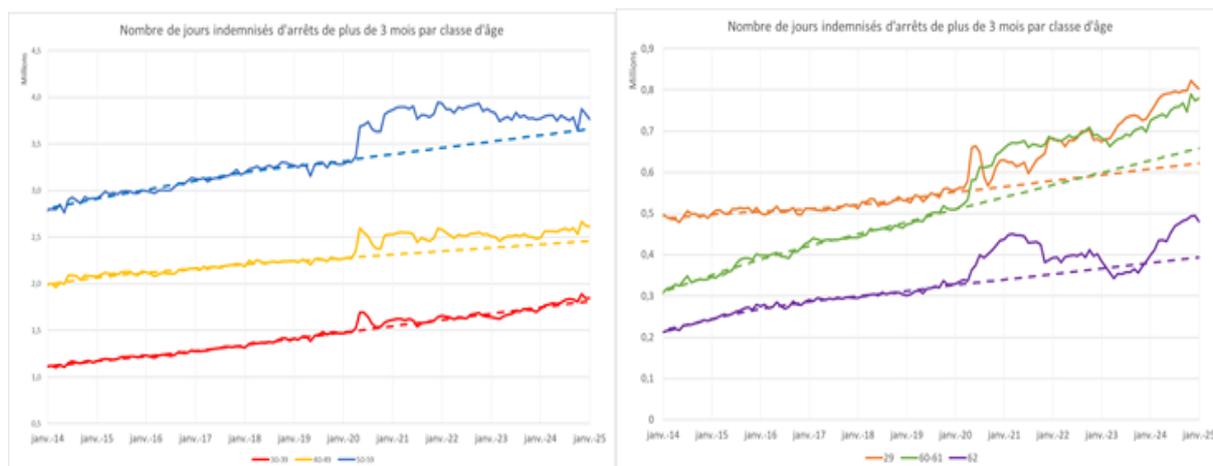


Lecture : entre 2019 et 2023, la hausse du taux de recours à âge donné contribue pour 2,4 points sur les 6,3 points d'augmentation de la dépense, soit 38%. L'augmentation du nombre d'indemnités journalières à âge donné contribue pour 0,3 point sur 6,3, soit 5%.
Champ > Régime général hors travailleurs indépendants, France. Source : SNDS

Pour illustrer la hausse du recours, le nombre de jours indemnisés d'arrêts de plus de 3 mois pour les bénéficiaires avec une décomposition par tranche d'âge a été analysé (cf. Figure 40) :

- Concernant les tranches d'âge intermédiaires (graphique à gauche), l'année 2024 est une année classique pour la classe d'âge 30-59 car les durées d'arrêts reviennent sur leur tendance de long terme (droite en pointillé).
- Pour les âges extrêmes (graphique à droite), les courbes se sont éloignées de leurs tendances historiques respectives.
- En 2024, les tranches extrêmes (moins de 29 ans et plus de 60 ans) représentent 20% des jours indemnisés pour les indemnités journalières de plus de 3 mois. En revanche, leur contribution à la croissance du nombre de jours indemnisés est de 53%.

Figure 40 : Nombre de jours indemnisés d'arrêts de plus de trois mois par âge (30-39, 40-49, 50-59 ans à gauche, 29, 60-61, 62 ans à droite)

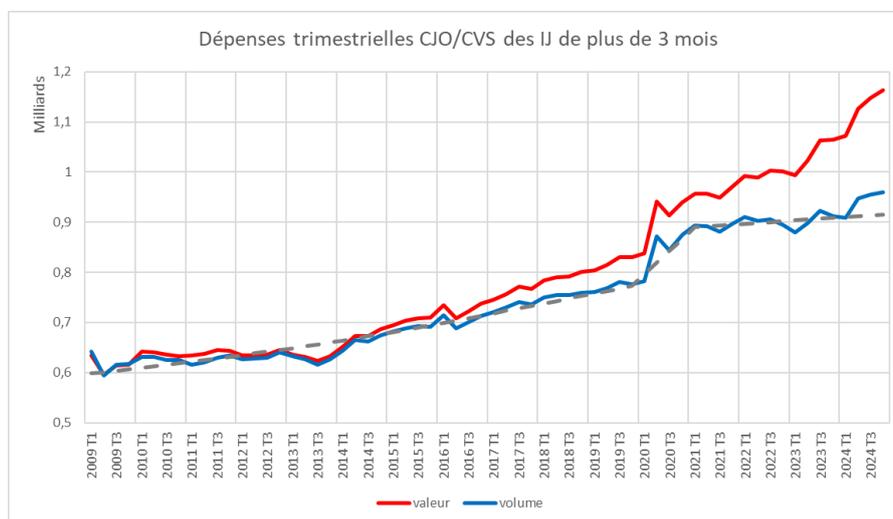


Source : SNDS, traitement CNAM

Une dynamique portée par les arrêts longs

Les arrêts de travail de plus de trois mois ont connu une augmentation significative au début de la crise sanitaire en 2020, puis se sont stabilisés entre 2020 et 2023 avant de connaître à nouveau une reprise significative de la dynamique en 2024. Parallèlement, le montant moyen des indemnités journalières pour les arrêts de plus de trois mois a augmenté de manière notable en raison des revalorisations exceptionnelles du SMIC depuis 2021. En ce qui concerne les arrêts de moins de trois mois, ils sont également influencés par les hausses de salaires. Cependant, contrairement aux indemnités journalières de plus de trois mois, la croissance des volumes pour ces arrêts est relativement faible (+1,1 %), après avoir connu une dynamique très forte pendant la crise sanitaire.

Figure 41 - Dépenses trimestrielles des indemnités journalières de plus de trois mois en volume et en valeur corrigé des jours ouvrés et des variations saisonnières



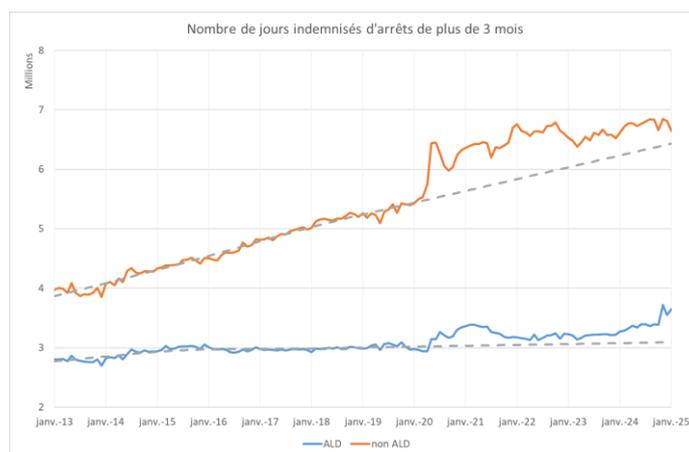
Note de lecture : la courbe rouge représente les montants dépensés par l'assurance maladie pour les indemnités journalières de plus de trois mois corrigé des fluctuations saisonnières(CVS) et des effets de calendrier (CJO). La courbe bleue représente le volume des indemnités journalières de plus de trois mois, c'est-à-dire corrigé des hausses de salaire.

Source : SNDS

Une dynamique portée par les assurés qui ne sont pas en ALD à la différence des remboursements de soins

A la différence des remboursements de soins, la croissance des indemnités journalières de plus de 3 mois est principalement portée par des personnes qui ne souffrent pas d'une affection de longue durée. En effet, en 2013 le nombre de jours indemnisés des personnes en ALD représentait 40% des indemnités journalières contre 33% en 2024. On constate que le nombre de jours indemnisés a fortement augmenté durant la crise COVID. En 2024, le nombre de jours indemnisés reste supérieur à la tendance d'avant crise sanitaire (cf. Figure 42).

Figure 42 : Nombre de jours indemnisés en fonction du statut de l'assuré vis-à-vis de l'exonération au titre d'une affection de longue durée



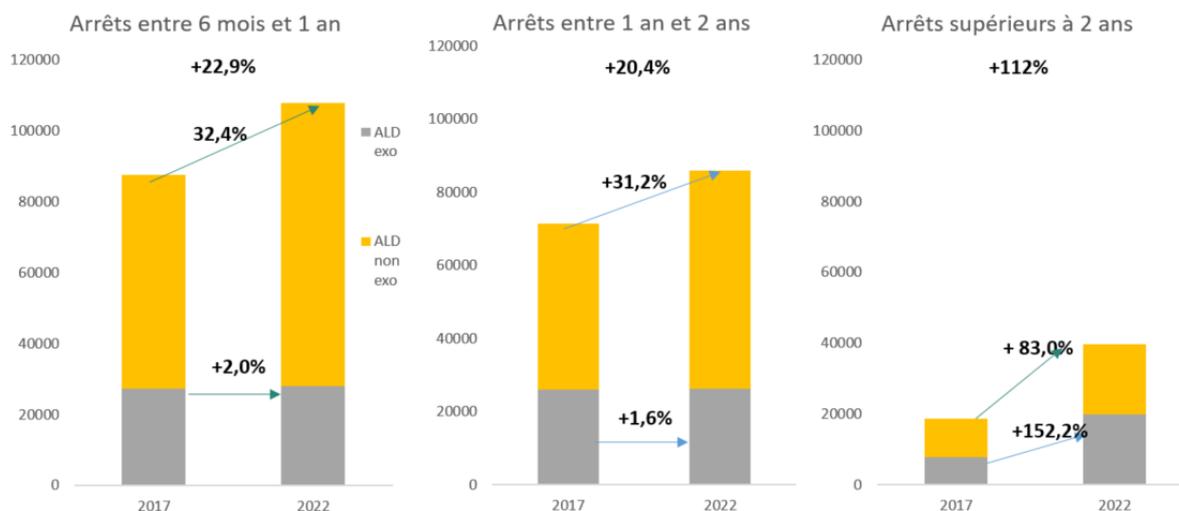
Source : SNDS

Ce dynamisme observé pour les arrêts sans lien avec une affection de longue durée est lié à l'existence d'un dispositif dérogatoire parallèle au dispositif prévu pour les personnes qui souffrent d'une affection de longue durée. En effet, lorsqu'une personne est reconnue en affection de longue durée (ALD), son protocole de soins définit la durée des soins dont elle pourra bénéficier afin d'assurer le suivi médical du patient et ce, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé (HAS). Cette durée s'inscrit au sein d'une période maximale de 3 ans d'indemnisation des arrêts de travail prescrits au titre de la pathologie concernée.

Pour les pathologies ou les accidents ne relevant pas du régime des ALD, l'indemnisation par l'assurance maladie est plafonnée à 360 jours glissants sur 3 ans en cas d'arrêts de travail. En cas de soins continus de plus de 6 mois, l'assuré peut bénéficier d'un déplafonnement des indemnités journalières sur une période de trois ans au lieu des 360 jours glissants sur 3 ans. Ce dispositif est appelé « ALD non exonérante » car contrairement au système des ALD, elle n'ouvre pas droit à une exonération du ticket modérateur des frais de santé. Les principales pathologies couvertes sont celles liées à la dépression légère (33% de ces situations) et aux troubles musculo-squelettiques (32%).

La sortie du dispositif d'indemnisation des arrêts de travail liés à une « ALD non exonérante » peut être le fait d'une reprise spontanée du travail de l'assuré ou d'un arrêt par le service médical ayant constaté soit une aptitude au travail, soit une incapacité stabilisée pouvant conduire à une indemnisation au titre de l'invalidité. Les dépenses d'indemnités journalières liées à des soins continus de plus de 6 mois (ALD non exonérante) représentent, en 2023, 3 fois celles des personnes en affection de longue durée : 3,17Md€ pour 401 000 arrêts. Le nombre d'arrêts concernés augmentent chaque année de plus de 6,4% alors que ceux des ALD n'ont augmenté que de 0,9% par an (cf. Figure 43).

Figure 43 : Croissance des arrêts en ALD et en ALD dite non exonérante entre 2017 et 2022



3.1.2 Une prise en charge complexe qui ne garantit pas une homogénéité de traitement des assurés

Un système complexe de prise en charge : conditions d'ouverture de droits et modalités de calcul de l'indemnisation des jours d'arrêt de travail

La complexité de la réglementation relative à l'ouverture du droit aux indemnités journalières et à leur calcul peut parfois entraîner des retards dans le versement des indemnités, une insatisfaction des bénéficiaires et un manque de lisibilité pour les assurés. Cette grande complexité s'explique notamment par les situations de vie multiples des assurés mais également par une réglementation dense, spécifique à chaque statut de travailleur.

En effet, l'appréciation des conditions d'ouverture de droit et le calcul des indemnités journalières reposent sur une assiette de revenus plafonnée, établie sur une période de référence et sur une condition d'affiliation qui sont propres à chaque public (salarié ou assimilé, profession libérale, artisan commerçant, artiste-auteur etc.), ce qui implique une gestion différenciée et adaptée selon la situation, notamment pour les travailleurs poly-actifs qui sont de plus en plus nombreux.

Le processus de demande et de gestion des indemnités journalières est donc complexe et chronophage, tant pour les bénéficiaires que pour les caisses. En effet, le processus permettant le versement des indemnités journalières maladies constitue le plus important en termes de ressources dédiées au sein des caisses de l'Assurance Maladie.

Les différences de conditions d'ouverture de droits et de calcul des indemnités journalières conduisent de facto à une différence de traitement entre assurés qui peuvent être justifiées au regard de la différence de situation des travailleurs ou s'expliquer par la construction dans le temps de ces prestations. Ces différences concernent les droits couverts par l'assurance maladie et peuvent également s'accroître avec la couverture complémentaire de l'employeur, le statut du salarié ou l'entreprise concernée.

En effet, la réglementation relative aux conditions d'ouverture de droits et de calcul des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie peut évoluer pour les salariés en fonction du nombre d'heures travaillées, l'assiette de cotisation ou encore la durée d'affiliation. La réglementation prévoit également des régimes spécifiques pour les travailleurs indépendants, les praticiens, auxiliaires médicaux conventionnés et leurs conjoints collaborateurs. Les modalités d'attribution d'indemnités journalières maladie et leurs modalités de calcul s'avèrent particulièrement complexes à mettre en œuvre.

Tableau 15 : Conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie et calcul de l'indemnité journalière maladie

Conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie

			Nb heures / Assiette de cotisations	Période de référence
Travailleurs salariés	<i>Arrêt < à 6 mois</i>	Condition de cotisations	1015 SMIC horaire	6 mois
		Conditions d'heures travaillées	150 heures	3 mois
	<i>Arrêt > à 6 mois</i>	Condition de cotisations	2030 SMIC horaire	12 mois
		Conditions d'heures travaillées	600 heures	12 mois / 365 jours
Travailleurs indépendants (artisans commerçants, professions libérales)		Condition d'affiliation	12 mois	
		Condition d'affiliation	12 mois	

Calcul de l'indemnité journalière maladie

	Assiette de revenus	Plafond appliqué aux revenus	Période de référence	Montant de l'IJ
Travailleurs salariés	Revenus bruts	1,4 SMIC (plafond mensuel)	3 mois ou 12 mois pour les professions à caractère discontinu	Revenus antérieurs / 91,25 / 2 Ou Revenus antérieurs / 365 / 2
Travailleurs indépendants : Artisan-commerçant	Moyenne des revenus ayant servi de base au calcul des cotisations	Plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) en vigueur à la date de l'arrêt de travail	3 dernières années civiles	RAAM plafonné au PASS en vigueur / 365 / 2 Si RAAM < seuil de contributivité = IJ nulle
Travailleurs indépendants : Profession libérale	acquittées = RAAM (revenu d'activité annuel moyen)	Plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) en vigueur à la date de l'arrêt de travail X 3	Seuil de contributivité : 10 % de la moyenne des plafonds annuels de la sécurité sociale des trois années précédentes	RAAM plafonné à 3 PASS en vigueur / 365 / 2 Si RAAM < seuil de contributivité = IJ nulle

Il est à noter que des modalités d'appréciation des conditions d'ouverture de droits et de calcul spécifiques s'appliquent également à certains publics : artistes-auteurs, intermittents du spectacles, journalistes-pigistes, autres assimilés salariés, conjoints collaborateurs... ajoutant de la complexité au traitement des indemnités journalières. Par ailleurs, un assuré peut relever de plusieurs activités

A noter que seules les règles relatives aux indemnités journalières maladie sont mentionnées ici. Les règles qui s'appliquent à la maternité ou risques professionnels sont encore différentes.

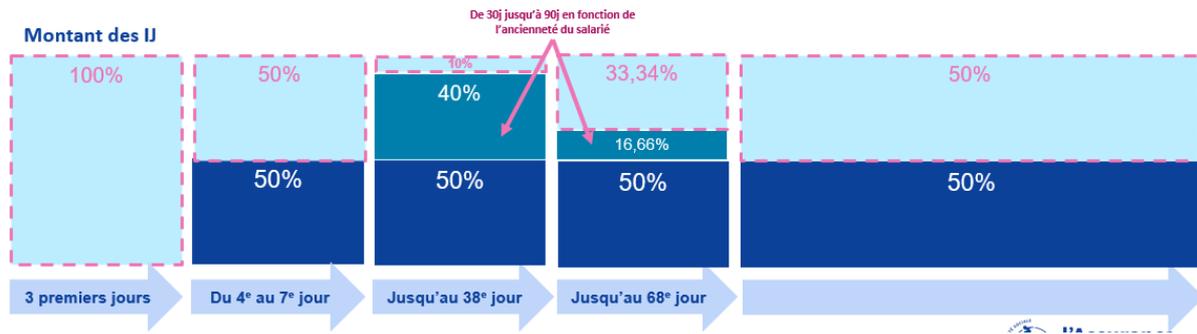
Une hétérogénéité de traitement entre assurés notamment en lien avec les différences de prise en charge entre entreprises dans le cadre des contrats de prévoyance

La hausse des arrêts de travail a un impact significatif sur les entreprises tant sur le plan financier qu'organisationnel. Pour les salariés bénéficiant de la loi de mensualisation, l'employeur est tenu¹⁵⁴ de verser un complément à celui de l'assurance maladie (50% du salaire plafonné) à compter du 8e jour d'arrêt pour atteindre 90 % du salaire brut les 30 premiers jours puis 66 % les 30 jours suivants pour les salariés justifiant d'une année d'ancienneté (cf.).

Indépendamment de cette obligation, la convention collective des cadres de 1947 reprise par l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la prévoyance des cadres du 17 novembre 2017 a créé un régime complémentaire obligatoire qui prévoit le versement par l'employeur d'une cotisation au titre d'une prévoyance complémentaire. Cette cotisation est égale à 1,5 % du salaire du cadre, limité à la première tranche de revenu (Plafond Annuel de la Sécurité Sociale). Les garanties couvertes peuvent concerner le décès, l'invalidité ou les arrêts de travail. Dans ce cadre, l'entreprise peut être amenée à couvrir les trois premiers jours de carence et/ou le complément employeur sur une durée plus longue que celle imposée par la réglementation. L'enquête protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2009, révélait que pour plus de 80% des salariés, la prise en charge était totale au 4e jour et au 7e jour. L'enquête PSCE de 2017 précisait que 2/3 des salariés travaillaient dans un établissement dans lequel l'employeur prenait en charge les trois premiers jours de carence avec des variations selon la catégorie socioprofessionnelle, le type de contrat de travail ou la taille des entreprises. Par exemple, 84% des établissements de plus de 500 salariés prennent en charge les jours de carence alors que moins de 40% des établissements de moins de 10 salariés proposent cette couverture.

¹⁵⁴ Loi de mensualisation du 19 Janvier 1978 qui prévoit le maintien en tout ou partie du salaire en cas d'arrêt maladie. En sont exclus : les travailleurs à domicile, les saisonniers, les intermittents et intérimaires.

Figure 44 : Schéma d'indemnisation dans le cadre de la loi de mensualisation



En 2023, les compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, entreprises d'assurances et institutions de prévoyance – ont représenté 6,7 Md€ en hausse de +2,5% après une hausse de 3,4% en 2022. Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux, les mutuelles sont le premier acteur parmi les organismes complémentaires ; pour les indemnités journalières, elles représentent toutefois 10 % des versements des OC, tandis que les entreprises d'assurances versent 59 % du montant. Cette structure de financement par famille d'OC est globalement stable depuis 2012.

Tableau 16: Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires

	2013	2019	2020	2021	2022	2023
Mutuelles	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6
Entreprises d'assurances	3,1	3,3	3,7	3,5	3,7	4,0
Institutions de prévoyance	1,6	1,9	2,1	2,2	2,2	2,1
Ensemble (en milliards d'euros)	5,2	5,7	6,4	6,3	6,6	6,7
Évolution (en %)	2,4	1,9	12,1	-0,5	3,4	2,5

Source : DREES, comptes de la santé

3.1.3 Des modalités de prescriptions qui ne permettent pas toujours d'assurer un suivi de qualité du patient

Les caractéristiques des prescripteurs des arrêts maladie

En 2023, les principaux prescripteurs d'arrêts maladie sont les médecins libéraux (généralistes : 74% et spécialistes : 10%), devant les médecins salariés des établissements de santé (13%). Cette donnée est stable depuis plusieurs années.

Tableau 17 : Lieu d'exercice des prescripteurs des arrêts maladie entre 2019 et 2023

Nombre de prescriptions d'arrêt ayant donné lieu à indemnisation						
Année de prescription	N (en millions)	Libéraux*	dont généralistes libéraux	et dont spécialistes libéraux	Salariés de centres de santé	Salariés d'établissements (hors centres de santé)
2019	14,2	85 %	74 %	11 %	1 %	13 %
2020	16,4	88 %	79 %	9 %	2 %	10 %
2021	15,3	86 %	76 %	10 %	2 %	12 %
2022	16,7	86 %	76 %	10 %	2 %	12 %
2023	16,1	85 %	74 %	10 %	2 %	13 %

Nombre de journées indemnisées associé						
Année de prescription	N (en millions)	Libéraux*	dont généralistes libéraux	et dont spécialistes libéraux	Salariés de centres de santé	Salariés d'établissements (hors centres de santé)
2019	261	83 %	67 %	17 %	1 %	15 %
2020	307	86 %	72 %	14 %	1 %	12 %
2021	302	85 %	69 %	15 %	2 %	13 %
2022	316	84 %	68 %	15 %	2 %	14 %
2023	316	83 %	66 %	16 %	2 %	14 %

* Les sages-femmes et les dentistes peuvent également prescrire des arrêts

Source : SNDS

Des durées de prescriptions parfois très longues et inadaptées pour un suivi pertinent des patients

Les durées prévues par les référentiels ne sont pas toujours celles prescrites et certaines prescriptions initiales dépassent une durée d'un mois d'arrêt maladie parfois incompatible avec un suivi pertinent de certaines pathologies. En 2024, 491 000 arrêts ont été prescrits en primo-prescription pour une durée supérieure à 33 jours, soit 3,3% de l'ensemble des arrêts en primo-prescription. Au sein des arrêts dématérialisés, on identifie 7,3 millions de prolongations d'arrêts et parmi ces prolongations 22% sont des prolongations de plus de 32 jours soit 1,2 millions d'arrêts. Qu'il s'agisse des arrêts initiaux ou des prolongations, les motifs majoritairement renseignés pour des durées supérieures à un mois correspondent à des syndromes dépressifs et à des troubles anxio-dépressifs mineurs, alors que la Haute autorité de santé (HAS) recommande un suivi médical régulier dans ces situations.

Cette situation de prescription d'arrêts pour de longues durées se retrouve également pour les personnes bénéficiant d'arrêts consécutifs de plus de 6 mois, dites « ALD non exonérantes » dont la prise en charge des indemnités journalières peut durer jusqu'à 3 ans. Le cadre actuel de prescription des indemnités journalières n'impose pas un suivi médical régulier de ces bénéficiaires (300 000 assurés) pourtant particulièrement concernés par les syndromes dépressifs (motif le plus fréquent).

Des durées d'arrêts qui ne respectent pas toujours celles préconisées par les référentiels

Depuis 2010, l'Assurance maladie met à disposition des fiches repères pour fournir une aide à la pratique du médecin et au dialogue avec le patient. Ces fiches mentionnent les durées indicatives d'arrêt de travail pour des situations cliniques particulières ou des pathologies courantes et en fonction du poste de travail occupé ou du type d'intervention (chirurgie lourde, soins ambulatoires...). Ces fiches sont élaborées avec le concours de la HAS et en collaboration étroite avec les experts des sociétés savantes. Elles tiennent compte des référentiels français existants en traumatologie principalement et étrangers (américain, espagnol, anglais) et s'appuient sur des données terrains *via* l'analyse des durées réelles prescrites par pathologie dans le SNIIRAM.

La majorité des 68 fiches réalisées¹⁵⁵ concerne des interventions chirurgicales mais également des pathologies ostéo-articulaires ou traumatiques.

Ces référentiels restent néanmoins non contraignants, ils représentent la durée selon laquelle la majorité des patients est en capacité de retourner au travail en dehors de complications particulières et sont fondés sur une approche populationnelle et non individuelle, chaque patient restant un cas singulier complexe à évaluer dans sa globalité. L'analyse des quatre principaux motifs d'arrêt maladie prescrits en 2023 montre que la majorité des arrêts dépassent les durées recommandées avec des écarts entre les patients et les prescripteurs très importants.

- Pour les troubles anxio-dépressifs mineurs (TADM) : Une large part d'arrêts dépasse la durée recommandée de 14 jours. Parmi les PS prescripteurs dépassant la durée recommandée (14 jours), 10% (3 015) ont prescrit des arrêts pour TADM de plus de 47,5 jours soit des durées incompatibles avec les recommandations de réévaluation précoce.
- Pour la lombalgie commune : Parmi les PS prescripteurs dépassant la durée recommandée, 10% (4 106) ont prescrit des arrêts pour lombalgie commune de plus de 26,3 jours contre 5 jours recommandés.
- Pour la sciatique : 13% des arrêts dépassent la durée recommandée de 35 jours. Parmi les PS prescripteurs dépassant la durée recommandée, 50% (2 984) ont prescrit des arrêts pour sciatique de plus de 59 jours et 10% (597) ont prescrit des arrêts pour sciatique de plus de 124 jours.
- Pour la tendinopathie de la coiffe des rotateurs : Parmi les PS prescripteurs dépassant la durée recommandée, 10% (1 395) ont prescrit des arrêts pour tendinopathie de la coiffe des rotateurs de plus de 130 jours alors que la durée la plus haute recommandée est de 21 jours sans chirurgie et de 90 jours s'il y a eu chirurgie.

Figure 45 – durée moyenne par décile - TADM

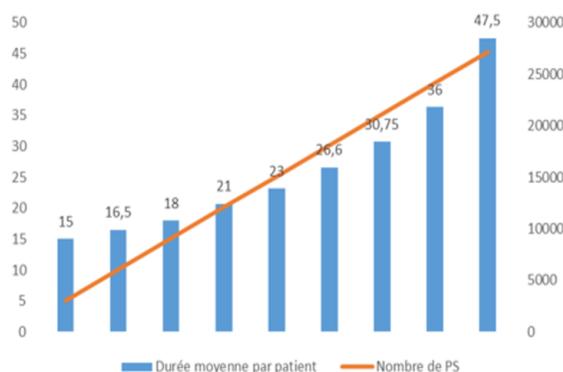
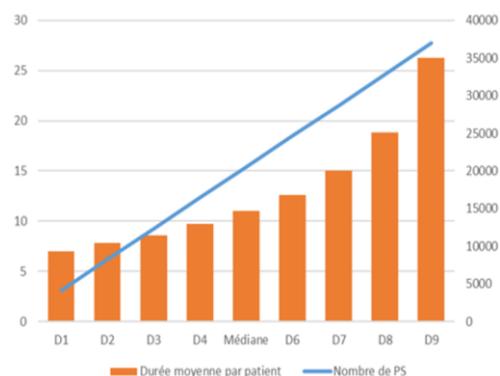


Figure 46 - Durée moyenne par décile - Lombalgie commune



¹⁵⁵<https://www.ameli.fr/bouches-du-rhone/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/arrêt-de-travail/prescription-ou-renouvellement-d-un-arrêt-de-travail>

Figure 47 - Durée moyenne par décile - Sciatique

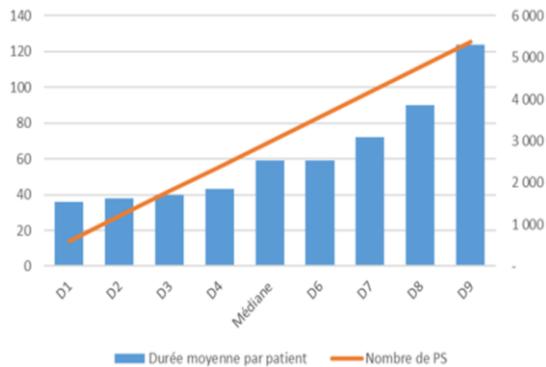
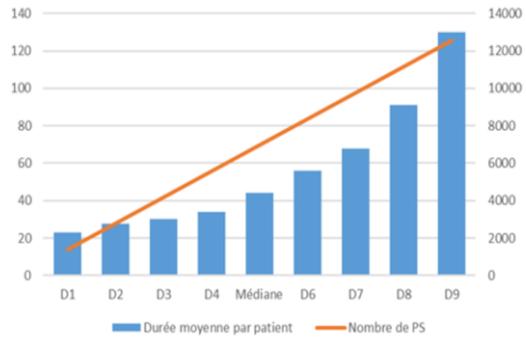


Figure 48 - durée moyenne par décile - Tendinopathie de la coiffe des rotateurs



3.2 Faire évoluer le système d'indemnisation des arrêts de travail afin de garantir une prise en charge juste, équitable et efficace

3.2.1 Une simplification des conditions d'ouverture de droits et des règles de calcul des indemnités journalières contribuerait à une meilleure lisibilité du système

En 2023, l'IGAS, dans son rapport d'évaluation de la COG 2018-2022 de la CNAM, préconisait déjà de « simplifier la réglementation d'une part en harmonisant la période de référence à 12 mois et les assiettes sur le salaire brut pour le calcul des IJ entre les différents régimes et risques et d'autre part en poursuivant l'instruction des mesures d'harmonisation et de simplification réglementaires [...] ».

Les règles relatives aux conditions d'ouverture de droit ou au calcul des indemnités journalières sont le résultat de l'évolution de la réglementation au fur et à mesure du temps. Elle a permis de définir de façon de plus en plus précise la règle applicable au plus près de chaque situation mais parallèlement elle a rendu le système difficilement compréhensible pour une personne qui n'est pas experte du sujet.

Cette multitude de règles emporte également d'autres conséquences et notamment des délais de traitement allongés pour tenir compte de chaque spécificité, ce qui peut dégrader le service rendu à l'assuré, génère par ailleurs une charge supplémentaire pour les caisses d'assurance maladie et peut entraîner un traitement différencié des travailleurs qui ne sont pas toujours justifiés et qui peuvent être interrogés en termes d'équité.

Aussi, il pourrait être étudié une simplification des règles d'attribution et de calcul des indemnités journalières, afin de rendre le système plus lisible pour les assurés, de simplifier la gestion du dispositif pour les entreprises, d'alléger le traitement des dossiers pas les caisses pour assurer une plus grande rapidité dans l'expertise des droits.

Afin de simplifier ce cadre, plusieurs pistes ont déjà été évoquées et mériteraient d'être expertisées, parmi lesquelles, figurent par exemple, la mise en cohérence des périodes de référence pour l'appréciation des conditions de cotisations ou d'heures travaillées pour les salariés. Aujourd'hui ces conditions s'apprécient respectivement sur 6 mois pour la condition de cotisations (1015 SMIC) ou 3 mois pour la condition d'heures travaillées (150 heures). Elles pourraient être assouplies et harmonisées pour ne retenir qu'une période de manière à faciliter l'étude des droits des salariés.

Une autre simplification pourrait consister à calculer le montant de l'indemnité journalière maladie sur la base d'une période de référence qui serait limitée au dernier employeur permettant de calculer le revenu de remplacement au plus près du dernier salaire perçu. La liquidation en serait simplifiée pour les caisses qui n'auraient plus à rechercher des salaires perçus chez les employeurs précédents en cas d'employeurs successifs sur la période considérée.

L'Assurance maladie pourra apporter sa contribution aux éventuels travaux visant à instaurer une plus grande simplicité des règles et à améliorer la lisibilité du dispositif pour les assurés tout en veillant à favoriser une équité de traitement entre les différentes catégories de travailleurs.

3.2.2 La prise en charge du revenu de remplacement des salariés en cas d'arrêt de travail pourrait tendre vers un système plus équitable

La prise en charge du revenu de remplacement perçu par le salarié peut différer selon sa catégorie ou l'entreprise où il exerce son activité professionnelle. Cette situation résulte de plusieurs facteurs.

La loi de mensualisation

Dans le cadre de la loi de mensualisation, le complément versé par l'employeur en sus des indemnités journalières couvertes par l'assurance maladie dépend de son ancienneté. Les durées d'indemnisation sont augmentées de 10 jours par période de 5 ans d'ancienneté. Ainsi, une personne présente depuis 6 mois dans l'entreprise, n'aura pas de complément, celle embauchée depuis plus de 2 ans pourra bénéficier des compléments pendant 60 jours (2 x 30 jours) et celle présente depuis plus de 31 ans, disposera au maximum de 180 jours (2 x 90 jours).

Parallèlement les salariés dont l'activité est discontinuée ne bénéficient pas de ce complément sauf si l'employeur, la convention collective ou l'accord de branche prévoit une indemnité au moins équivalente.

Ce système créé en 1978 et accessible aux seuls salariés « mensualisés » ne paraît plus vraiment adapté à l'activité des salariés qui sont désormais beaucoup plus mobiles et ne réalisent plus l'ensemble de leur carrière au sein de la même entreprise.

En vue de favoriser une plus grande équité de traitement pour les salariés quelle que soit la catégorie de salarié concerné (salariés travaillant à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux salariés temporaires), un élargissement de la protection offerte par cette loi pourrait être étudiée pour l'ensemble des salariés et indépendamment de toute notion de mensualisation.

Vers une plus grande équité des garanties offertes aux salariés par les entreprises pour plus d'équité

L'obligation liée à la Convention Collective Nationale des cadres du 14 mars 1947 a été reprise à l'identique à l'article 1^{er} de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 17 novembre 2017 relatif à la prévoyance des cadres. Pour autant, comme décrit, cette obligation porte sur un taux de cotisation et non sur des garanties. Par ailleurs, l'employeur est tenu d'appliquer les conventions collectives et accords de branches du secteur de l'entreprise qui peuvent prévoir des garanties pour les cadres et les non-cadres qui complètent le maintien de salaire ou interviennent en relais de celui-ci.

L'ensemble de ces possibilités laissées aux entreprises et ces disparités de dispositifs conduisent inévitablement à des différences de prises en charge et donc à des inégalités de traitement des salariés dont la couverture dépendra également de l'entreprise mais aussi de sa catégorie socio-professionnelle.

En effet, les différentes règles de couverture des salariés liées à leur statut (cadre, loi de mensualisation, contrat de prévoyance facultatif de l'entreprise, convention collective, accord de branche, ancienneté du salariés...) créent des disparités qui pourraient être corrigées pour que tous les salariés puissent en bénéficier.

En 2009, selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise, 65 % des établissements regroupant 86 % des salariés déclaraient offrir un contrat de prévoyance santé. En 2017, 77 % des établissements regroupant 91 % des salariés proposent un contrat de prévoyance à l'ensemble des salariés ou à une partie d'entre eux ; 23 % des établissements regroupant 8 % des salariés n'en proposent pas. Si la dynamique s'est poursuivie, une très large majorité des salariés est désormais couverte par un contrat de prévoyance.

Comme évoquée supra, l'harmonisation des règles peut débiter par les obligations légales de complément des employeurs mais pourraient également être guidée par un contrat socle négocié par les partenaires sociaux comme cela existe déjà pour les frais de santé. Il pourrait ainsi être envisagé la négociation d'un accord national interprofessionnel dont l'objet porterait sur la couverture minimale obligatoire de prévoyance des salariés afin d'introduire une plus grande homogénéité et égalité de droits entre les salariés quel que soit leur emploi ou leur entreprise. A ce titre un travail pourrait être engagé autour d'un contrat de prévoyance avec des garanties bien identifiées sur le modèle du contrat responsable.

3.2.3 **Rendre le système plus efficace pour limiter la croissance des arrêts maladie de courte durée**

Accompagner les prescripteurs pour assurer une plus juste prescription des arrêts maladie et un meilleur suivi

Encadrer la durée de validité des arrêts de travail

Aujourd'hui, aucune limite à la durée d'un arrêt de travail n'est prévue par la réglementation. Des arrêts de plusieurs mois, dépassant parfois une année, sont prescrits. On constate également des primo-prescriptions de plus d'un mois :

- Sur les 72% des prescriptions d'arrêt de travail dématérialisées en 2024, 2,7% étaient des primo-prescriptions d'une durée de plus d'un mois correspondant à 19% des journées prescrites par voie dématérialisée ;
- Sur les 28% des avis d'arrêt travail réalisés sous format papier en 2024, 10% étaient des primo-prescriptions d'une durée de plus d'un mois.

Pour s'assurer que le patient reçoit le suivi dont il a besoin, la primo-prescription ne pourrait pas donner droit à une indemnisation supérieure à 1 mois d'arrêt et les prolongations seraient limitées à 2 mois.

Intégrer à l'avis d'arrêt de travail, la liste des motifs d'arrêts et les durées associées

Plusieurs moyens permettent aujourd'hui de déclarer un arrêt de travail par un prescripteur : l'utilisation de l'e-AAT (sur amelipro), de son logiciel ou du formulaire papier.

Afin de faciliter le renseignement du motif de l'arrêt de travail et de la durée associée par le prescripteur, l'e-AAT et les logiciels des professionnels de santé pourraient proposer des listes déroulantes des motifs. Une fois le motif sélectionné, les dates de l'arrêt seraient complétées automatiquement conformément aux recommandations. Une autre option pourrait consister à l'affichage d'une fenêtre pop-up uniquement lorsque la durée d'arrêt renseignée par le prescripteur n'est pas celle recommandée. Le prescripteur gardera dans tous les cas, la possibilité de modifier les dates prescrites en fonction de la situation.

Compte tenu de l'impossibilité matérielle de mentionner la liste complète sur le formulaire papier, il pourrait être intégré un QR code renvoyant sur une page dédiée avec les mêmes informations que le prescripteur consulterait après avoir scanner le QR code s'il a un doute sur la durée d'arrêt de travail préconisée.

Informers les professionnels de santé des précédents arrêts de travail

Dans la continuité des engagements pris dans le cadre de la convention médicale, afin de soutenir l'objectif d'accroissement de la pertinence des prescriptions d'arrêt de travail et le ralentissement de l'évolution du nombre de jours d'arrêt de travail indemnisés, l'information personnalisée mise à disposition des médecins dans amelipro concernant les arrêts de travail sera progressivement renforcée :

- **Historique des arrêts de travail de leurs patients**, avec un enrichissement graduel du niveau de détail des informations associées à chaque arrêt (dates de début et fin d'arrêt de travail du patient...). Il s'agit de répondre au besoin des médecins de disposer d'un historique des arrêts de travail du patient, afin d'adapter plus efficacement leurs propres prescriptions, de suivre l'impact des pathologies sur leur vie personnelle et professionnelle et d'optimiser les décisions thérapeutiques. L'absence de connaissance de ces informations peut potentiellement entraîner des retards dans la prise de décision ou une gestion sous-optimale des parcours de soins. Cela complique également la détection de parcours médicaux avec des arrêts de travail récurrents et/ou fractionnés, qui pourraient être révélateurs de situations médicales, personnelles ou professionnelles plus complexes.
A noter : le dossier médical partagé (DMP) du patient pourra prochainement être alimenté par les arrêts de travail prescrits via le téléservice amelipro. Ainsi, si le prescripteur dépose l'arrêt de travail dans le DMP à la fin de la téléprocédure, il sera disponible en consultation dans le DMP par les autres professionnels de santé avec l'accord du patient.
- **Profil de prescription d'arrêts de travail** en datavisualisation régulièrement actualisé. L'objectif est de permettre au médecin de prendre du recul sur ses pratiques de prescription d'arrêt de travail, tant en volume (nombre d'indemnisés journalières par patient actif) qu'en termes qualitatifs (motifs et durée des arrêts), en lui permettant par ailleurs de se comparer à ses confrères exerçant, dans la même région, au sein de territoires de communes de même contexte socio-économique, ainsi qu'aux référentiels de durée de prescription d'arrêt de travail existants.

Créer une prescription autorisant le télétravail du salarié

Le télétravail s'est particulièrement développé ces dernières années mais reste soumis à un encadrement défini par chaque entreprise (télétravail autorisé, nombre de jours pouvant être effectués en télétravail, catégorie d'emplois concernés...).

Parallèlement, force est de constater que certaines pathologies ou accidents peuvent limiter la capacité des personnes à se déplacer sans pour autant les empêcher de travailler lorsque leur activité professionnelle le permet.

Aussi, lorsque le travail de l'assuré est télétravaillable et que les conditions médicales et matérielles sont réunies, un certificat de télétravail pour raison de santé pourrait être prescrit par le médecin. Il s'agirait d'une alternative décidée par le salarié avec le professionnel de santé lors de la consultation. Cette option, déjà proposée spontanément par des prescripteurs s'imposerait à l'employeur pour un salarié qui, habituellement, exerce un ou deux jours par semaine son activité professionnelle en télétravail. La différence est que le télétravail pourrait être utilisé continuellement pour la durée de la période prescrite.

Pour accompagner la reprise d'une activité à temps complet ou à temps partiel et éviter un éloignement du marché du travail pendant une durée trop importante, un dispositif de télétravail continu pourrait peut-être répondre à des besoins d'assurés pour une reprise progressive.

Les situations médicales autorisant la prescription d'un droit au télétravail continu pendant une durée seraient préalablement définies dans une concertation associant entreprises, assurés, prescripteurs et autorités sanitaires.

Généraliser l'expérimentation « SOS IJ »

Confrontés à des situations complexes d'arrêts de travail pour leurs patients, qui peuvent être liées à des problématiques de santé, à des difficultés sociales ou à des conflits professionnels, les médecins libéraux expriment souvent des difficultés à trouver les bons interlocuteurs au sein de l'Assurance Maladie pour gérer ces cas complexes.

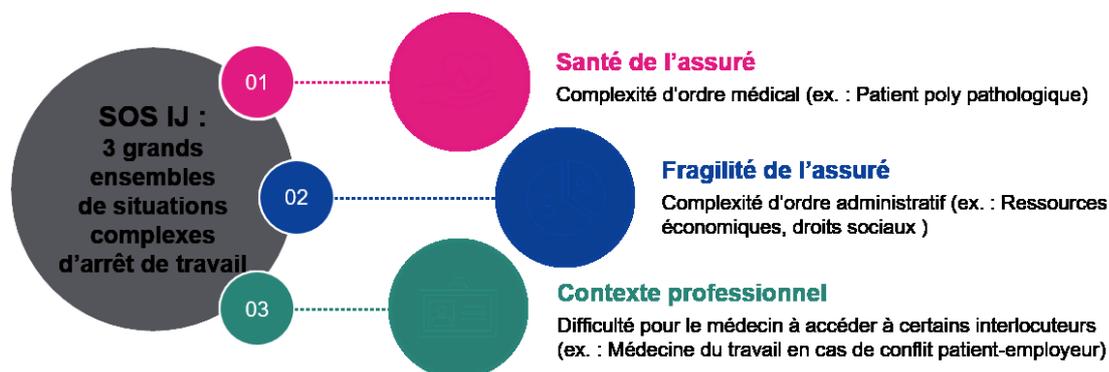
L'expérimentation du dispositif SOS IJ, dont l'objectif est d'offrir aux médecins un point d'entrée unique vers l'Assurance Maladie afin de les aider face aux situations complexes d'arrêt de travail, a été conduite entre fin janvier et fin mai 2025 sur les départements du Rhône et d'Eure et Loir auprès de plus de 2500 médecins.

Cette expérimentation poursuivait plus particulièrement les objectifs suivants :

- Valider le périmètre et les modalités d'activation de l'offre de service attentionnée SOS IJ ;
- Mesurer la qualité et les délais de réponse aux sollicitations des médecins ;
- Évaluer l'impact sur la charge de travail pour les équipes de l'Assurance Maladie ;
- Tester la soutenabilité du dispositif pour une potentielle généralisation en 2025.

Le bilan de l'expérimentation permettra d'envisager les conditions de la généralisation de l'offre SOS IJ en 2025.

Figure 49 : Les situations complexes prises en charge par le service SOS IJ



Améliorer la coopération entre l'assurance maladie et les employeurs ou leurs organismes de prévoyance en cas d'arrêt de travail

Face à l'augmentation de la fraude aux indemnités journalières, les organismes payeurs, qu'il s'agisse de l'Assurance maladie ou de l'employeur souvent assuré par un organisme de prévoyance, ont un intérêt à diligenter des contrôles auprès de leurs assurés/salariés pour en vérifier la légitimité.

Le contrôle d'un assuré peut être réalisé soit par le service médical de l'Assurance maladie¹⁵⁶ soit par le médecin mandaté par l'entreprise dans le cadre d'une contre-visite médicale. Dans ce second cas, le rapport médical peut être adressé dans les 48h au service du contrôle médical de l'assurance maladie en vue de la suspension des indemnités journalières.

Le cadre de la contre-visite a été consolidé par le décret du 5 juillet 2024, ce qui explique probablement que le dispositif soit encore peu connu des employeurs qui réalisent plutôt des signalements que des contre-visites. En effet, ces signalements, effectués par l'employeur en cas de suspicions de fraude, nécessitent d'être tous vérifiés par le service médical alors que la contre-visite donne lieu à un rapport médical qui permet au service du contrôle médical de disposer directement des informations médicales de l'assuré et de l'avis d'un médecin se positionnant sur la justification de l'arrêt de travail.

Développer la coopération entre les médecins de l'Assurance maladie et ceux mandatés par l'employeur devient une évidence pour lutter contre la fraude aux prestations. Elle faciliterait également la compréhension de la règle à appliquer évitant que l'assuré se retrouve dans un cas, bénéficiaire des indemnités journalières de l'assurance maladie mais plus du complément employeur et dans l'autre, bénéficiaire d'une indemnisation uniquement de son employeur.

Pour favoriser ces échanges, l'Assurance maladie mettra prochainement en place une expérimentation pour faciliter la prise en compte par le service médical de l'Assurance maladie des contrôles réalisés par les médecins de ville dans le cadre des contre-visites demandées par les employeurs ou par l'intermédiaire de leur organisme de prévoyance.

Options possibles pour renforcer le rôle des entreprises dans la limitation des arrêts de courte durée

Option : créer un dispositif de bonus/malus lié aux taux d'absentéisme des salariés

La hausse des arrêts de travail perturbe l'organisation des entreprises et génère un impact financier conséquent pour les employeurs. L'absentéisme en entreprise s'explique par de nombreuses situations et notamment le mal-être au travail et le manque de reconnaissance ; le manque réel ou perçu de perspectives professionnelles ; le vieillissement de la population salariée qui induit une augmentation du nombre de salariés malades au cours de leur carrière, le désengagement de certains salariés qui recourraient de manière abusive aux arrêts de travail.

D'après une étude datant de novembre 2020 de la DARES¹⁵⁷, il existe « une corrélation très positive entre la prévention et la performance économique des entreprises en France. [...] Il est néanmoins intéressant de noter que les entreprises qui investissent le plus dans la prévention sont aussi les plus performantes économiquement à caractéristiques observables identiques (notamment secteur d'activité, nombre de salariés, capital, structure socioprofessionnelle). Cette étude montre que l'investissement des entreprises dans la santé et la sécurité de leurs employés est également un bon indicateur de leur santé économique. »

L'investissement dans les démarches de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT) s'appuie sur de multiples facteurs comme l'organisation du travail et l'engagement de l'entreprise et des salariés qui contribuent à l'attractivité des emplois et la fidélisation des salariés. Le taux d'absentéisme constitue ainsi un indicateur particulièrement suivi dans ce cadre.

De nombreuses actions peuvent être instituées au sein des entreprises afin de favoriser le maintien ou la reprise de l'emploi : les actions collectives de sensibilisation, l'accompagnement personnalisé du salarié (aménagement, adaptations ou transformation du poste de travail, aménagements du temps de travail) ou encore le recours à des professionnels de santé et social (médecins et infirmiers en santé travail, assistants sociaux, psychologues du travail, ergonomes etc.).

Afin d'encourager les initiatives des entreprises en matière d'absentéisme, une étude a été menée par la CNAM en 2024 visant à identifier l'absentéisme atypique en entreprise.

Les entreprises sélectionnées pour cette étude comprennent plus de 50 salariés, seuil à partir duquel les données d'absentéisme de l'entreprise et leur comparaison par rapport aux résultats de son secteur d'activité font sens. Le taux d'absentéisme est calculé en dehors des indemnités versées pour des salariés en congés maternité ou qui souffrent d'une ALD.

A partir de ces premiers éléments, 17 095 établissements de 50 salariés et plus présentent un taux d'absentéisme supérieur de 20% à la moyenne de leur secteur et 12 850 un taux qui est supérieur de 40%. Si on se concentre sur les établissements qui présentent un tel écart à la moyenne des établissements de leur secteur pendant trois ans consécutifs, 3 853 établissements conservent un écart de 40% supérieur à la moyenne nationale de leur secteur pendant les trois années (cf. Tableau 18).

¹⁵⁶ A noter, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, l'Assurance maladie est autorisée à informer l'employeur en cas de fraudes aux indemnités journalières d'un de ses salariés.

¹⁵⁷ [Conditions de travail, prévention et performance économique et financière des entreprises | DARES](#)

Tableau 18 : principaux secteurs concernés par un taux d'absentéisme supérieur de 40% à la moyenne nationale en 2021, 2022 et 2023

Code risque	CTN	Libellé	SIRET éligibles	dont SIRET avec écart à la moyenne > 40%	Part SIRET avec écart à la moyenne > 40 %
741GD	H	Crédit-bail mobilier et immobilier, location de brevets. Cabinets juridiques et offices publics ou ministériels. Cabinets d'expertise comptable et d'analyse financière. Cabinets d'études informatiques et d'organisation.	1 600	248	16%
751BA	H	Collectivités territoriales (communales, départementales, régionales...) y compris leurs établissements publics hors secteur médico-social.	1 645	183	11%
751CE	I	Administration hospitalière (y compris ses établissements publics).	579	160	28%
741GB	H	Groupements d'employeurs. Coopératives d'activité et d'emploi. Services divers rendus principalement aux entreprises non désignés par ailleurs.	456	123	27%
521FB	D	Grande et moyenne distribution et Drive. Vente par automate.	1 654	95	6%
651AB	H	Organismes et auxiliaires financiers. Bourse de commerce.	276	83	30%
222CD	C	Édition, imprimerie, reprographie et activités connexes (reliure, dorure main, affiches, composition, photocomposition, gravure et photogravure). Routage.	303	80	26%
747ZF	I	Services de nettoyage de locaux et d'objets divers. Activités de désinfection, de désinsectisation et de dératissage.	581	79	14%
321BC	A	Fabrication, installation, entretien, réparation de : matériels et appareils électroniques de réception, de téléphonie, d'enregistrement, d'imagerie médicale, de composants, d'éléments chauffants. Fabrication, installation, entretien, réparation de matériel bureautique, informatique et activités connexes.	298	74	25%
602MG	C	Transports routiers de marchandises. Location de véhicules avec chauffeur.	1 128	73	6%

Un dispositif d'incitation à la diminution de cet absentéisme pourrait être institué à destination de ces établissements très atypiques afin de les faire converger vers un taux d'absentéisme plus cohérent avec celui de la moyenne de leur secteur. Ce dispositif pourrait prendre la forme dans un premier temps d'un accompagnement des caisses primaires et du versement d'un bonus en cas d'amélioration du taux d'absentéisme. Ce bonus pourrait être valorisé pour permettre un partage des gains entre l'entreprise et l'Assurance Maladie en lien avec la diminution des arrêts maladie. Afin de rendre le dispositif le plus incitatif possible, un possible malus pourrait être mis en place pour les entreprises qui resteraient très atypiques malgré l'accompagnement fourni par les caisses.

Option : associer pleinement les employeurs au financement des premiers jour d'arrêts

Afin de simplifier l'accès aux indemnités journalières et notamment lors des arrêts courts dont l'accès peut être rendu complexe par le système actuel d'ouverture des droits mais également de sensibiliser fortement les employeurs aux arrêts courts, un scénario d'évolution de l'indemnisation des arrêts maladie pourraient être étudié comme le transfert aux employeurs de tout ou partie de la charge de l'indemnisation des premiers jours d'arrêts maladie, du 4ème au 7ème jour par exemple. L'Assurance Maladie n'interviendrait qu'à compter du 8e jour d'arrêt au lieu du 4e aujourd'hui. Dans ce cas, l'employeur assurerait obligatoirement le versement de l'équivalent de la part Assurance maladie (50%) et de sa part complémentaire du 4ème au 7ème jour d'arrêt maladie. A partir du 8e jour, les règles actuelles continueraient à s'appliquer.

Cette solution présente plusieurs avantages :

- un versement sans délai des premiers jours d'arrêt ;
- une prise en charge de tous les salariés ;
- une forte incitation pour l'employeur à développer la prévention au sein de l'entreprise.

Plusieurs propositions sont susceptibles de compenser partiellement le coût d'un tel transfert: introduire un jour de carence d'ordre public, sauf pour les personnes en ALD qui sont exonérées de carence en cas de prolongation. L'introduction d'un tel jour de carence obligatoire aurait pour effet un gain pour les employeurs qui couvrent aujourd'hui ces jours. Une autre modalité de compensation d'un tel transfert serait de plafonner la part couverte obligatoirement par l'employeur (aujourd'hui par l'assurance maladie à 50% des revenus).

3.2.4 Repenser la prise en charge des arrêts longs pour accompagner le retour au travail

Renforcer l'efficacité des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) constitue un levier majeur d'accompagnement des publics les plus exposés au risque de désinsertion professionnelle en leur offrant la possibilité de construire un nouveau parcours professionnel et en limitant ainsi l'allongement de la durée des arrêts de travail. La question du maintien en activité des personnes ayant fait l'objet d'un arrêt de travail prolongé ou d'arrêts de travail itératifs, qu'ils soient liés à une pathologie chronique ou non, est ainsi une préoccupation partagée par l'ensemble des services de l'Assurance maladie, englobant à la fois le service médical, les services administratifs et le service social.

Avec plus de 170 000 accompagnements réalisés par le service social, l'Assurance Maladie est un acteur majeur de la PDP aux côtés des services de prévention santé au travail (SPST), les professionnels de santé, les employeurs (dès que cela est possible), et avec les acteurs de la remobilisation et de la compensation¹⁵⁸. Pour autant, le renforcement de l'efficacité des dispositifs de PDP passe, certes, par une mobilisation accrue des services de l'Assurance Maladie mais également par une coordination plus étroite entre les intervenants comme le prévoit la Loi du 2 août 2021 relative au renforcement la Prévention Santé Travail. Cette meilleure coordination sera facilitée par la mise en place d'un système d'information interopérable entre tous les acteurs de la PDP.

Option pour améliorer la prise en charge des arrêts longs et accompagner le retour au travail : repenser la prise en charge des assurés en arrêts longs mais non couverts par le dispositif des affections de longue durée exonérantes

Le dispositif des ALD non exonérantes interroge à plusieurs titres et notamment par son manque de lisibilité pour les assurés, comme l'ont souligné l'IGAS et l'IGF dans la revue des dépenses relative aux affections de longue durée de 2024, dans leur proposition n°4 : « Distinguer plus clairement les situations relevant des ALD et des « ALD non exonérantes » en supprimant l'appellation « ALD non exonérantes » et en clarifiant sa base juridique. ».

Le cadre actuel ne prévoit pas un suivi médical régulier de ces bénéficiaires, ce qui semblerait pourtant nécessaire notamment pour les personnes souffrant de dépression légère afin qu'elles soient mieux accompagnées. Par ailleurs, le cadre ne permet pas de s'appuyer sur des échéances puisque ce dispositif offre une prise en charge par l'assurance maladie, et les employeurs le cas échéant, sans limite de durée sur une période de 3 ans.

Ce manque de suivi et la prescription d'arrêts de travail pour de longues durées participent par ailleurs à l'éloignement des assurés du marché du travail et rend plus difficile la reprise ensuite. Favoriser le développement de la prescription de temps partiel thérapeutique lorsque cela est possible, permettrait probablement à certains salariés ou indépendants une reprise d'activité dans de meilleures conditions.

Il semblerait important de clarifier les différents régimes d'ouverture de droits pour distinguer le traitement des arrêts de travail liées à des affections de longue durée de celui des autres affections donnant lieu à des interruptions de travail de plus de 6 mois en fournissant un cadre adapté au suivi comme au contrôle des arrêts de plus de 6 mois.

En effet, si la situation justifie une prise en charge au-delà de 6 mois, le droit commun peut permettre de continuer d'indemniser l'assuré sans qu'il soit nécessaire de maintenir un dispositif qui n'offre aucun service d'appui à ces assurés voire qui accentuerait l'état de la personne en la maintenant éloignée de l'emploi. Il importe désormais de développer un véritable accompagnement de ces personnes par l'Assurance maladie notamment en amplifiant ses actions en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et en en mobilisant les services de l'Assurance maladie, pour apporter des solutions au plus près des situations comme la généralisation de l'expérimentation SOS IJ.

Option pour améliorer la prise en charge des arrêts longs et accompagner le retour au travail : créer un cadre pour les entreprises afin de développer la prise en charge des arrêts de plus de 6 mois

Dans le cadre de la loi de mensualisation, les entreprises ne participent qu'au financement des arrêts de moins de 6 mois. Les garanties offertes en plus par certaines entreprises participent à la politique d'attractivité salariale mais elles ne s'inscrivent pas dans une démarche de définition commune du financement que l'entreprise doit assurer pour tous les salariés.

¹⁵⁸ Acteurs de la remobilisation et de la compensation : Institutions en charge d'ensembles d'actions, de mesures et d'aides techniques et humaines visant à aider une personne à retrouver des capacités et à développer de nouvelles compétences, afin de l'aider à vivre de manière autonome, de favoriser son retour à la vie active ou à une participation accrue à la vie sociale. Ces acteurs, partenaires de l'Assurance Maladie, s'adressent à des personnes ayant perdu en autonomie (situation de handicap). Exemples : Cap-emploi, AGEFIPH, OETH.

Dans les faits, les arrêts courts sont généralement couverts par les entreprises mais celles-ci interviennent peu dans la prise en charge des arrêts longs où seules les indemnités de l'Assurance Maladie demeurent jusqu'au 360 jours ou 3 ans d'indemnisation. Dans la perspective d'une évolution du cadre de la prévoyance évoquée précédemment, celui-ci pourrait être révisé de manière à ce que les garanties proposées par les employeurs soient mieux réparties dans la durée et notamment pour en faveur des arrêts longs afin d'améliorer la prise en charge minimale de ces arrêts.

Proposition 23 : Améliorer et simplifier la prise en charge des assurés dans le cadre des arrêts maladie

- *Mettre en œuvre une équité des conditions d'ouverture de droits quelle que soit l'activité de l'assuré (salarié ou indépendant) et son ancienneté dans l'entreprise pour que les contrats précaires ne soient pas exclus de la prévoyance*
- *Rendre la subrogation des arrêts maternité et des arrêts maladie obligatoire pour les employeurs.*
- *Renforcer nos efforts en termes de prévention de la désinsertion professionnelle.*

Proposition 24 : Lutter contre l'absentéisme de courte durée en améliorant les conditions de vie au travail et en responsabilisant davantage les différents acteurs impliqués : l'entreprise, le prescripteur, l'assuré

- *Limiter la durée de l'arrêt de travail pouvant être prescrit (1 mois en primo-prescription en cas d'hospitalisation et 15 jours en ville, puis par tranche de deux mois maximum) afin de garantir un vrai suivi médical de la personne arrêtée et la pertinence de l'arrêt de travail*
- *Rendre pour les prescripteurs les motifs d'arrêt obligatoires et indiquer les durées prévues par les référentiels scientifiques.*
- *Permettre la prescription de télétravail.*
- *Rendre effectif le contrôle de l'absentéisme par les employeurs en simplifiant les procédures*
- *Diffuser au plus grand nombre possible d'entreprises les référentiels de bonnes pratiques en matière de conditions de travail, diffusés lors des campagnes sur l'absentéisme atypique*

Option* sur les indemnités journalières maladie

- **Lutter contre l'absentéisme de courte durée**

- *Prévenir les arrêts courts évitables (grippe via des dispositifs de vaccination en entreprise, douleurs évitables par des aménagements de postes , amélioration de la qualité de vie au travail, de, etc.) en introduisant un bonus/malus employeur sur l'absentéisme de court-terme*
- *Transférer le financement les 7 premiers jours d'arrêt de travail à l'employeur avec un maintien du niveau de couverture actuel pour le salarié (période sur laquelle il a des leviers de prévention) et instaurer en contrepartie une journée de carence d'ordre publique pour dissuader les arrêts sans lien avec la maladie*

- **Mieux protéger les personnes en arrêt long et éviter leur désinsertion professionnelle**

- *Supprimer le régime dit d' « ALD non-exonérante » au profit des deux régimes de droit commun (ALD ou non-ALD) avec, en parallèle, un renforcement des actions pour éviter la désinsertion professionnelle*
- *Instaurer un « contrat de prévoyance responsable » basculant une partie des financements complémentaires de l'entreprise sur les arrêts de long terme, source de paupérisation. Le contrat responsable pourrait prévoir une indemnisation obligatoire pendant toute la durée de l'arrêt, en sus des 50 % de l'Assurance Maladie (par exemple de 10%), en contrepartie d'une indemnisation plafonnée à 90 % du revenu net du salarié pour les arrêts courts (par exemple de moins d'un mois). En tant que contrat responsable, il bénéficierait dès lors d'une fiscalité incitative.*

*** Options : il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport**

Le juste soin au juste prix

1 Atteindre une régulation du prix du médicament compatible avec nos objectifs de soutenabilité financière du système de santé

1.1 Enrayer le phénomène « payer plus cher qu'avant des médicaments qui démontrent moins bien leur intérêt »

1.1.1 L'évolution des dépenses de médicaments

Une croissance dynamique malgré la forte hausse des remises

Entre 2017 et 2024, les dépenses brutes de médicaments, avant application des mécanismes de régulation (remises et clause de sauvegarde), ont progressé de manière continue, passant de 25,7 milliards d'euros en 2017 à 37,9 milliards d'euros¹⁵⁹ en 2024 (cf. Figure 50). Cette augmentation représente une croissance annuelle moyenne de 5,7%, nettement supérieure à l'évolution de l'ONDAM sur la même période. Cette dynamique s'explique par plusieurs facteurs structurels : l'arrivée de médicaments à forte valeur ajoutée thérapeutique, l'extension d'indications de traitements existants, l'augmentation des populations cibles et la hausse générale des prix des thérapies innovantes. Par ailleurs, le taux de remboursement moyen des médicaments a connu une progression sensible, passant de 87% en 2017 à 91% en 2024, témoignant d'une forte dynamique des médicaments pris en charge intégralement par l'Assurance Maladie, notamment pour les pathologies chroniques et les maladies rares.

Cette dynamique ne reflète pas pour autant les remboursements réellement payés par l'Assurance maladie ces dernières années du fait, tout d'abord, de l'augmentation exponentielle des remises négociées entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les industriels. Ces remises, négociés entre le CEPS et les fabricants de médicaments, ont en effet progressé de 7,5 Md€ en 7 ans passant de 1,52 milliard d'euros en 2017 à 9,06 milliards d'euros en 2024. Elles permettent 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.

Ensuite, la clause de sauvegarde s'est imposée comme un mécanisme majeur de régulation macro-économique. Son montant est passé de 0,06 milliard d'euros en 2017 à 1,7 milliard d'euros en 2024¹⁶⁰. Ce dispositif, qui s'active automatiquement lorsque la croissance du chiffre d'affaires remboursable du médicament dépasse un montant fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale, constitue désormais près de 16% des récupérations totales issues de la régulation.

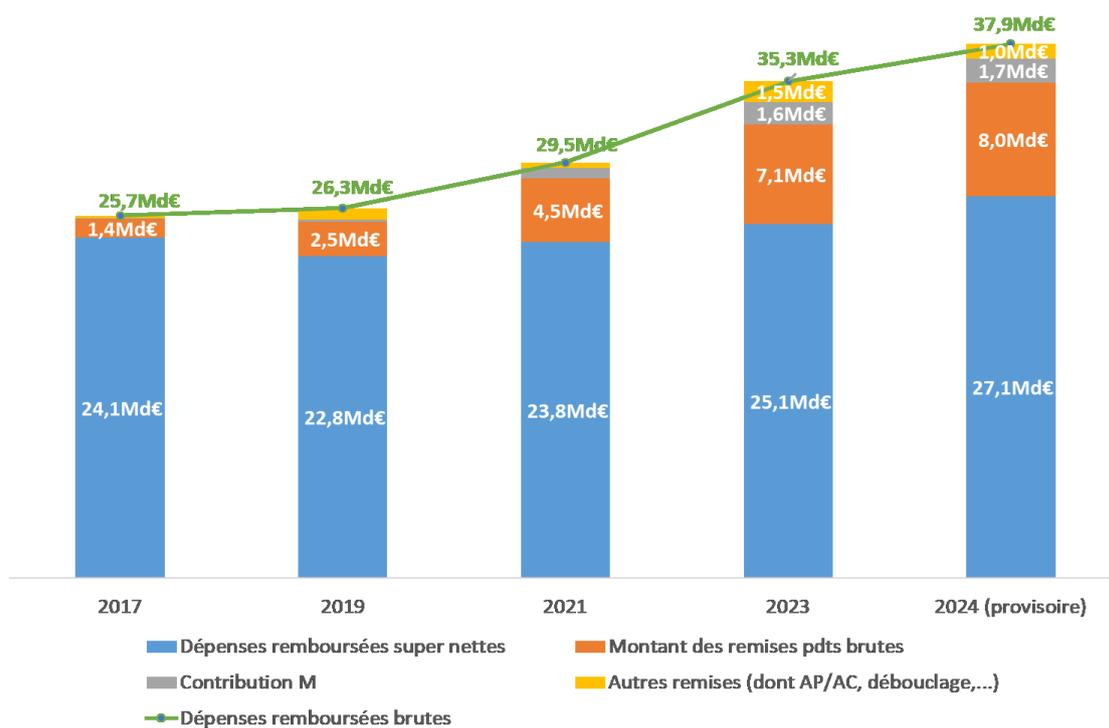
L'impact combiné de ces instruments a créé un écart grandissant entre les dépenses brutes et la charge effectivement supportée par l'Assurance Maladie. En 2024, alors que les dépenses brutes atteignent 37,9 milliards d'euros, les dépenses « super nettes » après déduction des remises et de la clause de sauvegarde s'établissent à 27,1 milliards d'euros. L'écart de 10,7 milliards d'euros représente ainsi 28,5% des montants bruts, contre seulement 6,2% en 2017.

Malgré la diminution des dépenses grâce aux remises et à la clause de sauvegarde, les dépenses remboursées présentent une dynamique soutenue notamment dans la période récente. Alors que sur la période 2017 à 2024, le taux de croissance annuelle moyen s'établit à 1,7% celui-ci s'élève à 4,6% entre les années 2022 à 2024, posant un défi persistant pour l'équilibre financier de l'Assurance Maladie et appelant à renforcer encore les mécanismes de régulation économique du médicament.

¹⁵⁹ Montant provisoire

¹⁶⁰ Montant estimé

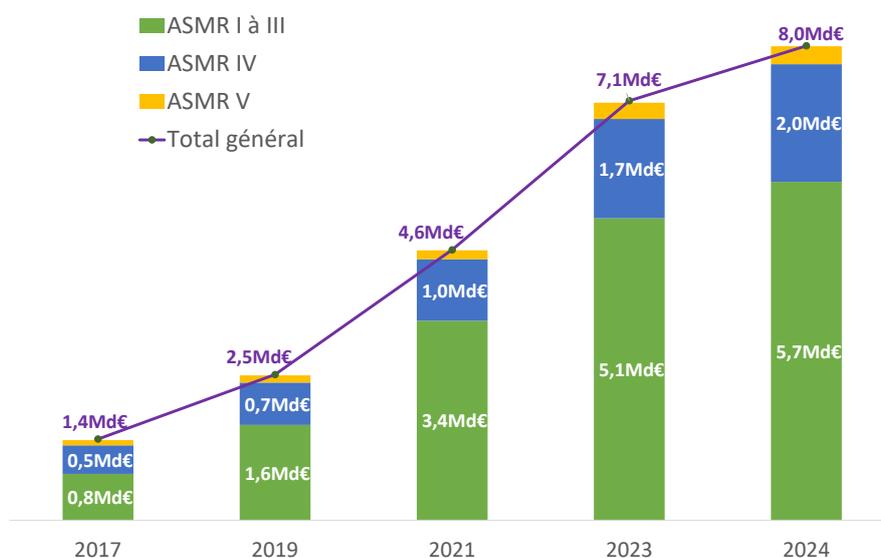
Figure 50 : Évolution des dépenses remboursées, des montants des remises, des montants de la contribution M entre 2017 et 2024



Source : Medic'AM, Rétroced'AM, Scan Santé, CEPS (données provisoires pour l'année 2024) ; Traitements Cnam

La montée en charge des « remises produits » (Figure 51) est particulièrement spectaculaire depuis 2017, où elles atteignent successivement 1,4 Md€ (2017), 5,7 Md€ (2022) puis 8,0 Md€ (2024) expliquée notamment par les évolutions de l'accord cadre régissant les relations entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament. Ces remises sont très majoritairement concentrées sur les médicaments innovants c'est-à-dire des médicaments ayant une amélioration du service médical rendu (ASMR) I à III : leur part dans le total des remises atteint 5,7 milliards d'euros en 2024 soit plus de 70% du montant total des « remises produits », contre 0,8 Md€ en 2017. Les médicaments d'ASMR IV, historiquement moins générateurs de remises, voient également leur contribution augmenter, atteignant 2,0 milliards d'euros en 2024, contre 0,5 Md€ sept ans plus tôt.

Figure 51 : Evolution des montants des remises produits selon le meilleur niveau d'ASMR du médicament entre 2017 et 2024



Note : ASMR : Amélioration du service médical rendu

Encadré 13 : Source et champs des données analysées dans le chapitre Médicaments

À l'exception des données relatives aux remises accordées par produit, toutes les données de 2017 à 2024 sont publiques :- Medic'AM pour les produits délivrés en officine ;

- Retroced'AM pour la rétrocession ;
- ScanSanté pour les données relatives à la liste en sus, aux produits en autorisation temporaire d'utilisation (ATU), post-ATU, autorisation d'accès précoce (AAP) (hors rétrocession) ;
- Base de données publique du médicament pour connaître l'amélioration du service médical rendu du produit ;
- Rapports d'activité du Comité économique des produits de santé (CEPS) concernant les remises et le montant de la clause de sauvegarde ;
- Une extraction supplémentaire sur le système national des données de santé (SNDS) a été réalisée pour déterminer le nombre de patients.

Certains éléments ne sont pas pris en compte, comme les médicaments pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre des tarifs des séjours (groupe homogène de séjours - GHS), l'Écart Médicament Indemnisable, l'Écart Rétrocession, les remises produits ATU, post-ATU, AAP ou bien encore la rémunération des pharmaciens par les honoraires de dispensation et d'ordonnance pour les données présentées selon le niveau d'ASMR.

Ces exclusions ont pour objectif de se focaliser sur la part de la dépense qui revient aux industriels. La Haute Autorité de santé (HAS) définit l'ASMR comme le progrès thérapeutique apporté par un médicament. En fonction de l'appréciation, plusieurs niveaux d'ASMR ont été définis :

- ASMR I, majeure ;
- ASMR II, importante ;
- ASMR III, modérée ;
- ASMR IV, mineure ;
- ASMR V, inexistante, signifiant « absence de progrès thérapeutique ».

Le niveau d'ASMR intervient dans la fixation du prix d'un médicament remboursable. Concernant les dépenses ventilées par ASMR, pour les produits ayant plusieurs niveaux d'ASMR en fonction des indications thérapeutiques, seul le meilleur niveau d'ASMR a été retenu, sans s'intéresser à la date d'obtention de ce dernier. La Commission de la Transparence, dès 2000, a intégré l'ASMR dans ses avis.

L'innovation : le principal moteur de la croissance des dépenses

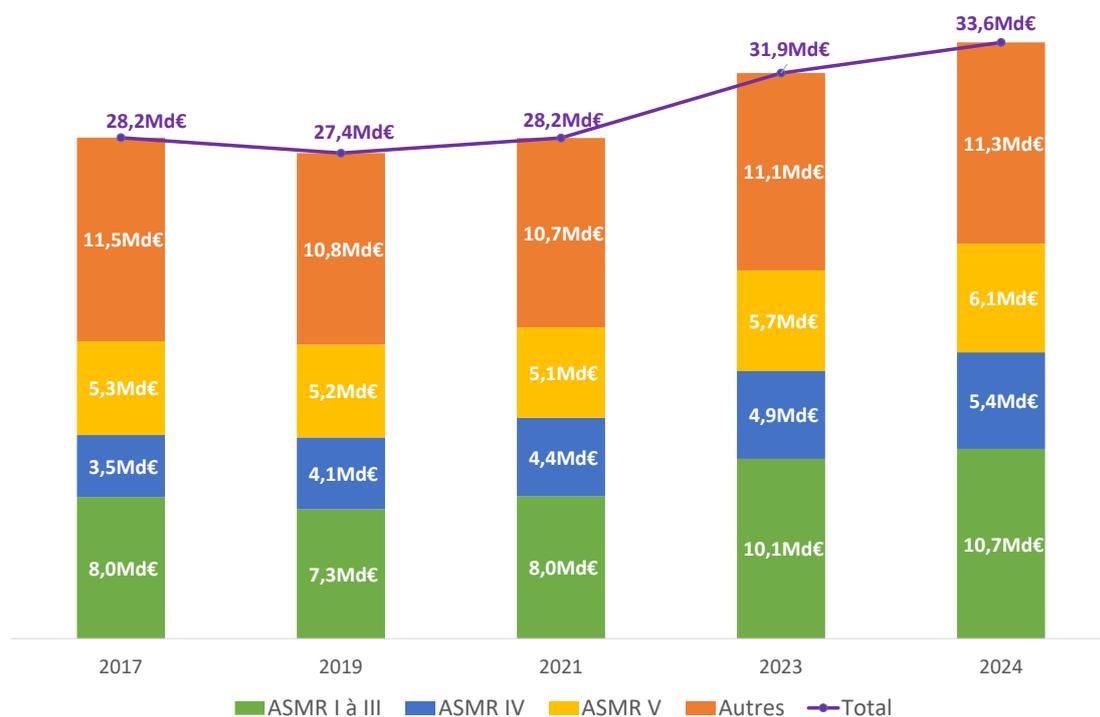
Les dépenses en lien avec les médicaments innovants reconnus pour leur amélioration significative du service médical rendu (notés ASMR I à III par la Haute Autorité de santé (HAS)), ont progressé de 8,0 milliards d'euros en 2017 à 10,7 milliards en 2024 (+33,75%). Ici encore, la dynamique s'accélère nettement après 2021. Entre 2017 et 2021, les dépenses dans cette catégorie restent relativement stables (8,0Md€ en 2017 et 2021, avec même un repli à 7,3Md€ en 2019). En revanche, entre 2021 et 2023, on observe une hausse spectaculaire de 26,25% en deux ans (passage de 8,0Md€ à 10,1Md€), suivie d'une stabilisation en 2024. Cette évolution reflète l'impact croissant de l'arrivée et de la diffusion de produits innovants, dont certains ont été récemment commercialisés ou ont vu leur utilisation s'élargir ces dernières années, notamment en oncologie (Keytruda®, Tagrisso®, Darzalex®), en hématologie (Imbruvica®, Hemlibra®) et dans les maladies rares (Kaftrio® pour la mucoviscidose, Vyndaqel® pour l'amylose). L'accélération observée après 2021 s'explique en grande partie par l'accès élargi à ces thérapies et par l'introduction de nouvelles indications, contribuant ainsi à la hausse significative des dépenses sur la période 2021-2023.

Les médicaments ASMR IV (amélioration mineure du service médical rendu) connaissent une croissance régulière mais qui s'intensifie également après 2021. De 3,5 milliards d'euros en 2017, ils atteignent 4,4 milliards en 2021 (+25,7%), puis bondissent à 5,4 milliards en 2024 (+22,7% en trois ans). Avec une progression totale de 54,3% sur la période, cette catégorie affiche la croissance relative la plus forte. Cette dynamique s'explique par l'augmentation du nombre d'indications pour des médicaments apportant une amélioration mineure, notamment dans des domaines à forte prévalence comme les anticoagulants oraux directs, certains antidiabétiques ou des traitements en rhumatologie (Stelara®, Cosentyx®, Taltz®) et cardiologie (Eliquis®, Xarelto®). L'élargissement des indications et l'augmentation de la prévalence des pathologies concernées, particulièrement les maladies chroniques, contribuent significativement à cette hausse structurelle qui s'est maintenue tout au long de la période.

La catégorie des ASMR V, comprenant des médicaments n'apportant pas de progrès thérapeutique mais néanmoins remboursés, connaît une évolution plus mesurée, passant de 5,3 à 6,1 milliards d'euros (+15,1%). Contrairement aux catégories précédentes, la progression est plus linéaire, avec toutefois une accélération modérée après 2021. Ces produits concernent majoritairement des maladies chroniques à large population, comme le diabète (Ozempic®), les maladies respiratoires (Nuca®), les maladies respiratoires (Nuca®, Ellipta®) ou la neurologie (Tecfidera®).

La catégorie « médicaments ayant perdu leur brevet », regroupent les génériques, biosimilaires et médicaments anciens (AMM antérieure à 1998). Si elle connaît une baisse entre 2017 et 2019 (de 11,5 à 10,8 milliards d'euros), elle progresse de 0,6 Md€ entre 2021 et 2024, représentant un poste de dépense toujours significatif. Cette relative résistance, malgré les politiques actives de promotion des génériques et biosimilaires, traduit une régulation sans doute moins importante sur cette période et l'existence d'un socle incompressible de prescriptions pour des molécules anciennes mais toujours très utiles dans la pratique courante. La part relative de cette catégorie dans les dépenses totales diminue néanmoins sensiblement, passant de 40,8% en 2017 à 33,6% en 2024, illustrant le déplacement progressif des ressources vers les médicaments plus récents. Cette tendance, accentuée après 2021, reflète une transformation des prescriptions de médicaments en France.

Figure 52 : Évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits, selon le niveau d'ASMR du produit, entre 2017 et 2024 (en milliards d'euros)

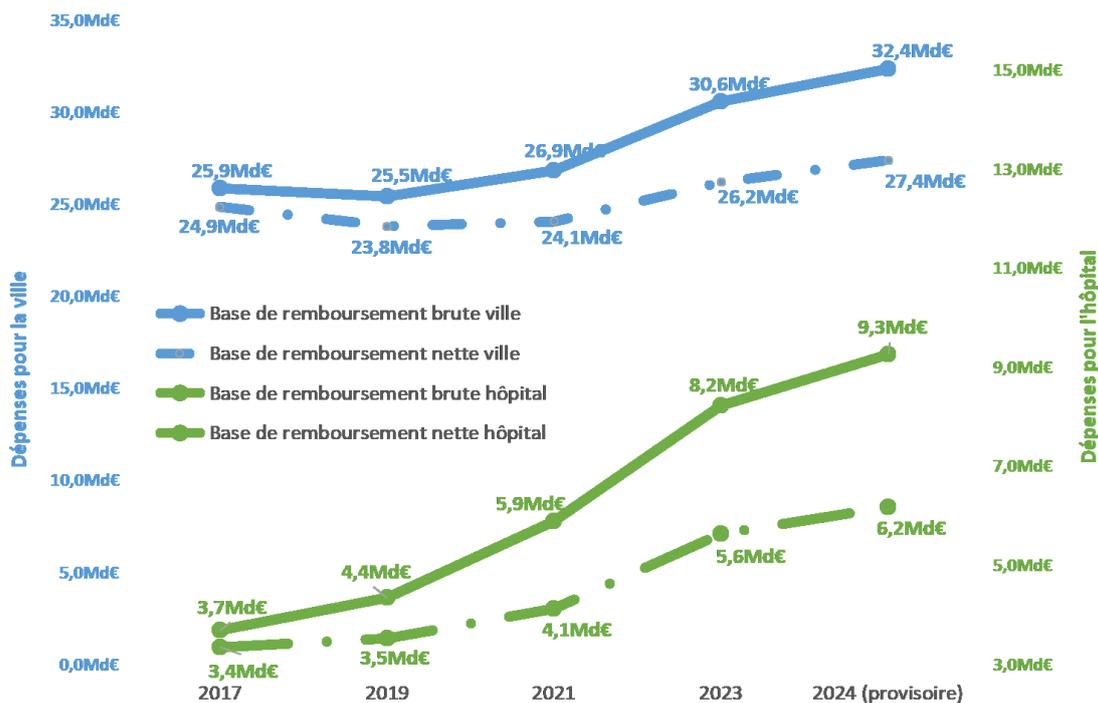


ASMR : Amélioration du service médical rendu ; la classe « Autres » correspond aux médicaments ayant obtenu une AMM avant 1998, aux génériques/biosimilaires et aux produits pour lesquels la date d'AMM, le niveau d'ASMR ou bien encore un statut générique/biosimilaire n'a pas été trouvé

Source : Medic'AM, Rétroced'AM, Scan Santé, CEPS (données provisoires pour l'année 2024) ; Base de données publiques du médicament ; Traitements Cnam

On observe une différence notable entre la croissance des dépenses en ville et à l'hôpital. Les dépenses liées aux médicaments délivrés à l'hôpital ont connu une croissance plus rapide, avec un taux de croissance annuel moyen de 14,0% entre 2017 et 2024 et un quasi doublement des dépenses de médicament dites en sus à l'hôpital passant de 3,4 Md€ à 6,2 Md€, contre une évolution dynamique mais plus contenue de 3,3% pour les médicaments délivrés en ville (officine et rétrocession). Cette disparité s'explique notamment par l'arrivée récente de traitements innovants et coûteux, principalement administrés en milieu hospitalier. Entre 2020 et 2024, le taux de croissance annuel moyen des dépenses remboursables nettes de remises produits en ville s'élève à 4,4%, contre -2,1% entre 2017 et 2019 en raison de la régulation forte sur cette dépense et le transfert d'une partie des marges des pharmaciens d'officine vers des honoraires de dispensation.

Figure 53 : Comparaison des dépenses remboursables en ville (officine & rétrocession) et à l'hôpital (LES & accès précoce)



Source : Medic'AM, Rétroced'AM, Scan Santé, CEPS (données provisoires pour l'année 2024) ; Traitements Cnam

Encadré 14 : Analyse de la croissance des dépenses de médicaments en ville et à l'hôpital

Une forte croissance en ville entre 2023 et 2024

En 2024, Vyndaqel®, indiqué dans le traitement de l'amylose, s'impose comme le premier médicament en matière de remboursement avec 863 millions d'euros pour un peu moins de 13 000 patients traités, affichant une progression spectaculaire de 35,3 % en un an. Eliquis® maintient un rythme de croissance soutenu (+13,4 %, 805,7 millions d'euros) malgré sa présence sur le marché depuis une dizaine d'années et l'arrivée sur le marché de génériques dans la classe des anticoagulants d'action direct.

D'autres médicaments commercialisés récemment, tel que Vabysmo® (traitement de la DMLA et de l'œdème maculaire diabétique notamment) et Forxiga® (traitement multifonctionnel du diabète, insuffisance cardiaque et maladie rénale), ont respectivement généré 154 et 303 millions d'euros de dépenses remboursées supplémentaires entre 2023 et 2024. Parallèlement, certains médicaments ont vu leurs parts de marché érodées par la concurrence des génériques ou de nouvelles alternatives thérapeutiques. Xarelto®, Aubagio® et Janumet® sont particulièrement concernés par ce phénomène, tandis que Lucentis® et Ibrance® ont subi une forte pression liée à l'arrivée de concurrents tels que Vabysmo® et de nouvelles alternatives en oncologie.

D'un point de vue des classes thérapeutiques, les tendances demeurent contrastées. Les agonistes du GLP-1 enregistrent une légère contraction (-1,2 %) après plusieurs années de forte croissance, conséquence de ruptures de stocks et de la concurrence entre les AGLP-1 -. À l'inverse, les classes comme les inhibiteurs de l'interleukine (+18 %) et les antiandrogènes (+23 %) voient leur poids croître significativement, en lien avec une adoption clinique élargie et l'arrivée de nouvelles indications.

Les médicaments facturés sur la liste en sus : une dépense concentrée sur quelques produits en forte croissance

En 2024, les dépenses de la liste en sus ont atteint 9,3 milliards d'euros, enregistrant une hausse remarquable de 12,8 % par rapport à l'année précédente. Cette augmentation est largement supérieure à la croissance des volumes, qui n'a progressé que de 3,9 %, révélant un effet prix particulièrement marqué. Cette dynamique résulte principalement de l'arrivée continue de nouvelles thérapies, notamment des anticorps monoclonaux et des immunothérapies oncologiques, caractérisées à la fois par leur efficacité clinique et leur coût unitaire élevé. L'évolution des indications de ces traitements, souvent élargies après leur inscription, contribue également à la hausse des dépenses.

Les anticancéreux dominent le marché avec 6,25 milliards d'euros, tandis que les immunosuppresseurs et les immunoglobulines affichent des croissances très soutenues, respectivement +24,2 % et +20,0 %. Le marché est fortement concentré autour de cinq spécialités : Keytruda® génère à lui seul 2,1 Md€ en 2024 et occupe une position dominante, suivi de près par Darzalex®, Opdivo®, Imfinzi® et Enhertu®.

Une forte évolution des coûts de traitement pour les médicaments apportant une amélioration thérapeutique mineure

L'analyse comparative de la dépense remboursable nette de remises par patient selon le niveau d'Amélioration du Service Médical Rendu (ASMR) met en lumière des écarts significatifs des coûts de prise en charge médicamenteuse entre 2017 et 2024¹⁶¹. Ainsi, le coût annuel par patient est systématiquement plus élevé pour les médicaments présentant un ASMR I à III, c'est-à-dire apportant une amélioration majeure, importante ou modérée, comparé à ceux classés ASMR IV (amélioration mineure) ou ASMR V (absence d'amélioration). En 2024, le coût de traitement atteint 1 207 € par patient pour les ASMR I à III, contre 725 € pour les médicaments avec une ASMR IV et seulement 161 € pour ceux avec une ASMR V. Cette hiérarchie était déjà constatée en 2017, avec des coûts de traitement de respectivement 1250 €, 466 € et 163 €.

Cette hiérarchie des dépenses s'explique principalement par le positionnement des innovations thérapeutiques, souvent onéreuses à l'introduction sur le marché et bénéficiant d'une ASMR élevée dans une petite population cible.

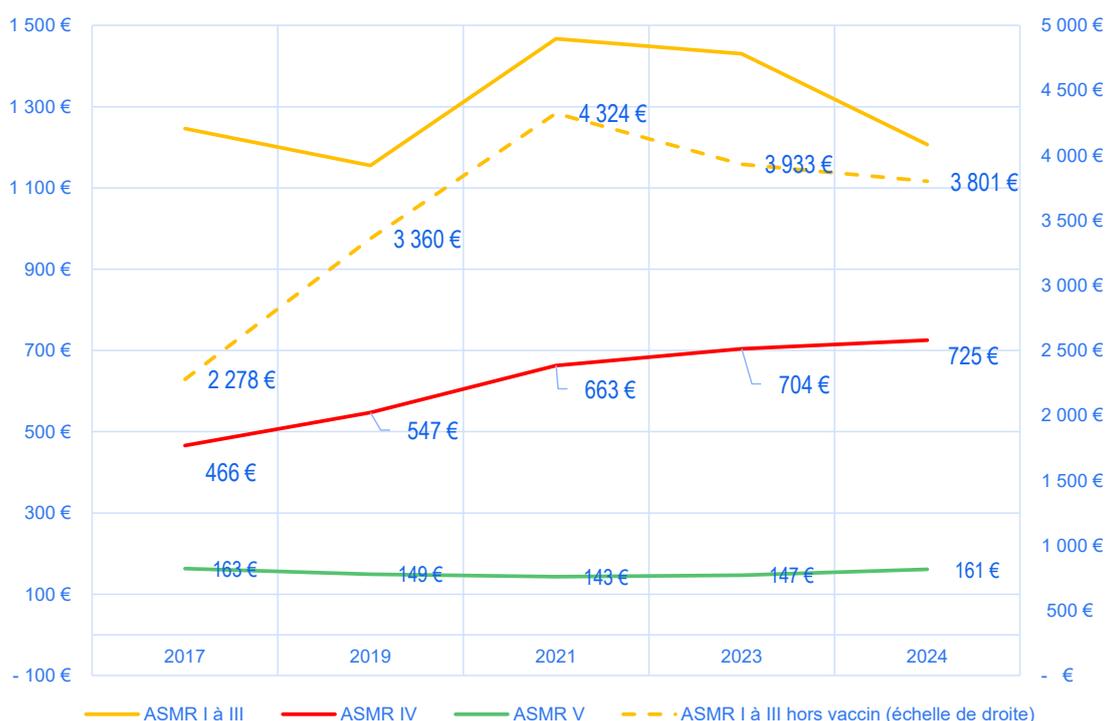
Le constat d'un coût élevé en 2024 sur les médicaments à ASMR IV interroge d'ailleurs sur les règles de fixation des prix, dans la mesure où ces produits n'apportent qu'un bénéfice additionnel limité par rapport aux comparateurs existants. Quant aux médicaments à ASMR V, leur faible coût s'explique par une moindre innovation, une concurrence accrue et des volumes de prescriptions potentiellement plus élevés mais à prix unitaires nettement plus bas et dont l'arrivée permet au système de bénéficier d'économies du fait des règles de fixation des prix.

En dynamique, les médicaments avec une ASMR I à III ont vu leur coût par patient fluctuer pour atteindre 1203€ en 2024. La baisse significative des coûts moyens pour les ASMR I à III entre 2023 et 2024 s'explique principalement par l'intégration croissante de produits à large diffusion et coût unitaire plus modéré. En effet, des vaccins comme Repevax®, Boostrixtetra® ou Nimenrix® ont considérablement élargi la base de patients bénéficiant de traitements à ASMR élevée. Parallèlement, la montée en charge de médicaments comme Forxiga® illustre cette tendance. Ces produits dont les coûts de traitement contrastent fortement avec les médicaments orphelins comme Vyndaquel® ou d'autres traitements dont les coûts de traitement sont très élevés mais par définition couvre une faible population. Cette dilution statistique masque une réalité complexe où coexistent des innovations coûteuses pour populations restreintes et des traitements plus accessibles touchant des millions de patients, confirmant la nécessité d'analyses spécifiques. Ainsi, hors vaccins, le coût de traitement des médicaments évalués avec une ASMR I à III s'élève à 3801 € en 2024, soit plus de trois fois supérieur au coût moyen de traitement observé lorsque la classe des vaccins est incluse et en hausse de 67% par rapport à 2017.

La hausse ces dernières années des coûts de traitement des médicaments avec un ASMR IV et V participe à la dynamique récente des dépenses de médicaments. La progression la plus marquée entre ces deux catégories est observée sur la période pour les médicaments ASMR IV dont la dépense nette par patient a nettement augmenté de plus de 55% passant de 466€ à 725 € entre 2017 et 2024. Cette hausse est concomitante avec la forte hausse des remises sur ces produits et mise en avant précédemment. En ce qui concerne les ASMR V, les coûts par patient des médicaments avec un ASMR V a retrouvé son niveau de 2017 à 161 € après trois années proches de 150 € soit une hausse de 13% en trois ans.

¹⁶¹ L'interprétation des analyses basées sur l'ASMR doit être prudente. En effet, un médicament peut avoir plusieurs indications apportant potentiellement chacune une plus-value thérapeutique différente. Un médicament peut donc avoir plusieurs ASMR. Dans l'analyse, l'ASMR la plus favorable a été retenue, ce qui met en avant sa plus-value maximale, mais ne reflète pas toujours la réalité globale de son intérêt dans chacune de ses indications. Par exemple, les innovations en cancérologie concentrent ainsi des ASMR élevées et des dépenses importantes, tandis que les maladies chroniques courantes sont souvent classées en ASMR IV ou V. Par ailleurs, l'ASMR ne prend pas en compte l'impact budgétaire global ni le volume de patients traités.

Figure 54 : Comparaison de la dépense remboursable, nette de remises, par patient, selon le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) entre 2017 et 2024



ASMR : Amélioration du service médical rendu ;

Source : Données SNDS ; Scan santé, Medic'AM, Rétroced'AM, CEPS (données provisoires pour l'année 2024) ; Base de données publiques du médicament ; Traitements Cnam ; Champs : médicaments non génériques, non biosimilaires et ayant une AMM > 1998

1.1.2 Evolution des prix par année de vie gagnée des médicaments en oncologie - Actualisation d'une étude CNAM

Ces 25 dernières années, l'arsenal thérapeutique contre le cancer s'est nettement modifié avec l'arrivée de nouvelles thérapeutiques, à savoir les hormonothérapies, les immunothérapies et plus récemment, les thérapies ciblées (dont les thérapies géniques). Celles-ci sont venues compléter les thérapeutiques existantes telles que la chimiothérapie, la radiothérapie ou la chirurgie.

Malgré ces avancées, le cancer reste la première cause de mortalité en France et la pathologie la plus coûteuse pour l'Assurance Maladie : 27 Md€ en 2023, soit 13 % des dépenses d'Assurance maladie. Les dépenses associées aux médicaments anticancéreux (6,3 Md€ en 2024 de médicaments) connaissent une progression importante (+ 9,57 % en 2024) et constante, posant la question de la soutenabilité de cette dépense et justifiant d'étudier le prix de ces nouveaux médicaments en oncologie au regard de la plus-value qu'ils apportent.

Une étude présentée dans le Rapport Charges et Produits 2017 (Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018) a déjà été conduite sur le sujet. Cette étude analysait l'évolution des prix par année de vie gagnée des médicaments en oncologie ayant reçu un premier avis d'inscription en France par la Commission de la Transparence de la HAS entre 1995 et 2015. Un des principaux résultats de l'étude était que l'augmentation des prix par année de vie gagnée s'observait dans la plupart des cancers malgré des pronostics et des modes de prise en charge thérapeutique très différents. L'étude concluait que les prix obtenus restaient trop élevés compte tenu des bénéfices disparates et des incertitudes persistant au moment de l'inscription du produit sur son efficacité en vie réelle.

Dans le cadre de ses réflexions sur l'accès et le coût des médicaments contre le cancer, l'Assurance Maladie a mené une actualisation de cette étude sur la période 2016-2023. L'objectif de cette étude est de décrire l'évolution du coût par année de vie gagnée des médicaments anticancéreux au cours de cette période et mettre le coût de ces médicaments au regard du critère de bénéfice clinique démontré au moment de l'inscription du produit.

L'analyse a porté sur l'ensemble des médicaments anticancéreux pour lesquels un avis d'inscription de la Commission de la transparence a été publié entre 2016 et 2023, à partir des données fournies par la HAS. Les extensions d'indications et les réévaluations survenues après la publication du premier prix au Journal Officiel n'ont donc pas été prises en compte. Plusieurs indications pouvaient cependant être considérées pour un médicament si, au moment de la fixation du premier prix du produit, plusieurs de ses indications avaient été prises en compte simultanément lors de la fixation du prix.

Le bénéfice clinique a été mesuré en se basant sur le plus haut niveau de preuve apporté par les essais cliniques supports à l'inscription, à savoir par la différence de durées médianes de survie globale (SG) démontrée entre bras contrôle et bras traité. Lorsque la SG n'était pas renseignée, la survie sans progression (SSP) a été utilisée. Cette dernière a été elle-même substituée par la survie sans événement pour deux produits.

Lorsque l'avis CT comportait plusieurs études retenues dans l'évaluation, l'étude avec les résultats les plus favorables au produit expérimental a été retenue. De plus si, pour une même indication, de nouvelles données de survie existaient avant la première fixation du prix en plus de celles de l'avis initial, elles ont été prises en compte.

Le coût de traitement a été calculé pour chaque indication en prenant en compte la durée de traitement, la posologie correspondante à l'indication évaluée et son prix facial tel que communiqué au journal officiel.

La posologie retenue était celle du RCP. Les méthodes de calcul reposaient sur les mêmes hypothèses que celles effectuées par le CEPS : posologie du RCP, considération pour un patient moyen de 70 Kg avec une surface corporelle de 1,7m², reconstitution des flacons pour les traitements à l'hôpital basé sur l'hypothèse d'une optimisation de leur utilisation, pas d'adaptation posologique en fonction de la tolérance. Lorsque plusieurs conditionnements étaient disponibles au moment de l'inscription, nous avons pris celui générant un calcul du prix le plus faible.

La durée de traitement a été approximée par la médiane de SSP du groupe traité dans l'indication (sauf mention contraire, i.e. durée plus courte mentionnée dans le RCP)

Le prix retenu pour l'analyse principale était le premier prix hors taxe (PFHT) facial issu de la publication au Journal officiel.

Pour les associations de médicaments anticancéreux, y compris avec chimiothérapie conventionnelle, c'est le coût total de l'association qui a été considéré.

Deux co-analyses principales ont été réalisées :

La première en considérant le coût du traitement expérimental rapporté à son bénéfice, à savoir la différence de durées médianes de SG ou de SSP démontrée. (Analyse 1 ; analyse considérée dans le rapport charge et produit de 2017) ;

La deuxième en considérant la différence de coût entre le traitement expérimental et le comparateur de l'étude rapporté à la différence de durées médianes de SG ou de SSP démontrée. (Analyse 2).

Par ailleurs, une analyse complémentaire a été conduite en considérant les prix nets (déduction des remises négociées entre le CEPS et les industriels) pour les produits ayant obtenus un prix jusqu'en 2022 inclus (26 indications). Les remises ont été calculées à partir du chiffre d'affaires et du volume des ventes des médicaments concernés deux années après leur année d'inscription. Pour des raisons de confidentialité relevant du secret des affaires, les résultats détaillés de cette analyse ne seront pas publiés et seuls les résultats agrégés seront communiqués.

Différentes limites à ces analyses doivent être soulignées

Tout d'abord, il s'agit d'une étude uniquement descriptive en raison du nombre limité d'indications retenues pour l'analyse. La faible taille de notre échantillon de 35 indications peut s'expliquer en grande partie par un faible niveau de preuve associé aux indications, à savoir l'absence de critère de morbi-mortalité démontré dans les études ayant conduit à l'inscription d'un grand nombre de médicament. A noter que la suppression de ces avis de l'analyse conduit à une sous-sélection importante des indications avec ASMR V car la pertinence du critère de jugement contribue au niveau d'ASMR. De plus, cette étude ne peut se substituer aux avis d'efficacité évalués par la Commission d'évaluation économique et de santé publique car elle ne prend pas en compte les externalités comme l'impact sur le parcours de soins et a été conduite à un instant fixe (pas d'extrapolation, ni d'actualisation des coûts).

Ensuite, s'agissant de la détermination du bénéfice des produits analysés, il repose sur l'estimation des différences de durées médianes de survie, comme rapportées dans les essais cliniques et utilisées par la CT. Or, si la médiane de survie est fréquemment rapportée, sa différence entre groupes n'est ni un estimateur robuste ni cliniquement interprétable de manière fiable. Elle indique simplement le temps auquel 50 % des patients ont eu l'événement (ex: décès), ne prenant pas en compte toute la distribution des temps de survie ou d'étude. Cela explique que sa valeur est dépendante de la date de coupure des données ou gel de la base et qu'elle n'est parfois pas estimable, si moins de 50 % des patients ont l'événement à la fin de l'étude. Outre les limites méthodologiques et l'impact sur la robustesse des évaluations menées à partir de cet estimateur, cela explique également que certaines évaluations n'ont pas été prises en compte du fait de médianes de survie non atteintes.

Par ailleurs, le bénéfice clinique n'est pas le seul critère de l'ASMR. En effet selon la doctrine de la CT, l'ASMR repose également sur la qualité de la démonstration, la qualité de vie et le besoin médical. Ces critères ne sont pas explorés dans cette étude.

Concernant les coûts, l'analyse se limite aux prix à l'inscription des produits et ne tient pas compte des évolutions des prix au cours du temps pour un produit donné. D'autre part, la tarification par produit ne permet pas d'avoir la granularité du coût par indication, ainsi pour certains produits, il est possible que le coût de certaines indications ait été porté par une autre indication. Ce biais est d'autant plus important pour les coûts nets, étant donné qu'ils ont été observés 2 ans après la première fixation du prix, car d'autres indications auraient pu être tarifées dans ce laps de temps.

Enfin, l'ASMR et plus largement le bénéfice clinique ne sont qu'un des critères de fixation du prix, il en existe d'autres qui ne sont pas pris en compte ici.

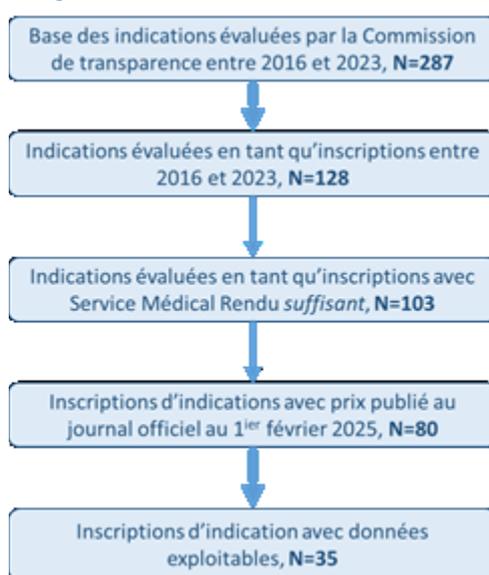
De nombreux produits ne présentent pas des données de survie globale ou sans progression lors de leur inscription réduisant le champ de l'étude

A partir des données fournies par la HAS, 128 avis d'inscriptions de médicaments anticancéreux évalués en France entre 2016 et 2023 ont été identifiés. Seules les évaluations ayant mené à un service médical rendu (SMR) suffisant (25 indications avaient obtenu un SMR insuffisant) et avec prix publié au Journal officiel au 1^{er} février 2025 (23 indications sans prix publié) ont été considérées soit un total de 80 indications.

S'agissant des 23 indications non tarifées, 9 (39%) correspondaient à des produits hospitaliers disponibles uniquement en intra-GHS c'est-à-dire utilisé lors d'un séjour uniquement (prix déterminés par procédure d'achat des hôpitaux eux-mêmes) et parmi les 14 autres, la majorité (8 indications) concernaient des produits sans amélioration du service médical rendu par rapport à l'existant (ASMR V). Concernant les 6 autres produits d'ASMR IV et III n'ayant pas obtenu de prix publié au JO avant le 01/02 /2025 (date de l'extraction des prix), ils étaient tous disponibles aux assurés dans le cadre d'un accès précoce.

Au final, à partir des 80 indications sélectionnées, 35 indications seulement ont été retenues pour l'analyse finale (cf. Figure 55), en raison de données non exploitables pour l'analyse de 45 indications : en effet pour 45 indications on note soit une absence à la fois de données de survie globale (SG) et survie sans progressions (SSP) disponibles (38 indications) soit des données de médianes de survies non atteintes pour l'un des deux groupes comparés au moment de la demande d'inscription du produit (7 indications). La majorité de ces produits avaient obtenus un ASMR V après évaluation de la CT et le critère de jugement le plus fréquemment utilisé était le taux de réponse globale. Seules 7 indications correspondaient à des évaluations où, en raison de médiane de survie (SG ou SSR) non atteintes, ni la durée de traitement théorique ni le différentiel d'efficacité tels que définis dans cette étude, ne pouvaient être calculés. Ces indications n'ont pas non plus fait l'objet de réévaluation HAS. D'après les populations cibles estimées par la HAS, ces 35 indications retenues totalisent un nombre de patients incidents d'environ 100 000 par an.

Figure 55 :Diagramme de flux : sélection des indications non retenues



Les 35 indications retenues correspondaient à 31 produits différents. Parmi ces 35 indications, la distribution des ASMR obtenues était la suivante : 14 ASMR de niveau III ou progrès thérapeutique modéré, 14 AMSR de niveau IV ou progrès thérapeutique mineur et 7 ASMR V ou absence de progrès thérapeutique. Les indications en oncologie solide étaient les plus représentées par rapport à celles d'oncohématologie (26 indications, 74%), les indications dans le cancer du sein étant les plus fréquentes (28%). Pour 17 indications (48%), il s'agissait d'une association de traitement, majoritairement avec un autre médicament anticancéreux.

Evolution du coût d'une indication par année de vie gagnée en fonction de son année d'inscription et des paramètres d'évaluation de la Commission de Transparence (ASMR et niveau de preuve)

Parmi les 35 indications retenues sur la période 2016-2023, le coût moyen (hors remise) d'une indication pour la durée d'un traitement était de 94 316 €. Le cout moyen (hors remise) par année de vie gagnée était de 187 498 €, passant de 144 520 € pour les années 2016-2017 (11 indications), à 208 701 € pour 2019-2020 (10 indications) et à 332 511 € pour 2022-2023 (6 indications).

Les résultats de l'évolution du coût d'une indication par année de vie gagnée sur la période d'étude (analyse 1, cf. Encadré 15) suggèrent une augmentation du prix par année de vie gagnée entre 2016 et 2023 (Figure 56). Cette augmentation ne semble pas corrélée à la nature du niveau de preuve apportée au moment de l'inscription si on considère SG versus SSP ni au niveau d'ASMR obtenu. Les résultats sont également similaires à ceux obtenus dans l'Analyse 2 (cout incrémental) considérant la différence de coût entre le traitement expérimental et le comparateur de l'étude. Le cout moyen (hors remise) par année de vie gagnée était respectivement de 94 240 €, 193 701 € et 304 343 € sur les trois périodes.

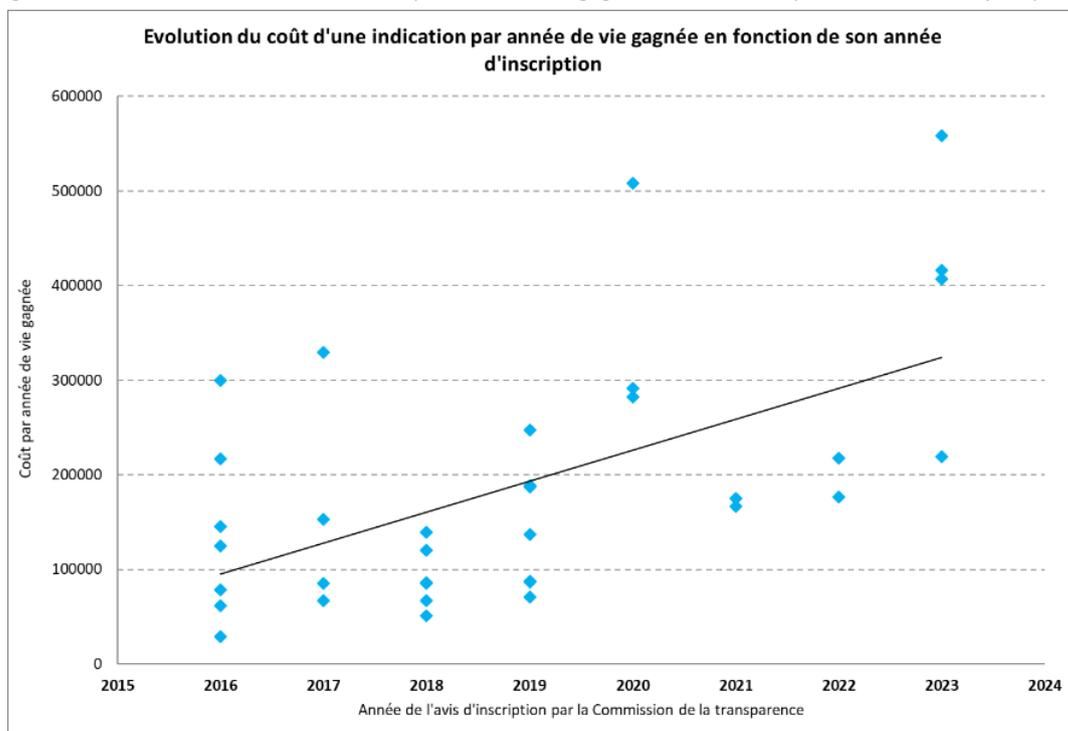
Les résultats de l'analyse complémentaire des coûts nets, portant sur les indications des produits matures (au moins deux ans de commercialisation) en confortent les résultats, suggérant également une augmentation du prix par année de vie gagnée entre 2016 et 2021, bien que moins importante que pour le prix facial. En considérant les prix nets, le coût incrémental moyen par année de vie gagnée (analyse 2) a augmenté de 57% entre le début (2016-2017) et la fin de l'étude (2019-2021). En excluant les produits AMSR V plus fréquents sur la période 2016-2017, cette évolution passe à 63%.

Tableau 19 : Coût moyen d'une indication par année de vie gagnée hors remise sur la période 2016-2023.

	Coût moyen d'une indication par année de vie gagnée hors remise sur la période (nombre d'indications)		
	2016-2017	2019-2020	2022-2023
Analyse 1 : coût du traitement expérimental rapporté à son bénéfice	144 520 € (11 indications)	208 701 € (10 indications)	332 511 € (6 indications)
Analyse 2 (incrémentale) : coût du traitement expérimental rapporté à son bénéfice et considérant la différence de coût entre le traitement expérimental et le comparateur de l'étude	94 240 € (11 indications)	193 701 € (10 indications)	304 343 € (6 indications)

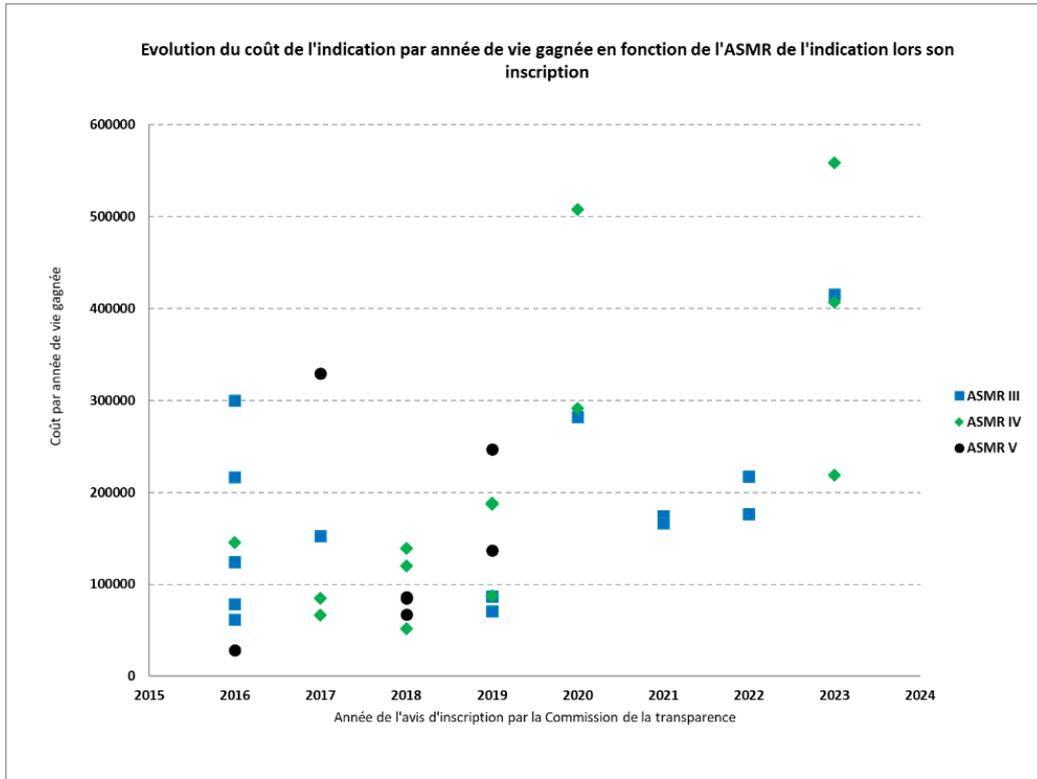
Source : données HAS et SNIIRAM, calculs CNAM

Figure 56 : Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée au cours de la période 2016-2023 (Analyse 1)



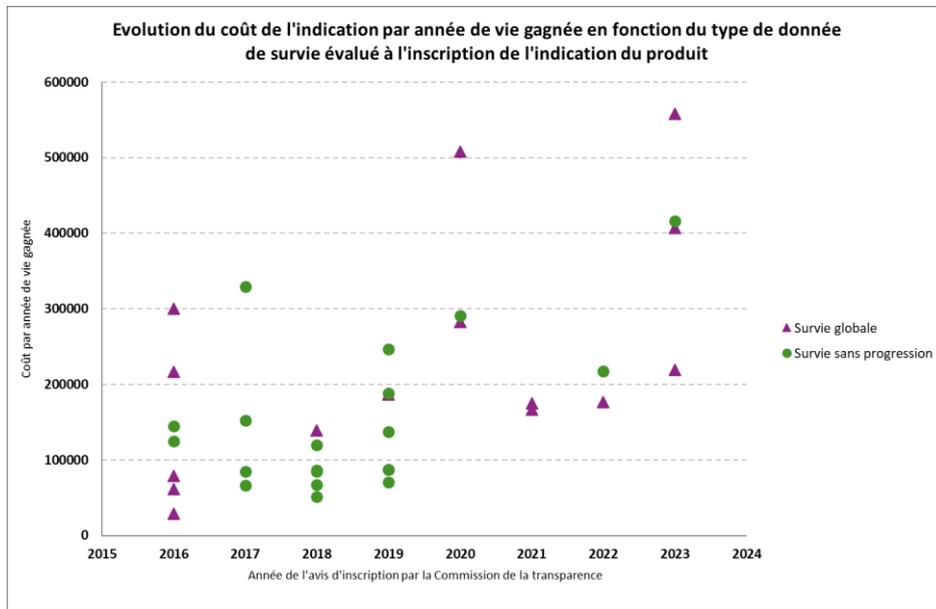
Source : données HAS et SNIIRAM, calculs CNAM

Figure 57 : Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée à l'inscription par la Commission de Transparence en fonction de l'ASMR du produit au cours de la période 2016-2023



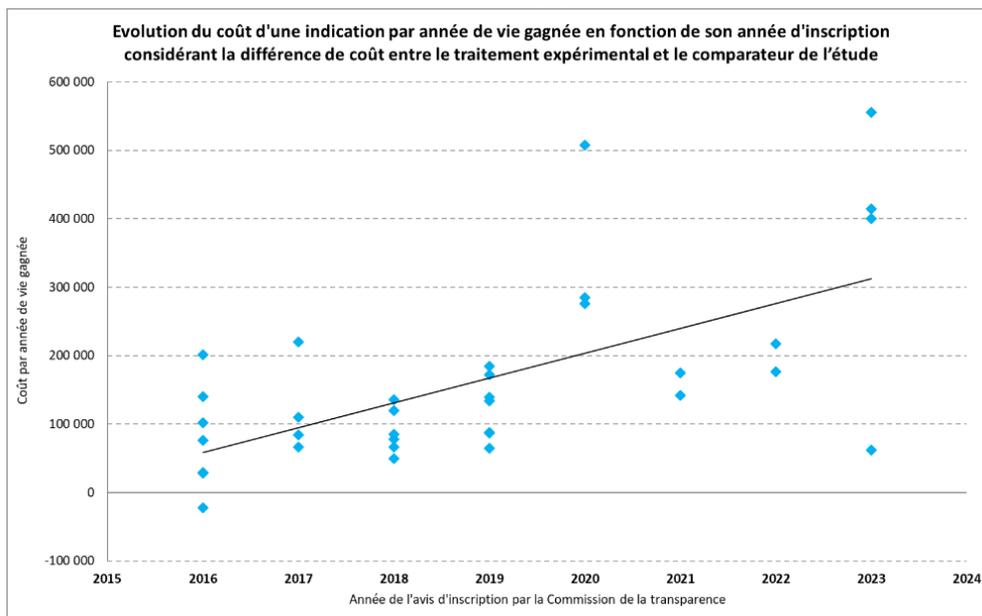
Source : données HAS et SNIIRAM, calculs CNAM

Figure 58 : Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée en fonction du niveau de preuve (médiane de survies) retenu lors l'inscription par la Commission de Transparence au cours de la période 2016-2023



Source : données HAS et SNIIRAM, calculs CNAM

Figure 59 : Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée au cours de la période 2016-2023 (Analyse 2)

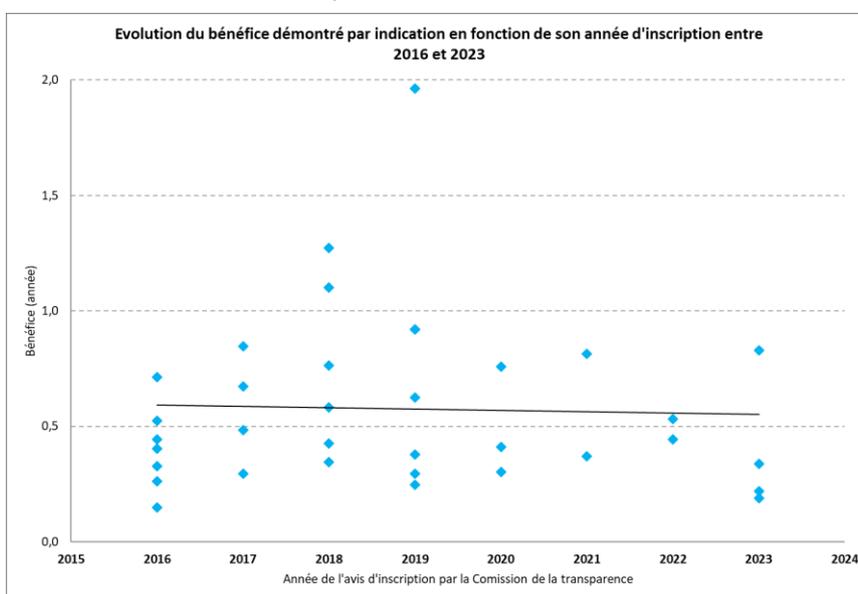


Source : données HAS et SNIIRAM, calculs CNAM

Coût de l'indication par rapport au bénéfice clinique démontré et de l'ASMR obtenue à l'inscription

Parmi les 35 indications retenues sur la période 2016-2023, le bénéfice moyen sur la survie pour la période étudiée était de 0,58 ans (0,46 ans en 2016-2017, 0,68 ans en 2019-2020 et 0,42 ans pour 2022-2023). Pour les 35 indications retenues dans l'analyse, le niveau de preuve fourni tel que défini dans l'étude, semble être constant sur la période étudiée (Figure 60).

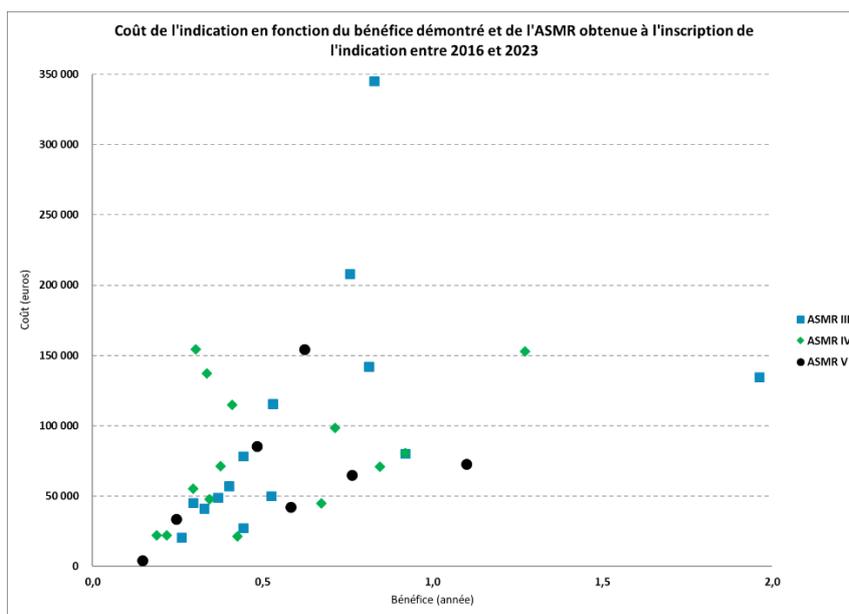
Figure 60 : Evolution du bénéfice démontré par indication en fonction de son année d'inscription par la Commission de Transparence entre 2016 et 2023



Source : données HAS et SNIIRAM, calculs CNAM

Les résultats de l'analyse du coût d'une indication sur la durée de traitement par rapport au bénéfice clinique démontré et au niveau d'ASMR obtenu à l'inscription suggèrent qu'il n'y a pas de corrélation entre ce coût et le bénéfice ou le niveau d'ASMR obtenu pour cette indication ().

Figure 61 : Coût de traitement de l'indication par rapport au bénéfice clinique démontré en fonction du niveau d'ASMR obtenu à l'inscription de l'indication par la Commission de Transparence



Conclusions et discussion sur les prix par année de vie gagnée des médicaments en oncologie

Un premier résultat de cette étude est la part considérable de produits inscrits en oncologie sans démonstration d'un gain en matière de SG ou de SSP (environ la moitié).

Pour les produits disposant de données de SG et SSP, l'analyse des indications évaluées par la CT entre 2016 et 2023 avec un SMR suffisant et tarifées au 1er février 2025 suggère que le bénéfice moyen en matière de survie est stable au cours de la période. Cependant, le coût par année de vie gagnée démontrée à l'inscription augmente au cours cette même période que l'on considère le prix facial ou le prix net des indications.

Cette augmentation ne semble pas être corrélée à la nature du niveau de preuve apportée au moment de l'inscription si on considère les données de SG versus SSP, ni au niveau d'ASMR obtenu. L'augmentation observée du coût par année de vie gagnée démontrée est plus importante en considérant les coûts faciaux, compte tenu d'une hausse de remises conventionnelles octroyées sur ces produits au cours de cette période d'analyse mais reste très significative en considérant les coûts nets.

Ainsi, comme dans la précédente étude menée par l'Assurance maladie (1995-2015), pour un même bénéfice clinique, ces résultats suggèrent qu'un traitement en oncologie coûte de plus en plus cher à l'Assurance Maladie entre 2016 et 2023. Il est également à noter qu'aucun avis ne présentait des données de qualité de vie démontrées robustes pourtant attendue et nécessaire à une évaluation pertinente des produits en oncologie, ce critère n'a donc pas pu être pris en compte pour le calcul du bénéfice incrémental.

En complément, il convient de mettre en place les conditions pour cibler les patients qui bénéficieront d'un traitement efficace. Les traitements en oncologie devenant de plus en plus personnalisés, ils ciblent des altérations génétiques spécifiques (par ex : mutation EGFR dans le cancer du poumon, mutation B RAF dans le mélanome...).

Des analyses (comme par exemple les tests compagnons) permettent de sélectionner les patients qui bénéficieront d'un traitement ciblé efficace, optimisant ainsi la prise en charge en oncologie de précision. Ainsi, elles doivent être réalisées avant la prescription du traitement ciblé pour garantir que le médicament est indiqué et sera efficace.

Le conditionnement du remboursement des traitements ciblés à la réalisation préalable et au résultat positif du test est nécessaire. De plus, l'arrivée rapide de nouvelles innovations thérapeutiques biomoléculaires souvent très onéreuses implique une intégration rapide de ces tests dits compagnons dans la pratique concomitante à l'utilisation du médicament.

Il apparaît donc essentiel pour l'Assurance Maladie de pouvoir s'assurer de la réalisation préalable de ces tests pour un traitement efficace des patients.

L'inscription prochaine dans les nomenclatures du séquençage de panels de gènes dans certains cancers va faciliter l'accès, la réalisation des tests nécessaires pour sélectionner le traitement adapté au patient ainsi que le suivi de leur réalisation dans le SNDS en amont des remboursements de médicaments.

1.1.3 Essais cliniques de désescalade thérapeutique : Initiative UNICANCER – CNAM pour améliorer la qualité de vie des patients

Un système d'arrivée sur le marché qui favorise souvent une utilisation prolongée des molécules

La recherche clinique académique fait l'objet depuis plusieurs années d'attentions particulières au sein des politiques publiques, en raison de son rôle crucial dans l'amélioration du bon usage des thérapeutiques disponibles.

La Stratégie Décennale de lutte contre les cancers a pour objectif de développer la recherche pour diminuer les séquelles et améliorer la qualité de vie des personnes. Elle visait à mettre en place dès 2021 un programme de recherche clinique (PHRC-K) en cancérologie pour soutenir des projets de recherche visant à évaluer l'efficacité, la sécurité, la tolérance et la faisabilité des technologies de santé dans le domaine du cancer, avec une priorité particulière pour la réduction de la toxicité des traitements à moyen et long terme et la désescalade thérapeutique (dispositif expérimental pour 3 ans avec fongibilité asymétrique). Ces dispositifs se révèlent extrêmement utiles mais la sélectivité accrue de ces appels à projets associée aux coûts de plus en plus élevés des nouvelles molécules étudiées rend parfois difficile la mise en œuvre de nombreuses études cliniques pourtant cruciales.

De ce fait, de multiples essais d'adaptation ou de désescalade de doses, de comparaison d'innovations très coûteuses à d'anciennes thérapeutiques ou techniques bien moins onéreuses ne sont pas mises en œuvre, alors qu'ils auraient permis une meilleure adaptation des pratiques et une véritable amélioration de l'efficacité.

Les essais de désescalade thérapeutique visent à réduire l'utilisation de traitements coûteux lorsqu'ils ne sont pas strictement nécessaires, tout en garantissant un niveau d'efficacité optimal, et en diminuant les effets indésirables. Ils permettent ainsi de réaliser des économies immédiates pour l'Assurance Maladie dès leur démarrage, car certains médicaments onéreux actuellement pris en charge sont remplacés ou réduits. C'est donc un schéma gagnant gagnant pour les assurés et le système de santé : amélioration de la qualité de vie des patients et économies immédiates pour l'Assurance Maladie dès leur démarrage, car certains médicaments onéreux actuellement pris en charge sont remplacés ou certaines doses réduites.

L'enjeu est donc double : réduire dès le démarrage de l'essai les coûts immédiats en adaptant les protocoles de soins, puis en cas de résultats positifs, démultiplier les économies et optimiser à long terme les stratégies thérapeutiques en limitant l'exposition inutile à certains traitements, améliorant ainsi la qualité de vie des patients et réduisant les effets indésirables.

Des essais conduits en toute sécurité et bénéficiant à la qualité de vie des patients

Il est essentiel de préciser que les essais de désescalade thérapeutique ne signifient en aucun cas une perte de chance pour les patients inclus. Ces études sont basées sur un rationnel scientifique solide et une analyse approfondie des données existantes, garantissant une approche raisonnée et sécurisée. Ainsi, seuls les patients répondant à des critères stricts d'éligibilité sont inclus dans ces essais. En cas d'aggravation de la maladie ou de signes indiquant une efficacité insuffisante du traitement réduit, les patients peuvent immédiatement revenir à la prise en charge standard.

L'un des objectifs majeurs de la désescalade thérapeutique est de réduire les effets secondaires liés aux traitements tout en maintenant leur efficacité. Pour mesurer cet impact, des outils standardisés et validés, tels que les questionnaires EORTC QLQ-C30¹⁶² et FACT-B¹⁶³ par exemple, sont utilisés pour évaluer la qualité de vie des patients en oncologie. En réduisant la dose ou la durée d'un traitement, on limite les effets indésirables (fatigue, nausées, complications hématologiques, douleurs,...) ce qui entraîne également une réduction des séjours hospitaliers, des consultations médicales spécialisées et des traitements supplémentaires nécessaires pour gérer ces effets secondaires.

Ainsi, ces études permettent non seulement d'optimiser les soins et de réduire les coûts pour l'Assurance Maladie, mais aussi d'améliorer significativement le bien-être des patients en leur évitant des traitements lourds lorsqu'ils ne sont pas indispensables. Cette démarche s'inscrit dans un cadre européen et international d'optimisation thérapeutique des traitements anti-cancéreux.

Un impact gagnant-gagnant attendu

Trois exemples d'études pragmatiques et stratégiques, promues par UNICANCER, illustrent le potentiel des essais de désescalade thérapeutique et montrent que l'amélioration de la qualité de vie des patients et les économies ne sont pas uniquement prospectives : elles démarrent dès l'inclusion des patients dans l'essai, car certains traitements habituellement pris en charge sont supprimés ou réduits. Ces études généreraient à leur issue des économies démultipliées en cas de résultats positifs (cf. Tableau 20).

¹⁶² [EORTC QLQ-C30 | EORTC – Quality of Life](#)

¹⁶³ <https://www.facit.org/measures/fact-b>

Tableau 20 : Exemples d'essais de désescalade thérapeutique promus par UNICANCER

	Étude OPT-PEMBRO	Étude DECEMBER	Étude MOIO
Nom détaillé du projet	OPTimiser la prescription adjuvante de PEMBROlizumab chez les patientes atteintes d'un cancer du sein triple négatif au stade précoce ayant obtenu une réponse pathologique complète après une chimiothérapie néoadjuvante standard et le pembrolizumab	Désescalade des inhibiteurs de CDK4/6 pour le cancer du sein métastatique RH+ et HER2- en réponse complète	Essai randomisé de phase III comparant l'immunothérapie standard (IO) par inhibiteurs de point de contrôle à une intensité de dose réduite d'IO chez des patients atteints d'un cancer localement avancé ou métastatique en réponse après 6 mois d'IO standard.
Rationnel	Le cancer du sein dit « triple négatif » est un des plus agressifs. Il est actuellement traité par une chimiothérapie néo-adjuvante, c'est-à-dire qui est administrée avant la chirurgie. Depuis 2 ans, cette chimiothérapie est associée à du pembrolizumab, une immunothérapie très efficace, mais également assez toxique et très coûteuse. Lors de son développement, avant sa mise sur le marché, dans le cadre des essais cliniques, ce médicament d'immunothérapie a été administré avant et après la chirurgie, même si la réponse était excellente lors des premières cures. Or, il a été montré que les patientes qui obtiennent une réponse complète objectivée lors de la chirurgie ont un excellent pronostic. De ce fait, l'intérêt de poursuivre le pembrolizumab pour 9 cures supplémentaires après la chirurgie est discutable et doit être ré-évalué. C'est le but d'OPT-PEMBRO	Les inhibiteurs de CDK4/6 (CDK4/6i) en combinaison avec une thérapie endocrinienne ont montré un bénéfice constant en termes de survie sans progression (SSP) et de survie globale (SG) chez les patientes ayant un cancer du sein métastatique HR+ HER2-. Toutefois, une telle combinaison augmente la toxicité par rapport à la seule thérapie endocrinienne. La désescalade (interruption du CDK4/6i) pourrait être réalisée en toute sécurité chez une population bien sélectionnée (en réponse complète ou partielle avec une maladie osseuse exclusive après au moins 2 ans de combinaison).	Le rythme et la durée du traitement des immunothérapies ayant l'AMM sont actuellement recommandés jusqu'à la progression de la maladie ou la survenue de toxicité inacceptable pour certaines et 2 ans pour d'autres. Or une administration standard chronique implique une multiplication des visites médicales pour les patients, un risque de toxicités chroniques et évolutives pour les patients avec impact sur la qualité de vie. Une administration plus espacée pourrait ne pas impacter l'efficacité.
Objectif	Optimiser l'utilisation du pembrolizumab en supprimant son administration après la chirurgie chez les patientes en réponse complète après le traitement d'induction	Déterminer si une stratégie de réduction de durée de traitement peut offrir les mêmes bénéfices cliniques qu'un traitement standard	Déterminer si une stratégie d'espacement des traitements par immunothérapie peut offrir les mêmes bénéfices cliniques qu'une séquence standard.
Financement déjà trouvé	OPT-PEMBRO a été évalué scientifiquement lors de l'AAP PHRC-K22 et a obtenu un financement de 1 449 980 €	NA	MOIO a été évalué scientifiquement positivement lors de l'AAP PHRC-K20
Financement encore à trouver	7,5M€	5 M€	
Economie durant l'étude	Environ 19 M€ (400 patients, recrutés sur une période de 4 ans, pourront éviter les séances hospitalières de traitement par Pembrolizumab soit 9 injections en traitement adjuvant)	Environ 13 M€ (453 patients, recrutés sur une période de 2 ans, pourront éviter ce traitement. L'économie totale sur 1 an, soit 12 cycles (avec une estimation de 90% de patients sans récurrence))	Environ 12 M€ 323 patients pourraient bénéficier de la stratégie d'espacement des traitements, soit une économie d'environ 12 M€ pour 1 an
Economie attendue à terme en cas d'étude positive pour l'Assurance maladie lorsque disponible	200 M€/an	32 M€/an	36 000 € par patient

1.2 Générer plus d'économies grâce aux médicaments génériques et des biosimilaires substituables en garantissant la qualité des soins

Dans le contexte actuel de contraintes budgétaires pesant sur notre système de santé, les médicaments biosimilaires représentent un levier d'efficience considérable pour l'Assurance Maladie. Leur développement constitue un enjeu stratégique tant sur le plan économique que sur celui de l'accès aux soins.

1.2.1 Les enjeux d'efficience autour des biomédicaments

Les biomédicaments occupent dorénavant une place prépondérante dans l'arsenal thérapeutique moderne

En France, les dépenses liées aux médicaments biologiques ont très fortement progressé passant de 6 Md€ en 2017 à 14 Md€ en 2024, soit une augmentation de 127% en 7 ans. Cette progression est nettement supérieure à celle des médicaments chimiques, qui sont passés de 19,3 Md€ à 23,7 Md€ sur la même période, soit une augmentation de 22,4%. Bien que les médicaments biologiques ne représentent que 9% du nombre de DCI remboursées, ils constituent plus d'un tiers des dépenses remboursables de médicaments. Cette disproportion s'explique par leur coût unitaire particulièrement élevé par rapport aux médicaments chimiques.

La progression des médicaments biologiques s'explique par :

- une efficacité clinique supérieure : pour de nombreuses maladies auto-immunes (Skyrizi®, Stelara®, Humira®) et formes de cancers avancés (Keytruda®, Opdivo®, Darzalex®), les anticorps monoclonaux sont devenus le standard ;
- une extension régulière des indications : chaque année, de nouvelles AMM élargissent leur champ d'utilisation (ex : Dupixent® dans la BPCO, Skyrizi® ou Darzalex® en formulations innovantes) ;
- un marché moins exposé à la concurrence générique : le développement de biosimilaires reste plus complexe et plus lent, ce qui protège encore partiellement les ventes.

Les médicaments biologiques occupent dorénavant une place prépondérante et croissante dans l'arsenal thérapeutique moderne. Le panorama des médicaments les plus vendus au monde en 2024¹⁶⁴ met en lumière une tendance structurelle : la domination progressive des médicaments biologiques, aussi bien en matière de chiffre d'affaires que de réponses thérapeutiques innovantes dans de multiples aires thérapeutiques. Ainsi, parmi les 10 premiers médicaments du classement mondial 2024, une très large majorité sont des produits biologiques (anticorps monoclonaux, protéines de fusion, immunothérapies, etc.). C'est le cas notamment de l'anticorps monoclonal en oncologie Keytruda® (pembrolizumab), premier produit mondial avec 29,5 Md€ (+18 %) de CAHT au niveau mondial, l'anticorps monoclonal pour pathologies immunitaires Dupixent® (dupilumab) en quatrième position avec 13,5 Md€ ou bien encore l'anticorps monoclonal anti-IL23 Skyrizi® (risankizumab) en 6ème place.

Une difficile pénétration des biosimilaires malgré les dispositifs mis en place

Le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS) a établi un cadre tarifaire précis pour les biosimilaires. Pour les biosimilaires accessibles en ville, le prix du biosimilaire est initialement fixé à 40% en dessous du prix net du médicament biologique de référence. Parallèlement, le bioréférént subit une baisse de prix de 20%. Ce mécanisme permet de générer d'emblée un écart de prix de 25% entre les deux produits durant les deux premières années de commercialisation. Des baisses de prix supplémentaires de 5% à 15% sont ensuite appliquées 24 et 42 mois après l'entrée du premier biosimilaire, en fonction de son taux de pénétration.

En 2024, les dépenses remboursées liées aux médicaments appartenant aux groupes de médicaments pour lesquels au moins un biosimilaire est commercialisé représentent 2,9 Md€ dont 1,48 Md€ pour les médicaments biosimilaires.

Malgré ces bénéfices économiques potentiels, les biosimilaires peinent à s'imposer sur le marché français, particulièrement en ville où leur taux de pénétration n'était que de 34% en 2024 contre 90% à l'hôpital soit un taux de pénétration global de 47%. Cette situation persiste en dépit des nombreuses mesures incitatives mises en place :

¹⁶⁴ Dépêche APM news : Ozempic* figure sur le podium des médicaments les plus vendus au monde en 2024 (infographie) ; résultats financiers des laboratoires compilés par APM Market Access (groupe APM International, dont fait partie APMnews).

- La Convention médicale qui prévoit une rémunération des médecins prescripteurs basée sur le passage de patients d'un bioréfèrent à un biosimilaire ;
- La rémunération sur objectif de santé publique des pharmaciens : l'article 4 de l'avenant 1 à la Convention des pharmaciens titulaires d'officine a ajouté les biosimilaires et les hybrides dans l'indicateur ROSP relatif à la pénétration des médicaments génériques ;
- L'alignement des marges des pharmaciens entre biosimilaires et bioréfèrents, supprimant ainsi toute incitation économique à privilégier l'un ou l'autre des présentations.
- L'élargissement du champ de la substitution des pharmaciens, en ajoutant six nouveaux groupes biologiques aux trois pour lesquels cette substitution était déjà autorisée (ranibizumab, filgrastim, pegfilgrastim). Parmi ces nouveaux groupes figurent notamment l'étaanercept (Enbrel®), l'adalimumab (Humira®) et l'énoxaparine (Lovenox®), des molécules à fort impact budgétaire. Les seuls groupes biosimilaires non substituables sont ceux pour les insulines.

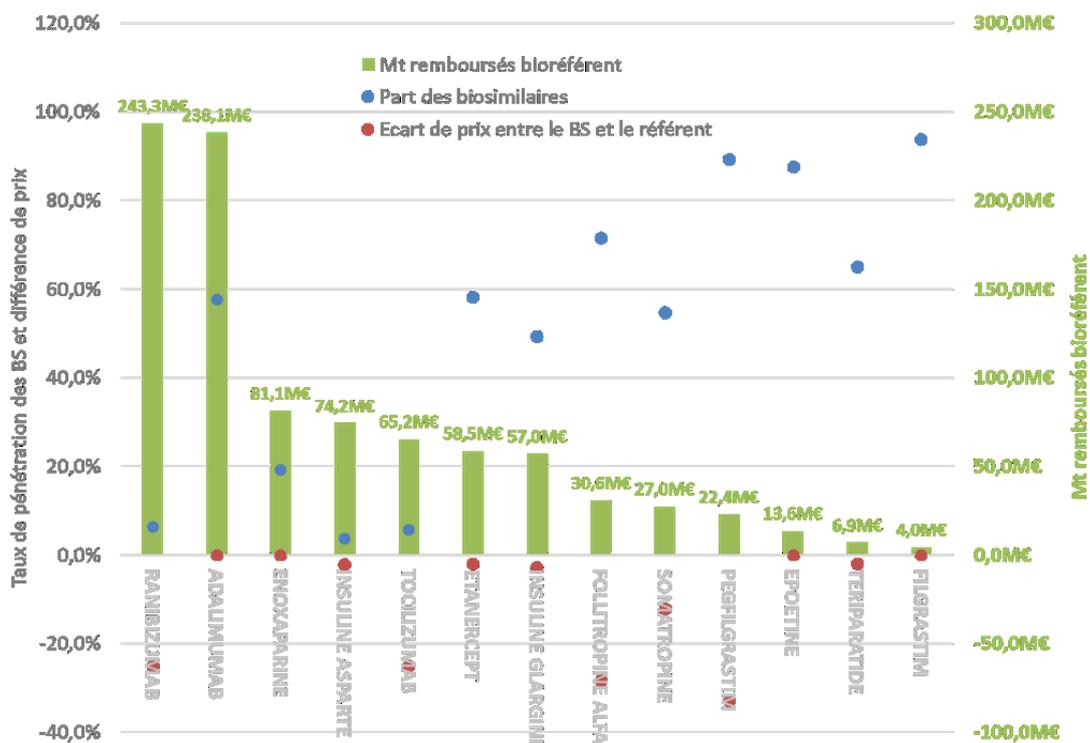
Cette évolution réglementaire constitue un levier supplémentaire pour accélérer la pénétration des biosimilaires en ville et générer des économies substantielles pour notre système de santé. Elle s'inscrit dans une stratégie plus large visant à exploiter la concurrence des biosimilaires pour obtenir des réductions de prix significatives, tout en maintenant un accès équitable aux traitements biologiques pour les patients.

Les plus grands réservoirs d'économies liées aux biosimilaires se trouvent parmi les molécules qui combinent des montants remboursés élevés pour le bioréfèrent, une pénétration encore limitée des biosimilaires, un écart de prix significatif entre biosimilaires et référent. Les bioréfèrents du ranibizumab (Lucentis®) et l'adalimumab (Humira®) représentent les plus importants montants remboursés avec 243,3 M€ et 238,1 M€ respectivement,, avec des taux de pénétration des biosimilaires encore modérés : environ 6% pour ranibizumab et 57% pour l'adalimumab (cf. Figure 62).

Ainsi, les groupes qui permettraient de générer des économies via la substitution sont ceux de ranibizumab, tocilizumab et follitropine alpha. Les économies potentielles sur ces groupes s'élèvent à environ 40M€ mais l'arrivée dans les prochains mois des biosimilaires d'Eylea® (500 M€ de dépenses remboursées en 2024), de Xolair® (170,5M€ de dépenses remboursées en 2024) entraînant des baisses de prix et une substitution devrait générer une économie estimée en année pleine (2026) à 130 M€.

Au-delà des économies directes générées, ils permettent également de sécuriser l'approvisionnement en diversifiant les sources de production et de libérer des ressources pour financer l'innovation thérapeutique, tout en maintenant un accès équitable aux traitements biologiques pour les patients.

Figure 62 : Comparaison des dépenses remboursées des bioréfèrents, des taux de pénétration des biosimilaires et des écarts de prix entre le similaire et le référent délivrés en officine en 2024



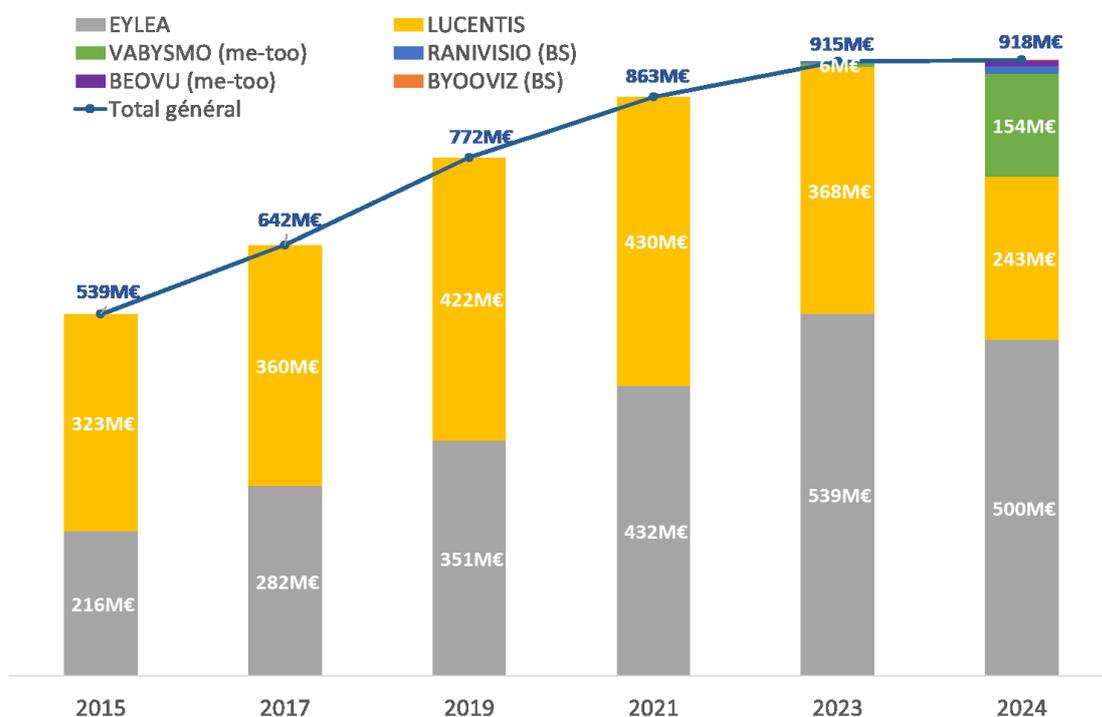
Source : Cnam (SNDS) ; BdMiT au 7 avril 2025 pour les prix des médicaments
 Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine
 Le graphique présente une analyse économique des biosimilaires en France, avec trois indicateurs clés: les montants remboursés pour les bioréfèrents (barres vertes), la part de marché des biosimilaires (points bleus) et l'écart de prix entre biosimilaires et référents (points rouges)
 En 2024, les dépenses remboursées du médicament biologique de référence pour la DCI ranibizumab s'élèvent à 243,3M€ (barre verte), le taux de pénétration des biosimilaires s'élève à 6,3% (point bleu) et l'écart de prix à 25% (point rouge)

Les difficultés liées à la pénétration des biosimilaires : l'exemple de l'arrivée des biosimilaires substituables dans la classe des anti-VEGF, traitements intra vitréens notamment contre la DMLA

Parmi les médicaments biologiques, les traitements anti-VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) ont révolutionné la prise en charge de pathologies ophtalmiques majeures comme la DMLA humide, l'œdème maculaire diabétique et les occlusions veineuses rétinienne.

En 2024, les dépenses remboursées liées aux anti-VEGF s'élèvent à 918 M€ (Figure 63), en progression de 3,5% en moyenne par an depuis 2019. Dans ce contexte, l'arrivée des biosimilaires des molécules princeps, comme le ranibizumab (Lucentis®) et prochainement l'aflibercept (Eylea®), était attendue comme une source majeure d'économies, cruciale pour la soutenabilité financière du système. Ces économies étaient estimées en se basant sur des réductions de coûts potentielles de 20% à 30%, entre 160 et 240 millions d'euros d'économies. Près de 320 000 patients ont reçu au moins une délivrance d'un médicament de cette classe thérapeutique en 2024

Figure 63 : Evolution des dépenses remboursées par produit pour la classe des anti-VEGF depuis 2015



Source : Cnam (SNDS) ;

Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine

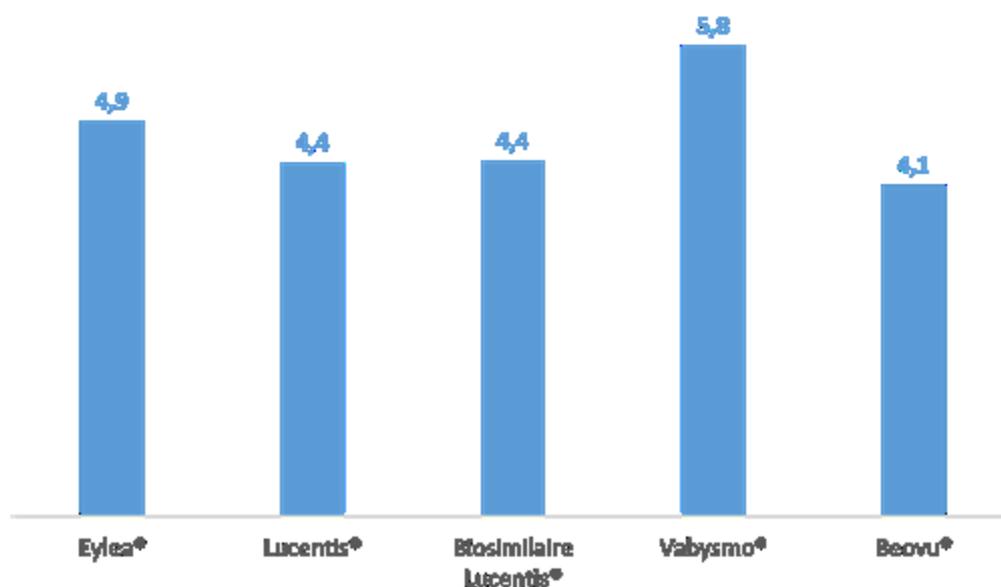
Malgré l'efficacité prouvée des biosimilaires – les biosimilaires (Ranivisio®, Byooviz®) de ranibizumab génèrent une économie de 25 % par rapport à Lucentis® – leur adoption reste limitée à 9,4 % des volumes en décembre 2024, loin des objectifs de 80% attendus.

Par ailleurs, on observe des stratégies de la part des laboratoires pharmaceutiques visant à limiter l'impact de l'arrivée d'un biosimilaire en introduisant de nouvelles molécules ou formulations juste avant ou au moment de l'expiration des brevets des médicaments établis et de l'arrivée de leurs biosimilaires. Cette approche permet aux entreprises pharmaceutiques de préserver leur positionnement sur le marché face à l'arrivée de médicaments biosimilaires proposés à des coûts plus compétitifs. Ainsi, l'introduction en 2023 du brolocizumab (Beovu®) par Novartis et du faricimab (Vabysmo®) par Roche illustre cette tendance dans le domaine des anti-VEGF ophtalmiques avec :

- Une temporalité notable : leur commercialisation coïncide avec la disponibilité des biosimilaires du ranibizumab (Lucentis®) et précède l'arrivée imminente de ceux de l'aflibercept (Eylea®) ;
- Une évaluation par les autorités sanitaires qui démontre l'absence d'amélioration du service médical rendu : la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de santé (HAS) a attribué une ASMR V à ces produits par rapport à Eylea® dans leurs indications principales, indiquant que ces nouvelles options thérapeutiques n'ont pas démontré d'amélioration significative selon les critères d'évaluation actuels ;
- Des conditions d'utilisation comparables voire défavorable pour un des biomédicaments de contournement (cf. Figure 64) ;

- Un positionnement économique qui place ces produits au même niveau tarifaire que les produits princeps.

Figure 64 : Comparaison du nombre d'injections annuel observé pour les 4 molécules de la classe des anti-VEGF commercialisés en ville



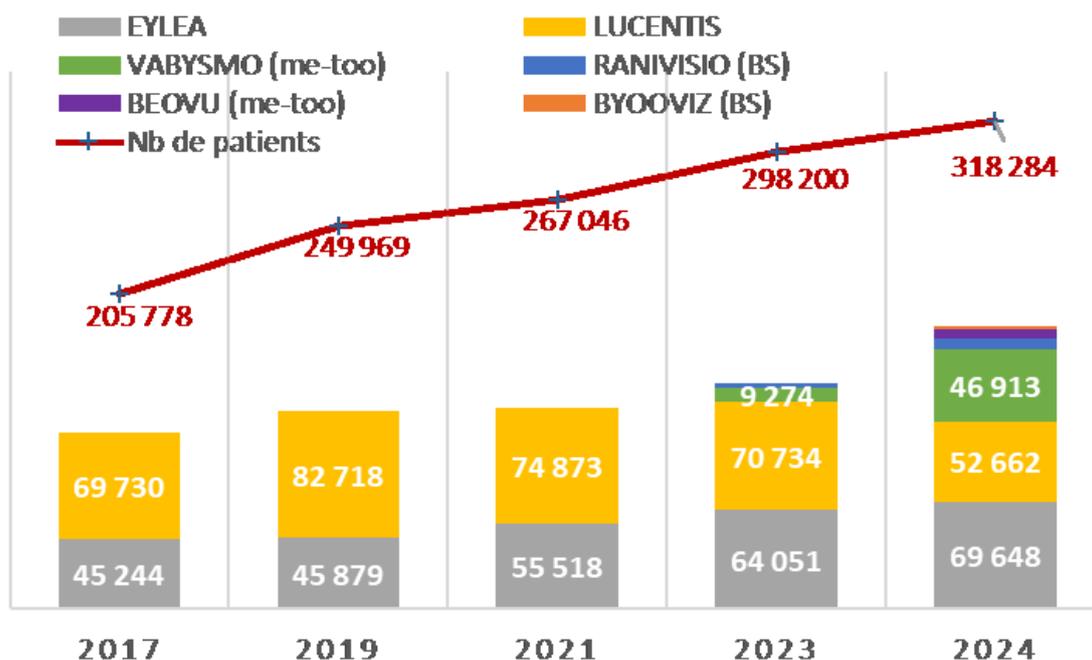
Source : Cnam (SNDS) ;

Champ : France entière ; données en date de soins, tous régimes, médicaments délivrés en officine ; Patients en initiation de traitement par anti-VEGF entre novembre 2023 et janvier 2024 suivis sur 365 jours. Sont considérés en initiation de traitement, les patients n'ayant pas eu d'anti-VEGF entre janvier 2023 et octobre 2023

Note de lecture : :Le graphique montre que Vabysmo® nécessite en moyenne 5,8 injections par patient sur 12 mois, soit la fréquence d'administration la plus élevée parmi les anti-VEGF étudiés, ce qui peut avoir des implications importantes sur le coût global de traitement

Les nouveaux médicaments, qu'on pourrait appeler selon la terminologie "me-too" auparavant utilisée pour les médicaments chimiques, Vabysmo® et Beovu® ont rapidement gagné des parts de marché au détriment de Lucentis®, malgré leur ASMR V par rapport à Eylea®. Cette dynamique confirme la stratégie de contournement des biosimilaires évoquée précédemment. Le nombre de patients en initiation de traitement par ranibizumab (Lucentis® et ses biosimilaires) a diminué de 20% sur les 12 derniers mois, alors que ce nombre était stable entre 2017 et 2023. Cette baisse coïncide avec l'arrivée de Ranivisio® (biosimilaire du ranibizumab) qui commence à apparaître dans les données de 2023-2024. À l'inverse, Eylea® (aflibercept) renforce sa position dominante avec une augmentation de 9% du nombre de patients en initiation de traitement par rapport à 2023, atteignant près de 70 000 patients initiés en 2024.

Figure 65 : Evolution du nombre de patients initiés par médicament et nombre total de patients traités pour la classe des anti-VEGF entre 2017 et 2024



Source : Cnam (SNDS) ;

Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine, patients initiés : patients n'ayant pas eu de délivrances d'anti-VEGF dans les 6 mois précédents

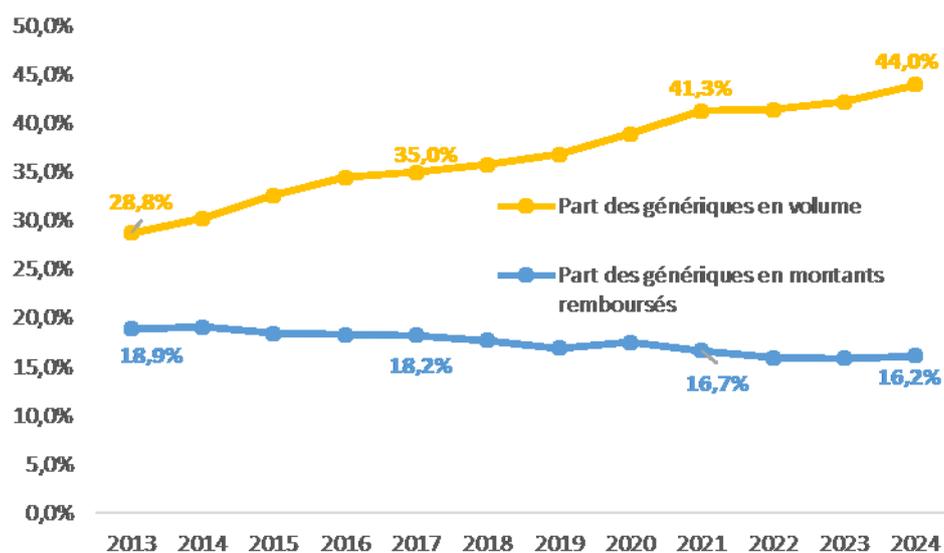
Note de lecture : Le nombre total de patients traités par anti-VEGF a connu une progression significative, passant de 205 778 patients en 2017 à 318 284 patients en 2024. Cette augmentation de plus de 112 000 patients représente une croissance de 54,7% sur cette période de sept ans. Un autre chiffre notable concerne l'évolution rapide du médicament Vabysmo® (faricimab), nouvel entrant sur le marché. Ce traitement est passé de 9 274 initiations en 2023 à 46 913 initiations en 2024

L'introduction de ces molécules entraîne, hors effet remise, un surcoût annuel pour l'assurance maladie estimé à près de 60 millions d'euros si elles captent 30% des initiations de traitement et sous réserve que la pénétration des biosimilaires de ranibizumab atteignent les 20% en 2025, annulant environ 30 % des économies attendues grâce à l'arrivée des biosimilaires. Ce phénomène s'accroîtra avec le lancement de Yesafili® et d'Avqir®, les premiers biosimilaires de l'afibercept déjà inscrits sur la liste de référence des groupes biologiques similaires de l'ANSM, dont l'adoption pourrait être retardée par la promotion de Vabysmo®.

1.2.2 Atteindre des gains d'efficience maximum sur les génériques

En 2024, pour les médicaments délivrés en officine, les dépenses remboursées des médicaments génériques atteignent 4,3 Md€ en hausse de 5,4% en moyenne par an depuis 2019. L'évolution des médicaments génériques en France depuis 2013 est contrastée. La part des génériques en volume connaît une progression significative et constante de la part des génériques en volume, passant de 28,8% en 2013 à 44,0% en 2024 (Figure 66), témoignant de l'efficacité des politiques d'incitation mises en place par l'Assurance Maladie. Paradoxalement, la part des génériques en montants remboursés a diminué sur la même période, passant de 18,9% à 16,2%. Cette divergence s'explique par la baisse des prix des génériques et par l'évolution du marché pharmaceutique vers des médicaments innovants et coûteux non substituables. Le nombre absolu de boîtes de génériques a augmenté de près de 45%, atteignant 1 045 millions en 2024 contre 722 millions en 2013. Malgré cette progression volumétrique, l'impact financier reste limité pour l'Assurance Maladie.

Figure 66 : Comparaison de la part en montants remboursés et en volume des génériques, des princeps et du paracétamol pour l'année



Source : Cnam (SNDS) ;

Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine

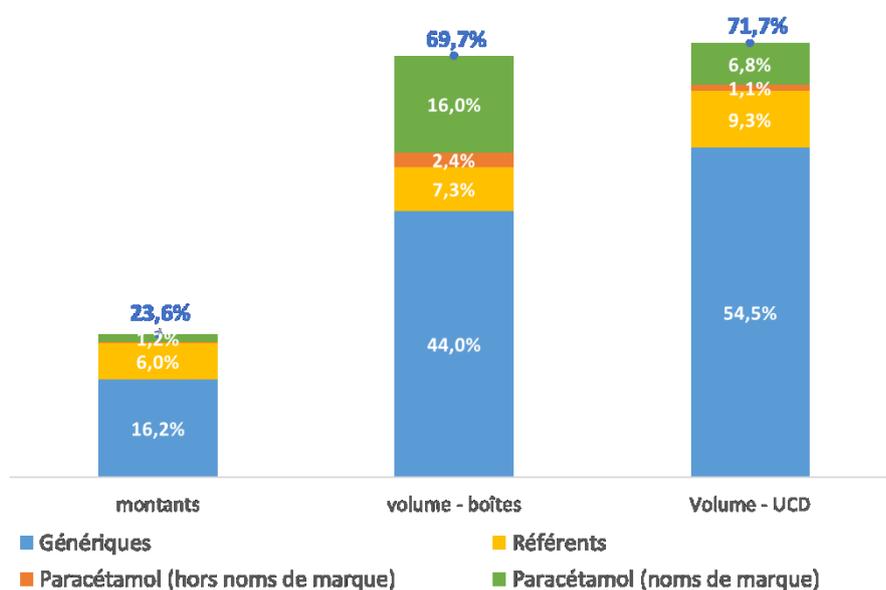
Une analyse des remboursements dans le répertoire (cf. Figure 67) montre que les médicaments référents (princeps génériqués) conservent une position résiduelle avec 6,0% des montants et 7,3% des volumes. Cette proportion relativement faible témoigne d'une substitution générique globalement efficace.

On observe que 51,3% des volumes de médicaments remboursés sont des médicaments inscrits au répertoire (génériques et référents). A noter toutefois une spécificité française majeure et importante à intégrer dans les comparaisons internationales : le paracétamol n'est pas présent dans le répertoire des génériques contrairement aux autres pays.

L'intégration hypothétique du paracétamol dans le répertoire des génériques porterait la part totale des médicaments du répertoire à près de 70% des volumes du marché officinal et 24% des dépenses remboursées.

Des marges d'amélioration demeurent pour optimiser davantage les dépenses publiques et pour concurrencer le trio de tête des pays européens en la matière.

Figure 67 : Comparaison de la part en montants remboursés et en volume des génériques, des princeps et du paracétamol pour l'année 2024

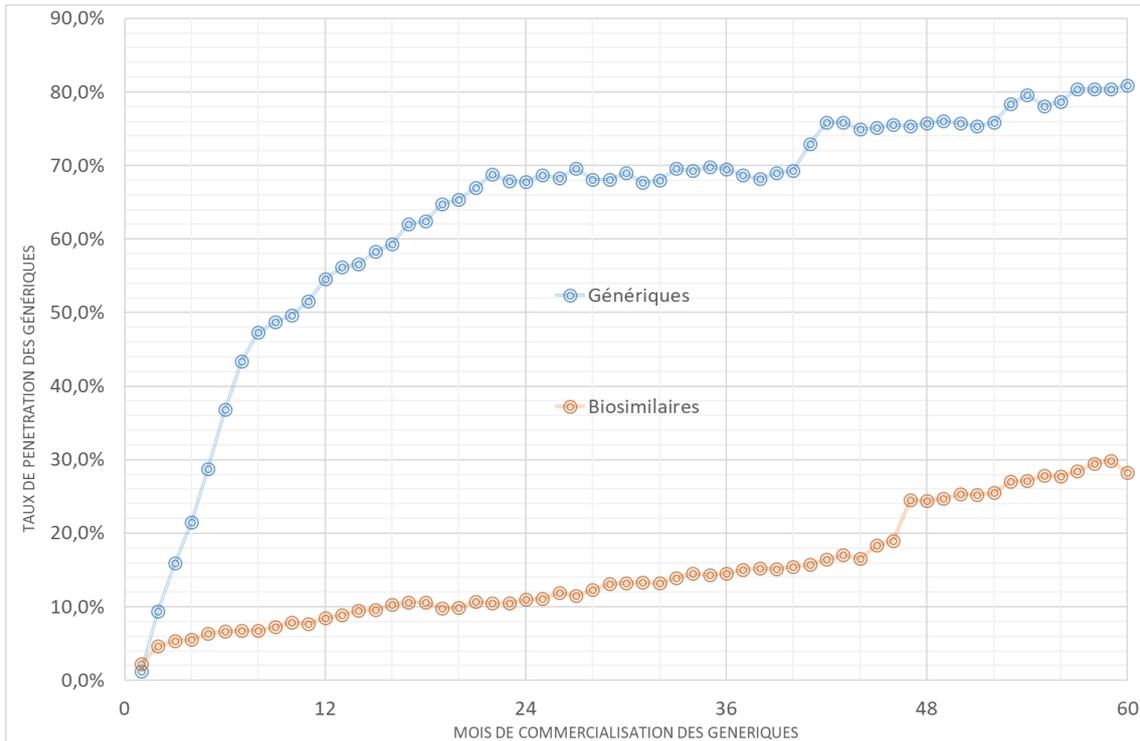


Source : Cnam (SNDS) ;

Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine, Médicaments référents (princeps) pour lesquels des alternatives génériques ont été remboursés au cours de l'année

Par ailleurs, une analyse complémentaire de la pénétration des biosimilaires et génériques par mois à compter de leur commercialisation révèle un dynamisme certain et met en évidence une réalité économique : les médicaments génériques constituent encore un levier majeur d'efficacité pour notre système de santé avec en moyenne 35 groupes génériques créés annuellement, bien que ce chiffre varie (30 en 2024, 15 en 2023, 48 en 2022). À 12 mois après commercialisation, le taux de pénétration atteint en moyenne 55% pour les génériques contre seulement 8,5% pour les biosimilaires. A 36 mois de commercialisation, cette différence s'accroît avec 70% pour les génériques contre 14,5% pour les biosimilaires.

Figure 68 :Evolution du taux de pénétration moyen des génériques et biosimilaires selon le mois de commercialisation



Source : Cnam (SNDS) ;

Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine, les taux de pénétration des groupes génériques/biosimilaires avec commercialisation à partir du 1er janvier 2015, en fonction du temps écoulé depuis leur commercialisation (en mois).

Note de lecture :

Pour mémoire, l'accord-cadre signé entre le CEPS et le LEEM établi une décote de prix de 60% par rapport au prix net du médicament générique de référence. Parallèlement, le référent subit une baisse de prix de 20%. La politique de régulation des prix des médicaments génériques en France ne s'arrête pas aux décotes initiales. En effet, après 12 à 24 mois de commercialisation, en fonction des parts de marché respectives du princeps et des génériques, des baisses supplémentaires de prix sont appliquées avec une réduction, à 18 mois, de 12,5% pour les spécialités de référence et de 7% pour les spécialités génériques.

L'article 66 de la LFSS 2019 a introduit des modifications importantes dans la régulation des remboursements en lien avec les médicaments génériques. Il stipule que deux ans après l'inscription du premier générique, le remboursement du princeps est fondé sur le prix du médicament générique le plus cher en l'absence de justification médicale de la mention "non substituable". Ce dispositif vise à encourager le recours aux génériques tout en préservant l'accès aux princeps dans des situations médicalement justifiées.

Accélérer la mise en place de ce tarif de remboursement ajusté permettraient d'optimiser le potentiel d'économies en lien avec la tombée de brevet dans le domaine public de molécules importantes comme Eliquis® (apixaban), Xtandi®(enzalutamide) et Forxiga® (dapagliflozine). En effet, l'écart de prix entre princeps et génériques diminue au cours du temps, les gains liés à un remboursement basé sur le tarif de remboursement ajusté sont donc plus importants dans les premières années de la commercialisation des médicaments ayant perdu leur brevet.

Parallèlement aux actions fortes nécessaires sur les médicaments chimiques et biologiques, il est nécessaire également de développer la substitution au sein des médicaments hybrides notamment en lien avec la création du registre des groupes hybrides par l'ANSM en avril 2024.

1.3 Réduire les effets négatifs sur l'Assurance Maladie de la régulation des produits innovants et présumés innovants

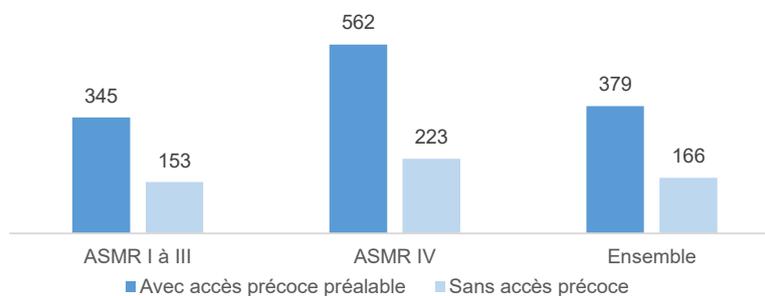
1.3.1 Des négociations tarifaires qu'il est nécessaire d'accélérer

Depuis 2022 (et jusqu'à avril 2025), plus de 220 premières demandes d'autorisation d'accès précoce ont été déposées par les industriels à la HAS. Ce dispositif suscite un intérêt fort pour les industriels. En effet, sur cette même période 813 demandes d'inscription/extension d'indications ont été déposées dans le cadre du droit commun. Ainsi, les demandes d'accès précoces représentent plus de 20% des demandes auprès de la Haute Autorité de Santé.

Le dispositif d'accès précoce ne crée pas les conditions pour permettre une transposition rapide dans le droit commun des médicaments bénéficiant de ce dispositif. L'observatoire européen des délais d'accès aux nouveaux médicaments apportant un progrès thérapeutique réalisé chaque année par la CNAM en collaboration avec ses homologues européens montre une distorsion dans l'inscription de droit commun des médicaments ayant bénéficié d'un accès précoce préalable : le délai médian d'inscription est de 379 jours après la clôture de l'évaluation par la HAS¹⁶⁵, soit plus de deux fois le délai d'inscription d'un médicament n'ayant pas bénéficié d'un accès dérogatoire (166 jours en médiane, voir Figure 69). L'écart est particulièrement élevé pour les médicaments avec une ASMR modérée (ASMR IV), de près d'un an avec un délai d'inscription médian est de 562 jours (contre 223 jours pour les médicaments n'ayant pas bénéficié d'un accès précoce).

Si les médicaments ayant bénéficié au préalable d'un accès précoce ont pu être mis à disposition des patients un mois avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), les délais de négociation pour une inscription en droit commun sont particulièrement élevés ce qui a un impact financier pour l'Assurance Maladie puisqu'en accès précoce les indemnités versées pour la dispensation du médicament sont fixés par le laboratoire. Les dépenses de l'Assurance Maladie, nettes des remises, au titre de la prise en charge des accès précoces ont atteint 146 M€ en 2021, 472 M€ en 2022, et 637 M€ en 2023.

Figure 69 : Nombre de jours médians entre la clôture de l'évaluation par la HAS et l'inscription au remboursement (JO)



Source : HAS, CNAM.

Champ : nouveaux médicaments inscrits au remboursement au 31.12.2024, avec une AMM depuis le 1^{er} janvier 2017, répondant à un besoin médical et apportant un progrès thérapeutique (service médical rendu important et avec une amélioration du service médical rendu). Hors vaccins, hors traitements de la Covid. L'accès précoce intègre les ATUc (avant la réforme de juillet 2021). L'échantillon comporte 88 médicaments, dont 35 avec une ASMR I à III (dont 28 avec un accès précoce préalable) et 53 avec une ASMR IV (dont 29 avec un accès précoce préalable).

¹⁶⁵ Par la commission de la transparence (CT) ou la commission d'évaluation économique et de santé publique (CEESP) le cas échéant.

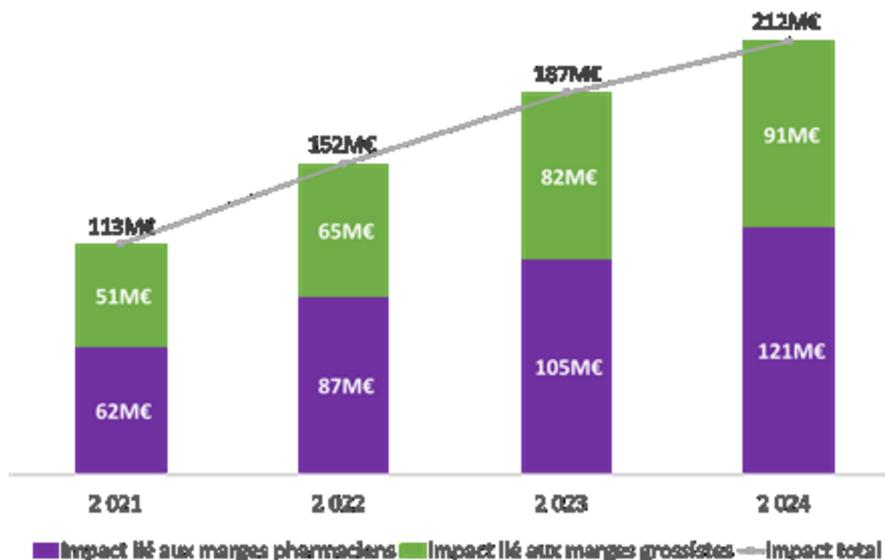
1.3.2 Marges des pharmaciens et surcoûts liés aux prix nets

Depuis 2017, les remises négociées entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques ont fortement augmenté, atteignant 8,03 Md€ en 2024, soit une multiplication par près de 6 en sept ans. Ces remises permettent aux industriels de maintenir un prix public élevé (prix facial), qui sert de référence internationale, tandis que l'Assurance Maladie rembourse sur la base d'un prix net négocié. Ce décalage entre prix facial et prix net engendre une dépense supplémentaire pour les finances publiques, via une augmentation des marges versées aux pharmaciens et aux grossistes, calculées sur le prix facial. Cette analyse avait été présentée dans le cadre du rapport Charges et produits 2025 mais du fait de la croissance forte des remises, une mise à jour de l'étude a été réalisée.

En effet, le prix public toutes taxes comprises (PPTTC) d'un médicament remboursable combine le prix fabricant hors taxe (PFHT), la TVA (2,1%) avec les marges des grossistes et des pharmaciens. Ces marges sont calculées selon un barème progressif en fonction du prix du médicament, avec des plafonds définis : la marge grossiste est plafonnée à 32,50€ lorsque le PFHT atteint 468,97€, tandis que la marge pharmacien est limitée à 97,65€ pour un PFHT supérieur ou égal à 1930€. Ce système diffère pour les médicaments hospitaliers, avec une marge forfaitaire de 22€ pour les médicaments rétrocédés et aucune marge pour les produits de la liste en sus délivrés lors d'une hospitalisation. Ce mécanisme est directement impacté par le système de remises négociées entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les laboratoires pharmaceutiques, créant un écart croissant entre le prix facial public et le prix net réellement payé par l'Assurance Maladie.

Ce décalage entre prix facial et prix net engendre une dépense supplémentaire pour les finances publiques, via une augmentation des marges versées aux pharmaciens et aux grossistes, calculées sur le prix facial. En 2024, cet impact pour l'ensemble des financeurs a atteint 212M€, avec une hausse annuelle moyenne de 23,4% par an entre 2021 et 2024, illustrant la croissance continue de cette charge pour l'Assurance Maladie. La décomposition de cet impact révèle que les marges des pharmaciens représentent la part la plus importante et connaissent la progression la plus forte. Elles sont passées de 62M€ en 2021 à 121M€ en 2024 (+95%), tandis que les marges des grossistes ont augmenté de 51M€ à 91M€ sur la même période (+78%). Cette évolution disproportionnée souligne l'amplification du phénomène et son poids croissant sur les finances de l'Assurance Maladie.

Figure 70 : Evolution des dépenses supplémentaires (tous financeurs) de distribution des médicaments du fait des remises entre 2021 et 2024



Source : Cnam (SNDS) ; Montants des remises fournis par le CEPS (chiffres 2024 provisoires), Traitements Cnam

Champ : France entière ; données en date de liquidation, tous régimes, médicaments délivrés en officine

Cette dépense supplémentaire pour l'Assurance Maladie est fortement concentrée sur un nombre limité de médicaments. En 2024, les 10 premiers produits représentent 58 % des surcoûts liés aux remises, et les 25 premiers concentrent 79 % de ces dépenses, soit une nette concentration des impacts financiers. Ces produits se caractérisent par un taux de remise moyen élevé et des volumes de vente importants. Ils incluent généralement des médicaments générant les dépenses les plus significatives pour l'Assurance Maladie. En 2024, près de trois quart de ce surcoût pour l'Assurance maladie porte sur des médicaments dont le niveau d'amélioration du service médical rendu attribué par la HAS est mineur (ASMR IV) ou sans progrès thérapeutique (ASMR V).

Proposition 25 : Garantir une hiérarchie des prix cohérente avec le progrès thérapeutique des médicaments

- Réaliser des baisses de tarifs sur les ASMR IV représentant une baisse de 20 % des coûts par patient d'ici 2030 afin de compenser la forte hausse des coûts depuis 2017
- Réaliser des baisses de tarifs sur les médicaments à ASMR V afin de retrouver le niveau de dépenses observé en 2019
- Compte tenu de l'augmentation des dépenses de médicaments et du déficit de la Sécurité sociale, il est nécessaire d'accroître le niveau d'économies générées par ces produits en leur permettant de rentrer dans le panier de soins remboursable uniquement si les conditions suivantes sont réunies :
 - Les médicaments ASMR V (sous brevet) acceptent une baisse de prix de 20 % minimum par rapport au prix net du comparateur le moins cher.
 - Les médicaments ASMR IV acceptent une baisse de prix par rapport au prix net du comparateur le moins cher
 - Dans les deux cas ci-dessus, les prix nets sont alignés aux prix faciaux.

Proposition 26 : Enrayer le phénomène « payer plus cher qu'avant des médicaments qui démontrent moins bien leur intérêt » en oncologie

- Revoir la politique de tarifs excessifs sur les médicaments anti-cancéreux
- Réinterroger le remboursement de certains médicaments anticancéreux ne présentant aucun résultat probant dans le cadre de leurs essais cliniques et exiger des données probantes dans le cadre des nouvelles inscriptions

Proposition 27 : Instaurer un mécanisme permettant de faire financer par les acteurs du médicament et l'Assurance Maladie les essais thérapeutiques en lien avec la désescalade thérapeutique

Proposition 28 : Augmenter les économies en lien avec les génériques et biosimilaires

- Appliquer aux médicaments biosimilaires, l'ensemble des dispositifs ayant permis une pénétration forte des médicaments génériques : tiers payant contre biosimilaires, alignement des remboursements bioréférents, biosimilaires au bout de deux ans de commercialisation du biosimilaire...
- Empêcher les stratégies de contournement des laboratoires par la constitution de groupes de médicaments interchangeables (« jumbo groups »)
- Les génériques génèrent des économies substantielles pour l'Assurance Maladie. Le délai d'entrée en vigueur de leur prise en charge sur la base du tarif de remboursement ajusté (TRA) est aujourd'hui de 2 ans. Or, compte tenu de la nécessité d'accélérer leur pénétration, ce délai doit être réduit à un an et leur base de remboursement pourrait être modifiée au profit de celle du générique le moins cher.

Proposition 29 : Accélérer les négociations pour les médicaments bénéficiant d'un accès précoce

- Renforcer les incitations au débouclage en limitant dans le temps la durée de la négociation pour les médicaments bénéficiant d'un accès précoce

Option* sur le médicament

- **Reconstruire un cadre pluriannuel de pilotage de la dépense de médicaments équivalent à la période 2010-2019 avec un objectif d'évolution annuelle des remboursements de l'Assurance Maladie limité à l'inflation à l'horizon 2030**

* Options : il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport

2 Enjeu des rentes économiques et de l'optimisation financière de certains secteurs

En qualité de financeur principal des dépenses de santé – à hauteur de 79,5 % de la consommation de biens et services médicaux (CSBM) en 2023¹⁶⁶ – l'Assurance Maladie a pour missions de garantir l'accès aux soins des assurés et de réguler le système de santé, lui conférant un rôle prépondérant dans le dialogue auprès de l'ensemble des acteurs pour garantir l'efficacité et la soutenabilité des dépenses de santé. Elle intervient notamment auprès des offreurs de soins pour négocier avec eux les modalités de leur rémunération et leurs conditions de pratique qui garantissent un juste équilibre et entre coût, accès, pertinence et qualité des soins.

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie produit des analyses sur des secteurs de soins conventionnés (biologie, transports sanitaires et soins primaires¹⁶⁷), qui ont documenté l'évolution des dépenses et la rentabilité des secteurs de soins et permis d'appréhender le phénomène croissant de financiarisation.

Dans les deux derniers rapports Charges et Produits, l'Assurance Maladie s'est attachée à étudier de manière transverse le phénomène de financiarisation de l'offre de soins, que l'on peut définir comme le processus par lequel des acteurs financiers, non directement professionnels de santé, investissent dans des structures de soins avec comme finalité première de rémunérer le capital investi dans une logique de court terme. L'Assurance Maladie a montré, à travers l'évolution de la financiarisation dans la biologie, dans la radiologie et dans les soins primaires que le phénomène s'accélère et devient un enjeu majeur, en France comme ailleurs dans le monde. L'approche de l'Assurance Maladie de ce sujet n'est pas idéologique mais pragmatique, en cohérence avec son rôle de régulateur, pour alerter sur les dérives associées à une financiarisation excessive de l'offre de soins. Les parlementaires se sont ensuite saisis du sujet, comme en atteste la publication d'un rapport publié en septembre 2024 par une mission d'information sénatoriale (par laquelle la Cnam a été auditionnée deux fois)

Si l'Assurance Maladie a contribué à sonner l'alerte sur les risques d'une financiarisation excessive et continue de suivre étroitement l'évolution de ce phénomène, elle prend ici une perspective plus large en introduisant deux notions qui englobent et dépassent le phénomène de financiarisation : les enjeux des rentes économiques et les pratiques d'optimisation financière.

On désigne par « rentes économiques » dans le champ de la santé les situations dans lesquelles on observe un écart anormalement élevé entre la tarification d'une activité de soins et le coût moyen de réalisation de cette activité. La rente économique peut ainsi s'observer à l'échelle d'un seul acte de soins, d'une série d'actes, voire à l'échelle d'un secteur entier de l'offre de soins. **Les rentes économiques peuvent aussi provenir des marges d'efficience générées par une spécialisation d'acteurs sur certaines activités**, avec des effets de concentration et de réorganisation de l'offre permettant de générer des gains de productivité, et donc de faire baisser les coûts de réalisation de l'activité concernée. On peut donc également considérer une situation de rente à l'échelle d'un offreur de soins évoluant dans un secteur, la rentabilité pouvant varier selon les acteurs d'un même secteur.

Ces rentes ne sont pas nécessairement illégitimes, puisque les offreurs de soins se comportent de manière rationnelle en cherchant à être efficaces dans leur pratique. Il convient cependant d'être attentif à ces situations pour plusieurs raisons. Premièrement, les rentes sont générées à partir de financement très majoritairement public, issu des cotisations sociales, qui n'est pas destiné à être investi en dehors du système de soins au-delà d'une « juste » rémunération du capital investi. Cet enjeu est d'autant plus important dans un contexte de déficit structurel de la branche maladie, qui s'élève à 14 milliards d'euros en 2024. Deuxièmement, la recherche de profits peut conduire à des pratiques d'*optimisation financière* qui peuvent se faire au détriment de l'accès, la pertinence et la qualité des soins.

¹⁶⁶ DREES, *Les comptes de la santé édition 2023*, février 2024.

¹⁶⁷ CNAM, *Rapport Charges et Produits pour 2024, 2023* ; CNAM, *Rapport Charges et Produits pour 2025, 2024*.

On désigne ainsi par le terme « optimisation financière » l'ensemble des pratiques mises en place par un offreur de soins pour maximiser le rendement économique de l'activité exercée et pouvant directement ou indirectement nuire à l'accès, la pertinence et la qualité des soins : focalisation sur les actes les plus rentables, sélection de patients, réduction de la qualité des soins ou de la qualité du matériel utilisé, développement de l'offre de soins dans des zones attractives, ou encore optimisation de la facturation pouvant aller jusqu'à l'adoption de pratiques frauduleuses. **L'optimisation financière peut également prendre une autre forme : le recours à des outils financiers visant à maximiser le retour sur le capital investi** (endettement financier, montages juridiques faisant intervenir des sociétés commerciales ou immobilières, utilisation de sociétés holdings pour optimiser les flux financiers et fiscaux d'un groupe, etc.). Parmi ces outils financiers, le recours excessif à l'endettement, notamment pour financer des stratégies d'expansion, peut fragiliser la stabilité économique des structures de soins et, à terme, l'accès des patients à des prestations de qualité.

La présence d'acteurs financiers au capital d'offeurs de soins peut s'accompagner de pratiques d'optimisation financière, sans que cela soit pour autant systématique, tandis que des pratiques d'optimisation financière peuvent être observés chez des offeurs de soins non financiarisés : c'est en cela que le sujet de l'optimisation financière dépasse celui de la financiarisation.

L'Assurance Maladie est légitime à se saisir de la question des rentes économiques réalisées par des offeurs de soins à partir de revenus provenant majoritairement de ressources publiques, et maximisées grâce à des pratiques d'optimisation financières pouvant avoir des répercussions sur les soins prodigués aux patients. En particulier, le rapport du Sénat de 2024 pointe du doigt la question du partage des rentes réalisées dans le secteur de la santé et de l'opacité de leur captation. Il souligne notamment la crainte que les dividendes générés en France à partir de ressources publiques ne soient réinvestis en dehors du système de santé – voire à l'étranger – , s'apparentant ainsi à « *une privatisation de ressources publiques transformées en profits*¹⁶⁸ ».

Concernant les activités de soins, les tarifs sont, pour la majorité des secteurs régulés, par l'Assurance Maladie, c'est-à-dire définis après des négociations avec les professionnels de santé, dans un souci de garantir une égalité dans l'accès des patients à des soins de qualité, tout en assurant une attractivité raisonnable des métiers du soin et une maîtrise de la dépense totale de santé. Dans ce contexte, on comprend que des rentes puissent exister dans les secteurs de soins privés puisque les tarifs ne s'ajustent pas librement en fonction de l'offre et de la demande, en ce qu'ils sont négociés avec les professionnels de santé en prenant en compte un ensemble de critères très larges (favoriser une offre de soin de qualité homogène sur tout le territoire, valoriser le temps de la pratique professionnelle, etc.). **Dès lors, la maîtrise des situations de rentes économiques constitue un levier essentiel pour préserver la soutenabilité financière du système de santé et pour renforcer l'équité dans la répartition de l'offre de soins.**

Dans la suite de ce chapitre, nous analyserons dans un premier temps la rentabilité des offeurs de soins privés pour un large éventail de secteurs, offrant ainsi un éclairage inédit sur l'existence de rentes économiques manifestes dans plusieurs secteurs : **biologie, radiologie, radiothérapie, médecine nucléaire, dialyse, audioprothésistes, anatomopathologie, transports sanitaires, prestataires de santé et distributeurs de matériel, industrie du médicament et fabricants de dispositifs médicaux**. Dans un deuxième temps, l'Assurance Maladie continue de s'investir dans l'étude et la compréhension des dynamiques de consolidation de certains secteurs et d'ouverture des capitaux de structures de soins à des acteurs financiers qui sont à l'œuvre dans le secteur de la santé, en France et à l'étranger. En particulier, une analyse réalisée conjointement avec la Drees présentera de façon descriptive les liens entre la recherche de rentes – qui s'exprime notamment par une concentration du marché –, et les rentabilités obtenues dans les secteurs de la biologie et de la radiologie selon le type d'acteurs (offeurs de soins indépendants vs offeurs adossés à des groupes). Enfin, ce chapitre traitera des pratiques d'optimisation financière observées dans certains secteurs ou chez certains acteurs, qu'il s'agisse de pratiques professionnelles visant à maximiser le rendement de l'activité exercée, de dynamiques d'évolutions de l'offre de soins sur le territoire semblant suivre une logique principalement financière, ou du recours à des outils financiers dont l'usage excessif fragilise le système de santé et complexifie sa régulation.

¹⁶⁸ Sénat, *Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?*, 25 septembre 2024.

2.1 Des situations de rente économique se sont constituées dans certains secteurs de l'offre de soins

Dans cette partie, l'évaluation des rentes économiques, à savoir les situations dans lesquelles on observe un écart anormalement élevé entre la tarification d'une activité de soins et le coût moyen de réalisation de cette activité, est faite dans plusieurs secteurs à partir de différentes approches du niveau de rentabilité :

- **Le ratio EBE/CA** : l'EBE (excédent brut d'exploitation) représente l'excédent dégagé par les activités courantes de l'entreprise, et est calculé en soustrayant les charges liées à l'exploitation de son activité (achats de matières premières, charges de personnel, etc) aux produits d'exploitation (vente de biens et services, subventions, etc). Il permet d'évaluer la performance opérationnelle d'une entreprise, c'est-à-dire la richesse créée à partir de la seule exploitation de son activité, indépendamment de sa politique d'investissement et de sa structure financière ;
- **Le ratio FTD/CA** : le flux de trésorerie disponible (FTD) correspond à la trésorerie générée par l'activité opérationnelle d'une entité, une fois pris en compte les investissements nécessaires à l'activité opérationnelle. Le FTD, qui constitue la trésorerie revenant aux pourvoyeurs de fonds, est calculé en retraçant de l'EBE la variation du besoin de fonds de roulement et les dépenses d'investissements, impôts et taxes. Le FTD peut également être évalué avant impôt (FTDAI) ;
- **Le ratio Résultat net / CA** : le résultat net représente le bénéfice de l'entreprise, qui tient compte de toutes les charges et produits de l'entreprise, qu'ils soient liés à l'exploitation, au financier, ou exceptionnels.

Ces différents indicateurs peuvent être analysés à l'échelle de secteurs entiers de l'offre de soins, ou étudiés de manière différenciée entre les offreurs de soins opérant dans un même secteur, la rentabilité pouvant évoluer en fonction de plus critères (taille, emplacement géographique, spécialisation sur certains pans d'activité, structuration financière de l'offreur de soins, etc.) A travers le prisme de la rentabilité, la première partie de ce chapitre cherche à faire le panorama le plus large possible des situations de rente économique qui se sont constituées dans certains secteurs de l'offre de soins.

2.1.1 Des niveaux de rentabilités élevés sont observés à l'échelle de secteurs entiers

L'Assurance Maladie a réalisé des analyses inédites de rentabilité des secteurs de l'anatomopathologie, de l'audioprothèse, de la dialyse, de la radiologie, de la biologie, de la médecine nucléaire et de la radiothérapie

Pour cette édition du rapport Charges et Produits, l'Assurance Maladie a développé ses propres analyses de rentabilité des offreurs de soins à partir de données inédites. **Les niveaux de rentabilité des secteurs de l'anatomopathologie, de l'audioprothèse, de la biologie, de la dialyse, de la médecine nucléaire, de la radiologie et de la radiothérapie** ont été calculés à partir du *Fichier Approché des Résultats d'Esane* (FARE) produit par l'INSEE et la DGFIP.

Pour chaque secteur de soins considéré, des listes d'offeurs de soins privés exerçant une activité libérale ont été constituées à partir des données de remboursement de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), puis appariées aux données d'entreprise de la base FARE. Le champ de la base FARE concerne les entreprises « *marchandes et productives ou participant au système productif* »¹⁶⁹ pour lesquelles des informations sur leurs produits et leurs charges (issues du compte de résultat) et leurs emplois et ressources (issues du bilan comptable) sont renseignées, permettant ainsi de reconstituer leurs marges. Les entreprises y sont identifiées par leur numéro de SIREN, qui correspond à l'identifiant juridique de l'entreprise et peut donc regrouper plusieurs structures de soins.

Selon le secteur de soins, ces structures peuvent correspondre soit à des cabinets médicaux (qui ne réalisent qu'une activité de soin), soit à des établissements sanitaires et médico-sociaux (qui peuvent réaliser plusieurs activités de soins, comme des cliniques privées).

Notre objectif étant d'évaluer les niveaux de rentabilité associés à chaque activité de soins analysée, il convient d'identifier précisément les recettes et les coûts attribuables à ces seules activités.

¹⁶⁹ INSEE, « Méthodologie de la statistique annuelle d'entreprises ; Description du système Esane », collection Insee méthodes (2017).

C'est le cas pour les cabinets médicaux, qui n'exercent qu'une activité de soin. Ce n'est en revanche pas toujours le cas pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, qui peuvent, selon le secteur, réaliser plusieurs activités de soins (par exemple, des cliniques privées peuvent effectuer une activité de dialyse et de radiothérapie, mais aussi des activités de médecine, chirurgie, etc.) Pour ces établissements multi-activités, les niveaux de rentabilité calculés ne reflètent pas la rentabilité d'une activité de soin en particulier, mais la rentabilité de l'entreprise toutes activités confondues.

Afin d'évaluer précisément la rentabilité associée à chaque activité de soin étudiée, nous appliquons la démarche d'identification suivante :

- Pour les secteurs de la biologie, de l'audioprothèse et de l'anatomopathologie, constitués d'établissements qui ne réalisent que l'activité de soin concernée (dénommés par le terme « établissements mono-activité » dans la suite de ce chapitre), les niveaux de rentabilité sont calculés à partir des entreprises issues de l'appariement des données de l'Assurance Maladie aux données FARE.
- Pour les secteurs de la radiologie et de la radiothérapie, les niveaux de rentabilité sont calculés à partir d'entreprises qui correspondent à des cabinets médicaux « mono-activité » qui n'exercent que l'activité de soin concernée, afin d'identifier précisément la rentabilité associée à cette activité. Ainsi, les établissements sanitaires et médico-sociaux multi-activités (réalisant des activités de radiologie ou de radiothérapie mais pas seulement) ne font pas partie des entreprises analysées pour ces secteurs car leur rentabilité agrège un ensemble d'activités;
- Pour la dialyse et la médecine nucléaire, les niveaux de rentabilité présentés dans cette étude sont calculés à partir d'entreprises dont le chiffre d'affaire est majoritairement constitué par les honoraires perçus de la part de l'Assurance Maladie¹⁷⁰ sur l'activité concernée. Là-encore, cette démarche permet d'identifier les entreprises qui réalisent majoritairement l'activité de soin dont on cherche à évaluer la rentabilité.

Le nombre d'entreprises analysées est donc inférieur au total des entreprises actives sur chaque secteur. Ceci s'explique par (i) le champ des données FARE qui est plus restreint que le champ des données de l'Assurance Maladie qui contient l'ensemble des offreurs de soins de chaque secteur, (ii) l'application de la démarche d'identification présentée ci-dessus, et (iii) l'exclusion des observations correspondant aux 1er et 99e percentiles des ratios de rentabilité et des ratios financiers pour diminuer la sensibilité des moyennes calculées aux valeurs extrêmes de la distribution.

Les secteurs analysés par l'Assurance Maladie selon cette méthodologie sont les secteurs de l'anatomopathologie, de l'audioprothèse, de la biologie, de la dialyse, de la médecine nucléaire, de la radiologie et de la radiothérapie. Les données de rentabilité présentées pour les autres secteurs de soins (transports sanitaires, prestataires de santé et distributeurs de matériel, industrie du médicament et fabricants de dispositifs médicaux) proviennent d'autres sources et n'ont en conséquence pas été calculées selon la même méthodologie.

Nous étudierons successivement, pour les secteurs analysés : le nombre d'entreprises, l'évolution du chiffre d'affaires moyen des offreurs de soins, et les principales données financières (évolution et niveau moyen de rentabilité et des taux d'endettement).

Tableau 21 : Nombre d'entreprises analysées par secteur

Secteur	Année	Entreprises analysées		
		Entreprises actives	(2)	(3)
		(1) Nombre de SIREN (a)	Nombre de SIREN (b)	Nombre de structures
Anapath	2018	217	121	576
	2022	136	70	637
Audioprothèse	2018	1466	1227	3868
	2022	2052	1725	5069
Biologie	2018	603	373	3111
	2022	507	284	2770

¹⁷⁰ Les offreurs de soins dont les honoraires totaux représentent plus de 80 % (respectivement 50%) de leur chiffre d'affaire ont été retenus pour le secteur de la dialyse (respectivement de la médecine nucléaire). Le taux plus faible retenu pour le secteur de la médecine nucléaire s'explique par la volonté de conserver un nombre d'entreprises suffisant par année.

Dialyse	2018	198	37	129
	2022	206	37	124
Médecine nucléaire	2018	264	24	134
	2022	299	32	179
Radiologie	2018	4662	657	8322
	2022	3909	647	11834
Radiothérapie	2018	265	52	151
	2022	266	70	263

Notes : 1. L'entreprise est identifiée ici par son numéro de SIREN, qui correspond à un identifiant juridique pouvant regrouper plusieurs structures de soins (cabinets médicaux et/ou établissements). 2. Le nombre d'entreprises analysées inférieur au nombre d'entreprises actives s'explique par (i) des SIREN issus du SNIIRAM non retrouvés dans les données FARE lors de l'appariement (cf. champ des données FARE), (ii) de l'application de la démarche d'identification de la rentabilité des activités de soins étudiées, et (iii) de l'exclusion des observations correspondant aux 1^{er} et 99^e percentiles des ratios de rentabilité et des ratios financiers pour diminuer la sensibilité des moyennes calculées aux valeurs extrêmes de la distribution. Sources : SNIIRAM, FARE.

Le *Tableau 21* présente les effectifs d'entreprises analysées pour chacun des secteurs étudiés (colonne (2)), par rapport au nombre d'entreprises actives identifiées dans les données de remboursement de l'Assurance Maladie (colonne (1)), et au nombre de structures de soins (entités physiques rattachées aux numéros de SIREN, correspondant à des cabinets médicaux et/ou des établissements sanitaires et médico-sociaux, colonne (3)).

On remarque que les entreprises retenues pour l'analyse de la rentabilité des secteurs de la dialyse, de la médecine nucléaire, de la radiologie et de la radiothérapie, représentent une fraction du total des entreprises actives dans ces secteurs, car une majorité des entreprises actives dans ces secteurs sont des entreprises « multi-activité » dont la rentabilité agrège celles de plusieurs activités.

Ainsi, le secteur de la dialyse est analysé à partir de 37 entreprises qui rassemblent plus de 120 centres de dialyses, et dont le chiffre d'affaire est constitué à plus de 80 % par des honoraires versés par l'Assurance Maladie au titre de leur activité de dialyse. Cette démarche permet d'isoler les entreprises en « mono-activité » de dialyse, dont la rentabilité moyenne permet d'estimer la rentabilité propre à l'activité de dialyse. La même méthodologie est appliquée au secteur de la médecine nucléaire, pour lequel ne sont conservées que les entreprises qui réalisent la majorité de leur chiffre d'affaire à partir de l'activité de médecine nucléaire. On décomptait une trentaine d'entreprises en 2022 qui rassemblaient 179 structures de soins (entités physiques).

La rentabilité des activités de radiologie et de radiothérapie en 2022 est analysée à partir de 647 et 70 entreprises, respectivement, qui correspondent à des cabinets médicaux « mono-activité ».

Les activités d'anatomopathologie, d'audioprothèse et de biologie, sont exercées par des entreprises « mono-activité ». Pour ces secteurs, on observe directement la rentabilité de ces activités sans appliquer une démarche d'identification particulière. En 2022, le nombre d'entreprises analysées était de 70 pour le secteur de l'anatomopathologie, de 1725 pour le secteur de l'audioprothèse et de 284 pour le secteur de la biologie.

Tableau 22 : Evolution du chiffre d'affaire moyen (en milliers d'euros) des offreurs de soins par secteurs (2018 – 2022)

Secteur	2018 Moyenne (écart-type)	2019 Moyenne (écart-type)	2020 Moyenne (écart-type)	2021 Moyenne (écart-type)	2022 Moyenne (écart-type)	Evolution 2018-2022 (%)
Anapath	3 308 (5 618)	3 949 (6 814)	4 350 (8 193)	6 751 (12 276)	7 583 (13 841)	+129,2%
Audioprothèse	1 129 (7 376)	1 088 (7 375)	1 015 (7 043)	1 295 (9 171)	1 177 (8 656)	+4,3%
Biologie	13 911 (18 410)	16 094 (21 680)	23 741 (31 297)	34 950 (43 490)	28 808 (34 433)	+107,1%
Dialyse	8 220 (8 228)	8 146 (7 903)	8 621 (8 043)	9 572 (9 001)	9 942 (9 564)	+20,9%

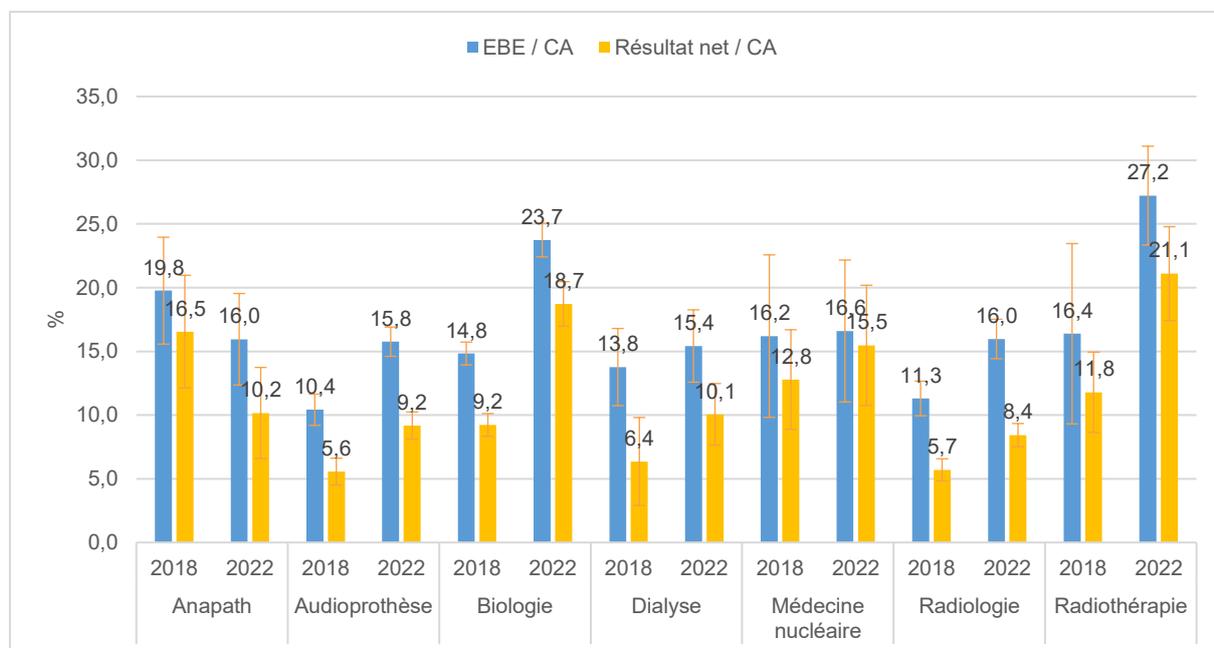
Médecine nucléaire	3 905 (3 050)	4 020 (3 155)	3 912 (3 216)	4 418 (3 731)	4 370 (4 039)	+11,9%
Radiologie	3 580 (4 719)	3 880 (4 925)	3 931 (5 953)	4 505 (6 297)	4 927 (6 937)	+37,6%
Radiothérapie	7 940 (6 515)	8 399 (7 454)	9 121 (7 695)	10 761 (9 598)	11 637 (9 567)	+46,6%

Note : Les moyennes de chiffres d'affaire et écarts-types (entre parenthèses) exprimées en milliers d'euros sont présentées pour chaque secteur de soins étudié, par année. La dernière colonne présente l'évolution (en %) du chiffre d'affaire moyen entre 2018 et 2022. Sources : SNIIRAM, FARE.

Le **Tableau 22** présente le chiffre d'affaire moyen des entreprises des secteurs de soins étudiés, en milliers d'euros, pour les années 2018 à 2022. Le chiffre d'affaire moyen des entreprises du secteur de l'anatomopathologie est passé de 3,3 millions d'euros en 2018 à 7,6 millions d'euros en 2022, représentant une hausse de 129 % sur la période, soit la plus forte parmi les secteurs étudiés. Juste derrière, avec +107 %, le chiffre d'affaire moyen des entreprises de biologie médicale est passé de 13,9 millions d'euros en 2018 à 28,8 millions d'euros en 2022. Le chiffre d'affaire moyen des cabinets de radiothérapie s'est établi à 11,6 millions d'euros en 2022, soit une hausse de +46,6 % par rapport à 2018. Les secteurs de la dialyse et de la médecine nucléaire ont observé une hausse de respectivement 21 % et 11,9 % du chiffre d'affaire moyen, avec une moyenne par entreprise de respectivement 9,9 et 4,4 millions d'euros en 2022. Les cabinets de radiologie réalisaient un chiffre d'affaire moyen proche de 5 millions d'euros en 2022, en hausse de 37,6% par rapport à 2018. Enfin, seul le chiffre d'affaire moyen des centres d'audioprothèse est quant à lui resté relativement stable sur la période (+4,3 %), avec une moyenne de 1,2 millions d'euros en 2022.

On constate que l'augmentation globale des moyennes de chiffres d'affaires s'est accompagnée pour tous les secteurs d'une hausse des écart-types (nombres entre parenthèse dans le Tableau 21), traduisant une augmentation des écarts de chiffres d'affaires entre les entreprises d'un même secteur entre 2018 et 2022. Ce résultat peut s'expliquer par une consolidation du marché, *a minima* pour les secteurs de l'anatomopathologie et de la biologie, qui ont observé la plus forte hausse des écarts-types de chiffre d'affaire entre 2018 et 2022. Le Tableau 20 révèle en effet pour ces deux secteurs une diminution du nombre d'entreprises actives (colonne (1)) entre 2018 et 2022, mais une augmentation du nombre de structures de soins associées (colonne (3)) pour le secteur de l'anatomopathologie.

Figure 71 : Evolution de la moyenne des ratios de rentabilité selon le secteur d'activité, 2018 - 2022



Notes : Les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95%. Sources : SNIIRAM, FARE.

La *Figure 71* présente la rentabilité moyenne des entreprises des secteurs de soins étudiés, en 2018 et en 2022. La rentabilité est mesurée au moyen de deux ratios : l'excédent brut d'exploitation (EBE) – défini en introduction de cette partie - rapporté au chiffre d'affaire de l'entreprise, et le résultat net rapporté à ce même chiffre d'affaire. Ces deux ratios permettent d'évaluer la rentabilité à partir de deux indicateurs de la performance d'une entreprise qui présentent des différences notables qu'il convient de rappeler pour pouvoir interpréter et comparer les résultats obtenus.

Le ratio EBE/CA est ainsi bien adapté pour comparer les niveaux de rentabilité opérationnelle des offreurs de soins évoluant dans différents secteurs d'activité, car il n'est pas influencé par les éléments financiers et fiscaux qui composent le résultat net. Complémentaire, le ratio Résultat net/CA permet quant à lui d'évaluer la rentabilité globale, et donc l'attrait que peut représenter chaque secteur de soin pour un investisseur.

En 2022, tous les secteurs de soins étudiés présentent une rentabilité opérationnelle (ratio EBE/CA) moyenne supérieure à 15 %, soit le double de la rentabilité moyenne des entreprises marchandes non agricoles et non financières françaises (7,8 % en 2022¹⁷¹). Les secteurs de la biologie et de la radiothérapie se distinguent par des niveaux de rentabilité particulièrement élevés en 2022, avec 23,7 % d'EBE/CA pour la biologie (+60 % par rapport à 2018) et 27,2 % d'EBE/CA pour la radiothérapie (+65,9 % par rapport à 2018), et une rentabilité globale moyenne (ratio résultat net/CA) de respectivement 18,7 % (+103 % par rapport à 2018) et 21,1 % (+78 % par rapport à 2018). Les niveaux de rentabilité moyens ont progressé entre 2018 et 2022 dans les secteurs de l'audioprothèse (en 2022, 15,8 % d'EBE/CA (+34 %) ; 9,2 % de rentabilité globale (+39 %)), de la dialyse (en 2022, 15,5 % d'EBE/CA (+10 %) ; 10,1 % de rentabilité globale (+37 %)), de la médecine nucléaire (en 2022, 16,6 % d'EBE/CA (+2,5 %) ; 15,5 % de rentabilité globale (+21 %)), et de la radiologie (en 2022, 16,0 % d'EBE/CA (+ 41,6 %) ; 14 % de rentabilité globale (+ 47 %)). L'activité d'anatomopathologie conserve des marges confortables en 2022, avec une rentabilité opérationnelle de 16 % et une rentabilité globale qui s'établit à 10,2 %.

Encadré 16: Radiothérapie, biologie et radiologie : différents mécanismes de constitution des situations de rentes économiques

Selon le *Rapport annuel sur la situation financière de la sécurité sociale pour 2022* de la Cour des comptes, entre 2015 et 2020, les dépenses liées à la prise en charge de la **radiothérapie** ont progressé de 37 %, atteignant au total 1,5 milliards d'euros en 2020. En rapportant le coût au nombre de patients traité, sur cette même période, on observe une progression de + 14 % pour le secteur public ou privé non lucratif (6 500 € par patient en 2020), et de + 42 % pour le privé lucratif (7 600 € par patient). Entre 2013 et 2023, les dépenses de radiothérapie pour le seul secteur libéral ont progressé de 159 % (pour atteindre 1,1 milliard d'euros en 2023).

Les modes de tarification actuellement en vigueur entre les secteurs public (pour lesquels la tarification s'opère par l'intermédiaire de GHS dont les règles de codage datent de 2010 et intègrent la facturation des techniques de modulation d'intensité) et privé (par l'intermédiaire des actes de la CCAM, dont la codification est demeurée inchangée depuis 2004) présentent deux inconvénients : elles entraînent, d'une part, une inflation du nombre de séances (et d'actes supplémentaires) facturées à l'Assurance Maladie, et occasionnent, d'autre part, une forte asymétrie d'information quant au contenu de ces séances. Cette distinction engendre une situation de paiement « à l'aveugle », notamment pour les cabinets libéraux.

Sur le plan médical, les actuelles modalités de tarification n'incitent guère les acteurs libéraux à l'adoption de nouvelles techniques, pourtant éprouvées, mais moins rentables dans le cadre d'un mode de financement à l'acte. Plus largement, l'obsolescence de l'actuelle nomenclature de la CCAM a conduit à une dé-corrélation entre la pratique médicale et les évolutions technologiques, suscitant une surévaluation du volume d'actes et une optimisation de facturation importante.

S'agissant du secteur public, la Cour des comptes estimait ainsi, en 2020, que le montant moyen du GHS était supérieur de 75 % au coût réel estimé. En outre, cette tarification différenciée conduit à d'importants écarts de rémunération entre radiothérapeutes publics et privés (rapport de 1 à 6), constat tendant à renforcer la tension sur le marché de l'emploi de manipulateurs entre ces deux secteurs. Néanmoins, la forte rentabilité de l'activité de radiothérapie incite le secteur public à mobiliser d'autres leviers que les salaires pour attirer ou retenir les radiothérapeutes, par exemple par l'acquisition plus fréquente de nouvelles machines (86 accélérateurs acquis entre 2010 et 2020 dans le public et privé non lucratif, contre 15 en libéral selon la Cour des Comptes), ce qui conduit la France à disposer d'un parc important en comparaison à d'autres pays, et qui ne semble pas être pleinement utilisé.

L'actuel modèle de financement de la radiothérapie repose ainsi sur un système de double tarification qui engendre des distorsions tarifaires, avec d'importants écarts entre les tarifs en vigueur et les coûts des actes, et une allocation des ressources qui paraît perfectible. Cette combinaison de facteurs, au sein d'un secteur très capitalistique, ont conduit à la constitution d'une situation de rente économique anormalement élevée.

171 INSEE, Compte de résultat des entreprises marchandes non agricoles et non financières, données annuelles 2022 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2500775>

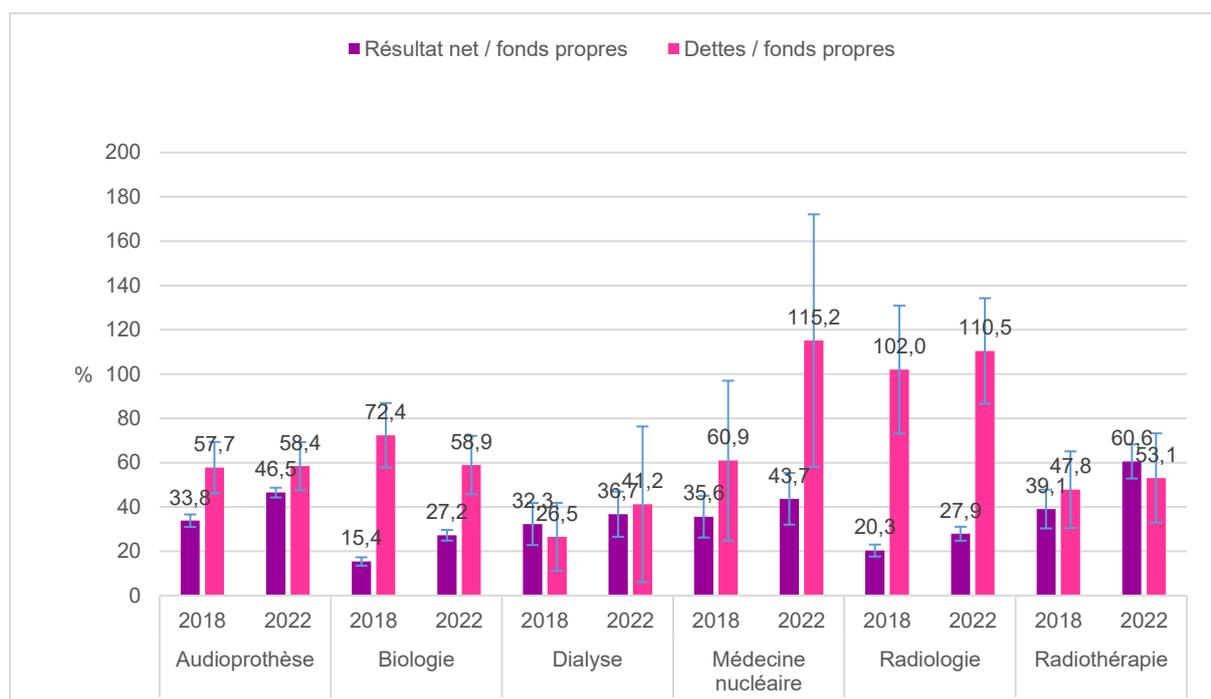
Le haut niveau de rentabilité opérationnelle du secteur de la **biologie médicale** s'explique, d'une part, par la structure de coûts de ce secteur, essentiellement composé de coûts fixes (masse salariale), et, d'autre part, par son intensité relativement faible en investissements (machines en *leasing* ou mises à disposition et location de locaux). Or, les coûts fixes ne croissant pas de manière proportionnelle à l'activité réalisée, toute augmentation d'activité au-delà du point mort d'un laboratoire suscite des gains en termes de marge. La marge opérationnelle d'un laboratoire de biologie ne s'apprécie donc pas au niveau de chaque acte, mais au niveau global du laboratoire, et dépend très fortement du volume total d'activité réalisé par le laboratoire en question : **on observe que plus un laboratoire a un chiffre d'affaire important, plus il est rentable.** Ainsi, le secteur de la biologie médicale a bénéficié de la très forte hausse des volumes observée sur les dix dernières années, et ce d'autant plus qu'il a réussi à absorber cette augmentation du volume en maîtrisant ses coûts, réalisant d'importants gains de productivité qui ont plus que compensé les actions de régulation tarifaire, comme en attestent les niveaux de rentabilité opérationnelle qui continuent d'être observés. **Les gains de productivité majeurs réalisés par le secteur lui ont permis conserver des marges très importantes malgré une relative stabilité de l'enveloppe.**

Pour ce qui relève de la radiologie, on peut analyser le niveau de rentabilité à l'échelle de chacune des composantes de la rémunération des radiologues. La rentabilité du secteur peut donc être perçue comme étant la conséquence d'une tarification de chaque composante de la rémunération des radiologues supérieure aux coûts de réalisation de leur activité ou de leurs investissements.

L'activité d'imagerie privée donne lieu à une facturation à l'acte, distinguant les actes intellectuels, et pour le scanner et l'IRM, des forfaits techniques, intégralement remboursés par l'Assurance Maladie pour couvrir le coût d'investissement et de fonctionnement. Or, au vu des niveaux de rentabilité élevés que présente le secteur, et de la même manière que pour la radiothérapie, on peut se demander **si le montant des forfaits techniques ne serait pas surévalué par rapport au coût réel des investissements en équipement**, ce qui constituerait une sur-rémunération incitant, d'une part au remplacement systématique des équipements au bout de 7 ans (pour bénéficier d'un forfait technique à taux plein) et d'autre part à leur utilisation intensive des équipements pour maximiser le rendement économique des forfaits techniques. Un même raisonnement peut être fait pour le niveau de valorisation des actes de la CCAM qui sont cotés par les radiologues pour facturer leur activité et qui semblent devoir être abaissés pour ramener le niveau de rentabilité du secteur à un niveau plus équitable par rapport aux autres secteurs de la santé, et plus soutenable pour la collectivité.

Ci-dessous, la Figure 72 présente la rentabilité financière des entreprises, mesurée par le ratio « résultat net/capitaux propres », ainsi que le taux d'endettement, mesuré par le ratio « dettes/capitaux propres ». La rentabilité financière exprime ce qu'un actionnaire obtient en moyenne pour chaque euro investi au capital d'une entreprise. Le taux d'endettement présente la composition du passif (c'est-à-dire les sources de financement) des entreprises : un ratio de 100 % signifie qu'en moyenne, les entreprises sont financées à 50 % par leurs ressources propres apportées par les investisseurs, et à 50 % par de la dette. C'est par exemple le cas du secteur de la radiologie en 2022 (110,5 %, +8,3 % depuis 2018) qui présente par ailleurs un rendement financier de 27,9 % pour cette même année, soit une hausse de 37,4 % par rapport à 2018. La radiothérapie est le secteur qui présente le rendement financier le plus élevé, avec 60,6 % en 2022 (+55 % par rapport à 2018). Le taux d'endettement y est stable, aux alentours de 50 % sur la période étudiée. Le secteur de l'audioprothèse présente également un rendement financier élevé et stable autour de 58 % entre 2018 et 2022. Le taux d'endettement en 2022 était de 46,5 %, en hausse de 37,6 % par rapport à 2018. Le secteur de la médecine nucléaire présentait le taux d'endettement le plus élevé en 2022 avec 115,2 % (+89,2 % depuis 2018), pour une rentabilité financière de 43,7 %, en hausse de 22,8 % par rapport à 2018. La rentabilité financière de l'activité de biologie médicale a également augmenté de 76,6 % sur cette période pour s'établir à 27,2 % en 2022. En revanche, son taux d'endettement moyen a diminué, passant de 72,4 % en 2018 à 58,9% en 2022 (-18,6 %). Enfin, les centres de dialyse ont dégagé une rentabilité financière de 36,7 % en 2022 (+13,6 % par rapport à 2018), pour un taux d'endettement de 41,2 %, en hausse de 55,5 % par rapport à 2018.

Figure 72: Evolution de la rentabilité financière et du taux d'endettement moyens selon le secteur d'activité, 2018 - 2022



Notes : Les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95 %. Les données ne sont pas présentées pour le secteur de l'anatomopathologie car de nombreuses entreprises de ce secteur ne disposent pas de capitaux propres. Sources : SNIIRAM, FARE.

Dans de précédents rapports, l'Assurance Maladie et des missions d'inspection avaient partagé des constats sur le niveau de rentabilité des secteurs des transports sanitaires, des prestataires de santé et distributeurs de matériel, ainsi que les industries du médicament et des fabricants de dispositifs médicaux

Les dépenses de l'Assurance Maladie dans le champ des **transports sanitaires**, qui ont atteint 6,3 Md€ en 2023, se caractérisent par un important dynamisme (croissance moyenne de 4,4 % par an entre 2016 et 2023). Néanmoins, la rentabilité des entreprises du secteur varie fortement à la fois selon la composition de leur flotte (ambulances, VSL, ou taxis conventionnés) et selon leur taille. En ce sens, l'évolution du résultat net et de l'excédent brut d'exploitation (EBE) permet de distinguer trois catégories d'entreprises :

- Les sociétés disposant à la fois d'ambulances, de VSL et de taxis conventionnés, dont la rentabilité (EBE sur CA) était comprise entre 5 % et 8 % en 2021 ;
- La rentabilité des entreprises dont la flotte est uniquement composée d'ambulances et de VSL s'élevait à 2 % pour les petites entreprises, et atteignait près de 10 % pour les moyennes et grandes entreprises en 2021 ;
- Les entreprises possédant uniquement des taxis conventionnés se caractérisent par un haut niveau de rentabilité, allant de 13 % pour les grandes entreprises (en moyenne trois taxis) jusqu'à 27 % pour les petites entreprises (un seul taxi).

Par conséquent, ce dernier type de sociétés affiche un taux de rentabilité près de 4,5 fois plus élevé que celui des grandes entreprises, composées d'ambulances, de VSL et de taxis conventionnés.

La catégorie des **prestataires de santé et distributeurs de matériel (PSDM)** rassemble, quant à elle, les acteurs qui ont pour mission la livraison et/ou l'installation au domicile du patient des dispositifs médicaux et consommables associés (oxygénothérapie, systèmes actifs pour perfusion, matériels pour nutrition entérale, appareils de ventilation, etc.). En 2021, 5 acteurs privés représentaient 60% d'un chiffre d'affaire total qui s'élevait à 4,6 Md€, dont 90 % étaient pris en charge par l'Assurance Maladie¹⁷². Le secteur présentait un niveau de rentabilité des capitaux propres de près de 20 % en 2017 et avait maintenu des marges élevées jusqu'en 2021 (17 % de rentabilité des capitaux propres), malgré des baisses tarifaires cumulées de 700 M€, et ce grâce à une consolidation des acteurs et à l'adoption d'outils digitaux pour améliorer la productivité¹⁷³. Les niveaux de rentabilité ont diminué après la crise sanitaire mais se maintiennent à des niveaux à deux chiffres. La revue de dépenses de l'IGAS et de l'IGF dédiée à aux dispositifs médicaux¹⁷⁴ corrobore ces constats d'un haut niveau de rentabilité du secteur des PSDM en estimant que « le taux de marge moyen d'un échantillon de 10 % des PSDM était de 32 % en 2022, en légère baisse depuis 2013 (37 %). »

Toujours selon la revue de dépenses de l'IGAS et de l'IGF dédiée à aux dispositifs médicaux, les industries du médicament et des fabricants de dispositifs médicaux présentent elles-aussi des taux de marge moyens significatifs, tous deux supérieurs à celui de l'industrie manufacturière (ratio EBE/VA¹⁷⁵ de 24,8 % en 2021). Ainsi, « le secteur des fabricants de dispositifs médicaux présente un taux de marge moyen stable de 2013 à 2017 autour de 24 %, et en augmentation tendancielle, de 2018 à 2022, atteignant 32,0 %. En 2022. [...] Le taux de marge moyen est supérieur à celui de l'industrie manufacturière mais inférieur à l'industrie pharmaceutique. » En effet, le même rapport estime que le taux de marge moyen de l'industrie pharmaceutique s'élevait à 37,1% en 2013, 45,2% en 2016 et 45,0% en 2021.

2.1.2 Au sein d'un même secteur, le niveau de rentabilité peut varier d'un offereur de soins à un autre

Outre les niveaux de rentabilité observés dans un certain nombre de secteurs, la constitution de rentes dans l'offre de soins est également à analyser en fonction du type d'acteurs observé. En effet, la rentabilité varie de façon importante au sein d'un même secteur en fonction des caractéristiques, du positionnement et du degré de spécialisation de ces offereurs, comme le montre l'encadré réalisé par la DREES à partir de données de l'Assurance Maladie.

¹⁷² Source : Fedepsad, 2021

¹⁷³ Source : Rapport Xerfi, chiffres de rentabilité exprimés en résultat net / fond propre.

¹⁷⁴ IGAS, IGF, *Revue de dépenses : les dispositifs médicaux*, mars 2024.

¹⁷⁵ Le taux de marge ainsi défini reflète la capacité des entités concernées à dégager un revenu opérationnel après avoir rémunéré les facteurs de production, notamment le travail : c'est en effet en retranchant essentiellement la masse salariale de la valeur ajoutée que l'on obtient l'EBE. L'assiette étant plus restreinte que celle prise à partir du chiffre d'affaires, le ratio EBE/VA est donc plus important que s'il avait été calculé à partir du chiffre d'affaires (effet dénominateur).



Sources et champ : Le travail d'analyse dont est issu cet encadré mobilise des extractions du SNDS préparées par la CNAM. Les autres traitements et analyses ont été réalisés par la Direction de la Recherche, de l'Évaluation, des Études et des Statistiques (DREES, projet analyse économique et financière des industries du sanitaire et du médico-social). Il est disponible dans l'archive ouverte HAL (hal-05086648)¹⁷⁶, dans une version détaillée et augmentée. L'étude se concentre sur les unités légales¹⁷⁷ ayant facturé à l'Assurance Maladie entre 2016 et 2022 des remboursements d'honoraires d'actes de biologie médicale ou de radiologie (effectués par des radiologues), ainsi que des remboursements de forfaits techniques d'imagerie médicale. La DREES a effectué un travail de correction des identifiants (SIREN/FINESS) puis d'appariement à son système d'information sur les entreprises en cours de construction (mobilisant des fichiers SIRENE, DSN, DGFIP, LIFI) qui a permis de reconstruire les groupes et contours de groupe d'adossement des entités d'intérêt de biologie médicale et de radiologie libérale¹⁷⁸. Les entités adossées à des groupes hospitaliers (publics ou privés) ont été exclues de l'analyse, leur dynamique économique et financière étant très spécifique. La prise en compte des structures et contours de groupes permet notamment de construire des indicateurs de taux de marge corrigés des opérations intra-groupes affectant usuellement la validité et l'interprétabilité de ces mêmes indicateurs calculés au niveau des seules filiales.

Prévalence des structures de groupes dans les secteurs de la biologie et de la radiologie, notamment pour le portage des équipements lourds d'imagerie médicale

En 2022, environ 40% des entités de biologie médicale étaient indépendantes. Parmi les autres, 40% faisaient partie d'un groupe (c'est-à-dire d'une structure constituée d'une tête de groupe et de filiales contrôlées à plus de 50%), et 20% faisaient partie de contours « élargis » de groupes, calculés au taux de 20% : ce terme signifie que ces entités n'étaient pas nécessairement strictement contrôlées, mais qu'elles faisaient partie du portefeuille de participation d'au moins un investisseur très significatif, détenant directement ou indirectement au moins 20% de leur capital social. Dans ce secteur, la diminution du nombre d'entités indépendantes induit une forte augmentation de la part des entités adossées aux groupes ou contours de groupe depuis 2016, d'environ 40%. Ces structures correspondent fréquemment à des combinaisons de Sociétés d'Exercices Libéral (SEL) et de holdings (SPPL) du type mentionné dans le rapport *Charges et Produits* (2023), et à l'utilisation de sociétés civiles destinées à faciliter la gestion de certains actifs professionnels, notamment immobiliers.

Des structururations similaires sont fréquemment mises en œuvre par les entités spécialisées dans les actes de radiologie, que l'on qualifiera par la suite de « cabinets » de radiologie, mais la proportion d'entités indépendantes reste beaucoup plus élevée qu'en biologie : elle s'élève à 57% en 2022, en très légère diminution seulement depuis 2016 (- 4 point de pourcentage). La situation est en revanche très différente parmi les entités qui détiennent les équipements lourds d'imagerie (c'est-à-dire facturant des forfaits techniques d'imagerie correspondant à l'utilisation des équipements lourds nécessaires aux actes). La plupart (70% en 2022) sont spécialisées dans le portage de ces équipements et ne facturent pas d'actes médicaux. Elles sont alors adossées à des groupes ou contours de groupes dans plus de 70% des cas. Environ 40% ont des statuts juridiques qui les exonèrent d'obligations déclaratives fiscales « standard », lesquelles sont reportées sur les sociétés mères ou leurs propriétaires.

Implications en termes d'analyse de rentabilité : En termes d'analyse de rentabilité, la fréquence des structures de groupes impose l'utilisation d'indicateurs consolidables entre les différentes filiales dans lesquelles peuvent être ré-alloués comptablement les revenus générés par l'activité d'autres entités (par exemple, par des pratiques de prix de transfert, d'imposition de frais de siège, etc.). L'indicateur le plus simple et le plus fréquent présentant cette propriété est le taux de marge brut¹⁷⁹, rapportant l'excédent brut d'exploitation « brut » à la valeur ajoutée. Il reflète la capacité des entités concernées à dégager un revenu opérationnel après avoir rémunéré les facteurs de production, notamment le travail : c'est en effet en retranchant essentiellement la masse salariale de la valeur ajoutée que l'on obtient l'EBE brut¹⁸⁰.

Dans le secteur de la biologie médicale, la distribution du taux de marge brut est peu dispersée autour d'une médiane qui était très légèrement supérieure à 25% en 2016, pour un écart inter-quartile de 17 points de pourcentage. Ce taux de marge présentait une tendance très légèrement croissante jusqu'en 2019, mais a surtout atteint un pic notable en 2021, au plus fort de la pandémie de Covid19, avec une valeur proche du double de sa valeur pré-pandémie (50%), avant de décroître partiellement dès 2022. Des données provisoires pour 2023 montrent que la correction à la baisse s'est poursuivie l'année suivante.

¹⁷⁶ C. Lelarge (2025), « Prévalence des groupes et concentration de l'activité dans les secteurs de la biologie et de l'imagerie médicales : Mesure et enjeux », document de travail DREES et Université Paris-Saclay, hal-05086648. Cette version détaille notamment l'ensemble des traitements et sélections effectuées, et propose une comparaison systématique entre les secteurs de la biologie et de l'imagerie médicales.

¹⁷⁷ Sur la distinction entre « entreprise » (au sens INSEE) et unité légale, voir : [Définition - Unité légale / Entreprise-unité légale / Siren / Entreprise-unité légale / Siren | Insee](#)

¹⁷⁸ Les notions de groupe et de contours de groupe sont définies sur la page suivante : [Définition - Groupe de sociétés | Insee](#). Un « groupe » correspond de fait à un contour calculé au taux de 50%.

¹⁷⁹ Voir [Définition - Taux de marge \(comptabilité nationale\) | Insee](#) et [Définition - Taux de marge \(statistique d'entreprise\) | Insee](#). En pratique, un investisseur majeur est susceptible de contrôler, *de facto*, une entité même si sa prise de participation est inférieure à 50%, si les autres investisseurs sont dispersés. Il faut noter que le ratio EBE/CA est susceptible (contrairement au taux de marge) d'être fortement affecté par les flux intra-groupes d'achats et de ventes.

¹⁸⁰ La prise en compte de la rémunération du capital requiert des méthodologies beaucoup plus complexes, en cours d'implémentation à la DREES, qui permettront de retrancher de l'EBE un « coût du capital » (correspondant aux efforts financiers nécessaires à l'entretien des équipements, puis à leur remplacement en fin de vie) pour obtenir des EBE et taux de marge « nets », comparables entre secteurs ([Définition - Excédent brut d'exploitation / EBE / EBE | Insee](#)).

Dans le secteur de la radiologie, la rentabilité médiane des cabinets de radiologie est restée stable entre 2016 et 2022, à environ 13%, mais avec une dispersion inter-quartile très supérieure à celle de la biologie, d'environ 30 points de pourcentage. Ainsi, en 2022, 25% des cabinets de radiologie présentaient un taux de marge inférieur à 2%, mais 25% présentaient des taux de marges supérieurs à 30%. Enfin, l'indicateur de rentabilité brute des entreprises qui détiennent les équipements lourds d'imagerie (scanner, IRM) est plus élevée que celle des cabinets de radiologie de façon à financer les investissements en capital nécessaires, mais aussi très dispersée. En 2022, la rentabilité médiane des groupes correspondants s'établit à environ 34%, en légère baisse par rapport au niveau de 2016, pour un écart inter-quartile de 86 points. Pour des contours de groupe calculés à 20%, la médiane s'établit à 22% pour un écart inter-quartile de 38 points (Lelarge, 2025, hal-05086648).

En définitive, ces analyses réalisées par l'Assurance Maladie, les corps d'inspection et la DREES montrent que certains secteurs de la santé dégagent des niveaux de rentabilité importants, sur lesquels la transparence doit être établie de manière systématique afin de permettre une juste régulation économique du système de santé.

En ce sens, l'Assurance Maladie recommande d'instituer un Observatoire des niveaux de rentabilité et d'endettement, qui couvrirait l'ensemble des secteurs de l'offre de soins et qui serait rattaché à la Caisse nationale d'assurance maladie. Cet Observatoire aurait pour principale mission d'établir de maintenir une transparence sur le niveau de rentabilité des offreurs de soins, transparence qui ne peut reposer sur des études ponctuelles dans la mesure où il est essentiel que le régulateur public ait connaissance des niveaux de rentabilité réalisés par les offreurs de soins dont il solvabilise une grande partie du chiffre d'affaires et dont il détermine les conditions de financement.

Qui plus est, dans un contexte de déficit important et structurel de la branche maladie, l'Assurance Maladie considère que de tels niveaux de rentabilité nécessitent également de mener des actions de régulation économique. Les propositions émises en fin de ce chapitre s'inscrivent dans une double logique de plus grande équité entre les différents niveaux de revenus des offreurs de soins, ainsi que de maîtrise de la dépense publique, l'Assurance Maladie n'ayant pas vocation à financer des rentes économiques.

Il est d'autant plus nécessaire de garantir une plus juste répartition des dépenses de l'Assurance Maladie que nous devons nous donner les moyens de continuer à offrir la protection que permet notre système et car certaines conquêtes sont encore devant nous : les inégalités sociales et territoriales de santé persistent, les patients âgés et en situation de handicap font face à des reste-à-charge trop importants, certains professionnels de santé sont insuffisamment rémunérés, nos établissements de santé n'investissent plus assez, etc.

En ce sens, l'Assurance Maladie recommande de réguler économiquement les secteurs de la santé présentant une rentabilité élevée, et de piloter les actions de régulation en prenant le prisme de la rentabilité, afin de permettre le partage des gains de productivité et d'assurer un niveau de rentabilité compatible avec les principes fondamentaux du financement de notre système de santé.

Enfin, comme l'Assurance Maladie l'avait présenté dans ses précédents rapports *Charges et Produits*, des niveaux de rentabilité élevés peuvent favoriser des mouvements financiers dont les excès peuvent être nuisibles au système de santé. A ce titre, la poursuite des dynamiques de concentration, de consolidation, ainsi que l'ouverture croissante des capitaux des structures de soins continuent d'interroger l'Assurance Maladie.

2.2 Des dynamiques de consolidation et d'ouverture des capitaux à des acteurs financiers sont à l'œuvre dans les secteurs présentant une rentabilité élevée

Comme cela avait été présenté dans les précédentes éditions du rapport *Charges et Produits*, la financiarisation (processus par lequel des acteurs financiers, non directement professionnels de santé, investissent dans des structures de soins avec pour finalité première de rémunérer le capital investi, dans une logique de court terme) est une notion qui ne doit pas être confondue avec :

- **La privatisation** : transfert de la propriété de segments du système de santé d'acteurs publics vers des acteurs privés, qui se traduit par l'ouverture des capitaux des entités considérées ;
- **La concentration** : regroupement de professionnels de santé libéraux sans apport de capitaux par des tiers financiers (il s'agit parfois d'une étape préalable à la financiarisation).
- **La consolidation** : processus par lequel une entreprise ou un investisseur regroupe différents actifs pour en simplifier la gestion ou optimiser le rendement.

Prolongeant les analyses réalisées dans ces deux précédents rapports, l'Assurance Maladie continue de suivre les dynamiques de concentration, de consolidation et d'ouverture à des capitaux provenant d'acteurs financiers de différents secteurs de l'offre de soins. Sans aller jusqu'à établir un lien de cause à effet entre la présence de rentes économiques et l'accélération de ces mouvements financiers, on observe néanmoins, tant en France que dans le reste du monde, que les mouvements financiers sont plus nombreux dans les segments de l'offre de soins présentant d'importants niveaux de rentabilité.

2.2.1 En France, de nombreux mouvements financiers sont observés dans différents secteurs

Le système de santé français fait l'objet, depuis plusieurs années, d'une dynamique de consolidation de certains de ses secteurs. Ce phénomène est également le pendant d'une ouverture croissance des structures d'offres de soins aux capitaux d'acteurs financiers privés, qui investissent prioritairement dans les marchés présentant notamment des marges de rentabilité élevées. Néanmoins, d'autres facteurs structurels liés à l'évolution du système de santé expliquent aussi cette dynamique de consolidation :

- **Les exigences croissantes en termes de qualité** (qui s'accompagnent parfois de mécanismes d'accréditation comme pour la biologie) ont suscité des besoins d'investissements impliquant parfois des regroupements d'acteurs de taille réduite ;
- **La diminution de la démographie médicale** occasionne une tension sur les effectifs et fait évoluer les modalités de transmission de l'activité au moment du départ en retraite (diminution de la valeur des patientèles qui pousse certains praticiens à adopter des comportements d'optimisation patrimoniale en recourant à une dette que seules des structures disposant de moyens financiers suffisants peuvent reprendre)
- **Les évolutions des aspirations des nouvelles générations praticiens** concernant leurs modalités d'exercice (exercice en groupe voire salariat pour se décharger des tâches non médicales) ;
- **Les évolutions organisationnelles pour réaliser des gains d'efficacité** et répondre à l'augmentation de la demande de soins (comme par exemples la division des tâches entre professionnels de santé, comme dans les centres ophtalmologiques ayant mis en place des parcours de soins séquencés entre ophtalmologue et orthoptiste ou le déploiement de la télé-radiologie) ;
- **Les évolutions technologiques qui suscitent ou nécessitent des investissements supplémentaires** (nouveaux équipements, technologies reposant sur l'intelligence artificielle, cybersécurité, etc.)

Le secteur de la biologie médicale est, à ce titre, l'un des plus concernés par ces mouvements financiers. En effet, entre 2010 et 2022, la part de laboratoires dont une partie du capital est détenue par des acteurs financiers est passée de 16 % à 18 % (OCDE, 2024). Cette ouverture du secteur aux investissements financiers s'est, en outre, accompagnée d'une plus grande concentration du secteur. On observe une diminution tendancielle du nombre de structures juridiques : « depuis 2009, le nombre de structures juridiques de biologie médicale en ville, qui peuvent regrouper plusieurs sites démographiques, a drastiquement diminué : on en comptait 2 625 fin 2009, il n'y en a plus que 377 fin 2021¹⁸¹. ». De même, l'Assurance Maladie relevait que les 50 % des structures juridiques les plus grandes exploitent de plus en plus de sites (68 % des sites en 2009 contre 89 % en 2021). Toutefois, le nombre de sites de prélèvements suit une tendance légèrement positive (4 080 sites en 2010, contre 4 160 en 2021). Il résulte néanmoins de cette tendance, amorcée à la suite de l'ordonnance « Ballereau » de 2010, une très forte consolidation du secteur de la biologie autour des principaux groupes privés : « en 2021, les six plus grands groupes de biologie privés en nombre de sites (Biogroup-LCD, Cerballiance, Inovie, Synlab, Eurofins et Unilab) concentrent 62 % des sites¹⁸² ».

La radiologie est aussi traversée par ce double mouvement de consolidation et d'ouverture du capital à des acteurs financiers (57% de structures indépendantes contre 61% en 2016 comme l'a estimé la DREES dans l'Encadré). Cette tendance s'explique par « un besoin d'investissements importants et réguliers, lié à l'innovation technologique et aux cycles de vie des machines, et à des innovations susceptibles de conduire à des restructurations non négligeables¹⁸³. » Des opérateurs financiers non professionnels prennent également une part grandissante dans l'offre de radiologie, en opérant au travers de réseaux intégrés de radiologues (comme Simago ou France Imagerie Territoire). Ces derniers peuvent également avoir recours à des groupements qualifiés d'indépendants, comme VIDI, qui s'engagent dans des partenariats avec des acteurs financiers et peuvent être assimilés à une autre forme de consolidation (notamment Vidi Capital).

¹⁸¹ CNAM, Rapport Charges et Produits pour 2023, 2022, p. 196

¹⁸² CNAM, id.

¹⁸³ CNAM, Rapport Charges et Produits pour 2024, 2023, p. 202

Le niveau de concentration du secteur reste encore limité par rapport à d'autres secteurs, tels que les cliniques ou la biologie médicale. Ce dernier se matérialise, d'une part, par le regroupement croissant des médecins radiologues : 90 % des radiologues exerceraient leur profession au sein de structures, lesquelles sont comportent en moyenne 12,8 salariés¹⁸⁴. D'autre part, cette tendance s'explique par la concentration des équipements médicaux lourds et des plateaux techniques. A ce titre, les opérations de capital-investissement semblent être un facteur de concentration de la radiologie. Ainsi, le secteur pourrait connaître une consolidation rapide, selon France Assos Santé¹⁸⁵.

Le modèle même des centres de santé qui fait face à une forme de dévoiement, le caractère non-lucratif des centres étant détourné au sein de certains réseaux intégrés par des mécanismes de captation de la valeur. On observe ainsi que des groupes de prestations de service à but lucratif se sont constitués et travaillent exclusivement pour des centres de santé associatifs. Ces groupes de prestations, dont la tête est généralement une société commerciale, développent des outils et services traditionnellement mis en place par les systèmes de franchise (recrutement, gestion des ressources humaines, comptabilité, centrale d'achats, système informatique, etc.) Ces outils et services sont ensuite facturés aux centres de santé associatifs à des tarifs élevés qui font remonter les profits dans le groupe commercial, tandis que les associations membres du réseau sont à l'équilibre ou en déficit. Les réseaux de centre de santé ainsi constitués existent en tant que réseau car ils font appel au même type de prestataire. Cette organisation peut amener certains centres à être dans une situation de dépendance à l'égard des sociétés qui prestent les services, et constitue ainsi une captation indirecte de valeur créée par des structures pourtant censées être non lucratives, captation de valeur qui échappe au régulateur.

De nombreuses opérations financières ont également eu lieu dans **le secteur de l'hospitalisation privée à but lucratif**. En 2020, deux groupes (Elsan, détenu à 75 % par le fonds « Private Equity » CVC Partners et Ramsay Santé, filiale de Ramsay Health Care) représentaient plus de 30 % du chiffre d'affaires total des cliniques privées. En 2023, Clariane (ex-Korian) est entrée au capital d'un groupe d'investissement afin de développer son réseau de santé. En 2024, HLD Europe a acquis 20 % des parts du groupe Clariane, qui a également reçu une offre d'achat de la Fondation Santé Service pour son activité hospitalière et de soins infirmiers à domicile. La même année, Vivalto a racheté trois nouvelles cliniques, pour un montant total de 65 M€. Désormais, le secteur est très concentré, Le Sénat relève ainsi que les quatre principaux groupes français « *concentrent aujourd'hui une part prépondérante du marché français de l'hospitalisation privée à but lucratif*¹⁸⁶ » (40 % de l'offre du secteur¹⁸⁷, soit 25 % des capacités d'accueil des établissements de santé¹⁸⁸). Par ailleurs, certains groupes, notamment Ramsay, ouvrent, voire rachètent, désormais des centres de santé dans l'optique de « *bâtir des parcours patients complets*¹⁸⁹ ».

Les pharmacies d'officines constituent un secteur spécifique en la matière. Bien que disposant de règles venant strictement encadrer la participation au capital qui empêchent pour l'instant les investisseurs financiers de devenir actionnaires d'une officine¹⁹⁰, ces derniers déploient d'importants investissements, notamment en proposant un soutien financier aux pharmaciens. Ainsi, bien qu'étant différents de ceux des secteurs précédemment étudiés, les montages financiers à l'œuvre dans le secteur officinal posent également la question du maintien de l'indépendance des professionnels de santé y exerçant. Premièrement, les investisseurs privés peuvent prendre des participations dans le capital de groupements de pharmacie (acquisition en 2022 de Hygie31 – groupe qui possède l'enseigne « Pharmacies Lafayette » – par Latour capital et Bpifrance puis du groupe Pharmacorp, qui possède un réseau de 562 pharmacies ; Hygie31 a permis le rachat de près de 350 pharmacies en 2023). Or, ces groupements, de manière similaire aux prestataires de service des réseaux de centres de santé, établissent un lien contractuel avec les pharmacies. Ces contrats peuvent encadrer un certain nombre de sujets de gestion qui sont gérés par le groupement pour le compte des officines membres du groupement (gestion des ressources humaines, comptabilité, centrale d'achats, système informatique, etc.), en échange du reversement d'une partie du chiffre d'affaires. Deuxièmement, certains fonds de dette contournent la fermeture totale du capital social des officines à des investisseurs tiers en émettant des obligations simples, convertibles en actions (OCA), ou avec bons de souscription d'actions (OBSA). A Ces obligations sont parfois associées des clauses imposant le choix du groupement, le nantissement des d'une partie du capital de l'officine au profit de l'investisseur extérieur en cas d'impayés ou encore l'obligation de se conformer à un business plan établi par l'investisseur extérieur.

¹⁸⁴ CNAM, Rapport Charges et Produits pour 2024, 2023, p. 202

¹⁸⁵ France Assos Santé, Note d'étape | La financiarisation du secteur de la santé en France : enjeux, risques et perspectives de régulation

¹⁸⁶ Sénat, op.cit., p. 29

¹⁸⁷ Calcul réalisé par la mission sénatoriale.

¹⁸⁸ Drees, Les établissements de santé en 2022, édition 2024, p. 25

¹⁸⁹ Sénat, op.cit., p. 43

¹⁹⁰ Sénat, id., p. 44-47

L'ensemble de ces mouvements financiers, en contribuant à la concentration de nombreux secteurs de l'offre de soins, a également causé un renchérissement des prix de cession. Ce phénomène contribue à l'augmentation des besoins de financement des groupes pour poursuivre leur dynamique de consolidation et constitue une barrière à l'entrée pour des acteurs moins dimensionnés, ce qui favorise *in fine* la consolidation à partir de grands groupes.

Néanmoins, si la dynamique d'investissement des acteurs financiers privés dans la santé était soutenue depuis plusieurs années en France, cette dernière semble désormais ralentir¹⁹¹.

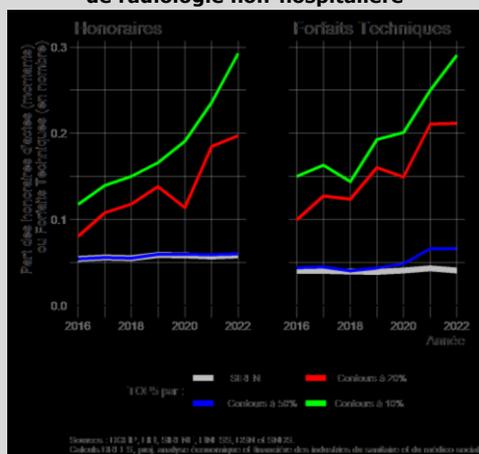
Encadré 18 : Augmentation tendancielle de la concentration dans le secteur de la radiologie non-hospitalière



L'Encadré 17 documente que les entités de radiologie non-hospitalière sont fréquemment adossées à des groupes ou contours de groupes. Des analyses complémentaires (Lelarge, 2025, hal-05086648) montrent de surcroît que le poids de ces structures dans l'activité, en termes d'honoraires ou de nombre d'actes, est supérieur à leur simple poids démographique car ce sont les entités de plus grande taille qui les intègrent entre 2016 et 2022. Ainsi, leur poids en termes de volume d'activité croît plus que proportionnellement à leur nombre.

La part des actes médicaux de radiologie réalisée par des entités de groupes s'établissait à 48% environ en 2016, mais atteignait 60% en 2022 (+ 12 points de pourcentage). En termes de portage des équipements lourds d'imagerie, la part de marché des entités adossées à des groupes atteignait 42% environ en 2022, et même 70% en y ajoutant les entités adossées à des contours de groupes calculés à 20%. Ces chiffres s'établissaient à 30% et 50%, respectivement, en 2016.

Concentration de l'activité de radiologie non-hospitalière



La figure reportée ci-contre permet d'analyser les implications du poids des contours de groupes en termes de concentration de l'activité. Elle montre qu'entre 2016 et 2022, la part de marché des cinq plus gros groupes (équivalent à des contours calculés au taux de 50%) est relativement stable en termes d'actes médicaux, et légèrement croissante en termes de services d'équipements d'imagerie médicale. En revanche, dans les deux cas, la part de marché des entités adossées à des investisseurs significatifs (c'est-à-dire correspondant à des contours de groupes calculés à 20% ou 10%) a été multipliée par plus de deux entre 2016 et 2022. Pour des contours de groupes calculés au taux de 20%, la part de marché atteint environ 20%, que ce soit en termes d'actes ou de forfaits techniques. Pour des contours de groupes calculés au taux de 10%, la part de marché atteint environ 30% sur les deux segments de marché.

Il serait important de comprendre quels mécanismes sont à l'origine de ces évolutions – ce qui requiert des travaux complémentaires. La recherche récente en économie montre en effet que cette tendance de concentration n'est pas spécifique aux industries de la santé, mais semble transverse à de nombreux secteurs des économies développées. Plusieurs pistes d'explications alternatives sont actuellement testées dans la littérature¹⁹², dont certaines pourraient être pertinentes pour la radiologie non-hospitalière :

- Une première hypothèse suggère que le progrès technologique (par exemple, l'intégration de méthodes d'intelligence artificielle en imagerie médicale) et les efforts de rationalisation de la production (potentiellement illustrés par la désintégration verticale observée pour les entreprises du secteur de la radiologie entre d'un côté les cabinets réalisant les actes médicaux, et de l'autre les entreprises détentrices des équipements lourds) pourraient être à l'origine d'économies d'échelle significatives et donc de gains de productivité, notamment pour les entreprises ou groupes les plus performants. La concentration serait alors à interpréter comme un phénomène « positif », source potentielle, *in fine*, d'économies possibles pour les patients et la puissance publique.
- Une hypothèse alternative, plus « négative », suggère que la concentration pourrait au contraire principalement résulter d'un degré de concurrence trop faible et de barrières à l'entrée trop importantes, impliquant des marges trop élevées, ainsi que des niveaux d'investissement et de productivité trop bas.

¹⁹¹ France Biotech, Panorama France Healthtech, 22^e édition, 2025, p. 72-74 ([lien](#))

¹⁹² Voir par exemple Covarrubias, Gutiérrez, et Philippon (2020), « From Good to Bad Concentration? US Industries over the Past 30 Years », *NBER Macroeconomics Annual*. Il faut noter qu'il existe un risque élevé qu'une situation de concentration « positive » bascule *in fine* en situation de concentration « néfaste », comme documenté pour plusieurs secteurs aux Etats-Unis.

2.2.2 Des mouvements financiers qui sont aussi observés à l'international

Dans une dynamique similaire à celle observée en France, l'intervention des acteurs privés dans les systèmes de santé (mouvement de concentration et ouverture du capital des établissements de soins) se retrouve également dans le reste du monde. Entre 2021 et 2023, ces opérations de rachat portées par des investisseurs financiers ont atteint une valorisation globale de plus de 200 milliards d'euros à l'échelle mondiale¹⁹³.

Aux Etats-Unis, la part de l'offre de soins détenue par des acteurs financiers est concentrée dans certaines spécialités. Entre 2012 et 2021, le nombre de cabinets médicaux détenus par des fonds d'investissements privés est passé de 816 à 5 779¹⁹⁴. En outre, les opérations de rachat concernent à 81 % la dermatologie, l'ophtalmologie (environ 1 400 ophtalmologues travaillaient sous l'égide d'un fonds d'investissement privé en 2022 – OCDE, 2024 –), la gastroentérologie et les soins primaires¹⁹⁵. Les centres de soins palliatifs sont aussi rachetés par des sociétés de capital-investissement (124 centres en 2015 et 2022¹⁹⁶).

Le système de santé australien connaît également un mouvement d'ouverture de ses capitaux à des acteurs financiers, fortement concentré sur la radiothérapie et la biologie médicale. En effet, 94 % des centres de radiothérapie privés sont détenus par un unique fonds d'investissement¹⁹⁷, contre seulement 3 % des cabinets de médecine générale. De même, trois groupes totalisaient 95 % des paiements réalisés au titre d'un soin de biologie médicale effectué dans un laboratoire privé en 2018.

En Europe, environ 300 transactions ont été effectuées dans le secteur de la santé par des fonds d'investissement en 2022, pour une valeur totale de 20 Md€¹⁹⁸. L'ampleur exacte du phénomène reste toutefois difficile à objectiver, en raison d'un manque de transparence sur la propriété réelle des entreprises et de l'opacité des montages financiers employés. Ainsi, 11 pays européens sur 20 déclarent que des investisseurs financiers sont présents dans le capital de l'offre de soins non hospitalière, et 10 d'entre eux considèrent que le phénomène de financiarisation se développe à un rythme modéré ou rapide.

A ce titre, **la Suède, la Finlande et l'Irlande se caractérisent aussi par l'ouverture de certains pans de leurs systèmes de santé respectifs à des capitaux financiers**. Dans le premier cas, l'ouverture de la production de soins au secteur privé en 2010 s'est traduite par une forte augmentation de la part des fonds d'investissement dans le secteur de la santé : en 2018, 1/3 des centres de soins primaires privés, représentant 60 % de l'offre, était détenu par des fonds d'investissement. L'Autorité de la concurrence finlandaise a, quant à elle, identifié 430 acquisitions de soins primaires par des fonds d'investissement entre le début des années 2000 et 2024¹⁹⁹. Ce mouvement traduit également une dynamique de concentration de l'offre de soins primaires en Finlande – en 2022, les trois plus grands groupes du secteur, totalisant 70 % des parts de marchés, étaient détenus par des fonds d'investissement. Dans le cas irlandais, le fonds d'investissement « *Five Arrows* » possède une chaîne de 76 cabinets de médecine générale, lesquels embauchent 10 % de l'ensemble des médecins généralistes du pays.

Dans l'ensemble des Etats-membres, l'ouverture à des acteurs financiers concerne principalement le secteur des soins dentaires. Ainsi, 90 % des 30 plus grands groupes de soins dentaires en Europe sont détenus par des fonds d'investissements, et ces derniers étaient impliqués dans 96 des 116 plus importantes opérations financières menées par des groupes dentaires en Europe entre 2017 et 2019.

Plus généralement, ces tendances régulièrement décrites par de nombreux rapports s'accompagnent de pratiques d'optimisation financière, lesquelles posent un défi en termes de régulation et de soutenabilité pour le système de santé. Ainsi, la dynamique observée en France s'inscrit dans un phénomène plus global touchant un nombre important d'économies avancées et de leurs systèmes de santé. Le renforcement de la régulation de l'offre de soins semble donc essentiel pour mieux encadrer cette dynamique, mais plusieurs difficultés subsistent.

¹⁹³ Borsa, A., Bejarano, G., Ellen, M., & Bruch, J. D. (2023). Evaluating trends in private equity ownership and impacts on health outcomes, costs, and quality: Systematic review. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-075244>

¹⁹⁴ Abdelhadi, O., Fulton, B. D., Alexander, L., & Scheffler, R. M. (2024). Private Equity–Acquired Physician Practices And Market Penetration Increased Substantially, 2012–21. *Health Affairs*, 43(3), 354–362. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.00152>

¹⁹⁵ Scheffler, R. M., Alexander, L., Fulton, B. D., Arnold, D. R., & Abdelhadi, O. A. (2023). Monetizing Medicine : Private Equity and Competition in Physician Practice Markets.

¹⁹⁶ Aldridge, M. D., Hunt, L. J., Halloran, Z., & Harrison, K. L. (2024). Private Equity Acquisitions Of Hospices Are Increasing; Ownership Remains Opaque. *Health Affairs*, 43(9), 1306–1310. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.01671>

¹⁹⁷ OECD. (2024). Trends in the financialisation of outpatient care.

¹⁹⁸ OCDE. (2023). Serial acquisitions and industry roll-ups.

¹⁹⁹ Assurance Maladie. (2024). 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.

L'opacité des données constitue le principal obstacle à la régulation de l'intervention des acteurs privés dans le secteur de la santé. D'une part, la complexité des montages financiers utilisés lors des acquisitions d'établissements ou d'équipements rend difficile l'identification des véritables détenteurs des capitaux. D'autre part, le manque de transparence sur les stratégies financières empêche de suivre les flux de capitaux, les niveaux d'endettement imposés aux structures de soins ou les retraits de fonds réalisés.

Afin de mieux identifier les leviers de régulation possibles, l'Assurance Maladie a contribué à une étude menée avec l'Observatoire européen de la santé²⁰⁰. Elle dresse un état des lieux des dispositifs encadrant le *private equity* dans sept pays : les États-Unis, le Canada, la Finlande, la France, l'Allemagne, l'Irlande et les Pays-Bas.

L'analyse identifie trois niveaux d'intervention publique. Le premier, commun à tous les pays étudiés, impose une déclaration obligatoire des opérations de fusion-acquisition au-delà d'un certain seuil financier. Certains pays, comme la Finlande, disposent d'une flexibilité réglementaire leur permettant d'abaisser ce seuil au cas par cas. Le deuxième niveau concerne l'encadrement des montages financiers et impose des restrictions de propriété, à l'exception de l'Irlande et des Pays-Bas. Il inclut également des règles visant à assurer que les décisions médicales soient prises par les professionnels de santé, comme c'est le cas en France, en Irlande et aux États-Unis, bien que ces règles soient souvent contournées. La régulation sur la pertinence des soins reste rare, avec pour seul exemple les Pays-Bas où un assureur a suspendu les paiements à un groupe de santé dont la qualité des soins a été jugée insuffisante. Enfin, le troisième niveau, qui consiste à interdire l'acquisition et l'exploitation par des non-professionnels de santé, reste marginal malgré quelques propositions en Allemagne, en Irlande et aux États-Unis.

Ainsi, les niveaux de rentabilité élevés qui ont été identifiés dans la première partie du chapitre semblent être un facteur renforçant les tendances de consolidation de l'offre de soins et de son ouverture à des capitaux financiers, dont l'Assurance Maladie a pointé les risques en cas de dérives.

L'ouverture du capital d'un nombre croissant d'offres de soins pose aussi la question de l'indépendance professionnelle, qui avait été soulevée dans les précédents rapports Charges et Produits. Les mouvements de regroupements au sein de réseaux de centres de santé et de groupements de pharmacies soulèvent des problèmes similaires, même s'il n'y a pas, à proprement parler, de participation au capital des structures. Plus généralement, la complexité des montages juridiques opérés par les investisseurs fait aussi peser un risque d'inefficacité de la régulation des offres de soins, en l'état actuel du droit. Enfin, les mouvements de capitaux dans le système de santé, parfois réalisés par des fonds d'investissement étrangers, font peser un risque en matière de souveraineté du système de santé. Ils suscitent à ce titre des inquiétudes chez de nombreux acteurs du système de santé, qu'il s'agisse des Ordres professionnels, des syndicats ou même des associations de patients.

Afin de lever ces inquiétudes et d'éviter ces risques potentiels, l'Assurance Maladie ne préconise pas de limiter ou interdire les apports en fonds propres d'investisseurs financiers dans la santé, car ces investissements dans notre système de santé sont indispensables pour contribuer à améliorer la qualité et l'accessibilité des soins, et car des restrictions du cadre juridique entourant les SEL pourraient s'avérer inefficaces et source d'opacité.

En revanche, **l'Assurance Maladie recommande de clarifier les règles existantes de gouvernance des Sociétés d'Exercice Libéral (SEL)** ayant ouvert leur capital à des acteurs financiers **pour garantir l'indépendance des professionnels de santé**, en s'inspirant de la conciliation organisée par le Conseil d'Etat dans la santé animale.

Rappelons enfin que l'investissement financier dans l'offre de soins peut être pleinement vertueux dès lors qu'il ne s'accompagne pas de pratiques d'optimisation financières excessives pouvant nuire à l'accès, la qualité et la pertinence des soins.

2.3 Des pratiques d'optimisation financière posent la question du maintien d'une offre de soins pertinente et de qualité à des tarifs soutenables pour la collectivité

Pour rappel, on désigne ainsi par le terme « optimisation financière » l'ensemble des pratiques mises en place par un offreur de soins pour maximiser le rendement économique de l'activité exercée et pouvant directement ou indirectement nuire à l'accès, la pertinence et la qualité des soins : focalisation sur les actes les plus rentables, sélection de patients, réduction de la qualité des soins ou de la qualité du matériel utilisé, développement de l'offre de soins dans des zones attractives, ou encore optimisation de la facturation pouvant aller jusqu'aux pratiques frauduleuses. On peut parler d'une forme de recherche agressive de productivité

²⁰⁰ Tracey, M., Schulmann, K., Tille, F., Rice, T., Mercille, J., Timans, R., Allin, S., Dottin, A., Syrjälä, S., Sotamaa, T., Keskimäki, I., & Rechel, B. (2025). What are the policy options for regulating private equity involvement in health care? A review of policies implemented or considered in seven high-income countries. In *Health Policy* (Vol. 156). <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2025.105312>

L'optimisation financière peut également prendre une autre définition : le recours à des outils financiers visant à maximiser le retour sur le capital investi (endettement financier, montages juridiques faisant intervenir des sociétés commerciales ou immobilières, utilisation de sociétés holdings pour optimiser les flux financiers et fiscaux d'un groupe, etc.).

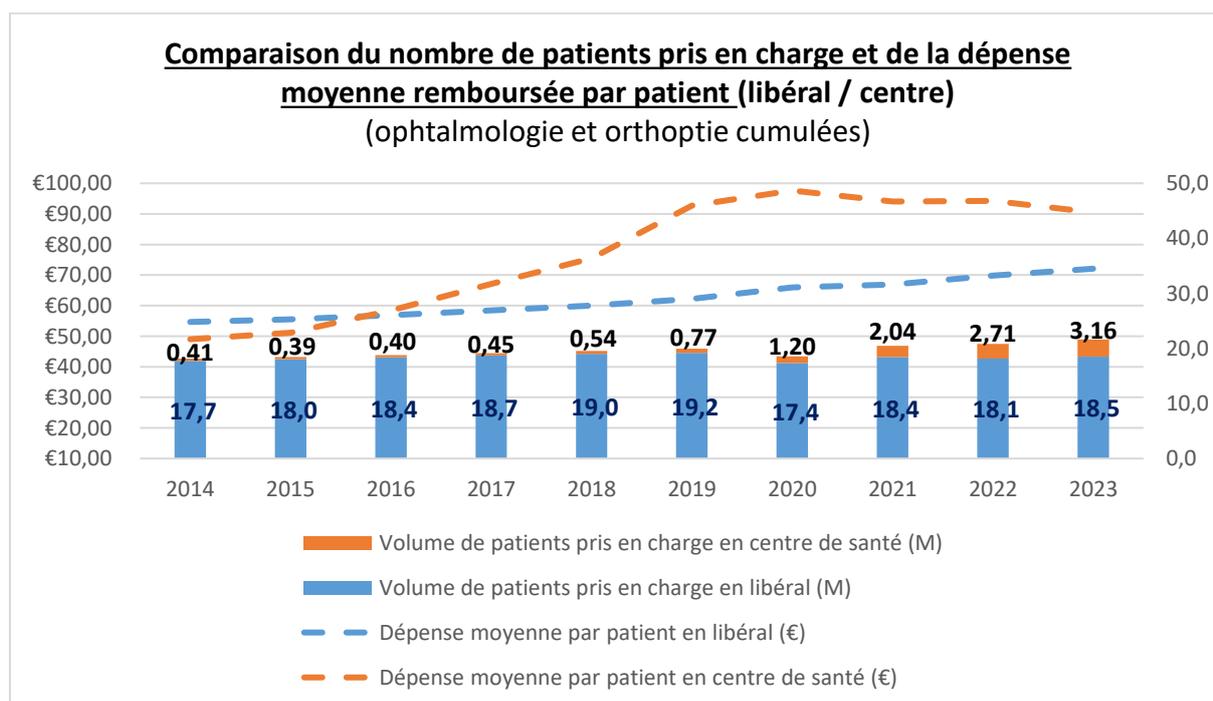
A travers différents exemples, la dernière partie de ce chapitre présente différentes pratiques d'optimisation financière observées dans certains secteurs ou chez certains acteurs, qu'il s'agisse de pratiques professionnelles visant à maximiser le rendement économique de l'activité de soins exercée, de dynamiques d'évolutions de l'offre de soins sur le territoire semblant suivre une logique principalement financière, ou encore du recours à des outils financiers dont l'usage excessif peut fragiliser le système de santé et complexifier sa régulation.

Il est important de rappeler ici que la présence d'acteurs financiers au capital d'offres de soins peut s'accompagner de pratiques d'optimisation financière, sans que cela soit pour autant systématique, tandis que des pratiques d'optimisation financière peuvent être observés chez des offres de soins non « financiarisés » : **le sujet de l'optimisation financière dépasse celui de la financiarisation**. Il n'y a pas donc d'équivalence entre ces deux notions, mais il peut y avoir dans certaines situations un lien de cause à effet, et notamment un risque que les acteurs se trouvant en situation de difficulté économique, qu'ils soient « financiarisés » ou non, aient besoin de recourir à des pratiques d'optimisation financière pour maintenir un certain niveau de rentabilité. Cela peut s'avérer nécessaire lorsqu'il faut rembourser un niveau élevé de dette et que le contexte financier devient moins favorable, comme ce fut le cas ces dernières années (remontée des taux d'intérêt et inflation).

2.3.1 Plusieurs exemples de pratiques « professionnelles » d'optimisation financière sont observés dans différents secteurs de l'offre de soins pour maximiser le rendement de l'activité exercée

Que l'on soit dans un secteur présentant un haut niveau de rentabilité moyenne ou non, on observe un certain nombre de pratiques professionnelles d'optimisation financière visant à maximiser le rendement de l'activité exercée, et qui peuvent se faire au détriment de qualité et de la pertinence des soins. Le présent chapitre ne saurait réaliser un inventaire exhaustif de ces pratiques, mais introduire une notion qui doit être mieux repérée et prise en compte dans les actions de régulation de l'offre de soins.

Le niveau sensiblement plus élevé de la dépense moyenne remboursée par patient dans les centres de santé ophtalmologiques témoigne d'une forme d'optimisation financière pratiquée dans ces centres par rapport aux acteurs libéraux



Lecture :

- Les séances sont comptabilisées telles que : une séance en ophtalmo, en orthoptie, en ophtalmo+orthoptie = un patient un jour donné vu par un ophtalmo, par un orthoptiste, par un ophtalmo ET/OU un orthoptiste
- Les patients sont comptabilisés tels que : un patient en ophtalmo, en orthoptie, en ophtalmo+orthoptie = un patient une année donnée vu par un ophtalmo, par un orthoptiste, par un ophtalmo ET/OU un orthoptiste

Si les dépenses en ophtalmologie et en orthoptie croissent de manière structurelle pour répondre à l'augmentation des besoins de soins (21,4 millions de patients pris en charge par l'ensemble des offreurs en 2023 contre 18 millions en 2013), la prise en charge des patients présente une déformation au profit des centres ophtalmologiques, dont les prestations sont relativement plus coûteuses que dans les cabinets. Ainsi, le taux de croissance annuel moyen du coût d'une séance a crû de 3,07 % entre 2014 et 2023, principalement porté par les centres proposant des soins en ophtalmologie et orthoptie. Ce phénomène s'explique par deux facteurs : la déformation de la demande au profit des centres (effet volume) et celle du coût moyen par patient sur une année (effet prix).

En effet, on observe premièrement une augmentation plus rapide du nombre de patients et de séances effectuées dans les centres ophtalmologiques que dans les cabinets libéraux. Ainsi, sur les 21,4 millions de patients pris en charge en 2023, 3,2 millions l'ont été dans des centres, soit 15 % du total, alors que les centres de santé avaient pris en charge 2 % des patients en 2013 (0,4 millions). On observe donc que le nombre de patients pris en charge en centre progresse très nettement plus vite que celui des patients pris en charge en cabinet (+25,32 % de patients par an en moyenne dans les centres entre 2014 et 2023 contre +0,45 % pour les cabinets sur la même période), témoignant d'une absorption quasi-totale de la hausse des besoins en soins ophtalmologique par les centres de santé (hausse globale de 3,25 M patients sur la période, pris en charge à près de 85 % par les centres de santé).

Deuxièmement, on observe des coûts moyens par patient pris en charge sensiblement supérieurs dans les centres par rapport à une prise en charge équivalente en libéral. Ainsi, le coût moyen par patient en 2023 s'élevait à 72 € pour les cabinets, contre 91 € dans les centres. **Cette évolution de la dépense moyenne par patient témoigne donc d'une forme d'optimisation financière effectuée dans les centres par rapport aux pratiques des libéraux (volumes d'actes réalisés et cotations pratiquées supérieurs pour des prises en charge similaires).** Cette dynamique se traduit ainsi par l'évolution du coût moyen par séance en centre, qui s'élève à 67 € par séance en 2023 contre 51 € en libéral (soins ophtalmologiques et orthoptiques compilés).

Si cette analyse de données témoigne d'un probable défaut général de pertinence des soins pratiqués en centres de santé ophtalmologiques, France Assos Santé estime pour sa part que : « les centres dentaires et ophtalmologiques "low cost" ont également illustré comment des montages juridiques complexes associant statut associatif et entreprises commerciales pouvaient aboutir à des pratiques préjudiciables pour les patients et la collectivité : fraudes et surfacturation, mauvaise qualité des soins, erreurs médicales, défauts d'hygiène²⁰¹. »

En 2024, Les centres de santé ont fait l'objet de contrôles de la part de l'Assurance Maladie qui ont permis de détecter 39 millions d'euros de fraudes et ont conduit au déconventionnement de 30 centres, contre 21 en 2023.

Cet exemple parlant appelle à clarifier le statut de « centre de santé », qui regroupe les centres de santé pluri-professionnels, optiques, dentaires, publics, associatifs et privés afin de permettre une régulation plus ciblée. Il implique également une surveillance plus étroite des différents secteurs de l'offre de soins, où des pratiques similaires d'optimisation financière d'une activité de soins peuvent être observées, lorsque la recherche de productivité pour maximiser les marges peut entraîner une dégradation de l'accès à des soins pertinents et de qualité.

Objectiver les effets qualitatifs de l'intervention des acteurs financiers sur l'offre de soins : de premières analyses qui sont à approfondir

Si des risques potentiels peuvent ainsi être identifiés et susciter l'inquiétude de nombreux acteurs, **rappelons ici que les interventions d'acteurs financiers dans la santé ne semblent pas s'être accompagnées, à date, d'une dégradation de la qualité des soins**, notamment pour ce qui concerne les cliniques et la biologie, deux secteurs très consolidés et qui sont soumis à des normes et des contrôles de la qualité des activités de soins exercées.

Les premières analyses réalisées conjointement avec la DREES sur les implications de l'adossement à un groupe sur l'activité de radiologie libérale (voir *infra*) permettent de comparer l'évolution d'un cabinet intégré à un groupe avec celle d'un cabinet resté indépendant. Si ces résultats suggèrent une augmentation moyenne de 50 % de l'activité après prise de participation majoritaire, ils doivent être interprétés avec prudence, car les effets observés varient fortement selon la configuration du groupe, et de nombreuses questions demeurent ouvertes concernant l'impact territorial et qualitatif sur l'offre de soins — autant de pistes que les futurs travaux que mènera la DREES sur ce champ devront permettre d'explorer de façon plus fine.

²⁰¹ France Assos Santé, op.cit.



Les précédents encadrés Encadré 17 et Encadré 18 décrivent les mutations récentes du secteur de la radiologie, caractérisées notamment par une augmentation de la concentration de l'activité portée par le développement des groupes et contours de groupes. Dans cet encadré, nous présentons une rapide synthèse des résultats d'une première étude de l'impact de ces mutations sur l'offre de soin, détaillée dans Lelarge (2025, hal-05086648). Ces travaux se concentrent à ce stade sur le volume global d'activité, tel que mesuré par le nombre total d'actes réalisés (ou de forfaits techniques d'imagerie facturés, selon le cas), le nombre total de patients traités, ou enfin le montant total d'honoraires perçus.

Les données enseignent tout d'abord que les cabinets de radiologie adossés à des groupes réalisent en moyenne plus de trois fois plus d'actes que leurs homologues indépendants. Cependant, ce différentiel de taille est très significativement amoindri, voire disparaît, lorsque le groupe comprend plusieurs entités spécialisées dans la réalisation d'actes d'imagerie médicale effectués par des radiologues. Dans le cas des entités qui facturent des forfaits techniques (c'est-à-dire qui portent les équipements d'imagerie médicale), le différentiel de taille est également significatif entre filiales de groupe et entités indépendantes, mais il est environ quatre fois moins important. Surtout, il n'est pas affecté par la présence d'autres filiales d'imagerie.

Ces premières statistiques descriptives ne capturent cependant pas les effets *causés* par l'adossement à un groupe. Pour mesurer ces derniers, il est nécessaire de comparer l'évolution d'une entité, avant et après son intégration à un groupe, à une autre entité similaire, mais dont le statut ne change pas. Des spécifications économétriques de type « différences de différences » permettent de mener de telles analyses²⁰². **Elles révèlent que, quel que soit l'indicateur retenu, l'activité des cabinets de radiologie augmente d'environ 50% lorsqu'un investisseur prend une prise de participation de plus de 20% (et qu'elles entrent donc dans un contour de groupe calculé à ce même taux).** Cependant, l'effet devient négatif (-30%) lorsqu'elles intègrent un groupe détenant d'autres cabinets de radiologie, ce qui suggère que ces derniers ont tendance à se faire concurrence en termes d'accès aux ressources financières du groupe. En revanche, aucun effet significatif n'est mesuré en termes d'activité des entreprises qui détiennent les équipements lourds. Une explication possible serait que ces derniers opèrent tous à pleine capacité, qu'ils soient gérés par des entreprises indépendantes ou par des filiales de groupes.

Le système d'information en cours de construction à la DREES aurait vocation à prolonger ces premières analyses dans plusieurs directions, par exemple :

- En termes d'impact sur l'offre **globale** de soin : les entités adossées aux groupes sont susceptibles de gagner des parts de marché au détriment des autres. Si l'offre de ces dernières se contracte, alors l'impact des groupes sur l'offre globale de soin est ambigu, et même susceptible d'être négatif. De même, le pouvoir de marché potentiellement induit par la concentration de l'activité au sein des groupes est susceptible d'avoir un effet adverse sur l'offre globale de soins.
- En termes de répartition **territoriale** de l'offre de soin : la concentration des activités au sein des groupes est susceptible de renchérir le coût relatif à « servir » les zones éloignées, ou certaines populations de patients, et donc de dégrader l'offre « locale » de soin à laquelle elles ont accès.
- En termes d'impact sur la **composition** de l'offre de soin : il serait nécessaire d'analyser de façon plus détaillée si tous les actes médicaux de radiologie bénéficient de façon homogène des économies d'échelle permises par les structures de groupe, ou si certains voient leur coût relatif augmenter et devenir moins attractifs pour les professionnels de santé, en détériorant *in fine* l'offre de soin correspondante et le traitement de certaines pathologies.

Il est donc nécessaire de prolonger les premières analyses qui peuvent être faites du lien entre présence d'acteurs financiers et évolution de la qualité, de la pertinence et de l'accès aux soins, pour analyser de manière objective s'il existe un lien entre financiarisation et propension à l'optimisation financière, dans un sens ou dans un autre, et le cas échéant dans quels secteurs et pour quels acteurs.

Réaliser ces analyses implique préalablement de pouvoir rattacher, dans les systèmes d'information de l'Assurance Maladie, chaque acte à la fois à un praticien, à une structure d'exercice, et le cas échéant à un groupe, groupement ou réseau.

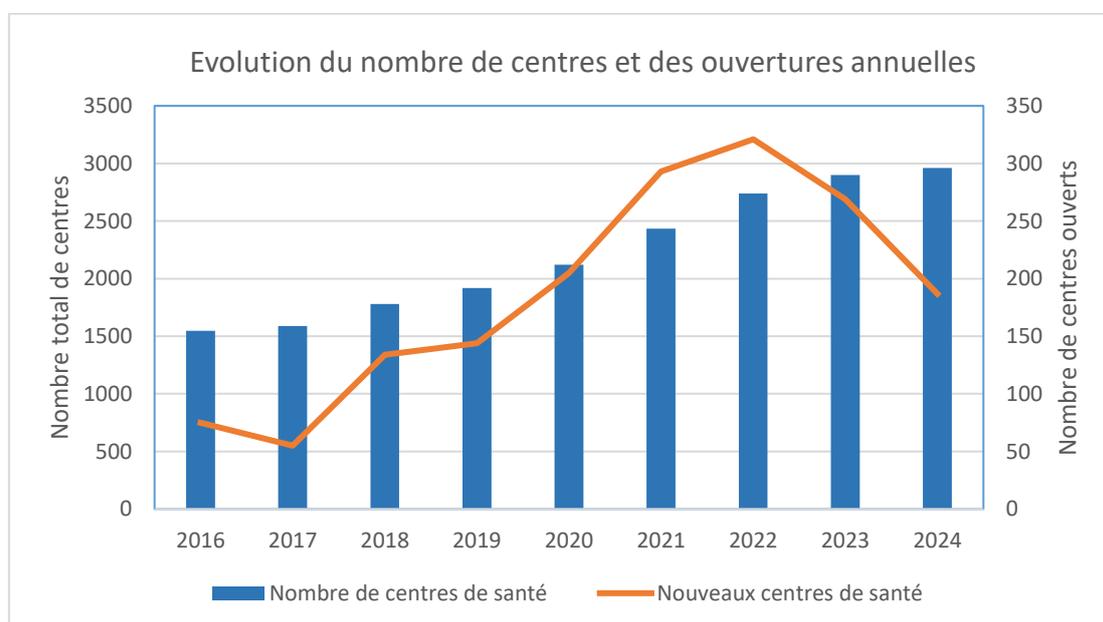
²⁰² Elle repose sur une hypothèse d'identification selon laquelle l'activité des entités de radiologie intégrant un groupe ou un contour de groupe aurait évolué de façon identique à celle des entreprises n'ayant pas connu de changement de statut (restées indépendantes, ou opérant de façon continue au sein d'un groupe ou d'un contour de groupe).

2.3.2 Certaines dynamiques d'évolutions de l'offre de soins sur le territoire semblent suivre une logique principalement financière

Deuxième forme d'optimisation financière décrite dans ce chapitre, on observe que certains mouvements de l'offre de soins sur le territoire semblent suivre une logique principalement financière, dans la mesure où des décisions d'ouverture de lieux de prise en charge dans certaines zones géographiques semblent prioritairement répondre à des objectifs économiques plutôt qu'à des besoins de soins, ce qu'illustrent les trois exemples des centres de santé, du maillage sites de prélèvement de biologie médicale et de la répartition de l'offre de radiologie sur le territoire. Le raisonnement inverse est poursuivi par certains acteurs privés pour la fermeture de lieux de soins dans des zones qui ne sont pas suffisamment rentables, comme le montre l'exemple des maternités.

Un encadrement a été rendu nécessaire pour maîtriser le déploiement massif des centres de santé

Depuis l'entrée en vigueur de l'accord national de juillet 2015, le nombre de centre de santé conventionné a connu une progression significative (1 546 centres en 2016 contre 2 900 en 2024), avec une répartition majoritaire entre « centres de santé médicaux ou polyvalents » (44 % en 2024) et « dentaires » (42 % en 2024). Cette tendance s'est accélérée entre 2020 et 2022 (+ 29 %).



Source : ATIH e-CDS – données 2024 – validation e-CDS et CDS adhérent à l'accord national

Face à cette évolution très dynamique, plusieurs évolutions ont garanti le respect par les centres de santé de leur mission première. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2022 marque un tournant en la matière, en renversant le principe de conventionnement d'office et en créant un cadre financier moins favorable pour les centres de santé non adhérents à l'accord national ou déconventionnés (tarifs d'autorité et maintien de la subvention « Teulade » pour les seuls centres de santé conventionnés).

De même, l'avenant n° 4 à l'accord national, signé en 2022, introduit une procédure accélérée de déconventionnement en cas de constat de facturation d'actes non réalisés. Depuis 2023, une procédure d'agrément est également mise en œuvre pour exercer une activité dentaire ou ophtalmologique (loi du 19 mai 2023 « Khattabi »), valant autorisation de dispenser des soins. Le dossier d'agrément doit par ailleurs inclure une déclaration des liens d'intérêts des membres de l'instance dirigeante et les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces (loi du 27 décembre 2023 « Valletoux »). Enfin, l'avenant 5 à l'accord national, signé en 2024, met en place une procédure de régulation du conventionnement pour les centres de santé dentaires en zones non prioritaires, à compter du 1^{er} janvier 2025. Aucun conventionnement ne peut être accordé pour des nouveaux centres de santé dentaire dans ces zones et pour les centres de santé en fonctionnement avec activité dentaire le nombre de chirurgiens-dentistes salariés ne peut pas augmenter.

Ces mesures ont ainsi contribué à freiner une très forte dynamique de développement des centres de santé qui, en particulier pour les centres spécialisés en dentaire et ophtalmologie, s'explique notamment par la volonté de capter une demande de soins située dans des zones densément peuplées tout en maximisant le rendement de l'activité exercée.

Le nombre d'ouvertures annuelles de centres de santé a ainsi fortement diminué en 2023 par rapport à 2022 (-15%) et en 2024 par rapport à 2023 (-30%).

Le département des Bouches-du-Rhône voit se développer un nombre important de cabinets de médecine générale spécialisés dans les soins non programmés (environ 50 cabinets, pour 400 médecins). Ouverts sur des plages horaires à forte amplitude (du lundi au dimanche, de 8 h à 21 h voire 22 h), ces derniers représentent une part importante de l'offre de soins non programmés du département. L'activité de ces structures est essentiellement constituée de consultations sans rendez-vous ou non programmées, sans régulation préalable des demandes, et d'une très faible part d'activité de suivi médecin traitant (suivi des pathologies chroniques et complexes ainsi que des personnes âgées poly pathologiques). **Ces cabinets, qui répondent à un besoin de soins non programmés, sont principalement implantés dans les zones urbaines où la densité de population est importante. L'installation de ce type de structure n'est pas corrélée aux besoins des territoires et ne tient pas compte de l'offre ambulatoire ou hospitalière déjà disponible sur la zone.** De ces caractéristiques découlent les dénominations de « cabinets de soins non programmés (CSNP) » ou de « cabinets à horaires élargis (CHE) », qui restent des terminologies d'usage, ne traduisant pas une catégorie juridique spécifique.

Le montage financier de ces structures a été essentiellement construit sur des schémas d'optimisation de facturation, notamment par la cotation d'actes additionnels comme les majorations « férié », de « nuit » ou des suppléments inscrits à la CCAM facturés en dehors des indications réglementaires, ainsi qu'une organisation accélérée permettant de grandes volumétries de patientèle et de file active.

En effet, des atypies dans la facturation des majorations de consultations de soirées et fériés sont identifiées par rapport au niveau national. A titre d'exemple, si on compare la facturation des majorations de nuit et férié sur la période de septembre 2022 – février 2023 à celle de septembre 2023 – février 2024, on observe dans les Bouches du Rhône une augmentation de + 15 % de ces majorations, augmentation qui n'est pas corrélée à une réduction des secteurs de PDSA sur la même période. La même dynamique est observée sur la facturation de l'acte de surveillance YYYY010, témoignant de pratiques tarifaires visant à optimiser le rendement économique de l'activité exercée.

Par ailleurs, ces cabinets déstabilisent l'offre de soins primaires, notamment en raison de leur non-participation à la permanence des soins ambulatoires et au service d'accès aux soins. A ce titre, on observe une structuration atypique de la patientèle du département. En effet, la patientèle moyenne par médecin traitant en 2023 est nettement inférieure aux départements comparables (798 patients par médecins contre 941 dans le département du Rhône), tandis que la file active moyenne des médecins est supérieure (1 660 contre 1 488 en Île-de-France).

Si les dispositions de la nouvelle convention médicale ont permis de normaliser les pratiques de facturation de ces cabinets (diminution de 76 % des majorations entre janvier et février 2025), **la mise en place de plans d'accompagnement et de contrôle reste nécessaire pour favoriser l'observance du cadre réglementaire et renforcer l'organisation territoriale de soins primaires.** Une proposition relative à ces centres à horaires élargis est par ailleurs portée dans le chapitre dédié à la coordination ville hôpital.

Dans la biologie médicale et la radiologie, une répartition territoriale de l'offre dont les évolutions récentes semblent être principalement le résultat de stratégies économiques

Pour ce qui concerne la biologie médicale, rappelons tout d'abord, comme cela avait été écrit dans de précédents rapports Charges et Produits, que **la consolidation du secteur ne s'est pas traduite, à date, par la réduction de la densité du maillage territorial de la biologie, qui s'est au contraire amélioré au global sur la période récente.** Ainsi, le nombre de sites de prélèvement, de l'ordre de 3 600 entre 2012 et 2020, a augmenté entre 2021 et 2023 à plus de 4 000 sites. Le maillage territorial est satisfaisant, avec 81 % de la population résidant à moins de 7 km d'un site de biologie médicale privée.

Cette dynamique témoigne d'un effort d'expansion de l'offre, notamment porté par les groupes, mais cette croissance semble s'être principalement opérée selon une logique économique. En effet, ne pouvant se faire concurrence sur les prix ou se différencier dans les actes réalisés, les groupes de laboratoire ont adopté une stratégie de captation de parts de marché en ouvrant des sites de prélèvement dans des zones déjà bien dotées. **Une forme de « course aux sites » a eu lieu, de manière déconnectée des besoins de soins de la population**, et on observe une fragilité financière de certains sites de prélèvement implantés dans des zones où opèrent déjà d'autres sites de prélèvement, et dont la fermeture ne remettrait pas en cause l'accessibilité territoriale à la biologie.

La répartition des radiologues libéraux sur le territoire est très inégale, avec une forte concentration dans les grandes métropoles, en particulier dans les départements disposant d'un centre hospitalier universitaire (CHU), à Paris et sur le pourtour méditerranéen. Cette répartition géographique est étroitement liée à la disponibilité des équipements médicaux lourds (EML), dont la répartition est elle aussi déséquilibrée. Les territoires densément peuplés ont vu une croissance plus rapide du parc d'IRM et de scanners, ce qui impacte en conséquence la répartition des professionnels. En conséquence, les territoires moins peuplés restent à l'écart de la croissance du parc d'EML, ce qui nuit à l'accès à l'imagerie médicale dans certains territoires. L'évolution actuelle du parc, principalement fondée sur des logiques d'investissement et de rendement, tend donc à creuser les écarts entre les territoires, tant en matière d'équipements que de présence médicale.

Par ailleurs, le parc français d'EML, bien que moins important que dans d'autres pays comparables, est utilisé de manière plus intensive que chez nos voisins, comme l'explique France Assos Santé : « Selon les données Eurostat (2022), pour les trois modalités combinées (scanner, IRM, TEP), la France enregistre 370 examens pour 1 000 habitants, largement devant l'Allemagne (315), le Danemark (210), les Pays-Bas (190) et l'Italie (185). Compte tenu du parc installé cela se traduit par une production par scanner 2 à 4 fois plus élevée que dans ces pays²⁰³. »

2.3.3 Le recours à des outils financiers visant à maximiser le retour sur le capital investi constitue une autre forme d'optimisation financière qui fragilise le système de santé et complexifie sa régulation

L'optimisation financière peut également impliquer l'**utilisation d'outils financiers** visant à maximiser le retour sur le capital investi. Si le présent rapport ne peut porter une description exhaustive de l'usage de ces outils, prenons plusieurs exemples de mécanismes financiers utilisés par certains offreurs de soins :

- **L'ouverture du capital des sociétés à exercice libéral (SEL)** : permet à des investisseurs non professionnels de détenir jusqu'à 25 % du capital social d'une structure de santé (hors officines, dont le capital est totalement fermé). Dans ces montages, le recours à des actions de préférences, à des pactes d'associés ou à d'autres outils de gouvernance permet de dé-corréler les droits financiers des droits de vote et donc d'exercer un pouvoir décisionnel plus important ;
- **Holding** : l'utilisation de sociétés de holdings (notamment des sociétés de participations financières de professions libérales - SPFPL) permet d'organiser la détention de parts de structures de santé, de lisser les revenus et d'optimiser les flux financiers et fiscaux du groupe ;
- **Les montages faisant intervenir des sociétés commerciales ou immobilières** : cette structuration juridique permet de dissocier l'exploitation médicale de la détention des murs ou des moyens (équipements lourds médicaux notamment), souvent pour optimiser la gestion patrimoniale ou pour capter les bénéfices réalisés dans les SEL partiellement détenues ;
- **L'endettement financier** : il s'agit de recourir à des emprunts bancaires ou à d'autres financements externes pour développer l'activité (prêt bancaire, crédit-bail, obligation convertible en action, prêt inter-entreprises, etc.). Il peut être réalisé par le professionnel de santé lui-même ou, lorsqu'un fonds de capital-investissement prend part au capital de la structure de soins, par la holding d'acquisition dans le cadre d'un rachat avec effet de levier (*leverage buy-out*, ou LBO) ;
- **Obligations convertibles en action (OCA)** : ces titres de créance sont émis par un fonds de dette, et peuvent être transformés à terme en actions, ce qui permet de financer des projets tout en attirant des investisseurs. Ce mode de financement est en progression dans les officines de pharmacie.

Ces pratiques peuvent cependant avoir, de manière indirecte, des effets néfastes sur l'accès à des soins pertinents et de qualité sur l'ensemble du territoire. En effet, l'utilisation de ces outils, dès lors qu'il devient excessif ou n'est pas maîtrisé, fait peser un risque réglementaire au système de santé. D'une part, l'emploi de ces solutions peut nuire à la lisibilité de l'offre de soins et, de fait, complexifier la régulation du système de santé. D'autre part, le recours potentiellement excessif à l'endettement pourrait entraîner une perte d'indépendance des offreurs de soins, faisant craindre une déformation systémique de l'offre de soins, et par extension de la soutenabilité du système de santé.

Le recours à l'endettement est, en ce sens, porteur de risques spécifiques puisque le créancier de la structure de soins poursuit un objectif avant tout financier, qui peut s'avérer incompatible avec le maintien et la qualité et la pertinence des soins. Le taux d'endettement de plusieurs secteurs de soins a été présenté dans la Figure 72

En dépit des hauts niveaux de rentabilité opérationnelle observés, la situation financière des groupes de biologie semble relativement dégradée en raison de la dette accumulée pour financer les acquisitions de laboratoires lors des opérations de *leverage buy out* (LBO) qui ont été nombreuses dans le secteur, notamment après la pandémie de Covid-19, phénomène purement financier qui avait été présenté dans le rapport *Charges et Produits* pour 2024. Cette situation d'endettement importante du secteur constatée aujourd'hui semble être le résultat d'une forme d'imprudence d'investisseurs ayant pris d'importants risques financiers pour maximiser la valeur de leurs actifs au moment où les valorisations étaient les plus attractives.

²⁰³ France Assos Santé, Note d'étape | *La financiarisation du secteur de la santé en France : enjeux, risques et perspectives de régulation*

Cette imprudence, sur laquelle l'Assurance Maladie avait alerté il y a deux ans dans un précédent rapport *Charges et Produits*, tenait notamment à au défaut d'anticipation de potentielles évolutions à la baisse de la rentabilité opérationnelle du secteur, que la période de forte inflation et les protocoles de régulation des dépenses ont mécaniquement fait baisser. Désormais, si les niveaux de rentabilité opérationnelle restent très élevés, ils pourraient ne plus être suffisants pour maintenir les trajectoires financières de certains groupes massivement endettés.

Bien que la description ici faite ne soit pas exhaustive, on observe que de nombreux outils financiers sont déployés par les offreurs de soins afin de maximiser leur retour sur le capital investi, ce qui constitue une dernière forme d'optimisation, purement financière. **Or, ces dernières peuvent, à terme, constituer des risques pour le fonctionnement du système de santé en déstabilisant financièrement les offreurs de soins ayant pris de trop gros risques.**

En effet, l'utilisation des outils financiers à des fins d'optimisation s'est traduite par une hausse des ratios d'endettement dans plusieurs secteurs étudiés, sans qu'il soit possible d'affirmer qu'un tel niveau de recours à l'endettement se soit effectué dans une logique purement industrielle, pour investir dans des équipements ou le développement d'une offre de soins de qualité et pertinente sur le territoire. La prise de risque financière liée à cet endettement important est néanmoins réelle et apparaît peu soutenable dans certains secteurs ou chez certains acteurs. Par ailleurs, un niveau d'endettement important représente un point de fuite des capitaux en dehors du système de santé dans la mesure où le remboursement des intérêts impose une sortie de liquidités qui ne sont pas réinvesties dans l'actif concerné.

Cette situation, qui résulte également de la consolidation croissante de plusieurs secteurs au profit de grands groupes, fait peser un risque pour la stabilité de l'offre de soins qui appelle une régulation renforcée. Il est donc important de mieux documenter la situation financière des acteurs privés du système de santé ayant atteint une taille critique et à même de perturber fortement l'organisation des soins en cas de restructuration de leur activité, et de prévoir des mécanismes de régulation prudentiels en cas de défaut des groupes.

Proposition 30 : Clarifier les règles de gouvernance des Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) ayant ouvert leur capital à des acteurs financiers pour garantir l'indépendance des professionnels de santé (sur le modèle de la conciliation organisée par le Conseil d'Etat dans la santé animale)

Proposition 31 : Etablir la transparence totale sur les situations de rentes économiques et sur la composition de l'offre de soins

- *Rendre obligatoire à chaque offreur de soins la déclaration de son éventuel appartenance à un groupe, groupement ou réseau et faire évoluer les SI de l'Assurance Maladie pour rattacher chaque acte à la fois à un praticien, à une structure d'exercice, et le cas échéant à un groupe / groupement / réseau*
- *Instituer et rattacher à l'Assurance Maladie un Observatoire des niveaux de rentabilité et d'endettement de l'ensemble des secteurs qui composent l'offre de soins*

Proposition 32 : Pour répartir plus équitablement les dépenses d'Assurance Maladie, baisser les tarifs des secteurs présentant un très haut niveau de rentabilité

Proposition 33 : Prévenir la constitution de rentes en faisant évoluer de manière plus réactive la tarification des actes et forfaits versés aux professionnels de santé (maintenance de la CCAM, études régulières de coûts, etc.)

Proposition 34 : Améliorer la régulation territoriale pour s'assurer du développement ou du maintien d'une offre de soins pertinente sur l'ensemble du territoire

- *Repenser le régime des autorisations des Equipements Médicaux Lourds (EML) : renforcer la transparence sur l'usage des autorisations et des équipements, geler les installations dans les zones où l'accessibilité est satisfaisante, identifier les impacts en terme de dépenses en améliorant les échanges ARS-Assurance Maladie et conditionner les nouvelles autorisations respect d'objectifs quantifiés de santé publique et à des engagements de solidarité territoriale (soutenir l'offre de zones-doutées situées à proximité)*
- *Construire un cahier des charges de présence territoriale et le faire respecter par les groupes, groupements et réseaux*

Proposition 35 : Pour éviter les phénomènes de « too big to fail » (prise en charge par la puissance publique des conséquences des erreurs de gestion d'un acteur privé), identifier les opérateurs de l'offre de soins dont la défaillance serait susceptible d'avoir un impact significatif sur l'offre de soins et les obliger à communiquer au régulateur un plan de continuité des soins en cas de défaut au niveau du groupe

Option* sur les phénomènes de rentes

- **De manière complémentaire aux baisses de tarifs, instaurer un mécanisme de régulation sectorielle (type « clause de sauvegarde ») pour les secteurs à forte rentabilité, qui se déclencherait lorsque la régulation tarifaire est temporairement insuffisante**

*** Options : il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport**

3 Qualité, pertinence et juste sollicitation du système de santé

3.1 Diagnostic

Entre 2019 et 2024, le taux de croissance annuel moyen en volume des remboursements de soins de ville du régime général s'établit à 4,7%.

En 2024, les remboursements de soins du régime général augmentent de 4,9% en données corrigées des effets calendaires, hors dépenses liées à la crise sanitaire et hors impact de la mesure sur les franchises médicales et participations forfaitaires. Cette progression est tirée essentiellement par une croissance dynamique des volumes des soins de ville qui s'établit à + 4,8%. Celle-ci s'explique notamment par des volumes toujours dynamiques sur les médicaments délivrés en officine et en PUI (+ 9,3% en volume en 2024) tirés à la hausse par l'innovation thérapeutique, les dispositifs médicaux (+ 6,8% en volume) ou encore les analyses biologiques (+ 4,9% en volume). Après un retour sur la tendance historique en 2023, l'évolution en volume des honoraires des médecins spécialistes reste également dynamique (+3,7% en 2024 versus +2,8% en moyenne entre 2017 et 2019) avec des contributions à la croissance qui se stabilisent pour les consultations et qui accélèrent pour les forfaits techniques.

S'agissant du rythme soutenu du montant des prestations soumises à prescriptions - +5,5% par an en moyenne sur la période 2019-2024 -, la dynamique des prescriptions réalisées en établissements est à relever puisqu'elle s'établit à + 8,3 % sur la période. Ce rythme est particulièrement significatif pour les produits de santé dont l'évolution moyenne est de 11% pour les médicaments et 6,1 % pour les dispositifs médicaux en forte accélération en 2024 (+10,4%).

Si les facteurs démographiques (notamment le vieillissement de la population), épidémiologiques et le progrès technique expliquent pour partie cette évolution, une part substantielle des dépenses d'assurance maladie résulte de pratiques de soins inadaptées, redondantes ou non pertinentes, générant ainsi un gaspillage financier et environnemental.

3.1.1 Le bon usage des médicaments

En 2024, les dépenses de médicaments délivrés en ville s'établissent à 26,5 Md€²⁰⁴ (hors remises et clause de sauvegarde) pour représenter près de 30% des dépenses de soins de ville. En 2024, 51% des médicaments délivrés en ville ont été prescrits par des médecins de ville tandis que pour 49% il s'agit de prescriptions hospitalières. La part des prescriptions hospitalières a considérablement progressé, elle n'était que de 31% en 2017.

Le remboursement moyen s'établit à plus de 410 € par an et par assuré. Il progresse avec l'âge : un écart qui se creuse entre les hommes et les femmes à partir de 65 ans avec, pour les plus de 80 ans 1 075 € en moyenne chez les femmes et 1 432 € en moyenne chez les hommes, pour un nombre de boîtes remboursées équivalent. Ces disparités s'expliquent notamment par les coûts de traitement de médicaments davantage prescrits chez les hommes (traitements cancer de la prostate et certains médicaments dits « orphelins »).

La consommation moyenne par assuré s'établit à 41 boîtes de médicaments par an, soit par mois : 1 pour les moins de 18 ans et jusqu'à plus de 6 pour les 64 - 79 ans et près de 10 pour les + 80 ans. Ces écarts importants entre classes d'âge sont corrélés à la prévalence des pathologies et à la part croissante des poly-pathologies.

Ce niveau de consommation interroge la qualité et la pertinence des prescriptions au regard des recommandations scientifiques (HAS, AMM ...), plus particulièrement pour certaines classes thérapeutiques (antibiotiques, inhibiteurs de la pompe à protons, benzodiazépines, antalgiques ...).

²⁰⁴ Données Médic'AM 2024 tous prescripteurs, tous régimes de l'assurance maladie, hors remises et clauses de sauvegarde, hors rétrocession, hors préparations magistrales.

Une consommation d'antibiotiques supérieure en France par rapport à la moyenne européenne

Au niveau européen, en ville, la consommation d'antibiotiques s'élève à 18,3 DDJ/1000 habitants/jour en 2023. En France, la consommation est supérieure, à 22,3 DDJ/1000hab/j. La surconsommation d'antibiotiques en France reste un enjeu d'actualité²⁰⁵. En 2023, 26,8 millions de patients ont reçu au moins un traitement antibiotique, ce qui représente près de 40% de la population française²⁰⁶.

En 2024, le montant remboursé en antibiotiques sur le secteur ambulatoire s'élève à 427 M€, en progression de 5% par rapport à 2023²⁰⁷. Environ 25% de cette dépense est générée par les prescriptions hospitalières²⁰⁸.

Des actions ont déjà été menées par l'Assurance maladie visant à la fois l'accompagnement des prescripteurs sur les durées de prescriptions recommandées (celles-ci ont été réduites récemment²⁰⁹) et sur la prescription d'antibiotiques au bon moment. Récemment, la réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) concernant l'angine ou la cystite, et l'éventuelle délivrance d'antibiotiques associée, par les pharmaciens d'officine, ont été rendues possibles afin d'améliorer la pertinence du recours aux antibiotiques et l'accès aux soins.

La nouvelle convention médicale porte également des objectifs ambitieux en matière de prescription d'antibiotiques : une diminution de la prescription d'antibiotiques de 10% dès 2025 et de 25% à horizon 2027.

Enfin, la mise à disposition des données individuelles de prescriptions sous format de datavisualisation, accessible aux médecins généralistes via AmeliPro, a commencé fin 2024 afin d'améliorer l'information et la connaissance de l'ensemble des acteurs.

Malgré ces différentes initiatives, le niveau de consommation et la dynamique de prescription constatés soulignent l'importance de poursuivre les actions de l'Assurance maladie afin de réduire la consommation d'antibiotiques et améliorer leur bon usage, afin notamment de lutter contre l'antibiorésistance.

Plus de 50 % des usages d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne sont pas justifiés selon la HAS

En 2024, les remboursements d'IPP se sont élevés à 241 M€ pour 16 millions de patients, soit environ 1/4 de la population. Environ 15% des prescriptions émanent de l'hôpital²¹⁰.

Les IPP sont utilisés pour réduire la sécrétion acide gastrique. Ils sont indiqués dans la prise en charge du reflux gastro-œsophagien (RGO) et des ulcères gastro-duodénaux. Même s'ils ont montré leur efficacité avec une bonne tolérance à court terme, ils sont trop souvent prescrits de manière systématique ou pour des durées trop longues. Plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés selon la HAS.

Le mésusage massif observé engendre un coût direct pour l'Assurance maladie estimé à environ 100 M€ sans compter les coûts indirects liés aux effets indésirables pour les patients, en particulier pédiatriques. En effet, chez les enfants, malgré les recommandations qui encadrent leur prescription, la consommation d'IPP est en augmentation, ce qui a conduit l'Assurance maladie à mener une action ciblée en 2024.

La pertinence des prescriptions d'IPP fait en outre l'objet d'un programme d'actions partagé de la convention médicale avec pour objectif de diminuer de 20 % les volumes prescrits chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS. Les impacts attendus sont estimés à 70 M€ sur 3 ans (2025-2027).

Un des enjeux de nos futures actions sera d'agir également au niveau de l'engagement du patient dans le processus de décision médicale partagée comme cela a déjà été rapporté dans différents pays (Australie, Etats-Unis et Europe) et a fait ses preuves aussi dans des actions déployées localement : comme en Aquitaine, en Pays de la Loire ou en Auvergne Rhône Alpes.

²⁰⁵ Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) – Annual Epidemiological Report for 2023, ECDC, novembre 2024

²⁰⁶ Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023, Santé Publique France, novembre 2024

²⁰⁷ Source : Medic'AM 2024

²⁰⁸ Source : Medic'AM 2024

²⁰⁹ Mise à jour des recommandations des bonnes pratiques par la HAS sur le choix et la durée des antibiotiques sur 10 pathologies (dont angine aiguë de l'enfant, etc.) en janvier 2025.

²¹⁰ Données SNIRAAM, traitement Cnam

La surconsommation médicamenteuse de la santé mentale

Les dépenses de psycholeptiques et les psychoanaleptiques remboursés en 2024 se sont élevées à 771 M€ en progression de 2,6%, masquant une forte dynamique des psychoanaleptiques (respectivement de 486 M€ et 285 M€ en évolution de -0,7% et +8,8%), 40% sont prescrits à l'hôpital. Les psycholeptiques ont été délivrés à près de 11 millions de patients et les psychoanaleptiques à près de 7 millions.

Au sein de cette classe, on observe une consommation toujours importante des benzodiazépines qui représentaient 95 M€ entre juillet 2023 et juin 2024²¹¹ (dont 75M€ pour les anxiolytiques et 20M€ pour les hypnotiques). Cette consommation concerne pour 40% des patients âgés de plus de 65 ans malgré des effets indésirables significatifs, en particulier pour cette population (troubles de la mémoire et de la concentration, baisse de la vigilance voire somnolence, risque accru de chute). Cette forte consommation de benzodiazépines place la France, parmi les pays européens, au 2^{ème} rang derrière l'Espagne et loin devant l'Italie, l'Allemagne et le Royaume-Uni. On observe que :

- 30% des consommateurs d'anxiolytiques sont considérés comme au-dessus de la durée maximale de traitement (>12 semaines).
- 67% des consommateurs d'hypnotiques sont au-dessus de la durée maximale de traitement (>4 semaines).
- 30% des consommateurs de benzodiazépines de 65 ans et plus ont reçu une benzodiazépine à demi-vie longue²¹².

Le coût des mésusages des benzodiazépines pour l'Assurance maladie est estimé à au moins 50M€²¹³, ce qui l'a conduit à lancer en mars 2025 une campagne auprès des médecins avec à l'appui un ensemble de documents pour les aider à faire évoluer leur pratique (mémo, ordonnance de déprescription ...).

Des actions de déprescription sont en cours d'étude concernant les anti-dépresseurs et le bon usage des antipsychotiques.

La consommation d'analgésiques reste forte (en particulier de niveau 2)

Utiles pour soulager les douleurs, les opioïdes analgésiques peuvent induire une dépendance physique élevée et faire l'objet de mésusages. La France est le 2^{ème} pays le plus consommateur d'analgésiques tous paliers confondus, avec 120 unités par habitant en 2022 (contre 36 pour l'Italie en unités/habitants par ex) et le 1^{er} en consommation des paliers 1 (paracétamol et aspirine).

L'Assurance maladie, dans ses actions récentes, s'est notamment attachée à diminuer les volumes d'analgésiques de palier 2. Une campagne sur le bon usage du Tramadol a été lancée en 2025, en lien avec la mise en place à compter du 1^{er} avril du dispositif d'ordonnance sécurisée. Par ailleurs, les partenaires conventionnels se sont engagés sur un objectif de réduction de 10% des volumes d'analgésiques de palier 2 prescrits et délivrés. Pour atteindre cet objectif, l'ANSM – saisie par l'Assurance Maladie – a classé l'ensemble des analgésiques du palier 2 en « assimilés stupéfiants », rendant obligatoire pour leur prescription et leur délivrance en pharmacie le recours à une ordonnance sécurisée (e-AAT ou CERFA sécurisé). Sur les quatre premiers mois de l'année 2025, le nombre de boîtes d'analgésiques de palier 2 et le nombre de patients en consommant sont en diminution respectivement de 12% et 15% par rapport à la même période de l'année précédente.

La polymédication concerne près de 7 millions de patients de +65 ans et est plus fortement marquée en France que dans d'autres pays européens

L'hyperpolymédication (plus de 10 molécules au moins trois fois par an par patient) qui concerne 1,6 millions de patients chez les plus de 65 ans et la polymédication (plus de 5 molécules au moins trois fois par an par patient) 6,7 millions de patients sont associées à un risque accru d'interactions médicamenteuses et d'effets néfastes sur la santé (chutes, insuffisance rénale, etc.). En moyenne, les médecins traitants ont 45% de leur patientèle polymédiquée avec 81 boîtes de médicaments / an pour 773 € remboursés. Le taux de patients polymédiqués (45%) et hyper-polymédiqués (26%) en France est supérieur de 10 à 20 points, par rapport à d'autres pays européens ; à titre d'exemple 34% et 8% pour la Belgique.

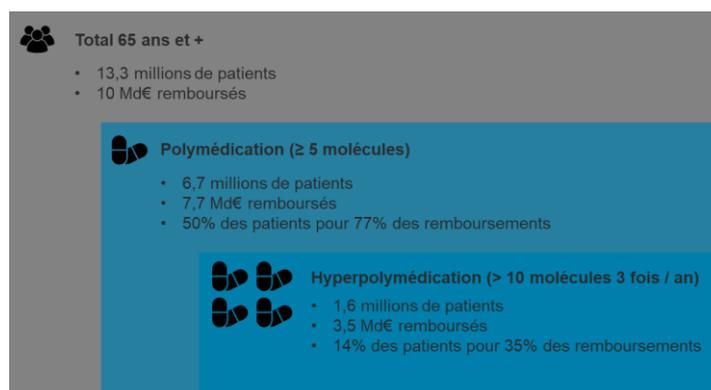
La problématique de la polymédication en France fait l'objet d'une mobilisation croissante sur la période récente tant auprès des médecins généralistes en ville qu'au sein des établissements. Elle a d'ailleurs conduit les partenaires conventionnels à prendre des engagements forts en matière dans le cadre de la convention médicale visant à diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.

²¹¹ Source : SNDS; données en date de liquidation; France entière; tous régimes; Classes ATC4 : N05BA-N05CD-N05CF (hors Midazolam)

²¹² Source : analyse Cnam à partir du SNDS

²¹³ Mésusage calculé uniquement pour les patients âgés de 18 ans et plus.

Figure 73 : illustration de la population concernée par la polymédication et l'hyperpolymédication



La problématique de la pertinence des prescriptions de médicaments se pose particulièrement à l'hôpital

Comme indiqué ci-dessus, la dynamique des prescriptions hospitalières exécutées en ville de médicaments est particulièrement dynamique.

Sur les principales classes de médicament pour lesquelles l'hôpital n'a pas l'exclusivité de la prescription à l'hôpital (27% des prescriptions exécutées en ville), on observe des taux de progression parfois importants en 2024 :

- +30% pour les médicaments du système nerveux
- +16% sur la thérapeutique endocrine
- +16% sur les médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes

Figure 74 : Principales classes de médicament dont la prescription n'est pas spécifique à l'hôpital

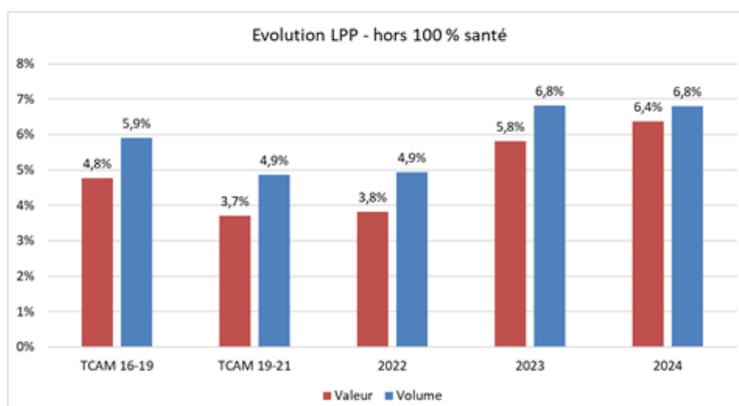
Sous-groupes thérapeutiques (2e niveau de la classification ATC)	Remboursements 2024 (en M€)	Evolution 2024/2023	Nb boîtes 2024 (en milliers)	Evolution 2024/2023
Thérapeutique endocrine	623	16%	1 970	9%
Autres médicaments du système nerveux	496	30%	6 081	4%
Médicaments ophtalmologiques	345	2%	11 795	2%
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	312	16%	7 272	9%
Psycholéptiques	215	-5%	22 522	4%
Médicament du diabète	243	8%	9 119	11%
Antithrombotiques	222	0%	10 222	1%
Antiépileptiques	130	12%	6 649	5%
Hypolipidémiants	115	34%	4 037	12%
Hormones sexuelles et modulateurs de la fonction génitale	87	3%	4 455	0%
Analgésiques	86	3%	66 577	4%
Antibactériens à usage systémique	83	6%	16 335	12%
Médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine	65	13%	4 134	8%
Psychoanaleptiques	53	15%	15 437	15%
Médicaments des troubles de l'acidité	29	11%	8 740	4%
Béta-bloquants	18	7%	3 629	6%
Médicaments urologiques	17	8%	2 973	9%
Inhibiteurs calciques	11	6%	1 835	4%
Total général	3 149	12%	203 781	6%

Source : SNIRAM DCIR

Cette variabilité interroge et pose des problématiques de pertinence de la prescription dans le cadre de prise en charge en sortie d'hospitalisation.

3.1.2 Les dispositifs médicaux

Figure 75 Evolution des dépenses LPP depuis 2016



Source : SNIIRAM / DCIR

Les remboursements de produits et prestations inscrits à la Liste des produits et prestations (LPP) s'établissent à 11,6 Md€ en 2024, avec une dynamique en volume (+7.7%) et en valeur (+5.7%) par rapport à 2023. Certains postes de dépenses connaissent des évolutions particulièrement dynamiques de l'ordre de +20% à +30% entre 2018 et 2024.

Les remboursements des traitements par PPC de l'apnée du sommeil ont augmenté de + 38% entre 2019 et 2024

Entre 2019 et 2024, les dépenses remboursées du traitement par pression positive continue (PPC) ont augmenté de +38%, soit + 286 M€, pour s'établir à plus de 1,0 Md€. L'Assurance maladie est consciente que le diagnostic et la prise en charge précoce du syndrome d'apnée hypopnée obstructive du sommeil (SAHOS) représente un enjeu de santé publique, mais c'est aussi un enjeu économique dans la mesure où les volumes progressent en moyenne de 9,6% par an depuis 2019.

Elle observe un trop faible recours aux prescriptions d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) en dépit des recommandations HAS de bon usage. Sur ce volet, l'Assurance maladie a déjà engagé des actions à plusieurs niveaux : sensibilisation des établissements de santé, dispositif incitatif dans le cadre de la convention médicale ou encore mise en place d'une demande d'accord préalable (DAP) dématérialisée pour les prescriptions en ville et accessible sous Amelipro. Des travaux sont également en cours pour améliorer la fluidité du parcours patient avec une indication OAM notamment au niveau de la prise en charge par le chirurgien-dentiste.

D'autre part, malgré des baisses régulières des tarifs des forfaits de location des appareils de PPC ces dernières années, une étude menée par la CNAM sur la prise en charge de ce traitement dans plusieurs pays européens met en évidence qu'en Allemagne les tarifs annuels moyens sont jusqu'à trois fois inférieurs à ceux pratiqués en France. Ces résultats reposent sur l'analyse de contrats entre les caisses locales et les prestataires pour les deux principales caisses allemandes publiques (qui couvrent environ 40 millions d'assurés).

Si la différence peut s'expliquer par le fait que les fabricants assurent directement les prestations associées à la location des machines de PPC et que le contenu des prestations diffère par des visites à domicile seulement en dernier recours si la résolution est impossible par téléphone, l'écart de prix observé nécessite, selon la CNAM, d'accroître les efforts en matière de régulation.

Les dépenses de perfusions à domicile sont en hausse constante, que ne peuvent expliquer seulement l'âge et l'état pathologique des patients

Ce poste représente 5% des dépenses de LPP, soit 551 M€ en 2024. Entre 2019 et 2024 les dépenses remboursées concernant les perfusions à domicile ont augmenté de 57 %, soit un rythme annuel de 9%. L'évolution sur ces dernières années est plus particulièrement marquée par :

- La dynamique des forfaits d'installation, qui témoigne d'un recours croissant à ce mode de prise en charge ;
- La part croissante dans les dépenses des forfaits consommables ;

- L'importance du recours au mode de d'administration par diffuseur, sans pour autant que cela soit nécessairement justifié.

Plus de la moitié des prescriptions émanent des établissements ce qui a d'ailleurs conduit à la mise en place d'un incitatif au bon usage via le CAQES (contrat de limitation des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) conclu entre un établissement de santé, l'ARS et une CPAM). Aucune inflexion réelle des pratiques n'a toutefois été constatée.

Une réforme de la LPP est en cours, d'une part en vue d'une simplification et d'autre part d'une actualisation des conditions de prescription et d'utilisation des dispositifs médicaux nécessaires à la perfusion à domicile ainsi que de la définition des prestations associées.

Les dispositifs d'autosurveillance et du traitement du diabète, avec 1,5 Md€ de remboursements par l'Assurance maladie, demeurent un enjeu d'efficience

Les dépenses 2024 de dispositifs médicaux en lien avec le diabète représentent 1.5 Md€ soit 13 % de la dépense de LPP, évolution marquée principalement par l'augmentation de l'offre en capteurs de glucose interstitiel ainsi que l'augmentation du nombre de patients sous pompe à insuline et boucles semi-fermées.

S'agissant des bandelettes glycémiques, le nombre de patients non insulino-dépendants consommant plus de 200 bandelettes (plafond réglementaire) s'élevait à près de 280 000, pour une dépense induite pour l'Assurance maladie par ce mésusage évaluée à 31M€. La mise en place d'un compteur dans le téléservice aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC) – déploiement en 2025- devrait contribuer à maîtriser cette dépense.

La progression des dépenses de Compléments nutritionnels oraux (CNO) de plus de 7 %, à relier à des prescriptions potentiellement génératrices de gaspillage

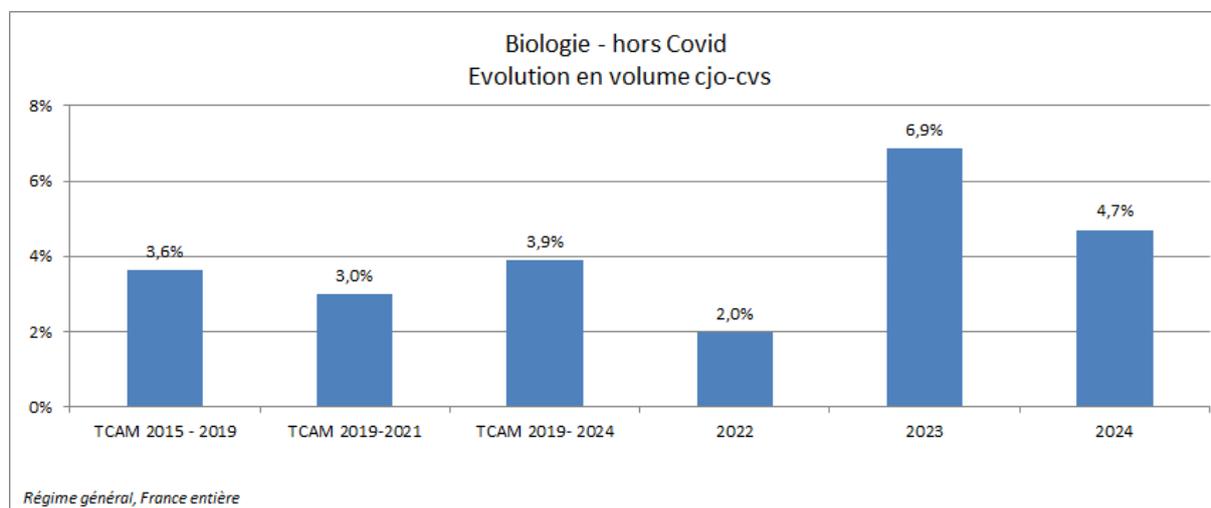
Les CNO représentent 405 M€ soit 3.9 % de la dépense de LPP en 2024. La croissance de ce secteur entre 2023 et 2024 est de 7.4 % en montants remboursés et 7.6 % en quantité.

La HAS recommande une prise en charge graduelle de la dénutrition : la mise en place d'une complémentation nutritionnelle orale doit être envisagée en cas d'échec des mesures diététiques et d'enrichissement ou d'emblée dans les cas de dénutrition sévère. La prescription doit être réalisée en 2 temps : primo -prescription puis dans les 15 jours réévaluation systématique de l'observance.

Plusieurs dispositions ont été prises en appui de ces recommandations : depuis 2019 la première prescription est limitée à un mois maximum et la première délivrance est limitée à 10 jours de traitement. L'Assurance maladie a mené une campagne auprès des prescripteurs et des engagements ont été pris par les partenaires conventionnels, avec comme objectif une diminution de 5% des volumes remboursés de CNO d'ici 2027 par rapport au volume remboursé en 2023.

3.1.3 Les prescriptions et les réalisations d'analyses biologiques

Figure 76 : Evolution des dépenses d'analyses biologiques



Source : SNIIRAM / DCIR

La dynamique en volume demeure soutenue en biologie (près de +5% PCAP en 2024) s'avère multifactorielle : augmentation et vieillissement de la population, introduction de nouveaux examens, développement des dépistages ou encore innovation. Les impacts des actions de maîtrise médicalisées demeurent hétérogènes ; les actions de maîtrise médicalisée engagées en 2024 ont ainsi permis de réduire le mésusage sur la vitamine D et la TSH mais de véritables marges existent encore en matière de pertinence en biologie, en particulier sur la vitamine D et la réduction des triples dosages.

Des travaux de l'IGAS ont estimé que la non-pertinence représentait 40% des dépenses sur 10 actes de biologie étudiés.

Un mésusage persistant de la vitamine D

Le dosage de la vitamine D n'est préconisé que dans 6 situations cliniques précises identifiées par la HAS. En dehors de ces situations, il n'y a pas d'utilité prouvée à réaliser ce dosage.

Le coût induit par ce mésusage est important, raison pour laquelle l'Assurance maladie a mené une campagne de sensibilisation auprès des médecins et des biologistes sur le recours au dosage de la vitamine D qui a conduit à une inflexion très forte de la consommation avec une réduction de la dépense de 34% entre 2023 et 2024 (44,8 M€ pour 7.6 millions d'actes vs. 29,5 M€ pour 5.2 millions d'actes).

Un recours trop fréquent aux triples dosages thyroïdiens

Les dépenses de triple dosage thyroïdiens s'élèvent à 22 M€ pour 2.4 millions d'actes en 2024 vs 19.2M€ pour 2 millions d'actes en 2023 alors même que les triples et doubles dosages des hormones thyroïdiennes ne se justifient que dans de très rares cas. Depuis 2023, la HAS recommande des actes en cascade et la nomenclature a été modifiée en 2024 en ce sens.

L'Assurance maladie a mené une campagne auprès des biologistes et des médecins généralistes en 2024 via les délégués de l'Assurance maladie auprès des médecins généralistes et une campagne de mail auprès des biologistes afin de leur présenter les nouvelles recommandations et les nouvelles modalités de prise en charge de ces actes.

Les coûts induits par le mésusage sont estimés à environ 10 M€.

Une sur-prescription d'actes de recherche du groupe sanguin

Les dépenses liées groupe sanguin sont globalement stables : à 21.3 M€ pour 3.7 millions d'actes en 2024 contre 22.8M€ pour 3.7 millions d'actes en 2023. Néanmoins on observe un mésusage marqué lié à la sur-prescription d'actes de recherche du groupe sanguin alors même que les indications sont limitées à une seule détermination hors contexte transfusionnel avéré.

La nomenclature a été modifiée en 2024 pour expliciter cela. Une action est prévue en, 2025 avec un rappel des indications des groupes sanguins via une campagne de mails auprès des médecins généralistes, des anesthésistes, des gynécologues, des sages-femmes et des biologistes.

Le dosage de la ferritine s'effectue trop souvent en même temps que l'hémogramme

Les dépenses 2024 s'élèvent à 88 M€ pour 26 millions d'actes vs en 2023 89 M€ pour 24.8 millions d'actes.

Sur ce champ, le mésusage observé est lié à la réalisation d'un dosage de la ferritine pour recherche de cause d'anémie avant d'avoir repéré une anomalie de l'hémogramme. Dans la très grande majorité des cas, les 2 dosages sont réalisés en même temps d'où la proposition de l'Assurance maladie d'instaurer une prescription conditionnelle.

Alors que la littérature ne cible la vitesse de sédimentation que dans des situations très spécifiques, 15 millions d'actes ont encore été réalisés en 2024

Les dépenses 2024 sur ce poste s'élèvent à 10 M€ pour 15 millions d'actes vs. 12 M€ pour 16 millions d'actes en 2023. La vitesse de sédimentation n'est ciblée dans la littérature scientifique que sur quelques situations très spécifiques ; la réalisation de ce test, qui tombe en désuétude, diminue tendanciellement mais reste à des niveaux élevés. L'Assurance maladie a saisi la HAS sur ce sujet afin de disposer de recommandations permettant de mener des campagnes ciblées sur cette thématique.

Le nombre de dosages PSA libre soulève un risque de mésusage significatif

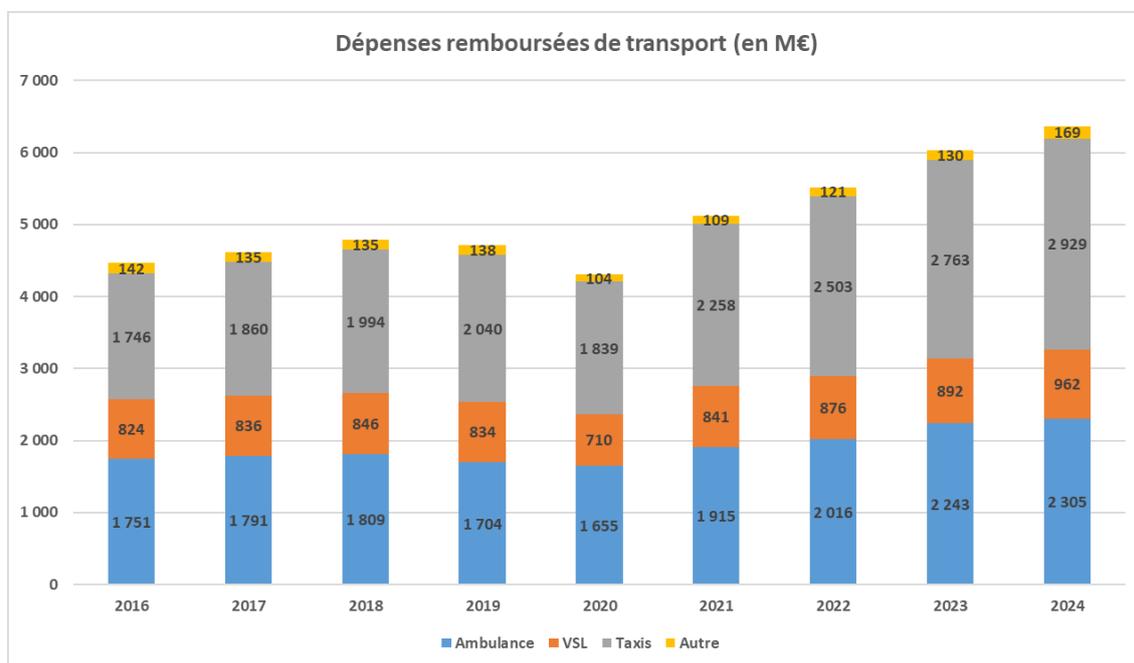
Les dépenses 2024 au titre du dosage PSA total s'élèvent à 51.5 M€ pour 8 millions d'actes vs. 53 M€ pour 7.7 millions d'actes en 2023. Les dépenses au titre du PSA libre s'élèvent quant à elles à 13.5M€ pour 1.5 million d'actes pour le PSA libre en 2024, versus 14.7 M€ pour 1.5 million d'actes en 2023.

Le mésusage, difficile à évaluer, correspond aux situations de dépistage systématique sans information préalable du patient du cancer de la prostate ou à la réalisation du PSA libre sans anomalie du PSA total constatée préalablement.

En 2025 la nomenclature a été modifiée pour que les libellés soient plus précis sur la place du PSA libre dans la stratégie de prise en charge du patient et les seuils d'anomalie du PSA total. Une campagne à destination des médecins généralistes et des biologistes a aussi été menée pour leur rappeler qu'il n'y a pas de dépistage organisé du cancer de la prostate en France et les recommandations pour la réalisation de ces dosages.

3.1.4 Les dépenses de transports de malades

Figure 77 : Evolution des dépenses remboursées de transport



Source : SNIRAM / DCIR

Les dépenses remboursées de transports sanitaires se sont élevées en 2024 à 6,4 Md€, en progression de près de 6 % pour environ 65 millions de trajets. Plus des deux tiers sont prescrites par les établissements de santé.

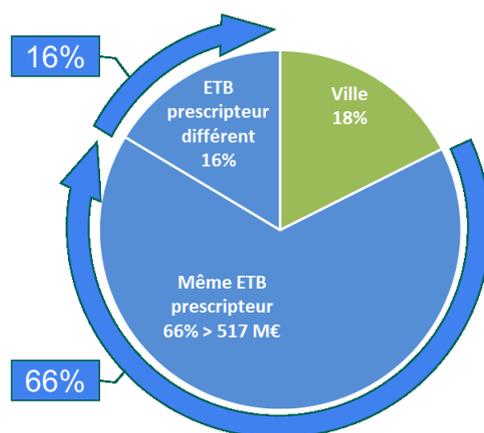
Ce niveau élevé de dépenses (la France fait partie des pays où les dépenses de transports sanitaires et secours d'urgence sont parmi les plus élevées, avec l'Allemagne) et sa dynamique soutenue peuvent s'expliquer par des facteurs démographiques, épidémiologiques et par l'évolution de l'organisation des soins. Le nombre de patients transportés a, en effet, crû de 14% entre 2016 et 2023, dont 25% pour les seuls taxis.

Pour autant, plusieurs leviers d'optimisation et d'efficience du transport de malades sont identifiés et persistent. Parmi ces leviers, on retrouve : un recours encore limité au transport partagé, un manque d'adéquation entre le mode de transport mobilisé et le besoin et/ou la situation du patient, une tarification et un système de facturation inadaptés pour les taxis conventionnés, un déploiement insuffisant des plateformes de transports et une organisation sous-optimale du parcours du patient, notamment à l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

Or, une grande majorité des transports des malades sont programmés et devraient permettre une adaptation du choix du transport au plus juste du besoin. En effet, les deux tiers des dépenses de transport s'expliquent par le traitement de 4 pathologies (les cancers (19 %), l'insuffisance rénale (16 %), les pathologies cardio-vasculaires (15 %), les maladies psychiatriques (13 %)).

Exemple des transports des patients dialysés : 12% des dépenses de transports, soit 784 M€, concernent des patients ayant eu au moins une dialyse dans l'année et 92% des patients dialysés ont eu au moins un transport en 2023. Plus de 80% de ces dépenses de transports sont prescrits par un établissement et parmi ces dernières 80% par l'établissement où se fait la séance de dialyse. La dépense annuelle moyenne de transport (tous modes confondus) pour les patients se rendant à une séance de dialyse est de près de 13 000 € en 2023 (la médiane étant à 9 348 €). A titre de comparaison, la dépense annuelle moyenne de transport (tous modes confondus) pour les patients se rendant à une séance de chimiothérapie est de 1 060 € en 2023 (avec une médiane de 533€). Ces données montrent que la prescription des transports dans le cadre des séances de dialyse comporte un véritable enjeu d'efficience des dépenses de santé. La réforme du financement de la dialyse qui doit entrer en vigueur à compter du 1er janvier 2026 constitue une opportunité de réinterroger les mécanismes de financement afin de renforcer la pertinence de la prescription de transports et pousser les structures à proposer des alternatives : mise en place de navettes collectives et partenariats avec des transporteurs privés (soit des dépenses de transports directement à la charge des centres de dialyse), ou incitation à la dialyse à domicile.

Figure 78 : Répartition par prescripteurs des dépenses de transports des patients se rendant à une séance de dialyse



Pour ces patients récurrents et programmés, il est possible d'améliorer la subsidiarité des moyens de transports mobilisés (véhicule personnel / transports en communs / taxis / VSL / ambulances), de recourir davantage au transport partagé ou encore d'adapter des modalités de financement plus efficaces.

En dépit des actions de l'Assurance maladie (accompagnement des prescripteurs libéraux et hospitaliers, incitations financières au recours aux transports partagés pour les transporteurs sanitaires comme pour les patients, déploiement des plateformes de commande), la part des transports partagés reste relativement faible (21,7% fin 2024 avec de fortes disparités départementales), la part des transports en ambulance reste élevée (37% en 2023). Aussi, l'Assurance maladie conduit une politique volontariste avec ses partenaires conventionnels pour améliorer la pertinence des dépenses de transports de malades (convention médicale, protocole avec les transporteurs sanitaires, convention avec les taxis...).

3.1.5 La pertinence des actes

3.1.5.1 Les variations de pratiques médicales entre établissements soulèvent des questions de qualité et de pertinence des prises en charge

Comme souligné dans le rapport Charges et produits de 2024, la qualité et la pertinence des actes peuvent être approchées notamment par le volume d'activité : un très faible volume d'activité chirurgicale dans certains établissements peut induire des risques de complications (exemple de la prostatectomie radicale) tandis qu'un trop grand volume d'activité dans d'autres établissements, mesuré dans l'Atlas des variations de pratiques médicales²¹⁴, peut soulever des questions de pertinence.

L'Atlas des variations de pratiques médicales relève que dans la littérature relative à la variabilité des pratiques médicales, on distingue différentes catégories de soins au regard de leur efficacité :

- **Les soins hautement efficaces** pour lesquels il existe des preuves solides de leur efficacité et de leur coût-efficacité avec un consensus général sur leurs conditions d'utilisation. Les patients concernés par le traitement sont faciles à identifier. Par exemple, la prescription de bêta-bloquants après un infarctus du myocarde ou une attelle pour un os fracturé.
- **Les soins dont le bénéfice net est incertain et inégal selon les groupes de patients.** Cette catégorie comprend les interventions ou soins de santé pour lesquels l'efficacité ou le rapport coût-efficacité a été démontré pour un sous-groupe de patients, mais dont les effets secondaires se révèlent plus importants que les avantages estimés pour les autres patients. Par exemple, les stents ont montré leur efficacité pour des patients qui ont eu un infarctus, mais les bénéfices d'un stent pour les patients qui ont une maladie coronarienne stable ne sont pas du tout établis.
- **Les soins pour lesquels le bénéfice marginal est très faible**, voire négatif pour certains patients, dont la réalisation peut être influencée par l'offre disponible. Par exemple, il existe différentes interventions pour le cancer de la prostate dont l'efficacité sur le pronostic à moyen ou long terme n'est pas établie.

²¹⁴ <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/009-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-onze-interventions-chirurgicales.pdf>

Parmi les 11 interventions étudiées dans l'Atlas, il est noté que la chirurgie de la cataracte enregistre la plus grande dispersion des taux de recours par départements (écart-type à 123), les trois autres interventions présentant les disparités les plus élevées étant la chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, la chirurgie du canal carpien et les poses de stents coronaires sans infarctus (écarts-types à plus de 50), suivis de l'hystérectomie (46). Les conséquences financières tant directes qu'indirectes du mésusage supposé induit par ces variations des pratiques restent à estimer mais pourraient représenter plusieurs centaines de millions d'euros.

Cette analyse sur les pratiques concernant les interventions hospitalières courantes est complétée par trois indicateurs permettant de suivre la qualité de la prise en charge : la chirurgie ambulatoire, la pratique de la récupération améliorée après chirurgie (Raac) et le taux de réadmission à 30 et à 90 jours après chirurgie qui sont autant de traceurs de la qualité de la prise en charge.

3.1.5.2 La forte dynamique des dépenses d'imagerie depuis la crise (+6,2%/an)

En 2024, l'imagerie médicale représente 5,8Md€ de remboursements pour l'Assurance maladie dont 36% sont attribués aux actes d'imagerie (ADI) ; 29% aux actes d'échographie (ADE) et 34% aux forfaits techniques. On observe une forte dynamique des dépenses de radiologie depuis 2022, au-delà du rattrapage des soins liés à la période COVID. 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 hausse s'explique par plusieurs facteurs et notamment la hausse du recours à l'imagerie, les évolutions démographiques et la substitution des actes d'imagerie en coupe à l'imagerie conventionnelle, elle-même liée à l'évolution de l'offre de soins, à l'actualisation des recommandations scientifiques, et des dispositions tarifaires attractives.

Cette dynamique interroge néanmoins la pertinence des actes réalisés (en particulier les radiographies du rachis lombaire, du thorax, les IRM en première intention). De même, la redondance de certains actes ou encore la pratique de « revoyure » consistant à contourner les règles de facturation dégressive participent à la progression des dépenses. Au-delà des coûts induits, travailler davantage sur la justification des actes de radiologie est d'autant plus nécessaire afin de réduire l'exposition aux rayonnements ionisants des patients (pour les examens d'imagerie conventionnelle et de scanner) et ses effets délétères sur la santé en dose cumulée sur une vie.

Compte tenu des 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. De plus, en application de la LFSS 2025, un accord de maîtrise des dépenses, portant en partie sur des thématiques de pertinence, est en cours de négociation avec les partenaires conventionnels sur le champ de l'imagerie.

3.1.5.3 Les inégalités de répartition territoriale de certaines professions paramédicales peuvent induire une sur-sollicitation du système de soins dans des zones sur-denses

En 2023, la France compte plus de 215 000 auxiliaires médicaux libéraux pour près de 67 millions de consommateurs de soins de ville. Sur la base des données de la cartographie médicalisée des dépenses en 2023, près de 14,9 Md€ ont été remboursés au titre de soins paramédicaux par l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

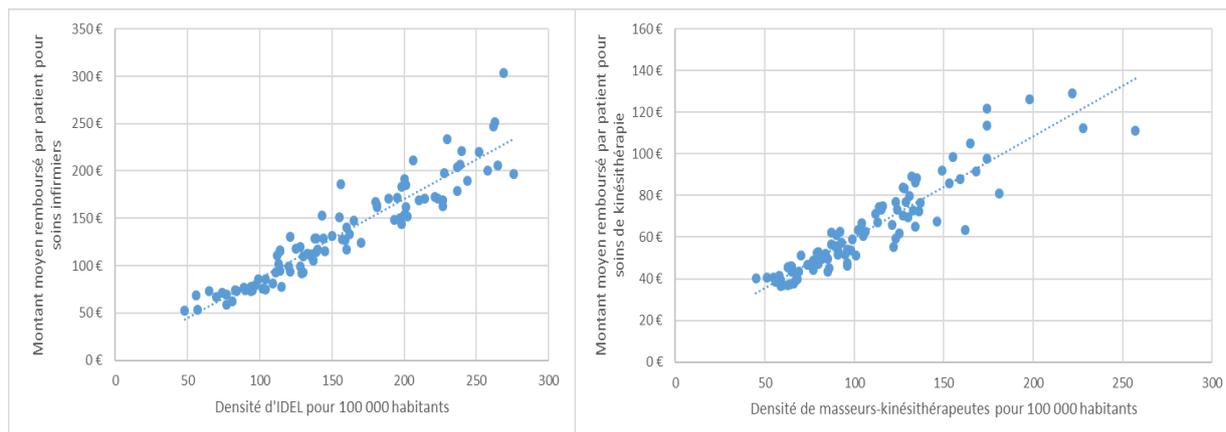
Parmi ces professionnels de santé libéraux :

- 46% sont des infirmiers diplômés d'Etat (IDEL), soit environ 99 500 IDEL et concentrent plus de 61% des dépenses paramédicales remboursées en 2023, soit 9 Md€.
- 37% sont des masseurs-kinésithérapeutes, soit 78 800, avec 31% des remboursements, soit 4,6 Md€.
- 17% sont des orthophonistes, pédicures-podologues ou orthoptistes (environ 37 000 professionnels de santé).

En 2023, la dépense moyenne remboursée par patient au titre de soins paramédicaux s'élève à 213 €²¹⁵. Elle est de 129 € par patient pour les soins infirmiers et de 67 € pour les soins de kinésithérapie. Sur le plan territorial, la répartition de ces professionnels demeure hétérogène avec des densités variables selon les départements : si on compte en moyenne 145 IDEL et 115 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, les départements les moins dotés en compte respectivement 48 et 45 et les départements les plus dotés 276 et 257.

²¹⁵ Sur l'ensemble des consommateurs de soins de ville en France métropolitaine, hors Corse et DROM

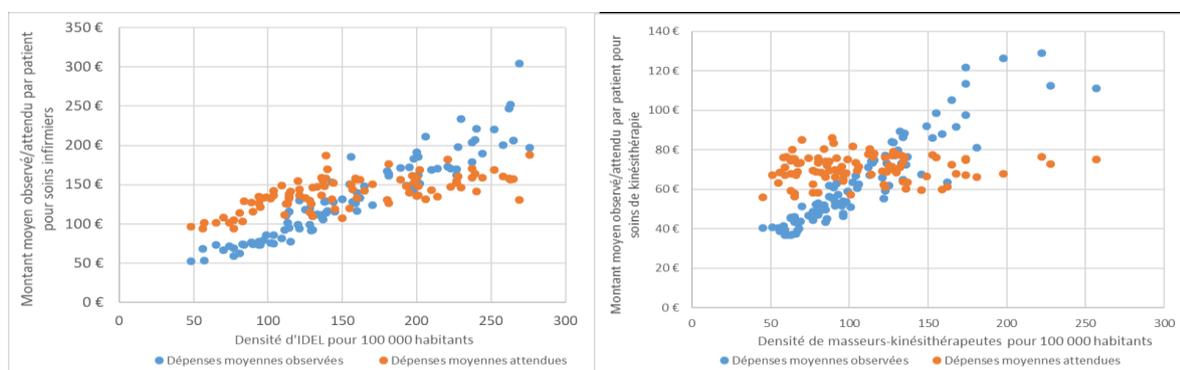
Figure 79 : Distribution des départements selon leur densité en auxiliaires et le montant moyen remboursé par consommant



Source : Cnam (Cartographie des dépenses médicalisées en 2023 (version G12)) – Dépenses remboursées au titre de soins infirmiers et de kinésithérapie. Densités en auxiliaires médicaux calculées au 31 décembre 2023 (Open data ameli.fr), France métropolitaine hors Corse et DROM.

L'analyse des dépenses remboursées en fonction de la densité d'auxiliaires médicaux par département met en évidence une corrélation positive entre la densité d'IDEL et de masseurs-kinésithérapeutes, et les montants moyens remboursés par patient (Figure 79). Les départements avec les plus fortes densités en IDEL ou en masseurs-kinésithérapeutes affichent des niveaux de remboursement par patient nettement supérieurs à la moyenne nationale : des montants moyens de 218 € versus 129 € pour les IDEL et 91 € versus 67 € pour les masseurs-kinésithérapeutes pour les départements du dernier quartile. Même après ajustement des montants moyens remboursés par patient selon l'âge, le sexe et la présence ou non d'une affection de longue durée (Encadré 21), ces écarts persistent, bien que réduits (Figure 80). Dans les départements du dernier quartile, les montants moyens standardisés s'élèvent encore à 147 € pour les IDEL.

Figure 80 : Distribution des départements selon leur densité en auxiliaire et les montants moyens et attendus par consommant



Source SNDS : Cartographie des dépenses médicalisées 2023 (version G12) – dépenses remboursées au titre de soins infirmiers et de kinésithérapie du poste de dépenses des soins de ville. Densités au 31 décembre 2023 issues des bases de données en Open data du site ameli.fr.

Encadré 21 : Standardisation indirecte des dépenses moyennes par patient

Afin de neutraliser les différences démographiques et épidémiologiques observées entre départements (hors Corse et DROM) et de les rendre comparables, les dépenses moyennes des départements ont été standardisées selon le sexe (homme/femme), l'âge (6 classes : « 0-14 ans », « 15-34 ans », « 35-54 ans », « 55-64 ans », « 65-74 ans », « 75 ans et + ») et la présence ou non d'une affection de longue durée (ALD).

Les dépenses "attendues" ont été estimées en appliquant les dépenses moyennes nationales remboursées par consommant de soins de ville aux effectifs départementaux (standardisation indirecte).

Pour exemple : on applique le montant moyen national remboursé par consommant de la strate « homme/15-34 ans/sans ALD » aux effectifs de cette même strate calculés pour chaque département.

L'analyse des dépenses observées par auxiliaire selon le type de zone d'installation montre également des disparités de pratique. Plus la densité en IDEL est importante plus le montant moyen des honoraires (sans dépassement, HSD) par infirmier est élevé : près de 102 k€ par IDEL dans les zones sur-dotées versus 95 K€ dans les zones sous-dotées. Les infirmiers installés en zones sur-dotées réalisent beaucoup plus d'actes de soins au global et par patient, que ceux exerçant en zones sous-dotées (plus de 2 900 actes de soins en moyenne par IDEL et plus de 17 actes de soins en moyenne par patient, soit respectivement 3,4 fois et 8,8 fois plus que dans les zones sous-dotées). A l'inverse, les zones sous-dotées en IDEL concentrent relativement plus d'actes techniques.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le nombre moyen d'actes réalisés par jour et par professionnel est comparable dans toutes les zones. Néanmoins, le nombre d'actes réalisés par patient semble corrélé à la densité de la zone d'activité : les masseurs-kinésithérapeutes des zones très dotées et sur dotées réalisent respectivement +14% et +23% d'actes par patient que dans les zones sous dotées (soit en moyenne 25 et 27 actes par patient).

Une meilleure répartition territoriale des IDEL et masseurs-kinésithérapeutes conduirait à rééquilibrer l'offre de soin paramédical favorisant ainsi l'accès aux soins dans les départements les moins denses. Par ailleurs, elle devrait limiter le sur-recours dans les départements les plus denses et contribuerait ainsi à réduire la moyenne nationale des dépenses observées par patient, aujourd'hui tirée vers le haut par le niveau des dépenses des départements les plus denses.

3.1.6 Les outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale

Le développement des outils numériques d'aide à la prescription (LAP), d'aide à la délivrance (LAD) et à la décision médicale (SADM) constitue un vecteur essentiel de transformation des pratiques pour accompagner les objectifs de meilleure qualité, de pertinence et de plus grande sobriété de la prescription. Ce d'autant que les dernières versions des outils disponibles sur le marché comprennent désormais des modules d'IA les rendant beaucoup plus performants et adaptés à la situation clinique de chaque patient.

Les LAP ont pour objectif d'élaborer et d'éditer les prescriptions médicales et couvrent quasiment exclusivement le champ du médicament. Le champ des dispositifs médicaux, des actes d'imagerie ou de biologie demeurent peu concernés, contrairement aux SADM qui touchent un prisme de prescriptions plus large.

Toutefois, à ce jour, l'usage de ces outils numériques demeure perfectible²¹⁶ :

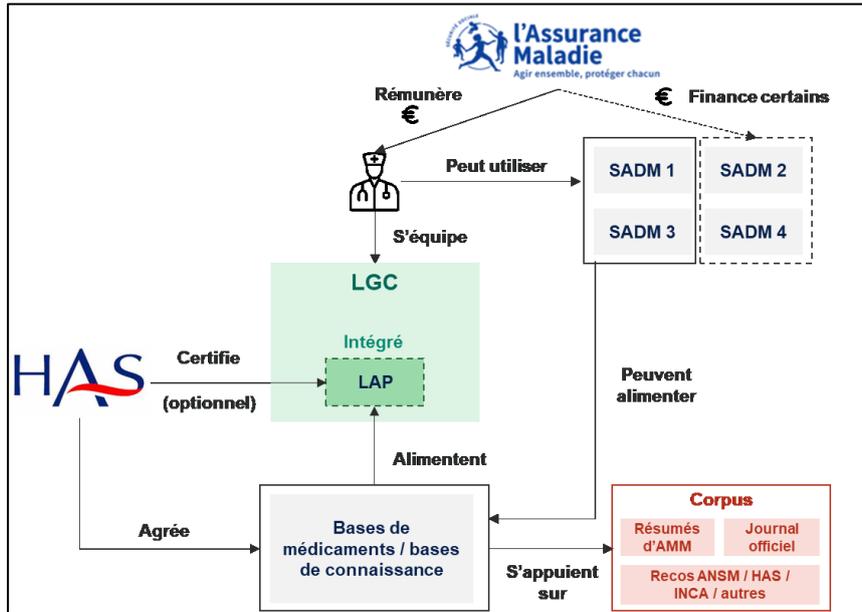
- Malgré les différents dispositifs incitatifs déployés par l'Assurance Maladie pour encourager les médecins à s'équiper (via le forfait structure, qui deviendra la dotation numérique DONUM en 2026 en application de la convention médicale) et les campagnes d'information associées, près de 20% des médecins n'utiliseraient pas les fonctionnalités d'aide à la prescription de leur logiciel de gestion de cabinet (LGC) ;
- Les médecins semblent encore mal connaître les SADM (utilisés par moins de 20% des médecins généralistes, ~5% des pédiatres).

Plusieurs obstacles à un déploiement plus avancé ont été identifiés :

- Pour les LAP, une hétérogénéité de l'ergonomie, des tarifs ou encore de la version de certification déployée d'un éditeur à l'autre.
- Pour les SADM, entre autre : une absence de cadre réglementaire et de visibilité sur les outils valides scientifiquement.

²¹⁶ Résultat d'une étude sur 150 médecins commandée par l'Assurance Maladie auprès de l'institut BVA en décembre 2024

Encadré 22 : schéma de représentation actuel LAP / SADM



La Haute Autorité de Santé a une double mission dans l'établissement du cadre règlement des LAP :

- D'une part, elle a pour rôle d'agréer les bases de données sur les médicaments (BdM) qui alimentent les LAP intégrés aux logiciels de gestion de cabinet (LGC). Les BdM s'appuient sur les résumés d'AMM fournis par l'ANSM et l'EMA, en plus des recommandations éditées par les différentes institutions (ANSM, HAS, INCa) et sociétés savantes, mais aussi des données économiques et administratives issues des publications du Journal Officiel.
- D'autre part, elle établit les procédures de certification des LAP en élaborant notamment des référentiels reprenant l'ensemble des exigences à respecter pour être certifié.

Les SADM sont quant à eux des solutions indépendantes des LAP et des LGC, majoritairement disponibles gratuitement en ligne. Des LAP commencent toutefois à intégrer certains SADM dans leurs arbres décisionnels en plus des exigences demandées par la HAS.

Aussi, l'équipement et l'utilisation par tous les prescripteurs de LAP « dernière génération » deviennent une priorité pour lutter contre le mésusage et la iatrogénie. En sus des leviers financiers activés auprès des prescripteurs, une mise à niveau du parc plus « jacobine » sur le modèle du Ségur du numérique permettrait une mise à niveau plus rapide et plus homogène. Enfin la généralisation de l'ordonnance numérique, la labélisation des SADM, voire le financement des solutions non lucratives développées par des professionnels (comme EBM France, antibioclic, etc.), permettrait d'orienter les prescripteurs vers les solutions les plus pertinentes.

3.1.7 Le fonctionnement du système de soins et l'utilisation des ressources naturelles

Notre système de santé pour son fonctionnement utilise des matières premières et sollicite nos ressources naturelles (eau, biodiversité). Il a par ailleurs un impact sur l'environnement par les émissions de gaz à effet de serre qu'il émet et les diverses pollutions générées (air, eau, sols). D'après les dernières données mises à jour du Shift Project s'agissant de l'impact carbone des médicaments et DM (publication le 17/06), il est relevé, par exemple, que les médicaments et les dispositifs médicaux restent les principales sources d'émission du système de soins. Au-delà des émissions carbone, il est intéressant de noter l'impact de la production de médicaments sur la biodiversité et la pollution des milieux puisque près de la moitié des médicaments sont issus plus ou moins directement de ressources naturelles (ex : 22 000 médicaments ou traitements thérapeutiques proviennent de la mer).

L'impact carbone des déplacements pour soins est également mis en avant avec une estimation à 1,9 millions tonnes eqCO₂, estimation réalisée par la Cnam sur la base des données de remboursement des transports sanitaires, taxis, et de facturation des indemnités forfaitaires et indemnités kilométriques des professionnels de santé libéraux.

Aussi, au-delà de la question de la soutenabilité financière, la problématique de juste sollicitation du système de soins est aussi une question de bonne affectation de ressources naturelles limitées et de réduction de l'impact des soins sur l'environnement pour continuer de soigner en protégeant la santé. La prise en compte des enjeux environnementaux est un enjeu de maintien de l'accès aux soins.

3.2 Propositions

Le diagnostic établi ci-dessus met en lumière une forte dynamique des volumes de consommation de soins en ville, en partie tirée par les prescriptions hospitalières en ville dont la croissance est particulièrement marquée depuis la crise sanitaire. Bien que justifiée à certains égards par le vieillissement progressif de la population et la prévalence accrue des maladies chroniques, cette dynamique soulève des questions en matière de qualité et de pertinence dans le recours au système de santé et, à termes, interroge sa soutenabilité.

L'analyse détaillée de chacun des postes de dépenses met en lumière de véritables gisements en matière de pertinence liés à un phénomène de mésusage voire de gaspillage sur différents champs de prescription.

En lien avec de nombreux acteurs du système de santé, l'assurance maladie conduit une action volontariste en matière de maîtrise médicalisée et d'accompagnement des assurés et professionnels qui se matérialise dans :

- **Des campagnes régulières d'information et d'accompagnement**, en particulier auprès des professionnels de santé, sur des thématiques de bon usage du système de santé et d'amélioration des pratiques de prescription. Ainsi, chaque année, ce sont plus de 250 000 entretiens réalisés partout sur le territoire par les équipes de l'assurance maladie (délégués de l'assurance maladie, délégués numérique en santé, référents organisation coordonnée, praticiens conseil, ...). En parallèle, l'Assurance maladie a déployé ces deux dernières années d'importantes campagnes d'information et de sensibilisation à destination des assurés portant sur des thématiques de prévention (campagne insuffisance cardiaque, campagne Mon soutien psy, campagne Mon bilan prévention, ...) ou de bon usage (campagne transports partagés, campagne sobriété médicamenteuse, bonreflexes.ameli.fr ...).
- **Des nouveaux outils de sécurisation de la prescription, de régulation et d'incitation financière** afin de simplifier les pratiques, d'améliorer la pertinence et l'efficacité du système de santé (ordonnance numérique, carte vitale dématérialisée, dispositifs de sécurisation des arrêts de travail, mécanismes de tiers payant contre carte vitale, accompagnement à la prescription des antidiabétiques analogues du GLP-1, limitation de la primo-délivrance des pansements post-chirurgicaux, intéressements IPP, ...).
- **Des nouveaux outils et dispositifs d'accompagnement spécifiques pour garantir la juste facturation** par les professionnels de santé, notamment à travers le déploiement de la Mission nationale d'Installation et de Pratiques des Professionnels de Santé (MIPPS)

Face aux enjeux inédits de soutenabilité qui se posent à l'ensemble des acteurs de santé, les années à venir seront nécessairement marquées par un renforcement massif de cette politique de lutte contre le mésusage, en faveur de plus de pertinence et d'une juste sollicitation du système de santé. Si de nombreux outils sont d'ores et déjà disponibles, le changement d'échelle de cette politique passera par quatre axes transversaux :

- Axe 1 : Mieux informer, former et accompagner les assurés et les acteurs du système de santé aux enjeux de soutenabilité du système de santé
- Axe 2 : Déployer à large échelle une politique d'adaptation et de sécurisation de la prescription pour limiter les phénomènes de mésusage
- Axe 3 : Refondre certains dispositifs de financement et de régulation en faveur d'une meilleure pertinence et garantir une juste sollicitation du système de santé

3.2.1 Mieux informer, former et accompagner les assurés et les acteurs du système de santé aux enjeux de soutenabilité du système de santé

3.2.1.1 Faire connaître l'investissement public dans la santé au global et restituer à chaque assuré ce que l'Assurance Maladie a réellement investi pour sa consommation de soins

- **Faire connaître au global le « coût de la santé »**

Afin d'améliorer la transparence sur les coûts pris en charge par le système de sécurité sociale et la connaissance du système de santé par les assurés, l'assurance maladie souhaite déployer dans les prochains mois une campagne de communication de grande ampleur détaillant :

- La répartition de 1000€ de dépenses de l'Assurance Maladie par grands postes
- Le coût lié à la prise en charge par l'Assurance Maladie de certains actes ou épisodes de soins (ex : un accouchement, une nuit à l'hôpital, ...)

- **Restituer à chaque assuré, y compris en format « push », sa consommation annuelle de soins prise en charge par l'Assurance Maladie**

Dans un souci d'information, de transparence et de valorisation du service public, il est proposé de communiquer aux assurés leur consommation de soins remboursés par l'Assurance Maladie de façon plus pédagogique et lisible.

Dans cette optique, en faisant évoluer les informations d'ores et déjà disponibles sur Ameli.fr, il s'agirait d'adresser au moins une fois par an, le détail de leur consommation de soins. Afin de s'adapter aux usages de chaque assuré, plusieurs modalités de communication pourraient être proposées et combinées : SMS, mail, mise en ligne sur le compte Ameli (web et appli) avec notification adressée à l'assuré, courrier.

Par ailleurs, un tel dispositif nécessitera une attention particulière sur le format de restitution de ces données de remboursement afin de s'assurer de leur clarté et éviter tout caractère stigmatisant. Le cas échéant, des compléments explicatifs, adaptés aux caractéristiques de l'assuré, pourront être associés à cette restitution afin d'en améliorer l'intelligibilité.

Enfin, il est d'ores et déjà prévu à compter de l'été 2025 l'envoi d'une notification mail pour notifier d'un remboursement avec renvoi vers le compte ameli.fr de l'assuré. Ce dispositif a vocation à améliorer l'information à l'assuré mais aussi à mieux l'associer aux actions de lutte contre la fraude (l'assuré notifié pourra signaler, le cas échéant, qu'il n'a pas bénéficié du soin facturé à l'assurance maladie par un professionnel de santé notamment).

- **Associer les patients dans les campagnes de bon usage**

En parallèle, afin de renforcer le rôle de l'assuré comme acteur de sa prise en charge et accroître l'efficacité des actions d'amélioration de la pertinence du recours au système de santé, l'intégration d'un volet « assuré » sera systématiquement étudié pour les principales campagnes de bon usage portées par l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé.

Plusieurs exemples français et étrangers ont démontré des résultats probants et pourront servir d'inspiration. Par exemple, une campagne de déprescription des IPP avec sollicitation des patients par courrier en parallèle d'une action auprès des prescripteurs a démontré d'importants résultats dans les Pays de la Loire : 15% des patients ont baissé d'au moins 50% leur consommation cumulée annuelle contre seulement 8% avec une campagne Assurance Maladie uniquement tournée vers les professionnels de santé.

De même, au Canada, la démarche mieux-dormir.ca (conseils pratiques envoyés au patient) a démontré des résultats significatifs en matière de déprescription d'hypnotiques : en 6 mois, 47% des adultes ayant reçu des livrets « Mieux dormir » ont réduit ou arrêté leur utilisation chronique de somnifères.²¹⁷

3.2.1.2 Développer le « retour d'information aux PS » sur leurs pratiques afin de leur permettre d'adapter au mieux leur exercice professionnel par eux-mêmes, en se comparant à leurs pairs

- **Suivre et animer l'observatoire de la pertinence mis en place dans le cadre de la convention médicale**

A l'occasion de la signature de la nouvelle convention médicale en 2024, un observatoire conventionnel national de la pertinence et la qualité a été mis en place. Ce dernier a pour objectif d'assurer un suivi régulier des 15 programmes d'actions partagés sur lesquels se sont engagés les représentants des médecins libéraux conventionnés et l'Assurance Maladie. Chacun de ces 15 programmes fixe un objectif en matière de pertinence ainsi que des engagements réciproques associés.

Cet observatoire, qui sera décliné aux différents échelons locaux et utilisé dans le cadre des instances locales de dialogue conventionnel, a vocation à devenir un instrument de référence en matière de suivi et d'amélioration de la pertinence et de la qualité des pratiques médicales.

A cet effet, les principaux indicateurs seront déclinés à la maille individuelle et, à terme, restitués à chaque médecin conventionné via un outil de datavisualisation.

- **Mettre à disposition des médecins conventionnés des informations relatives à leur patientèle et à leurs pratiques, en particulier dans le champ de la santé publique et des prescriptions**

Conformément aux propositions formulées dans le cadre du rapport Charges & Produits 2024, tout médecin traitant se verra restituer, pour l'ensemble de sa patientèle, 15 indicateurs de prévention qui feront l'objet d'une rémunération à partir de l'année 2026 via le nouveau mécanisme conventionnel porté dans le cadre de la convention médicale signée en 2024.

Ces indicateurs seront calculés et restitués à la maille de chaque patient, et rafraîchis de façon régulière et infra-annuelle dans un tableau de bord mis à disposition du professionnel de santé depuis son compte Amelipro. Ce dispositif se déploiera progressivement entre 2026 et 2027.

Parallèlement, depuis fin 2024, les médecins généralistes peuvent consulter depuis Amelipro leur profil de prescription d'antibiotiques. Cette possibilité sera ouverte aux pédiatres et aux chirurgiens-dentistes d'ici la fin de l'année 2025. Les indicateurs seront enrichis en lien avec les campagnes nationales de l'assurance maladie..

²¹⁷ Source : résultats de l'étude YAWNS NB publiés dans le JAMA Psychiatry en septembre 2024 ; détails sur [Recherche de Mieux Dormir | MieuxDormir](#)

L'enjeu, de façon progressive d'ici 2027, est de permettre aux professionnels médicaux d'avoir une vision complète de leur pratique pouvant être mise en regard de celle de leurs pairs et des recommandations de bonne pratique. L'actuel relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP), peu ergonomique et peu consulté, sera remplacé par une version digitalisée, plus régulièrement actualisée et en datavisualisation. Il intégrera des données de suivi des indicateurs de pertinence de la prescription de chaque médecin :

- Les indicateurs liés aux 15 programmes d'action conventionnels sur le champ de la pertinence
- Nouvel indicateur sobriété introduit à l'occasion de la convention médicale
- Données sur l'impact carbone des prescriptions
- L'ensemble des données aujourd'hui contenues dans le RIAP (prescription moyenne par poste, taux de rejet des factures, etc.)
- A terme, des tableaux de bord plus précis, notamment sur les arrêts de travail et les produits de santé

La mise à disposition de ce service sur Amelipro pour tous les professionnels de santé devrait in fine permettre à chacun de mieux piloter sa pratique.

Encadré 23 : indicateur de sobriété

Afin d'accompagner la baisse de l'empreinte carbone des médecins conventionnés un « bonus sobriété » a été créé dans la Convention médicale de 2024. Ce dispositif vise à informer et sensibiliser les médecins généralistes sur leurs prescriptions de médicaments, et à récompenser les médecins les plus vertueux via la mise en place d'un « bonus sobriété ». Celui-ci, repose sur le calcul annuel d'un indicateur individuel pour chaque médecin, appelé ratio de sobriété.

Le ratio concerne les prescriptions initiales de médicaments couramment prescrits par des médecins généralistes et consiste à rapporter le montant des prescriptions de chaque médecin généraliste, corrigé pour tenir compte des caractéristiques de sa patientèle médicale traitant, au montant moyen, observé au niveau national, prescrit par l'ensemble des médecins généralistes.

Ce dispositif donne lieu à une rémunération aux 30% des médecins dont le ratio est le plus faible ou dont le ratio a diminué de 10% pour les 60% médecins dont le ratio est le plus faible.

En ayant accès de façon simple et intuitive à ces indicateurs personnalisés, chaque médecin pourrait ainsi disposer des informations nécessaires pour agir sur la pertinence de ses prescriptions au regard des recommandations et des enjeux en matière de transition écologique.

3.2.1.3 A différents stades de la carrière du professionnel de santé conventionné, s'assurer de sa bonne connaissance des dispositifs de facturation et de l'état de l'art en matière de qualité et de pertinence

- **Mieux intégrer les problématiques de qualité et de pertinence dans le cadre des programmes de formation initiale des professionnels de santé**

Les enjeux inédits en matière de soutenabilité économique, écologique et matérielle du système de santé ainsi que les problématiques de santé publique liées à la iatrogénie médicamenteuse appellent à une sensibilisation des professionnels de santé au plus tôt, dès leur formation initiale, quant aux problématiques de qualité et de pertinence des soins. Une telle sensibilisation permettrait de limiter la reproduction des habitudes de prescription des médecins hospitaliers : lieu d'apprentissage pendant l'internat, difficulté à réévaluer ou de remettre en cause la prescription d'un spécialiste, etc. L'intégration, par exemple, de module relatif à la déprescription dans la formation initiale serait particulièrement bénéfique d'autant que la pertinence des soins et l'éco responsabilité en santé sont porteuses de sens pour les futurs professionnels de santé.

Alors que cette sensibilisation demeure hétérogène et relativement limitée dans la plupart des cursus, il est proposé de travailler avec le Ministère de la santé et les différentes conférences de doyens pour insérer des modules relatifs à la pertinence des soins et des prescriptions dans les cursus de formation initiale des professions de santé en commençant, dans un premier temps par les 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} cycles de médecine. Afin de ne pas alourdir les programmes, l'objectif serait d'identifier dans les enseignements du 1^{er} et 2^{ème} cycles, ceux propices à l'insertion d'un module « pertinence » complétant la formation actuelle. Un enseignement plus perfectionné pourrait le cas échéant être mis en place pour le 3^{ème} cycle.

- **Conditionner le conventionnement des professionnels de santé libéraux à des formations obligatoires (mise à jour des recommandations de la HAS, nomenclature et facturation, etc.)**

L'état de l'art évoluant continuellement en matière de qualité et pertinence des pratiques (évolutions des recommandations HAS ou des sociétés savantes, apparition de nouvelles molécules ou de nouveaux médicaments, ...) mais aussi en matière de règles de facturation (évolutions conventionnelles, révision CCAM, ...), il est essentiel de s'assurer de la bonne connaissance de ces évolutions par les professionnels de santé conventionnés avec l'Assurance Maladie et les accompagner, en cas de besoin, si des difficultés sont identifiées.

A cet égard, l'installation constitue un moment clé de la carrière à l'occasion duquel un accompagnement spécifique doit être assuré pour garantir une installation sereine du professionnel de santé et répondre à l'ensemble des questions qui peuvent se poser. C'est pourquoi l'Assurance Maladie a créé depuis 2021 la Mission nationale d'Installation et de Pratiques des Professionnels de Santé (MIPPS) qui vise à :

- optimiser l'accompagnement initial des PS libéraux via des parcours de formation et des programmes d'accompagnement adaptés à chaque profession ;
- renforcer les contrôles a priori de la facturation en début d'installation des PS afin d'identifier au plus tôt les difficultés rencontrées par les nouveaux installés en matière de facturation ou les comportements atypiques et mettre en place un plan d'action gradué vis-à-vis de ces professionnels (accompagnement, récupération d'indus, sanctions) ;
- formuler des propositions pour, par exemple, clarifier les nomenclatures, intégrer des outils d'aide à la décision ou faire évoluer les règles de facturation

Forts des premiers retours d'expérience, il est proposé d'étendre le champ de cette mission selon trois axes :

- **Extension du champ de formation et d'accompagnement (qualité et pertinence)** : d'ici 2027 l'objectif sera de couvrir à la fois des problématiques de facturation mais aussi un vaste panel de thématiques relatives à la qualité et la pertinence des pratiques et des prescriptions
- **Extension du dispositif tout au long de la carrière** : afin d'accroître l'impact et la qualité de l'accompagnement proposé par l'Assurance Maladie, l'objectif sera d'ici 2030 d'aller au-delà de la seule installation et de proposer des modules de formation et d'accompagnement à intervalle régulier, tout au long de la carrière du professionnel de santé
- **Extension du périmètre des professionnels concernés** : aujourd'hui déployée auprès des infirmiers libéraux, l'objectif sera d'ici 2027 d'étendre la MIPPS aux masseurs-kinésithérapeutes, médecins généralistes, pharmaciens, sages-femmes, transporteurs sanitaires, etc.

Ce nouveau dispositif conventionnel de formation et d'accompagnement, obligatoire dans le cadre du conventionnement, pourrait prendre la forme suivante :

- Une formation inaugurale rallongée à l'occasion de l'installation pour s'étendre sur 3 jours et couvrir à la fois les sujets de facturation et de qualité / pertinence
- Des modules de formations en ligne à réaliser régulièrement (par exemple tous les 3 ans) et donnant lieu à un questionnaire de validation à l'issue de la formation
- Un accompagnement individuel et/ou collectif déployé pour les professionnels ayant éprouvé des difficultés à valider ces formations

Ce dispositif innovant, qui ne se substituerait pas au Développement Professionnel Continu (DPC), constituerait une évolution majeure en matière d'offre de services de l'Assurance Maladie vis-à-vis des professionnels de santé conventionnés et un engagement réciproque accru en matière d'amélioration de la pertinence des pratiques et de la juste facturation.

- **Créer et rendre obligatoire une visite annuelle pour informer le médecin généraliste et établir un programme annuel personnalisé sur la pertinence, en s'appuyant en priorité sur les indicateurs de l'observatoire de la pertinence**

La construction et le maintien dans le temps d'une relation singulière et incarnée entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé constitue un enjeu central dans le cadre de l'exercice conventionné. A cet effet, chaque année, ce sont près de 250 000 visites qui sont réalisées par des équipes de l'Assurance Maladie (Délégués Assurance Maladie, Délégués au Numérique en Santé, praticiens conseils, ...) pour présenter de nouveaux dispositifs conventionnels, de nouveaux outils numériques ou encore pour porter des campagnes de bon usage des produits de santé et de pertinence des prescriptions.

Malgré ce volume conséquent de visites, la fréquence de contact entre un professionnel de santé et l'Assurance Maladie demeure hétérogène et parfois émaillée dans le temps. De ce fait, les programmes de bon usage et de pertinence demeurent peu connus de certains professionnels de santé conventionnés ou insuffisamment adaptés à leurs problématiques spécifiques d'exercice.

Afin d'accroître la portée de ces actions d'accompagnement, il est proposé d'instaurer une visite annuelle pour chaque médecin généraliste conventionné exerçant en ville qui permettra de :

- Informer le professionnel de santé des actualités conventionnelles et/ou des nouveaux outils ou services mis à disposition par l'Assurance Maladie ;
- Etablir un programme annuel personnalisé en matière de pertinence s'appuyant en priorité sur les 15 programmes d'actions de pertinence conventionnel, sur le profil de prescription du médecin et de ses caractéristiques propres d'exercice (IJ, médicaments, dispositifs médicaux, polymédication, transports sanitaires, etc.) ;

- Identifier des besoins de visites thématiques complémentaires durant l'année par un délégué d'assurance maladie et/ou un praticien conseil.

Cet entretien annuel obligatoire dans le cadre de l'exercice conventionnel pourrait être réalisé par praticiens conseils et les délégués d'assurance maladie, avec une planification très anticipée pour ne pas perturber l'exercice du professionnel.

3.2.2 Déployer à large échelle une politique de d'adaptation et de sécurisation de la prescription pour limiter les phénomènes de mésusage

3.2.2.1 Développer fortement la déprescription

Le sujet de la déprescription constitue un enjeu majeur pour améliorer la prise en charge des patients polymédiqués, réduire le gaspillage de produits de santé et réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse. De nombreux travaux ont été engagés ces dernières années comme :

- La création d'une consultation de déprescription dans le cadre de la convention médicale signée en 2024
- La mise à disposition sur le site ameli.fr d'outils validés par la HAS
- Des initiatives locales de promotion de la déprescription (en lien avec les OMEDIT, les universités, etc.).

Afin de poursuivre et d'accélérer le développement de la déprescription, l'Assurance Maladie souhaite engager trois actions :

- En s'appuyant sur les travaux engagés, **partager une feuille de route pluriannuelle** en matière de déprescription et renforcer l'animation d'un large écosystème (professionnels de santé, patients, universitaires, acteurs industriels, etc.) sur cette thématique.
- Autour de cette thématique parfois mal appréhendée, **renforcer les actions d'accompagnement des professionnels et de promotion de la déprescription** en ville comme à l'hôpital et doubler ces actions de campagnes de promotion et de pédagogie auprès des patients (les exemples étrangers ayant démontré de réels résultats en la matière)
- En fonction des premiers résultats observés dans le cadre de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention médicale, **étudier l'opportunité d'étendre le champ des consultations longues de déprescription en ville et en Ehpad et de revoir les mécanismes conventionnels associés** (révision des seuils conventionnels, mécanismes d'incitation / sanction conventionnelle, ...)

3.2.2.2 Rendre obligatoire le recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération (avec IA) et étendre leur champ d'action (biologie, radiologie, transports)

Le déploiement des outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale constitue une priorité pour l'Assurance Maladie. En effet, à travers le développement des nouvelles technologies et de l'intelligence artificielle, ces outils redessineront en profondeur les modalités d'exercice des professionnels de santé et permettront une sécurisation de la qualité et de la pertinence des prescriptions. L'Assurance Maladie formule donc plusieurs propositions pour soutenir le développement de ces outils et les déployer massivement auprès des professionnels de santé.

- **A court terme, financer des SADM non lucratifs démontrant une plus-value en matière de pertinence et les recenser au sein d'un catalogue de SADM dans Amelipro**

En appui et en complément des LAP/LAD, le développement des SADM constitue une véritable plus-value pour les professionnels de santé.

Souhaitant accompagner le développement des solutions gratuites et non lucratives les plus prometteuses, l'assurance maladie a d'ores et déjà décidé de soutenir certains SADM tels qu'Antibiocliv via la signature d'une convention et des financements dédiés.

Afin d'accélérer fortement le développement de telles solutions, l'assurance maladie propose de :

- Financer des SADM non lucratifs particulièrement performants
- Créer dans Amelipro un catalogue de SADM labélisés contribuant à l'atteinte des objectifs fixés au sein des 15 programmes d'actions partagés en matière de pertinence dans le cadre de la convention médicale

- **Etendre le champ couvert par les LAP/LAD au-delà du médicament en créant des bases de données structurées puis des référentiels pour chaque champ de prescription (actes de biologie, imagerie, soins paramédicaux, dispositifs médicaux, etc.)**

L'agrément des BdM est révisé par la HAS tous les 5 ans. Si ce calendrier est maintenu, les discussions pour l'évolution de l'agrément actuel (V3) devraient se tenir d'ici 2 ans maximum. Ce renouvellement permettra une mise à jour nécessaire au regard de l'évolution de l'état de l'art sur le champ des médicaments.

Par ailleurs, à court terme, il apparaît essentiel d'étendre le périmètre de prescription couvert par ces outils numériques. A cet effet, en exploitant les codifications existantes (ex : LOINC et NABM pour la biologie), il s'agirait d'acquérir un niveau de structuration permettant pour chaque champ de prescription (dispositifs médicaux, actes, ...) une exploitation dans les LAP. Il est donc proposé de créer des référentiels pour chaque champ de prescription, de les diffuser et de rendre leur intégration obligatoire dans les BdM. La vérification de la bonne intégration de ces référentiels serait faite dans le cadre de l'agrément délivré par la HAS. Pour les champs ne bénéficiant pas de base de données structurées, il convient de les créer, ce qui nécessitera un temps supplémentaire. L'objectif étant in fine d'avoir un parallélisme entre le soin prescrit et l'acte de nomenclature afférent.

La création de ces référentiels permettrait par ailleurs de structurer la donnée portée par l'ordonnance numérique sur d'autres champs que le médicament.

- **En sus de la certification optionnelle HAS des LAP/LAD, construire un cahier des charges opposable sur le fonctionnement de ces outils afin de garantir la qualité et la pertinence des recommandations générées**

S'il est essentiel de certifier que chaque LAP/LAD s'appuie sur des BdM agréées pour sécuriser la qualité de la donnée d'entrée, cette seule validation apparaît insuffisante pour garantir la qualité du conseil fourni par le logiciel ainsi que les résultats espérés en matière de pertinence de la prescription.

Aussi, il est proposé à moyen terme de construire un cahier des charges des obligations relatives au fonctionnement du LAP/LAD et la pertinence des conseils générés. Ce cahier des charges, produit par l'Assurance Maladie et ses partenaires, serait opposable aux éditeurs et n'entrerait pas dans le processus de certification de la HAS. Il pourrait notamment intégrer :

- des algorithmes portant sur une partie des 15 programmes d'actions de pertinence partagés dans le cadre de la convention médicale
- des exigences relatives aux outils d'intelligence artificielle utilisés pour générer les recommandations

La vérification du respect de ce cahier des charges serait assurée par une entité jugée compétente demeurant à définir. Enfin, ce cahier des charges pourrait contenir des obligations en matière de suivi de l'équipement réel des professionnels en LAP/LAD.

- **Rendre obligatoire le recours à ces outils par les prescripteurs**

Le niveau de déploiement et l'adoption massive de ces nouveaux outils par les prescripteurs est une priorité pour changer en profondeur et durablement les pratiques et améliorer la qualité des prescriptions. A cet égard, tout professionnel de santé conventionné ou exerçant à l'hôpital devrait, d'ici 2030, être équipé d'outils numériques d'aide à la prescription et à la délivrance de dernière génération, sans possibilité de désactivation. L'Assurance Maladie propose d'engager un dialogue avec ses différents partenaires pour atteindre cet objectif.

3.2.2.3 D'ici 2030, viser la sécurisation de l'ensemble des prescriptions onéreuses ou sensibles via la généralisation de l'ordonnance numérique couplée à un large arsenal d'outils de contrôle de la pertinence

Afin d'améliorer la pertinence des soins et des prescriptions, l'Assurance Maladie a progressivement mis en place un ensemble gradué d'outils (accompagnement renforcé à la prescription, limitation de la primo-délivrance, demande d'accord préalable, mise sous objectifs / mise sous accord préalable, ...) visant à s'adapter au mieux à la nature des prescriptions ou activités à sécuriser. Toutefois, ces outils demeurent restreints à un champ limité de prescriptions et peu déployés à l'hôpital. Au regard des enjeux inédits de soutenabilité qui se posent, il s'agit d'ici 2030 d'accroître largement la portée de cette politique de sécurisation de la prescription et de la pertinence avec un objectif de couvrir l'ensemble des prescriptions onéreuses ou sensibles.

- **Etendre et généraliser l'ordonnance numérique, outil central de sécurisation de la prescription et de maîtrise médicalisée**

Engagée depuis 2022, la généralisation de l'ordonnance numérique constitue un enjeu majeur pour sécuriser l'ensemble du circuit de la prescription jusqu'à la délivrance du produit de santé ou à la réalisation de l'acte. Etendue à d'autres champs que le médicament (biologie, imagerie, actes, ...) et généralisée chez tous les prescripteurs en ville et à l'hôpital, l'ordonnance sécurisée constituera un outil central en matière de maîtrise médicalisée et sécurisation de la prescription.

L'Assurance Maladie poursuivra donc son action pour atteindre cet objectif au cours des prochaines années.

- **Intégrer le dispositif d'accompagnement à la prescription à l'ordonnance numérique pour en faciliter l'utilisation et le déployer à l'hôpital**

Dispositif introduit par l'article 73 de la loi du 26 décembre 2023 de financement de la Sécurité sociale pour 2024, l'accompagnement à la prescription mis en place pour les antidiabétiques de classe AGLP-1 depuis février 2025 constitue un nouvel instrument important en matière de qualité des prescriptions. En le couplant à l'ordonnance numérique généralisée et en veillant à ce que le téléservice mis en œuvre demeure le plus simple d'utilisation possible pour le prescripteur, cet outil pourrait être étendu à de nouveaux médicaments ou à certains actes (dosage de vitamine D, examens de biologie itératifs / redondants, ...). Plus généralement, l'unification de l'ensemble des dispositifs de pertinence de la prescription (DAP, informations supplémentaires requises pour certains produits de santé, etc.) doit permettre un recours plus fluide à ces outils.

Par ailleurs, ces téléservices d'accompagnement à la prescription seront progressivement accessibles aux prescripteurs hospitaliers entre 2026 et 2027.

- **Créer des « ordonnances types » proposées par l'Assurance Maladie pour certaines prescriptions et les rendre obligatoires**

Pour certaines prescriptions pour lesquelles une standardisation est réalisable (ex : perfusions à domicile, pansements, antalgiques, bilans de groupe sanguin, ...), il est proposé de créer des « ordonnances types », dont l'utilisation par le prescripteur serait obligatoire (sauf dérogations à préciser) pour permettre la délivrance. Si quelques-unes sont d'ores-et-déjà disponibles sur ameli.fr, il convient de les actualiser, d'étendre très largement leur champ, et de les intégrer directement dans les LAP au moment de l'émission de l'ordonnance numérique. Une version sous format CERFA « normé » serait à prévoir en parallèle, *a minima* au lancement.

Dès 2026, une première expérimentation pourrait être conduite sur les perfusions à domicile, avec la production d'une ordonnance « type » de l'Assurance Maladie permettant, notamment, d'encadrer ces prescriptions en sortie d'hospitalisation.

- **Limiter la durée de primo-délivrance de certains médicaments ou dispositifs médicaux**

La primo-délivrance de produits de santé constitue un moment clé dans le cadre d'une prise en charge : elle permet de contrôler la bonne adaptation de la prescription initiale, mais aussi de fournir de l'information et des conseils au patient quant à la conduite de son traitement ou à l'utilisation des dispositifs médicaux prescrits.

Les signalements remontés à l'Assurance Maladie font apparaître de nombreuses prescriptions initiales partiellement inadaptées qui entraînent :

- Un volume trop important de produits de santé délivrés par rapport à la durée du traitement
- Du gaspillage de produits de santé du fait d'une inadéquation entre le produit prescrit et les caractéristiques du patient (allergies, incapacité à utiliser un DM,...)
- De nouvelles prescriptions par d'autres professionnels de santé

Au regard de ce constat, il a été mis en place depuis le 1^{er} avril 2025 une mesure de limitation à 7 jours de la primo-délivrance de pansements en officine. Au-delà des 7 jours, « à la demande expresse du patient, cette délivrance peut ensuite être renouvelée à l'issue de la période de traitement couverte par le premier conditionnement, en fonction des besoins du patient, et dans la limite de la durée de traitement mentionnée sur l'ordonnance »²¹⁸.

L'objectif sera dès 2026 et progressivement jusqu'à 2030 d'étendre ce dispositif à de nouveaux produits de santé.

- **Poursuivre la modernisation engagée des demandes d'accord préalable et étendre le dispositif à de nouveaux médicaments, dispositifs ou actes**

Les demandes d'accord préalable (DAP) sont des dispositifs de contrôle préventif visant à limiter les dépenses de santé qui pourraient être réalisées à tort. Ce dispositif couvre principalement des actes coûteux, rares ou dont la durée est importante. Il s'agit d'un outil important dans la politique de gestion du risque de l'Assurance Maladie, à la fois pour garantir la pertinence des actes ou prestations mais aussi pour améliorer la qualité du contrôle réalisé dans le cadre de la politique de lutte contre les fraudes. A ce jour, les DAP couvrent près de 680 codes actes pour plus de 7,5 Mds€ de dépenses annuelles remboursées.

Ces dernières années, l'Assurance Maladie a engagé des travaux pour :

²¹⁸ Extrait de l'arrêté du 13 mars 2025 portant modification des modalités d'inscription des articles pour les pansements inscrits au chapitre 3 du titre I de la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- Harmoniser la gestion des DAP à travers le territoire par le service médical de l'Assurance Maladie
- Etendre le périmètre des prestations couvert par des DAP
- Dématérialiser certaines DAP pour améliorer et sécuriser le processus à l'image de la DAP PPC-OAM ou de la DAP chirurgie de l'obésité

Ainsi, d'ici 2030, l'objectif est de poursuivre cette dynamique via :

- La création de nouvelles DAP
- La dématérialisation des DAP (ex : véhicules pour personne en situation de handicap)
- L'intégration de l'ordonnance numérique dans le processus de demande et de traitement des DAP
- L'amélioration de la qualité et de l'efficacité du traitement des DAP via l'intégration de nouveaux outils d'aide à l'analyse s'appuyant notamment sur l'intelligence artificielle (exemple : analyse d'exams d'imagerie via des solutions d'IA, ...)

- **Etendre le champ des prestations soumises à MSO-MSAP en ville et à l'hôpital, toujours dans une logique ciblée**

La procédure de mise sous objectif (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP) constitue un instrument important pour accompagner les prescripteurs atypiques dans une démarche d'amélioration de la pertinence de leurs prescriptions.

Aujourd'hui déployée sur les prescriptions d'arrêt de travail, cette procédure se décompose en deux outils distincts. Dans le cadre de la mise sous objectif, un objectif de réduction des prescriptions est fixé entre la CPAM et les médecins les plus en écart par rapport aux pratiques moyennes de prescription. Dans le cas où cette mise sous objectif s'avère insuffisamment efficace ou fait l'objet d'un refus de la part du médecin, la CPAM peut utiliser un deuxième outil : la mise sous accord préalable (MSAP). Dans ce cadre, les prescriptions visées par la procédure doivent faire l'objet d'une validation par le service médical de l'Assurance Maladie.

En 2024, 1 000 médecins présentant des caractéristiques de prescriptions atypiques en matière d'arrêts de travail ont été inclus dans un programme de MSO-MSAP. Cela a donné lieu à une baisse de près de 30% du nombre de jours d'arrêts de travail prescrits par patient actif. Ce dispositif s'avère donc particulièrement efficace pour porter des objectifs de maîtrise médicalisée.

Afin d'accroître la portée de cet outil, il est proposé de :

- Rendre le dispositif de mise sous objectif obligatoire dès 2026 pour les professionnels de santé ciblés
- Etendre progressivement le champ d'action à la fois en termes de prestations (transports sanitaires, actes dentaires, actes chirurgicaux, ...) et de typologie de prescripteurs (établissements de santé, centres de santé, ...).

- **Mettre en place dans les logiciels métier (ville et hôpital) ainsi que dans les processus de facturation de l'Assurance Maladie, des blocages *a priori* en fonction de règles de prises en charge**

Afin de sécuriser au maximum la qualité et la pertinence de la prescription et de la facturation, les systèmes de blocage des incompatibilités ou des anomalies doivent être développés à plus large échelle. En effet, en intervenant en amont, il est possible d'agir structurellement et durablement sur les comportements. Par ailleurs, de tels blocages permettent de limiter les « indus », qui posent des problématiques de trésorerie pour les professionnels et peuvent gérer des tensions avec l'Assurance Maladie.

Ainsi, l'assurance maladie portera une politique volontariste de développement des contrôles *a priori* dans les systèmes d'information autour de deux priorités :

- **Dès la prescription**, en travaillant avec les éditeurs de logiciel d'aide à la prescription à l'intégration de blocages dans ces logiciels. Le cas échéant, cela pourra passer en partie par le cahier des charges proposé *supra*.
- **Lors de la facturation**, pour aller plus loin que les dispositifs actuellement en place, en « rejetant » *a priori* un volume plus conséquent de paiement du fait d'anomalies de codage ou de suspicion de mésusage massif / fraude via la finalisation du déploiement du programme METEORE

Figure 81 : Synthèse des principaux outils de sécurisation de la prescription et de leur potentiel estimé d'extension

Etape	Typologie	Instrument	Exemple de déploiement en France par l'Assurance Maladie	Potentiel d'extension
En amont de la prescription	Aide à la prescription et blocages <i>a priori</i>	Développement LAP / LAD / SADM	<ul style="list-style-type: none"> Nombreux logiciels avec certification HAS des bases de données Partenariats CNAM pour certains outils (ex : AntibioClc) 	●
		Blocages <i>a priori</i> dans les logiciels métier	<ul style="list-style-type: none"> Non déployé à date – travaux en cours 	◐
	Remboursements conditionnels	Prescriptions renforcées / sécurisées	<ul style="list-style-type: none"> Prescription sécurisée Tramadol depuis le 1^{er} avril Accompagnement à la prescription AGLP-1 	◐
		Seuils de remboursement	<ul style="list-style-type: none"> Bandelettes d'autosurveillance glycémique (200 / an) 	◐
		Ordonnances « types » obligatoires	<ul style="list-style-type: none"> Non déployé à date 	◐
		Demande d'accord préalable	<ul style="list-style-type: none"> Prestations soumises à DAP : PPC/OAM, Grand appareillage, chirurgie bariatrique..... 	◐
En aval de la prescription	Surveillance des comportements de prescription	Observatoire collectif des pratiques	<ul style="list-style-type: none"> Observatoire de la pertinence déployé via la convention médicale Groupes d'accompagnement des pratiques (GAP) 	◐
		Surveillance / accompagnement PS	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes Délégués Assurance Maladie, praticiens conseil auprès des PS gros prescripteurs de prestations suivies par l'Assurance Maladie 	◐
		Ciblage et contrôle prescripteurs extrêmes	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes Mise sous objectif (MSO) et Mise sous accord préalable (MSAP) par l'Assurance Maladie sur les IJ 	◐
	Limitation de la primo-délivrance	<ul style="list-style-type: none"> 7 jours pour les pansements 	◐	
	Intéressement individuel des PS	<ul style="list-style-type: none"> Intéressement conventionnel IPP/biosimilaire (conv médicale) Bonus sobriété dans convention médicale 	●	
	Blocages « <i>a priori</i> » de la facturation	<ul style="list-style-type: none"> Déploiement limité Développement prévu dans le cadre du SI Météore 	●	

3.2.2.4 Mettre en place une plateforme de commandes de transports gérée par l'Assurance Maladie

Afin de qualifier au mieux les besoins en matière de transport sanitaire et ainsi garantir la pertinence des prescriptions de transport (validation de l'incapacité de déplacement, qualification du besoin de transport sanitaire, choix du type de transport adapté, etc.), l'Assurance Maladie instruit la possibilité de déployer d'ici 2027 une plateforme dédiée, qu'elle gèrerait elle-même selon des règles travaillées en concertation avec les associations de patients, les syndicats de professionnels de santé prescripteurs, les fédérations hospitalières, et les représentants de transports sanitaires et de taxis. L'ensemble des transporteurs auraient la possibilité de s'y inscrire, et l'ensemble des patients d'y recourir.

Cette plateforme nationale serait plus spécifiquement adressée aux patients dont les prescriptions émanent aujourd'hui de professionnels de ville lassés de cette charge administrative. Elle pourrait également servir d'outil de substitution lorsque les GHT/établissements de santé ne sont pas encore dotés de plateformes territoriales respectant le cahier des charges national.

Cette plateforme serait garante de l'éligibilité du patient à un transport remboursé par l'assurance maladie, chargée de vérifier l'adéquation du mode de transport aux besoins du patient, et constituerait un levier pour pallier les carences de transports dont souffrent certains patients. Le déploiement d'une telle plateforme permettrait également de dégager du temps pour les prescripteurs en les déchargeant d'une tâche souvent vécue comme une contrainte administrative.

3.2.2.5 Diminuer l'impact carbone et environnemental des prescriptions et engager la réutilisation des produits de santé non-ouverts et non-périmés pour limiter le gaspillage

L'ensemble des actions décrites ci-dessus visant à une juste sollicitation du système soins permettent de contribuer à la décarbonation du système de soins. L'Assurance Maladie entend compléter ces actions pour faire en sorte que les soins pris en charge soient également les moins impactant pour l'environnement sur les trois axes suivants :

- **Informers les professionnels de santé de l'impact environnemental de leur activité et de leurs soins par l'intégration de ces données dans les profils de restitution d'activité mis à leur disposition notamment via data visualisation.**
 - o Poursuivre les travaux engagés avec Bercy sur l'évaluation carbone des médicaments, et poursuivre les travaux engagés avec le *Shift project* pour évaluer de manière macro l'impact carbone des soins, par catégorie.
 - o Permettre à chaque médecin, dans un 1^{er} temps d'avoir accès à l'impact carbone de ses prescriptions (en priorisant transports et produits de santé)
 - o Intégrer dans les LAP les scores carbone des produits et intégrer des recommandations permettant de réduire l'impact de certaines prescriptions
 - o Mettre en place des actions d'accompagnement permettant d'informer les prescripteurs sur l'impact environnemental de certains produits de santé.
- **Contribuer à la qualification et quantification du gaspillage des produits de santé, et identifier les leviers pertinents pour lutter contre ce gaspillage**

En 2025, l'Assurance Maladie participe à deux études visant à mieux connaître l'ampleur du gaspillage des médicaments pour identifier des leviers d'actions pertinents.

- « **Médicaments à l'hôpital : pourquoi et combien on jette** » (Résomédit, C2DS et Assurance Maladie) : menée au sein de 212 établissements volontaires, cette étude a permis de quantifier les déchets issus des médicaments (DIMED) éliminés, d'identifier les motifs d'élimination de ces DIMED, d'en estimer l'impact économique et l'impact carbone et de dégager des propositions d'amélioration des pratiques. Les résultats de cette étude seront connus à l'été 2025.
- **PERIMED** (ANSM, Cyclamed et Assurance Maladie) : cette étude relative aux médicaments PERImés et aux gaspillages MEDicamenteux concerne les médicaments ramenés à l'officine et présents dans les boîtes Cyclamed. Les résultats seront connus en fin d'année 2025 et devraient permettre de dégager des priorités d'actions pouvant porter sur les durées de conservation, la prescription, le conditionnement ou encore l'éducation des patients.

- **A moyen terme, développer à large échelle la réutilisation des dispositifs médicaux ainsi que des médicaments non-ouverts et non-périmés**

Même si les estimations varient, plusieurs études ont mis en exergue que 30 à 40%²¹⁹ des aides techniques (béquilles, déambulateurs, loupes, ...) seraient jetées ou abandonnées après une durée d'utilisation limitée alors qu'elles pourraient être réemployées. Cela générerait plus de 50 000 tonnes de déchets évitables.

En fixant un cadre à l'activité de remise en état et en ouvrant droit au remboursement des dispositifs médicaux remis en bon état d'usage, le décret du 17 mars 2025 pris en application de la LFSS 2020 a ouvert la voie au développement d'une véritable filière de reconditionnement et de réemploi des dispositifs médicaux usagés.

L'Assurance Maladie souhaite promouvoir et soutenir la croissance de cette filière essentielle pour améliorer l'accès aux soins (via une réduction des frais d'équipement pour les assurés) et réduire significativement l'empreinte carbone du système de santé. Le recours à ces produits reconditionnés pourrait également constituer une source d'économie pour l'Assurance Maladie.

Pour cela il est proposé de :

- Elargir progressivement la liste des dispositifs remis en bon état d'usage éligibles au remboursement afin de couvrir un large champ de prises en charge
- Définir avec les parties prenantes les conditions de distribution de dispositifs médicaux reconditionnés pour les professionnels et les patients
- Etablir une tarification des dispositifs médicaux remis en bon état d'usage permettant de garantir l'équilibre économique de la filière tout en sécurisant l'engagement de l'Assurance Maladie dans la prise en charge de droit commun
- En cas d'utilisation temporaire d'un dispositif médical (hors location), rendre sa restitution par le patient obligatoire afin de permettre sa remise en bon état d'usage et son usage par un nouveau patient.

De même, dans le champ des médicaments, de nombreuses boîtes demeurent inutilisées ou sont jetées sans même avoir été ouvertes. En garantissant le respect des normes de sécurité pour les assurés, et au regard des résultats attendus des études de quantification et caractérisation mentionnées ci-dessus, l'Assurance Maladie travaille avec l'ANSM à la possibilité de remettre dans le circuit certaines boîtes de médicaments non-ouvertes et non-périmées. Des travaux plus opérationnels seront à conduire avec les pharmaciens, les industriels, les PUI et les grossistes-répartiteurs pour que la réutilisation des médicaments non utilisés – lorsqu'elle est possible – devienne la norme.

²¹⁹ Rapport Denormandie, 2020

3.2.3 Refondre certains dispositifs de financement et de régulation en faveur d'une meilleure pertinence et d'une juste sollicitation du système de santé

Objectif 1 : Améliorer la pertinence à l'hôpital et ralentir la dynamique des PHEV

3.2.3.1 Déployer un nouveau dispositif d'intéressement des établissements, financé sur le risque, permettant de partager les gains réalisés en matière de PHEV (de type 50/50)

Au regard de la dynamique constatée depuis 2017 sur les prescriptions hospitalières en ville, il apparaît essentiel de déployer une politique ambitieuse et volontariste d'amélioration de la pertinence des prescriptions et de maîtrise médicalisée à l'hôpital d'ici 2030.

A ce jour, le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) constitue le principal instrument visant à améliorer la pertinence des soins hospitaliers. Tous les établissements ne font pas l'objet d'un CAQES : seuls certains établissements sont ciblés en fonction de leurs résultats sur les indicateurs nationaux et/ou régionaux. Pour ces établissements ciblés, la signature d'un CAQES est obligatoire et des dispositifs d'accompagnement portés par l'ARS, la CPAM voire des partenaires (exemple : Omedit) sont proposés.

Si la mise en œuvre des CAQES a permis de construire un véritable dialogue avec les établissements sur les différentes thématiques prioritaires de pertinence et de mettre en place des accompagnements spécifiques, force est de constater que les résultats liés à cette contractualisation demeurent limités et surtout marginaux au regard de l'évolution globale des PHEV. L'une des principales raisons avancées est la faiblesse du montant global de l'intéressement. En effet, le montant moyen reversé aux établissements dans le cadre du CAQES au titre de 2023 est d'environ 10 000€, ce qui constitue une part négligeable du budget moyen d'un établissement de santé.

Il est donc proposé de déployer dès la LFSS 2026 un nouveau dispositif d'intéressement des établissements, financé sur le risque, permettant de partager les gains réalisés en matière de PHEV de type « 50%/50% » entre l'Assurance Maladie et l'établissement.

Ce dispositif, simplifié et davantage incitatif, pourrait reposer sur le mécanisme suivant :

- A contrario du CAQES, mise en place d'un dispositif réglementaire, englobant l'ensemble des établissements de santé (et pas seulement ceux en écart aux pratiques), non plus fondé sur un contrat mais sur un protocole engageant les représentants des établissements de santé et les représentants de l'Etat sur des objectifs pluriannuels de pertinence ;
- Une incitation strictement positive (bonus financier pour l'établissement) ;
- Une méthode à définir avec le ministère et à concerter avec l'ensemble des fédérations hospitalières (objectifs en valeur absolue versus pourcentage d'évolution, champ de la PHEV concernée, modalités de prise en compte des évolutions d'activité et de patientèles de l'établissement, etc.) ;
- Pour les établissements les plus en écarts, un accompagnement, soit de l'ARS, soit de l'Assurance Maladie pourrait être mis en œuvre ;
- Un engagement à ce qu'une part de cet intéressement soit reversée à la maille du pôle ou du service hospitalier afin de toucher les prescripteurs.

3.2.3.2 Dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, viser une part variable à la qualité et à la pertinence représentant un montant croissant de l'enveloppe financière des établissements de santé : dispositif IFAQ rénové et simplifié

Annoncée par le Président de la République le 6 janvier 2023, la transition vers un nouveau modèle de financement réduisant la part de financement à l'activité (T2A) des établissements de santé MCO est amorcée. Dans le cadre de cette réforme, la volonté d'amplifier la part de financement par dotations et d'affirmer le caractère central du financement sur objectifs ou missions de santé publique a été clairement posée. A cet effet, la création du futur compartiment « dotation sur objectifs de santé publique » constitue une occasion de repenser les dispositifs existants de financement à la qualité et à la pertinence pour évoluer vers des mécanismes plus lisibles et surtout plus incitatifs pour les acteurs.

L'Assurance Maladie souhaite encourager les établissements de santé à améliorer la qualité de la prise en charge et la pertinence des actes et soins réalisés. A cet effet, l'Assurance Maladie propose dans le cadre de la réforme du financement hospitalier de consacrer à ce nouveau mécanisme de financement de la qualité une part substantielle du budget hospitalier pouvant aller jusqu'à 5% à 10% du budget des établissements (ratios identiques à la ROSP).

Si la réforme est d'ores-et-déjà en cours d'ingénierie, l'Assurance Maladie tient à rappeler ici ce qu'elle avait préconisé à la mission IGAS et au Ministère pour ce nouveau dispositif IFAQ : un financement rénové et simplifié s'appuyant sur un nombre limité d'indicateurs, directement calculé sur la base du système national des données de santé :

- Un indicateur relatif à la lettre de liaison ;
- Un indicateur relatif à l'alimentation du DMP ;
- Un indicateur relatif à la ré-hospitalisation ;
- Un indicateur sur les infections associées aux soins ;
- Un indicateur relatif à la chirurgie ambulatoire ;
- Un indicateur concernant les PHMEV (hors molécules onéreuses) ;
- Un indicateur de suivi des dépenses de transport prescrites par l'établissement de santé ;
- Des indicateurs de pertinence des actes : 10 à 15 actes à sélectionner sur des critères de poids financier et d'évolution des techniques médicales ;
- Un indicateur de mesure de la satisfaction et de l'expérience du patient ;
- Quelques indicateurs de processus et de résultat sur quelques grands parcours de pathologies chroniques dans les champs des cancers, de la psychiatrie et des maladies cardiovasculaires et associées (Exemple : taux de respect du parcours de soins en ville recommandé par la HAS, prise en charge de la douleur, etc.).

Ce groupe d'indicateurs pourrait être modulé selon la complexité de la patientèle (précarité, âge, ALD), comme l'Assurance Maladie le fait pour les médecins libéraux.

3.2.3.3 Transférer au budget des établissements de santé le coût des transports des patients dialysés qu'ils prescrivent

Entrée en vigueur au 1^{er} octobre 2018, la réforme dite de « l'article 80 » a permis d'unifier les modalités de prise en charge des dépenses de transports inter et intra-hospitaliers. Ainsi, depuis cette réforme, les transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé sont pris en charge par l'établissement à l'origine de la prescription de transport.

Toutefois, le périmètre de cette réforme demeure très limité et représente une part minime des dépenses de transports sanitaires (<10% des dépenses de transport prescrites par les établissements). De ce fait, la réforme peine encore à apporter des changements structurels dans la gestion et le pilotage de la dépense de transport sanitaire au sein des établissements de santé.

Aussi, pour aller plus loin en particulier dans le champ des activités plus facilement programmables et inciter les établissements à une meilleure efficacité des transports (choix du mode de transport, transports partagés, organisation des entrées et des sorties, etc.), il est proposé, dès la LFSS 2026, de donner aux établissements les moyens de ce pilotage en intégrant dans leur tarification les transports liés à la réalisation de séances de dialyse qui représentent près de 12% des dépenses de transports

3.2.3.4 Revoir le financement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers durant un séjour d'hospitalisation en établissement public de santé

Si le virage de l'hôpital vers une activité ambulatoire doit être soutenue, des prérequis doivent également être envisagés pour éviter parfois un double paiement de l'activité libérale à l'hôpital particulièrement marqué sur le champ de l'ambulatoire. Il s'agit de la première recommandation de la Cour des comptes dans son rapport « les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité » publié en octobre 2023 : « Réformer la tarification de l'activité libérale dans les établissements publics de santé de manière à éviter que l'assurance maladie paye deux fois le temps médical consacré aux prestations, une première fois au titre du GHS et une deuxième fois au titre des honoraires des praticiens ».

Le praticien hospitalier titulaire exerçant une activité libérale au sein de l'établissement public qui l'emploie perçoit, en sus du salaire versé par l'établissement, les honoraires et dépassements éventuels qu'il facture à ses patients. En contrepartie, il verse à son établissement une redevance fixée par voie réglementaire dont le taux s'échelonne entre 15 % et 60 % des honoraires perçus, selon la nature des consultations ou des actes et du statut universitaire ou non de l'établissement. Cette possibilité est réservée à la condition qu'ils exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature au titre du secteur public hospitalier et que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre du secteur public hospitalier (CSP, art. L. 6154-1 et suivants).

Des analyses ont démontré que près de 166 M€ d'honoraires ont été facturés en sus des GHS (exclusion du premier et du dernier jour d'hospitalisation afin de cibler exclusivement les actes liés au séjour d'hospitalisation – scénario 1). Le seuil s'élève à 367 M€ en intégrant également dans le périmètre le premier et le dernier jour d'hospitalisation (scénario 2). Près de la moitié de ces dépenses concernent des actes de chirurgie (89 M€ selon le scénario 1, 168 M€ selon le scénario 2). Si l'on considère que les actes de chirurgie sont nécessairement liés à une hospitalisation, nous pourrions ainsi considérer que ce montant s'élève à 245 M€.

L'Assurance Maladie ne remet pas en cause la réglementation encadrant la possibilité pour les praticiens temps pleins de pouvoir réaliser une activité libérale qui est un élément important d'attractivité et de fidélisation du personnel médical des établissements publics de santé. **Néanmoins, le financement de ces établissements devrait prendre en considération ce double financement imputable aux dépenses de sécurité sociale.**

Objectif 2 : Améliorer la pertinence en ville

3.2.3.5 D'ici 2027, construire un dispositif de régulation sectorielle pour mieux encadrer les dépenses de dispositifs médicaux de la LPP

La forte dynamique constatée sur le champ de la LPP ces dernières années interroge l'efficacité des instruments de régulation disponibles. Aussi, l'Assurance Maladie souhaite instruire la possibilité de construire un dispositif de régulation sectorielle permettant de se prémunir de trop fortes hausses annuelles des dépenses de dispositifs médicaux au titre de la LPP. En tirant les enseignements de la clause de sauvegarde mise en place sur le champ du médicament, il s'agira de construire un instrument pleinement adapté aux spécificités du secteur.

3.2.3.6 Dès 2026, revoir les modalités d'encadrement et la tarification de la PPC pour revenir à des standards proches de ceux observés à l'étranger

Fort des constats exposés précédemment sur les standards de prix observés à l'étranger, la révision de la nomenclature à venir est l'occasion de redéfinir la tarification et le contenu des prestations associées pour concilier les impératifs de soutenabilité de la dépense publique (en réduisant significativement l'écart de prix avec l'Allemagne) et le maintien d'une prise en charge de qualité en s'appuyant sur les prestataires et les nouvelles fonctionnalités développées par les machines.

3.2.3.7 Renforcer la régulation à l'installation des infirmiers libéraux via l'extension des zones sur-denses et l'instauration d'une règle de « deux départs pour une installation » dans les zones très sur-dotées

Si la forte disparité de répartition des effectifs IDEL sur le territoire constitue en premier lieu une problématique d'accès aux soins, l'analyse proposée infra (§ 3.1.5.3) tend à démontrer un lien direct entre répartition des professionnels et niveau de la dépense paramédicale remboursée : plus la densité est importante sur un territoire, plus la dépense par professionnel et par patient unique est importante. Cela s'accompagne en zone très sur-dotée d'une majoration significative des honoraires des IDEL par rapport aux autres zones.

Cette déformation de la structure de l'activité interroge la pertinence des soins réalisés ainsi que le montant de la dépense associée. Dans un contexte marqué par une stagnation (voire une légère régression) de la démographie d'IDEL sur les 3 dernières années, cette problématique de répartition géographique se pose avec d'autant plus d'acuité.

Ainsi, il est proposé de renforcer les règles de régulation à l'installation aujourd'hui à l'œuvre pour les IDEL pour :

- Etendre les zones sur-denses
- Aller progressivement vers le remplacement d'un départ sur 2 pour ces professionnels en zones très sur-dotées.

En marge de cette régulation renforcée, des actions spécifiques d'accompagnement et de maîtrise médicalisée seront mises en place afin de sécuriser la pertinence des pratiques dans les zones très sur-dotées et de clarifier les règles relatives au salariat et au remplacement.

Proposition 36 : Faire connaître l'investissement public dans la santé au global (campagnes sur le coût d'un accouchement, une nuit à l'hôpital, etc.) et restituer à chaque assuré ce que l'Assurance Maladie a réellement investi pour sa consommation de soins

Proposition 37 : Développer le « retour d'information aux PS » sur leurs pratiques afin de leur permettre d'adapter au mieux leur exercice professionnel par eux-mêmes, en se comparant à leurs pairs

Proposition 38 : A différents stades de la carrière du professionnel de santé conventionné, s'assurer de sa bonne connaissance des dispositifs de facturation et de l'état de l'art en matière de qualité et de pertinence

Proposition 39 : Assurer une utilisation systématique du DMP en baissant les tarifs en cas d'absence d'alimentation du DMP-MES (biologie-radiologie en priorité)

Proposition 40 : Développer fortement la déprescription

Proposition 41 : Rendre obligatoire le recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération (avec IA) et étendre leur champ d'action (biologie, radiologie, transports)

Proposition 42 : D'ici 2030, viser la sécurisation de l'ensemble des prescriptions onéreuses ou sensibles via la généralisation de l'ordonnance numérique couplée à un large arsenal d'outils de contrôle de la pertinence

Proposition 43 : Mettre en place une plateforme de commandes de transports gérée par l'Assurance Maladie prioritairement à l'appui des médecins de ville

Proposition 44 : Diminuer l'impact carbone et environnemental des prescriptions et engager avec l'ANSM des travaux sur la réutilisation des produits de santé non-ouverts et non-périmés pour limiter le gaspillage

Proposition 45 : Déployer un nouveau dispositif d'intéressement des établissements, financé sur le risque, permettant de partager les gains réalisés en matière de PHEV (Prescriptions hospitalières exécutées en ville)

Proposition 46 : Dans le cadre de la réforme du financement hospitalier, viser une part variable à la qualité et à la pertinence représentant un montant croissant de l'enveloppe financière des établissements de santé dispositif IFAQ rénové et simplifié (e.g. ROSP = 10%)

Proposition 47 : Transférer aux établissements de santé le budget des transports des patients dialysés dont ils auront désormais la gestion

Proposition 48 : Revoir le financement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers durant un séjour d'hospitalisation en établissement public de santé

Proposition 49 : Dès 2026, revoir les modalités d'encadrement et la tarification de la PPC pour revenir à des standards proches de ceux observés à l'étranger

Proposition 50 : D'ici 2027, construire un dispositif de régulation sectorielle pour mieux encadrer les dépenses de dispositifs médicaux de la LPP

Proposition 51 : Renforcer la régulation à l'installation des infirmiers libéraux via l'extension des zones sur-denses et l'instauration d'une règle de « deux départs pour une installation » dans les zones très sur-dotées

4 Fiabilisation de la facturation et lutte contre les fraudes

4.1 Améliorer la qualité de la facturation des professionnels pour réduire les dépenses indues

4.1.1 Les erreurs de facturation, source importante de prise en charge de dépenses indues pour l'Assurance Maladie

La mesure de la qualité de facturation des frais de santé, un outil indispensable pour repérer les principaux risques d'erreurs

Depuis 2008, l'Assurance Maladie évalue annuellement les risques d'erreurs de facturation auxquels elle est confrontée : ce travail est indispensable pour identifier et analyser les principales erreurs commises par les professionnels de santé lors de leurs facturations d'actes réalisés ou de produits délivrés, pour en suivre leur évolution dans le temps et pour mettre en place des actions correctives afin de les réduire.

Chaque année, un échantillon représentatif de factures déjà remboursées est ainsi recontrôlé par les experts de l'Assurance Maladie pour vérifier si des anomalies de facturation n'ont pas pu être stoppées en amont dans la chaîne de traitement des remboursements. Les résultats sont ainsi transmis à la Cour des Comptes, qui attache une attention toute particulière à ces données qui sont un des éléments essentiels de la certification des comptes de la branche maladie.

Cette mesure des risques financiers permet ainsi d'identifier les principales sources d'erreurs auxquelles l'Assurance maladie est confrontée et d'en suivre les évolutions d'une année sur l'autre. En 2023-2024, les 5 catégories de professionnels pour lesquelles les montants d'anomalies financières étaient les plus importantes étaient ainsi les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les transporteurs sanitaires et les taxis.

Tableau 23 : Enjeux financiers liés aux anomalies de facturation sur les principales professions en 2023-2024

Principales professions	2023	2024
Chirurgiens-dentistes	64 M€	33 M€
Fournisseurs	105 M€	219 M€
Infirmiers libéraux	584 M€	566 M€
Laboratoires d'analyse médicale	136 M€	83 M€
Masseurs-kinésithérapeutes	254 M€	660 M€
Médecins généralistes	67 M€	59 M€
Médecins spécialistes	158 M€	131 M€
Pharmaciens	566 M€	502 M€
Sages-femmes	10 M€	22 M€
Taxis	346 M€	273 M€
Transporteurs sanitaires	499 M€	563 M€

Source Cnam – résultats IFPN 2023-2024

L'analyse des résultats de cet indicateur de fiabilité des prestations en nature permet également d'étudier la nature des principales anomalies rencontrées par catégorie de professionnels de santé (cf. Tableau 24).

Tableau 24 : Principales anomalies avec impact financier par catégorie de professionnels

Masseur-kinésithérapeutes	Coefficient facturé supérieur à la prescription
	Facturation 100% alors que la prescription médicale n'est pas en lien avec une ALD
Infirmiers	Facturation 100% alors que la prescription médicale n'est pas en lien avec une ALD

Pharmaciens	Actes non remboursables / Non prévus à la NGAP
	Date de prescription imprécise/incomplète/illisible
	Facturation de médicaments non inscrits sur la prescription
	Nombre de renouvellements non précisé sur l'ordonnance
Taxis	Délivrance de produit en quantité supérieure à la quantité nécessaire au traitement prescrit sur la période
	Erreur sur le nombre de kilomètres facturés
	Taux d'abattement non respecté
Transporteurs sanitaires	Distance facturée différente du distancier
	Erreur sur le nombre de kilomètres facturés
	Données de facturation non conforme au Référentiel National des Transporteurs

Source Cnam – résultats IFPN 2024

L'analyse de ces différentes données permet ainsi à l'Assurance Maladie d'enclencher des actions d'accompagnement mais aussi de contrôle des professionnels de santé.

4.1.2 Renforcer l'accompagnement des professionnels de santé lors de leur installation

Les professionnels de santé qui s'installent en libéral découvrent bien souvent les règles de facturation à l'Assurance Maladie : cotations des actes (Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Classification Commune des Actes Médicaux), modalités de facturation, prise en compte des droits des assurés... Cette méconnaissance engendre souvent des erreurs générant des indus au détriment de la sécurité sociale, mais parfois aussi un manque à gagner au profit du professionnel. Il est donc essentiel pour l'Assurance Maladie d'intervenir au plus tôt auprès de ces nouveaux professionnels de santé en libéral afin qu'ils adoptent le plus rapidement possible les bonnes pratiques de facturation, et éviter ainsi de prendre de mauvaises habitudes qui s'installent ensuite dans la durée.

Présentation du dispositif mis en place pour les infirmiers libéraux

Après une première expérimentation dans quelques départements en 2019/2020, l'Assurance Maladie a généralisé depuis septembre 2021 un dispositif d'appui aux infirmiers libéraux qui s'installent pour la 1^{ère} fois en libéral. Cette Mission Installation et Pratiques des Professionnels de Santé (MIPPS) a d'abord été déployée auprès des infirmiers cette profession ayant la démographie la plus dynamique et avec des enjeux financiers liés aux anomalies de facturation représentant des montants annuels importants.

Pour chaque nouvel installé, un accompagnement en trois temps étalé sur 12 mois est réalisé :

- le professionnel est d'abord accompagné via un rendez-vous d'installation,
- son activité est contrôlée une première fois après les premiers mois d'activité,
- un second contrôle de facturation est effectué après un an d'activité.

Le rendez-vous d'installation est un moment d'échanges entre le professionnel et les équipes de la CPAM qui vont lui expliquer en détail les règles de facturation et remettre un memento reprenant les principales règles à respecter ainsi que les principales erreurs habituellement commises et comment les éviter. Ainsi, en 2024, sur les 4.900 infirmiers nouvellement installés, plus de 4.000 ont bénéficié de ce rendez-vous.

Le premier contrôle d'activité après 3-4 mois de facturation permet ensuite de mesurer la qualité de facturation après plusieurs semaines de pratique professionnelle. Initialement, ces contrôles étaient réalisés a posteriori, ce qui impliquait de notifier un indu en cas d'anomalies constatées en défaveur de l'Assurance Maladie.

Depuis le début 2025, ces contrôles s'effectuent avant paiement : le professionnel est alors immédiatement prévenu par messagerie que sa facture est incompatible avec la réglementation et pourquoi. Les équipes chargées du contrôle doublent l'information par un appel téléphonique pour expliquer au professionnel le motif et détailler avec lui la règle de facturation et les modifications nécessaires à son paiement. Il a ensuite la faculté de reprendre sa facture dès le lendemain et de modifier sa pratique pour que la facture devienne remboursable.

En 2024, la facturation de plus de 4.500 infirmiers libéraux a été contrôlée en début d'activité, soit près de 158 000 factures représentant 17 millions d'euros de prestations santé : plus de 10%% des factures présentaient des anomalies avec incidence financière pour un montant de 1,8 millions d'euros, ce qui démontre toute l'utilité de ces contrôles rapides après le début d'installation.

A 12 mois, les contrôles concernent uniquement les professionnels qui présentaient le plus fort taux d'erreurs de facturation en début d'activité. Ainsi, en 2024, la facturation de 2500 infirmiers installés en 2023 a été vérifiée, soit près de 85.000 factures contrôlées. 12% des factures présentaient encore des erreurs, pour un montant global de 700.000 €.

Ce dispositif d'accompagnement et de contrôle continue à évoluer et à se renforcer pour mieux aider les professionnels : ainsi l'Assurance Maladie souhaite mettre à disposition des infirmiers libéraux d'ici début 2026 un outil d'aide en ligne sur la facturation. Par ailleurs, les infirmiers du service médical vont être mobilisés pour prendre contact avec les professionnels rencontrant le plus de difficultés dans leur facturation.

Etendre progressivement la MIPPS aux autres catégories de professionnels de santé dans les 3 années à venir

Le déploiement de la Mission Installation et Pratiques des Professionnels de Santé figure parmi les engagements pris par l'Assurance Maladie dans sa Convention d'Objectifs et de Gestion 2023/2027 avec l'Etat au regard des enjeux financiers liés à la qualité de la facturation.

En 2025, le dispositif sera expérimenté dans 6 CPAM avec la profession des masseurs-kinésithérapeutes avant une généralisation à l'ensemble du territoire prévue début 2026.

Un parcours d'accompagnement sera également proposé aux médecins généralistes courant 2026 concernant la prescription des arrêts de travail.

Enfin, des expérimentations suivies d'une généralisation seront lancées avec d'autres professions : les sages-femmes et les transporteurs sanitaires en 2026 puis les orthophonistes et les pharmaciens en 2027. D'autres professions seront ensuite ultérieurement concernées.

Rendre obligatoire le suivi d'une formation à la facturation pour valider le conventionnement d'un PS avec l'AM

Malgré le dispositif d'aide à la facturation mis en place par l'Assurance maladie, les taux d'erreurs de facturation restent à des niveaux trop importants, comme le montrent les résultats des contrôles à 12 mois des professionnels qui ont pourtant été accompagnés dans le cadre de la MIPPS. Il convient donc d'envisager un dispositif plus contraignant et l'Assurance Maladie souhaite rendre obligatoire le suivi par tout professionnel de santé conventionné d'une formation à la facturation.

Cette formation pourrait ainsi être proposée par les instituts de formations professionnels actuels sur la base d'un cahier des charges validé par l'Assurance maladie et issus des enseignements partagés des contrôles réalisés sur la profession. Le suivi de cette formation dans les premiers mois de l'installation serait nécessaire pour confirmer le conventionnement du professionnel concerné

4.1.3 Encourager les professionnels de santé à mieux facturer tout au long de leur activité

Inciter les professionnels à améliorer la qualité de leur facturation : l'exemple réussi de la convention pharmaceutique

En 2022, face au constat de l'importance des anomalies financières repérées dans le cadre de l'indicateur annuel de la qualité de la facturation pour les pharmaciens (4,4% des factures avec des anomalies représentant plus de 1,1 milliards d'euros en 2022), l'Assurance Maladie et les représentants de la profession ont souhaité d'un commun accord inciter les professionnels à améliorer la qualité de leur facturation.

Ainsi, la nouvelle convention pharmaceutique du 9 mars 2022 met en place un nouveau dispositif de rémunération sur objectifs « pour le développement du numérique en santé et l'amélioration de l'accès aux soins », qui introduit notamment explicitement un objectif d'« amélioration de la qualité de la facturation ». Ainsi a été défini un indicateur composite comprenant 3 sous-objectifs relatifs aux :

- taux de flux télétransmis en mode sécurisé,
- taux de rejets des feuilles de soins transmises,
- taux de doubles paiements (c'est-à-dire des factures transmises en double pour le même produit délivré à la même personne le même jour et pour la même ordonnance).

Pour chacun de ces indicateurs, des objectifs sont définis nationalement, avec des points attribués en fonction de l'écart à l'objectif. Le score agrégé détermine alors un éventuel malus, compris entre 10 et 30%, sur la rémunération sur objectifs pour la modernisation des échanges numériques et l'accès aux soins préalablement calculée.

Lors de la 1^{ère} année de mise en place de ce dispositif, le montant total du malus, c'est-à-dire de retenues sur le montant total de la rémunération sur objectif qui aurait dû être versée, a atteint au total 3,1 millions d'euros, puis 1,5 M€ en 2023 et 1,3 M€ en 2024.

Le fait significatif est l'amélioration notable de la qualité de la facturation des pharmaciens constatée dans l'indicateur national des risques financiers : de 4,4%, le taux d'anomalies est passé à 3,1% en 2023 puis 2,6% en 2024. Cela se traduit par une réduction massive des erreurs de facturation en montant : de 1,1 milliards d'euros en 2024 à 566 millions en 2023, puis 502 M€ en 2024.

Ce dispositif innovant introduit dans la convention pharmaceutique démontre ainsi que l'engagement de la profession aux côtés de l'Assurance maladie sur le sujet de la qualité de la facturation porte ses fruits.

C'est pourquoi l'Assurance Maladie propose d'introduire dans les conventions avec les autres professions un dispositif similaire, qui s'appuie sur des objectifs simples et partagés de qualité de facturation, avec une contrepartie financière à la clé. La nouvelle négociation conventionnelle qui s'ouvre entre l'Assurance Maladie et les représentants des infirmiers libéraux sera l'occasion d'étendre ce dispositif à cette profession dès 2025, avant de l'envisager d'ici fin 2026 pour les masseurs-kinésithérapeutes et les médecins généralistes.

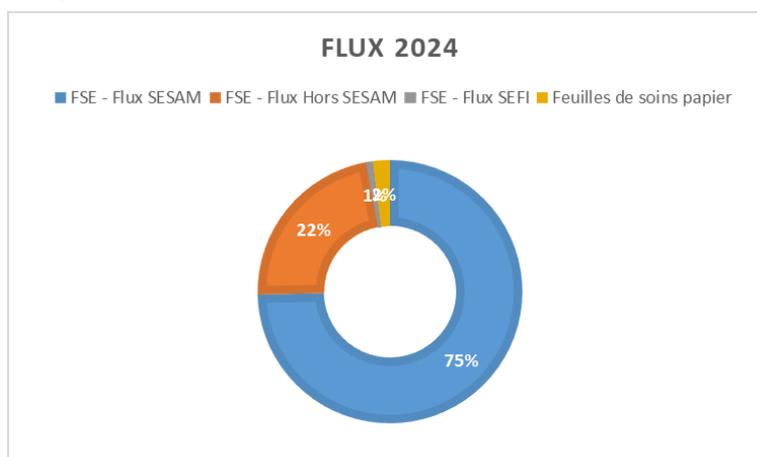
4.2 Renforcer la sécurité des échanges afin de limiter les risques d'erreurs ou de fraudes

4.2.1 Les échanges non sécurisés ou non fiabilisés, sources d'anomalies et de fraudes

Une part importante de la facturation à l'Assurance Maladie s'effectue en flux dégradés

En 2024, près d'1,6 milliard de flux de facturation ont été reçus par l'Assurance Maladie : 75% d'entre eux sont des flux télétransmis sécurisés, c'est-à-dire avec l'usage concomitant de la Carte du Professionnel de Santé (CPS) et la Carte Vitale de l'Assurés. Ce taux de 75% reste cependant stable au cours des 3 dernières années. De nombreux flux restent encore non sécurisés : ainsi en 2024, les télétransmissions sans carte vitale (le professionnel complète la feuille de soins électronique en remplissant uniquement le NIR de l'assuré) représentent 350 millions de flux, dont près de 100 millions pour les pharmaciens.

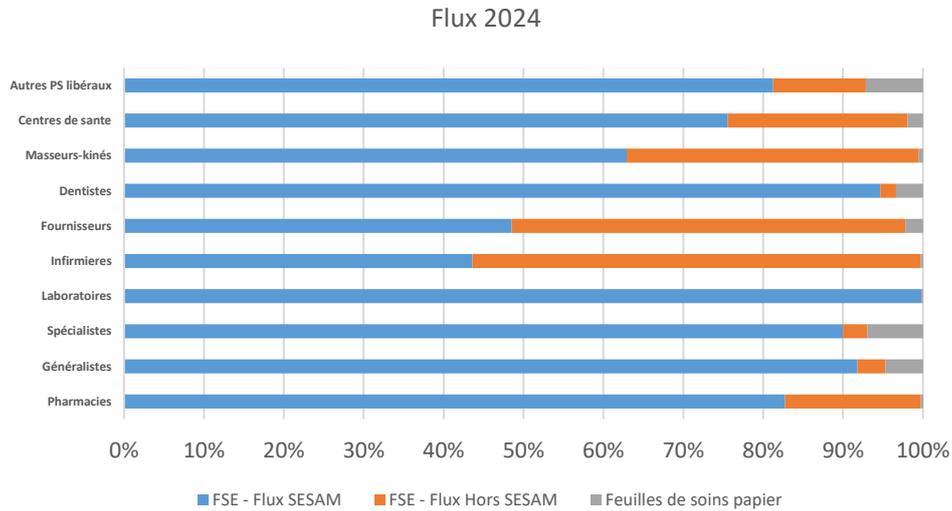
Figure 82 : Qualité des flux de facturation transmis à l'Assurance Maladie



Source : CNAM

Certaines catégories de professionnels de santé présentent des taux de flux sécurisés structurellement plus faibles que les autres professions : infirmiers, fournisseurs, masseurs-kinésithérapeutes par exemple. Cela peut notamment être lié, pour les infirmiers par exemple pour lesquels 56% de leur activité est facturée en flux dégradés, au fait qu'une partie importante des soins s'effectue à domicile, alors que la facturation est effectuée ultérieurement par le professionnel.

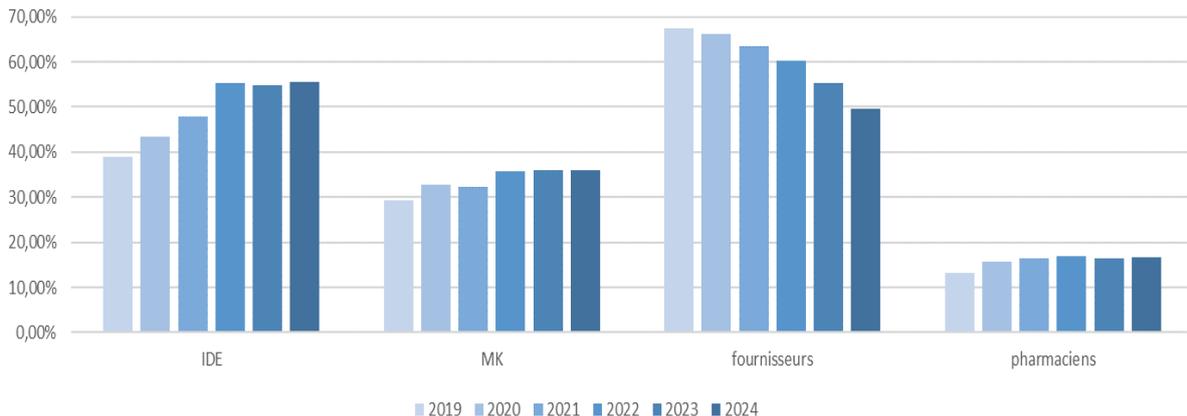
Figure 83 : Répartition du type de flux par catégorie de professionnels de santé



Source : CNAM

Force est de constater que cette pratique de flux dégradés qui devait être exceptionnelle s'est développée au cours des années. Ainsi, une augmentation progressive du recours aux flux dégradés pour la facturation est mesurée entre 2019 (11,7%) et 2024 (16,2%) pour l'ensemble des professionnels de santé (hors établissements, transporteurs sanitaires et taxis qui ne peuvent facturer en flux FSE). Les évolutions ne sont cependant pas uniformes selon les professions : l'augmentation du recours au flux dégradés est sensible pour les infirmiers, alors qu'elle a diminué pour les fournisseurs ces dernières années.

Figure 84 : Evolution des taux de flux B2 entre 2019 et 2024 pour 4 catégories de professionnels de santé



Source : CNAM

Les flux non sécurisés, source de non qualité voire de fraudes

La qualité de la facturation émise par les professionnels de santé est directement impactée par le type de feuilles de soin émises : les résultats de l'indicateur sur la qualité de la facturation montrent ainsi que seulement 15% des erreurs constatées sont issues de flux sécurisés vitale bien qu'ils représentant 75% du total des flux. 41% des anomalies sont par contre le fait de flux télétransmis non sécurisés et 44% de feuilles de soins papier.

Les flux non sécurisés engendrent également un risque de fraudes accru : en effet, la télétransmission en l'absence de la carte vitale de l'assuré peut engendrer un risque de facturation à l'insu de l'assuré. Ainsi, de nombreuses fraudes aux audioprothèses ont été réalisées par des télétransmissions non sécurisées, couplées avec l'usage du tiers-payant : sont ainsi facturés des audioprothèses qui ne sont jamais été remises aux assurés.

Le renforcement de la sécurisation des flux est ainsi un enjeu fondamental pour améliorer la qualité de la facturation et réduire les erreurs ou les risques fraudes.

4.2.2 Mettre à disposition les outils nécessaires à la bonne facturation par les professionnels de santé

Les contrôles embarqués dans les outils de facturation des PS pour limitent les factures indues. Les transports sanitaires sont un secteur où le développement de ces contrôles pourrait permettre d'améliorer la facturation. La généralisation des outils existants peut permettre de s'assurer du respect des règles de facturation, que l'Assurance Maladie a initiés et qu'elle souhaite accélérer :

- 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.

Plus particulièrement, le SEFi encadre la transmission électronique des factures et pièces justificatives relatives aux prestations de transport sanitaire à destination de l'Assurance maladie. Il s'adresse aux transporteurs sanitaires pour remplacer les envois papier. Le dispositif s'applique à la majorité des transports (y compris itératifs et partagés), sauf exceptions comme les transports soumis à accord préalable ou urgents. Il concerne l'ensemble des bénéficiaires du régime général, des régimes partenaires, et gère notamment les cas de prise en charge spécifiques (CMU-C, AME, etc.), hors accidents du travail. Le SEFi propose des services en ligne obligatoires (consultation de prescription électronique, demande de vérification, validation de facture) et facultatifs (récupération automatique d'informations, simulation de prise en charge). En 2024, un peu plus de 70% de la facturation des transporteurs sanitaire était ainsi effectuée par le biais du SEFi, alors que cela reste encore très marginal du côté des taxis (moins de 2%).

Par ailleurs, en ce qui concerne les droits des assurés, le téléservice « acquisition des droits intégrée » (ADRI) permet aux professionnels de santé d'obtenir les informations concernant la situation médico-administrative d'un bénéficiaire de soins nécessaires à l'élaboration d'une facture. Intégré au logiciel de facturation SESAM-Vitale, ce dispositif permet de récupérer, sans saisie supplémentaire, les droits des bénéficiaires de soins, de fiabiliser la facturation, même en l'absence de support Vitale, et de réduire le volume des rejets, ce qui constitue un gain de temps. Trois modes d'utilisation sont actuellement à disposition du professionnel de santé : systématique (déclenchement automatique à chaque feuille de soins) ; automatique (déclenchement en cas de support Vitale non mis à jour ou en son absence) ; manuel (déclenchement au cas par cas, à l'initiative du professionnel de santé). Enfin, les informations retournées par ADRI sont automatiquement exploitées par le logiciel métier pour constituer la feuille de soins électronique (FSE).

Par conséquent, rendre obligatoire la consultation des droits par ADRI en l'absence de carte Vitale limiterait, d'une part, les rejets, et, d'autre part, les indus. Il s'agit donc d'à la fois renforcer l'efficacité des systèmes de facturation et de lutter contre les abus et les fraudes, dans une optique de soutenabilité financière.

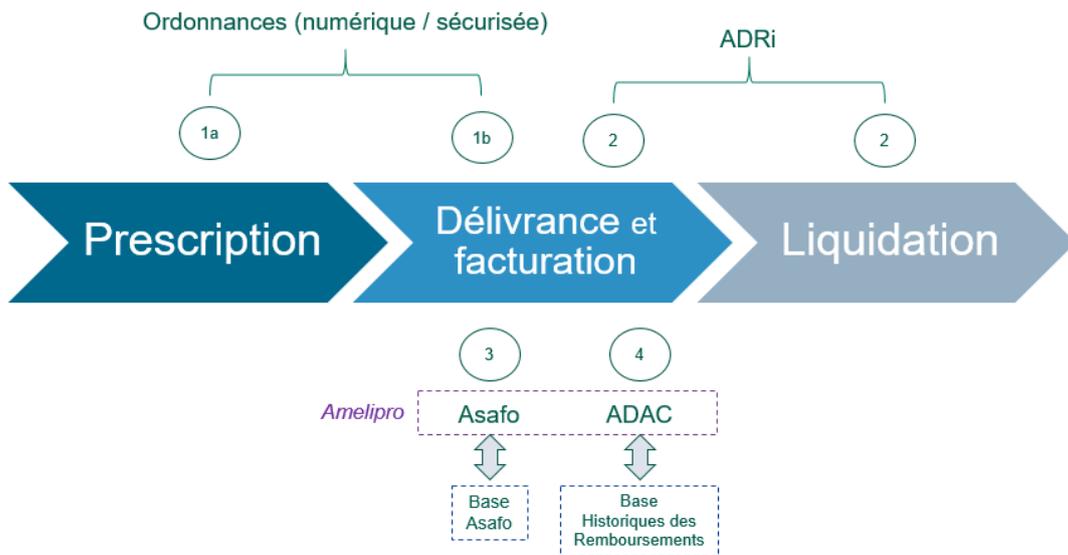
4.2.3 Faciliter la qualité et le contrôle de l'exécution des prescriptions

L'ordonnance numérique pour les médicaments et la sécurisation de l'ensemble de la chaîne de facturation du médicament

L'ordonnance numérique vise à dématérialiser et sécuriser le circuit de la prescription entre les médecins et les professionnels de santé prescrits. Ce processus de dématérialisation de l'ordonnance qui sécurise et simplifie le circuit doit être généralisé à toutes les prescriptions de produits de santé, actes et prestations (ordonnance du 18 novembre 2020 et décret du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique).

Les premières expérimentations de l'ordonnance numérique pour les médicaments ont été lancées en 2019 dans 3 départements (Maine-et-Loire, Saône-et-Loire et Val-de-Marne). En septembre 2022, une présérie a été déployée sur 8 départements. Le début de la généralisation a été entamée fin 2022 pour la prescription par les médecins de ville prescripteurs (généralistes et autres spécialistes) des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

Figure 85 : vue d'ensemble du processus de sécurisation de la chaîne du médicament



De façon globale, la généralisation de l'ordonnance numérique apporte une sécurisation de l'ensemble du processus de prescription et de dispensation. Pour un champ de prescription donné, elle permet de disposer de façon structurée et exploitable des données de prescription, ce qui améliore l'efficacité des opérations de contrôle. A la différence du système actuel – scan des prescriptions, peu exploitable –, l'ordonnance numérique facilite les contrôles en matière de prescriptions, et permet d'envisager une évolution de ses modalités, avec la possibilité de mettre en place des formes de contrôle *a priori* de la cohérence entre la délivrance et la prescription.

Ainsi, la généralisation de l'ordonnance numérique à d'autres secteurs, notamment la biologie, la radiologie et le paramédical, améliorerait la qualité et le contrôle de l'exécution des prescriptions.

En effet, conformément à sa stratégie d'intensification des opérations de surveillance, de leur qualité et de leur efficacité, tout au long de la chaîne du médicament notamment, il est désormais essentiel de faciliter les contrôles de la bonne exécution des prescriptions par l'Assurance Maladie en permettant l'utilisation des données issues de l'ordonnance numérique pour vérifier la bonne délivrance des produits ou la correcte facturation des actes prescrits

Permettant de vérifier la cohérence entre la délivrance et la prescription, un tel dispositif s'inscrirait dans l'amélioration des capacités de détection des fraudes et d'efficacité des contrôles de l'Assurance Maladie. Il s'agirait donc d'une sécurisation supplémentaire du circuit de la prescription de produits de santé, dans un contexte de hausse et d'évolution des comportements frauduleux, qui concernent notamment les médicaments antidiabétiques (utilisation des réseaux sociaux pour obtenir une prescription sans passer par un médecin, fraude en réseau avec des recrutements d'assurés sur internet).

Des téléservices spécifiques pour sécuriser les prescriptions et délivrances

Le téléservice d'aide à la détection d'atypies de consommation (ADAC) permet aux pharmaciens de contrôler la consommation de certains produits de santé dont les quantités pouvant être dispensées sont régulées. ADAC présente, pour un patient donné : les quantités prises en charge par l'Assurance Maladie pour quatre produits (bandelettes de glycémie, capteurs de glucose interstitiel, subutex et génétiques, anticancéreux onéreux) sur une profondeur d'historique spécifique à chacun d'eux ; la date du dernier remboursement par produit. Ce dispositif poursuit trois objectifs : la bonne dispensation des produits concernés, la maîtrise des dépenses et la lutte contre la fraude.

Dans le cadre d'une expérimentation menée depuis le premier semestre 2024, ADAC a été déployé auprès de 51 pharmacies volontaires situées dans les départements de l'Ille-et-Vilaine, de la Manche, de Paris, du Pas-de-Calais, du Puy-de-Dôme, des Pyrénées-Atlantiques, du Val-de-Marne et du Vaucluse. Le téléservice a déjà permis la détection de certaines fausses ordonnances et de contrôler le respect des seuils de prescription de bandelettes de glycémie et de capteurs de glucose interstitiel. Des signalements ont donc pu être remontés à l'Assurance Maladie.

La mise à disposition d'ADAC à l'ensemble des pharmaciens renforcerait le contrôle de la délivrance des produits de santé et des atypies de consommation dans un double objectif de maîtrise des dépenses et de lutte contre la fraude.

Par ailleurs dans le cadre des actions de la lutte contre les fausses ordonnances, axe majeur de la stratégie de lutte contre la fraude de l'Assurance Maladie (13,4 M€ de fraudes stoppées en 2024), le téléservice ASAFO Pharma est disponible via amelipro depuis le mois d'août 2024. En cas de suspicion d'une fausse ordonnance, le pharmacien peut vérifier depuis amelipro si l'ordonnance a déjà été identifiée comme frauduleuse ou la signaler à sa caisse d'assurance maladie (CPAM). Plus de 10 000 ordonnances suspectes de fraudes ont été transmises par les pharmaciens entre août 2024 et avril 2025 : après vérification auprès des prescripteurs par l'Assurance maladie, 3 ordonnances signalées sur 4 sont effectivement confirmées frauduleuses.

4.2.4 Renforcer les contreparties du tiers-payant et de la garantie de paiement :

Le tiers-payant, une source potentielle de fraudes de la part de certains professionnels de santé

Le tiers payant permet aux assurés sociaux de ne pas faire l'avance de certains frais de santé, l'Assurance Maladie versant directement le tarif de la consultation ou de l'acte aux professionnels de santé. Dans certaines situations (bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire, personnes en affection de longue durée, femmes enceintes), le tiers payant est total : l'assuré ne paie que ce qui n'est pas pris en charge par l'Assurance Maladie (au minimum la participation forfaitaire est payée par tous).

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 a généralisé la possibilité de tiers-payant, pour la partie remboursée par la Sécurité sociale. Ainsi, pour des soins sans rapport avec l'ALD, le médecin peut (sans obligation) pratiquer un tiers payant uniquement sur la part assurance maladie obligatoire (AMO) ou sur la part AMO et la part assurance maladie complémentaire sous réserve d'avoir signé des conventions avec les complémentaires.

Si le tiers-payant permet ainsi de solvabiliser la demande de soins et de faciliter l'accès aux soins notamment onéreux, il génère aussi un risque accru de fraudes par le fait que le professionnel peut facturer des actes ou produits qui n'ont en fait été ni réalisés ni délivrés, sans que l'assuré ne se rende compte de cette fraude (sauf s'il surveille régulièrement son compte ameli). Ainsi, en 2024, 246 millions d'euros de fraudes détectés et stoppés sur les 416 M€ de fraudes en provenance des professionnels de santé libéraux provient d'actes non réalisés, c'est-à-dire fictifs, ou de produits non délivrés.

Conditionner le tiers-payant à l'utilisation de la carte vitale pour réduire les risques de fraude : les exemples des avenants conventionnels avec les syndicats d'audioprothésistes et des pharmaciens

Face au constat de fraudes massives aux audioprothèses par la facturation en tiers-payant à l'insu des assurés, l'Assurance Maladie et les représentants des audioprothésistes ont conclu le 4 novembre 2024 un avenant à la convention nationale avec l'objectif de renforcer la sécurisation du processus de facturation en liant le bénéfice du tiers-payant à l'usage de la carte vitale des assurés. En conditionnant le tiers-payant et à l'usage de carte vitale, l'objectif est de limiter les risques de fraudes liées à la facturation de produits non délivrés : en effet, seule une complicité de l'assuré, ou le vol d'une carte vitale, permettent alors de frauder l'Assurance Maladie.

Depuis le 1er janvier 2025, tout audioprothésiste doit ainsi obligatoirement facturer les aides auditives selon la norme Sesam Vitale en flux sécurisé pour pouvoir pratiquer le tiers-payant sauf pour ceux qui n'ont pas de carte Vitale (les bénéficiaires de l'AME et les détenus) et pour les prestations de suivi et les régularisations de factures. L'impact sur le taux de FSE a été immédiat, en étant multiplié par 2 depuis le dernier trimestre 2024 (environ 45%) : 90% en février puis près de 95% en avril 2025.

Avec le même objectif de lutte contre la fraude, l'avenant n°1 du 10 juin 2024 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officines introduit dans son article 11 le renforcement de l'utilisation de la carte vitale dans l'exercice du tiers payant, notamment pour les médicaments onéreux (plus de 300 € la boîte) et les produits à fort risque de trafics ou de mésusages tels que les stupéfiants certains antidiabétiques (tous les AGLP 1, l'insuline aspartate, l'association fixe sitagliptine + metformine et l'insuline glargine).

Ces deux avenants sont ainsi des exemples réussis d'une coopération entre l'Assurance Maladie et les représentants de professionnels de santé dans la lutte contre les fraudes.

Afin d'accélérer la lutte contre les fraudes, l'Assurance Maladie propose de généraliser le dispositif « tiers-payant contre carte vitale », ce qui nécessite une évolution législative afin de rendre obligatoire l'utilisation de la carte Vitale pour pratiquer le tiers-payant, y compris pour toutes les situations où celui-ci doit être obligatoirement appliqué par le professionnel de santé (C2S, ALD...).

Le développement de la version numérique de la carte Vitale au cours de l'année 2025 facilitera ce passage au « 100% carte Vitale ». Ainsi, lorsque l'assuré aura perdu sa carte Vitale matérielle, il pourra toujours présenter, via l'ApCV, sa carte numérique. L'attestation papier ne sera plus acceptée (juridiquement, elle n'est déjà pas autorisée).

Cette transition devra s'accompagner d'une campagne de sensibilisation des professionnels de santé et des assurés.

La garantie de paiement dans le cadre du tiers-payant ne permet pas toujours de mener les contrôles nécessaires sur la facturation

En contrepartie de la généralisation de la possibilité du tiers payant, la loi de modernisation du système de santé a introduit une « garantie de paiement » aux professionnels de santé (articles L. 161-36-3 et L. 160-10 du CSS) : dès lors qu'est envoyée une feuille de soins électroniques (FSE), le professionnel a la garantie d'être payé sur la base des informations inscrites dans la carte Vitale du patient, qu'elle soit ou non mise à jour. Ce paiement est garanti dans un délai de 7 jours, à défaut l'Assurance Maladie doit verser des pénalités au professionnel. En 2024, le délai moyen de règlement d'une FSE était ainsi de 4,2 jours (au 9^e décile).

Or ce délai de 7 jours est particulièrement court pour réaliser des contrôles approfondis pouvant rendre nécessaire de prendre contact avec le professionnel ou les assurés. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2021 et 2023 ont permis d'introduire des exceptions à ce délai de 7 jours, en le portant à 30 jours lorsque des faits de fraude sont suspectés de la part du professionnel et qu'il a déjà été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années ou lorsque l'organisme d'assurance maladie a déposé une plainte pénale à son encontre. Cette exception au délai de 7 jours est ainsi strictement encadrée.

Afin de renforcer la capacité de contrôles de l'Assurance maladie, il est proposé d'étendre le périmètre des dérogations au délai de 7 jours à d'autres situations: lors de l'engagement d'une procédure de pénalité financière pour fraude ou d'une plainte ordinale en plus des cas de dépôt de plainte pénale, et après prononcé de toute sanction pour fraude d'un professionnel de santé. Par ailleurs, le délai de 30 jours pourrait être porté à 60 pour donner plus de temps à l'Assurance Maladie de vérifier les flux, en interrogeant les assurés si besoin. Si le professionnel de santé est sanctionné pour fraudes, il est proposé de pouvoir lever pour une durée déterminée le bénéfice de la garantie de paiement.

4.3 Accroître la capacité de l'Assurance Maladie à stopper rapidement les fraudes

4.3.1 Les fraudes, un enjeu majeur pour l'Assurance maladie

Evaluation de la fraude : des enjeux financiers importants

Depuis 2021, l'Assurance Maladie s'est engagée dans une démarche d'évaluation des risques de fraudes auxquelles elle est confrontée. Cette initiative, présentée dans le Rapport charges et produits pour 2022, a l'objectif de mieux identifier l'ampleur de la fraude aux prestations d'Assurance maladie et d'en chiffrer les pertes financières potentielles. Cette stratégie vise ainsi à dépasser la seule logique du résultat constaté en prévenant les risques de manière proactive et en orientant mieux nos actions et nos moyens au regard des risques évalués.

En s'appuyant sur les données accumulées lors de précédentes campagnes de contrôle, et en procédant à des travaux statistiques d'extrapolation, la première phase d'évaluation du montant du risque de fraude à l'Assurance Maladie s'est achevée en 2024. Cette phase d'évaluation s'est appuyée sur les résultats des contrôles des dépenses de santé des années 2018 et 2019. A ce titre, 15 évaluations ont été réalisées couvrant le périmètre large de l'Assurance Maladie.

Ces travaux ont ainsi mis en évidence l'ampleur des risques de fraude et les enjeux pour les finances sociales.

Tableau 25 : Résultats du 1er cycle d'évaluation de la fraude portant sur 2018/2019

Prestation/acteur	Fourchette basse		Fourchette haute	
	Montant	%	Montant	%
Masseurs-kinésithérapeutes	166 M€	5,2%	234 M€	6,8%
Infirmiers libéraux	286 M€	5 %	393 M€	6,9 %
Transporteurs sanitaires et taxis	145 M€	3,9 %	177 M€	4,9 %
Médecins généralistes	185 M€	3,1 %	215 M€	3,5 %
Médecins spécialistes	139 M€	2,6 %	213 M€	4 %
Chirurgiens-dentistes	60 M€	2,4 %	96 M€	4 %
Pension invalidité	152 M€	2,3 %	158 M€	2,5 %
Fournisseurs LPP	41 M€	1,7 %	56 M€	2,1 %
Rentes AT/MP	60 M€	1,4 %	71 M€	1,6 %
C2S	24 M€	1,2 %	177 M€	8,7 %
Pharmaciens	91 M€	0,5 %	105 M€	0,6 %
Laboratoires	9 M€	0,27 %	13 M€	0,38 %
EHPAD	6 M€	0,1 %	7 M€	0,1 %
HAD	8 M€	0,7 %	11 M€	1 %
SAD	5 M€	0,4 %	5 M€	0,4 %

Source : CNAM

En 2024, une deuxième phase de travaux a débuté au cours de laquelle chaque acteur ou prestation sera réévalué. Ainsi les chiffrages relatifs à la complémentaire santé solidaire et aux infirmiers libéraux ont été réévalués en partant des contrôles réalisés sur les dépenses de l'année 2022. Ils mettent en évidence une stabilisation de la fraude en pourcentage, mais une hausse en terme d'enjeux financiers compte-tenu de l'augmentation des dépenses entre 2019 et 2022. Ces travaux de réévaluation vont se poursuivre jusqu'en 2027 sur l'ensemble des acteurs et prestations.

Tableau 26 : Résultats des premiers travaux de réévaluation de la fraude portant sur 2022

Prestation/acteur	Fourchette basse		Fourchette haute	
	Montant	%	Montant	%
Infirmiers libéraux	411 M€	5,4 %	482 M€	6,3 %
C2S	179 M€	7,7 %	210 M€	9 %

Source : CNAM

Des résultats de lutte contre la fraude en hausse continue

L'année 2024 a été marquée par un résultat record en matière de préjudice financier détecté et stoppé au titre de la lutte contre les fraudes, fautes et abus : près de 628 millions d'euros, soit une hausse de plus d'un tiers par rapport à l'année précédente (+34%). Alors que la crise sanitaire des années 2020/2021 avait fortement impacté les résultats de lutte contre la fraude, les données 2024 s'inscrivent dans la dynamique issue de la mise en place mi 2022 de la nouvelle stratégie globale de contrôle et de lutte contre les fraudes.

Figure 86 : Evolution des objectifs et résultats LCF depuis 2014



Source : CNAM

Ce résultat s'accompagne d'une dynamique importante sur le préjudice évité, qui permet de mesurer l'impact des actions menées pour empêcher des paiements indus ou pour modifier un comportement déviant. Il atteint un niveau sans précédent de 263 millions d'euros, en progression de 55 % en un an et reflète les résultats de la stratégie de prévention avec le renforcement des contrôles a priori.

Par ailleurs, la répartition des fraudes par catégorie d'acteurs montre que plus de la moitié des fraudes détectées est commise par des assurés, pour seulement 18 % des montants. Les fraudes commises par les professionnels de santé quant à elles représentent près de 26 % des fraudes en nombre, mais pour des montants bien plus élevés, soit 62 % du préjudice. Ces proportions a peu évolué au cours des dernières années.

Le principal fait marquant des dernières années est la hausse des résultats de la lutte contre les fraudes sur les dépenses de soins de ville (+100 M€ entre 2023 et 2024), marquée par des fraudes d'opportunité (fraudes aux tests antigéniques COVID en 2021/2022 par certaines pharmacies), des fraudes en réseau (centres de santé ou trafics de médicaments) ou des fraudes résultant de la mise en place de nouveaux dispositifs de prise en charge (100% santé pour les audioprothésistes)

Tableau 27 : Répartition des résultats LCF 2023-2024 par catégories de dépenses

	2023	2024	Taux d'évolution
Fraudes aux droits (PUMA, C2S, AME...)	27,5 M€	25,2 M€	-8,2%
Fraudes aux prestations en espèces (IJ, ATMP...)	39,1 M€	68,6 M€	+75,5%
Fraudes aux soins de ville	354,6 M€	449 M€	+26,6%
Fraudes aux dépenses en établissements	45,4 M€	85,1 M€	+87,3%
Total	466,6 M€	627,9 M€	+34,6 %

Source : CNAM

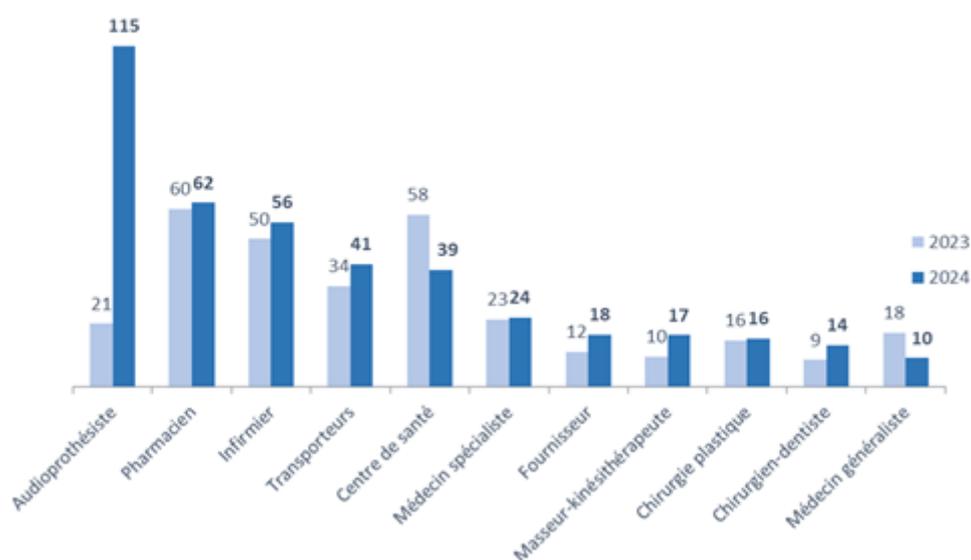
Une diversité des fraudes détectées

La répartition des préjudices détectés par profession de santé met en évidence des résultats particulièrement en hausse sur le champ des audioprothésistes, dont le préjudice détecté et stoppé est multiplié par plus de cinq en un an et atteint 115,2 millions d'euros, contre 21,3 millions d'euros en 2023. La lutte contre les fraudes aux audioprothèses a été un des principaux axes d'action LCF de l'Assurance Maladie en 2024 pour faire face à de multiples types de fraudes : usurpation d'identité d'assurés, facturations fictives, prescriptions frauduleuses, exercice illégal de la profession d'audioprothésiste et entreprises fantômes sans locaux ni personnel qualifié... C'est ce qui a conduit à la mise en place du dispositif tiers-payant contre carte vitale depuis le 1^{er} janvier 2025 (cf partie supra).

L'Assurance Maladie s'est également fortement mobilisée à l'encontre des réseaux de centres de santé qui présentent les mêmes anomalies de facturation dans l'ensemble de leurs centres répartis sur le territoire. En 2024, 6 réseaux de centres de santé ont été contrôlés avec des actions engagées. Les priorités d'action nationale en matière de contrôle des centres de santé continuent à porter leurs fruits puisque cette année le montant des préjudices s'élève à 39 millions d'euros, contre 58 M€ en 2023.

Parmi les autres catégories de professionnels de santé pour lesquels les préjudices financiers 2024 sont importants, les 62 M€ de fraudes commises par les pharmaciens sont constitués des 2 tiers de facturation à l'Assurance Maladie de produits non délivrés aux patients. Les fraudes commises par les infirmiers, dont le préjudice détecté et stoppé s'élève à 56 millions d'euros, relèvent principalement de facturations d'actes non réalisés, de falsifications d'ordonnances ou encore de doubles facturations. Quant aux transporteurs sanitaires et taxis, la facturation de transports non réalisés, les surfacturations kilométriques ou encore la falsification d'ordonnances expliquent un montant détecté et stoppé de 41,5 millions d'euros.

Figure 87 : Montant des fraudes par catégorie de professionnels de santé



Source : CNAM

Concernant les assurés, les fraudes représentent un préjudice détecté et stoppé de près de 109 millions d'euros en 2024. Elles relèvent principalement de la fraude documentaire pour obtenir des droits (fausses pièces d'identité), des prestations en espèces (faux arrêts de travail) ou des remboursements de frais de santé (fausses ordonnances).

Tableau 28 : Répartition de la fraude documentaire assurés - 2024

Type de fraudes documentaires	Préjudice financier
Faux arrêts de travail, faux certificats de travail, fausses déclarations de salaires	30 M€
Fausses ordonnances	13,5 M€
Fraude documentaire pour l'obtention de droits	15 M€
Total	58,2 M€

Source : CNAM

4.3.2 Renforcer les capacités d'intervention de l'Assurance Maladie face aux risque de fraude des professionnels de santé

Limiter les possibilités de re-conventionnement de PS sanctionnés pour fraudes ou impliqués dans des pratiques frauduleuses

La nouvelle stratégie de contrôle et de lutte contre la fraude déployée à partir de la mi-2022 s'est accompagnée par le renforcement de la politique de sanction vis-à-vis des fraudeurs, en fonction de la nature des faits et des enjeux financiers. Ainsi, l'Assurance Maladie pouvant activer plusieurs leviers :

- Actions pénales : signalements article 40 auprès du Procureur de la République ou plainte ordinaire
- Actions ordinaires vis-à-vis des professionnels de santé : signalements ou plainte auprès des Conseils de l'Ordre
- Sanctions administratives : avertissements ou pénalités financières prononcées par le Directeur des CPAM
- Sanctions conventionnelles, et notamment le déconventionnement des professionnels de santé, entraînant de fait le remboursement sur la base du tarif de responsabilité, c'est-à-dire un montant minimal, les actes du professionnel déconventionné

En 2024, 79 professionnels de santé ont ainsi été déconventionnés par l'Assurance Maladie, principalement des centres de santé, des infirmiers, des taxis et des transporteurs sanitaires.

Tableau 29 : Nombre de professionnels de santé déconventionnés par catégorie :

Catégorie de professionnels	2024	2023
Centre de santé	30	21
Infirmier	18	10
Taxi	8	18
Transporteur sanitaire	7	6
Masseur-kinésithérapeute	5	3
Médecin spécialiste	3	2
Pharmacien	2	0
Chirurgien-dentiste	1	0
Fournisseur	1	0
Médecin généraliste	1	1
Orthophoniste	1	1
Autre catégorie	2	3
Total général	79	65

Source : CNAM

A l'issue de la période de déconventionnement pour une durée maximale prévue dans chacune des conventions nationales entre l'Assurance maladie et les différentes catégories de professionnels, le professionnel de santé peut – et sauf s'il n'a pas été définitivement interdit de donner des soins aux assurés sociaux par le biais d'une sanction pénale ou ordinaire - demander à être de nouveau conventionné avec l'Assurance maladie. Rien ne permet à celle-ci de s'y opposer ou d'en repousser l'échéance.

Le re-conventionnement d'un professionnel de santé sanctionné pour fraudes devrait ainsi pouvoir être soumis à une autorisation explicite de l'Assurance maladie ou être conditionné à une période probatoire pendant laquelle l'activité du professionnel sera mise sous surveillance afin notamment de vérifier du respect des règles de facturation.

Par ailleurs, avec la multiplication des situations de cumul d'exercice libéral et exercice salarié (soit concomitamment, soit en alternance dans le temps), l'Assurance maladie n'a pas la possibilité juridique de suspendre le conventionnement d'un professionnel qui a exercé dans un centre de santé sanctionné pour fraudes et auxquelles l'intéressé a directement ou indirectement contribué. Ainsi, un chirurgien dentiste ou un ophtalmologiste ayant exercé dans un des 30 centres de santé déconventionné en 2024 peut – s'il remplit les conditions – demander à s'installer en libéral sans que l'Assurance maladie ne puisse refuser son conventionnement. Il est donc proposé que l'Assurance maladie puisse s'opposer aux demandes de conventionnement en libéral d'un professionnel de santé salarié ayant exercé dans une structure déconventionnée pour fraude.

Renforcer les conditions de conventionnement par l'Assurance Maladie des structures personnes morales, notamment des centres de santé

Depuis plusieurs années, les fraudes commises par des professionnels de santé sous le statut de structure morale (centre de santé, centres audioprothésistes...) se sont fortement accrues. Face aux abus et fraudes constatés dans certains centres de santé, la loi du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé a rétabli un agrément préalable par les agences régionales de santé pour l'ouverture des centres de santé dentaires, ophtalmologiques et orthoptiques. En effet, depuis 2009 et afin de favoriser leur développement, notamment dans les zones sous-denses, l'obligation d'obtenir un agrément de l'administration avant toute ouverture d'un centre de santé avait été supprimée et remplacée par sur une simple déclaration de conformité.

Le dossier d'agrément doit ainsi comprendre le projet de santé du centre, les déclarations des liens et conflits d'intérêts de tous les membres de l'instance dirigeante, et les contrats liant l'organisme gestionnaire à des sociétés tierces. L'ARS peut refuser de délivrer l'agrément si le projet de santé du centre ne remplit pas les objectifs de conformité prévus par arrêté ou en cas d'incompatibilité de ce projet avec les objectifs et les besoins définis dans le cadre du projet régional de santé. L'agrément peut également être retiré à tout moment par l'ARS lorsqu'il est constaté un non-respect des règles applicables aux centres de santé ou des manquements compromettant la qualité ou la sécurité des soins.

En ce qui concerne les audioprothésistes, l'Assurance Maladie a renforcé en 2024 l'instruction des demandes de conventionnement des nouveaux centres en vérifiant systématiquement l'existence réelle du local indiqué face au constat de nombreuses adresses fictives relevées certains dossiers : adresses de domiciliation, de chantiers ou de lieux d'habitation par exemple. Par ailleurs, la véracité des diplômes présentés est également vérifiée. Ainsi, en 2024, une centaine de demande de conventionnement de nouveaux centres audioprothésistes a été refusée par les CPAM.

Pour renforcer le contrôle des structures avec la personnalité morale lors de leur demande de conventionnement, l'Assurance Maladie souhaite insérer dans les conventions nationales des conditions complémentaires soumises à sa vérification (présence de locaux d'accueils des assurés, personnel diplômé, dirigeant non déjà connu défavorablement par l'Assurance Maladie, cohérence entre les horaires d'activité prévus ou le projet de santé d'un centre de santé avec le personnel diplômé présent...) : cela doit permettre aux Cnam de refuser le conventionnement de structures ne présentant pas les garanties suffisantes de prise en charge des patients ou de respect des règles de facturation à l'Assurance Maladie.

Accroître les moyens de contrôle de l'Assurance Maladie vis-à-vis des professionnels de santé en sur-activité

Certains professionnels de santé présentent parfois des volumes d'activité facturée manifestement incompatibles avec une activité normale et la qualité des soins. Lors des investigations réalisées par les équipes en charge de la lutte contre la fraude, il est constaté que cette suractivité peut provenir :

- de facturations d'actes non réalisés,
- de surfacturations d'actes ou de soins
- ou d'abus d'actes, avec des actes non médicalement justifiés ou une pratique dangereuse.

Face à de telles situations, l'Assurance Maladie ne dispose pas de référentiels réglementaires pour faire stopper immédiatement le pratique et doit engager des poursuites pénales ou ordinales, en s'appuyant sur des décisions qui font jurisprudence.

Ainsi, en matière pénale, il a été jugé que le préjudice subi par la Cnam peut être valablement déterminé par l'application :

- d'un seuil horaire journalier au-delà duquel l'activité du professionnel peut être considérée comme indu (Cour d'Appel de Douai, 1er mars 2021 – seuil de 15h par jour travaillé pour un masseur-kinésithérapeute) ;
- d'un seuil d'actes réalisables au-delà duquel les actes réalisés par le professionnel peuvent être considéré comme étant indu (Cour de cassation, Chambre criminelle, 8 septembre 2020) ;
- d'un seuil d'actes admissibles au-delà duquel l'activité du professionnel peut être considérée comme indu (Cour de cassation, Chambre criminelle, 2 février 2016).

Au niveau ordinal, le Conseil d'Etat (décision du 24/02/21) a pour sa part considéré, pour un infirmier, qu'au regard de la disposition de la NGAP selon laquelle un acte infirmier AIS3 doit avoir une durée de 30 minutes, les actes infirmiers facturés quotidiennement au-delà de 24 AIS3 (activité journalière de 12h) impliquent de facto « que certains de ces actes ont été surfacturés, soit qu'ils n'ont pas été réalisés, soit qu'ils l'ont été dans des conditions telles qu'alors même qu'ils auraient été effectués, ils équivaldraient à une absence de soins. Dès lors, la caisse primaire d'assurance maladie (...) est fondée à soutenir que les honoraires perçus pour les actes ayant donné lieu facturation au-delà de vingt-quatre actes AIS 3 par jour (...), doivent être regardés comme des honoraires abusifs au sens des dispositions de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale ». Concernant les médecins généralistes, la Section des Assurances Sociales du Conseil National de l'Ordre des médecins a confirmé par plusieurs arrêts que le seuil de 60 actes par jour représente une situation au-delà de laquelle la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ne pouvaient plus être garanties : l'application de ce seuil n'est cependant pas automatique, l'Assurance Maladie devait démontrer par des éléments concrets et objectifs de dégradation de la qualité des soins, dossier par dossier.

Si ces jurisprudences sont constantes, le processus de saisie des voies ordinaires ou pénales présente un processus qui peut s'avérer long en cas de fraudes manifestes à l'Assurance Maladie. Afin de repérer des situations manifestement anormales et pouvoir engager des procédures de déconventionnement qui sont plus rapides à mettre en place, l'Assurance Maladie propose de construire avec les représentants des professionnels de santé libéraux, notamment pour les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, des seuils maximaux d'activité au-delà desquels le nombre d'actes réalisés n'est pas compatible avec la qualité de soins. Ainsi, ces seuils permettront à l'Assurance maladie d'engager des contrôles, notamment pour déterminer si l'on est en situation d'actes frauduleux (actes facturés et non réalisés : situations qui peuvent également conduire au dépôt d'une plainte pénale), ou d'actes effectués mais dans des conditions ne répondant pas aux exigences de qualité des soins : dans ces cas, et sur la base de ces seuils d'activité définis en accord avec les professions, les Cnam pourront déclencher des procédures de sanction conventionnelle à l'égard des intéressés.

Autoriser les échanges avec les organismes complémentaires pour agir plus vite face aux professionnels de santé fraudeurs

Le renforcement des échanges entre l'Assurance Maladie et les complémentaires santé dans le cadre de la lutte contre la fraude est un enjeu majeur porté depuis plusieurs années, mais qui doit trouver son plein achèvement dans le cadre d'une évolution législative. S'ils seront utiles vis-à-vis des assurés, ces échanges ont un intérêt évident vis-à-vis des professionnels de santé, afin de pouvoir stopper rapidement des remboursements injustifiés.

La proposition n°31 de la feuille de route interministérielle de lutte contre les fraudes fiscales, douanières et sociales de 2023, proposait de « renforcer la coopération entre l'assurance maladie et les complémentaires santé ». En effet, l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale prévoit d'ores et déjà des échanges d'informations entre caisses d'assurance maladie et organismes complémentaires mais les restreint, d'une part, à la seule information sur la mise en œuvre d'une procédure d'enquête par l'Assurance Maladie en cas de suspicion d'une fraude et limite, d'autre part, son destinataire à l'organisme complémentaire de l'assuré s'il peut être identifié. Ainsi, aujourd'hui, les résultats des contrôles ou les informations sur l'engagement d'actions contentieuses ne peuvent pas faire l'objet d'échanges avec les organismes complémentaires. Parallèlement, les complémentaires santé peuvent détecter des cas de fraudes dont la transmission à l'Assurance Maladie permettrait d'enclencher des actions de contrôle en s'appuyant sur les prérogatives dont elles disposent.

La Direction de la Sécurité Sociale en lien avec l'Assurance Maladie a initié de nombreux échanges avec les représentants des trois familles de complémentaires santé afin de parvenir à une proposition d'évolution législative. Cette mesure initialement adoptée par le Parlement dans le cadre du projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale a été considéré comme ne relevant pas du périmètre des LFSS par le Conseil Constitutionnel.

L'Assurance Maladie réaffirme son attachement à la nécessité d'une évolution rapide du cadre juridique devant permettre – dans le respect des conditions fixées par la CNIL – à la mise en place opérationnelle d'échanges de données pour que tous les acteurs de la prise en charge des dépenses de santé puissent agir de façon plus rapide et coordonnée face aux professionnels de santé repérés avec des pratiques frauduleuses.

4.3.3 Davantage responsabiliser les assurés face aux fraudes

Favoriser les alertes de fraudes par les assurés

Face aux risques de fraudes, tous les acteurs doivent être mobilisés, aussi bien les professionnels de santé qui pâtissent du comportement de quelques-uns, que les assurés qui peuvent se retrouver victimes. Ainsi, l'Assurance Maladie souhaite renforcer le rôle des assurés dans le signalement de suspicions de fraudes auprès de leur CPAM.

Depuis l'été 2024, le compte ameli permet aux assurés de signaler les actes suspects, facilitant ainsi la réaction rapide de l'Assurance Maladie. Ce dispositif sera encore amélioré en 2025 pour le rendre plus intuitif et accessible, en rendant possible pour les assurés de déclarer une suspicion de fraude directement à partir de la liste des paiements de leur compte.

Ainsi, à partir du second semestre 2025, l'Assurance Maladie alertera directement par mail chaque assuré ayant eu au moins un paiement (remboursement de soins, indemnités journalières) dans les dix derniers jours. Cette information concernera aussi bien les remboursements effectués à l'assuré qu'à un tiers (un professionnel de santé dans le cadre du tiers-payant ou un employeur en cas de subrogation des indemnités journalières). En effet, la pratique du tiers payant, qui facilite l'accès aux soins de tous, peut dans le même temps engendrer une moindre vigilance de la part de tous sur les montants pris en charge par la solidarité nationale. L'envoi de mails à échéance régulière permettra à chaque assuré de facilement alerter sa caisse en cas de suspicion de fraude liée notamment à des prises en charge d'actes ou de soins qui n'ont pas eu lieu. Au total, c'est 1,6 million de mails par jour qui devraient être ainsi envoyés !

Par ailleurs, pour les assurés ne disposant pas encore de compte Ameli, une information spécifique sera portée sur les décomptes papier afin d'attirer leur attention sur les paiements versés sur leur compte ou celui d'un tiers (professionnels de santé, employeurs). Il sera expressément indiqué aux assurés que s'ils ne sont pas bénéficiaires de ces soins et de ces arrêts de travail, il convient qu'ils en informent au plus vite leur caisse par courrier.

Enfin, dès le premier trimestre 2026, les signalements de fraude pourront être réalisés de façon encore plus intuitive directement depuis la rubrique "Mes paiements" du compte Ameli.

Ainsi, chacun doit être davantage vigilant face aux risques croissants de fraudes.

Davantage communiquer sur les risques encourus en cas de fraudes

Certains assurés ont recours à de fausses ordonnances ou de faux arrêts de travail, en présentant de faux documents pour bénéficier de la protection universelle maladie ou de la complémentaire santé solidaire.

L'Assurance Maladie utilise déjà pleinement tous les pouvoirs de sanction à sa disposition, et notamment la possibilité d'infliger une pénalité financière : grâce aux dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, cette pénalité peut désormais atteindre 300 % du préjudice supporté par l'Assurance Maladie. En 2024, 6.500 pénalités financières, pour un montant total de 28 millions d'euros, ont été prononcées à l'encontre d'assurés ayant fraudé.

Trop d'assurés ignorent cependant les risques encourus en cas de présentation de faux documents et de toute autre tentative de fraude à l'Assurance Maladie. La Cnam compte ainsi renforcer à l'avenir ses actions de communication pour sensibiliser l'ensemble des assurés sur les risques encourus.

Suspendre le bénéficiaire du tiers-payant pour les assurés sanctionnés pour fraudes

Le tiers payant permet aux assurés sociaux de ne pas faire l'avance de certains frais de santé : il s'agit d'une facilité indéniable d'accès au système de santé. Cependant, face aux assurés qui fraudent l'Assurance Maladie, celle-ci doit pouvoir tout mettre en place pour éviter les risques de récurrence. En effet, de nombreuses situations de fraudes commises par les assurés s'appuient sur la présentation de faux documents (fausses ordonnances par exemple) permettant la délivrance de produits sans faire d'avance de frais. En suspendant le tiers-payant pour les assurés sanctionnés pour fraude, ceux-ci seront de fait largement désincités à frauder de nouveau.

Renforcer les moyens d'actions auprès des assurés présentant des consommations de soins atypiques

Face à des situations de consommations de soins, l'Assurance maladie dispose actuellement de moyens d'action uniquement en cas de sur-consommation médicamenteuse. Ainsi, chaque année depuis 2004, l'Assurance Maladie surveille les assurés qui sont en situation de nomadisme médical ou de surconsommation médicamenteuse pouvant mettre en danger la vie des intéressés. Dans ces cas, le Service médical peut mettre en place un protocole de soins, prévu par l'article L 324-1 du Code de la sécurité sociale, entre le médecin-conseil et le médecin que l'assuré aura désigné : le protocole fixe une diminution de consommation et peut permettre de désigner un seul médecin et une seule pharmacie pour la prescription et la délivrance du traitement.

C'Si, après analyse médicale, le médecin-conseil estime que les soins ne sont pas justifiés par l'état de santé du patient, la Caisse informe l'assuré de la suspension de la prise en charge des soins non médicalement justifiés en application de la procédure L. 315-2 du Code de la sécurité sociale. Cette procédure permet la suspension de la prise en charge des médicaments non justifiés médicalement et peut porter sur un ou plusieurs produits.

Si la liste et les seuils des médicaments surveillés sont actualisés chaque année, ces dispositifs sont cependant actuellement utilisés dans un nombre de cas très limités par l'Assurance maladie en se concentrant sur les situations les plus à risque. Ainsi, en 2024, moins de 1400 assurés ont fait l'objet d'une analyse de leur consommation de médicaments dans le cadre de ce programme « mégaconsommateurs », avec la mise en place de 123 protocoles de soins, 116 recommandations de soins et 563 suspensions de prestations.

L'Assurance Maladie entend ainsi revoir à la baisse de façon significative les seuils de sélection des assurés en situation de surconsommation médicamenteuse d'ici la fin 2025. Mais pour rendre ces dispositifs plus efficaces, et éviter leur évitement par les assurés concernés, l'Assurance Maladie intégrera en 2026 les protocoles de soins et les suspensions de prise en charge dans ASAFO Pharma afin que les professionnels de santé puissent avoir l'information nécessaire sur les restrictions de prescription et de délivrance. L'Assurance maladie souhaite étudier la possibilité de transmettre par le biais d'ADRI cette information aux professionnels de santé sur les restrictions de droits concernant des assurés. Enfin, l'Assurance Maladie utilisera pleinement les possibilités de sanctions financières pour les assurés qui se procurent des produits de santé sans lien avec leur état de santé et les détournent de leur utilisation normale.

Il est par ailleurs nécessaire de mieux lutter contre le nomadisme médical. Ce phénomène est certes limité mais il justifie des actions fortes de l'Assurance Maladie car rien ne semble justifier de consulter son médecin généraliste toutes les semaines ou de consulter un nombre important de médecins généralistes différents tout au long de l'année. Ces deux phénomènes ont été étudiés pour le quantifier. Une première étude a été menée pour quantifier le nombre de patients qui ont un nombre anormalement élevé de consultations chez un même médecin généraliste. En 2023, 54,4 millions de personnes de 17 ans ou plus ont eu une consommation de soins de ville. Ces patients ont eu en moyenne 3,8 actes cliniques chez un médecin généraliste (MG). Cette moyenne s'établit à 5,9 actes pour les patients en affection de longue durée (ALD) et 3,1 actes pour les patients sans ALD. 10% de ces patients, soit 5,4 millions de personnes ont eu 8 consultations ou plus en 2023 et près de 10 700 patients ont plus de 50 actes cliniques par an avec un médecin généraliste. 77% sont en ALD. Une sur-représentation des maladies psychiatriques ou psychologiques est observée parmi ces patients. 72% des patients en ALD avec plus de 50 consultations souffrent d'une telle pathologie contre 35% pour l'ensemble des patients en ALD.

Second phénomène en termes de consommation atypique de soins étudié, certains assurés pratiquent un nomadisme médicale en consultant un grand nombre de médecins généralistes différents dans l'année ne permettant pas sans doute un suivi efficace de ces assurés. Sur l'ensemble de patients consommateurs de 17 ans ou plus, 60% des patients n'ont vu qu'un seul médecin généraliste au cours de l'année 2023 et 1% des patients voient au moins 5 médecins généralistes différents dans l'année. Plus de 16 000 patients ont vu plus de 10 médecins généralistes différents au cours de l'année 2023 dont 5 000 en ALD (31%) et 11 000 patients non pas d'ALD (69%). Les patients en ALD ayant vu plus de 10 médecins généralistes différents sont plus jeunes par rapport à l'ensemble des patients en ALD : 37% de ces patients ont moins de 40 ans versus 9% pour l'ensemble de patients en ALD. Moins de 1% des patients en ALD ayant vu plus de 10 MG différents ont résidé au moins 1 jour en Ehpad en 2023 versus 4% pour l'ensemble des patients en ALD. Les patients sans ALD ayant vu plus de 10 médecins généralistes différents dans l'année sont également plus jeunes par rapport à l'ensemble des patients sans ALD : 75% de ces patients ont moins de 40 ans vs 42% pour l'ensemble de patients sans ALD. En ce qui concerne les dépenses de santé de ces assurés, le différentiel de recours aux indemnités journalières des patients ayant vu plus de 10 MG différents dans l'année est particulièrement important :

- 22% pour les patients en ALD ayant vu plus de 10 MG différents dans l'année versus 9% pour l'ensemble de patients en ALD ;
- 43% pour les patients sans ALD ayant vu plus de 10 MG différents dans l'année versus 14% pour l'ensemble de patients sans ALD.

Face à ces situations de nomadisme médical avérées, l'Assurance Maladie entend déployer des mécanismes gradués pour faire cesser ces pratiques :

- Envois de courriers aux assurés concernés pour leur demander des explications ;
- Convocation par le service médical de l'assurance maladie en cas de poursuite de comportements de nomadisme ;
- Mise en œuvre de sanction financière pour abus de la qualité d'assuré social (élargissement de l'article R147-6) ;
- Par ailleurs, les professionnels de santé en lien avec ces comportements pourraient également être contactés en fonction des cas identifiés.

Développer le recours à l'IA pour prévenir et lutter contre les fraudes

Dans un environnement où les flux de l'Assurance Maladie atteignent des volumes exceptionnels – plus d'1,5 milliard d'opérations unitaires traitées chaque année –, l'intelligence artificielle n'est pas, à ce stade, une solution magique capable de transformer en profondeur, par elle seule, notre action contre les fraudes.

Elle constitue un levier technologique puissant, dont l'efficacité dépend étroitement de la qualité des données, de la pertinence des cas d'usage ciblés, et surtout de l'intelligence humaine mobilisée pour les concevoir, les évaluer et les interpréter.

Dans les cas complexes de fraude documentaire, l'expertise humaine demeure aujourd'hui plus fiable que les solutions technologiques disponibles. Par exemple, l'outil ASAFO, interfacé dans les logiciels métier des pharmaciens, valorise le discernement du professionnel, qui reste un maillon déterminant dans la détection des falsifications. Les premiers tests menés avec des solutions d'intelligence artificielle n'ont pas, à ce jour, atteint le niveau de performance requis pour détecter automatiquement les falsifications les plus subtiles.

Forts de ces constats, l'Assurance Maladie a structuré une stratégie visant à articuler les outils numériques avec l'expertise humaine, dans une logique de complémentarité.

L'objectif stratégique poursuivi par l'Assurance Maladie est clair : garantir aux assurés comme aux professionnels un système de prise en charge fluide et réactif, tout en intégrant des mécanismes de détection précoce des anomalies et des tentatives de fraude. Il s'agit de sortir d'une logique exclusivement a posteriori, coûteuse et souvent tardive, pour construire une architecture préventive, discrète pour les usagers de bonne foi, mais réactive face aux comportements déviants.

À terme, elle doit renforcer notre capacité à anticiper les fraudes hybrides, évolutives, souvent dissimulées derrière des chaînes d'acteurs complexes. C'est un enjeu d'adaptation continue.

Cette stratégie repose sur trois axes complémentaires :

- L'IA générative mobilisable pour automatiser la production de contenus structurés et renforcer l'efficacité des équipes chargées de l'exploitation des données, en les libérant du temps administratif pour se concentrer sur la supervision et la qualification des cas.
- La reconnaissance optique de caractères (OCR), qui permet d'extraire de manière fiable les données de pièces justificatives numérisées, qu'elles soient dactylographiées ou manuscrites. Cet outil renforce considérablement notre capacité à intégrer ces informations dans les processus métiers et à croiser automatiquement les données documentaires avec les référentiels disponibles.
- L'apprentissage supervisé et non supervisé, levier central pour identifier des signaux faibles, détecter des comportements atypiques, construire des typologies de risque, et hiérarchiser les priorités de contrôle. Ces algorithmes doivent apprendre à partir de situations passées, tout en restant suffisamment généraux pour détecter des formes de fraude émergentes, en particulier dans les contextes de fraude organisée. Cela suppose un investissement continu en matière de données, d'évaluation des performances et de contrôle des biais.

Les expérimentations en cours se déploient à deux niveaux : en interne au sein de nos équipes et en partenariat, avec des tiers spécialisés (académiques ou industriels), selon un principe de souveraineté.

Cette démarche vise à garantir la transparence des algorithmes, le contrôle public des critères utilisés pour le ciblage, et l'évaluation rigoureuse des impacts.

Proposition 52 : Conditionner le tiers payant à l'utilisation systématique de la carte Vitale, sauf cas exceptionnel.

Proposition 53 : Faciliter la qualité et le contrôle de l'exécution des prescriptions.

- Généraliser l'ordonnance numérique à tous les types de prescription (biologie, radiologie, soins paramédicaux, transports)
- Permettre aux pharmaciens de vérifier les règles de dispensation des produits
- Faciliter les contrôles de la bonne exécution des prescriptions par l'Assurance Maladie, en permettant l'utilisation des données issues de l'ordonnance numérique pour vérifier la bonne délivrance des produits ou des actes réalisés

Proposition 54 : Renforcer les capacités d'action et de contrôle de l'Assurance Maladie sur l'activité des professionnels de santé, notamment en cas de fraudes.

- Elargir les motifs existant (dépôts de plainte, récurrence de fraude) permettant d'allonger le délai de 7 jours impartis à l'Assurance Maladie pour régler les PS en contrepartie de la pratique du tiers-payant, afin de pouvoir réaliser davantage de contrôles a priori avant paiement (procédures ordinaires, actes fraudogènes)
- suspendre le bénéfice de la garantie de paiement en cas de sanction pour fraude du professionnel de santé et durcir les modalités de reconventionnement des professionnels déconventionnés pour cause de fraude
- Prévenir et sanctionner les situations de suractivité par la définition, en lien avec les représentants des PS, de seuils maximum d'activité compatible avec une bonne qualité des soins

Proposition 55 : Développer les systèmes d'alerte permettant de signaler des fraudes.

- Mettre en place un système de notifications en continu de l'assuré pour chaque remboursement, afin qu'il identifie les facturations frauduleuses
- Créer un cadre de recueil de signalements de fraudes pour les assurés et les professionnels de santé efficace et transparent

Proposition 56 : Renforcer la responsabilisation des assurés à travers une intensification de l'information des assurés et du suivi des patients atypiques en termes de recours au système de santé.

- Prévenir et sanctionner les pratiques de surconsommation médicale ou médicamenteuse au travers de nouveaux programmes d'action contre le nomadisme médical et la consommation atypique de médicaments
- suspendre le bénéfice du tiers-payant pour les assurés sanctionnés pour fraudes et mieux informer les assurés des sanctions encourues en cas de fraude

Proposition 57 : Développer les échanges d'informations entre les Assurances Maladies obligatoire et complémentaires afin de rendre la lutte contre les fraudes encore plus performante

Proposition 58 : Poursuivre et accélérer la montée en charge des nouveaux outils d'intelligence artificielle pour mieux détecter et stopper les fraudes.

Trajectoire pour assurer la soutenabilité des dépenses de l'Assurance Maladie à l'horizon 2030

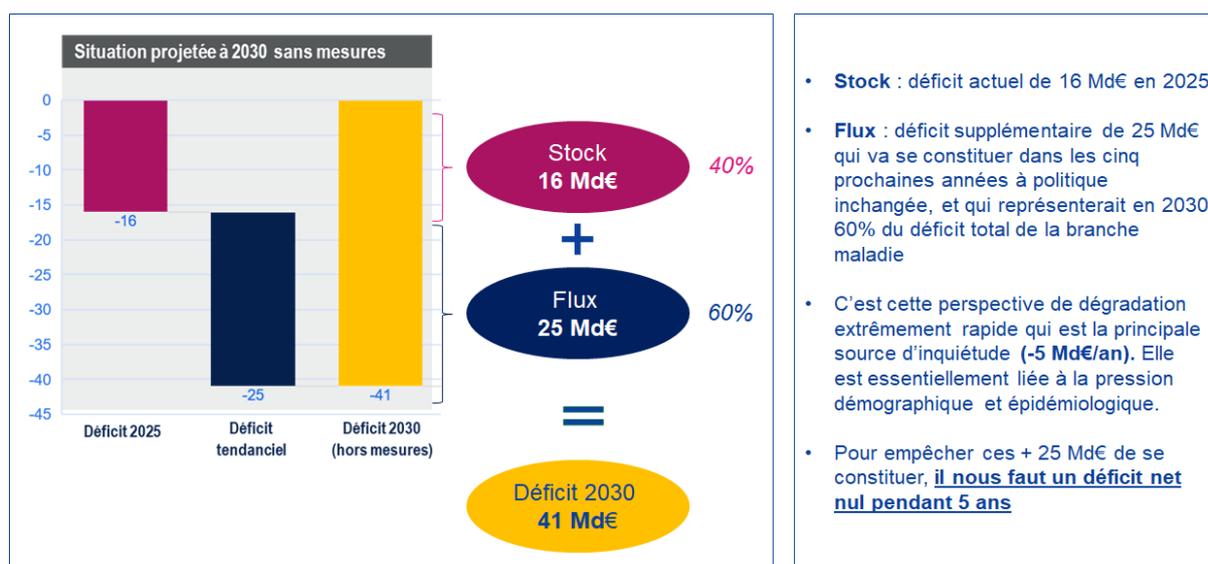
Le déficit de l'Assurance Maladie atteint aujourd'hui un niveau inédit hors contexte de crise, dans un pays qui consacre pourtant une part importante de ses ressources à la santé — la France étant le troisième pays de l'OCDE en termes de dépenses de santé rapportées au PIB. Cependant, cette dépense n'est pas toujours synonyme d'efficacité, en raison de pratiques inappropriées et de dysfonctionnements structurels. Face à cette situation, un pilotage plus rigoureux des dépenses apparaît nécessaire, en s'inspirant notamment des réformes ayant permis une modération de la croissance des coûts durant la décennie 2010-2019. Ainsi un premier objectif dans le cadre du retour à l'équilibre de l'Assurance Maladie serait de maintenir, comme cela a été réalisé dans la période 2010-2019, la part de l'objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie dans la richesse nationale. Stabiliser la part de l'ONDAM dans le PIB en valeur supposerait, au regard de la trajectoire tendancielle de l'évolution des dépenses de santé et des hypothèses de croissance de la richesse nationale retenus lors de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de juin 2025, de réaliser des efforts substantiels d'économies de l'ordre de 22,5 Md€ à l'horizon 2030. C'est donc un effort déjà important que cet objectif impliquera de réaliser.

Parallèlement, il est indispensable de sécuriser une trajectoire symétrique viable de recettes. Aussi, comme pour les dépenses, il est nécessaire de maintenir une évolution des recettes égale à celle de la richesse nationale. Sans ce parallélisme, un décrochage entre les recettes et nos objectifs sur les dépenses entraînerait la constitution ou l'aggravation d'un déficit. Pour garantir une dynamique des recettes identiques à la richesse nationale, il serait nécessaire d'identifier 2,5 Md€ de recettes nouvelles à l'horizon 2030. Cet écart de dynamisme entre la richesse nationale et les recettes de l'Assurance Maladie tient notamment aux taxes comportementales dont la dynamique tend à ralentir à mesure qu'elles produisent leurs effets.

Cette double action d'alignement des dépenses et des recettes sur le rythme du PIB à compter de 2026 est la condition pour réaliser des exercices à l'équilibre pendant les cinq prochaines années. Sans cette double action, le déficit s'aggraverait entre 2025 et 2030 de 25 Md€, soit 60% des 41 Md€ de déficit prévisionnel de la branche maladie en 2030 si rien n'est fait.

Si ces objectifs permettent de s'inscrire dans un horizon économique viable pour l'Assurance Maladie en harmonisant la dynamique des recettes et dépenses sur celle de la richesse nationale, ils ne permettent pas de traiter le sujet du déficit initial actuel qui pourrait alors atteindre 16,2 Md€ en 2030. La dernière partie de ce chapitre tente d'expliquer les enjeux en lien avec la résorption de ce « stock » de déficit initial.

Figure 88 : La situation financière de l'Assurance maladie peut se scinder en deux problématiques : solder le stock et empêcher l'aggravation du déficit



1.1. Faire croître les dépenses de l'Assurance Maladie comme la richesse nationale nécessite de réaliser 22,5 Md€ d'économies

1.1.1. Face aux enjeux d'économies, construire un pacte entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires pour permettre un nouveau partage de prise en charge de certains soins avec les organismes complémentaires

Pour ne pas creuser le déficit ces cinq prochaines années, il est également nécessaire de stabiliser sur la période le partage du financement entre l'AMO et l'AMC. Ainsi, l'ampleur de l'effort nécessaire pour faire évoluer les dépenses de l'Assurance maladie comme la richesse nationale nécessite de refonder l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) pour permettre un financement stable, lisible et assurant un accès à l'assurance santé pour tous. Cette refondation doit nous préserver des évolutions ponctuelles de la protection maladie et de réfléchir sereinement à la problématique du remboursement des dépenses de santé. Cette refondation pourrait s'articuler autour de quatre axes majeures l'affirmation d'une nouvelle place pour les organismes complémentaires notamment en matière de prévention et de lutte contre la fraude (cf. chapitre supra), une préservation de l'effort de financement entre l'AMO et l'AMC, une réflexion sur les modalités de la participation financières des patients et de l'intervention des organismes complémentaire et enfin une réaffirmation de l'objectif d'une assurance complémentaire pour tous.

Cette refondation doit donc s'appuyer sur une préservation de la répartition de l'effort de financement entre l'AMO et l'AMC afin de garantir un financement public élevé et soutenable de la dépense de santé. Cette stabilisation au regard de la déformation de la structure de financement en lien notamment avec la chronicisation des pathologies nécessite de déterminer un objectif pluriannuel permettant de compenser cette déformation. Pour quantifier cet objectif, la déformation de la structure de prise en charge observée ces dix dernières années permet d'évaluer le niveau de cette déformation. Entre 2013 et 2023, le taux de prise en charge par l'AMO a ainsi progressé de 75,5% à 79,5% soit une hausse de 4 points en 10 ans. Cette déformation représente environ 600 M€ par an de moindre dynamisme de la dépense pour les organismes complémentaires.

A l'horizon 2030, la stabilisation de la prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire nécessiterait donc de programmer un nouveau partage de prise en charge de certains soins avec les organismes complémentaires et les patients à hauteur de 3 Md€. Cette programmation doit permettre d'anticiper et de déterminer les modalités les plus pertinentes et de parvenir à ce nouveau partage. Trois leviers sont mobilisables et pourraient être actionnés :

- La modification du panier de soins remboursables à partir notamment de critères médicaux et de service médical rendu.
- La sécurisation du périmètre de prise en charge à 100% des soins réellement en rapport avec une affection de longue durée. En effet, la prise en charge à 100% par le dispositif des affections de longue durée ne se justifie que lorsque le soin est en rapport avec l'affection. Certains soins dans le panier de soins remboursables ne semblent jamais ou de manière très limitée en rapport avec les affections de longue durée et il pourrait être acté que ces soins ne peuvent faire l'objet d'une prescription en rapport avec une affection.
- La hausse des mécanismes de participation financière des patients : ticket modérateur, franchises et participations forfaitaires.

Si des premières pistes sont donc identifiées, la clarification de cet objectif de préservation du niveau d'investissement de l'AMO doit permettre aussi de mobiliser l'ensemble des acteurs du système de santé pour construire un système de remboursement des soins pertinent et durable. Les modalités de remboursement actuels nécessitent en effet d'être réinterrogées car elles répondent à des logiques différentes en fonction des soins. Ainsi, les tickets modérateurs sur le médicament dépendent de leur service médical rendu à la différence de l'ensemble des autres soins remboursés. Ensuite, les taux de remboursement diffèrent pour les soins parfois sans justifications évidentes. Ainsi, par exemple, les soins infirmiers, les analyses de biologie médicale, sont pris en charge à 60% par l'AMO et les soins prodigués par des médecins à 70%. Il serait nécessaire de s'interroger ainsi sur la cohérence, la lisibilité de ce système qui n'applique pas la même logique et le même niveau de couverture à différents soins. Cette réflexion permettrait de s'interroger sur la pertinence de graduer la prise en charge sur l'ensemble des soins en fonction de leur service médical ou au contraire d'aligner tous les remboursements sur un panier médicalement comparable.

Enfin, la refondation de cette articulation doit permettre de réaffirmer l'objectif que l'ensemble de la population puisse bénéficier d'une assurance maladie complémentaire. En 2019, dernière donnée disponible, 3,6% de la population ne bénéficiait pas d'un contrat de complémentaire santé. La non-couverture est liée au niveau de revenus de ces personnes. La moitié des personnes non couvertes par une complémentaire santé appartiennent au premier quintile de revenus. 11% des retraités et 9,1% des travailleurs indépendants ne disposent pas de couverture complémentaire santé. Ainsi, afin de permettre un accès plus large à la complémentaire santé pour les personnes avec des revenus modestes, il semble tout d'abord nécessaire de réinvestir dans le dispositif de la complémentaire santé solidaire. La Complémentaire santé solidaire, ou C2S, est une couverture complémentaire financée par l'Etat, destinée aux personnes disposant de ressources modestes. Elle est attribuée soit gratuitement, soit en contrepartie d'une cotisation minimale (1€ par jour et par personne maximum). Afin d'élargir la population pouvant bénéficier de ce dispositif, le plafond de ressources pourrait être aligné sur le seuil de pauvreté.

Option pour atteindre l'objectif d'une assurance complémentaire pour tous

Parallèlement, afin d'assurer un accès à une assurance complémentaire santé de qualité pour tous, il semble nécessaire de compléter le dispositif des contrats responsables. Les contrats dits « responsables » doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Ce dispositif fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Les contrats responsables représentent aujourd'hui 96,4%²²⁰ du marché. Pour autant, très peu de contrats semblent n'être « que » responsables. Dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès d'une couverture complémentaire santé qui analyse les 10 contrats les plus souscrits au sein de chaque organisme complémentaire, seuls 10% des contrats ne prennent pas en charge les médicaments à service médical rendu faible remboursés à 15% et seuls sept contrats dans l'échantillon étudié semblent correspondre au panier minimal requis (pas de prise en charge des dépassements d'honoraires, pas de prise en charge des chambres particulières, absence de prise en charge du ticket modérateur des médicaments à 15% etc..). En effet, la concurrence entre organismes complémentaires a pu mener à une augmentation des garanties offertes dans un objectif notamment de distinctions des contrats. C'est ce qu'a pointé le rapport du Sénat qui montre le dynamisme de la couverture de prestations non réalisées par des professionnels de santé. En conséquence, le marché ne propose pratiquement plus de contrats socles strictement responsables et garantissant une couverture des soins satisfaisante, à un niveau de prime modéré. Ainsi, pour assurer un accès à une assurance complémentaire à tous, il pourrait être instauré un *contrat socle complémentaire* proposé par l'ensemble des organismes complémentaires. Les garanties composant ce contrat seraient définies par l'ensemble des parties prenantes et s'inspireraient largement des garanties minimales définies dans les contrats responsables.

1.1.2. Un effort d'économie de 19,5 Md€ à l'horizon 2030

Au-delà d'un nouveau partage de prise en charge de certains soins avec les organismes complémentaires à hauteur de 3 Md€, il est nécessaire d'identifier 19,5 Md€ d'économies à réaliser pour atteindre l'objectif de 22,5 Md€ nécessaire pour stabiliser les dépenses de l'Assurance Maladie dans la richesse nationale (Cf. Figure 89). Ces économies pourraient s'articuler autour des grands leviers correspondant aux grands chantiers développés tout au long de ce rapport.

²²⁰ DREES, Rapport 2024, Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

- Tout d'abord, l'ensemble des actions de prévention développées par l'Assurance Maladie devrait permettre de générer 500 M€ d'économies à l'horizon 2030. En effet, les actions de prévention secondaire et tertiaires doivent permettre de détecter plus précocement des pathologies et ainsi réduire le coût des complications en lien avec les pathologies chroniques. Ces actions doivent ainsi permettre de générer dans un horizon court des économies pour le système de santé. Par exemple, en 2025, le rapport Charges et Produits avait valorisé à 130 M€ la prise en charge précoce de la maladie rénale chronique (MRC) et l'accélération de la mise en œuvre du plan greffe d'organes et de tissus (2022-2026). Cette estimation était 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. Parallèlement, la détection plus rapide du diabète et des maladies cardiovasculaires peut aussi permettre de générer des économies substantielles à l'horizon 2030. En effet, rien que pour le diabète, les dépenses de soins associés aux patients incidents représentaient en 2019 1,6 Md€ en lien notamment avec la détection tardive de la pathologie. 20% des nouveaux patients diabétiques présentaient un niveau de sévérité élevé avec une dépense totale de 700 M€ sur les 1,6 Md€ soit 43% de cette dépense. En ce qui concerne la vaccination, les propositions fortes visant à faire progresser les taux de vaccination contre la grippe devraient également permettre de réduire les dépenses en lien avec les hospitalisations liées à la grippe (100 M€ pour la seule épidémie 2023-2024). Le retour sur investissement des actions de prévention engagées dès 2026 sera de surcroît exponentiel avec le temps.
- La meilleure organisation des parcours et le renforcement du lien ville, hôpital pourraient permettre de générer 2 Md€ d'économies à l'horizon 2030 en lien notamment avec le développement de la chirurgie ambulatoire, de la chirurgie hors bloc avec des potentiels d'économies importants sur la chirurgie de la cataracte et du canal carpien mais également le déport d'une partie des urgences pris en charge à l'hôpital vers la ville.
- La régulation des produits de santé doit permettre de générer de l'ordre de 6 Md€ d'économies à l'horizon 2030. Les baisses de tarifs importantes permettant de retrouver une hiérarchie cohérente dans le niveau des prix en fonction de l'amélioration du service médical rendu mais également la mise en œuvre de mesures fortes sur les biomédicaments afin de rendre la dépense de médicament la plus pertinente possible devraient participer de façon conséquente à cet objectif. Par ailleurs, en ce qui concerne les dispositifs médicaux, la régulation notamment des dispositifs de pression positive continue mais également la régulation tarifaire menée par le Comité économique des produits de santé doit permettre de compléter les économies sur les produits de santé.
- La régulation sectorielle en lien avec les analyses menées sur la rentabilité des différents secteurs doit permettre de définir les contours des futurs protocoles d'accord traçant des trajectoires de régulation tarifaire en lien avec des objectifs de rentabilité compatibles avec un financement socialisé. Ces actions doivent permettre de générer 2 Md€ à l'horizon 2030.
- Les évolutions de la prise en charge des arrêts maladie ainsi que les actions pour rendre la dépense plus pertinente notamment en limitant les durées de prescriptions afin d'assurer un meilleur suivi des assurés mais également à travers les actions envers les prescripteurs pour un plus grand respect des référentiels et une plus grande homogénéité des comportements de prescription doivent permettre de générer 2 Md€ d'économies à l'horizon 2030.
- Enfin, les actions de lutte contre les fraudes et sur la qualité/pertinence du système de santé (cf. chapitre supra) devraient permettre de générer de l'ordre 7 Md€ à l'horizon 2030 dont 3 Md€ pour la lutte contre les fraudes en lien avec des objectifs croissants s'appuyant sur les résultats observés ces dernières années.

Figure 89 : Structuration des efforts d'économies à horizon 2030

Leviers	Impact cible 2030
Prévention : développer la prévention secondaire et tertiaire pour réduire la prévalence des maladies chroniques et leurs complications	500 M€
Organisation des parcours et du lien ville-hôpital : mieux prendre en charge les pathologies chroniques	2 Md €
Produits de santé : assurer une régulation compatible avec la soutenabilité de notre système de santé	6 Md €
Régulation sectorielle : prévenir les phénomènes de rentes et d'optimisation financière	2 Md €
Arrêts de travail : ajuster les dispositifs de prise en charge des indemnités journalières	2 Md €
Efficience et pertinence : déployer à large échelle une politique de sécurisation des prescriptions et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système	4 Md €
Lutte contre les fraudes : poursuivre la dynamique de montée en charge de la politique de lutte contre les fraudes	3 Md €

Un effort d'économies de 19,5 Md€ à l'horizon 2030

Des 2026, ces mesures pourraient se traduire par un niveau d'économies importants de 3,9 Md€. Alors que l'Assurance Maladie propose historiquement de l'ordre de 1,4 Md€ d'économies dans le cadre de ce rapport, les analyses spécifiques menées dans le cadre de ce rapport dans le contexte budgétaire complexe identifient des marges de manœuvre pour documenter 3,9 Md€ dès 2026 s'appuyant sur l'ensemble des leviers pluriannuels présentés précédemment dont notamment la mise en place d'un nouveau partage de la prise en charge des soins entre l'AMO et l'AMC à hauteur de 600 M€.

Tableau 30 : Tableau d'économies en 2026

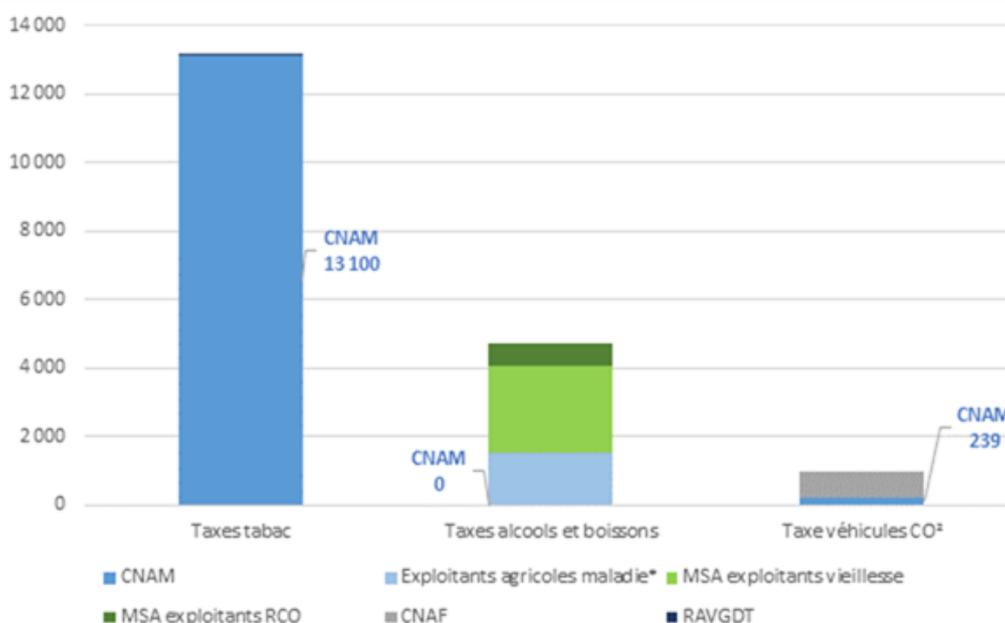
Thématiques	Rendement 2026
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Stabilisation de la part AMO à 80%	600
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 200
Régulation sectorielle	400
Amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins	800
Indemnités journalières	300
Lutte contre les fraudes	400
Total	3 900

1.2. Assurer un dynamisme des recettes de l'Assurance Maladie au même rythme que la richesse nationale nécessite d'identifier 2,5 Md€ de recettes nouvelles d'ici 2030

Afin d'éviter le décrochage des dépenses et des recettes, il est nécessaire d'assurer une dynamique des recettes au même rythme que la richesse nationale. Afin de parvenir à un tel objectif, il serait nécessaire d'identifier 2,5 Md€ de recettes à l'horizon 2030.

Parmi les leviers principaux pour parvenir à un dynamisme plus important des recettes, la fiscalité sur les produits nocifs à la santé doit être pleinement mobilisée (cf. chapitre supra). Par ailleurs, il est nécessaire de parvenir à une rationalisation des affectations des recettes existantes en lien avec les produits nocifs à la santé et avec la santé environnementale. En effet, cette fiscalité est en lien avec les conséquences sur la santé des facteurs de risques sur lesquels elle s'applique. Il serait donc nécessaire de faire bénéficier la branche maladie du rendement de l'ensemble de cette fiscalité ce qui n'est pas le cas notamment pour la taxe sur les émissions de CO₂ des véhicules de tourisme. La majeure partie du rendement de cette taxe est en effet allouée à la CNAF (750 M€).

Figure 90 : Affectation de la fiscalité comportementale



Source : CCSS juin 2025

Dans ce contexte, le développement du recours contre tiers doit également être une priorité. Lorsqu'un assuré social est victime de blessures provoquées volontairement ou non par une personne physique (un particulier, lui-même ou des choses dont il a la garde) ou morale (administration, entreprise...), il se doit de déclarer l'accident auprès de l'Assurance Maladie. Par cette déclaration de recours contre tiers (RCT), l'Assurance Maladie peut réclamer auprès de ce tiers (et le plus souvent son assureur), les dépenses avancées par l'Assurance Maladie pour couvrir le remboursement des dépenses de santé qu'elle a engagé pour le compte de la victime en rapport avec les faits. Cette démarche reste peu connue et utilisée par le grand public alors même qu'elle représente pour l'Assurance Maladie un enjeu financier majeur. Le recours contre tiers permet de récupérer, en France, près d'un milliard d'euros chaque année (954 M€ à fin 2024, soit une évolution de +2,3% par rapport à 2023). L'Assurance Maladie a donc pour ambition de créer un réflexe « recours contre tiers » de déclaration des accidents causés par un tiers à sa caisse d'assurance maladie. Ainsi, l'objectif est de sensibiliser les professionnels de santé sur la nécessité de signaler l'accident. Concrètement, au cours de la consultation, le PS interroge son patient sur l'origine de sa blessure afin de savoir si la responsabilité d'un tiers peut être engagée. Dans l'affirmative, le PS signale le dommage de l'assuré à l'Assurance Maladie en cochant sur la feuille de soins (papier ou électronique) la case « Accident causé par un tiers » et en précisant sa date de survenue dans la partie « Conditions de prise en charge des soins » ou « Conditions de prise en charge des actes ». Cette case doit être cochée si un patient vient voir le PS à la suite d'un accident de la circulation, de coups et blessures volontaires, de blessures involontaires, de blessures provoquées par un animal, d'un accident scolaire, d'un accident médical, d'un produit défectueux.

Parallèlement, il pourrait être développé le remboursement en capital suite à un recours contre tiers. Dans ce cas, les prestations futures susceptibles d'être versées jusqu'au décès de l'assuré suite au recours, sont capitalisées pour fixer le montant global de l'indemnisation de la victime et fixer les droits de la caisse pour l'avenir. Cependant, le remboursement sous forme de capital de ces dépenses auprès du tiers responsable et/ou son assureur ne peut lui être imposé en l'état actuel du droit. Ce mode de remboursement permet pourtant d'optimiser le rendement du recours contre tiers notamment en :

- Raccourcissant la durée de vie des dossiers qui ne peuvent aujourd'hui être clôturés tant que l'organisme verse les prestations à l'assuré social victime d'un dommage corporel ;
- Facilitant la gestion quotidienne des dossiers puisqu'il ne sera plus nécessaire de recenser annuellement les dépenses de santé de ces assurés sociaux ;
- Optimisant in fine les coûts de gestion en raison du temps passé par les agents pour traiter ces dossiers qui ne se solderont majoritairement qu'au décès de ces assurés sociaux.

1.3. La résorption du déficit actuel

La définition d'une trajectoire d'évolution très exigeante des dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2030 sur un rythme semblable à celui de la richesse nationale est un défi considérable au regard des facteurs structurels d'augmentation des dépenses de santé. Il est à cet égard frappant que dans le scénario le plus dur de maîtrise des dépenses que décrit l'OCDE dans les travaux parus en 2024, le scénario « full cost control », les dépenses de santé croissent plus rapidement que le PIB entre 2015 et 2030²²¹.

Associée à une évolution des recettes qui serait sur le même rythme, un tel cadre financier pluriannuel permettrait de stopper la dégradation de la situation financière, mais pas de résorber le déficit actuel puisque recettes et dépenses évolueraient au même rythme.

Restaurer effectivement l'équilibre de la branche maladie de la sécurité sociale implique donc « d'aller plus loin », et donc de répondre à différentes questions, en théorie simple : à quelle date veut-on atteindre l'équilibre ? quelle répartition de l'effort entre recettes et dépenses ?

Le Gouvernement a en partie répondu à la première question en indiquant viser un rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale à l'horizon 2029. Pour autant la situation des différentes branches n'est pas la même, qu'il s'agisse de 2025 ou des perspectives pluriannuelles. L'horizon de redressement de l'assurance maladie devra donc être précisé dans le cadre du PLFSS pour 2026.

S'agissant des leviers de redressement et de la répartition recettes-dépenses, différentes visions coexistent.

Pour justifier un effort supplémentaire en dépense qui irait donc au-delà de ce qui est nécessaire pour tenir une évolution semblable à celle de la richesse sociale, pourraient être avancés :

- l'ampleur des financements publics dédié à la santé (10,1% du PIB), ce qui nous place à la deuxième place des pays de l'OCDE ;
- les besoins de financements publics sur d'autres thématiques (transition écologique, éducation, recherche) qui sont élevés, et de surcroît nécessaires pour limiter les besoins de santé ;
- le constat d'inefficiences importantes dans le système et donc d'économies supplémentaires peut-être possibles sans dégrader l'accès et la qualité des soins ;
- le niveau très élevé des prélèvements obligatoires dans notre pays (42,8% du PIB).

S'agissant des arguments qui justifient un recours au levier des recettes, on peut citer :

- le caractère déjà très ambitieux d'un ONDAM qui évoluerait au même rythme que le PIB dans un contexte de vieillissement de la population comme le montre les travaux de projections de l'OCDE ;
- la puissance des facteurs structurels d'augmentation des dépenses de santé (vieillesse-maladies chroniques-innovation) et des besoins de prise en charge qui « justifient » que nous dédions plus de ressources à la santé ;
- le non financement du Ségur de la santé dans le cadre du pilotage des comptes de la sécurité sociale depuis 2021.

221

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/05/health-spending-projections-to-2030_f1fd1b32/5667f23d-en.pdf&ved=2ahUKewj-ofOnmIKOAxV2VaQEHUx8BGUQFnoECBYQAQ&usq=AOvVaw0GSKp6tSASTie5HQc02E6g

Ce dernier point mérite une analyse spécifique, avec là encore des logiques qui peuvent être différentes. D'un côté, il est légitime de considérer que l'Assurance Maladie doit être en mesure de financer par elle-même, au sein des ONDAM votés tous les ans les revalorisations des professionnels de santé. De l'autre, l'ampleur des revalorisations sur un délai très court, l'impact massif et pérenne du Ségur à hauteur de 13,4 Md€ rend très difficile un tel financement à travers des mesures classiques et le diagnostic d'une absence d'une affectation de recettes en face du Ségur de la santé a clairement été posé par le Parlement et confirmé à l'automne dernier par le Gouvernement.

Il apparaît donc nécessaire que la stratégie de pilotage des finances publiques qui pourrait être annoncée par le Premier Ministre mi-juillet et traduite dans les projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2026 précise les choix du Gouvernement sur la cible calendaire et les leviers permettant d'assurer le redressement financier de l'Assurance Maladie, au-delà du cadrage proposé dans le cadre de ce rapport Charges et Produits.

Proposition 59 : Réunir l'ensemble des parties prenantes afin de déterminer les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires pour stabiliser la part financée par l'AMO à 80 %

Proposition 60 : Rehausser le plafond de la complémentaire santé solidaire pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles

Options sur la couverture complémentaire santé*

- **Revoir le périmètre des contrats responsables, notamment en allongeant la fréquence de renouvellement des lunettes à niveau de correction inchangé. Interdire la publicité pour les lunettes de vue et les audioprothèses**
- **Définir un contrat socle devant être proposé par l'ensemble des organismes complémentaires couvrant strictement (ni plus, ni moins) les garanties du contrat responsable, afin que chaque assuré puisse avoir le choix d'un contrat « bon-marché »**

*** Options : il s'agit ici de propositions structurantes que la CNAM a souhaité soumettre au débat public et sur lesquelles les organisations membres du conseil de la CNAM sont plus particulièrement invitées à se positionner lors de l'adoption du rapport**

Contributions des organisations composant le Conseil de la CNAM (à venir)

Liste des figures

Figure 1 : Déficit de l'Assurance Maladie (2020-2024).....	11
Figure 2 : Evolution annuelle des charges et produits de la branche maladie comparée à celle du PIB et de l'ONDAM	12
Figure 3 : Résultat net des hôpitaux publics depuis 2005.....	13
Figure 4 : Solde des charges et produits financiers de la CNAM entre 2018 et 2024 (M€).....	14
Figure 5 : Décomposition des dépenses de la branche maladie en 2024.....	15
Figure 6 : Evolution tendancielle des dépenses de l'objectif national des dépenses de l'Assurance Maladie	16
Figure 7 : Structure des recettes de la branche maladie en 2024.....	17
Figure 8 : Déficit de l'Assurance Maladie depuis 2020 et prévisions de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de juin 2025	19
Figure 9 : Solde des régimes obligatoires de base de la Sécurité Sociale (ROBSS) et de la branche maladie entre 2010 et 2019 (en Md€)	20
Figure 10 : Evolution comparée des taux d'évolution du PIB valeur, de l'ONDAM et de la part de l'ONDAM dans le PIB 2010-2019.....	20
Figure 11 : Taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé des pays de l'OCDE (2015-2022)	21
Figure 12 : Les dépenses de santé en % du Produit Intérieur Brut en 2022.....	22
Figure 13 : Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention	24
Figure 14 : Nombre total d'auto-questionnaires complétés sur Mon Espace Santé	27
Figure 15 : Nombre de kits remis par les pharmaciens d'officine en 2023 et 2024.....	33
Figure 16 : Taux de tabagisme quotidien chez les adultes par sexe dans les pays de l'OCDE, 2022	41
Figure 17 : Évolution des prévalences de l'obésité selon l'âge entre les enquêtes Obépi-Roche 1997-2012 et l'enquête Obépi 2020 (INSERM).	44
Figure 18 : Profil de pathologies des patients en ALD sans médecin traitant selon leur recours à un médecin (2023)	54
Figure 19: Comparaison des hospitalisations MCO des patients avec ou sans MT et des patients avec ou sans ALD en 2023	55
Figure 20: Comparaison des hospitalisations PSY des patients avec ou sans MT et des patients avec ou sans ALD en 2023	55
Figure 21 : Montant total des dépassements d'honoraires depuis 2003 (Md€ réels, €2024)	56
Figure 22 : taux d'installation en secteur 2 par spécialité.....	56
Figure 23. Nombre de passages annuels dans les services d'urgences y compris et hors service de santé des armées (Millions).....	62
Figure 24. Fréquence de passages aux urgences dans l'année par tranche d'âge en 2023.....	62
Figure 25. Répartition des résumés de passages aux urgences par CCMU en 2023.....	63
Figure 26. Carte des taux de PRPV dans les passages aux urgences par code géographique, avec géolocalisation des services d'urgence	65
Figure 27 : Répartition des EHPAD (d'au moins 20 résidents) en fonction du ratio de résidents ayant eu recours aux urgences	70
Figure 28 : Tableau entrée/sortie en HAD depuis les urgences (y compris UHCD)	71
Figure 29 : distribution des taux de réhospitalisations à 7 jours des sites chirurgicaux selon les 10 déciles d'activité croissante.....	76
Figure 30 : funnel plot des réhospitalisations à 7 jours (IGR et nombre de ré-hospitalisations attendues).....	77
Figure 31 : Part des sites de chirurgie oncologique autorisés ne respectant les seuils réglementaires	79
Figure 32 : Sites chirurgicaux réalisant des prostatectomies en fonction du nombre d'interventions par an	81
Figure 33 : Nombre de personnes souffrant d'une pathologie chroniques en 2030 et 2035 (en millions)	89
Figure 34 : Prévalence des maladies chroniques d'après la cartographie des dépenses et des pathologies à l'horizon 2030 et 2035	89
Figure 35 : Projections des prévalences de quatre pathologies chroniques	90
Figure 36 : Part standardisée sur l'âge d'assurés en ALD parmi les consommateurs de la cartographie 2022 (taux national standardisé : 20,1%).....	95
Figure 37 : Taux de croissance annuel moyen (TCAM) des effectifs de personnes bénéficiant d'une prise en charge en ALD.....	96
Figure 38. Extrait d'un outil de diagnostic territorial sur les patients diabétiques.....	104
Figure 39 : Facteurs explicatifs de la croissance des indemnités journalières maladie	112

Figure 40 : Nombre de jours indemnisés d'arrêts de plus de trois mois par âge (30-39, 40-49, 50-59 ans à gauche, 29, 60-61, 62 ans à droite).....	113
Figure 41 - Dépenses trimestrielles des indemnités journalières de plus de trois mois en volume et en valeur corrigé des jours ouvrés et des variations saisonnières.....	113
Figure 42 : Nombre de jours indemnisés en fonction du statut de l'assuré vis-à-vis de l'exonération au titre d'une affection de longue durée	114
Figure 43 : Croissance des arrêts en ALD et en ALD dite non exonérante entre 2017 et 2022.....	115
Figure 44 : Schéma d'indemnisation dans le cadre de la loi de mensualisation.....	117
Figure 45 – durée moyenne par décile - TADM	119
Figure 46 - Durée moyenne par décile - Lombalgie commune.....	119
Figure 47 - Durée moyenne par décile - Sciatique.....	120
Figure 48 - durée moyenne par décile - Tendinopathie de la coiffe des rotateurs	120
Figure 49 : Les situations complexes prises en charge par le service SOS IJ.....	123
Figure 50 : Évolution des dépenses remboursées, des montants des remises, des montants de la contribution M entre 2017 et 2024.....	131
Figure 51 : Evolution des montants des remises produits selon le meilleur niveau d'ASMR du médicament entre 2017 et 2024	131
Figure 52 : Évolution des dépenses remboursables nettes de remises produits, selon le niveau d'ASMR du produit, entre 2017 et 2024 (en milliards d'euros).....	133
Figure 53 : Comparaison des dépenses remboursables en ville (officine & rétrocession) et à l'hôpital (LES & accès précoce).....	134
Figure 54 : Comparaison de la dépense remboursable, nette de remises, par patient, selon le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) entre 2017 et 2024	136
Figure 55 :Diagramme de flux : sélection des indications non retenues	138
Figure 56 : Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée au cours de la période 2016-2023 (Analyse 1).....	139
Figure 57 : Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée à l'inscription par la Commission de Transparence en fonction de l'ASMR du produit au cours de la période 2016-2023.....	140
Figure 58 :Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée en fonction du niveau de preuve (médiane de survies) retenu lors l'inscription par la Commission de Transparence au cours de la période 2016-2023...	140
Figure 59 :Évolution du coût de l'indication par année de vie gagnée au cours de la période 2016-2023 (Analyse 2).....	141
Figure 60 : Evolution du bénéfice démontré par indication en fonction de son année d'inscription par la Commission de Transparence entre 2016 et 2023.....	141
Figure 61 :Coût de traitement de l'indication par rapport au bénéfice clinique démontré en fonction du niveau d'ASMR obtenu à l'inscription de l'indication par la Commission de Transparence	142
Figure 62 : Comparaison des dépenses remboursées des bioréférents, des taux de pénétration des biosimilaires et des écarts de prix entre le similaire et le référent délivrés en officine en 2024.....	146
Figure 63 : Evolution des dépenses remboursées par produit pour la classe des anti-VEGF depuis 2015	147
Figure 64 : Comparaison du nombre d'injections annuel observé pour les 4 molécules de la classe des anti-VEGF commercialisés en ville.....	148
Figure 65 : Evolution du nombre de patients initiés par médicament et nombre total de patients traités pour la classe des anti-VEGF entre 2017 et 2024.....	149
Figure 66 :Comparaison de la part en montants remboursés et en volume des génériques, des princeps et du paracétamol pour l'année	150
Figure 67 : Comparaison de la part en montants remboursés et en volume des génériques, des princeps et du paracétamol pour l'année 2024	151
Figure 68 :Évolution du taux de pénétration moyen des génériques et biosimilaires selon le mois de commercialisation.....	152
Figure 69 : Nombre de jours médians entre la clôture de l'évaluation par la HAS et l'inscription au remboursement (JO).....	153
Figure 70 : Evolution des dépenses supplémentaires (tous financeurs) de distribution des médicaments du fait des remises entre 2021 et 2024	154
Figure 71 : Evolution de la moyenne des ratios de rentabilité selon le secteur d'activité, 2018 - 2022	162
Figure 72: Evolution de la rentabilité financière et du taux d'endettement moyens selon le secteur d'activité, 2018 - 2022.....	165
Figure 73 : illustration de la population concernée par la polymédication et l'hyperpolymédication	186
Figure 74 : Principales classes de médicament dont la prescription n'est pas spécifique à l'hôpital	186
Figure 75 Evolution des dépenses LPP depuis 2016	187
Figure 76 : Evolution des dépenses d'analyses biologiques.....	189

Figure 77 : Evolution des dépenses remboursées de transport.....	191
Figure 78 : Répartition par prescripteurs des dépenses de transports des patients se rendant à une séance de dialyse	191
Figure 79 : Distribution des départements selon leur densité en auxiliaires et le montant moyen remboursé par consommant	194
Figure 80 : Distribution des départements selon leur densité en auxiliaire et les montants moyens et attendus par consommant	194
Figure 81 : Synthèse des principaux outils de sécurisation de la prescription et de leur potentiel estimé d'extension	206
Figure 82 : Qualité des flux de facturation transmis à l'Assurance Maladie	216
Figure 83 : Répartition du type de flux par catégorie de professionnels de santé	217
Figure 84 : Evolution des taux de flux B2 entre 2019 et 2024 pour 4 catégories de professionnels de santé..	217
Figure 85 : vue d'ensemble du processus de sécurisation de la chaîne du médicament	219
Figure 86 : Evolution des objectifs et résultats LCF depuis 2014	223
Figure 87 : Montant des fraudes par catégorie de professionnels de santé	224
Figure 88 : La situation financière de l'Assurance maladie peut se scinder en deux problématiques : solder le stock et empêcher l'aggravation du déficit	232
Figure 89 : Structuration des efforts d'économies à horizon 2030	236
Figure 90 : Affectation de la fiscalité comportementale.....	237

Liste des tableaux

Tableau 1 : couverture vaccinale contre la grippe dans différents pays européens	29
Tableau 2 : Synthèse des couvertures vaccinales grippe des résidents et professionnels par type d'ESMS, saison 2023-2024, France	30
Tableau 3 : Invitations et relances envoyés en 2024 par dépistage organisé	32
Tableau 4 : pays de l'OCDE ont développé des taxes sur les aliments à faible qualité nutritionnelle.....	46
Tableau 5 : Délais pour retrouver un médecin traitant selon les caractéristiques des patients.....	53
Tableau 6 : Absence de recours à un médecin (libéral ou centre de santé) chez les patients en ALD (2023)	54
Tableau 7 : la Classification Clinique des Malades aux Urgences	63
Tableau 8. Répartition des patients âgés selon leurs dépendances (2022).....	68
Tableau 9 : analyse comparative des risques de complications, de passage en réanimation et de décès	80
Tableau 10 : taux ambulatoire 2023 et volume/potentiel ambulatoire selon les catégories juridiques	82
Tableau 11 : Préviation d'évolution de la population selon le scénario central de l'INSEE.....	88
Tableau 12 : effectifs en 2022 des personnes bénéficiant d'une prise en charge pour ALD en 2022.	94
Tableau 13 : Comparaison internationale de la part de la population bénéficiant d'une prise en charge financière en tant que patients chroniques	101
Tableau 14 : Conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie et calcul de l'indemnité journalière maladie.....	116
Tableau 15: Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires.....	117
Tableau 16 : Lieu d'exercice des prescripteurs des arrêts maladie entre 2019 et 2023	118
Tableau 17 : principaux secteurs concernés par un taux d'absentéisme supérieur de 40% à la moyenne nationale en 2021, 2022 et 2023.....	125
Tableau 18 : Coût moyen d'une indication par année de vie gagnée hors remise sur la période 2016-2023...	139
Tableau 19 : Exemples d'essais de désescalade thérapeutique promus par UNICANCER	144
Tableau 20 : Nombre d'entreprises analysées par secteur.....	160
Tableau 21 : Evolution du chiffre d'affaire moyen (en milliers d'euros) des offreurs de soins par secteurs (2018 – 2022).....	161
Tableau 22 : Enjeux financiers liés aux anomalies de facturation sur les principales professions en 2023-2024	213
Tableau 23 : Principales anomalies avec impact financier par catégorie de professionnels.....	213
Tableau 24 : Résultats du 1er cycle d'évaluation de la fraude portant sur 2018/2019.....	222
Tableau 25 : Résultats des premiers travaux de réévaluation de la fraude portant sur 2022.....	222
Tableau 26 : Répartition des résultats LCF 2023-2024 par catégories de dépenses	223
Tableau 27 : Répartition de la fraude documentaire assurés - 2024	224
Tableau 28 : Nombre de professionnels de santé déconventionnés par catégorie :	225
Tableau 29 : Tableau d'économies en 2026.....	236

Liste des encadrés

Encadré 1 : De l'ONDAM aux dépenses d'assurance maladie	16
Encadré 2 : les dispositifs d'exonérations et d'exemption de cotisations et contributions sociale : plus de 39 Md€ pour la branche maladie	18
Encadré 3 : Vaccination contre le zona des personnes âgées	31
Encadré 4 : Avis de l'académie de médecine - Monoxyde de carbone, tabac et femme enceinte (mars 2025) ..	39
Encadré 5 : L'apport du modèle SPHeP-NCD de l'OCDE dans l'évaluation des politiques de prévention sur les facteurs de risques	41
Encadré 6 : Pesticides et agriculture biologique	47
Encadré 7 : Expérimentations locales en faveur de la gradation et la meilleure coordination des soins.....	60
Encadré 8 : Le score composite de complexité diagnostique et les passages aux urgences relevant potentiellement de la ville.....	64
Encadré 9 : Éléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation	87
Encadré 10 : enquête nationale de France Assos Santé sur les « restes à charge invisibles » (RACI)	97
Encadré 11 : Définition des restes à charges (RAC) et des co-paiements pour les patients.....	98
Encadré 12 : Expérimentation des cellules d'expertise et de coordination de l'insuffisance cardiaque sévère (CECICS).....	106
Encadré 13 : Source et champs des données analysées dans le chapitre Médciaments	132
Encadré 14 : Analyse de la croissance des dépenses de médicaments en ville et à l'hôpital.....	134
Encadré 15 : Méthode et limites	137
Encadré 16: Radiothérapie, biologie et radiologie : différents mécanismes de constitution des situations de rentes économiques.....	163
Encadré 17: Analyses de rentabilité dans les secteurs de la biologie et de la radiologie non-hospitalières.....	167
Encadré 18 : Augmentation tendancielle de la concentration dans le secteur de la radiologie non-hospitalière	171
Encadré 19 : Premières analyses des implications de l'adossement à un groupe sur l'activité de radiologie libérale	176
Encadré 20: Les centres de soins à horaires élargis dans les Bouches-du-Rhône.....	178
Encadré 21 : Standardisation indirecte des dépenses moyennes par patient.....	194
Encadré 22 : schéma de représentation actuel LAP / SADM.....	196
Encadré 23 : indicateur de sobriété.....	200

