



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES



PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2027

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 2027 (loi du 13 août 2004)

Introduction par la présidente du Conseil de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

Pour la deuxième année consécutive, le Conseil de la Cnam a été pleinement associé à l'élaboration du rapport Charges et Produits. Cette méthode de travail en co-construction, engagée l'an dernier, témoigne de notre volonté commune de faire vivre **une dynamique collective autour d'un document** qui constitue **un rendez-vous majeur** pour l'Assurance Maladie et, plus largement, pour notre système de santé.

Pour tous les acteurs de la démocratie sociale et sanitaire que nous sommes, cette démarche offre l'opportunité de travailler de manière approfondie sur **les enjeux structurants** de notre système de santé. Elle permet de confronter les analyses et les données de l'Assurance Maladie à l'expérience de terrain des représentants des assurés et des usagers. Cette mise en dialogue des connaissances renforce à mon sens incontestablement **la qualité des diagnostics** et **la pertinence des propositions**.

Cette nouvelle édition s'inscrit dans **une logique de continuité**. Tout en actualisant les données chiffrées, elle permet de poursuivre les travaux engagés, d'enrichir les analyses déjà produites et d'évaluer les avancées réalisées. Cette continuité est une condition essentielle pour inscrire les réflexions du Conseil de la CNAM dans **le temps long** et nourrir utilement le débat public.

Si ce rapport s'inscrit résolument dans une logique de continuité, il ne saurait être réduit à la seule reconduction des analyses et propositions antérieures. Les enjeux auxquels notre système de santé est confronté nous obligent non seulement à poursuivre mais également à enrichir et même renouveler nos réflexions. En effet, la situation financière de l'Assurance Maladie **nous oblige plus que jamais à faire des propositions consensuelles afin de maîtriser la progression des dépenses de santé**. Le niveau de déficit observé aujourd'hui est inédit hors période de crise exceptionnelle. Il constitue un élément structurant du contexte dans lequel s'inscrit l'action du Conseil et renforce notre responsabilité collective pour identifier les leviers d'action pertinents, affiner les propositions formulées précédemment et en faire émerger de nouvelles lorsque cela est nécessaire.

Je pense à la prévention, la « bataille de la décennie » ; il est urgent de concrétiser ce virage préventif condition impérative pour garantir la soutenabilité financière, sociale et écologique de notre système de santé solidaire.

Cette édition se distingue également par l'attention particulière portée aux territoires ultramarins. Trop souvent, leurs enjeux ont été abordés de **manière périphérique** dans les **réflexions nationales**. Le choix de consacrer cette année un travail spécifique à ces territoires en les associant, constitue un signal fort et une reconnaissance bienvenue **des défis auxquels ils sont confrontés, qu'il s'agisse de prévention, d'organisation des soins, d'attractivité des professionnels de santé ou encore des conséquences de l'éloignement géographique**. Je forme le vœu que cette approche soit pérennisée dans les prochaines éditions afin que les réalités ultramarines soient pleinement intégrées à la construction des politiques de santé.

Enfin, cette édition innove en **consacrant un chapitre spécifique à l'engagement du patient dans le système de santé**. La participation active des patients dans leur parcours constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité des soins et de la pertinence des prises en charge. Il était donc naturel que le rapport Charges et Produits s'empare de cette question et contribue à structurer les analyses dans ce domaine. Cette réflexion apparaît d'autant plus nécessaire que la France demeure en retrait par rapport à nombre de pays qui ont déjà largement intégré la pair-aidance et l'engagement des patients dans l'organisation de leur système de santé.

Par l'originalité de certaines thématiques abordées, par l'élargissement progressif du champ couvert, bien au-delà de celui traditionnellement associé à un assureur santé, et par les nouveaux territoires de connaissance qu'il contribue à explorer, le rapport Charges et Produits est devenu au fil des années un véritable **outil de réflexion pour la transformation de notre système de santé**. Il porte une vision qui articule soutenabilité financière, qualité des soins, innovation organisationnelle et amélioration des parcours des assurés.

Je souhaite que ce rendez-vous majeur de l'été nourrisse pleinement les débats de l'automne à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027.

Samira Lehaine

Présidente du Conseil de la Cnam

Introduction par le directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie

Dans un contexte politique évolutif, l'Assurance Maladie a fait le choix de maintenir le cap fixé dans son précédent rapport Charges et Produits avec pour objectif de préserver les atouts de notre système de santé, un financement public élevé et des résultats parmi les meilleurs au monde. Face à des enjeux considérables, vieillissement de la population, essor des maladies chroniques, pression croissante sur les finances publiques, notre action doit s'orienter autour des trois priorités définies en 2025 : **faire de la prévention la bataille de la décennie, améliorer le parcours de soins des patients, et rembourser le juste soin au juste prix**. Le numérique, enfin, vient appuyer ces trois piliers avec notamment mon espace santé qui se développe encore avec près de 30 millions de comptes activités et une ordonnance sur deux qui est numérique chez les médecins généralistes.

Ce rapport, dans la lignée des rapports charges et produits, s'inspire d'études originales et d'expériences étrangères notamment sur les retours sur investissement de la prévention, l'activité hospitalière, l'engagement patient, la déprescription de médicaments ou encore les soins de masso-kinésithérapie. Il dresse également un bilan des propositions du rapport précédent.

Plus de la moitié des propositions formulées dans le précédent rapport sont aujourd'hui en cours de déploiement. Le virage préventif est engagé avec notamment la coalition des financeurs avec les organismes complémentaires qui se traduit concrètement par la forte augmentation du dispositif génération sans carie (+30% % d'examen buccodentaire sur un an). Parallèlement, la ville se structure pour mieux organiser les parcours de soins, avec une dynamique forte des structures d'exercice coordonnées (maisons de santé pluriprofessionnelles, communautés professionnelles territoriales de santé) que viendra encore renforcer le dispositif France Santé. Le juste soin au juste prix progresse également : les volumes de transport se stabilisent en 2025 et en ce début d'année 2026 après une forte dynamique observée dans les dernières années, et la lutte contre la fraude affiche un nouveau résultat record.

Malgré ces premières réalisations, la situation financière de l'Assurance Maladie demeure très préoccupante. Si le déficit pourrait se réduire en 2026 pour revenir à son niveau de 2024, il resterait élevé, à 13,8 Md€. Cette amélioration s'explique par ailleurs principalement par un apport de recettes important face à des dépenses qui restent dynamique. Pour identifier une trajectoire soutenable, l'Assurance Maladie a conduit un exercice inédit de projection de ses dépenses à l'horizon 2030. Les résultats de cette modélisation sont sans ambiguïté : **seule la combinaison d'une régulation volontariste des dépenses et d'un réel virage préventif est à même de maintenir la soutenabilité du système de santé tout en améliorant la qualité du service rendu à la population.**

Rien ne sera donc possible sans un investissement massif dans la prévention, clé de voûte d'un système de santé sobre, solidaire et performant. Un partenariat inédit a ainsi été engagé avec l'OCDE pour évaluer le retour sur investissement de différentes actions de prévention dont le Nutri-Score afin de prioriser nos actions de prévention au regard de leur efficacité et de leur capacité à infléchir la trajectoire épidémiologique et économique.

Au-delà de la prévention, ce rapport examine aussi la bonne organisation du système de soins face au vieillissement de la population, pour garantir un vieillissement en bonne santé et un parcours fluide à tous les âges de la vie. Il affirme également la nécessité de remettre le patient au cœur du parcours de soins, notamment par une meilleure prise en compte de son expérience et des résultats en santé de sa prise en charge.

Pour atteindre le juste soin au juste prix, ce rapport propose également de développer de nouvelles modalités de prises en charge pour poursuivre la recherche de gains médico-économiques permettant de préserver la qualité des soins tout en assurant la soutenabilité de notre système de santé. Ces nouvelles conquêtes d'efficacité médico-économique concernent le médicament avec la nécessaire mise en œuvre de la desescalade thérapeutique en oncologie mais également de nouveaux modèles de rémunération pour valoriser la qualité et la pertinence des soins. Le juste soin au juste prix doit permettre également, de lutter contre les fraudes et de consolider notre système d'indemnisation des arrêts de travail.

La déclinaison de notre feuille de route aux spécificités des territoires ultramarins dans ce rapport constitue enfin un enjeu majeur au regard d'un constat sans appel : une santé mentale plus dégradée qu'en hexagone, une prévalence du diabète deux fois plus forte, une exposition accrue à des produits nocifs pour la santé notamment au regard du taux de sucre dans les aliments, et des actions de prévention moins efficaces.

Comme l'an dernier, ce rapport a été élaboré en concertation étroite avec le Conseil de la CNAM, réunissant services administratifs, partenaires sociaux, représentants des patients et des mutuelles, à travers des échanges réguliers permettant de dégager plus de 40 propositions. Ces propositions participent à la trajectoire financière proposée l'année dernière à l'horizon 2030 avec 3,9 milliards d'euros d'économies pour l'année 2027 afin de redonner des marges de manœuvre à notre système.

Thomas Fatôme
Directeur général de la Cnam

Sommaire

Introduction par la présidente du Conseil de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie	2
Introduction par le directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie	3
Sommaire	4
Liste des propositions soumises au Conseil	7
1 Poursuivre le retour à l'équilibre : identifier les leviers pour préserver la soutenabilité à notre système de santé	9
1.1 Un déficit de l'Assurance Maladie qui s'est encore creusé en 2025 mais devrait se réduire en 2026	9
1.1.1 Le déficit de la branche maladie reste préoccupant malgré une amélioration de 1,7 Md€ en 2026	9
1.1.2 Un déficit des établissements de santé qui se stabilise en 2025 mais reste préoccupant	11
1.1.3 La situation de la dette de l'Assurance Maladie et la charge financière de son amortissement	12
1.2 Les voies et moyens pour garantir une dépense de santé soutenable : des projections inédites des dépenses de santé dans la cartographie des dépenses de l'Assurance Maladie	12
1.2.1 Résultats 2024 de la Cartographie des pathologies et des dépenses	13
1.2.2 La polypathologie en France en 2024 : une analyse à partir de la cartographie Cnam des pathologies et des dépenses	19
1.2.3 Le dynamisme des pathologies chroniques nécessite d'anticiper les évolutions épidémiologiques pour adapter notre système de santé	28
2 Prévention : la bataille de la décennie	36
2.1 Faire le bilan et prioriser nos leviers d'action	36
2.1.1 Les avancées législatives et réglementaires depuis le rapport Charges et Produits 2026	36
2.1.2 Un partenariat avec l'OCDE pour prioriser nos actions de prévention	38
2.2 Décliner les priorités de prévention à tous les moments de la vie	44
2.2.1 Le repérage précoce des troubles visuels et du langage chez l'enfant : un enjeu de santé publique et de réduction des inégalités en santé	45
2.2.2 Santé mentale des jeunes : innover pour détecter tôt et agir rapidement	48
2.2.3 L'alimentation saine et durable pour tous, un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et de l'environnement	55
2.2.4 Faire face au tabagisme et à des conséquences du tabagisme	59
2.2.5 Prévention du risque chronique : les enseignements internationaux de la prise en charge précoce des troubles cardiovasculaires	66
2.3 Des politiques de prévention à renforcer et à adapter dans les DROM pour répondre aux enjeux de santé publique	70
2.3.1 Facteurs de risque : Alimentation, surpoids, addictions et environnement dans les DROM	70
2.3.2 Risques environnementaux	77
2.3.3 Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers dans les DROM	79
2.3.4 Favoriser le dépistage et diagnostic précoce des maladies vectorielles et infectieuses	82
2.3.5 Améliorer la santé sexuelle en combinant des actions ciblées de vaccination et dépistage ainsi que l'accès simplifié aux traitements	85
3 Parcours de soins et qualité de la prise en charge : les évolutions structurantes nécessaires de notre système de santé	92
3.1 L'engagement patient : un levier de transformation et d'amélioration de la qualité des soins	93
3.1.1 Recueillir l'expérience patient : une démarche ancienne qui se diversifie et s'amplifie	94
3.1.2 Recueillir l'expérience patient pour renforcer l'engagement patient : la clarification nécessaire des objectifs et usages	95
3.1.3 Favoriser l'engagement des patients en soins primaires : consulter les patients, recueillir l'expérience des patients et co-construire avec eux	97
3.1.4 Inscrire l'engagement patient dans le cadre conventionnel et faciliter le recueil de résultats	101
3.1.5 Expérimenter, en soins primaires, le recueil du résultat des soins vu des patients atteints de maladie chroniques	103

3.1.6	Défaillance rénale : un exemple d'expérience patient à travers l'enjeu clé de l'information structurée et systématique des patients dans leurs choix de traitements de suppléance pour permettre au patient de co-construire son parcours de soins	105
3.2	Face aux évolutions démographiques, une nouvelle prise en charge du grand âge intégrant davantage la prise en compte des déterminants du vieillissement en bonne santé et des parcours de soins fluidifiés	108
3.2.1	La vaccination des personnes âgées, un déterminant important du vieillissement en bonne santé	108
3.2.2	Agir sur la santé mentale des personnes âgées	111
3.2.3	Valoriser au mieux l'évolution du métier infirmier afin de permettre une prise en charge à domicile de qualité pour les patients les plus dépendants	115
3.2.4	Poursuivre les efforts en faveur d'un développement du repérage précoce des fragilités afin de ralentir la perte d'autonomie	116
3.2.5	L'engorgement des parcours gériatriques : le cas spécifique des établissements autorisés en soins médicaux et de réadaptation (SMR)	118
3.2.6	Résidents en EHPAD : comment limiter le recours à l'hôpital ?	121
3.3	Déterminants de l'activité des hôpitaux publics en médecine, chirurgie et obstétrique	128
3.3.1	Les hôpitaux publics entre 2017 et 2023 : comment leur activité a-t-elle évolué ?	130
3.3.2	Les caractéristiques des établissements selon l'évolution de leur activité par lit	133
3.4	Face à une offre de soin inégalement répartie, fluidifier les parcours et structurer des plans d'action locaux et partenariaux pour répondre aux enjeux sanitaires des territoires ultra marins	139
3.4.1	Panorama de l'offre de soins dans les DROM	140
3.4.2	Panorama des pathologies dans les DROM	152
3.4.3	Le diabète : un enjeu majeur dans les DROM appelant une réponse coordonnée qui s'inspire du plan mené à la Réunion	157
3.4.4	Améliorer la prise en charge des troubles de santé mentale malgré une offre de psychologues et psychiatres restreinte	160
4	Le juste soin au juste prix	164
4.1	Les médicaments en oncologie	164
4.1.1	Une évolution des dépenses dynamique portée par la hausse du nombre de patients et la hausse des coûts de traitements	164
4.1.2	Une transformation en profondeur des dépenses de médicaments anticancéreux suite à l'arrivée des immunothérapies et des anticorps monoclonaux	171
4.1.3	Les grands enjeux épidémiologiques autour des traitements médicamenteux des cancers	174
4.2	Vyndaqel® (tafamidis 61 mg) dans l'amylose cardiaque à transthyrétine du sujet âgé : exemple du suivi d'un médicament innovant et onéreux. Une étude d'utilisation à partir du Système National des Données de Santé.	183
4.3	Déprescrire, un enjeu pour la qualité de vie des patients	185
4.3.1	La réévaluation des prescriptions fait partie intégrante du soin et du suivi du patient	185
4.3.2	Quels leviers pour favoriser la réévaluation des prescriptions ?	187
4.3.3	Les premières briques posées par l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé pour encourager la réévaluation thérapeutique et la déprescription	189
4.3.4	A l'international, des interventions à chaque étape du parcours du patient	193
4.4	Performance économique des secteurs de soins conventionnés et présence d'acteurs financiers au capital des offreurs de soins	199
4.4.1	Evolution de la performance économique et financière des offreurs de soins privés pour plusieurs secteurs des soins en ville	199
4.4.2	Rentabilité des offreurs de soins de ville privés	202
4.4.3	Zoom sur les pharmacies d'officine	208
4.4.4	Ampleur et effets de la présence d'acteurs financiers dans le secteur des soins	210
4.5	Masseurs-kinésithérapeutes : Une dynamique des dépenses soutenue mais qui ne garantit pas une viabilité économique et une attractivité de la profession	214
4.5.1	Une progression marquée des remboursements de soins de masso-kinésithérapie sur la dernière décennie et particulièrement marquée ces trois dernières années	214

4.5.2	Malgré cette dynamique, une situation qui ne permet pas d'atteindre une offre efficiente et de garantir une soutenabilité du modèle économique de prise en charge	221
4.5.3	Les évolutions récentes de la place des masseurs-kinésithérapeutes dans le système de soins face à ces constats	228
4.5.4	Assurer l'attractivité et la viabilité économique des soins de masso-kinésithérapie	230
4.5.5	Clarifier le périmètre d'intervention de l'Assurance maladie : l'utilisation des référentiels de la Haute Autorité de Santé pour assurer un juste soin	233
4.5.6	Vers une évolution des modalités de financement	234
4.6	Les indemnités journalières AT/MP	237
4.6.1	Une évolution dynamique des indemnités au titre des accidents du travail et maladie professionnelle	237
4.6.2	Un dispositif complexe pour les assurés et les médecins entraînant une gestion peu efficiente de ce dispositif	243
4.7	Le juste soin au juste prix dans les territoires ultra marins : enjeux d'équité, de qualité et de soutenabilité	247
4.7.1	Améliorer le taux de pénétration des biosimilaires en territoire ultramarin	247
4.7.2	Réinterroger le modèle de la distribution des médicaments onéreux dans les DROM	248
4.7.3	Un recours élevé à la PDSA dans les DROM	248
4.7.4	La Lutte contre la fraude : une coordination inter-DROM de lutte contre les Fraude	250
5	Trajectoire pour assurer la soutenabilité des dépenses de l'Assurance Maladie à l'horizon 2030	251
5.1	Un montant d'économies de 3,9 Md€ pour l'année 2027 en ligne avec la trajectoire définie à l'horizon 2030 et le niveau d'économies proposé dans le précédent rapport	251
5.2	Le renforcement de l'articulation entre les assurances maladies pour permettre un accès à l'assurance complémentaire pour tous	253
5.2.1	La coalition entre les assurances maladies obligatoire et complémentaire au cœur des actions de prévention	253
5.2.2	Le renforcement de l'articulation entre l'AMO et l'AMC : des nouvelles dispositions pour la lutte contre les fraudes	254
5.2.3	Favoriser l'accès à la complémentaire santé	254
	Contributions des organisations composant le Conseil de la Cnam	265
	Liste des figures	259
	Listes des tableaux	262
	Listes des encadrés	264

Liste des propositions soumises au Conseil

Proposition 1 : rendre le Nutri-Score obligatoire sur les produits emballés et y ajouter une information sur le caractère ultra-transformé du produit	90
Proposition 2 : Interdire la vente de cigarettes à toute personne née après 2009 et en parallèle réguler les ventes frontalières en lien étroit avec l'Union Européenne.....	90
Proposition 3 : Renforcer le financement des actions de contrôle « clients mystères » sur la vente de tabac et d'alcool aux moins de 18 ans dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions.....	90
Proposition 4 : Permettre à l'Assurance Maladie d'organiser le dépistage des troubles visuels et du langage à l'école pour faciliter la réalisation des bilans de santé des enfants à l'école	90
Proposition 5 : Renforcer la détection et la prise en charge précoce des troubles en santé mentale légers à modérément sévères chez les enfants et les adolescents en médecine générale :	90
Proposition 6: Confier la réalisation de la spirométrie aux infirmiers pour le dépistage précoce de la BPCO dans le cadre de l'exercice coordonné	90
Proposition 7 : Améliorer la participation aux dépistages précoces (cancer, dépistages scolaires) (DROM)	90
Proposition 8 : aligner strictement les taux de sucre avec ceux des produits distribués en France hexagonale (DROM)	91
Proposition 9 : Développer la prévention à hauteur d'enfant (DROM)	91
Proposition 10 : Améliorer la santé sexuelle en combinant des actions ciblées de vaccination et de dépistage ainsi que l'accès simplifié aux traitements (DROM)	91
Proposition 11: Renforcer l'engagement des patients en soins primaires en développant le recueil de l'expérience patient et des résultats des soins via les accords conventionnels	162
Proposition 12: Améliorer l'expérience des patients atteints d'une maladie rénale chronique en traçant systématiquement l'information sur le choix des traitements de suppléance	162
Proposition 13: Faciliter le diagnostic précoce des maladies neurodégénératives chez le médecin généraliste grâce à un avis spécialisé.....	162
Proposition 14 : Développer les solutions d'hébergement temporaire mises en place par les agences régionales de santé pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées après des soins de réadaptations et ainsi favoriser le retour à domicile	163
Proposition 15 : Construire en 2 ans, avec les professionnels de santé, les patients et les organismes complémentaires, une campagne de vaccination pneumocoques avec la même ambition que la grippe pour les assurés de 65 ans et plus (communication, grand public, mobilisation individuelle des patients, sensibilisation des PS ...)	163
Proposition 16 : financer la vaccination contre la grippe, les pneumocoques et le Covid 19 dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux pour intégrer la vaccination aux parcours de soins hospitaliers	163
Proposition 17 : ouvrir Mon soutien psy aux personnes âgées sous traitement de benzodiazépine	163
Proposition 18 : déployer la gradation des soins dans les GHT pour permettre une soutenabilité des organisations hospitalières, une efficacité renforcée et répondre aux besoins des patients tout en garantissant la qualité des soins	163
Proposition 19 : Lancer un plan diabète dans les DROM en s'inspirant du plan mené à La Réunion qui s'appuie notamment sur les CPTS, des actions d'aller-vers des plateaux Sophia de l'Assurance Maladie et une communication locale renforcée conjointe ARS et Assurance Maladie (DROM).....	163
Proposition 20 : Renforcer Mon soutien Psy dans les DROM.....	163
Proposition 21 : Dans la continuité des Assises de la télémédecine et en lien avec les ARS, définir un cadre structuré favorisant la réalisation de téléconsultations assistées par des infirmiers libéraux et l'implantation de télécabines, notamment dans les dispensaires et centres délocalisés (DROM)	163
Proposition 22 : Ouvrir l'accès au diagnostic des maladies vectorielles en laboratoire en période épidémique (DROM)	163
Proposition 23: Mettre en œuvre la désescalade thérapeutique pour améliorer la qualité de vie des patients sans perte de chance.....	197
Proposition 24: Renforcer la prescription dans le répertoire des génériques/biosimilaires sur les molécules à enjeu financier (oncologie et autres).....	197
Proposition 25: Développer le suivi en vie réelle des innovations thérapeutiques en partenariat avec des experts des sociétés savantes pour assurer la pertinence des prescriptions	197
Proposition 26: Saisir la HAS pour revoir le périmètre de remboursement de Vyndaqel	197

Proposition 27 : Faciliter la déprescription en ville (soins primaires et domicile) autour du trio médecin-pharmacien-infirmier et en lien étroit avec les patients, en développant des outils dédiés aux professionnels de santé et en expérimentant, en lien avec l'ANSM, le bénéfice d'un sevrage au long cours des benzodiazépines.	198
Proposition 28 : Mettre en place des incitations à déprescrire en établissement.....	198
Proposition 29: Réinterroger le modèle de la distribution des médicaments afin d'intégrer la forte croissance des médicaments onéreux (DROM).....	198
Proposition 30: Reproduire les bénéfices médico-économiques d'une pénétration accrue des biosimilaires dans les DROM	198
Proposition 31 : Poursuivre le développement des indicateurs suivis en se dotant notamment de nouveaux outils permettant d'apporter de la transparence dans la composition du capital des offreurs de soins	213
Proposition 32 : Afin de comprendre les évolutions contrastées de la situation économique des différents acteurs de la chaîne de distribution des médicaments, développer une analyse approfondie des groupements et notamment des liens avec les officines	213
Proposition 33 : Adapter les modalités de prise en charge des soins de masso-kinésithérapie sur la base des recommandations HAS le cas échéant actualisées	236
Proposition 34 : Explorer une prise en charge forfaitisée d'actes de biologie et étendre ces réflexions à d'autres actes pour améliorer la pertinence des tests réalisés (ex. bilan anémique)	236
Proposition 35 : Améliorer le retour à l'emploi via l'expérimentation d'un parcours de suivi et de contrôle des arrêts de travail en lien avec les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux avec une mise en relation précoce des médecins traitants et du travail avec le médecin conseil de l'Assurance Maladie.....	246
Proposition 36 : simplifier les démarches du médecin pour permettre un parcours plus fluide notamment en cas de consolidation de l'état de santé de l'assuré et simplifier les formalités pour le remboursement des soins en AT/MP	246
Proposition 37 : Etendre aux plus de 12 ans l'obligation du port du casque à vélo et pour les engins de déplacement personnel motorisé en lien avec l'augmentation des accidents de trajets	246
Proposition 38 : Aller plus loin dans la sécurisation des flux en liant tout remboursement de soins à l'usage obligatoire des outils de facturation mis à disposition par l'Assurance Maladie	258
Proposition 39 : Généraliser le dispositif tiers-payant contre carte vitale (proposition C&P 2026)	258
Proposition 40 : Définir et mettre en œuvre les conditions opérationnelles des échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé dans le cadre de la lutte contre les fraudes (déploiement mesure PJL Fraudes) .	258
Proposition 41 : Déployer l'usage des nouveaux outils à base d'intelligence artificielle dans le cadre des actions de LCF, après expérimentations nationales et locales (proposition C&P 2026)	258
Proposition 42 : Promouvoir un contrat complémentaire santé individuel « strictement responsable »	258

1 Poursuivre le retour à l'équilibre : identifier les leviers pour préserver la soutenabilité à notre système de santé

1.1 Un déficit de l'Assurance Maladie qui s'est encore creusé en 2025 mais devrait se réduire en 2026

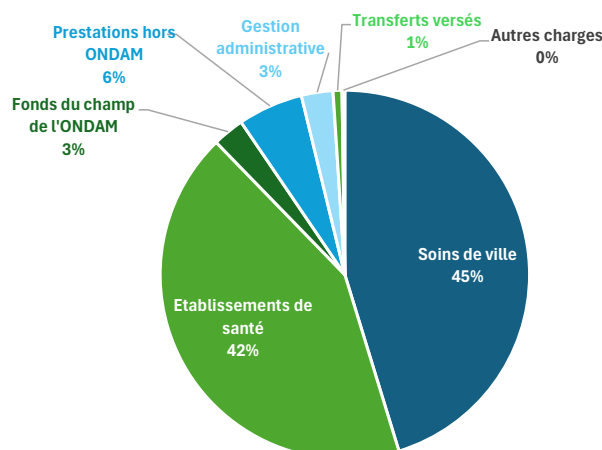
Le déficit de l'assurance maladie s'est encore creusé en 2025, atteignant -15,9 Md€ après -13,8 Md€ en 2024 et -11,1 Md€ en 2023. Selon les prévisions financières de la Commission des comptes du 28 mai 2026, son déficit reculerait en 2026 pour revenir au niveau de 2024 (-13,8 Md€). Par ailleurs, la situation financière des hôpitaux publics demeure fortement dégradée.

1.1.1 Le déficit de la branche maladie reste préoccupant malgré une amélioration de 1,7 Md€ en 2026

Une dégradation de 2,1 Md€ du déficit en 2025

Les dépenses de la branche maladie qui s'élèvent à 260,9 Md€ en 2025 sont composées de trois grands agrégats : les dépenses du champ de l'ONDAM qui en représentent 91% (cf. Figure 1), 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 1 : Décomposition des dépenses de la branche maladie en 2025

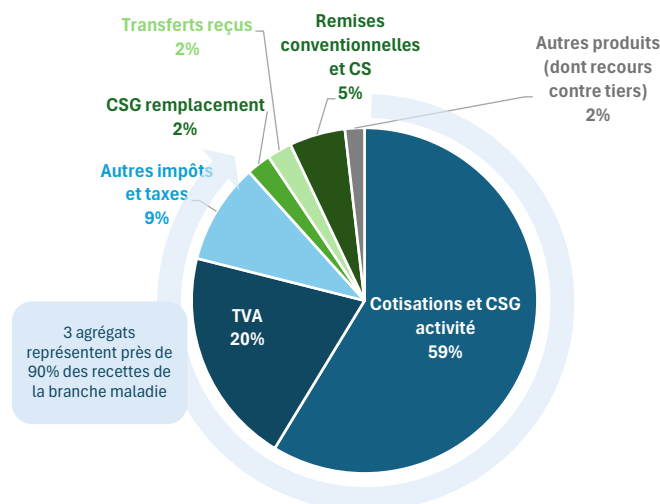


Source : CNAM d'après commission des comptes de la sécurité sociale

Les recettes affectées à la branche maladie représentent 245,0 Md€ en 2025¹. Elles sont principalement composées de trois grands agrégats qui représentent 88% 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.

¹ Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de mai 2026 : [CCSS mai 2026_assemblé_V2.pdf](#)

Figure 2 : Structure des recettes de la branche maladie en 2024



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

Alors que le déficit s'était résorbé de près de 20 Md€ en 2023 (-11,1 Md€) après le pic de 2020 (-30,4 Md€), la situation financière de la branche maladie s'est de nouveau dégradée depuis 2024 (-13,8 Md€). Son déficit s'élève à 15,9 Md€ à fin 2025.

La dégradation du déficit en 2025 s'explique par des dépenses dont la croissance est supérieure de 0,7 point à celle des recettes (+3,8% contre +3,1%). Les produits de santé bruts des remises et de la clause de sauvegarde ont aussi fortement tiré la croissance des dépenses du champ de l'ONDAM. La hausse des tarifs des consultations des médecins généralistes et spécialistes, instaurée par la Convention médicale et entrée en vigueur en fin d'année 2025, a également participé au dynamisme des dépenses de l'Assurance maladie en 2025. La dynamique les dépenses d'indemnités journalières a été modérée notamment en raison de l'abaissement du plafond de 1,8 à 1,4 SMIC.

Si la CNAM a bénéficié de l'apport de 2,6 Md€ de recettes nouvelles (dont la hausse de la taxe sur les boissons sucrées et édulcorées)², ces dernières n'ont pas permis de contrebalancer la croissance modérée de la masse salariale du secteur privé (+1,8%) et l'atonie de la TVA. Au total, les recettes ont progressé de 3,1% en 2025 (après +2,7% en 2024), réduisant l'écart constaté en 2024 entre la dynamique des dépenses et des produits nets de la branche.

Un déficit qui se réduit en 2026 grâce à un apport important de recettes

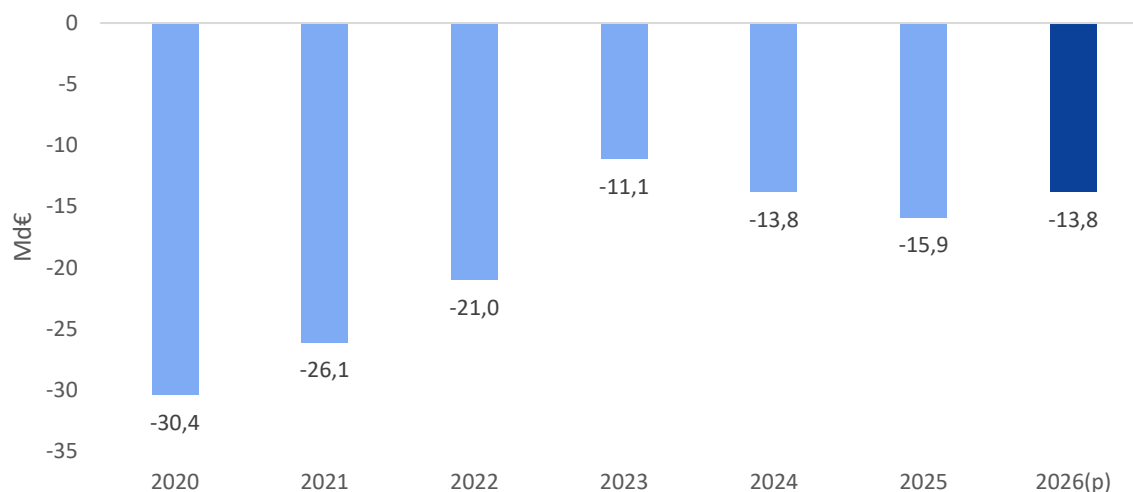
En 2026, le déficit se réduirait pour retrouver son niveau de 2024 d'après la CCSS de mai 2026, et conformément au solde voté en LFSS pour 2026. Il s'établirait à -13,8 Md€.

La CNAM bénéficierait de plus de 7 Md€ de recettes nouvelles, découlant d'une part de la réforme des allègements généraux et d'autre part de transferts de recettes.

La réforme des allègements généraux vise à rassembler au sein d'un même dispositif d'allègement de cotisations patronales les trois dispositifs préexistants que sont la réduction générale dégressive applicable sur les rémunérations inférieures à 1,6 SMIC et les réductions proportionnelles des taux des cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales, respectivement applicables sur les rémunérations inférieures ou égales à 2,25 et 3,3 SMIC. Ces trois dispositifs sont ainsi fusionnés et sont imputés par branche au prorata des taux de cotisations, induisant un gain, toutes choses égales par ailleurs, pour la branche maladie. Au total, cette mesure et les transferts de recettes entre branches et avec l'Etat qui en découlent représenteraient 3,1 Md€ de recettes nettes après transferts, avant mesure de gel du barème annoncée postérieurement par le Gouvernement qui augmenterait les recettes de l'ensemble des branches. De plus, la branche maladie bénéficie d'affectations de recettes nouvelles pour plus de 4 Md€ (notamment 1 Md€ au titre de la hausse de la contribution des organismes complémentaires, 1,4 Md€ de CSG assise sur les revenus de remplacement à taux plein en provenance de la CNAF et la majorité du gain lié à la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires). Au total, ses recettes croîtraient de 4,6%, permettant de réduire le déficit au regard de la progression attendue des charges nettes de 3,5%. Les dépenses seraient en effet encore dynamiques, notamment dans le champ de l'ONDAM, voté en hausse de 3,1%.

² Source : rapport CCSS, mai 2026

Figure 3 : Solde de la branche maladie

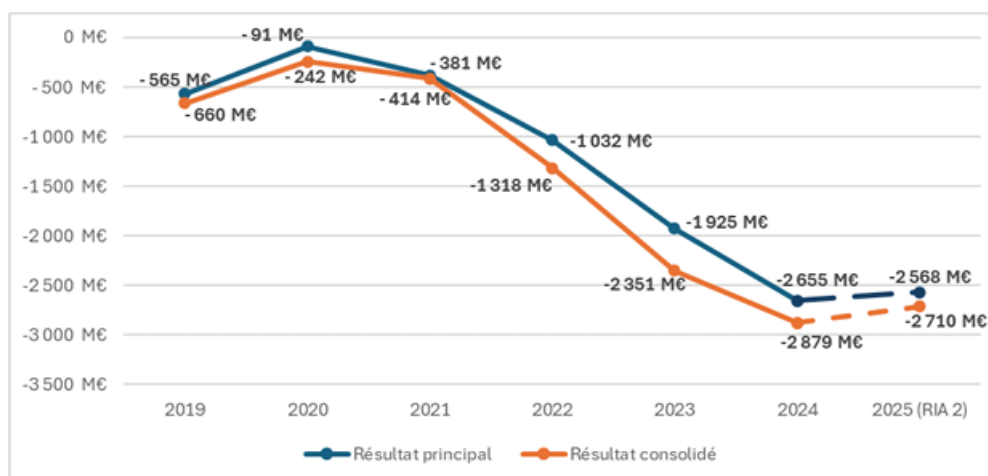


Source : LFSS 2025, Commission des comptes de la sécurité sociale - mai 2025

1.1.2 Un déficit des établissements de santé qui se stabilise en 2025 mais reste préoccupant

Au déficit de l'Assurance Maladie s'ajoute le déficit des établissements de santé. En 2025, le déficit global (budget principal et budget annexe) des hôpitaux publics devrait atteindre 2,7 Md€ en réduction de 0,2 Md€ par rapport à 2024. 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.

Figure 4 : Résultat net des hôpitaux publics depuis 2005



Source : DGOS pour le comité d'alerte de l'ONDAM

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

Les reprises de déficit par la CADES avaient pris fin en 2023 (lois organique et ordinaire relatives à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020). 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) des besoins de trésorerie de l'Assurance Maladie se renchérit. Dès 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. En 2025, ces charges se sont élevées à 626 M€ (et les produits financiers à 84 M€, portant le solde financier à -542 M€). Face à cette situation, la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 a prévu un nouveau transfert à la CADES en 2026 des déficits non transférés à fin 2024 dans la limite de 15 Md€. Le décret n°2026-237 du 30 mars 2026 relatif au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général à effectuer en 2026 prévoit une reprise de 9,1 Md€ pour la branche maladie. Compte tenu de cette reprise, la CCSS indique que le déficit cumulé de la CNAM financé par l'UCN s'élèverait à 35,3 Md€ fin 2026.

1.2 Les voies et moyens pour garantir une dépense de santé soutenable : des projections inédites des dépenses de santé dans la cartographie des dépenses de l'Assurance Maladie

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 d'identifier les leviers et les enjeux de régulation pour permettre d'assurer une trajectoire soutenable de l'Assurance Maladie. A partir de l'outil de la cartographie des dépenses et des pathologies, l'Assurance Maladie a ainsi réalisé un exercice inédit de projections de ses dépenses à l'horizon 2030 pour identifier les scénarios qui pourraient permettre d'atteindre une évolution des dépenses compatible avec l'évolution de la richesse nationale.

Grâce aux nombreuses informations individuelles renseignées dans le système national des données de santé (SNDS), la cartographie des pathologies et des dépenses³ décrit le poids économique de 58 pathologies regroupées en 19 catégories, traitements chroniques et épisodes de soins (tels que la maternité) et son évolution au cours du temps (Encadré 1). L'ensemble des personnes ayant au moins une consommation de soins dans l'année sont incluses, quel que soit le régime d'assurance maladie. 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.

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

Éléments clés de la méthode

Tous les régimes d'assurance maladie sont inclus (67,6 millions de personnes en 2024).

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 2024. 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 et aucun des traitements chroniques ou épisodes de soins décrits dans les 18 catégories précédentes.

3 Les éléments clés de la méthode sont accessibles au lien suivant : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>, et les données de la Cartographie des pathologies sont accessibles en ligne sur la plateforme Data pathologies à l'adresse suivante : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

Les dépenses considérées sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) individualisables, c'est-à-dire rattachables aux soins d'un individu.

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 d'un critère d'exclusion pour ne pas classer un individu comme pris en charge pour diabète en cas de délivrances d'analogues du GLP-1 ou d'inhibiteurs du SGLT-2 en monothérapie, en l'absence d'autre critère de repérage. Cette modification a été introduite du fait du mésusage des analogues du GLP-1 et inhibiteurs du SGLT-2.
- Définition d'un algorithme de repérage des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), correspondant à un sous-ensemble des Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose).
- Ajout d'actes CCAM supplémentaires à certains algorithmes de repérage du domaine cardio-neuro-vasculaire (syndromes coronariens, accidents vasculaires cérébraux, artériopathies périphériques, et troubles du rythme et de la conduction).
- Pour le repérage du VIH, recherche des examens biologiques également dans les tables du PMSI, en plus de la recherche dans le DCIR

Précautions dans l'interprétation des résultats

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions.

- 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.
- Le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables (Encadré 2).
- De 2020 à 2022, et particulièrement en 2021 pour laquelle l'effet Covid a été important, 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 ainsi imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée en 2021 à 9 % des dépenses de soins de ville et 3,9 % de la dépense totale (respectivement 5,7 % et 2,5 % en 2022). Aussi, il conviendra de garder à l'esprit ces estimations lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie pour ces deux années.

1.2.1 Résultats 2024 de la Cartographie des pathologies et des dépenses

En 2024, 212,6 milliards d'euros ont été remboursés par l'Assurance Maladie pour la prise en charge de près de 67,6 millions de personnes (Tableau 1). Les pathologies et traitements chroniques représentent 63 % de cette dépense (environ 134 milliards d'euros) et concernent 38 % de la population (soit près de 26 millions de personnes pour l'ensemble des régimes). À l'opposé, 53 % de la population a reçu des soins sans avoir de pathologie repérée par les algorithmes de la cartographie. Les 9 % restant concernent la maternité, les hospitalisations pour Covid-19, les hospitalisations hors pathologies repérées⁴ et les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires⁵.

⁴ Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres pathologies repérées

⁵ Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins six délivrances dans l'année, et n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits par d'autres algorithmes.

Encadré 2 : Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses

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

- les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique –Rosp –, les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- les remises négociées sur le médicament entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les Entreprises du médicament (Leem) ;
- la prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- les garanties de financement versées de 2020 à 2023 aux établissements hospitaliers ;
- les dotations aux établissements sociaux et médicosociaux ;
- les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS –en 2021) ;
- les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM, etc.) ;
- les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. De même, les indemnités journalières dérogatoires ont été supprimées du champ. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (médecin généraliste, infirmier et poste « médicaments » pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests antigéniques (TAG) en pharmacie sont affectées au poste « médicaments » dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam. L'achat des vaccins n'est pas intégré dans le champ des dépenses de la cartographie.

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

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

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

En ce qui concerne la dynamique de ces deux agrégats, on constate un léger écart. Ainsi entre 2015 et 2019, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont augmenté en moyenne de 2,2% à champ constant contre 2,4% pour les dépenses de cartographie des pathologies et des dépenses. Lors de la période 2019 à 2023, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont cru de 5,3% contre 4,8% pour les dépenses de la cartographie des pathologies et des dépenses.

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

- la part la plus importante concerne les hospitalisations hors pathologies repérées: 47,1 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des maladies cardiovasculaires (MCV) atteint 30,9 milliards d'euros, soit 15 % des dépenses totales, dont 18,6 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année ;
- la prise en charge des cancers atteint 29,3 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 26,8 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement ;
- la santé mentale représente 29,1 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 20,3 milliards d'euros concernent les maladies psychiatriques et 8,8 milliards d'euros les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques) hors pathologie.

Tableau 1 : Effectifs, dépenses totales, et dépenses moyennes affectées annuelles, décomposées par grands postes de dépenses, en 2024

	Effectif	Dépense totale affectée en 2024 (Millions d'€)	Dépense moyenne affectée 2024 (€)	Structure de la dépense annuelle moyenne		
				Soins de ville	Hospitalisations	Prestations en espèces
Maladies et traitements cardiovasculaires	13 751 214 (20,3%)	30 948 (14,6%)	2 251	51%	37%	12%
Pathologies cardiovasculaires aiguës	434 039 (0,6%)	4 837 (2,3%)	11 144	17%	80%	3%
Pathologies cardiovasculaires chroniques	5 503 200 (8,1%)	18 663 (8,8%)	3 391	52%	39%	9%
Traitements du risque vasculaire (a)	9 031 650 (13,4%)	7 447 (3,5%)	825	70%	4%	25%
Diabète	4 471 938 (6,6%)	11 502 (5,4%)	2 572	81%	8%	11%
Cancers	3 583 744 (5,3%)	29 344 (13,8%)	8 188	35%	59%	5%
Cancers actifs	1 723 128 (2,5%)	26 795 (12,6%)	15 550	33%	64%	4%
Cancers sous surveillance	1 931 354 (2,8%)	2 549 (1,2%)	1 320	63%	15%	22%
Maladies psychiatriques et psychotropes	8 848 488 (13,1%)	29 101 (13,7%)	3 289	27%	47%	26%
Maladies psychiatriques	2 987 006 (4,4%)	20 317 (9,6%)	6 802	19%	65%	16%
Traitements psychotropes (b)	5 861 482 (8,7%)	8 785 (4,1%)	1 499	43%	7%	50%
Maladies neurologiques	1 924 901 (2,8%)	9 098 (4,3%)	4 727	61%	28%	10%
Maladies respiratoires chroniques	4 227 795 (6,2%)	4 749 (2,2%)	1 123	58%	28%	14%
Maladies inflammatoires, rares et VIH	1 536 405 (2,3%)	8 883 (4,2%)	5 782	75%	16%	9%
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	102 899 (0,1%)	4 788 (2,3%)	46 531	29%	69%	2%
Maladies du foie/pancréas	614 617 (0,9%)	1 545 (0,7%)	2 514	45%	43%	12%
ALD pour d'autres causes	1 722 018 (2,5%)	4 232 (2,0%)	2 458	82%	8%	10%
Total Maladies chroniques	25 592 725 (37,8%)	133 894 (63,0%)	5 232	48%	40%	13%
Hospitalisation pour Covid-19	78 593 (0,1%)	436 (0,2%)	5 554	15%	84%	1%
Maternité	1 088 129 (1,6%)	9 351 (4,4%)	8 593	14%	44%	42%
Hospitalisations hors pathologies repérées	10 593 616 (16,6%)	47 123 (22,2%)	4 448	15%	75%	10%
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (c)	1 047 459 (1,5%)	1 494 (0,7%)	1 426	48%	6%	46%
Pas de pathologie repérée	35 865 841 (53,0%)	13 999 (6,6%)	390	58%	8%	34%
Total général	67 612 361 (100,0%)	212 579 (100,0%)	3 144	41%	44%	15%

(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture : Les pourcentages de la colonne « Dépense totale en 2024 » correspondent à la part de dépenses totales représentées par la pathologie. La taille des barres des colonnes « Structure de la dépense annuelle moyenne » est proportionnelle au pourcentage des dépenses totales affectées à la pathologie pour le poste concerné. Les proportions sont identiques que l'on considère la dépense totale ou la dépense moyenne individuelle.

Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

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

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Tableau 1). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les MCV aiguës (80 %), l'IRCT (69 %), les maladies psychiatriques (65 %) et les cancers actifs (64 %) et expliquent les niveaux élevés de la dépense moyenne individuelle pour ces pathologies. Les soins de ville représentent la majorité des dépenses affectées au diabète (81 % de la dépense moyenne par individu⁶), aux « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (75 %), au traitement du risque vasculaire en prévention primaire (70 %), aux cancers sous surveillance (63 %), aux maladies neurologiques (61 %), aux maladies respiratoires chroniques (58 %) et aux personnes sans pathologie repérée (58 %). Enfin, les prestations en espèces⁷ ont un poids important dans les dépenses pour les traitements chroniques par psychotropes (50 %), par antalgiques ou anti-inflammatoires (46 %) ou en lien avec la maternité (42 %).

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

La dépense remboursée totale est le produit du nombre de personnes traitées et de la dépense moyenne individuelle par personne. L'effectif le plus élevé concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes, avec 35,8 millions de personnes et l'effectif le plus faible concerne l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec seulement 102 899 patients repérés (Tableau 1). La dépense moyenne individuelle la plus faible concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes avec seulement 390 euros par personne et la plus élevée concerne l'IRCT avec 46 530 euros par patient.

Plusieurs groupes de pathologies se distinguent si l'on croise ces deux composantes (Figure 5)⁸.

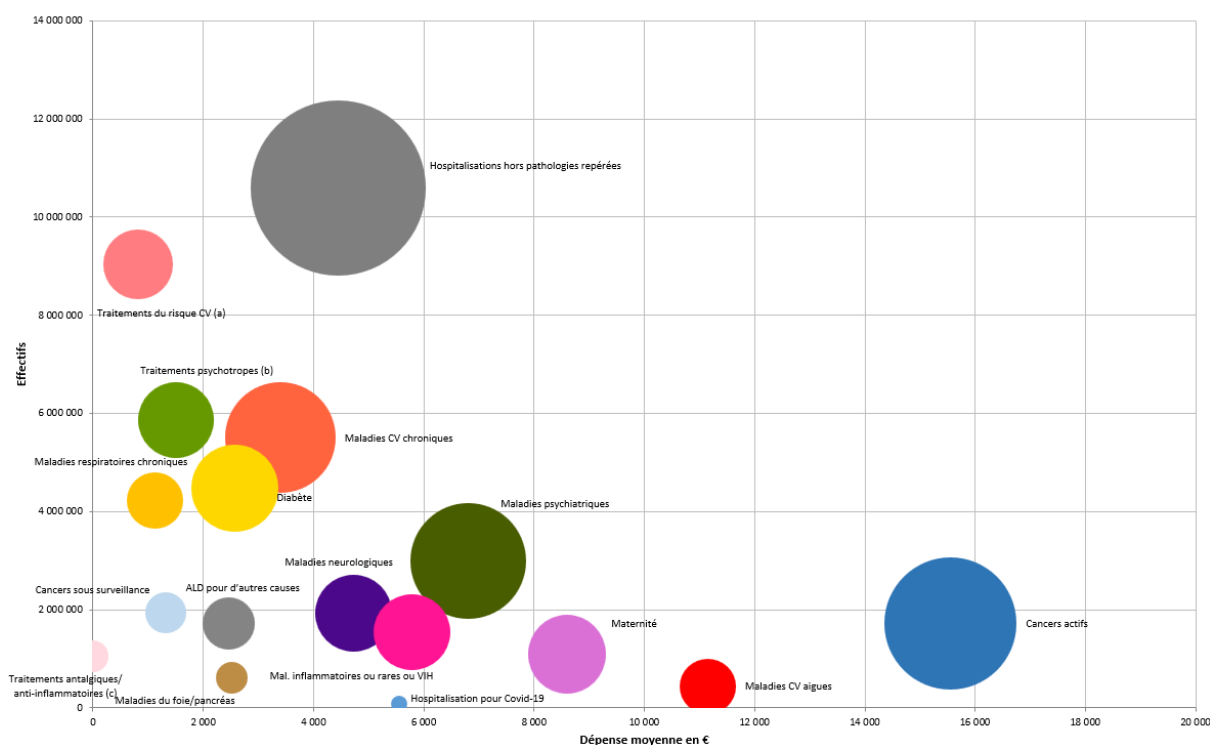
- Les MCV aiguës, les cancers actifs et les maladies psychiatriques présentent une dépense moyenne individuelle parmi les plus élevées et un nombre de patients faible, alors que les MCV chroniques, les traitements du risque vasculaire et les traitements psychotropes ont une dépense moyenne individuelle faible et un nombre de patients relativement élevé.
- Les hospitalisations hors pathologies repérées se démarquent avec un effectif très élevé (10,6 millions de patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 450 euros), conférant de ce fait un poids économique important à cette catégorie.
- Enfin, un dernier groupe de pathologies se distingue avec à la fois une dépense moyenne individuelle et un nombre de patients concernés faibles. Il comprend les maladies du foie et du pancréas, les affections de longue durée pour d'autres pathologies que celles repérées par la cartographie et les cancers sous surveillance.

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

7 Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

8 En raison d'une dépense individuelle moyenne très élevée dans le cas de l'IRCT (46 530 euros), cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 5

Figure 5 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2024 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires (CV), diabète et insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

(b) Hors maladies psychiatriques

(c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Note de lecture: la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées. En raison d'une dépense individuelle moyenne très élevée dans le cas de l'IRCT (46 530 euros), cette pathologie n'a pas été représentée dans cette Figure.

Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie

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

- Les modifications de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient ;
- L'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques et de la polypathologie.

Une augmentation de l'effectif total depuis 2015 pour atteindre 67,6 millions de personnes en 2024, avec toutefois des évolutions annuelles contrastées

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 3,3 millions entre 2015 (64,3 millions) et 2024 (67,6 millions), soit + 0,6 % par an en moyenne. Sur la période 2020-2022, l'épidémie Covid-19 a modifié l'évolution du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins (moins hausse en 2020 du fait des reports de soins, puis augmentation importante en 2021-2022 du fait des soins liés au Covid-19 (tests et vaccinations principalement)). Pour l'année 2023, l'effectif de patients pris en charge a retrouvé un niveau attendu au vu de la tendance observée entre 2015 et 2019. En 2024, l'évolution annuelle des effectifs retrouve le niveau d'avant pandémie, avec +0.4 %, pour atteindre ainsi 67,6 millions de personnes.

La dynamique des effectifs de la catégorie « pas de pathologie repérées » ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie reflète cet historique, avec une augmentation transitoire sur la période 2020-2021 (délivrance de masques, de tests et vaccinations).

Une augmentation de la dépense totale de 59,9 milliards d'euros en 9 ans

Entre 2015 et 2024, les dépenses remboursées totales dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes ont augmenté de 59,9 milliards d'euros (soit + 39,2 % en 9 ans, + 3,7 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces dépenses. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignent jusqu'à + 11,3 % en 2021 (correspondant à + 19 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,7 %, soit + 6,8 milliards d'euros). Depuis, en 2023 et 2024, elles restent à un niveau élevé et continuent d'augmenter avec respectivement + 8,5 milliards d'euros (+ 4,4%) en 2023 et + 10,4 milliards d'euros (+5,1%) en 2024, dont + 5,3 milliards d'euros pour les dépenses hospitalières (+5,9% depuis 2023), + 3,1 milliards d'euros pour les soins de ville (+ 3,8%) et +1,9 milliards d'euros pour les prestations en espèce (+ 6,4%). La dépense moyenne individuelle se situe à 3 144 euros en 2024, soit + 4,7 % relativement à 2023 et + 32,4 % relativement à 2015.

La Figure 6 présente l'évolution, entre 2015 et 2024, de la dépense totale remboursée une sélection de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle⁹. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale, sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de + 39,2 % de la dépense entre 2015 et 2024 sont les cancers actifs (+12,7 milliards d'euros en 9 ans, soit 21,3 % de l'augmentation totale), les hospitalisations hors pathologies repérées (19,6 %), les maladies cardiovasculaires chroniques (9,8 %) et les maladies psychiatriques (9,6 %).

La pandémie Covid-19 a affecté les dépenses de la majorité des pathologies sur la période 2020-2021, avec un phénomène initial de report des soins hors Covid-19 puis de rattrapage, conjugué aux dépenses liées à l'épidémie (dépistage et vaccination). Depuis 2022, pour la majeure partie des pathologies, les dépenses totales augmentent plus vite qu'avant la pandémie, alors même que la croissance des effectifs a retrouvé la tendance antérieure 2015-2019.

Des dynamiques contrastées pour certaines pathologies

On constate depuis 2019 une accélération des dépenses liées :

- à la santé mentale, du fait d'une augmentation des effectifs (+7,4% sur la période 2019-2024, +2,3% entre 2023 et 2024) qu'on retrouve pour les maladies psychiatriques comme pour les traitements psychotropes hors pathologie, et de la dépense moyenne (+19,4% sur la période 2019-2024) qui est restée stable depuis 2023 pour les maladies psychiatriques, mais a augmenté de +5,0% pour les traitements et pathologies psychiatriques (+8,6% pour les prestations en espèce, et +7,4% pour les dépenses hospitalières).
- aux maladies respiratoires chroniques, du fait d'une augmentation des effectifs (+16,7% sur la période 2019-2024, +5,9% entre 2023 et 2024).
- aux maladies inflammatoires ou rares ou VIH du fait du coût des nouveaux traitements de l'amylose (Vyndaqel® (Tafamidis)) et de la mucoviscidose (Traitements à base d'Ivacaftor) dispensés en ville (les dépenses moyennes de médicaments de ville pour les patients de l'agrégat maladies rares (dont amylose et mucoviscidose) ont augmenté de +116,4% sur la période 2019-2024, +2,3% entre 2023 et 2024).
- aux traitements du risque CV hors pathologie¹⁰, essentiellement du fait d'une augmentation des effectifs de patients traités par hypolipémiants (+24,1% sur la période 2019-2024, +7,7% entre 2023 et 2024) liée à l'extension des indications (+93% de patients nouvellement traités sur la période 2019-2024, et +8,3% entre 2023 et 2024).
- aux cancers actifs sous le double effet d'une augmentation des effectifs (+11,7% sur la période 2019-2024, +3,8% depuis 2023) et de la dépense moyenne (+34,5% sur la période 2019-2024, +4,6% depuis 2023) liée à l'expansion des nouveaux traitements onéreux (immunothérapies principalement) (+128,2% sur la période 2019-2024, +10,5% depuis 2023).

A l'inverse,

- les dépenses liées aux maladies du foie/pancréas ont diminué jusqu'en 2020, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisse de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités, pour stagner jusqu'en 2022. Depuis 2023, on observe une légère hausse des dépenses, liée aussi bien aux effectifs traités qu'à la dépense moyenne par patient,
- les dépenses liées aux hospitalisations en lien avec le Covid-19 s'éteignent au rythme de la pandémie.

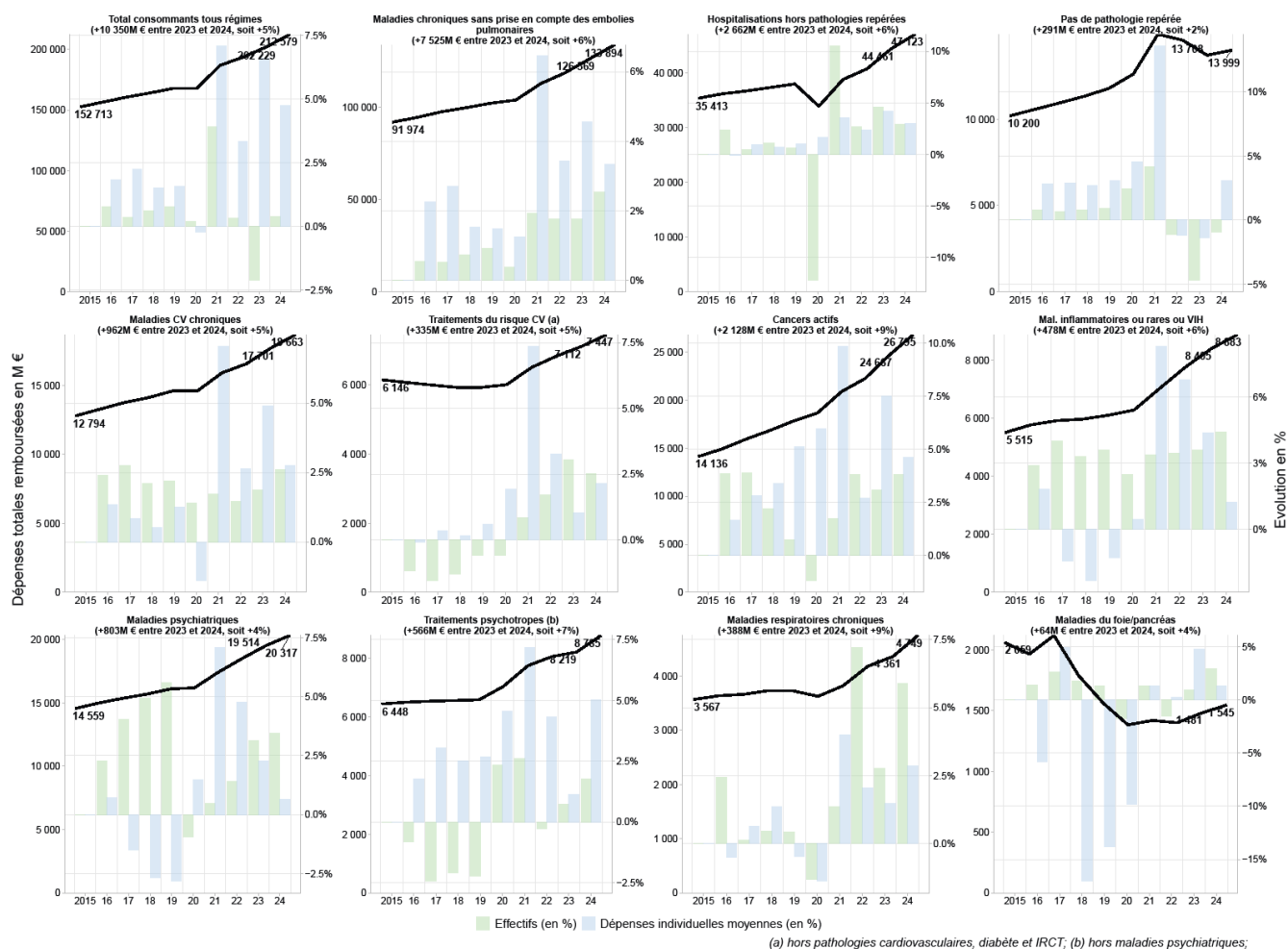
⁹ Les données de l'ensemble des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins sont présentées dans le Points de Repère intitulé « Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2024 : une analyse médicalisée » sur le site de l'Assurance maladie <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere>

¹⁰ Les traitements chroniques du risque cardiovasculaire sont définis par au moins trois délivrances d'antihypertenseur ou d'hypolipémiant, en excluant les personnes avec une maladie cardiovasculaire, un diabète et une IRCT (traitement dit « hors pathologies »). Il s'agit donc probablement de patients traités pour la majorité en prévention primaire d'événements cardiovasculaire.

Une forte augmentation des dépenses liées aux pathologies chroniques

En 2024, l'effectif de patients de maladies chroniques selon la définition de la cartographie étaient de 25,6 millions, soit 2,7 millions de plus qu'en 2015 (+8,7% sur la période 2019-2024, +2,5% depuis 2023). Les dépenses moyennes de ces patients atteints de maladie chronique ont augmenté de +20,5% sur la période 2019-2024, et +3,3% depuis 2023. Une part importante de ces patients est concernée par la polypathologie.

Figure 6 : Evolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros), et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentages) pour une sélection de groupes de pathologies et épisodes de soins, entre 2015 et 2024



Note de lecture : Sur l'ensemble des consommateurs tous régimes (figure en haut à gauche), la dépense totale (courbe noire) est passée de 152 713 millions d'euros en 2015 à 202 229 M€ en 2023 et 212 579 M€ en 2024, soit une augmentation de 10 350 M€ (+5,1%) entre 2023 et 2024. La variation annuelle d'effectifs (histogramme vert) entre 2023 et 2024 (+0,4%) était similaire à celles observées pour les années antérieures à 2020. L'augmentation des effectifs de consommateurs entre 2020 et 2021 (+3,9%), s'est résorbée entre 2022 et 2023 (-2,1%). La dépense moyenne par patient (histogramme bleu) a augmenté de 4,7% entre 2023 et 2024.

Les figures correspondantes pour l'ensemble des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins sont présentées dans le Points de Repère intitulé « Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2024 : une analyse médicalisée » sur le site de l'Assurance maladie <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere>

Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

1.2.2 La polypathologie en France en 2024 : une analyse à partir de la cartographie Cnam des pathologies et des dépenses

Le poids croissant des pathologies chroniques sur la population et sur le système de santé est régulièrement documenté par les travaux de l'Assurance maladie, notamment dans les rapports annuels de propositions pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, grâce aux données de la Cartographie Cnam des pathologies et des dépenses.

Parmi les principaux défis en lien avec la progression des pathologies chroniques figure celui de la polypathologie (ou multimorbidité), définie comme la présence simultanée, chez le même individu, de deux pathologies chroniques ou plus. La notion de polypathologie est issue des soins primaires et répond au besoin de prendre en charge des patients aux situations cliniques de plus en plus complexes et atteints de plusieurs pathologies. Les enjeux liés à la polymédication, à la coordination entre professionnels et à l'articulation ville-hôpital sont ainsi centraux pour améliorer la prise en charge de ces patients. Par ailleurs, leur prise en charge doit être globale, sans privilégier une pathologie et, en ce sens, le terme de polypathologie se distingue de celui de comorbidité, qui désigne toute situation clinique qui se surajoute à une pathologie index d'intérêt. Il est actuellement établi que la polypathologie est associée à la fois à des résultats de santé comme l'état fonctionnel ou la qualité de vie et la mortalité, mais aussi à l'intensité du recours et aux dépenses de soins. Par ailleurs, même si la prévalence de la polypathologie augmente rapidement avec l'âge, elle ne concerne pas exclusivement les personnes âgées et peut toucher des adultes de tout âge, avec des problématiques cliniques spécifiques. La polypathologie est plus fréquente et de survenue plus précoce dans les zones socialement défavorisées, ce qui pourrait accentuer les problématiques d'accès financier aux soins.

L'objectif de ce travail est de documenter la prévalence de la polypathologie parmi les adultes consommant des soins en 2024, à l'échelle nationale, d'étudier l'association entre polypathologie et dépenses de soins ou mortalité et de décrire les principales combinaisons de pathologies observées en fonction de l'âge et du sexe. Ces résultats sont complémentaires de ceux présentés au chapitre précédent et permettent de mettre en lumière certains aspects spécifiques de la prise en charge et de la prévention des pathologies chroniques. Par exemple, la description des combinaisons de pathologies les plus fréquentes permet d'identifier des leviers importants de prévention, en ciblant certains facteurs de risque communs à plusieurs pathologies, de manière spécifique selon le sexe et l'âge.

A noter que la catégorie « maladies chroniques », telle que définie dans la section précédente, et « polypathologie », telle que définie ici, ne sont pas superposables : ainsi, tous les adultes polypathologiques se retrouvent dans la catégorie « maladies chroniques », mais toutes les personnes de cette catégorie ne répondent pas à la définition de la polypathologie utilisée dans les analyses présentées dans cette section (Encadré 3).

Encadré 3 : Éléments de méthode pour les analyses sur la polypathologie

La polypathologie est définie comme la présence simultanée chez le même individu d'au moins deux pathologies. Les résultats des travaux sur la polypathologie sont donc étroitement liés à la liste de pathologies prises en compte pour la mesurer et à la manière de repérer ces pathologies. Pour les résultats présentés ici, nous avons défini une liste de pathologies par un travail de sélection argumentée, à partir de l'ensemble des pathologies repérées par les algorithmes médicaux de la cartographie Cnam. Cette liste comporte 38 pathologies, dont 32 peuvent être regroupés en domaines pathologiques, avec 6 domaines ainsi définis (cardionéurovasculaire, santé mentale, cancers, neurologie, digestif, rhumatologie) et six pathologies non regroupées au sein de domaines (Tableau 2).

Nous avons fait le choix de définir l'hypertension artérielle comme la délivrance régulière de traitements antihypertenseurs en l'absence d'autre pathologie du domaine cardionéurovasculaire. Ainsi, par construction, la catégorie « traitements antihypertenseurs » concerne uniquement les personnes ne présentant aucune des maladies cardionéurovasculaires de notre liste. L'hypertension artérielle n'est, par ailleurs, pas comptabilisée parmi les pathologies du domaine cardionéurovasculaire. Cette définition s'approche de la notion de mise sous traitement antihypertenseur pour prévention du risque vasculaire et sélectionne les patients avec une hypertension artérielle non compliquée.

Les pathologies prises en compte couvrent la morbidité de l'ensemble des organes et appareils identifiables dans la cartographie. Il est toutefois important de noter que certaines pathologies moins facilement identifiables dans les données de SNDS et pour lesquelles il n'existe actuellement pas d'algorithme médical pour la Cartographie, n'ont pas été prises en compte. Ceci peut expliquer des divergences avec d'autres résultats issus de la littérature scientifique, basés sur des données déclaratives d'enquête par exemple.

A noter enfin que, même si les principales tendances restent similaires, les résultats présentés ici ne sont pas directement comparables à ceux des précédents travaux ayant déjà fait l'objet de chapitres publiés dans les rapports Charges et Produits¹¹, qui étaient basés sur une liste différente de pathologies. L'objectif de ce nouveau travail de définition de la polypathologie est de servir de référence pour de futurs travaux basés sur une définition stable et homogène.

Tableau 2 : Liste des pathologies prises en compte pour la définition de la polypathologie et prévalence parmi l'ensemble des adultes consommateurs de soins en 2024

	N	%
Population de 18 ans et plus en 2024 (cartographie version G13)	54 095 987	100
Pathologies regroupées en domaines (32 pathologies regroupées en 6 domaines)		
Maladie coronaire	2 323 555	4,3
Accident vasculaire cérébral	972 757	1,8
Insuffisance cardiaque	850 687	1,6
Artériopathie périphérique	734 831	1,4
Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque	2 052 590	3,8
Maladie valvulaire	490 238	0,9
Total cardioneurovasculaire	5 356 459	9,9
Troubles névrotiques et de l'humeur ou tt antidépresseur ou thymorégulateur	5 282 911	9,8
Troubles psychotiques ou tt neuroleptique	1 243 821	2,3
Troubles addictifs (hors tabac)	339 554	0,6
Total santé mentale	5 866 935	10,8
Cancer du sein de la femme actif	264 261	0,5
Cancer du sein de la femme sous surveillance	464 659	0,9
Cancer colorectal actif	155 847	0,3
Cancer colorectal sous surveillance	206 480	0,4
Cancer bronchopulmonaire actif	123 836	0,2
Cancer bronchopulmonaire sous surveillance	61 171	0,1
Cancer de la prostate actif	275 267	0,5
Cancer de la prostate sous surveillance	307 696	0,6
Cancers hématologiques actifs	210 165	0,4
Cancers hématologiques surveillés	225 285	0,4
autres Cancers solides actifs	841 372	1,6
autres Cancers solides surveillés	795 675	1,5
Total cancers	3 566 149	6,6
Démences (dont maladie d'Alzheimer)	721 662	1,3
Maladie de Parkinson	281 097	0,5
Sclérose en plaques	132 673	0,2
Paraplégie	96 697	0,2
Épilepsie	480 704	0,9
Total neurologie	1 613 901	3,0
Maladies du foie	434 742	0,8
Maladies du pancréas	190 211	0,4
Maladies inflammatoires chroniques intestinales	322 614	0,6
Total digestif	919 356	1,7
Polyarthrite rhumatoïde ou maladies apparentées	342 881	0,6
Spondylarthrite ankylosante ou maladies apparentées	284 768	0,5
Autres maladies inflammatoires chroniques	254 423	0,5

¹¹ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2019, section 1.3 : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2018-rapport-propositions-pour-2019-charges-produits>

Total rhumatologie	844 595	1,6
Pathologies non regroupées au sein de domaines (6 pathologies)		
Traitements antihypertenseurs (sans autre pathologie CV de notre sélection)	8 869 509	16,4
Diabète	4 444 447	8,2
Maladies respiratoires chroniques	3 490 980	6,5
Insuffisance rénale chronique terminale	102 072	0,2
infection par le VIH	172 190	0,3
Mucoviscidose	6 770	0,01
<i>Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)</i>		

Une situation clinique fréquente associée à une mortalité et à des dépenses de soins plus élevées

En 2024, la polypathologie concerne 10,2 millions d'adultes (4,9 millions d'hommes et 5,3 millions de femmes), soit 19% de la population adulte de la cartographie (Tableau 3). La prévalence de la polypathologie croît avec l'âge, pour les hommes comme pour les femmes, passant de 3% parmi les 18-44 ans à 64% parmi les 85 ans et plus (68% parmi les hommes et 62% parmi les femmes, Figure 7). Malgré des prévalences plus faibles en dessous de 65 ans, la polypathologie concerne près de 3,5 millions d'adultes âgés de 18 à 64 ans, avec des situations cliniques spécifiques, et ne devrait pas être associée exclusivement au grand âge.

Les résultats des études sur la polypathologie dépendent directement de la liste de pathologies prises en compte et de la manière de repérer ces pathologies. Avec la liste définie à partir des algorithmes SNDS de la cartographie Cnam des pathologies, la prévalence de la polypathologie est plus élevée chez les hommes. Cependant, dans de nombreuses études internationales basées sur des données d'enquête, avec la possibilité de mesurer des pathologies plus fréquentes parmi les femmes et non prises en compte dans nos analyses, comme par exemple l'arthrose ou la migraine, la prévalence de la polypathologie est plus fréquente parmi les femmes.

La polypathologie est par ailleurs plus fréquente au sein des territoires défavorisés, avec un gradient de prévalence selon le décile de l'indice de désavantage social, chez les hommes comme chez les femmes, passant de 15% des adultes résidant dans des communes du décile le moins défavorisé à 22% des adultes résidant dans des communes du décile le plus défavorisé (Figure 7). Ce résultat est concordant quel que soit le type de données utilisées dans la littérature.

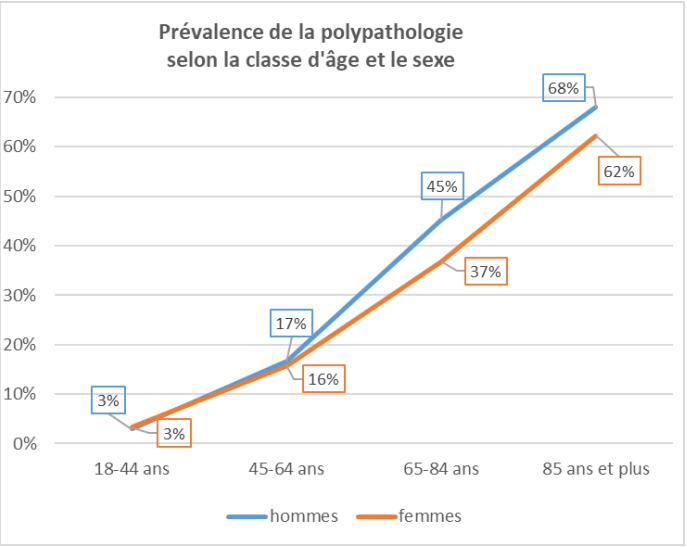
Tableau 3 : Nombre de pathologies repérées et prévalence de la polypathologie en 2024, parmi l'ensemble des adultes et selon le sexe

Nombre de pathologies ¹		Effectifs	
		N	%
Ensemble des adultes	Total	54 095 987	100%
	0	31 888 544	59%
	1	12 033 174	22%
	2	6 119 486	11%
	2 ou plus (Polypathologie)	10 174 269	19%
	<i>3 ou plus</i>	4 054 783	7%
	Total	25 536 189	100%
Hommes	0	15 271 011	60%
	1	5 372 173	21%
	2	2 869 583	11%
	2 ou plus (Polypathologie)	4 894 005	19%
	<i>3 ou plus</i>	2 024 422	8%
	Total	28 559 798	100%
Femmes	0	16 617 533	58%
	1	6 661 001	23%
	2	3 249 903	11%
	2 ou plus (Polypathologie)	5 281 264	18%
	<i>3 ou plus</i>	2 031 361	7%

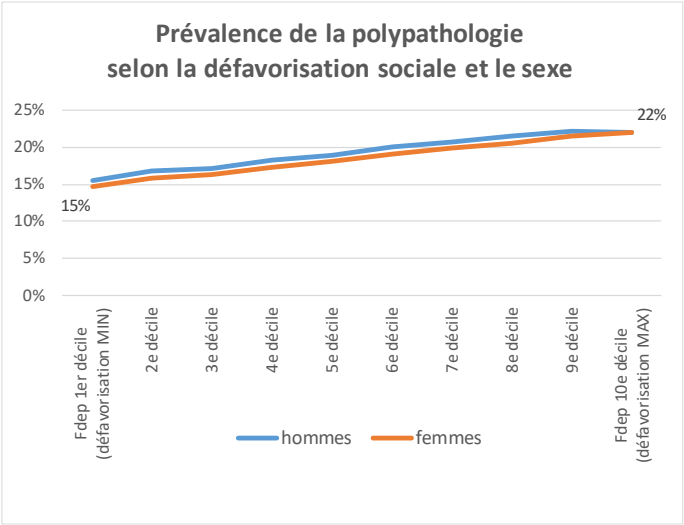
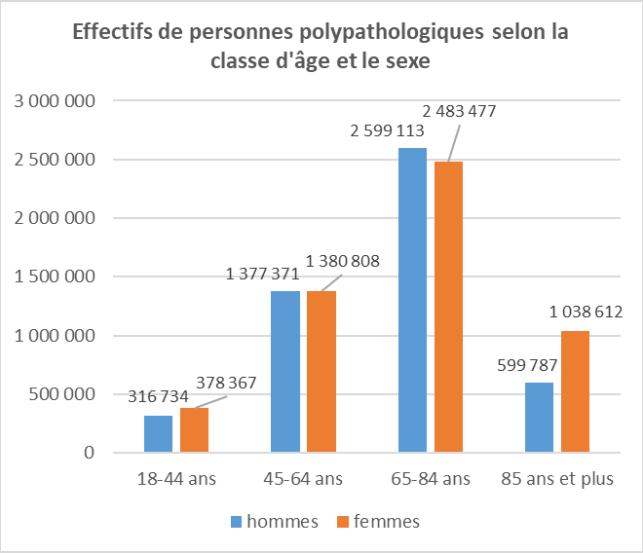
¹ Parmi la liste de pathologies définie à partir des algorithmes médicaux de la Cartographie (Encadré 3)

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

Figure 7 : Prévalence de la polypathologie selon le sexe, l'âge et le niveau de défavorisation de la commune de résidence



Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)



Par rapport aux adultes non polypathologiques (c'est-à-dire avec aucune ou une seule des pathologies prises en compte), les adultes polypathologiques sont plus âgés, avec une moyenne d'âge d'environ 69 ans contre 47 ans, mais présentent un sexe ratio et une part de bénéficiaires de la C2S non ajustés similaires (Tableau 4). Au cours de l'année 2024, les adultes polypathologiques ont eu une dépense remboursée d'environ 11 000€ par personne, dont 5 700€ de dépenses de soins hospitaliers et un taux brut de décès 4,50%. Après prise en compte des caractéristiques socio-démographiques, le surcoût moyen lié à la polypathologie au cours de l'année 2024 est estimé à +8 863 € au global, dont +4 764 € pour les soins hospitaliers, +3 272 € pour les soins de ville et +827 € pour les prestations en espèces. Le risque de décès est 5,1 fois plus élevé que celui des personnes non polypathologiques.

Ces résultats illustrent la sévérité de l'état de santé de ces patients et la complexité de leur prise en charge.

Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques, dépenses de soins et mortalité annuelles, selon la présence de polypathologie parmi les adultes en 2024

	Ensemble des adultes en 2024	
	Avec polypathologie	Sans polypathologie
Effectifs	10 174 269	43 921 718
Age moyen	69,3	46,8
%Femmes	52%	53%
%Hommes	48%	47%
%C2S	10%	10%
Dépenses annuelles remboursées par individu¹ (€)		
Totales	11 137€	1 926€
Soins hospitaliers	5 653€	649 €
Soins de ville	4 523€	768 €
Prestations en espèces	961 €	509 €
Surcoût moyen ajusté² (en €, modèles linéaires)		
Totales	+8 863€	
Soins hospitaliers	+4 764€	Référence
Soins de ville	+3 272€	
Prestations en espèces	827 €	
Décès au cours de l'année	4,50%	0,30%
Risque ajusté³ de mortalité (ORs, modèles logistiques)	5,1	Référence

¹ Ensemble des dépenses individuelles remboursées (toutes pathologies confondues), pas uniquement celles liées aux pathologies prises en compte pour définir la polypathologie

² Ajustement sur : âge, sexe, C2S, décile FDep. Toutes les associations présentées sont statistiquement significatives au seuil <0,0001

³ Ajustement sur : âge, sexe, C2S, décile FDep. Toutes les associations présentées sont statistiquement significatives au seuil <0,0001

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

Des combinaisons de pathologies couvrant différents domaines, spécifiques selon le sexe et évoluant avec l'âge

Les personnes polypathologiques ont en moyenne 2,6 pathologies parmi les 38 pathologies prises en compte : 85% ont 2 ou 3 pathologies et 15% 4 pathologies ou plus. Ils constituent une population hétérogène, avec plus de 150 000 combinaisons différentes observées. Certaines pathologies sont toutefois fréquemment présentes dans ces combinaisons : 45% des adultes polypathologiques sont pris en charge pour une hypertension non compliquée (hors maladies cardiovasculaires), 36% pour un diabète et 22% pour une maladie respiratoire chronique (Tableau 5).

Le regroupement de certaines pathologies au sein de domaines permet de synthétiser l'information (1 305 combinaisons différentes) et d'illustrer le poids de certains domaines. Ainsi, plus d'une personne polypathologique sur trois est prise en charge pour au moins une pathologie du domaine de la santé mentale ou du domaine cardioneurovasculaire : 37% pour au moins une pathologie du domaine de la santé mentale, le plus souvent pour un trouble névrotique et de l'humeur ou un traitement antidépresseur ou thymorégulateur (34% des personnes polypathologiques) et 36% pour au moins une pathologie du domaine cardioneurovasculaire, le plus souvent pour une maladie coronaire (16% des personnes polypathologiques) ou un trouble du rythme ou de la conduction cardiaque (15% des personnes polypathologiques). Environ une personne polypathologique sur quatre est prise en charge pour un cancer (Tableau 5).

L'analyse par domaines permet également d'approcher la complexité clinique des personnes polypathologiques, avec des parcours de soins impliquant différentes spécialités et des besoins de coordination entre professionnels de santé plus importants en cas de combinaisons impliquant des domaines différents. Parmi les 10 millions environ d'adultes polypathologiques, environ 90% ont des pathologies relevant de deux domaines différents ou plus (Figure 8) : près de 1 million (9%) ont des pathologies relevant d'un seul domaine, 6,2 millions (61%) de deux domaines, 2,3 millions (22%) de 3 domaines et environ 700 000 (7%) de 4 domaines ou plus. La part des adultes polypathologiques avec des pathologies relevant de deux domaines ou plus varie en fonction de l'âge, de 68% au sein des 18-44 ans à 90% au sein des tranches d'âges supérieures à 45 ans.

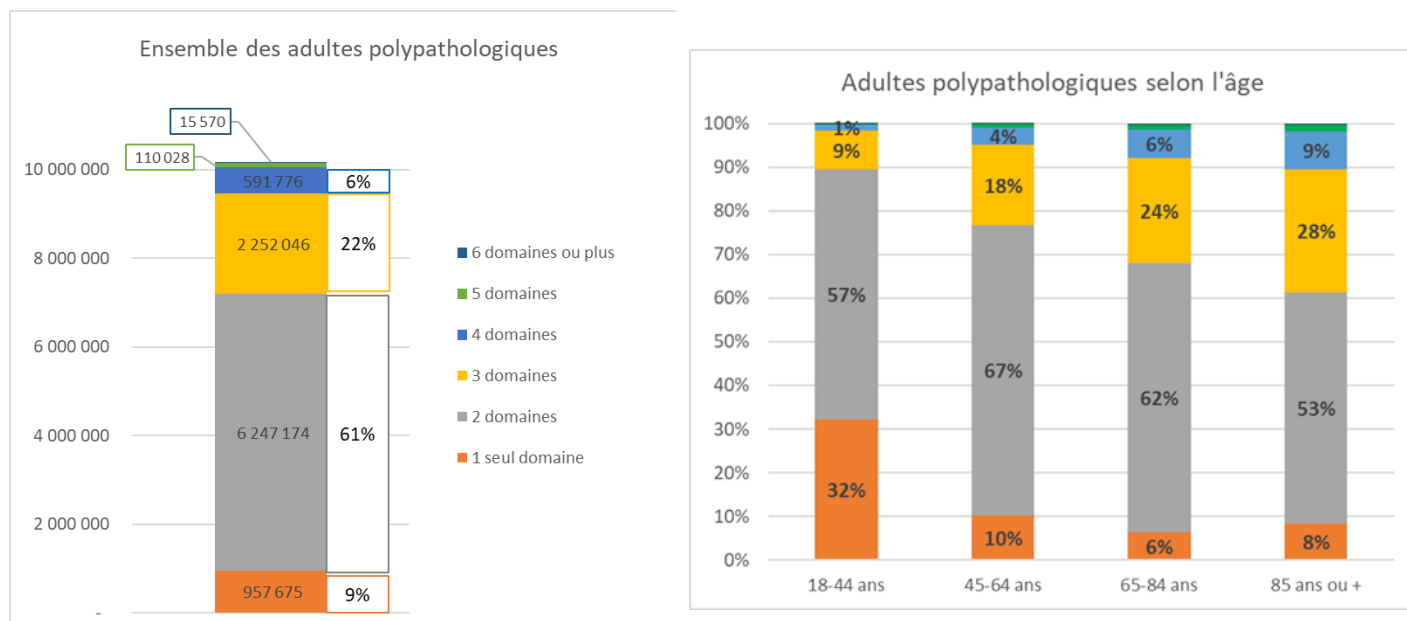
Tableau 5 : Effectifs et prévalence des domaines parmi les adultes polypathologiques en 2024

Domaines ¹	N avec au moins ce domaine	% parmi total polypathologie
Cardioneurovasculaire	3 696 372	36,3%
Santé mentale	3 801 806	37,4%
Cancers	2 608 037	25,6%
Neurologie	1 258 358	12,4%
Rhumatologie	564 197	5,5%
Digestif	617 828	6,1%
Hypertension (hors domaine cardioneurovasculaire)	4 559 190	44,8%
Diabète	3 656 526	35,9%
Maladies respiratoires chroniques	2 269 199	22,3%
Insuffisance rénale chronique terminale	97 077	1,0%
infection par le VIH	88 569	0,9%
Mucoviscidose	3 030	0,0%

¹ La notion de domaine inclut les pathologies de la liste qui ne sont pas regroupées : il y a ainsi 6 domaines de regroupements et 6 domaines correspondant à des pathologies, soit 12 domaines au total

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

Figure 8 : Nombre de domaines¹ concernés pour l'ensemble des adultes polypathologiques et selon l'âge



¹ La notion de domaine inclut les pathologies de la liste qui ne sont pas regroupées : il y a ainsi 6 domaines de regroupements et 6 domaines correspondant à des pathologies, soit 12 domaines au total

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

La Figure 9 présente les dix combinaisons de pathologies les plus fréquentes par sexe et âge. Elle permet d'illustrer les spécificités des besoins de soins chez les femmes et les hommes polypathologiques, qui apparaissent surtout à partir de 45 ans.

On observe que l'hypertension artérielle non compliquée est la pathologie la plus souvent impliquée dans les combinaisons les plus fréquentes, quels que soient le sexe et l'âge. Parmi les adultes polypathologiques de moins de 45 ans, le poids du domaine de la santé mentale est particulièrement important, avec au moins une pathologie du domaine présente dans huit combinaisons sur dix pour les femmes comme pour les hommes. Entre 45 et 64 ans, le diabète et les maladies respiratoires chroniques sont souvent impliqués dans les combinaisons les plus fréquentes pour les deux sexes et on observe la présence du domaine cardiovasculaire exclusivement chez les hommes, avec la maladie coronaire. Entre 65 et 84 ans on observe la présence des cancers parmi les principales combinaisons pour les deux sexes et le poids accru du domaine cardiovasculaire chez les hommes, présent dans quatre des dix combinaisons les plus fréquentes (contre une seule combinaison chez les femmes). Parmi les personnes polypathologiques les plus âgées (de 85 ans ou plus), le nombre de femmes est nettement plus important que celui des hommes (environ 250 000 femmes pour moins de 100 000 hommes). Chez les hommes, les principales combinaisons sont similaires à celles de la classe d'âge des 65-84 ans, avec l'apparition de l'insuffisance cardiaque pour le domaine cardiovasculaire et d'autres localisations cancéreuses que la prostate. Chez les femmes, le poids de la santé mentale reste important avec au moins une pathologie du domaine dans cinq des dix combinaisons les plus fréquentes (contre une seule chez les hommes) et on observe la présence de la démence dans trois combinaisons (la démence est absente des combinaisons les plus fréquentes chez les hommes).

Enfin, on constate que la part des adultes polypathologiques que représentent ces dix combinaisons les plus fréquentes diminue avec l'âge : ces combinaisons représentent plus de 50% des adultes polypathologiques entre 18 et 44 ans, puis 24% des femmes et 17% des hommes de plus de 85 ans. Ceci traduit la diversité croissante des situations de polypathologie avec l'âge et la complexité clinique des prises en charge.

Figure 9 : Combinaisons de pathologies les plus fréquentes par classe d'âge, selon le sexe, parmi les adultes polypathologiques

Parmi les femmes adultes polypathologiques (N=5 281 264)					Parmi les hommes adultes polypathologiques (N=4 893 005)						
Classe d'âge	Combinaisons de pathologies			N	%	Classe d'âge	Combinaisons de pathologies			N	%
18-44 ans (N=378 367)	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques		77 563	20,5	18-44 ans (N=316 734)	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques		69 833	22,1
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques		32 927	8,7		Traitements anti-HTA	Diabete		15 333	4,8
	Traitements anti-HTA	Tr psychotiques		26 938	7,1		Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques	Troubles addictifs (hors tabac)	14 341	4,5
	Traitements anti-HTA	Diabete		13 930	3,7		Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr. addictifs (hors tabac)		13 274	4,2
	Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		11 313	3,0		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		12 441	3,9
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques	Tr. addictifs (hors tabac)	8 901	2,4		Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques		11 982	3,8
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr. addictifs (hors tabac)		8 673	2,3		Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		8 670	2,7
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques	Diabete	7 057	1,9		Tr psychotiques	Tr. addictifs (hors tabac)		7 976	2,5
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques		5 569	1,5		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques ou traitements	4 278	1,4
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques	5 220	1,4		Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques	Mal respiratoires chroniques	3 503	1,1
Total strate				198 091	52	Total strate				161 631	51
45-64 ans (N=1 380 808)	Traitements anti-HTA	Diabete		158 977	11,5	45-64 ans (N=1 377 371)	Traitements anti-HTA	Diabete		220 949	16,0
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		147 490	10,7		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		67 871	4,9
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques		78 786	5,7		Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		63 471	4,6
	Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		77 364	5,6		Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques		63 214	4,6
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques		54 275	3,9		Maladie coronaire	Diabete		52 937	3,8
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Diabete	30 446	2,2		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Diabete	19 933	1,5
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques	24 111	1,8		Traitements anti-HTA	Diabete	Mal respiratoires chroniques	19 650	1,4
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Diabete		21 843	1,6		Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques		18 032	1,3
	Traitements anti-HTA	Diabete	Mal respiratoires chroniques	20 072	1,5		Maladie coronaire	Mal respiratoires chroniques		14 798	1,1
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques	18 281	1,3		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Tr psychotiques ou traitements	14 297	1,0
Total strate				631 645	46	Total strate				555 152	40
65-84 ans (N=2 483 477)	Traitements anti-HTA	Diabete		349 794	14,1	65-84 ans (N=2 599 113)	Traitements anti-HTA	Diabete		357 736	13,8
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		197 971	8,0		Maladie coronaire	Diabete		114 477	4,4
	Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		126 190	5,1		Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		84 262	3,2
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Diabete	63 949	2,6		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		51 960	2,0
	Traitements anti-HTA	Cancer du sein surveillé		44 547	1,8		Traitements anti-HTA	Diabete	Mal respiratoires chroniques	41 336	1,6
	Traitements anti-HTA	Diabete	Mal respiratoires chroniques	42 138	1,7		Maladie coronaire	Tr. du rythme ou de la conduction		37 790	1,5
	Maladie coronaire	Diabete		34 685	1,4		Tr. du rythme ou de la conduction	Diabete		37 081	1,4
	Traitements anti-HTA	autre Cancer solide surveillé		32 751	1,3		Traitements anti-HTA	Cancer de la prostate surveillé		36 004	1,4
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Mal respiratoires chroniques	32 436	1,3		Traitements anti-HTA	Cancer de la prostate actif		32 602	1,3
	Traitements anti-HTA	autre Cancer solide actif		27 862	1,1		Maladie coronaire	Mal respiratoires chroniques		29 959	1,2
Total strate				952 323	38	Total strate				823 207	32
85 ans ou + (N=1 038 612)	Traitements anti-HTA	Diabete		55 967	5,4	85 ans ou + (N=599 787)	Traitements anti-HTA	Diabete		28 217	4,7
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		53 557	5,2		Maladie coronaire	Diabete		9 951	1,7
	Traitements anti-HTA	Demences		25 434	2,5		Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		9 866	1,6
	Traitements anti-HTA	Mal respiratoires chroniques		23 284	2,2		Maladie coronaire	Tr. du rythme ou de la conduction		9 700	1,6
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Demences	21 736	2,1		Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur		7 811	1,3
	Tr. du rythme ou de la conduction	Tr. névrotiques et de l'humeur		15 281	1,5		Traitements anti-HTA	Cancer de la prostate surveillé		7 669	1,3
	Tr. névrotiques et de l'humeur	Demences		15 185	1,5		Tr. du rythme ou de la conduction	Diabete		7 582	1,3
	Insuffisance cardiaque	Tr. du rythme ou de la conduction		14 723	1,4		Insuffisance cardiaque	Tr. du rythme ou de la conduction		6 934	1,2
	Traitements anti-HTA	Tr. névrotiques et de l'humeur	Diabete	14 272	1,4		Traitements anti-HTA	autre Cancer solide surveillé		6 776	1,1
	Traitements anti-HTA	Cancer du sein surveillé		13 210	1,3		Traitements anti-HTA	autre Cancer solide actif		5 200	0,9
Total strate				252 649	24	Total strate				99 706	17
Total parmi femmes adultes polypathologiques				2 034 708	42	Total parmi hommes adultes polypathologiques				1 639 696	31

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2026)

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

Les scénarios de projection des effectifs de personnes prises en charge à horizon 2030-2035

La part des pathologies chroniques dans la population a cru de 9,4% entre 2015 et 2024 passant de 34,5% à 37,7% de la population. Cette croissance s'explique pour près de 20% par l'augmentation de la population, 60% par le vieillissement de la population et 20% par la hausse de la prévalence des pathologies chroniques par âge et sexe.

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 en 2024 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 selon le scénario central de l'Institut. A 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 6](#)).

Tableau 6 : Prévision 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%

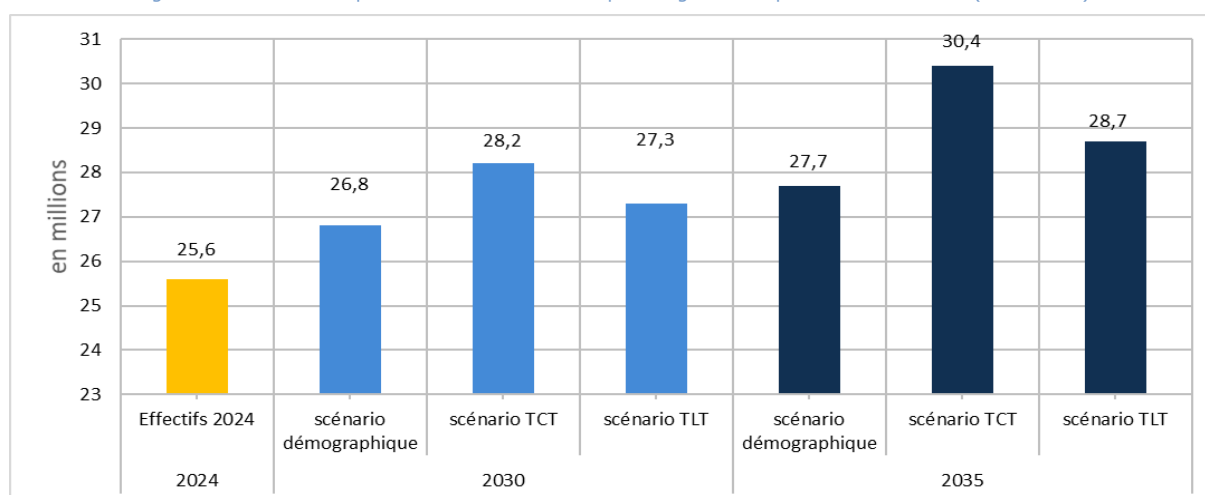
Les projections épidémiologiques s'appuient sur des hypothèses basées sur les évolutions observées ces dernières années en France dans la cartographie des pathologies de la CNAM. Trois scénarios, appliquant chacun des taux de prévalence¹² par pathologie âge et sexe aux populations projetées par l'INSEE 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 l'horizon 2030 (ou 2035) à celles de 2024. 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.
- 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 taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre 2024 et 2030 (ou 2035) de la même manière qu'elles ont évolué dans la période récente entre 2019 et 2024.
- 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 2024 et 2030 (ou 2035) de la même manière que la tendance de long terme observée entre 2015 et 2024.

¹² Les taux de prévalences par pathologie, âge et sexe sont calculés à partir des effectifs issus de la version G13 de la cartographie des pathologies et des dépenses (source Snds), rapportés à la population Insee

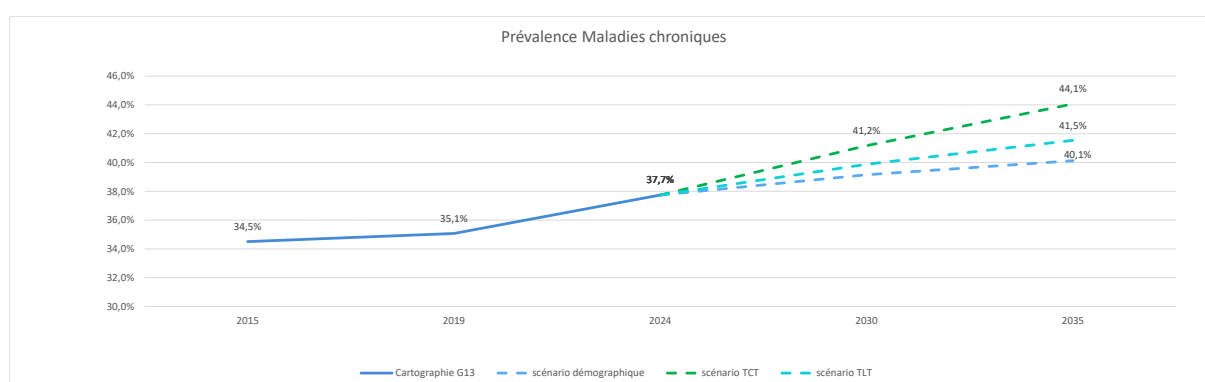
Le simple effet du vieillissement de la population pourrait entraîner une hausse de 1,5 million de personnes à l'horizon 2030 et 2,1 millions à l'horizon 2035 des personnes souffrant d'une maladie chronique. Cette hausse pourrait s'avérer encore plus prononcée si les tendances récentes des évolutions des pathologies chroniques se poursuivaient. Ainsi, en reprenant le taux de croissance annuel moyen observé entre 2019 et 2024 (scénario TCT), le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique pourrait s'élever à 28,2 millions en 2030 et 30,4 millions en 2035 soit une hausse de 2,6 millions à l'horizon 2030 et 4,8 millions à l'horizon 2035 (Figure 10). Dans ce scénario TCT, 41% de la population souffrirait d'une maladie chronique en 2030 et 44% de la population en 2035 contre 38% en 2024 (Figure 11). A noter qu'à partir des données de la cartographie de l'année précédente (2023), la part de population souffrant d'une pathologie chronique avait été projetée à 43% en 2035. La prise en compte de l'année 2024 pour nos projections semble donc aboutir en 2035 à un nombre plus élevé de patients atteints de maladies chroniques. 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 (2019-2024). 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 10 : Nombre de personnes souffrant d'une pathologie chronique en 2030 et 2035 (en millions)



Source : SNIIRAM et calculs CNAM

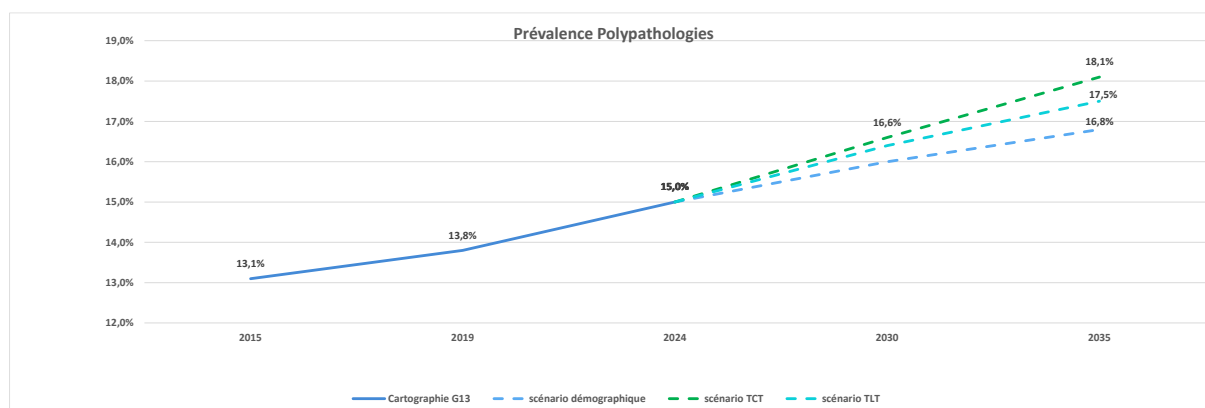
Figure 11 : Prévalence des maladies chroniques d'après la cartographie des dépenses et des pathologies à l'horizon 2030 et 2035



Source : SNIIRAM et calculs CNAM

Le simple effet du vieillissement de la population pourrait également entraîner une hausse des patients atteints de polyopathie de 810 000 personnes en 2030 et 1 410 000 en 2035, pour atteindre un effectif total de 11,6 millions à horizon 2035. En reprenant le scénario TCT, cette hausse serait de 1 230 000 (respectivement 2 280 000) et le nombre de patients atteints de polyopathologies atteindrait 12 450 000 personnes en 2035, soit 18% de la population.

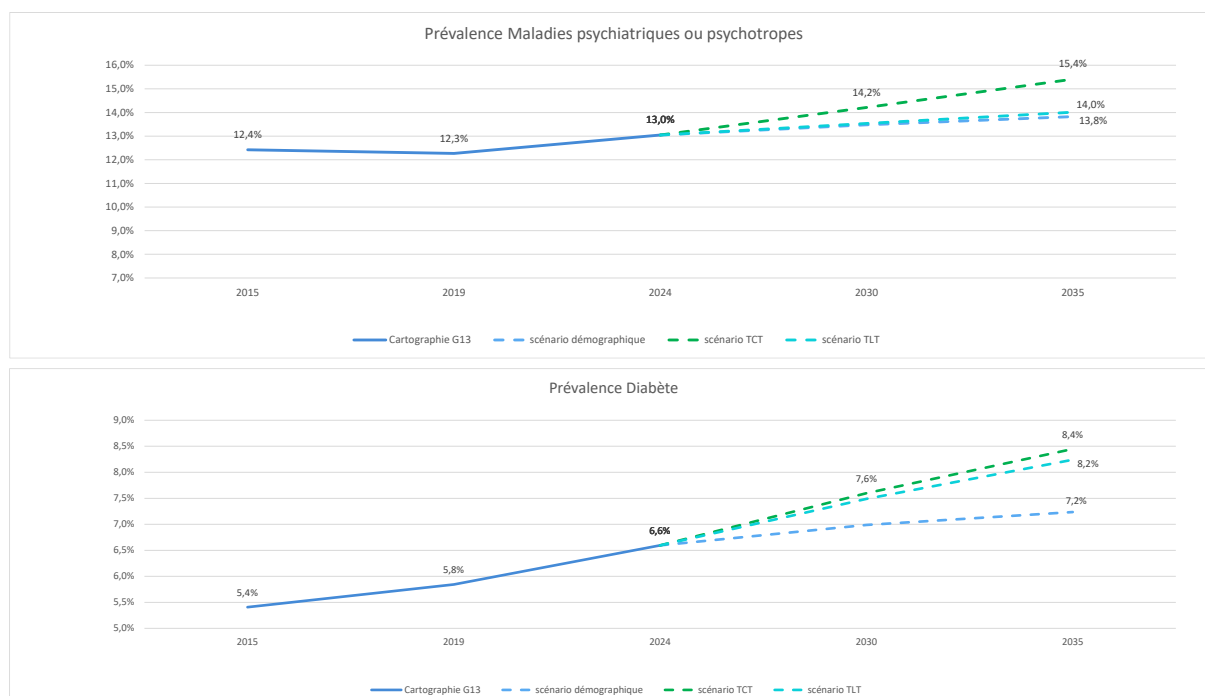
Figure 12 : Prévalence des polypathologies à l'horizon 2030 et 2035



Note de lecture - Les prévalences représentées sur cette figure sont les prévalences en population Insee tous âges confondus (les projections 2030 et 2035 utilisent les prévalences par classe d'âge), tandis que dans la section 1.2.2 sur la polypathologie, les prévalences sont calculées parmi les adultes consommateurs. Ceci explique que la prévalence de la polypathologie en 2024 soit inférieure sur cette Figure 12, par rapport au Tableau 3)

Si la dynamique observée ces dernières années (2019-2024, scénario TCT) se poursuit, la part des principales pathologies pourrait fortement croître ces prochaines années. Ainsi, la prévalence les personnes souffrant d'une maladie psychiatrique ou sous traitement psychotropes pourraient croître de 18% avec un effectif total estimé en 2035 de 10,6 millions de personnes souffrant de ces pathologies. La prévalence du diabète augmenterait de 28% avec un effectif de patients diabétiques estimé à 5 830 000 en 2035 contre 4,5 millions actuellement. 1,14 million de personnes supplémentaires souffrirait de maladies cardiovasculaires, conduisant à une augmentation de la prévalence de 18% avec un total 6,7 millions de personnes atteintes de maladies cardiovasculaires. Parallèlement, la prévalence des assurés avec un traitement du risque vasculaire (hors pathologies) pourrait atteindre 15,1% de la population soit 10,4 millions de personnes concernées. Enfin, la prévalence des cancers actifs pourrait augmenter de 24% passant à 3,1% de la population en 2035, conduisant à un effectif de 2,17 millions de personnes en 2035 (cf. Figure 13).

Figure 13 : Projections des prévalences de quatre pathologies chroniques





Les scénarios de projection des dépenses de santé à horizon 2030-2035

Afin d'anticiper les conséquences des évolutions épidémiologiques menées à horizon 2030-2035 sur la dynamique des dépenses de santé (cf partie 1.3), des projections inédites des dépenses de santé de la cartographie des pathologies et des dépenses ont également été menées à l'horizon 2030 et 2035. Deux paramètres ont été utilisés pour réaliser ces projections. Le premier est la projection des effectifs par pathologie à horizon 2030 et 2035 (cf partie supra). Cette projection des effectifs reflète deux phénomènes : l'augmentation et le vieillissement de la population d'une part, et l'évolution des prévalences des pathologies à âge et sexe donné d'autre part. Le deuxième paramètre est l'évolution des dépenses moyennes par pathologie et individu. Cette évolution a été regardée sur 3 agrégats : le total des dépenses remboursées de soins de ville, le total des dépenses remboursées d'hospitalisation, le total des prestations en espèces. Le produit des effectifs par la dépense moyenne par pathologie (ou événement de santé) permet d'aboutir à une dépense projetée par pathologie à horizon 2030 et 2035 et à une dépense totale remboursée. Les dépenses de santé projetées correspondent aux dépenses de santé remboursées du champ de la cartographie hors soins courants (cf partie 1.1 206 Md€ en 2024, soit 7,0% du PIB) et ne recouvrent donc pas tout le champ de la dépense remboursée.

Trois scénarios, ont été étudiés :

- Le 1^{er} scénario ou Scénario Quasi Tendanciel (SQT) : Dans ce scénario, les prévalences par pathologie, âge et sexe vont évoluer, par année, entre 2024 et 2030 (ou 2035) de la même manière que la tendance de long terme (conduisant aux prévalences du scénario TLT sur les graphiques précédents) observée entre 2015 et 2024 (TCAM 2015-2024). Parallèlement, les dépenses moyennes par pathologie et individu évoluent entre 2024 et 2030 (2035), en termes réel (i.e déflaté de l'indice général des prix) au même rythme que l'évolution des dépenses réelles observée entre 2019 et 2024, période durant laquelle la régulation des dépenses de santé a été plus modérée.

- Dans le 2ème scénario ou Scénario « Régulation Forte » (scénario SRF), les prévalences par pathologie et âge et sexe continuent d'évoluer entre 2024 et 2030 (2035), pareillement au premier scénario, à partir du tendanciel observé entre 2015-2024 (TLT). Les dépenses moyennes par pathologie et individu évoluent entre 2024 et 2030 (2035), en termes réel (i.e déflaté de l'indice général des prix) au même rythme que l'évolution des dépenses réelles observée entre 2015 et 2019 (période de régulation plus forte que la période 2019-2024).
- Dans le 3ème scénario ou Scénario « Virage Préventif Fort et Régulation Forte » (scénario SVPRF), les prévalences 2030 (ou 2035) par pathologie et âge et sexe restent fixées au niveau observé en 2024 (conduisant aux prévalences du scénario démographique sur les graphiques précédents). Cette hypothèse est une hypothèse forte pour certaines pathologies, comme le diabète par exemple, pour lesquelles on a observé dans le passé une augmentation des prévalences à âge et sexe donné. Comme dans le deuxième scénario, les dépenses moyennes par pathologie et individu évoluent entre 2024 et 2030 (2035), en termes réel (i.e déflaté de l'indice général des prix) au même rythme que l'évolution des dépenses réelles observée entre 2015 et 2019.

Le montant de dépenses remboursées à horizon 2035 varie selon les scénarios (Figure 14). Le scénario quasi tendanciel aboutit en 2035 à une dépense totale remboursée de 327,5 Md€, soit un TCAM 2024-2035 de 4,3% soit une dynamique plus élevée que notre richesse nationale puisque l'évolution projetée du PIB est estimée entre 2024-2035 à 2,6% par an. Le montant est de 297,3 Md€ (TCAM 3,4%) à partir du scénario régulation forte (SRF). En maintenant les prévalences par pathologie, âge et sexe au niveau de 2024, on aboutit avec une régulation forte (scénario SVPRF) à un montant en 2035 de 278,3 Md€ (TCAM 2,8%).

Figure 14 : Dépenses remboursées en 2030 et 2035 (en milliards d'€) selon scénario

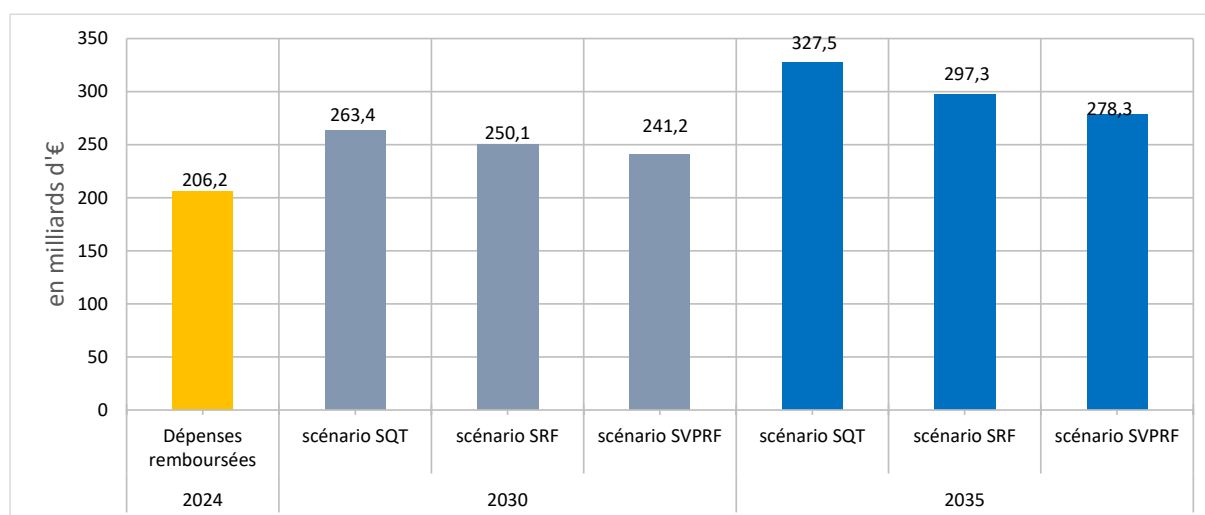
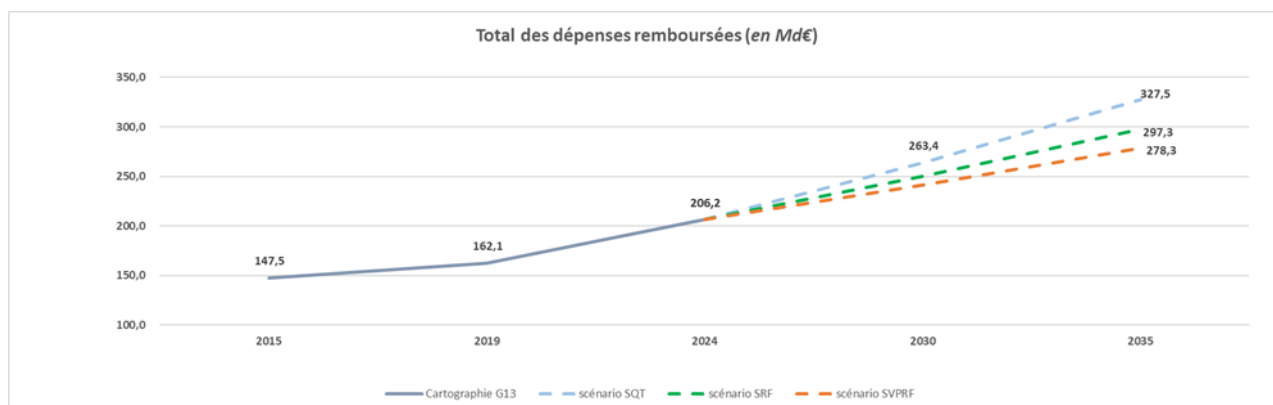
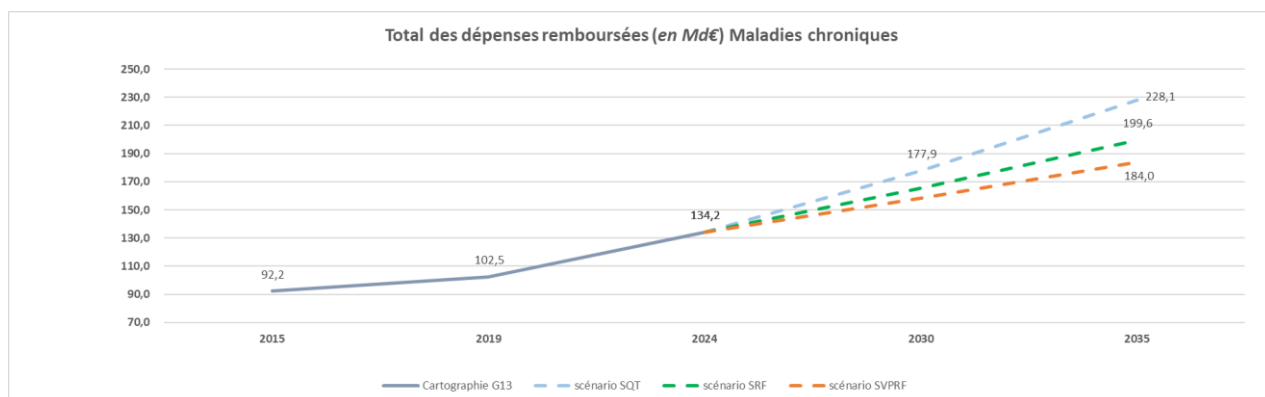


Figure 15 - Total des dépenses remboursées à l'horizon 2030 et 2035 selon scénario



Les dépenses des pathologies chroniques qui représentent en 2024 65,1% de la dépense totale remboursée (champs : dépenses cartographies hors soins courants) pourrait atteindre en 2035 à 69,6% de la dépense totale selon le scénario quasi tendanciel avec un montant total de dépenses associées de 228,1 Md€ (Figure 16). Le montant des dépenses associés aux pathologies chroniques en 2035 serait de 200 Md€ avec le scénario de régulation forte et de 184 Md€ avec le scénario de virage préventif et régulation forte.

Figure 16 : Total des dépenses remboursées des maladies chroniques à l'horizon 2030 et 2035 selon scénario



Les évolutions des dépenses réaffectées varient selon les pathologies et les scénarios (cf Tableau 7). Ainsi la dépense liée aux cancers actifs passerait de 13% (26,8 Md€) de la dépense totale en 2024 à 18,4% (60,3 Md€ - euros courants) en 2035 selon le scénario quasi tendanciel (SQT) et 17,0% (47,4 Md€) selon le scénario virage préventif et régulation forte (SVPRF). Le montant de dépenses associées aux maladies cardiovasculaires (11,4% en 2024 23,5 Md€) connaîtrait une progression plus contenue en 2035 entre 33,6 Md€ (Scénarios SRF et SVPRF) et 35,5 Md€ (scénario SQT). Les dépenses affectées au diabète seraient en augmentation de 55% en 2035 par rapport à 2024 avec le scénario SQT, 49% avec le scénario SRF et 30% avec le scénario SVPRF. L'évolution des dépenses affectées aux maladies neurologiques serait relativement stable en montant et en progression (entre 12,7 et 12,9 Md€, soit +40% entre 2024 et 2035

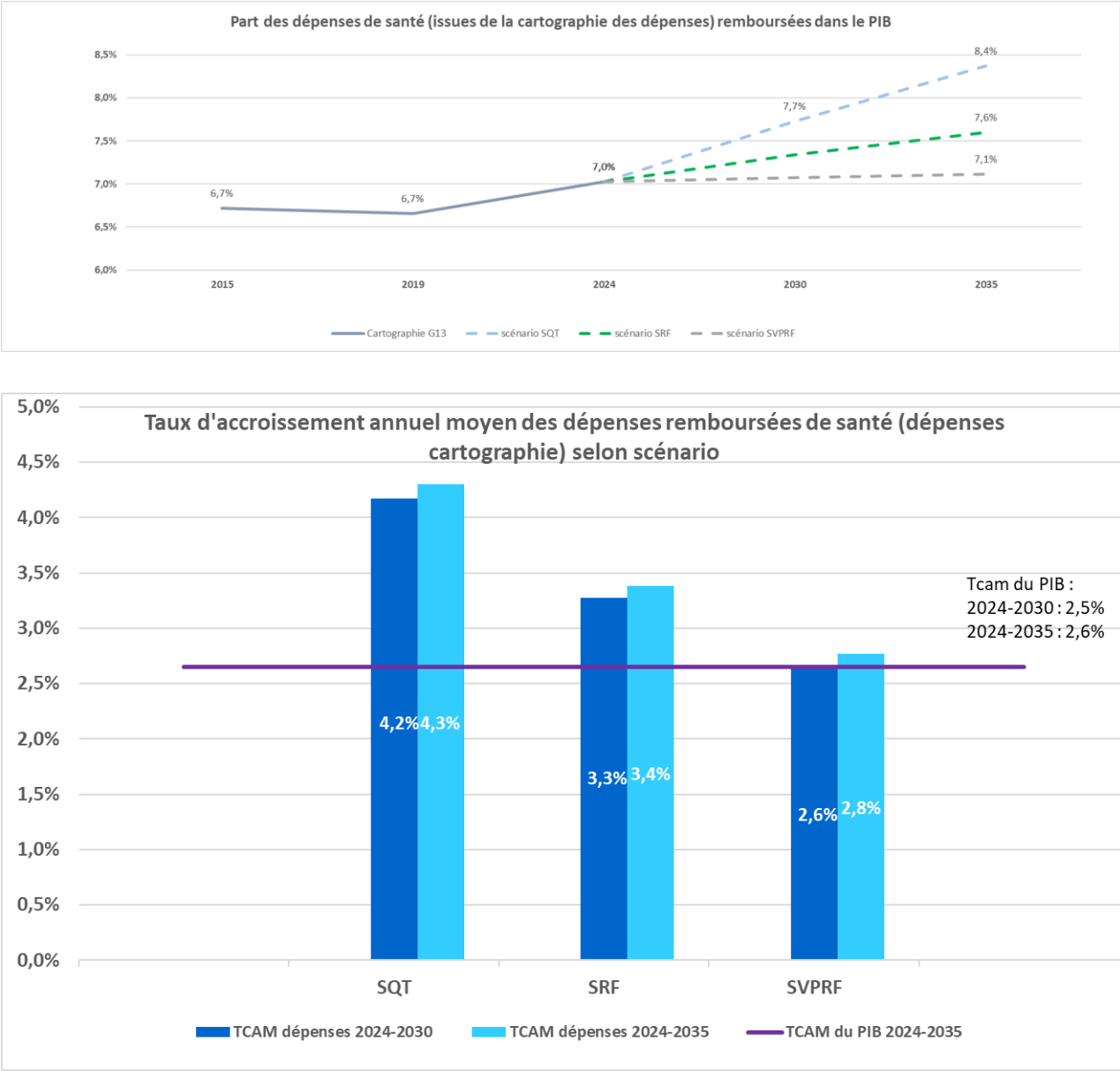
Tableau 7 : Dépenses remboursées par pathologie à horizon 2035 selon scénario

Dépenses remboursées en euros courants (en Md€ et en % de la dépense totale)	Dépenses remboursées 2024		Dépenses remboursées 2035 Scénario SQT		Dépenses remboursées 2035 Scénario SRF		Dépenses remboursées 2035 Scénario SVPRF	
libellé	Total	en %	Total	en %	Total	en %	Total	en %
Total maladies chroniques	134,2	65,1%	228,1	69,6%	199,6	67,2%	184,0	66,1%
Maladies cardioneurovasculaires	23,5	11,4%	35,5	10,8%	33,6	11,3%	33,6	12,1%
Maladies cardioneurovasculaires aiguës	4,8	2,3%	6,6	2,0%	5,9	2,0%	7,0	2,5%
Accident vasculaire cérébral aigu	1,9	0,9%	2,8	0,9%	2,7	0,9%	3,0	1,1%
Insuffisance cardiaque aiguë	1,5	0,7%	2,2	0,7%	1,7	0,6%	2,2	0,8%
Syndrome coronaire aigu	1,1	0,5%	1,1	0,3%	1,2	0,4%	1,4	0,5%
Embolie pulmonaire	0,3	0,1%	0,5	0,1%	0,4	0,1%	0,4	0,1%
Maladies cardioneurovasculaires chroniques	18,7	9,1%	28,9	8,8%	27,7	9,3%	26,6	9,6%
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	7,4	3,6%	9,5	2,9%	8,6	2,9%	9,5	3,4%
Cancers	29,3	14,2%	64,6	19,7%	57,1	19,2%	51,6	18,5%
Cancers actifs	26,8	13,0%	60,3	18,4%	53,0	17,8%	47,4	17,0%
Cancers sous surveillance	2,5	1,2%	4,2	1,3%	4,1	1,4%	4,2	1,5%
Maladies psychiatriques ou psychotropes	29,1	14,1%	47,8	14,6%	38,1	12,8%	33,9	12,2%
Maladies psychiatriques	20,3	9,9%	34,6	10,6%	24,8	8,4%	19,2	6,9%
Traitements psychotropes (hors pathologies)	8,8	4,3%	13,3	4,1%	13,3	4,5%	14,6	5,3%
Diabète	11,5	5,6%	17,8	5,4%	17,1	5,7%	15,0	5,4%
Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes	4,2	2,1%	6,5	2,0%	6,0	2,0%	6,3	2,3%
Maladies inflammatoires ou rares ou infection VIH	8,9	4,3%	18,9	5,8%	13,0	4,4%	9,5	3,4%
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	4,7	2,3%	6,5	2,0%	6,7	2,3%	5,7	2,1%
Maladies neurologiques	9,1	4,4%	12,7	3,9%	12,8	4,3%	12,9	4,6%
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	1,5	0,7%	1,6	0,5%	1,1	0,4%	1,0	0,4%
Insuffisance rénale chronique terminale	4,8	2,3%	6,7	2,1%	5,5	1,9%	5,0	1,8%
Pas de pathologies	72,0	34,9%	99,4	30,4%	97,7	32,8%	94,4	33,9%
Dont Hospitalisations hors pathologies repérées	47,1	22,9%	66,6	20,3%	63,6	21,4%	58,8	21,1%
Total dépenses : Maladies chroniques + Pas de pathologies	206,2	100,0%	327,5	100,0%	297,3	100,0%	278,3	100,0%

Avec le scénario « virage préventif et régulation forte », le poids des dépenses de santé (champ cartographie des dépenses de santé hors soins courants) dans le PIB qui est de 7,0% en 2024 resterait stable à 7,1% en 2030 et 2035 (Figure 17). Ce poids serait de 8,4% à l'horizon 2035 avec le scénario le moins contraint (scénario quasi tendanciel) et de 7,6% avec le scénario de régulation forte. En regard du TCAM du PIB estimé à 2,6% entre 2024 et 2035, le TCAM annuel moyen des dépenses de santé remboursées entre 2024 et 2035 est estimé à 2,8% avec le scénario « virage préventif et régulation forte », et à 4,3% et 3,4%, avec les scénarios quasi tendanciel et régulation forte. Selon la trajectoire financière définie dans le précédent rapport Charges et produits à l'horizon 2030, redresser la situation financière de l'assurance maladie passe par une stabilisation de la part des dépenses

dans le PIB. Seul le scénario « virage préventif et régulation forte », associant à la fois un virage préventif important permettant de maintenir les prévalences des pathologies par âge et sexe à leur niveau de 2024 et une régulation importante sur les dépenses moyennes par pathologie permet d’aboutir en 2030 et 2035 à une part des dépenses de santé stable dans la richesse nationale conformément à cette trajectoire.

Figure 17 : Part des dépenses de santé dans le PIB



Ce rapport s’inscrit dans ce contexte financier et dans la continuité des analyses présentées dans le précédent rapport Charges et Produits. Comme souligné dans le rapport précédent, rien ne sera évidemment possible sans un investissement massif en faveur de la prévention en santé, principale clé de voûte d’un système de santé durablement sobre, solidaire et performant. Un partenariat original a ainsi été mis en place avec l’OCDE afin de réaliser une évaluation des retours sur investissement de différentes actions de prévention dont le nutriscore pour prioriser et déterminer les actions à mettre en œuvre rapidement pour infléchir la trajectoire épidémiologique actuelle.

L’Assurance Maladie étudie également dans ce rapport, en plus des leviers en lien avec la prévention, la bonne organisation du système de soins notamment face au vieillissement de la population pour garantir un vieillissement en bonne santé et un parcours fluide à tous les âges de la vie. Ce rapport affirme aussi la nécessité de remettre le patient au cœur du parcours de soins notamment grâce à la prise en compte de l’expérience patient dans sa prise en charge. Il est nécessaire que la ville s’organise pour assurer le suivi des personnes atteintes de maladies chroniques au plus près des patients et de leurs besoins.

Ce rapport propose également des réflexions sur des transformations de certains aspects de notre système de santé. Ce sont bien des réformes structurelles, aux effets médico-économiques positifs, qui nous ont permis par le passé de préserver notre système de santé. Ce rapport propose ainsi des analyses originales sur :

- les médicaments onéreux notamment en oncologie pour trouver l'équilibre entre innovation et soutenabilité des dépenses de médicaments ;
- les déterminants de l'évolution de l'activité des établissements de santé pour identifier les leviers afin de retrouver une offre hospitalière dynamique ;
- les enjeux autour de la tarification des actes de deux professions, les soins de masso-kinésithérapie et de biologie médicale, afin de valoriser la qualité et la pertinence des soins dans le plein respect des recommandations scientifiques.

Enfin, la recherche du juste soin au juste prix doit également permettre de garantir la qualité et la pertinence des soins et notamment le bon usage des produits de santé. Une comparaison internationale sur les dispositifs relatifs à la déprescription permet d'identifier les voies pour améliorer la qualité de vie des patients et ajuster les traitements pour une prise en charge adéquate. Enfin, les efforts se poursuivent dans la lutte contre les fraudes dans la lignée des actions menées en 2025 qui ont mené à des résultats historiques.

Ce rapport a été élaboré, comme l'année précédente, en concertation étroite avec le Conseil de la CNAM à travers des échanges réguliers sur chaque thématique pour permettre de partager le contenu des études et définir des propositions contenues dans le rapport.

2 Prévention : la bataille de la décennie

Avec le vieillissement de la population, la hausse de la prévalence des pathologies chroniques devrait se poursuivre si l'exposition à des facteurs de risque connus n'est pas maîtrisée. Les projections réalisées par l'Assurance maladie montrent que le nombre de personnes souffrant d'une pathologie chronique pourrait augmenter pour atteindre entre 27,7 et 30,4 millions de personnes à horizon 2035, contre 25,6 millions en 2024¹³. En fonction des scénarii, les dépenses associées à ces pathologies chroniques pourraient représenter jusqu'à 69,6% de la dépense remboursée totale (contre 65,1% de la dépense totale remboursée en 2024).

Face à l'ampleur de ce fardeau, la prévention s'impose comme un levier stratégique prioritaire. En agissant en amont sur les facteurs de risque modifiables – alimentation, sédentarité, activité physique, tabac, alcool, santé mentale – les politiques de prévention offrent la possibilité de réduire significativement l'incidence des maladies chroniques et d'alléger durablement la charge pesant sur le système de soins.

Le rapport Charges et Produits pour 2026 fait de la prévention un axe central de la soutenabilité du système de santé : il a été estimé que l'ensemble des actions de prévention développées par l'Assurance Maladie devraient permettre de générer 500 millions d'euros d'économie annuels à l'horizon 2030¹⁴. Le rapport a ainsi décliné une stratégie ambitieuse qui couvre un ensemble d'interventions très vaste tant en termes d'acteurs mobilisés, de facteurs de risques ciblés (tabac et alcool, alimentation) que de nature des actions (actions sur les modes de vie, vaccination et dépistages de l'hypertension artérielle, dépistages organisés des cancers), ou encore de lieux d'intervention (entreprise, école). Certaines propositions ont d'ores et déjà été traduites dans la loi tandis que d'autres doivent encore être approfondies.

Cette année, l'Assurance Maladie poursuit cette réflexion en partenariat avec l'OCDE, avec un double objectif : identifier les interventions de prévention les plus efficaces au regard des bonnes pratiques internationales et objectiver précisément leurs bénéfices sanitaires et économiques dans le contexte français.

2.1 Faire le bilan et prioriser nos leviers d'action

2.1.1 Les avancées législatives et réglementaires depuis le rapport Charges et Produits 2026

[La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 crée un parcours d'accompagnement préventif pour accompagner les patients atteints d'une pathologie à risque d'évolution vers une ALD](#)

Afin d'assurer la pérennité du dispositif des affections de longue durée face à la dynamique des effectifs des assurés atteints de pathologies chroniques, l'Assurance maladie a proposé la création d'un nouveau statut pour identifier le plus tôt possible les patients à risque de bascule en affection de longue durée pour adopter une réponse précoce et préventive. Cette proposition vise notamment à prévenir l'entrée en ALD, qui représenterait, si la trajectoire actuelle se poursuit, 18 millions de personnes soit plus de 26% de la population française en 2035 (contre 8 millions soit 12% de la population en 2004)¹⁵.

Dès 2007, la HAS proposait une réforme du dispositif des ALD visant à dissocier ses deux objectifs actuels : la neutralisation des restes à charge élevés (volet financier) et l'amélioration du suivi des patients chroniques (volet médical).

C'est dans la même logique que l'Assurance maladie a proposé, dans son rapport Charges et Produits pour 2026, la création d'un statut en amont de l'ALD visant à identifier plus précocement les patients présentant un « risque chronique » et à leur proposer un accompagnement ainsi qu'un panier de soins adaptés.

Suite à cette proposition, l'article 54 de la LFSS pour 2026 prévoit la création d'un parcours d'accompagnement préventif pour les patients atteints d'une pathologie à risque d'évolution vers une ALD.

¹³ Sources Sniiram et calculs Cnam, voir plus haut

¹⁴ Cette estimation se fonde principalement sur les impacts de prévention secondaire et tertiaire qui peuvent générer dans un horizon court des économies pour le système de santé en réduisant le coût des complications en lien avec les pathologies chroniques.

¹⁵ Rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie pour 2026

Cet article vise à répondre aux limites dont souffre le dispositif ALD concernant la détection, la prise en charge et l'accompagnement des maladies chroniques de manière plus précoce alors même que ces pathologies peuvent parfois être détectées très tôt sans nécessairement emporter de prise en charge particulièrement coûteuse mais nécessitent davantage une prise en charge précoce et préventive. Le diabète sans complication et l'hypertension artérielle ainsi que l'obésité figurent parmi les pathologies qui pourront prioritairement relever de ce nouvel accompagnement.

Le parcours d'accompagnement préventif vise à intervenir plus précocement dans l'histoire naturelle des pathologies à risque d'évolution vers une ALD afin d'en réduire la sévérité et, lorsque cela est possible, de retarder ou d'éviter l'entrée en ALD. La reconnaissance de ce statut doit ouvrir droit à un parcours de prise en charge, dans les conditions de droit commun, contenant des prestations déjà remboursées et un panier de soins axé sur la prévention, afin de permettre une prise en charge précoce concernés et ainsi de retarder l'aggravation de leur pathologie et l'entrée dans le dispositif ALD.

Ce parcours de prise en charge adapté pourrait comprendre des prestations déjà remboursées (séances de suivi psychologique et d'éducation thérapeutique) ainsi qu'un bilan diététique ou encore d'activité physique, réalisés par un diététicien ou un enseignant en activité physique adaptée qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance maladie dans le droit commun.

Cette mesure nécessite plusieurs textes d'application : un décret, après avis de la HAS, fixant les critères médicaux et la liste des affections permettant aux assurés de bénéficier de ce panier de soins préventif ; un décret précisant l'organisation de ce nouveau dispositif ; et un arrêté définissant le parcours d'accompagnement préventif.

Des travaux ont été lancés avec la HAS afin de contribuer à la structuration de ce nouveau parcours. Saisie début 2026, la HAS rendra un avis sur les critères médicaux permettant d'identifier les assurés pouvant bénéficier de ces prestations d'accompagnement préventif, ainsi que sur les critères d'entrée en ALD, afin d'assurer une cohérence avec les prestations d'accompagnement nouvellement proposées. Par ailleurs, pour accompagner les réflexions sur le déploiement du parcours d'accompagnement préventif, une étude de comparaison internationale sur la prévention du risque chronique est présentée au (cf. Partie sur la prévention des risques chroniques).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 rend obligatoire la vaccination antigrippale pour les résidents en Ehpad et les professionnels de santé après avis de la Haute Autorité de Santé

Les taux de couverture vaccinale antigrippale sont insuffisants notamment dans les structures d'accueil des personnes âgées. Au niveau national, la couverture vaccinale contre la grippe des résidents en Ehpad est de 82,7 % et de 63 % dans les établissements pour personnes âgées¹⁶ pour la saison 2024-2025. Ce constat est similaire du côté des professionnels de santé : 21% des professionnels exerçant en Ehpad étaient vaccinés contre la grippe¹⁷.

Partant de ce double constat, le rapport Charges et Produits pour 2026 affirmait l'importance de faire progresser la couverture vaccinale antigrippale et envisageait la possibilité de rendre obligatoire la vaccination contre la grippe en Ehpad pour tous les résidents et à l'ensemble des professionnels de santé en Ehpad/en ESMS/en contact avec tout patient (incluant la ville)¹⁸.

Ces propositions ont été inscrites à l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 qui établit une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière pour les personnes résidant en EHPAD et pour les professionnels de santé libéraux, sous réserve d'une recommandation préalable de la Haute Autorité de Santé.

L'arrêté du 10 mars 2026 habilite les infirmiers à remettre le kit de dépistage du cancer colorectal

Le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) constitue un enjeu majeur de santé publique. Réalisé tous les 2 ans chez les personnes de 50 à 74 ans, il permet de détecter des lésions avant l'apparition de symptômes et de réduire significativement la mortalité liée à ce cancer. Le dépistage repose sur un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles à réaliser à domicile. Le taux de participation au DOCCR est faible en France même s'il connaît une progression significative de 2,3 points en 2025 (33,1% en 2025¹⁹ contre 30,8% en 2023²⁰ au regard de l'objectif minimal européen à 65%).

¹⁶<https://www.santepubliquefrance.fr/grippe/enquetes-etudes/couvertures-vaccinales-contre-la-grippe-et-la-covid-19-des-residents-et-des-professionnels-en>

¹⁷<https://www.santepubliquefrance.fr/grippe/enquetes-etudes/couvertures-vaccinales-contre-la-grippe-et-la-covid-19-des-residents-et-des-professionnels-en>

¹⁸ Cette mesure n'a pas fait l'objet d'un accord avec le Conseil de la Cnam lors de leur présentation

¹⁹ <https://www.santepubliquefrance.fr/cancers/cancer-du-colon-rectum/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-periode-2024-2025-et-evolution>

²⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/cancers/cancer-du-colon-rectum/bulletin-national/participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-periode-2023-2024-et-evolution>

Depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie simplifie l'accès au kit de dépistage en diversifiant les modalités de remise du test : envoi direct au moment de la deuxième relance chez les personnes ayant participé à l'une des trois dernières campagnes, possibilité de commande en ligne à réception de l'invitation (mars 2022), envoi aux médecins traitants d'une liste de leurs participants éligibles au dépistage (avril 2022) et remise des kits par les pharmaciens (mai 2022).

Le rapport Charges et Produits pour 2025 a montré que la diversification des modalités de remise du test a plutôt eu un effet de substitution et n'a pas permis d'augmenter la participation au DOCCR. Afin d'améliorer la participation, le rapport proposait d'ouvrir la possibilité de remettre le kit de dépistage à d'autres professionnels de santé et notamment aux infirmiers libéraux diplômés d'Etat, avec pour objectif de renforcer le maillage territorial des professionnels impliqués dans le DOCCR.

Depuis l'arrêté du 10 mars 2026²¹, les infirmiers diplômés d'Etat (libéraux et salariés) ainsi que les infirmiers en pratique avancée sont désormais habilités à remettre le kit de dépistage aux assurés éligibles, au même titre que les médecins et les pharmaciens. Le kit peut être remis aux patients concernés même s'ils n'ont pas encore reçu d'invitation au dépistage.

L'avenant 11 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, signé en avril 2026, prévoit une rémunération au titre de cette nouvelle mission de prévention.

Les débats parlementaires sur le Nutri-Score obligatoire se poursuivent malgré le rejet de la mesure pendant l'examen du PLFSS 2026

Le Nutri-Score, étiquetage nutritionnel conçu par l'Inserm avec l'Anses et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a été mis en place sur la base du volontariat en France en 2017. A l'instar du Chili qui a développé un étiquetage nutritionnel obligatoire pour sensibiliser le public, le rapport Charges et Produits pour 2026 proposait de faire du Nutri-Score la clef de la politique de prévention nutritionnelle, sur la base d'une stratégie en trois volets : rendre l'affichage du Nutri-Score obligatoire sur les produits emballés, le faire apparaître dans les publicités alimentaires et enfin limiter la publicité à certaines heures de la journée (exposition des enfants) aux produits classés D et E.

Si le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoyait la généralisation de l'affichage du Nutri-Score sur les denrées alimentaires sous peine de taxe sur les dépenses de publicité et sur le chiffre d'affaires des entreprises concernées, l'article a finalement été supprimé durant l'examen parlementaire. Les débats parlementaires se poursuivent néanmoins, deux propositions de loi déposées en janvier et avril 2026 incluant, parmi d'autres dispositions, une mesure visant à rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score sur les produits alimentaires.

L'étiquetage des denrées alimentaires relève des compétences de l'Union Européenne²² mais l'adoption du texte par le Parlement français permettrait de renforcer la position de la France auprès de la Commission européenne. En effet, en octobre 2021, les députés européens avaient voté en faveur d'un logo nutritionnel obligatoire, et la Commission s'était engagée à proposer, d'ici fin 2022, une législation pour un étiquetage harmonisé et obligatoire sur le devant des emballages dans toute l'Union européenne. Pourtant, aucune proposition législative n'a été formulée depuis. À ce jour, huit pays européens ont adopté le logo Nutri-Score : la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, la Belgique, le Luxembourg, l'Espagne, la Suisse (hors UE) et plus récemment la Roumanie.

L'Assurance Maladie souhaite réaffirmer l'importance de rendre obligatoire l'affichage du Nutriscore, en lien avec l'impact important du dispositif sur les comportements de consommation et la santé (voir 2.2.3).

2.1.2 Un partenariat avec l'OCDE pour prioriser nos actions de prévention

Des travaux déjà engagés par l'Assurance Maladie pour mesurer le retour sur investissement financier de la prévention

Dans un contexte où les ressources consacrées à la santé restent limitées, il est nécessaire d'établir la preuve de l'efficacité de nos actions, vérifier et attester que les actions mises en place améliorent effectivement la santé et qu'elles sont efficaces, c'est-à-dire que le rapport entre les ressources engagées et les résultats obtenus est favorable. Constituer des preuves d'efficacité et d'efficience est donc nécessaire pour discriminer entre les actions de prévention. L'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) recommande ainsi de développer les études d'efficacité et d'efficience pour éclairer la décision en matière de santé publique²³.

²¹ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053652786>

²² Règlement n°1169/2011 du Parlement européen et du Conseil du 25 octobre 2011 concernant l'information sur les denrées alimentaires, dit « INCO »

²³ Bras P-L et Monasse H. La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé. IGAS, octobre 2024. 105 p. 2024-027R.

Le renforcement des évaluations en santé publique apparaît dès lors comme un levier essentiel pour améliorer l'efficacité des politiques de prévention et en maximiser les bénéfices sanitaires et économiques. L'Assurance Maladie a déjà engagé cette réflexion dans de précédents rapports Charges et Produits pour chiffrer les dépenses évitées grâce à la prévention, sur la base d'une méthodologie standardisée visant à chiffrer le retour sur investissement (ROI) pour l'Assurance Maladie²⁴.

Dès le rapport pour 2023, l'Assurance Maladie a conduit un premier exercice de chiffrage pour des actions de prévention primaire : en matière de prévention grand public, l'application Tabac info service permettrait de générer des économies annuelles comprises entre 4,6 et 14,6 millions d'euros, selon le scénario de référence retenu. En matière de vaccination, la campagne antigrippale 2017-2018 illustre le potentiel économique de la prévention, avec un bénéfice net estimé à 46 millions d'euros, résultant de dépenses évitées liées notamment aux hospitalisations et aux arrêts de travail.

S'agissant du dépistage, le rapport pour 2024 a documenté qu'une augmentation du taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal de 35 % à 45 % (soit une augmentation de 2 millions du nombre de dépistages) permettrait d'éviter environ 1 300 cancers et 3 500 décès par an. En termes financiers, cette augmentation du recours au dépistage se traduit par un surcoût initial, progressivement compensé par les dépenses évitées grâce au dépistage par la détection de cancers moins graves (traitement moins coûteux), puis à plus long terme par les cancers évités. À long terme, le solde économique serait favorable, avec un gain annuel estimé à 14,2 millions d'euros à l'état stationnaire, en lien avec la détection plus précoce des cancers et la réduction des formes avancées, plus coûteuses à prendre en charge.

Deux programmes de prévention tertiaire ont également fait l'objet d'évaluations dans les rapports pour 2023 et pour 2025. Le programme « Mission : Retrouve ton cap », dédié à la prévention de l'obésité infantile, présente un retour sur investissement estimé à 15 millions d'euros par an pour une inclusion de 20 % de la population cible, avec des économies annuelles de l'ordre de 65 euros par enfant, pour un coût initial d'environ 225 euros. Par ailleurs, le renforcement du dépistage et de la prise en charge précoce de la maladie rénale chronique pourrait générer des économies de l'ordre de 130 millions d'euros à horizon cinq ans, notamment grâce à la diminution du recours à la dialyse et à l'augmentation des greffes.

Encadré 4 : Une grande diversité de méthodologies de calcul de rentabilité des actions de prévention de la santé

Le rapport de l'IGAS *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé* publié en 2024 présente les différentes méthodologies de calcul de rentabilité des actions de prévention de la santé.

Il rappelle que deux niveaux de preuve sont attendus pour justifier une action de prévention : il convient tout d'abord d'établir la preuve de son efficacité, vérifier et attester que l'action améliore effectivement la santé. Mais dès lors que l'on se situe dans un contexte de ressources limitées, le fait qu'une action soit efficace ne suffit pas à justifier sa mise en œuvre. Il convient aussi de s'assurer que le rapport entre les ressources engagées et les résultats obtenus est favorable.

Les auteurs insistent sur l'importance de marquer la différence fondamentale entre une analyse de l'efficacité et une analyse en termes d'économies pour les dépenses publiques :

- L'analyse budgétaire consiste à estimer les dépenses évitées afin d'évaluer la rentabilité budgétaire des actions engagées, à l'image des analyses produites par l'Assurance Maladie dans le cadre du rapport Charges et Produits. Dans le cadre d'une analyse centrée sur les dépenses publiques, les dépenses de prévention sont justifiées par les économies budgétaires qu'elles sont censées permettre ultérieurement sur les dépenses de soins. Néanmoins, ce type d'analyse ne renseigne pas une partie de la valeur créée par l'action de prévention : les années de vie gagnées, la qualité de vie améliorée. Une action qui ne produit pas d'économies peut en effet parfaitement constituer une action efficiente si elle se traduit par des gains en santé majeurs.
- Les analyses d'efficacité consistent à calculer non seulement les dépenses évitées mais plus largement l'ensemble des bénéfices totaux pour la société (gains de santé, de productivité) afin d'évaluer la rentabilité sociale des actions engagées. Une action est rentable si les bénéfices totaux pour la société justifient les coûts engagés pour déployer l'intervention. Plusieurs types d'analyses d'efficacité sont possible :
 - o Etudes coût-utilité : rapportent des coûts (dépenses moins économies) dans le champ de la santé à des bénéfices en santé exprimés sous forme de Qalys²⁵. Ces gains en santé sont pris en compte dans l'analyse d'efficacité à travers les Qalys, et sont occultés dans une analyse réduite à l'effet sur les finances publiques.

²⁴ La méthode consiste à évaluer la dépense de santé supplémentaire qu'une personne malade génère chaque année par rapport à une personne en bonne santé, afin de définir un surcoût de référence. Parallèlement, l'efficacité du programme de prévention est mesurée, c'est-à-dire sa capacité à réduire la probabilité de survenue de la maladie parmi les personnes exposées. En croisant ces deux informations, il est possible d'estimer la diminution moyenne des dépenses de santé par individu imputable à l'intervention. Les économies individuelles ainsi obtenues sont ensuite agrégées aux effectifs d'inclusion du dispositif afin de déterminer l'économie annuelle moyenne et totale qu'il génère. Ce montant est à mettre en regard des dépenses engagées pour la mise en place et le fonctionnement du programme, estimées à la fois à l'échelle individuelle et globale. Les économies correspondent ainsi à des gains annuels à terme, estimés pour chaque cohorte d'inclusion dans le dispositif.

²⁵ L'échelle de Quality adjusted life year (QALY) ou année de vie ajustée par la qualité est une méthode pour mesurer la durée et la qualité de vie d'une personne. Un QALY représente une année de vie en bonne santé.

- Etudes coût-conséquence : les effets positifs sont quantifiés dans une métrique propre à la dimension considérée. Le modèle SPHeP de l'OCDE permet de conduire ce genre d'analyse qui restitue les effets sanitaires (maladies évitées) de l'intervention ainsi que les bénéfices économiques induits par ces effets sanitaires : réduction des dépenses de santé, mais aussi accroissement de la population active et de la productivité.
- Etudes coût-bénéfice : l'ensemble des effets sont exprimés en valeur monétaire.

Plusieurs modèles permettent d'évaluer la rentabilité des politiques de prévention et de promotion de la santé, notamment le modèle SPHeP de l'Organisation de coopération et de développement économiques, les travaux du Washington State Institute for Public Policy, ainsi que les approches fondées sur l'estimation des dépenses évitées, mobilisées en particulier par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie dans les rapports Charges et Produits. Ces approches présentent toutefois plusieurs limites et difficultés, notamment la complexité de l'identification causale des effets, le choix de l'horizon temporel pertinent, ainsi que l'absence fréquente de prise en compte des coûts médicaux non directement liés à l'intervention, ce qui peut conduire à surestimer les économies générées dès lors que la prévention prolonge la durée de vie et, par conséquent, la consommation de soins.

Si ces évaluations offrent un éclairage précieux sur le retour sur investissement des actions de prévention et permettent de réaffirmer qu'elles contribuent à la maîtrise des dépenses de santé, elles restent soumises à plusieurs limites méthodologiques²⁶. Afin de renforcer ses analyses, la Caisse nationale de l'Assurance maladie s'appuie cette année sur les analyses du modèle de microsimulation SPHeP de l'OCDE grâce à un partenariat constitué dans le cadre de l'élaboration de ce rapport.

Sept interventions de prévention évaluées à l'horizon 2050 grâce au modèle SPHeP de l'OCDE

Cette sous-partie s'appuie sur le rapport publié par l'OCDE, disponible en ligne sur le site de l'organisation : OCDE (2026), "Prévention des maladies chroniques en France : impacts sanitaires et économiques à long terme", Éditions OCDE, https://www.oecd.org/fr/publications/els-etudes-de-cas_3d36ce8e-fr/prevention-des-maladies-chroniques-en-france-impacts-sanitaires-et-economiques-a-long-terme_f72beff6-fr.html

Il s'agit d'une adaptation d'une œuvre originale de l'OCDE. Les opinions exprimées et les arguments utilisés dans cette adaptation ne doivent pas être rapportés comme représentant les vues officielles de l'OCDE ou de ses pays Membres.

L'OCDE a réalisé une étude de cas sur sept interventions de prévention efficaces pour mesurer l'impact de leur déploiement à l'échelle nationale en France sur la période 2026-50²⁷. Plus spécifiquement, l'étude poursuit deux objectifs complémentaires : mesurer l'impact de la montée en charge des interventions sur la santé de la population française (mortalité prématurée évitée, maladies évitées, années de vie gagnées corrigées des incapacités) et leur impact économique (dépenses de santé, gains de productivité) et évaluer leur efficience, c'est-à-dire le rapport entre les coûts engagés et les bénéfices sanitaires attendus.

L'analyse repose sur le modèle de micro-simulation de l'OCDE *Strategic Public Health Planning for Non-Communicable Diseases* (SPHeP-NCD), un outil avancé de modélisation d'aide à la planification stratégique des politiques de santé publique. Le modèle SPHeP-NCD permet d'évaluer l'efficacité et l'efficience des politiques de prévention en projetant leurs effets sanitaires et économiques au niveau populationnel jusqu'en 2050²⁸. Les résultats sont estimés par comparaison avec un scénario de référence supposant le maintien des conditions observées à l'année de base (2026) tout au long de la période de simulation jusqu'à 2050. La comparaison entre le scénario de référence et le scénario de montée en charge des politiques permet ainsi d'estimer les effets attendus d'un déploiement à grande échelle d'ici 2050.

Les sept interventions s'inscrivent dans quatre domaines prioritaires identifiés par l'Assurance Maladie dans le rapport C&P pour 2026 : l'alimentation, la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires en soins primaires ainsi que la prévention en milieu scolaire et en milieu professionnel. Elles ont été sélectionnées car elles présentent des preuves d'efficacité et ont pour la plupart été identifiées comme faisant partie des meilleures pratiques en santé publique par l'OCDE²⁹.

²⁶ Renvoi aux rapports précédents

²⁷ OCDE (2026), "Prévention des maladies chroniques en France : impacts sanitaires et économiques à long terme", Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd.org/fr/publications/els-etudes-de-cas_3d36ce8e-fr/prevention-des-maladies-chroniques-en-france-impacts-sanitaires-et-economiques-a-long-terme_f72beff6-fr.html

²⁸ OECD (2019), Modelling the burden of disease, OECD, Paris, http://oecdpublichealthexplorer.org/ncd-doc/_2_1_Modelling_Principles.html, Guignard, R. et al. (2024), "Évaluation sanitaire et économique de Mois Sans Tabac : un retour sur investissement positif", Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire 22, pp. 492-498, http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/22/2024_22_1.html.

²⁹ Nutriscore (version volontaire) et Prescription de l'activité physique : accessible [ici](#). Conseils sur la consommation d'alcool en soins primaires et Intervention brève au travail sur la consommation d'alcool : accessible [ici](#) (chapitre 7). Programmes visant à réduire la sédentarité au travail et Programmes de bien-être au travail : accessible [ici](#) (chapitre 6).

Tableau 8 Les sept interventions évaluées

Domaine	Description des interventions
Alimentation	Déploiement obligatoire du Nutri-Score : système d'étiquetage nutritionnel apposé sur l'avant des emballages alimentaires destiné à informer les consommateurs sur la qualité nutritionnelle des produits et encourager des choix plus sains (OECD, 2022).
Prévention des facteurs de risque cardiovasculaires en soins primaires	Prescription de l'activité physique : dispositif dans lequel des professionnels de santé prescrivent de l'activité physique adaptée à l'état de santé et aux préférences des patients. Le dispositif comprend le remboursement de la prescription médicale mais pas les coûts liés à la pratique de l'activité physique elle-même (OECD, 2022). Programme d'amélioration des modes de vie pour les patients ayant un diabète type 2 : programme de soutien combinant conseils en nutrition et activité physique et accompagnement médical visant à favoriser la rémission du diabète de type 2 et réduire le recours aux traitements hypoglycémifiants, inspiré du programme néerlandais <i>Reverse Diabetes 2 Now</i> (Care4Diabetes, 2023) (OECD, Forthcoming).
Prévention de santé mentale en milieu scolaire	Programme de santé mentale en milieu scolaire : programmes éducatifs sur la thématique de la santé mentale adressés à des enfants de 8 à 18 ans et dispensés par des enseignants formés. Ils comprennent dix séances fondées sur une pédagogie active inspirée de la thérapie cognitivo-comportementale. Les séances incluent des leçons structurées, des discussions de groupe et des activités ciblées visant à renforcer les capacités sociales, émotionnelles et cognitives des élèves, notamment en matière de la résilience, la résolution de problèmes, de communication et de capacités d'adaptation (OECD, 2026).
Prévention en entreprise	Programmes de réduction de la sédentarité au travail : initiative visant à diminuer le temps passé assis grâce à la mise à disposition de bureaux réglables en hauteur et de postes de travail actifs (bureaux installés sur un tapis de marche) (OECD, 2019). Programmes de bien-être au travail : mesures visant à améliorer la santé et promouvoir des modes de vie plus sains, combinant outils d'évaluation des risques pour la santé des employés, dispositifs d'auto-assistance, consultations téléphoniques individuelles, formations et activités collectives. Ces programmes peuvent inclure la diffusion de messages éducatifs, la promotion de l'usage des escaliers, l'amélioration de l'offre alimentaire au travail, des incitations financières³⁰ ou des mesures visant à faciliter l'accès à des infrastructures sportives (OECD, 2019). Intervention brève au travail visant à réduire la consommation d'alcool : dépistage en entreprise, suivi d'une consultation médicale brève pour les employés identifiés à risque, puis d'une évaluation dix mois après l'entrée dans le programme (OECD, 2021).

Source : OCDE (2026), "Prévention des maladies chroniques en France : impacts sanitaires et économiques à long terme", Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd.org/fr/publications/els-etudes-de-cas_3d36ce8e-fr/prevention-des-maladies-chroniques-en-france-impacts-sanitaires-et-economiques-a-long-terme_f72beff6-fr.html

Ces interventions se distinguent par leur niveau d'efficacité, la durée des effets, le taux d'exposition (c'est-à-dire la part des individus effectivement bénéficiaires de l'intervention, exprimé en proportion de la population cible et en proportion de la population totale), et le coût de mise en œuvre (

Tableau 9 : Paramètres de modélisation des interventions). Ces paramètres constituent la base de l'évaluation.

³⁰ Concernent environ 30% des programmes. Les incitations prennent le plus souvent la forme de remboursements liés à la participation au programme, mais elles incluent également le remboursement de versements initiaux effectués avant la participation. Dans certains cas, cela pouvait impliquer qu'un employeur retienne une faible part de la rémunération des salariés jusqu'à leur participation au programme.

Tableau 9 : Paramètres de modélisation des interventions

Interventions	Efficacité	Durée de l'efficacité	Population cible – définition	Hypothèse de déploiement de l'intervention	Taux d'exposition (% de la population exposée à l'intervention)	Coût de mise en œuvre
Prescription de l'activité physique	Diminution de l'IMC : -0,4 kg/m ² Augmentation activité physique : +636 MET ³¹ -min/semaine	18 mois. Efficacité maximale à 6 mois, maintenue jusqu'à 12 mois, puis diminution les 6 mois suivants	Adultes de 18 ans et plus, inactifs ou faiblement actifs et qui sont soit obèses (IMC > 30) ou ayant une maladie chronique et en surpoids (IMC > 25)	Part de la population cible recevant le programme augmente de 0 à 12%, avec un taux d'abandon de 50%	12,0% de la population cible (représentant 0,9% de la population totale)	1,12 EUR par habitant
Programme d'amélioration des modes de vie pour les patients ayant un diabète de type 2	Diminution de l'IMC : -2,36 kg/m ² Augmentation de la qualité de vie : +2,7% Réduction de dépenses de médicaments : -0.3%	5 ans. Efficacité maximale à 6 mois, maintenue jusqu'à la 4 ^{ème} année, et réduite la dernière année	Adultes de 18-80 ans ayant un diabète de type 2 et sans autre comorbidité	Part de la population cible recevant le programme augmente de 0 à 3,6%	3,6% de la population cible (soit 0.1% de la population totale)	1,26 EUR par habitant
Programme de santé mentale en milieu scolaire	Réduction de 0,41 points sur l'échelle du PHQ-8, et de 1,12 points sur l'échelle du GAD-7.	12 mois. Efficacité maximale à 6 mois, puis diminution les 6 mois suivants	Enfants de 8 à 18 ans	Part des enfants recevant le programme augmente de 8% à 90%	67,5% de la population cible (soit 7.3% de la population totale)	2,61 EUR par habitant
Réduction de la sédentarité au travail	Réduction de 72,78 min de la sédentarité pour une journée de travail de 8h	Maintenue. Efficacité maximale à 12 mois, puis maintenue jusqu'au départ à la retraite ou au chômage.	Adultes de 18-65 ans travaillant dans de grandes entreprises	Part des entreprises proposant le programme augmente de 32% à 70%	23,8% de la population cible (soit 2.7% de la population totale)	1,92 EUR par habitant
Programme de bien-être au travail	Diminution de l'IMC : Avant 12 mois : -0,64 kg/m ² Entre 12 et 24 mois : -0,16 kg/m ²	36 mois. Efficacité maximale à 12 mois, maintenue sur les 12 mois suivants, et réduite la dernière année.	Adultes de 18-65 ans travaillant dans de grandes entreprises	Part des entreprises proposant le programme augmente de 27% à 70%	23,8% de la population cible (soit 8.2% de la population totale)	1,59 EUR par habitant
Intervention brève au travail sur la consommation d'alcool à risque	Réduction de la consommation d'alcool de 41 grammes par semaine	5 ans. Efficacité maximale à 12 mois, maintenue jusqu'à la 4 ^{ème} année, et réduite la dernière année.	Adultes de 18-65 ans travaillant dans de grandes entreprises	Part des entreprises proposant le programme augmente de 36% à 70%	8,6% de la population cible (soit 0.3% de la population totale)	0,16 EUR par habitant
Nutri-Score obligatoire	Réduction de l'apport calorique de 1,56%	Maintenue. Efficacité maximale à 2 ans, maintenue par la suite.	Population entière	Part des produits transformés étiquetés augmente de 55% à 100%	73,0% de la population cible (soit 73.0% de la population totale)	0,03 EUR par habitant

³¹ Metabolic equivalent of task (MET) : unité de mesure qui quantifie l'intensité d'une activité physique en comparant sa dépense énergétique à celle du repos, standardisée à 3,5 mL d'oxygène par kg par minute. 1,0 MET correspond au niveau de dépense énergétique au repos, assis sur une chaise. Les activités entre 3 à 6 Mets correspondent à des activités d'intensité modérée, celles supérieures à 6 MET sont considérées comme intenses.

Note : IMC : Indice de masse corporelle ; MET : Metabolic Equivalent Task ; MET-minutes est une mesure d'intensité d'une activité physique ; PHQ-8 (Patient Health Questionnaire-8 items) échelle de mesure des symptômes dépressifs ; GAD-7 (Generalised Anxiety Disorder-7 items) échelle de mesure de la sévérité du trouble d'anxiété.

Source : Élaboration de l'OCDE, OCDE (2026), "Prévention des maladies chroniques en France : impacts sanitaires et économiques à long terme", Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd.org/fr/publications/els-etudes-de-cas_3d36ce8e-fr/prevention-des-maladies-chroniques-en-france-impacts-sanitaires-et-economiques-a-long-terme_f72beff6-fr.html.

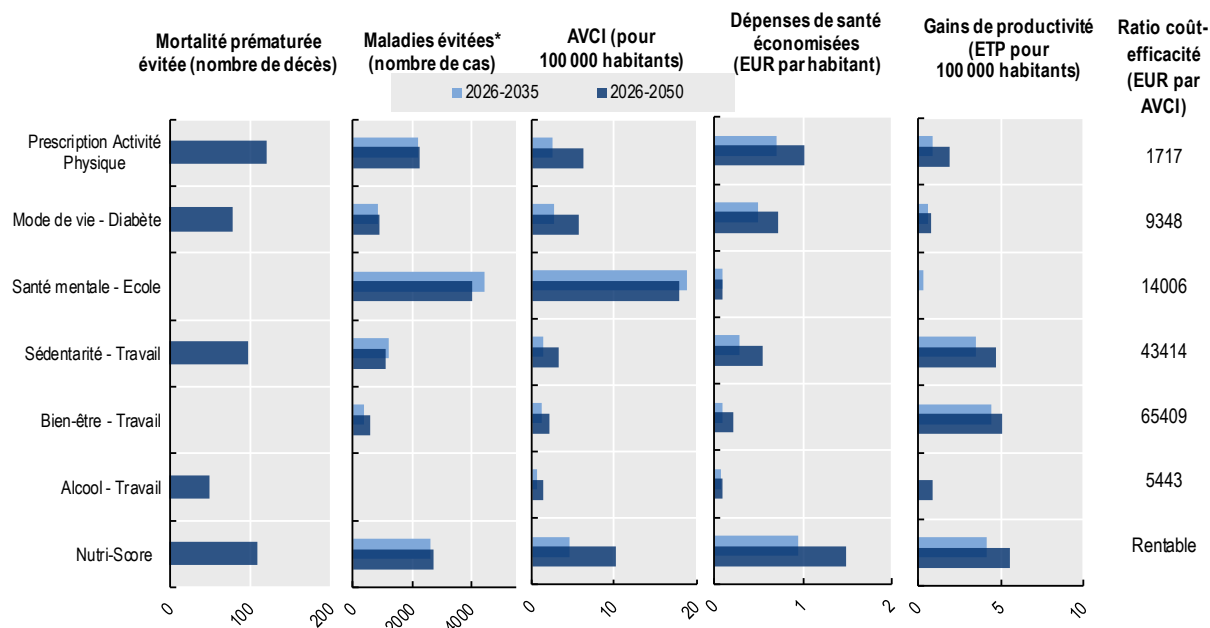
Des actions complémentaires pour des bénéfices sanitaires et économiques importants

Déployées à l'échelle nationale sur la période 2026-50, les sept interventions étudiées pourraient générer des bénéfices sanitaires et économiques importants. Elles contribueraient à réduire la mortalité prématurée, prévenir l'apparition précoce des maladies chroniques, accroître les années de vies corrigées de l'incapacité (AVCI, indicateur des années de vie en bonne santé)³², contenir les dépenses de santé, et à augmenter la productivité des travailleurs. Les effets seraient visibles dès les dix premières années (période 2026-35) et s'amplifieraient dans la majorité des cas à mesure que les interventions bénéficient de différentes cohortes et que leurs effets se matérialisent avec le vieillissement, via la prévention des maladies.

Les écarts d'impact observés entre les interventions reflètent non seulement des différences d'efficacité et de modalité de déploiement, mais aussi des niveaux d'exposition variables au sein de la population. Le taux d'exposition varie fortement, allant de 0,1 % de la population totale pour le programme d'amélioration des modes de vie destiné aux personnes atteintes de diabète de type 2, à près de 73 % pour le déploiement obligatoire du Nutri Score (

Tableau 9).

Figure 18 : Bénéfices sanitaires et économiques annuels des sept interventions, 2026-2035 et 2026-2050 (moyennes annuelles)



Note : AVCI : années de vie corrigées de l'incapacité. ETP : Équivalent temps plein. Mortalité prématurée avant 75 ans. (*) Les maladies évitées comprennent les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et la dépression. Certaines interventions, par exemple les conseils sur la consommation d'alcool, ont des effets sur d'autres maladies chroniques non présentées dans ce graphique.

Source : OCDE (2026), "Prévention des maladies chroniques en France : impacts sanitaires et économiques à long terme", Éditions OCDE, Paris, https://www.oecd.org/fr/publications/els-etudes-de-cas_3d36ce8e-fr/prevention-des-maladies-chroniques-en-france-impacts-sanitaires-et-economiques-a-long-terme_f72beff6-fr.html

³² L'indicateur le plus utilisé pour mesurer l'impact des maladies est le DALY (Disability-Adjusted Life Year), aussi appelé ACVI (Année de Vie Corrigée de l'Invalidité). Il quantifie les années de vie perdues, que ce soit par mortalité prématurée ou par incapacité. Le DALY se compose de deux éléments : les années de vie perdues (YLL, Years of Life Lost), calculées en comparant l'âge du décès à l'espérance de vie selon l'âge et le sexe, et les années vécues avec une incapacité (YLD, Years Lost due to Disability), ajustées par un coefficient d'incapacité (DW) allant de 0 (bonne santé) à 1 (décès). En additionnant ces deux composantes, le DALY offre une mesure unique du fardeau global des maladies, intégrant à la fois mortalité et morbidité.

Le Nutri-Score obligatoire est une intervention à fort impact car elle permet de retarder l'entrée dans la maladie chronique, de réduire les dépenses de santé associées et d'augmenter la productivité. Sur la période 2026-2050, cette mesure permettrait un gain de 10 années de vie en bonne santé pour 100 000 habitants par an. Les économies annuelles sur les dépenses de santé s'élèveraient à 1,5 euros par habitant en moyenne sur la période 2026-2050. L'intervention permet par ailleurs un gain annuel de 5 ETP pour 100 000 habitants. Prenant en compte le coût peu élevé du déploiement de l'intervention, les économies sur les dépenses de santé et les gains en années de vie en bonne santé sur la période 2026-50, le Nutri-Score présente un rapport coût-efficacité très favorable car les coûts engagés sont compensés par les économies réalisées sur les dépenses de santé à long terme.

Sur le plan économique, la réduction des dépenses de santé est particulièrement notable pour les interventions sur les facteurs de risques cardiovasculaires en soins primaires. Le programme d'amélioration des modes de vie et la prescription de l'activité physique pourraient générer respectivement 0,7 euro et 1 euro d'économies annuelles par habitant (période 2026-2050). En ciblant des personnes à risque voire à haut risque, ces actions permettent d'éviter une partie des dépenses de soins associées à une trajectoire de maladie chronique dont la survenue est très probable en l'absence de modification des modes de vie.

Sur le plan sanitaire, l'impact est le plus marqué pour les programmes de santé mentale en milieu scolaire avec 4 034 cas de maladies chroniques évités chaque année et 18 années de vie en bonne santé gagnées pour 100 000 habitants pour chaque année (période 2026-2050). Les bénéfices apparaissent plus précocement pour les interventions de santé mentale en milieu scolaire dès la période 2026-2035 car celles-ci agissent sur des troubles dont l'apparition est souvent précoce et améliorent rapidement la qualité de vie et le fonctionnement quotidien des élèves contrairement à d'autres interventions dont les effets sur la morbidité chronique ou la mortalité ne deviennent visibles qu'à plus long terme.

Grâce à l'amélioration de l'état de santé de la population, la participation au marché du travail et la productivité des travailleurs augmenteraient. Les gains de productivité – mesurés en termes de taux d'emploi, d'absentéisme, de présentéisme et de recours à la retraite anticipée – seraient les plus marqués pour les interventions ciblant le bien-être et la sédentarité au travail, et le NutriScore- obligatoire, dans la mesure où elles concernent principalement la population en âge de travailler. Pour ces interventions, les effets varient entre 5 et 8 équivalents temps plein pour 100 000 personnes en âge de travailler. Ces résultats montrent les bénéfices partagés de la prévention en entreprise, y compris pour le marché du travail. C'est dans ce sens que le rapport Charges et Produits pour 2026 appelle à renforcer l'implication des entreprises dans le champ de la prévention en santé. De premiers travaux ont été engagés par l'Assurance Maladie afin de recenser les actions de prévention de la santé menées par les entreprises et d'identifier la manière dont l'Assurance Maladie pourrait intervenir en complémentarité de leurs actions.

Cette étude comporte néanmoins des limites. L'estimation repose sur des hypothèses, détaillées dans le Tableau 9, fondées sur les données internationales disponibles concernant l'efficacité des interventions, la durée des effets et le niveau d'exposition de la population. Ces données proviennent rarement d'études de suivi à long terme, ce qui limite la capacité à apprécier la persistance des effets dans le temps. Malgré ces limites, les résultats obtenus constituent un outil stratégique pour éclairer les choix de politique en matière de santé publique.

Les sept interventions évaluées génèrent des bénéfices sanitaires et économiques importants sur la période 2026-2050. Ces interventions ne se substituent pas les unes aux autres et leurs effets peuvent être combinés ; elles sont complémentaires et agissent à des moments différents du parcours de vie, sur des déterminants et des facteurs de risque variés, avec pour objectif commun l'amélioration des modes de vie. Ces résultats montrent qu'une stratégie cohérente de prévention peut simultanément améliorer l'état de santé de la population, ralentir la progression des maladies chroniques et contribuer à la soutenabilité du système de santé.

2.2 Décliner les priorités de prévention à tous les moments de la vie

Au regard des constats posés par l'analyse de l'OCDE et notamment la complémentarité des interventions, il semble nécessaire d'agir à la fois sur les populations les plus jeunes et plus tard dans la vie chez les personnes à risque de maladies cardiovasculaires et associées.

C'est en effet chez les enfants et les jeunes que les bénéfices sanitaires des interventions sont les plus importants. Investir dans la prévention auprès cette population, notamment dans les actions sur les facteurs de risque comportementaux et le dépistage d'un ensemble de troubles qui s'installent tôt, peut permettre d'infléchir le plus tôt possible les trajectoires défavorables et de favoriser une entrée dans la vie adulte en bonne santé.

En parallèle, poursuivre le déploiement de dispositifs de prévention primaire, secondaire et tertiaire des maladies cardiovasculaires et associées afin de retarder l'entrée dans la maladie chronique et de réduire les dépenses de santé associées est un levier fort de soutenabilité pour le système de santé. Cet axe s'inscrit dans la continuité des actions conduites depuis plusieurs années par l'Assurance Maladie.

Au-delà des actions visant l'information, le dépistage et l'accompagnement des personnes, il est également important d'agir sur les environnements qui façonnent les comportements, notamment en matière d'alimentation.

2.2.1 Le repérage précoce des troubles visuels et du langage chez l'enfant : un enjeu de santé publique et de réduction des inégalités en santé

Les inégalités de santé apparaissent avant l'âge de 6 ans³³ au regard des facteurs de risque et des principaux déterminants en santé tels que l'alimentation, la sédentarité, l'exposition au tabac, l'usage des écrans ou encore, l'absence de détection précoce des troubles de santé affectant le bon développement de l'enfant.

Dans le cadre de son virage préventif, l'Assurance Maladie renforce de ce fait depuis plusieurs années ses actions de prévention et de promotion de la santé auprès des jeunes enfants et de leurs familles, notamment dans le cadre scolaire, par l'adoption d'une convention cadre de partenariat avec l'Education nationale en 2019 renouvelée en 2025.

L'engagement de l'Assurance Maladie dans la prévention des troubles visuels et du langage à l'école

Depuis septembre 2021, l'Assurance Maladie déploie à titre expérimental dans certaines écoles des actions de prévention des troubles visuels et du langage pour les enfants de petite section de maternelle. En effet, ces troubles sont fréquents chez les enfants (7 à 8% des enfants présentent des troubles du langage et de la communication³⁴ ; 20% enfants présentent des troubles de la vue³⁵). Détectés tôt, ces troubles peuvent, pour la plupart, être atténués voire corrigés.

Ces actions sont proposées aux élèves qui ne bénéficient pas actuellement d'un bilan de santé proposé par la PMI³⁶ en maternelle, et réalisées en collaboration avec l'Education nationale, les représentants des professionnels de santé libéraux³⁷ et en concertation avec les services départementaux de la protection maternelle et infantile (PMI). Ces actions sont proposées aux enfants grâce à la mobilisation de professionnels de santé libéraux conventionnés (orthophonistes et orthoptistes) avec lesquels l'Assurance Maladie contractualise. Les parents sont informés de ces actions et doivent renseigner une autorisation parentale afin que leur enfant puisse en bénéficier.

Sur l'année scolaire 2024/2025 (4^{ème} année de mise en œuvre), 43 départements ont déployé cette action. 18 100 enfants ont bénéficié d'une action de repérage des troubles visuels et 11 200 enfants d'une action de repérage des troubles du langage. Pour chacun des deux dépistages, un quart des enfants ont été repérés avec un trouble et orientés vers un professionnel de santé en ville pour un diagnostic. Près de 400 orthoptistes et 400 orthophonistes libéraux ont participé à ces actions. Sur l'année scolaire 2025/2026, l'action a été étendue à 60 départements avec 36 000 enfants ciblés sur l'action de prévention des troubles visuels et 33 000 enfants pour l'action de prévention des troubles du langage et de la communication. Un an après le repérage d'un trouble³⁸ :

- 74% des enfants repérés avec un trouble visuel ont consulté un médecin³⁹, près de 60% ont bénéficié de soins à la suite du dépistage (ophtalmologistes, orthoptistes ou achat de verres correcteurs)
- 86% des enfants repérés avec un trouble du langage ont consulté un médecin, plus de 60% ont bénéficié de soins à la suite du dépistage (orthophonistes, chirurgiens-dentistes ou ORL).

Par ailleurs, il est constaté une corrélation inverse et significative entre les taux d'anomalies observés dans les écoles et leurs niveaux d'Indice de Position Sociale (IPS)⁴⁰ : plus l'IPS de l'école est faible (et donc le niveau social des familles de l'école est bas), plus le taux d'anomalies observé est élevé. Ce lien est plus fort sur le dépistage langage que sur le dépistage visuel.

33 Gaini et al, Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance, 2020, France-portrait social, INSEE

34 Norbury et al. (2016), Maillart (2022)

35 Guide DGS 2009, Dépistage des troubles visuels chez l'enfant

36 75% des enfants bénéficieraient d'un bilan de santé en maternelle par la PMI en 2024. https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/4041_la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/information

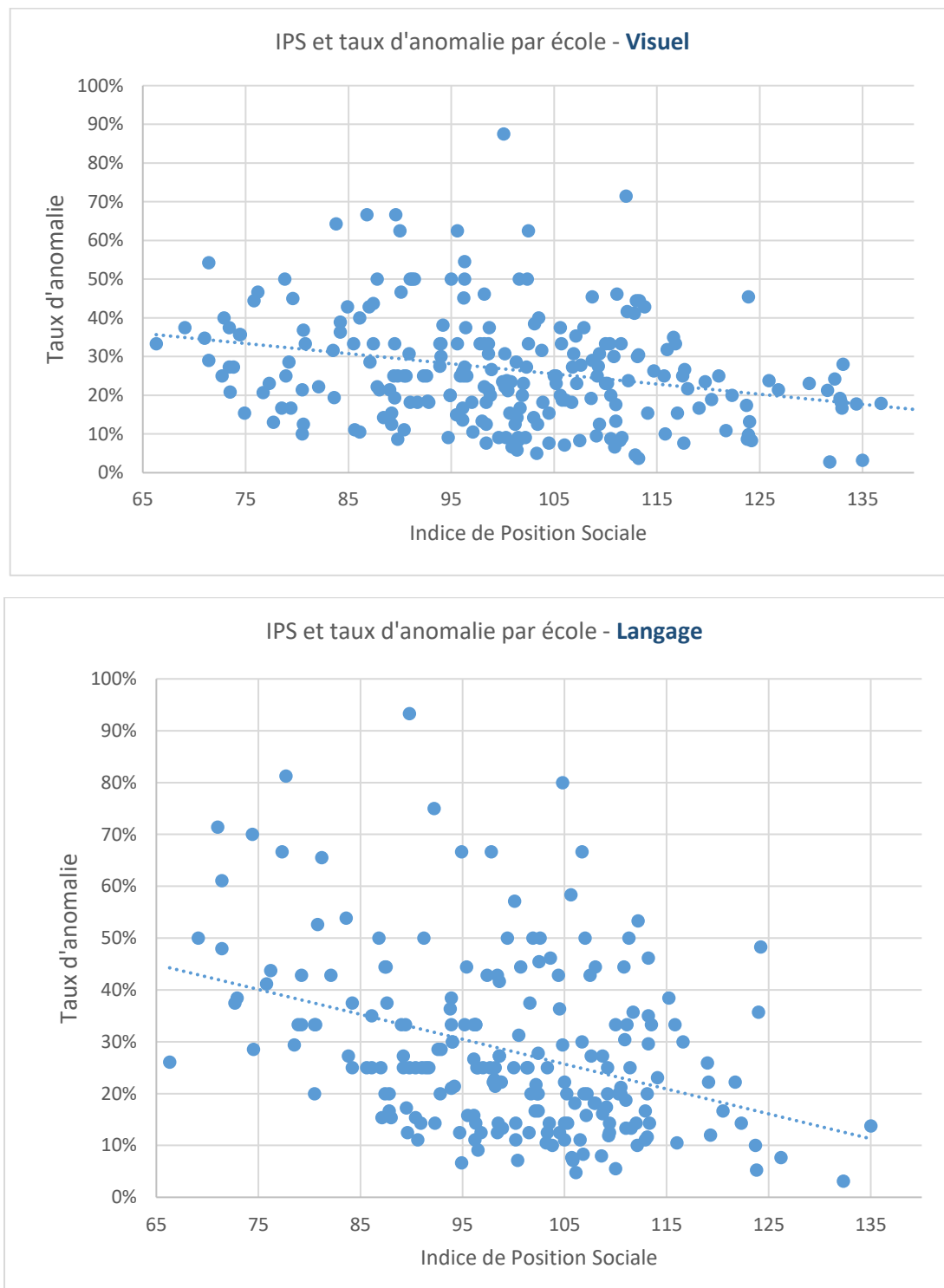
37 Avenants 16 et 21 à la convention nationale des orthophonistes et avenant 12 à la convention nationale des orthoptistes

38 Source Cnam (Erasmus), Analyse de la consommation des soins de 500 enfants repérés avec un trouble de langage et 710 enfants repérés avec un trouble visuel (année scolaire 2023/2024)

39 Médecin ou pédiatre ou PMI

40 L'indice de position sociale (IPS) des écoles permet d'appréhender la situation sociale des élèves à partir des catégories sociales de leurs parents.

Figure 19 : Analyses de la corrélation entre le taux d'anomalie observé et l'indice de position sociale (IPS) des écoles



IPS : L'indice de position sociale (IPS) des écoles permet d'appréhender la situation sociale des élèves à partir des catégories sociales de leurs parents.

Sources : taux d'anomalies issus des données de la plateforme dépistages scolaires de l'assurance maladie sur l'année scolaire 2024/2025 et IPS des établissements scolaires : <https://data.education.gouv.fr/explore/assets/fr-en-ips-ecoles-ap2022/>

Les perspectives de développement des actions de prévention des troubles visuels et du langage à l'école

La feuille de route de gouvernement sur la santé de l'enfant 2024/2030 a inscrit l'objectif d'atteindre 100% des enfants bénéficiant d'un dépistage visuel et du langage en maternelle, grâce à la contribution des différents acteurs engagés.

L'Assurance Maladie souhaite ainsi pérenniser et renforcer ses interventions auprès des enfants à l'école maternelle. A cette fin et pour faciliter la montée en charge du dispositif et garantir aux enfants une équité d'accès à ces bilans sur le territoire, l'Assurance Maladie propose que soit traduit dans la loi son intervention sur ces dépistages, en subsidiarité des PMI. Cette évolution législative rendra possible la réalisation des dépistages, sur information des parents, sans recueil préalable de leur accord, qui constitue aujourd'hui un frein majeur à l'accès au dépistage et aux soins consécutifs pour les populations les plus vulnérables (notamment allophones).

Encadré 5 : Le contenu des actions de prévention des troubles visuels et du langage déployées par l'Assurance Maladie à l'école

1. Une séance de sensibilisation des parents et des enseignants à la prévention des troubles visuels et du langage

- Pour les parents, sensibilisation aux différentes étapes du développement du langage, de la communication et de la vision chez l'enfant de 3 ans à 4 ans, aux conseils pour accompagner son enfant, aux signes d'alerte d'un développement atypique ou retardé, aux conséquences de ces troubles pour l'enfant (sensibilisation menée par des orthophonistes et des orthoptistes) ;
- Pour les enseignants, la séance aborde en plus la formation à l'utilisation d'un questionnaire de repérage des troubles du langage et de la communication⁴¹.

2. Une action de repérage des troubles de santé à l'école

- Le repérage des troubles du langage et de la communication est initié par les enseignants après une période d'observation de l'enfant en classe via le remplissage d'un questionnaire de détection⁴² qui est analysé en différé par un orthophoniste ;
- Le repérage des troubles visuels est réalisé à l'école par un orthoptiste sur le temps scolaire pour détecter les principaux troubles de la vision chez l'enfant.

En cas de repérage d'un trouble, la famille est invitée à consulter un professionnel de santé pour un nouvel examen plus approfondi permettant de poser un diagnostic et ainsi de confirmer ou d'infirmer l'anomalie repérée chez l'enfant à l'école.

3. Un suivi personnalisé des enfants repérés avec un trouble de santé est assuré par l'Assurance Maladie pour s'assurer du recours aux soins de l'enfant à la suite de l'action de repérage et ainsi de la prise en charge des troubles repérés (suivi de la consommation des soins de l'enfant et relances des familles si l'enfant n'a pas consulté de professionnel de santé).



41 la sensibilisation des enseignants a lieu en présentiel ou en e-learning. Il s'agit du premier e-learning de l'assurance maladie à destination d'un public externe, les enseignants (co-construit avec la Fédération Nationale des orthophonistes).

42 Questionnaire DPL 3 , F.Coquet, B. Maetz, OrthoEdition

2.2.2 Santé mentale des jeunes : innover pour détecter tôt et agir rapidement

Le rapport Charges et Produits pour 2026 appelait à développer une approche graduée de la prise en charge en santé mentale, afin de renforcer la prévention et la prise en charge précoce en soins primaires dans un contexte marqué par une concentration des prises en charge en psychiatrie. Ce chapitre est spécifiquement centré sur les jeunes, population prioritaire en matière de santé mentale, pour laquelle les enjeux de repérage et d'intervention précoces sont particulièrement déterminants. Il est fondé sur une actualisation de l'étude relative aux délivrances de psychotropes ainsi que sur les résultats prometteurs des expérimentations menées dans le cadre de l'article 51 et met en lumière plusieurs pistes d'action pour renforcer le dépistage et la prise en charge la plus précoce des troubles de santé mentale chez les jeunes, en prévention primaire (prévention et promotion de la santé en population générale), secondaire (soins de premier recours) et tertiaire (soins de deuxième recours).

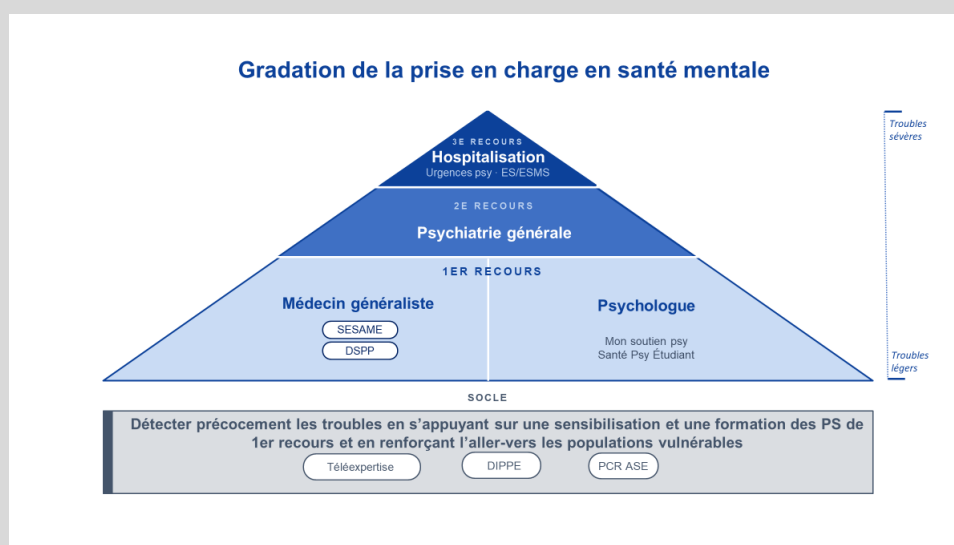
Encadré 6 : Une approche graduée de la prise en charge en santé mentale

La détérioration de la santé mentale est un défi majeur au système de santé. L'Assurance maladie souhaite, dans le prolongement de son rapport précédent, souligner une nouvelle fois l'enjeu que représente la coordination entre le premier et le second recours dans un contexte de tensions importantes sur l'offre de soins.

Les prises en charge en matière de santé mentale sont aujourd'hui encore trop fortement marquées par :

- Une incapacité à orienter dès les premiers signes du trouble limitant les capacités d'intervention précoce en matière de santé mentale en raison d'un manque de formation et de connaissance des différents professionnels de santé impliqués dans le parcours de soins ;
- Une illisibilité des différents dispositifs de prise en charge provoquant une approche en silo et résultant d'un manque de coordination et de structuration de l'offre de soins en matière de santé mentale au niveau territorial ;

Face à ces constats, le rapport charges et Produits pour 2026 appelait à une meilleure gradation et coordination de la prise en charge en santé mentale.

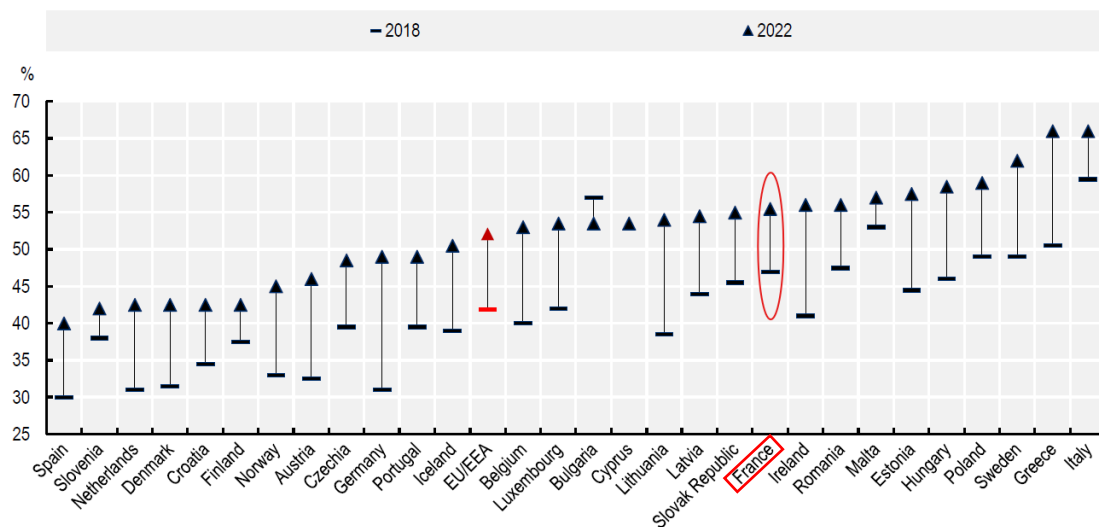


Une meilleure gradation des soins en matière de santé mentale est nécessaire à la continuité des soins entre repérage et interventions. Elle doit permettre aux professionnels de premier recours, et notamment au médecin traitant, de rester au centre de la prise en charge en s'appuyant sur de nouveaux dispositifs (i.e. : SESAME et DSPP) et en ayant la possibilité de recourir à un avis spécialisé ou d'orienter vers une filière structurée en cas de situation plus exceptionnelle.

Une santé mentale des jeunes qui continue de se dégrader

Le bien-être mental des enfants et des jeunes connaît une détérioration nette depuis plusieurs années, particulièrement depuis la pandémie de COVID-19. La proportion d'enfants et d'adolescents déclarant plusieurs troubles de santé — souvent utilisée comme indicateur du bien-être global — a augmenté dans presque l'ensemble des pays de l'Union Européenne. Les problèmes de santé les plus répandus sont ceux souvent liés à la santé mentale (nervosité, irritabilité, difficultés à s'endormir ou déprime), pour les filles comme pour les garçons. La France se situe au-dessus de la moyenne européenne avec environ 55% des adolescents de 15 ans déclarant des problèmes de santé multiples (Figure 20).

Figure 20 Part des adolescents de 15 ans déclarant des problèmes de santé multiples, 2018 et 2022



Note de lecture : L'indicateur sur les problèmes de santé multiples (deux ou plus, plus d'une fois par semaine) est fondé sur les symptômes suivants ressentis dans les six derniers mois : maux de tête, d'estomac ou de dos, déprime, irritabilité ou mauvaise humeur, nervosité, difficultés à s'endormir, vertiges. Il est utilisé comme proxy du bien-être

Source : Health Behaviour in School-based Children (HBSC) Data Browser, <https://data-browser.hbsc.org/>

Le suicide représente la troisième cause de décès des 15-29 ans en 2021⁴³ en France et l'importante progression des pensées suicidaires, surtout chez les plus jeunes (18-24 ans), est un indicateur préoccupant⁴⁴. L'enquête ESCAPAD de l'Observatoire Français des Drogues et des Tendances addictives a interrogé en mars 2022 un échantillon représentatif de 23 701 filles et garçons âgés en moyenne de 17,4 ans. Parmi eux, 3,3% de jeunes avait nécessité une hospitalisation suite à au moins une tentative de suicide (2,9 % en 2017) ; 18% avaient eu des pensées suicidaires au cours de l'année (11,4 % en 2017), avec 24 % pour les filles contre 12,3 % pour les garçons. Le nombre d'hospitalisations en MCO pour gestes auto-infligés (tentatives de suicide et automutilations) augmente et notamment chez les plus jeunes : il a augmenté de 30 % chez les 15-17 ans⁴⁵ entre 2021 et 2024. Cette augmentation est particulièrement concentrée sur les jeunes femmes (15-17 ans) avec une augmentation de 19% des hospitalisations pour tentatives de suicide et automutilations entre 2023 et 2024.

Cette tendance à la dégradation de la santé mentale des jeunes se traduit par la persistance d'une forte consommation de psychotropes, constat déjà posé dans le rapport Charges et Produits pour 2025. L'actualisation de l'étude sur la période 2022-2025 montre une augmentation annuelle moyenne de 5,3% des délivrances de psychotropes chez les 12-25 ans⁴⁶, portant l'effectif à 1,04 million de patients en 2025 contre 792 000 en 2019. Cette dynamique est nettement supérieure à celle observée entre 2015 et 2021 (+1,8% par an). L'évolution globale recouvre des disparités marquées selon la classe d'âge avec une forte hausse pour les plus jeunes— les 12-15 ans enregistrant la progression la plus soutenue (+10,0% par an) — et selon le sexe, avec un rythme légèrement plus élevé chez les garçons (+5,9% par an) que chez les filles (+5,0% par an).

Les psychotropes regroupent les traitements médicamenteux des troubles psychiques. Ils peuvent être scindés en plusieurs catégories : les antidépresseurs qui traitent généralement la dépression, les anxiolytiques qui agissent sur l'anxiété, les hypnotiques qui facilitent le sommeil, les psychostimulants qui stimulent le système nerveux central, et enfin les antipsychotiques (neuroleptiques) qui traitent des états psychotiques.

L'analyse par classe thérapeutique révèle des dynamiques contrastées. Les psychostimulants (TDAH) affichent la progression la plus marquée (+23,7% par an depuis 2022), portant l'effectif à 134 422 patients en 2025, suivis des hypnotiques (+11,5% ; 177 037 patients). Les antidépresseurs et les antipsychotiques progressent à un rythme soutenu mais plus modéré (respectivement +7,3% pour 439 627 patients et +6,6% par an pour 189 970 patients). Les anxiolytiques, classe la plus représentée en volume avec 655 543 patients âgés de 12 à 25 ans en 2025, enregistrent la croissance la plus faible (+2,7% par an entre 2022 et 2025).

Deux constats peuvent être faits : l'augmentation des délivrances d'antidépresseurs et la stagnation des anxiolytiques peuvent relever d'une bonne pratique dans la prise en charge de l'anxiété. De même, l'augmentation de la prescription de psychostimulants peut relever d'un dépistage plus précoce et d'une meilleure prise en charge. En revanche, l'augmentation des antipsychotiques est à considérer comme un marqueur épidémiologique de la gravité des troubles.

⁴³ https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Young_people_-_health#Causes_of_death

⁴⁴ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250604_ER_sante-mentale-etat-des-lieux#main-content

⁴⁵ Source : <https://odisse.santepubliquefrance.fr/explore/dataset/gestes-auto-infliges-hospitalisations-france/information/>

⁴⁶ Nombre de 12-25 ans ayant fait l'objet d'une délivrance de psychotropes pris en charge par l'Assurance Maladie

Des dispositifs de première ligne pour promouvoir le bien-être mental

Développer une approche globale de promotion de la santé mentale dépassant le strict champ sanitaire

La prévention primaire en santé mentale constitue un levier essentiel pour agir en amont des troubles psychiques, en ciblant directement les déterminants qui influencent la santé psychique des jeunes. Dans un contexte de dégradation préoccupante de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes, il apparaît indispensable de développer une approche globale de promotion de la santé mentale pour ralentir, voire inverser, la dégradation actuelle de la santé mentale de la population.

Parmi les principaux déterminants des troubles de santé mentale, les violences subies durant l'enfance occupent une place majeure, avec des conséquences durables sur le développement psychique, émotionnel et social des individus. Les expériences de maltraitance, de négligence, de violences intrafamiliales ou sexuelles augmentent fortement le risque de développer tous les types de troubles (anxieux, dépressifs, addictifs, psychotiques ou troubles du comportement) à l'adolescence et à l'âge adulte. À ces facteurs s'ajoutent la précarité économique et sociale, l'isolement relationnel ainsi que les discriminations, notamment celles liées au genre, à l'orientation sexuelle, à l'origine ou au handicap, qui fragilisent les trajectoires de vie et contribuent à l'aggravation des troubles de santé mentale. Agir sur ces déterminants nécessite une approche transversale mobilisant l'ensemble des politiques publiques — sociales, éducatives, sanitaires, familiales et territoriales.

La promotion des compétences psychosociales dès le plus jeune âge représente également un pilier central de la prévention primaire. Développer chez les enfants et les adolescents des capacités telles que la gestion des émotions, l'empathie, la coopération ou la résolution de conflits permet de renforcer leur capacité à faire face aux difficultés. La formation des jeunes et des personnels éducatifs aux compétences psychosociales constitue un levier particulièrement prometteur.

La lutte contre la solitude et l'isolement des jeunes doit être pleinement intégrée aux politiques de prévention en santé mentale. L'isolement social constitue un facteur de risque majeur de souffrance psychique. Renforcer les démarches d'« aller vers », améliorer le repérage des situations de retrait social, développer la prescription sociale et s'appuyer davantage sur le tissu associatif et les acteurs de proximité permettraient de recréer du lien, de favoriser l'inclusion et de prévenir l'aggravation des difficultés psychiques.

Le numérique et les usages des écrans constituent également un enjeu majeur de prévention. Les usages excessifs ou inadaptés du numérique peuvent avoir des conséquences importantes sur la santé mentale, notamment sur le sommeil, l'attention, l'image de soi ou l'exposition aux violences et au harcèlement en ligne. Il est donc indispensable d'accompagner le développement de ces outils par des actions de sensibilisation au numérique responsable et par un cadre limitant leurs usages par les plus jeunes et garantissant la qualité, l'éthique, la sécurité et l'acceptabilité des outils numériques et des réseaux sociaux. L'Assurance maladie soutient la pleine application et le renforcement des mesures visant à limiter l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans et réaffirme ainsi l'intérêt d'une interdiction d'exposition aux écrans avant trois ans, de l'interdiction des smartphones dans l'enceinte des établissements scolaires, ainsi que de l'instauration d'une limite d'âge et de temps passé sur les réseaux sociaux. Dans cette perspective, les restrictions d'âge, les limitations du temps d'exposition et la réduction de la présence des smartphones à l'école apparaissent comme des leviers susceptibles de favoriser les apprentissages, les interactions sociales en présentiel et le bien-être psychologique des jeunes.

Enfin, une telle politique doit également intégrer des actions en faveur de l'activité physique qui joue également un rôle majeur ainsi que sur les troubles du sommeil aujourd'hui largement répandus chez les jeunes.

Une politique ambitieuse de prévention primaire doit ainsi s'appuyer sur l'ensemble des environnements de vie des jeunes — école, famille, associations, sport, numérique, monde du travail — afin de promouvoir une santé mentale positive tout au long du parcours de vie.

Les formations aux premiers secours en santé mentale

Les premiers secours en santé mentale (PSSM) consistent en des modules de formation pour apprendre à repérer les signes précoces de détresse psychique et à réagir de manière adaptée. Le programme est né en Australie en 2000. Depuis, il s'est diffusé à l'échelle mondiale et est aujourd'hui mis en œuvre dans de nombreux pays et notamment en France par l'association PSSM France.

L'adolescence est une étape charnière qui s'accompagne de profonds bouleversements. C'est aussi une période pendant laquelle les premiers troubles psychiques peuvent émerger sans pour autant être diagnostiqués. Face à ce constat, PSSM France a créé le module de sensibilisation « PSSM ados ». Son objectif : permettre aux adolescents de s'engager dans la prévention en santé mentale, de développer leurs compétences psychosociales pour reconnaître, comprendre et soutenir d'autres élèves en situation de détresse psychique, tout en sachant passer le relais à un adulte de confiance. Depuis le premier semestre 2025, les modules collège et lycée sont testés dans plusieurs établissements scolaires dans l'objectif d'une diffusion plus large à partir de 2027.

L'Assurance Maladie finance depuis 2021 dans tous les territoires, des formations aux premiers secours en santé mentale. Elle propose les modules Standard (pour les adultes) et Jeunes (pour les 11 à 25 ans) à des bénévoles et professionnels en contact avec des jeunes (11 à 25 ans) et aux jeunes eux-mêmes (18 à 25 ans). En 2025, 5 094 personnes ont été formées, et au total 11 774 depuis 2021. L'objectif est d'atteindre 1 million de personnes formées, en France, d'ici 2030.

L'application Mon journal mental⁴⁷, une ressource pour accompagner chacun dans le suivi de sa santé mentale

En parallèle du diagnostic des troubles psychiques, le repérage précoce des troubles liés à la santé mentale réduit l'aggravation et peut permettre la disparition de ces troubles⁴⁸. L'analyse de l'OCDE (voir supra) montre qu'une intervention de prévention primaire en santé mentale visant à renforcer les capacités sociales, émotionnelles et cognitives des élèves peut permettre d'éviter chaque année environ 4 000 cas de maladies chroniques et de gagner 18 années de vie en bonne santé pour 100 000 habitants.

Afin de renforcer la sensibilisation des assurés à leur propre santé mentale, l'Assurance maladie met désormais à disposition de tous l'application Mon journal mental. Mon journal mental est une application gratuite développée par la Fabrique Numérique des Ministères Sociaux. Cet outil numérique permet aux utilisateurs de suivre au quotidien leur état de santé mentale et son évolution. Les données de suivi peuvent être, avec l'accord de la personne concernée, accessibles à l'entourage et aux soignants. Une revue de la littérature réalisée par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie en 2022 a en effet mis en évidence que les outils numériques en santé mentale peuvent améliorer la qualité de la prise en charge en complément du suivi assuré par les soignants⁴⁹.

Mon journal mental est désormais géré par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie qui souhaite en faire un outil central de sensibilisation en l'élargissant à toutes les personnes souhaitant mieux comprendre leur santé mentale, y compris aux jeunes à compter de 15 ans, grâce à de nouvelles ressources pédagogiques (comprendre la santé mentale, reconnaître un mal-être ou identifier un trouble, agir et chercher de l'aide, ainsi qu'une boîte à outils pour soutenir le bien-être au quotidien). Pour les plus jeunes, l'application permettra aux parents d'accompagner leur enfant en remplissant chaque jour les indicateurs choisis pour suivre sa santé mentale.

De nouveaux modèles organisationnels en appui au premier recours

Le rapport Charges et Produits 2026 soulignait la nécessité de renforcer l'accès aux soins de santé mentale en renforçant notamment le premier niveau de prise en charge en lien avec les ressources spécialisées, pour réduire les délais d'attente et favoriser une prise en charge plus précoce des patients. DSPP et SESAME sont deux expérimentations article 51 visant à favoriser, en soutien du médecin généraliste, une prise en charge coordonnée en lien avec des ressources spécialisées. Ces deux expérimentations assurent le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de troubles psychiques légers à sévères fréquents en médecine générale.

DSPP Enfants – Dispositif de soins partagés en psychiatrie

DSPP Enfants est une expérimentation qui s'adresse à des patients âgés de 6 à 18 ans présentant des souffrances psychiques ou des psychopathologies émotionnelles aiguës peu sévères. Le médecin généraliste ou le pédiatre reste le professionnel de référence et bénéficie d'un accès facilité à l'expertise du psychiatre avec l'appui d'une équipe d'orientation et de coordination. Cette équipe, composée d'un coordinateur paramédical, en général un infirmier en pratiques avancées spécialisées en psychiatrie et d'un pédopsychiatre coordinateur, joue un rôle central dans le dispositif. Suite à une demande d'expertise du médecin généraliste ou du pédiatre, cette équipe spécialisée réalise un premier contact avec le médecin adresseur et prépare le dossier qui est ensuite discuté lors d'une réunion clinique. Une orientation est décidée pour un accompagnement par le psychiatre, un psychologue ou vers un autre dispositif. Le psychiatre reçoit le patient en moins de 15 jours et un suivi conjoint avec le médecin généraliste est initié, formalisé par un plan de soins personnalisé et des échanges sécurisés entre les deux médecins. L'expérimentation est également déclinée pour les adultes (DSPP). Cette dernière est en phase transitoire suite à une évaluation positive et un avis favorable du comité technique de l'innovation en santé (CTIS) et du Comité Stratégique de l'innovation en santé (CSIS), avec pour horizon une généralisation dans le droit commun.

⁴⁷ Mon Journal Mental est le nouveau nom de Mon Jardin Mental. Cette nouvelle dénomination sera prochainement mise à jour sur les plateformes de téléchargement.

⁴⁸ <https://www.psycom.org/la-boussole-de-la-sante-mentale/>

⁴⁹ Charlotte Pelletan (Cnam). Renforcer la prise en charge de la santé mentale en soins primaires : quelle efficacité et quels usages des outils numériques ? Comparaisons internationales n° 3. Octobre 2022. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2022-comparaisons-internationales-sante-mentale-outils-num>

SESAME – Soins en Equipe en Santé Mentale

L'expérimentation SESAME arrivera à terme en novembre 2026. Elle propose un soutien à la médecine générale dans la prise en charge des troubles psychiatriques les plus fréquents (troubles dépressifs et anxieux, d'intensité modérée à sévère) chez l'adulte. Fondée sur le modèle organisationnel de soins collaboratifs, après adressage par le médecin généraliste, le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiques sont assurés par un binôme IDE spécialisé en psychiatrie et un psychiatre (à distance). Déployée depuis fin 2023 en Ile de France, SESAME mobilise 85 médecins généralistes, huit infirmiers et huit psychiatres. Dans ce modèle, l'IDE a un rôle central en étant le professionnel de proximité en contact régulier avec le patient et en faisant le lien entre le médecin généraliste et le psychiatre. Il joue ainsi un rôle de case manager et coordonne la prise en charge. Le psychiatre ne reçoit pas le patient mais supervise le travail infirmier et peut être amené à réviser le diagnostic ou émettre des recommandations de prise en charge. Le rapport d'évaluation intermédiaire montre des résultats positifs ouvrant une perspective de généralisation à la fin de l'année 2026 si le rapport d'évaluation finale confirme ces premiers résultats.

Aujourd'hui, si le modèle expérimental s'adresse seulement aux plus de 18 ans, une éventuelle inscription en droit commun pourrait prévoir une ouverture aux jeunes avec des troubles modérés, voire à une mobilisation pour une articulation avec les services spécialisés de détection précoce en cas de situation à risque de bascule vers des troubles plus sévères comme le recommande le rapport « 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale » remis à la ministre de la Santé en février 2026 .

Mon soutien psy au centre de l'accompagnement psychologique dès 3 ans pour les troubles légers à modérés

L'accès à un accompagnement psychologique est central dans l'amélioration de la santé mentale des enfants et des jeunes. Une étude de l'OCDE montre qu'en Belgique, l'accès rapide et gratuit à des psychologues⁵⁰ a largement amélioré l'accès à l'accompagnement psychologique. Tous âges confondus, le dispositif a permis de réduire de 10 % la prévalence des troubles de santé mentale et de 60 % le nombre de jours d'absence après six mois⁵¹.

L'enquête Epicov 2020-2022 conduite par la DREES et l'Inserm montre une baisse des recours au médecin généraliste pour motifs psychologiques au profit de hausses importantes des recours au psychiatre et au psychologue. Ces hausses de recours au psychiatre et au psychologue concernent particulièrement les femmes et les moins de 25 ans⁵².

Depuis 2022, Mon soutien psy vise à accroître ce recours en offrant la possibilité d'un accompagnement psychologique dès 3 ans. Le dispositif est devenu un maillon essentiel de la prise en charge globale des troubles psychiques légers à modérés, avec un remboursement des séances (AMO 60% et AMC 40%). Près de 7 900 psychologues sont désormais conventionnés, avec un rythme de déploiement qui reste soutenu puisqu'environ 30 psychologues par semaine se portent candidats au dispositif. Le dispositif « Santé Psy Étudiants », ciblant les étudiants de l'enseignement supérieur, complète « Mon soutien psy » et a accompagné plus de 170 000 étudiants depuis sa mise en place en 2021.

Depuis la mise en place de Mon soutien psy en 2022, les 3-25 ans constituaient 31,6% des bénéficiaires et les 12-25 ans 22 %⁵³. Le nombre moyen de séances réalisées progresse légèrement en 2025, atteignant 5 séances contre 4 en 2024, et seules 2 % d'entre elles sont effectuées à distance.

Renforcer la détection et la prise en charge des troubles sévères

Une approche précoce est également nécessaire pour les troubles sévères

Les troubles psychotiques constituent un large groupe de troubles de santé mentale caractérisés par des symptômes psychotiques (hallucinations, délires, pensée ou langage désorganisé, et comportement désorganisé ou catatonique). Les diagnostics courants incluent le trouble bipolaire, la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, le trouble délirant et le trouble schizophréniforme. Des symptômes psychotiques peuvent également survenir dans d'autres troubles psychiatriques, comme lors d'épisodes dépressifs majeurs ou d'états maniaques dans le trouble bipolaire. Les types de symptômes psychotiques et leur fréquence d'apparition dépendent du trouble spécifique et diffèrent même entre individus portant le même diagnostic. Leur gravité et leur impact varient également largement, ce qui rend l'évolution de la maladie souvent imprévisible et très hétérogènes.

⁵⁰ Le remboursement couvre désormais 8 consultations de soutien de premier recours et jusqu'à 20 consultations de traitement spécialisé par patient et par an, une avancée cruciale alors que près de 40 % des usagers (tous âges confondus) déclarent avoir auparavant renoncé à des soins en raison de leur coût.

⁵¹ OECD (2025), "Promoting good mental health in children and young adults: Best practices in public health", OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ebb8aa47-en>.

⁵² https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/250604_ER_sante-mentale-etat-des-lieux

⁵³ SNDS, données liquidées depuis avril 2022 au 31/03/2026.

L'accès vers des soins spécialisés dans le cas où une prise en charge psychiatrique est nécessaire reste largement perfectible, avec des délais d'accès aux soins importants pour des troubles psychotiques débutants⁵⁴. L'intervention précoce est pourtant essentielle, car les jeunes présentant des situations d'ultra haut risque (UHR) de transition psychotique évoluent dans 30% des cas vers un premier épisode de psychose (PEP). Au total, 3 % de la population générale est concernée par un PEP.

Détecter tôt et intervenir rapidement auprès des jeunes permet d'influencer favorablement le pronostic à long terme. Les études démontrent en effet que les services spécialisés pour les premiers épisodes psychotiques (PEP) favorisent une meilleure adhésion aux soins et améliorent les résultats cliniques et fonctionnels par rapport aux prises en charge standard⁵⁵. Le rapport « 10 mesures d'urgence pour le repérage et l'intervention précoce en santé mentale » formule un ensemble de recommandations pour favoriser l'implantation à l'échelle nationale de programmes de détection et d'intervention précoce (DIP), sur la base de trois grands principes : une gradation claire et lisible des soins sur le territoire, une démarche sortant des silos des catégories diagnostiques et la continuité des parcours.

Renforcer les compétences de premier recours pour mieux détecter les troubles sévères

Les médecins généralistes, les psychologues, les infirmiers jouent un rôle clef dans le repérage des troubles plus sévères chez les jeunes. Le diagnostic est néanmoins souvent difficile à poser dans les phases précoces de la maladie, où le tableau clinique peut être plus nuancé, rendant parfois difficile l'établissement d'une frontière nette entre la pathologie et la variation psychologique normale⁵⁶.

Le dépistage de ces troubles nécessite une adaptation des pratiques de soins de l'ensemble des acteurs et nécessite de former les soignants en contact avec les jeunes (médecins généralistes, infirmiers, psychologues). Ces intervenants de première ligne doivent également être en lien avec les ressources spécialisées.

Le développement du Réseau transition, initié en 2006 dans le cadre d'un réseau de recherche en Soins et en Santé des Populations Inserm TRANSITION, permettra une grande avancée dans la détection et la prise en charge des troubles sévères chez les jeunes. Le Réseau transition fédère les équipes engagées dans le champ de l'intervention et de la prise en charge précoce des psychoses émergentes et les états mentaux à risque chez des adolescents et des jeunes adultes. Il a pour mission de promouvoir à échelle nationale la détection et les dispositifs de soins dédiés à l'intervention précoce, à former et informer l'ensemble des acteurs et la population pour améliorer l'accès à des soins adaptés et spécifiques de cette tranche d'âge et de ce stade évolutif. Il est composé de 72 pôles/équipes (55 centres de proximité et 17 centres régionaux).

En plus des actions de formation, information, sensibilisation des jeunes, de production scientifique, le réseau a élaboré et met à disposition des professionnels de santé l'outil d'aide au repérage et d'orientation PRIMO⁵⁷. PRIMO est un outil numérique d'auto-évaluation multidimensionnelle, accessible en ligne et anonyme qui permet aux jeunes –seuls ou accompagnés– d'identifier leurs difficultés psychiques et de recevoir une orientation personnalisée vers les ressources de soin adaptées.

DIPPE – Dispositif de détection et d'intervention précoce pour les psychoses émergentes avec des résultats prometteurs

L'expérimentation DIPPE (« Dispositif de Détection et d'Intervention Précoce pour les Psychoses Emergentes ») financée au titre de l'article 51 par l'Assurance Maladie propose un dispositif de repérage, d'orientation et de prise en charge intersectorielle des jeunes de 15 à 30 ans à ultra-haut risque de transition psychotique et des jeunes avec des troubles psychotiques débutants. Elle consiste en un parcours de prise en charge globale sur deux à trois ans, intensif et en milieu de vie, par une équipe dédiée, mobile et pluri professionnelle. L'évaluation intermédiaire fait état de résultats cliniques prometteurs (Encadré 7). En cas de résultats probants en fin d'expérimentation (mai 2028), un passage à échelle pourrait être envisagé.

Encadré 7 : L'expérimentation Détection et intervention précoce des troubles psychotiques émergents (DIPPE)

DIPPE⁵⁸ est une expérimentation de l'Article 51 menée par trois équipes pluriprofessionnelle mixtes (sanitaires et médico-sociales), dédiée à la détection et à l'accompagnement intensif et personnalisé de jeunes âgés de 15 à 30 ans dans la région Pays de la Loire. Ces équipes mixtes interviennent dans le milieu de vie du jeune selon une logique d'« aller-vers ». Elle est portée par 3 établissements publics de santé mentale (CHU de Nantes, CESAME à Angers, EPSM de la Sarthe au Mans) et 3 établissements médico-sociaux partenaires (Association l'Etape, VYV 3 PDL, Adgesti Espérance).

⁵⁴ <https://droits-usagers.solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/article/10-mesures-d-urgence-pour-le-reperage-et-l-intervention-precoce-en-sante>

⁵⁵ Correll CU, Gallinger B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. JAMA Psychiatry. 2018;75(6):555-65.

⁵⁶ Heckers S, Barch DM, Bustillo J, Gaebel W, Gur R, Malaspina D, et al. Structure of the Psychotic Disorders Classification in DSM-5. Focus. 2016;14(3):366-9.

⁵⁷ <https://www.ghu-paris.fr/fr/actualites/primor-le-premier-questionnaire-qui-permet-de-sorienter-un-outil-destination-des-jeunes>

⁵⁸ DIPPE est une expérimentation de l'article 51 de la LFSS 2018 qui permet de tester de nouvelles formes de rémunération et d'organisation des soins. A ce titre, son fonctionnement et son évaluation sont financés par le Fonds d'investissement de l'innovation en santé (FIIS).

Les personnes ciblées par le dispositif sont des jeunes présentant soit un ultra-haut risque (UHR) de transition psychotique soit un premier épisode psychotique débutant (PEP). Elle vise à prévenir les troubles psychotiques en favorisant la détection précoce et l'accompagnement des jeunes afin de réduire la durée de psychose non traitée et d'améliorer le pronostic fonctionnel et social.

Le dispositif comprend trois parcours distincts :

- Une phase de consultation médicale par des experts pour l'évaluation initiale qui comprend l'ensemble des jeunes adressés vers DIPPE et dure 1 à 2 mois. Elle prévoit une prise de contact et une consultation de détection (pour les profils UHR) ou d'évaluation clinique (pour les profils PEP). A l'issue de ce parcours, le médecin de l'équipe DIPPE prescrit ou non l'entrée du jeune dans un parcours de soins et d'accompagnement PEP ou UHR.
- Un parcours de soins et d'accompagnement « PEP » ou « UHR », distincts selon le profil du jeune, est ensuite proposé au jeune, pour une durée de trois ans. Il est organisé en 3 blocs d'un an avec une évaluation fonctionnelle pluridisciplinaire du jeune puis un panier de soins composé d'un socle commun et d'un panier individualisé. Le socle commun comprend une consultation psychiatrique mensuelle ainsi que des soins en groupe (pour les profils UHR : gestion du stress, pour les profils PEP : premiers épisodes). Les soins personnalisés incluent selon les besoins individuels un suivi addictologique, une remédiation cognitive, un suivi social et de la pair-aidance. L'offre des parcours est structurée autour de soins individuels ou collectifs, et un accompagnement personnalisé dans l'environnement de vie du jeune. L'accompagnement est assuré par des case managers (référents de parcours), qui coordonnent les interventions sanitaires et sociales tout en facilitant le maintien du jeune dans ses milieux ordinaires (études, travail, famille). L'entourage du patient est sollicité et inclus dans le dispositif si possible.

L'évaluation intermédiaire fait état de résultats prometteurs en termes de parcours de prise en charge et de chance de rétablissement des jeunes pris en charge. A ce titre, le score de fonctionnement global (EGF/SOFAS), qui mesure le niveau de fonctionnement social et professionnel indépendamment de la sévérité des symptômes psychiatriques, évolue de 53,3 à 68,2 en moyenne après 12 mois (score allant de 0 pour le niveau le plus altéré à 100 pour le niveau le plus préservé). Cette progression correspond à un net rapprochement vers le seuil du niveau de fonctionnement autonome à une amélioration clinique. Une hausse du score de qualité de vie perçue (S-QoL18) de 53,7 à 67,1 en moyenne est également observé après 12 mois d'accompagnement (score allant de 0 pour le niveau le plus altéré à 100 pour le niveau le plus préservé).

En termes de rechute et de recours aux soins en situation de crise, il est observé des améliorations entre la première et la deuxième année de suivi. 87 % des jeunes hospitalisés la première année ne sont plus hospitalisés la deuxième année de suivi. Également, 70 % des jeunes ayant eu recours aux urgences la première année n'y ont plus eu recours l'année suivante.

Ces résultats intermédiaires prometteurs devront toutefois être confirmés par l'évaluation finale. La fin de l'expérimentation est prévue en 2028.

Une détection plus précoce des troubles de santé mentale pour les enfants de l'ASE

Les jeunes pris en charge au titre de la protection de l'enfance constituent une population particulièrement vulnérable, avec des besoins spécifiques en matière de santé – les études scientifiques soulignant un état de santé plus dégradé que celui des enfants en population générale.

L'objectif du parcours coordonné renforcé (PCR) « enfance protégée »⁵⁹ est de mettre en place un parcours de soins aux enfants de l'ASE, coordonné par une structure de coordination sur chaque département. Ce parcours prévoit la mobilisation possible de soins précoces en santé mentale pris en charge par l'Assurance maladie. En fonction des besoins de l'enfant, le médecin référent peut préconiser des interventions en soins précoces en santé mentale en psychologie, ergothérapie ou psychomotricité, en vue de bénéficier notamment d'un bilan complémentaire dans ces domaines. Ces interventions peuvent être renouvelées chaque année sur prescription du médecin.

⁵⁹ [Arrêté du 21 avril 2026 modifiant l'arrêté du 26 février 2026 pris pour l'application de l'article R. 4012-1 du code de la santé publique pour ajouter le parcours coordonné renforcé « enfance protégée » à la liste des parcours coordonnés renforcés](#)

2.2.3 L'alimentation saine et durable pour tous, un enjeu majeur pour la soutenabilité du système de santé et de l'environnement

L'impératif de soutenabilité du système et la pression induite, entre autres, par l'augmentation des maladies chroniques engage à renforcer sa stratégie en agissant toujours plus en amont pour promouvoir et réunir les conditions de la bonne santé, avant le développement de toute forme de trouble ou de pathologie en travaillant à la promotion d'un environnement sain. Dans le sillon des deux documents de planification parus cette année que sont la Stratégie nationale Alimentation Nutrition Climat (SNANC) et le Plan national Nutrition Santé (PNNS), et dans la continuité du rapport Charges et Produits pour 2026 qui proposait d'investir dans les leviers comportementaux que sont l'affichage du Nutriscore sur les produits emballés, la régulation de la publicité avec notamment l'affichage du Nutri-Score obligatoire dans les publicités alimentaires dès 2026 et la limitation de la publicité à certaines heures de la journée (exposition des enfants) aux produits classés D et E, et la fiscalité incitative (taxe d'accise, modulation de la TVA...), l'Assurance Maladie souhaite réaffirmer l'importance de l'alimentation saine et durable.

Un déterminant majeur des maladies chroniques et des dépenses de santé

Selon la DREES, les maladies chroniques ayant pour facteur de risque une mauvaise alimentation représentent aujourd'hui l'un des premiers postes de dépenses du système de santé avec notamment le diabète (plus de 10 milliards d'euros de dépenses annuelles), les maladies cardiovasculaires (plus de 30 milliards) et les cancers (plus de 29 milliards d'euros). La FAO estime que les coûts cachés du système alimentaire en France s'élèvent à environ 177,5 milliards d'euros dont 134,3 milliards d'euros relèvent du fardeau des maladies chroniques liées à l'alimentation⁶⁰. Un rapport de l'OCDE paru en 2026 estime que plus de 41 000 nouveaux cas de maladies chroniques pourraient être évités en France par an en agissant sur les régimes alimentaires, en faisant le facteur de risque prioritaire sur lequel agir⁶¹.

Une approche renouvelée de l'alimentation favorable à la santé qui intègre des enjeux sanitaires et environnementaux

Si ces différentes études médico-économiques mettent clairement en évidence le poids financier de l'alimentation comme déterminant des dépenses de santé, c'est dans le champ de la toxicologie et de l'épidémiologie que se fait la démonstration toujours plus nette que les impacts de l'alimentation sur la santé ne sont pas uniquement liés à un ratio d'apports et de carences nutritionnelles, mais aussi aux différents contaminants qui sont introduits dans l'organisme par voie digestive.

C'est le cas de l'alimentation dite « ultra-transformée » (AUT) dont la définition n'est pas encore stabilisée d'un point de vue réglementaire mais qui se caractérise principalement par le fait que l'aliment ait :

- Subi plusieurs opérations de transformation industrielle (traitements thermiques, traitements mécaniques/cisaillements, traitements électriques, traitements radiatifs, procédés extractifs, raffinage, lyophilisation, etc.) susceptibles de faire apparaître des composés dits « néoformés » dans sa composition ;
- Fait l'objet d'adjonction d'additifs (exhausteurs de goûts, épaississants, émulsifiants, colorants, agents conservateurs, etc.).

En 2025 la revue *The Lancet* a coordonné les travaux de 43 chercheurs internationaux pour synthétiser l'état des connaissances scientifiques sur les impacts sanitaires de l'AUT (qui représente environ 35% des apports caloriques totaux de la population française à ce jour) : 92 des 104 publications scientifiques étudiées montrent une association positive entre AUT et apparition de pathologies dont la maladie de Crohn, l'obésité, la dyslipidémie, la dépression ou encore les maladies rénales chroniques.⁶²

⁶⁰ FAO. 2023. The State of Food and Agriculture 2023 – Revealing the true cost of food to transform agrifood systems. Rome.

⁶¹ OECD (2026), The Health and Economic Benefits of Tackling Non-Communicable Diseases, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/e20cbbc3-en>; https://www.oecd.org/en/publications/the-health-and-economic-benefits-of-tackling-non-communicable-diseases_cf2ee573-en/france_c216b7b9-en.html#section-d1e275

⁶² Monteiro C, Louzada M, Steele-Martinez E et al. Ultra-processed foods and human health: the main thesis and the evidence - *The Lancet*, 2025; 406, 2667-2684

La Colombie est le premier pays à avoir mis en place en 2022 des taxes ciblant les aliments ultra transformés (*Ley 2277 – Impuesto Saludable a Bebidas y Alimentos Ultra-Procesados*⁶³). Le texte établit une définition de l'alimentation ultra-transformée sur la base de trois paramètres :

- Processus de fabrication : produits fabriqués industriellement à partir de substances dérivées d'aliments (graisses, huiles, sucre, amidons) ou synthétisées à partir d'autres sources organiques (hydrogénation des corps gras, hydrolyse de protéines, traitement des amidons).
- Présence d'additifs (agents gélifiants, colorants artificiels, édulcorants, émulsifiants, épaississants, agents moussants, stabilisants, « exhausteurs de goût », tels que les aromatiques et les agents de saveur, conservateurs, arômes et solvants) et de produits qui ajoutent de la couleur, du goût et de la texture.
- Forte quantité de sucres ajoutés, de graisses totales, de graisses saturées et de sodium, et une faible quantité de protéines, de fibres alimentaires, de minéraux et de vitamines, par rapport aux produits, plats et aliments non transformés ou peu transformés.

La loi cible les produits alimentaires ultra-transformés contenant des sucres, du sel/sodium et/ou des matières grasses ajoutés, et dont la teneur indiquée sur l'étiquetage nutritionnel dépasse l'une des valeurs suivantes :

- 1 mg de sodium par 1 kcal et/ou > 300 mg de sodium pour 100 g
- 10 % de l'apport énergétique total provenant des sucres libres
- 10 % de l'apport énergétique total provenant des graisses saturées

Les catégories d'aliments ultra-transformés concernées comprennent les produits laitiers sucrés, les saucisses et charcuteries, les chocolats et confiseries, les snacks, les produits de boulangerie, les céréales du petit-déjeuner, les fruits et légumes en conserve contenant des matières grasses, du sucre ou du sel ajoutés, les confitures, gelées et marmelades, ainsi que les sauces, condiments et assaisonnements. Certaines catégories sont exemptées, notamment des aliments traditionnels colombiens tels que l'arequipe ou dulce de leche (confiture de lait), le salchichón (saucisse), l'oblea (fine gaufrette ronde) et le bocadillo (pâte de goyave).

Un système d'étiquetage est adossé à cette taxe.

Les aliments sont également vecteurs d'une exposition aux intrants utilisés dans l'agriculture : résidus de pesticides d'une part, mais aussi comme l'a documenté l'Anses, le cadmium. En 2026, une expertise alerte sur les niveaux d'imprégnation en cadmium, contaminant reconnu comme cancérigène, mutagène, et reprotoxique (CMR) par le règlement européen, qui sont 3 à 4 fois supérieurs en France par rapport aux autres pays européens. L'alimentation est responsable à 98% de cette imprégnation qui favorise l'apparition de maladie rénales et osseuses.

On peut citer également une étude 2025 du CNRS et de l'Inrae qui montre que 20 % des plastiques produits seraient destinés aux secteurs agricole et alimentaire et que sur ces plastiques, 91 % sont destinés à l'emballage des aliments. L'étude fait l'hypothèse que la contamination totale des sols par les microplastiques est vraisemblablement supérieure à la totalité de celle des océans, rappelle qu'on les retrouve aujourd'hui dans la plupart des organes (poumon, système digestif, placenta, lait maternel...), que sous leur plus petite forme (nanoplastique) ils peuvent pénétrer dans les cellules, et qu'ils induisent des pathologies du système reproducteur, des inflammations (côlon) et des fibroses (foie, rein, poumon, cœur).⁶⁴ Parmi les substances contenues dans ces plastiques on retrouve les perturbateurs endocriniens que sont les bisphénols et les phtalates dont la toxicité pour l'organisme, y compris à faible dose est désormais bien documentée.⁶⁵

Ces différents exemples montrent à la fois qu'une approche extensive de la définition d'une alimentation « saine » est nécessaire, et qu'elle constitue un puissant levier de prévention des maladies chroniques non transmissibles.

⁶³ <https://www.globalfoodresearchprogram.org/where-we-work/colombia/>

⁶⁴ Sophie Duquesne (coord.), Muriel Mercier-Bonin (coord.), Baptiste Monsaingeon (coord.), Lise Paresys (coord.), Fleurine Akoueson, Mathieu Baudrin, Bernadette Bensaude-Vincent, Nicolas Beriot, Mathilde Body-Malapel, Pierre-Etienne Bouillot, Mauricio Camargo-Pardo, Mateo Cordier, Hervé Corvellec, Patrick Dabert, João Da Costa, Regina Dashkina, Frédéric Debeaufort, François Dedieu, Pierre Desvaux, Guillaume Duflos, Hélène Duval, Anne Ferlay, Bruno Grassl, Eugenia Lampi, Véronique Le Tilly, Sophie Le Perche, Christian Mougin, Davi Munhoz, Cristina Nerin, Delphine Notelet, Pierre Ovlaque, Pietro Picuno, Francis Rayns, Valentina Siracusa, Jérémie Soulestin, Bruno Tassin (2025). Plastics used in agriculture and for food: uses, properties and impacts. Condensed report of the collective scientific assessment, INRAE - CNRS (France). <https://doi.org/10.17180/91mp-av04>

⁶⁵ 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

Par ailleurs, que ce soit à travers les pratiques agricoles, les processus de transformation, les chaînes de distribution ou encore de gestion des déchets par exemple, le secteur de l'alimentation génère d'importantes émissions carbone (elles représentent environ 24% des émissions des ménages français d'après l'ADEME⁶⁶) et a également des impacts importants sur la qualité des milieux et la santé des écosystèmes. La promotion d'une alimentation saine, mais aussi durable, est cohérente avec les engagements de l'Assurance Maladie en matière de transition écologique⁶⁷.

Enfin, l'étude Esteban 2014-16 a montré que les régimes alimentaires les plus respectueux des recommandations nutritionnelles étaient adoptés par les ménages les plus favorisés et que les personnes précaires sont par exemple 2,8 fois plus touchées par le diabète⁶⁸, tandis qu'une récente étude du CREDOC montre que 16% des français vivent des situations de précarité alimentaire (insuffisance quantitative)⁶⁹. La promotion d'une alimentation saine et durable auprès de publics plus vulnérables constitue un levier d'action contre les inégalités en santé qui prolonge et amplifie le travail engagé par l'Assurance Maladie en ce sens.

Renforcer les actions en faveur d'une alimentation saine et durable

Premièrement, l'Assurance Maladie souhaite réaffirmer un certain nombre de convictions, à commencer par l'importance de rendre obligatoire l'affichage du Nutri-Score (voir Charges et Produits pour 2026). Les résultats de nouvelles études (voir aussi 2.1.2) sont venus enrichir les évaluations positives de l'impact de cet affichage sur les comportements de consommation des aliments emballés, et plus largement sur la santé, et ainsi compléter l'argumentaire en faveur d'un affichage du Nutri-Score sur tous les produits, ainsi que sur les publicités quel que soit le support de diffusion. Au regard du nombre de repas pris à l'extérieur des foyers (32% des dépenses alimentaires en 2023 correspondent à des consommations hors domicile⁷⁰), il serait également utile de voir se développer l'affichage du Nutri-Score en restauration collective⁷¹.

Si le Nutri-Score porte sur le profil nutritionnel global des aliments, il n'informe pas sur leur degré de transformation et plus particulièrement leur ultra-transformation. Un essai randomisé contrôlé⁷² conduit en France auprès de 21 159 participants montre l'intérêt d'un label combinant le Nutri-Score à une bannière signalant quand le produit est ultra-transformé : les personnes exposées à ce label combiné présentaient à la fois une meilleure compréhension du profil nutritionnel du produit et parvenaient à mieux identifier les produits ultra-transformés que le groupe contrôle. Cette meilleure compréhension se traduisait par un effet positif sur les intentions d'achat vers des options plus saines. Concernant l'impact sanitaire de la signalétique en lien avec l'ultra-transformation (dans ce cas, un étiquetage signalant la présence d'additifs fréquents dans les aliments ultra-transformés), une étude inédite⁷³ conduite au Chili (Encadré 9) auprès de 321 597 enfants et publiée par la revue *The Lancet* met en exergue ses effets non négligeables sur le risque de surpoids et d'obésité des enfants. L'étude, fondée sur une méthode des doubles différences, révèle que l'exposition à la signalétique réduit le risque de surpoids ou d'obésité chez les enfants, avec un effet croissant dans le temps.

Compte tenu des impacts sanitaires de l'alimentation ultra-transformée mentionnés ci-dessus et désormais bien documentés, l'Assurance Maladie souhaite que des travaux scientifiques soient poursuivis pour intégrer dans une nouvelle version du Nutri-Score la dimension « alimentation ultra transformée ».

⁶⁶ Rapport Empreintes Sol, Energie et carbone de l'alimentation, Ademe, 2020.

⁶⁷ Voir le schéma directeur de la transition écologique de l'Assurance Maladie « Transition > Action ! » <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/engagements/transition-ecologique/transition-action>

⁶⁸ DREES, Études et Résultats, octobre 2022, n°1243, Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie

⁶⁹ CREDOC, Les multiples facettes de la précarité alimentaire – juillet 2025, Marianne Bléhaut, Mathilde Gressier, Nolwenn Paquet.

⁷⁰ France Agrimer, La consommation hors domicile en France, septembre 2025

⁷¹ La société Elixir notamment l'a expérimenté en restauration scolaire et en entreprise : <https://www.elior.fr/presse/elior-devoile-le-premier-bilan-du-nutri-score-en-restauration-collective>

⁷² Srour B, Hercberg S, Galan P, Monteiro C, Szabo de Edelenyi F, Bourhis L, Fialon M, Sarda B, Druetne-Pecollo N, Esseddik Y, Deschasaux-Tanguy M, Julia C and Touvier M. Effect of a new graphically modified Nutri-Score on the objective understanding of foods' nutrient profile and ultraprocessing: a randomised controlled trial. *BMJ Nutrition, Prevention & Health* 2023;e000599. doi: 10.1136/bmjnp-2022-000599

⁷³ Paraje G, Valdés N, Macaya A et al. The impact of Chile's multipronged food labelling and advertising law on early childhood excess weight: a cohort difference-in-differences study. *The Lancet*, 2026; 0

Au Chili, la loi de 2016 portant sur l'étiquetage et la publicité alimentaire⁷⁴ a rendu obligatoire un affichage nutritionnel sur les emballages qui signale par un octogone noir les produits trop sucrés, trop gras ou trop caloriques. Les produits considérés comme « riches en » doivent arborer des étiquettes d'avertissement noires en forme d'octogone (style « panneau stop ») pour chaque nutriment dépassant les seuils (calories, sucres, acides gras saturés et/ou sodium). La loi a été mise en œuvre en trois phases (juin 2016, 2018 et 2019), avec des seuils nutritionnels progressivement plus stricts.

Sur la base de ce profilage nutritionnel, la loi prévoit l'interdiction de la vente ou de la distribution de ces produits en milieu scolaire ainsi que des restrictions sur leur publicité et leur marketing⁷⁵ :

- Interdiction des stratégies marketing ciblant les enfants (tous médias confondus), y compris l'utilisation de personnages de marque sur les emballages.
- Interdiction de publicité pendant les programmes pour enfants (TV, cinéma, en ligne) ou lorsque l'audience enfantine dépasse 20 %.
- Interdiction de publicité à la télévision entre 6 h et 22 h (mise à jour 2018).
- Obligation d'afficher un message d'avertissement si la publicité est diffusée en dehors des plages horaires ou programmes restreints.

Avec cette loi, le Chili fait partie des pays pionniers à avoir mis en place une réglementation ambitieuse de l'offre alimentaire en faveur de la santé publique.

Dans ce même souci de transparence et d'information du consommateur, les mentions des allégations nutritionnelles de santé, notamment sur les produits trop sucrés, gras, salés, interrogent. En effet, si un cadre réglementaire précis existe⁷⁶, un meilleur contrôle ou une évolution de cette réglementation semble nécessaire dans l'intérêt de l'information du consommateur et la cohérence des politiques publiques en matière de promotion d'une alimentation favorable à la santé.

Dans le rapport Charges et Produits de l'an passé, l'Assurance Maladie se prononçait également en faveur de la mise en place de taux de TVA différenciés selon le type de produits et leur impact sur la santé humaine. Au regard des données scientifiques portant sur l'impact de substances chimiques ingérées via l'alimentation sur le développement de pathologies chroniques l'Assurance Maladie, le constat selon lequel l'application d'un taux réduit de TVA permettrait de distinguer les produits issus d'une agriculture durable et labellisée comme telle, en les rendant plus accessibles est toujours vrai et justifie de renouveler cette proposition.

Deuxièmement, l'Assurance Maladie souhaite mettre en place un programme de promotion de l'alimentation saine et durable à destination des assurés.

Sur le même modèle que le programme d'action mis en œuvre sur les perturbateurs endocriniens, l'Assurance Maladie souhaite déployer un éventail d'actions afin de faire de l'alimentation saine et durable un axe de prévention primaire à destination des assurés. Le programme d'action alimentation saine et durable comprendrait :

- Une offre de service à destination des professionnels de santé, notamment en exercice coordonné et au sein des structures orientées vers les publics prioritaires (centres de santé universitaires, Centres d'exams de santé...). L'objectif est de pouvoir aborder la question de l'alimentation également auprès de patients bien portants ou du moins qui ne sont pas pris en charge dans un parcours de soin spécifique.
- Un module d'intervention auprès de la tranche d'âge 15-25 ans (collège, lycée, université, formations professionnelles). Cette cible est intéressante à plusieurs titres :
 - C'est un public qui est en train de construire ses habitudes alimentaires en dehors du foyer, à travers une autonomie financière progressive
 - C'est également un public qui est particulièrement ciblé par des discours de désinformation en ligne et par les stratégies marketing des annonceurs
 - La précarité alimentaire augmente auprès des publics étudiants, réduisant leurs marges de manœuvre en tant que consommateurs
 - C'est un public sensible aux enjeux de la transition écologique

L'assureur allemand AOK a par exemple déployé des programmes à destination des enfants et des jeunes, notamment en milieu scolaire⁷⁷.

⁷⁴ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1041570>

⁷⁵ <https://www.globalfoodresearchprogram.org/policy-research/labeling-regulations/>

⁷⁶ 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

⁷⁷ <https://www.aok.de/pp/hessen/pm/jolinchenkids/> , <https://www.acker.co/gemueseackerdemie>

L'objectif est de s'appuyer sur les sciences comportementales pour décoder la manière dont sont construites/déconstruites les habitudes alimentaires (facteurs socio-culturels, économiques, psychologiques, pression marketing, etc.) et d'accompagner les jeunes assurés sur le « dernier kilomètre » entre la recommandation (« Manger, bouger », « 5 fruits et légumes par jour ») et l'adoption effective de nouvelles habitudes.

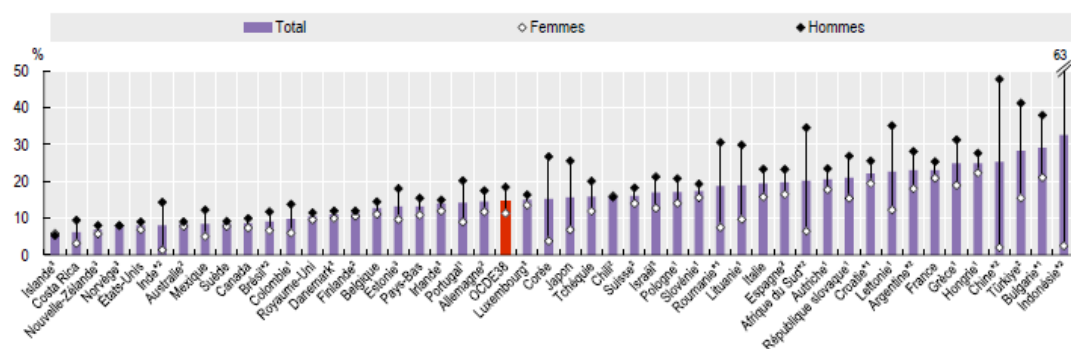
- Dans les territoires, un soutien à des expérimentations territoriales en lien avec l'accès à une alimentation saine et durable (ex : ordonnances vertes). En fonction des partenariats locaux ou des acteurs mobilisés sur les territoires, les caisses pourront également s'associer à des dispositifs permettant d'aligner rentabilité économique pour les producteurs, accessibilité financière et physique des produits et protection de la santé des consommateurs.
- Dans son rôle d'employeur et d'offreur de soin, l'Assurance Maladie se propose également d'engager un travail sur les pratiques auprès de ses agents (restauration collective...) et de ses propres structures de soin (CES, établissements UGECAM...).

2.2.4 Faire face au tabagisme et à des conséquences du tabagisme

Lutter contre l'expérimentation du tabac et de l'alcool chez les jeunes

La France fait partie des pays de l'OCDE comptant le plus grand nombre de fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus et se situe au 3e rang de l'Union européenne, derrière la Grèce et la Bulgarie (OCDE, 2023) (Figure 21).

Figure 21 : Fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)



1. Les dernières données datent de 2019. 2. Les dernières données datent de 2020-2022. 3. Données de 2024 * Pays candidat à l'adhésion/partenaire.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2025.

Afin d'enrayer définitivement le tabagisme en France, l'effort doit porter en priorité sur la jeunesse : l'entrée précoce dans le tabagisme constitue en effet un facteur majeur de risque de dépendance durable au tabac.

En France, plus d'un adolescent de 15 ans sur huit a fumé au moins une fois dans le mois précédent en 2022. Si le taux de tabagisme chez les jeunes de 15 ans a diminué de 14 points entre 2014 et 2022 (vs - 4 points en moyenne dans les pays de l'UE), on constate néanmoins que la diminution était plus marquée entre 2014 et 2018 qu'entre 2018 et 2022⁷⁸.

A l'étranger et en France, de nombreux acteurs appellent à créer une « génération sans tabac » par une mesure forte : l'interdiction de la vente du tabac aux générations qui ne l'ont pas encore expérimenté. Le Royaume-Uni est le premier pays de l'OCDE et le deuxième pays au monde à instaurer une telle mesure générationnelle, après les Maldives. Le Parlement britannique a adopté le 21 avril 2026 une loi interdisant la vente de cigarettes à toutes les personnes nées après le 1er janvier 2009⁷⁹, avec un objectif explicite de sortie du tabac pour les jeunes générations. Elle entrera en vigueur le 1er janvier 2027, âge d'entrée dans la majorité des jeunes nés en 2009.

⁷⁸ OECD (2025), Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>.

⁷⁹ Tobacco and Vapes Act 2026, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2026/18/section/5/enacted>

Ailleurs, de nombreux pays débattent de l'inscription dans leur loi d'une telle mesure : le gouvernement danois a exprimé son intention d'interdire la vente de tabac aux personnes nées après le 1er janvier 2010⁸⁰. En 2022, le gouvernement néo-zélandais a présenté un projet de loi visant à interdire la vente de tabac à toute personne née le 1 janvier 2009 ou après. La loi *Smokefree Environments and Regulated Products (Smoked Tobacco) Amendment Act* devait être mise en œuvre progressivement. Elle prévoyait, dès 2024, une réduction de 90% du nombre de points de vente de tabac. À partir de 2025, seuls les produits contenant un faible taux de nicotine devaient être autorisés à la vente. Enfin, à compter de janvier 2027, la vente de tabac aurait été totalement interdite aux personnes nées le 1er janvier 2009 ou après⁸¹. Cependant, dans sa dernière version, le nouveau gouvernement a retiré les mesures relatives à l'interdiction de vente de tabac aux personnes nées après le 1er janvier 2009, ainsi que la réduction du nombre de commerces autorisés à vendre du tabac.

Le rapport Charges et Produits pour 2026 soulignait par ailleurs l'importance de 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 à renforcer, notamment la mise en place de contrôles « clients mystères » sur la vente d'alcool aux moins de 18 ans.

Au regard de la consommation élevée d'alcool en France, ces actions sont également déclinées pour répondre aux enjeux de consommation chez les jeunes. Grâce au financement du Fonds de lutte contre les addictions, une association comme Association Addictions France expérimente sur certains territoires l'organisation d'achats d'alcool avec passage de clients mystères 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.

Le tabagisme, principal facteur de risque de la BPCO

Le rapport Charges et Produits pour 2026 soulignait les effets massifs du tabac sur la santé ainsi que son coût économique et social, en lien avec son impact fort sur le développement de pathologies chroniques. La Bronchopneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), liée au tabagisme actif dans 80% des cas, fait partie des maladies cardiovasculaires et associées pour lesquelles l'Assurance Maladie s'engage depuis plusieurs années à renforcer le dépistage précoce⁸².

La BPCO est une maladie respiratoire chronique caractérisée par une obstruction permanente et progressive, et non totalement réversible, des voies aériennes⁸³. Elle regroupe principalement la bronchite chronique et l'emphysème, entraînant des symptômes tels que la dyspnée, la toux chronique et les expectorations. Cette pathologie évolutive est marquée par des exacerbations aiguës qui altèrent la qualité de vie et aggravent le pronostic. Le principal facteur de risque est le tabagisme actif, auquel 80% des cas sont attribuables. D'autres facteurs accroissent également le risque comme le tabagisme passif, les expositions professionnelles ou domestiques (poussières, toxiques, substances chimiques), la pollution atmosphérique, les infections respiratoires durant l'enfance et certains facteurs génétiques⁸⁴. A tabagisme égal, les femmes tendent à développer une BPCO de façon précoce et plus sévère que les hommes⁸⁵.

⁸⁰ <https://www.generationsanstabac.org/en/actualites/danemark-veut-interdire-vente-produits-nicotine-personne-nee-apres-2010>

⁸¹ <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/new-zealand-set-scrap-world-first-tobacco-ban-2024-02-27/>

⁸² Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'Assurance Maladie pour 2025. Juillet 2024.

⁸³ https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974843/fr/bpcou-causes-frequentes-tabagisme-et-expositions-professionnelles

⁸⁴ Comprendre la BPCO ou bronchopneumopathie chronique obstructive | ameli.fr | Assuré

⁸⁵ <https://www.vidal.fr/actualites/30801-bpcou-la-detection-precoce-est-essentielle.html>

Le sous-diagnostic de la BPCO, un enjeu majeur de santé publique

Cette pathologie constitue un enjeu majeur de santé publique, touchant entre 5 à 10 % des adultes de plus de 45 ans en France, soit plus de 3,5 millions de personnes concernées en France⁸⁶ avec un ratio hommes/femmes qui tend à s'égaliser du fait de l'exposition du tabagisme chez les femmes depuis les années 1970⁸⁷. La BPCO engendre chaque année entre 100 000 et 160 000 hospitalisations pour exacerbation⁸⁸. Pour rappel, elle est la 2^{ème} cause d'hospitalisation évitable après l'insuffisance cardiaque⁸⁹. Ces exacerbations constituent un tournant évolutif majeur et sont associées à une augmentation de mortalité. En France, on dénombre environ 16 000 décès par an directement imputables, tandis qu'à l'échelle mondiale, elle est responsable de 3,5 millions de décès en 2021 selon l'organisation mondiale de la santé (OMS). Sur le plan médico-économique, la BPCO représente un coût important en raison des hospitalisations répétées, des traitements chroniques, de la perte de la productivité due à l'incapacité de travail (3,5 milliards d'euros de dépenses par an soit environ 6 000 € en moyenne par an et par patient)⁹⁰. La Cour des comptes, dans son rapport sur la santé respiratoire de mai 2024⁹¹, a établi qu'un diagnostic plus précoce et une prise en charge adaptée permettraient d'économiser jusqu'à 100 millions d'euros par an.

Le sous-diagnostic de la BPCO constitue un problème majeur de santé publique. Bien que la prévalence soit de l'ordre de 5 à 10 % dans la population adulte, une grande proportion des cas n'est pas diagnostiquée. Environ 70 à 75 % des patients atteints ignorent leur pathologie, y compris 64 % de ceux présentant des formes sévères⁹². A peine 20 % des patients à risque font l'objet d'un dépistage⁹³, pourtant indispensable au diagnostic. Selon l'enquête EDEN-mg, seuls 20 à 30 % des patients atteints de BPCO sont effectivement dépistés en France. Lorsqu'ils sont dépistés, les patients le sont tardivement, alors que la pathologie s'est déjà aggravée. L'association Santé respiratoire France estime que dix-sept mois s'écoulent en moyenne entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic⁹⁴.

Encadré 10 : Un enjeu à venir : articuler les dépistages du cancer du poumon et de la BPCO

La Haute Autorité de santé a encouragé en 2022 la mise en place d'expérimentations permettant d'évaluer la faisabilité d'un programme de dépistage du cancer du poumon à grande échelle.

Le déploiement d'un programme pilote du dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique faible dose a ainsi débuté au 2^{ème} trimestre 2026 dans 5 régions (Hauts de France, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne-Rhône-Alpes et Pays de la Loire) avant un déploiement sur tout le territoire. Il prévoit d'inclure 20 000 personnes et concerne les personnes de 50 à 74 ans, fumeuses ou ex-fumeuses < 15 ans de sevrage, répondant à l'un des critères suivants :

- ≥ 20 paquets-années
- 15 cigarettes/j pendant > 25 ans
- 10 cigarettes/j pendant > 30 ans.

Il est déployé sur 5 ans et vise à démontrer la faisabilité, l'efficacité, l'équité et l'efficience d'un dépistage structuré en conditions réelles en France.

Compte tenu du chevauchement des populations cibles et des facteurs de risque communs, son déploiement conduit à s'interroger sur les modalités d'articulation des stratégies de dépistage des maladies respiratoires, en particulier entre le cancer du poumon et la BPCO, afin de proposer des parcours de dépistage cohérents et coordonnés.

86 <https://www.santepubliquefrance.fr/bpco-et-insuffisance-respiratoire-chronique/article/epidemiologie-descriptive-de-la-bronchopneumopathie-chronique-obstructive-bpco-en-france>

87 <https://www.vidal.fr/actualites/30801-bpco-la-detection-precoce-est-essentielle.html>

88 https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974843/fr/bpco-causes-frequentes-tabagisme-et-expositions-professionnelles

89 DREES « Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs » (Études et Résultats n° 1262), page 2

90 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0761842511002439>

91 https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240515-Sante-respiratoire_0.pdf

92 A. Quach et coll. Prevalence and underdiagnosis of airway obstruction among middle-aged adults in northern France : The ELISABET study 2011–2013. Respiratory Medicine, édition en ligne du 9 novembre 2015

93 <https://sante-respiratoire.com/bpco-pour-que-cet-acronyme-marque-enfin-les-esprits>

94 <https://sante-respiratoire.com/analyse-des-obstacles-au-diagnostic-precoce-de-la-bpco-en-france-resultats-qualitatifs-et-quantitatifs-de-letude-abcd/>

Le dépistage de la BPCO : état des lieux

Le diagnostic de la BPCO repose sur la réalisation de la spirométrie chez un patient de plus de 40 ans à risque et/ou symptomatique⁹⁵. Celle-ci permet de mesurer le volume expiratoire maximal à la première seconde (VEMS) et de la capacité vitale forcée (CVF). Le rapport VEMS/CVF < 0,70 après bronchodilatateur confirme un trouble ventilatoire obstructif bronchique non réversible. La classification GOLD⁹⁶ stratifie la sévérité en 4 stades allant de léger (VEMS ≥ 80 % valeur prédite), modéré (50 % ≤ VEMS < 80 % valeur prédite), sévère (30 % ≤ VEMS < 50 % valeur prédite) à très sévère selon le degré d'obstruction. L'insuffisance respiratoire chronique constitue la forme la plus sévère de la BPCO nécessitant une oxygénothérapie.

La réalisation de la spirométrie en France est encadrée par la réglementation et implique plusieurs professionnels de santé aux rôles complémentaires. Le médecin généraliste coordonne le dépistage (assure la prescription, la réalisation s'il est formé et équipé), le diagnostic et le suivi des pathologies respiratoires et reste responsable de l'interprétation diagnostique⁹⁷ – avec depuis janvier 2026, la possibilité de cumuler la cotation de l'acte spirométrique CCAM (classification commune des actes médicaux) GLQP012 avec la consultation pour les patients à risque de BPCO⁹⁸.

Si la responsabilité diagnostique incombe au médecin, d'autres professionnels peuvent réaliser la spirométrie. Les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et les masseurs-Kinésithérapeutes peuvent réaliser l'examen technique sur prescription médicale s'ils sont formés mais sans en interpréter les résultats⁹⁹. Les infirmiers en pratique avancée (IPA) disposent d'une autonomie élargie leur permettant de réaliser une spirométrie sans prescription préalable dans le cadre du suivi des patients qui lui sont confiés en collaboration avec un médecin¹⁰⁰. Enfin, les protocoles de coopération offrent un cadre complémentaire permettant de déléguer cet acte de manière sécurisée selon les besoins spécifiques des territoires¹⁰¹.

Certains dispositifs prévoient des temps dédiés au repérage de la BPCO en soins primaires, notamment « Mon bilan prévention » qui prévoit des questionnaires de repérage des facteurs de risque respiratoires. De même, la spirométrie est proposée de manière systématique à partir de 16 ans dans les centres d'exams de santé, et réalisée par un infirmier formé au sein d'une équipe pluriprofessionnelle associant médecins et techniciens. La moitié de ces exams ont été réalisés en ville : dans 49,1% des cas, cet examen a été réalisé en cabinet libéral ; dans 46,2% des cas en établissement hospitalier public et 4,7% des cas en établissement hospitalier privé. Ces données ne permettent pas de distinguer les spirométries réalisées dans un objectif de dépistage de celles effectuées dans le cadre du suivi de patients déjà diagnostiqués, ni d'isoler celles spécifiquement liées à la BPCO. Quel que soit le lieu de réalisation de la spirométrie, les spécialités médicales identifiables dans les bases de l'Assurance Maladie réalisant ces exams sont dans la grande majorité des cas des pneumologues et des médecins généralistes. A noter que les spirométries réalisées dans le cadre d'une délégation de tâches par les infirmiers et faisant l'objet d'un paiement au forfait ne peuvent pas être isolées ici.

Tableau 10 : Spirométries réalisées en cabinet libéral

Spirométries réalisées en cabinet libéral		
Spécialité du professionnel de santé exécutant	Nb de bénéficiaires	%
Pneumologie	73 482	41,1%
Médecine générale	53 865	30,1%
Pathologie cardio-vasculaire	16 932	9,5%
Allergologie	16 040	9,0%
Pédiatrie	15 746	8,8%
Médecine interne	1 683	0,9%
Autres spécialités	1 216	0,7%

Source: SNDS, 2025

Champ : Bénéficiaires inter-régimes, France entière

En 2025, en France, on dénombre au total un peu plus de 360 000 bénéficiaires qui ont bénéficié d'une spirométrie.

95 Guide du parcours de soins de la BPCO actualisation 2019

96 <https://goldcopd.org/2024-gold-report/>

97 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031928438

98 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000050685623>

99 Un arrêté à paraître prochainement devrait mettre à jour le domaine de compétences des IDE dans le cadre de leur rôle propre défini à l'article R.4311-4 du code de la santé publique et notamment en termes de réalisation d'une spirométrie : « réalisation et lecture fonctionnelle d'un examen exploratoire à l'aide d'un mini-spiromètre

100 <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115/>

101 101 https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000020897405/2009-07-23

On observe un âge moyen de 48 ans ($\pm 24,9$) parmi les bénéficiaires de spirométries. La médiane se situe à 55 ans et 50% des bénéficiaires sont des femmes. Le nombre de bénéficiaires ayant eu recours à la spirométrie pour 10000 habitants est variable d'un département à l'autre. Le minimum est observé en Seine et Marne avec 18 bénéficiaires pour 10000 habitants et le maximum dans l'Essonne avec 151 bénéficiaires pour 10000 habitants.

Les freins au dépistage de la BPCO par le médecin généraliste

En 2017, la CNAM, a lancé une expérimentation dénommée SPIROU (SPIRométrie par les médecins généralistes et nOUvelles BPCO diagnostiquées) dont l'objectif était de lutter contre la problématique du sous-diagnostic de la BPCO en soins primaires en fournissant un spiromètre aux médecins généralistes et en encourageant l'autoévaluation des patients à risque. En cas de résultats concluants, elle avait vocation à être généralisée afin d'améliorer le dépistage et accroître le recours à la spirométrie des médecins généralistes. Trois territoires pilotes ont été retenus pour l'expérimentation : la Gironde, l'Artois et l'Essonne. Sur ces trois sites, les médecins volontaires pouvaient commander un spiromètre via leur compte Amelipro, pris en charge par la CNAM et bénéficiaient d'une formation obligatoire à son utilisation. Au total, 282 médecins ont été équipés. Les caisses primaires d'Assurance Maladie proposaient en parallèle aux patients à risque de ces médecins, de compléter l'auto-questionnaire de repérage GOLD validé par de la HAS et les invitaient, selon le résultat, à consulter leur médecin traitant pour la réalisation de la spirométrie. Les résultats des spirométries effectuées par les médecins généralistes étaient déposés sur une plateforme dédiée permettant à des pneumologues d'en assurer le contrôle qualité. L'expérimentation s'est déroulée sur une période d'un an. L'évaluation de cette expérimentation était composée de deux volets complémentaires : le premier volet consistait en une analyse quantitative fondée sur le suivi de la cotation des actes dans le SNDS entre mars 2017 et avril 2018 et l'examen des résultats de spirométries déposées sur la plateforme dédiée. Le deuxième volet était une évaluation qualitative menée auprès d'un échantillon de médecins participants. Les résultats des deux volets convergent vers le même constat : malgré l'intérêt des médecins pour la détection précoce de la BPCO, la spirométrie n'avait pas trouvé sa place dans leur pratique quotidienne. Les principaux freins identifiés sont le temps de réalisation de l'acte, sa complexité technique, l'adhésion du patient. En conséquence, les recommandations issues de l'évaluation quantitative ont explicitement préconisé de s'orienter vers d'autres effecteurs de spirométrie en repensant à une autre organisation du dépistage. Ces obstacles rejoignent les multiples constats de la littérature qui expliquent en grande partie le retard diagnostique.

Tableau 11 : Freins liés au dépistage de la spirométrie

Médecins généralistes	Parmi les contraintes les plus fréquemment évoquées par les médecins généralistes (MG), on note des difficultés comme le manque de temps, l'accès limité à la spirométrie, insuffisance de formation et de confiance dans son utilisation et son interprétation de la spirométrie ¹⁰² . La spirométrie est perçue comme longue et peu rentable, tandis que la réticence des patients au sevrage tabagique et le déni de certains patients compliquent la démarche ¹⁰³ . Enfin, l'absence de recommandations pour un dépistage systématique limite l'implication proactive des MG ¹⁰⁴ .
Inégalités d'accès	Le dépistage reste limité en raison d'une offre de soins inégale selon les territoires, d'un accès difficile à la spirométrie et d'un manque de coordination entre médecine générale et soins spécialisés ¹⁰⁵ . A cela s'ajoutent l'absence d'outils de repérage dans les cabinets.
Les obstacles liés à la pathologie et à l'environnement	La BPCO est souvent asymptomatique à un stade précoce et ses symptômes sont peu spécifiques. Elle est fréquemment associée à d'autres pathologies cardiovasculaires et métaboliques, ce qui complique son identification.

Source : Cnam

Des modèles d'organisation efficaces déployés sur certains territoires

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) sont des organisations pluriprofessionnelles visant à améliorer la coordination et l'accès aux soins et les parcours de santé. A fin mars 2026, d'après les données de l'Assurance Maladie, vingt-trois CPTS ont inscrit le champ de la « Prévention de la BPCO » dans leur ACI. Trois grands axes d'actions de prévention sont identifiés : les actions ponctuelles visant à un dépistage précoce de la BPCO, la formation et la sensibilisation des professionnels de santé, les actions d'éducation thérapeutique et autres.

¹⁰² <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01616251>

¹⁰³ <https://pepite.univ-lille.fr/ori-oai-search/notice/view/univ-lille-41333?lightbox=true>

¹⁰⁴ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S076184251830977X>

¹⁰⁵ <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S076184251830977X>

Les organisations mises en place aujourd'hui par les CPTS en matière de dépistage de la BPCO sont hétérogènes variant d'un territoire à l'autre, allant d'initiatives ponctuelles (campagne de dépistage à l'occasion de la journée mondiale de la BPCO, mois sans tabac, d'événements locaux) à des dispositifs plus structurés, pérennes et intégrés dans le parcours de soins habituel. L'ensemble de ces expériences convergent vers un point commun : l'efficacité du dépistage de la BPCO repose sur une organisation territoriale pluriprofessionnelle appuyée sur les structures d'exercice coordonné et non sur un modèle centré exclusivement sur le médecin généraliste isolé (encadre 6)

Encadré 11 : Un exemple de modèle territorial structuré autour de l'IPA

La CPTS Croisée Comtoise, couvrant un territoire à cheval sur deux départements (le Doubs et la Haute Saône), avec 52 000 habitants et 6 maisons de santé, a mis en place dès novembre 2025 un parcours BPCO à deux volets complémentaires. Le premier vise à orienter les patients atteints de BPCO en sortie d'hospitalisation des deux hôpitaux partenaires (Vesoul et Besançon) : dans les 7 jours suivant la sortie, le patient bénéficie d'une consultation assurée par un infirmier en pratique avancée (IPA), incluant spirométrie, éducation thérapeutique, bilan nutritionnel et accompagnement psychologique. Le second volet, porté par les médecins généralistes des maisons de santé, consiste à orienter directement vers l'IPA les patients à risque respiratoire (fumeurs, agriculteurs, exposés professionnellement) pour la réalisation d'une spirométrie de dépistage. L'IPA, salarié d'une maison de santé et mis à disposition de la CPTS via une convention de prestation de services, intervient sur deux sites stratégiques du territoire et peut se déplacer au domicile des patients. Trois pneumologues, un libéral et deux hospitaliers complètent le dispositif pour les confirmations diagnostiques et les situations complexes.

Des résultats probants en moins de six mois

Depuis le lancement du projet en novembre 2025, 164 patients ont été pris en charge, dont un tiers en sortie d'hospitalisation et les deux tiers orientés pour le dépistage par les médecins généralistes du territoire. Sur l'ensemble des patients dépistés (âgés de plus de 40 ans), 16 diagnostics de BPCO ont été confirmés, soit un taux de détection d'environ 10 % chiffre cohérent avec les données épidémiologiques nationales et particulièrement significatif sur un territoire dépourvu de pneumologue libéral. Le parcours mobilise deux IPA à hauteur de 0,5 ETP dédié à la BPCO. Le modèle, adossé à une recherche interventionnelle conduite par l'Université de Besançon selon le modèle CARE chronique, a déjà été dupliqué sur ces deux autres pathologies au sein de la même CPTS, et plusieurs CPTS voisines ont commencé à s'en inspirer. La principale limite identifiée la rareté des IPA disponibles sur l'ensemble du territoire national. Ce qui renforce la pertinence d'une politique nationale de déploiement de ce profil de professionnel au sein des structures d'exercice coordonné.

Un possible modèle d'organisation territoriale reposant sur les structures d'exercice coordonné

Ces constats mettent en avant les limites d'un dépistage opportuniste centré sur le médecin généraliste et l'intérêt d'une organisation territoriale répartie entre les acteurs de premier recours, les structures de proximité et les spécialistes, l'ensemble coordonné à l'échelle territoriale.

En amont, le repérage des patients à risque doit être systématisé en soins primaires et intégré de manière standardisé dans les pratiques de l'ensemble des professionnels de première ligne (médecins généralistes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, le dispositif Mon Bilan Prévention).

Une fois les patients repérés, l'enjeu principal réside dans l'accès effectif et rapide à la spirométrie. Pour lever les barrières actuelles liées à l'accessibilité et à l'organisation de l'offre sur les territoires, structurer une offre territoriale dédiée, reposant sur les structures de proximité identifiées : les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), les centres de santé (CDS), les centres d'examens de santé (CES), les équipes de soins coordonnées ou les hôpitaux de proximité permet de rapprocher l'offre de dépistage du lieu de vie des patients. La réalisation de la spirométrie doit pouvoir s'appuyer sur davantage de professionnels formés volontaires (IPA ou IDE formées) avec une transmission rapide des résultats au médecin traitant afin d'en assurer l'interprétation et la validation du diagnostic ainsi que l'orientation du patient vers une prise en charge adaptée.

Dans cette optique, les CPTS ont un rôle de structuration et de cartographie de l'offre territoriale disponible. L'Assurance Maladie a engagé, depuis 2025, une démarche d'optimisation du parcours BPCO dans son ensemble en mettant à disposition des CPTS, un outil de diagnostic territorial (ODT) destiné à identifier les points de rupture dans ce parcours. Si cet outil commence à être approprié et mobilisé par certaines CPTS, son déploiement reste encore partiel et inégal selon les territoires. Ce travail doit se faire en lien avec les équipes de soins spécialisées (ESS) qui permettront à terme de faciliter la collaboration entre les acteurs de 1er, 2e et 3e recours tout en étant un point de contact privilégié des médecins traitants et qui pourront utilement en matière de BPCO structurer le parcours de prise en charge à la suite des dépistages.

En conclusion, l'amélioration du dépistage de la BPCO en soins primaires requiert une réponse territoriale structurée, pilotée et reproductible, s'appuyant sur cinq leviers indissociables. Les expériences de plusieurs CPTS (Croisée Comtoise en Bourgogne Franche-Comté, Moselle 3 vallées dans le Grand -Est, Sud Toulousain en Occitanie, ou d'autres encore en région Haut-de-France) démontrent la faisabilité d'un modèle fondé sur la coordination pluriprofessionnelle, la clarification des rôles de chaque acteur à chaque étape du parcours, du repérage à l'orientation pneumologique ; la formalisation de délais cibles mesurables assortis d'indicateurs d'évaluation ; la définition d'un modèle économique viable articulant les financements existants avec les évolutions réglementaires à venir notamment l'élargissement des compétences des IDE en matière de spirométrie sans prescription. Enfin, la prise en compte des spécificités territoriales en prévoyant des variantes adaptées aux zones sous-dotées notamment la télé-expertise et les ressources locales disponibles. Le dépistage constitue la première étape d'un parcours de soins plus large.

2.2.5 Prévention du risque chronique : les enseignements internationaux de la prise en charge précoce des troubles cardiovasculaires

En lien avec leur poids épidémiologique et économiques, les maladies cardiovasculaires et associées seront les premières pathologies éligibles au parcours d'accompagnement préventif. Afin d'accompagner les réflexions sur la prise en charge des pathologies chroniques et leur prévention, une première étude de comparaison internationale avait été réalisée pour le rapport Charges et Produits pour 2026. Cette année, une nouvelle étude plus spécifique sur la prévention du risque chronique a été conduite pour accompagner les réflexions sur le déploiement du parcours d'accompagnement préventif (voir plus haut).

La prise en charge du risque chronique à l'étranger

La littérature scientifique internationale converge sur l'efficacité des interventions préventives ciblées sur les facteurs de risque cardiovasculaire, en particulier chez les personnes en situation de prédiabète (Demissie et al., 2025).

Pourtant, à l'étranger comme en France, la prise en charge du risque chronique reste peu développée et rarement structurée au niveau national. Dans la majorité des cas, les interventions restent locales ou ciblées sur des publics spécifiques¹⁰⁶. Seuls deux pays, le Royaume-Uni (Angleterre)¹⁰⁷ et les Pays-Bas, ont déployé des dispositifs nationaux dédiés : respectivement, le *National Health Service Diabetes Prevention Programme* (NHS DPP)¹⁰⁸ qui couvre le prédiabète, et le *Ketenzorg Cardiovasculair Risico Management* (CVRM)¹⁰⁹ qui prend en charge plus globalement le risque cardiovasculaire.

Une prise en charge conditionnée par la stratification du risque et la validation du médecin généraliste

L'accès à ces prestations est conditionné à l'inscription du patient au parcours dédié. Dans les deux pays étudiés, la prise en charge du risque chronique ne repose pas sur un statut ouvrant droit à une exonération systématique des copaiements opposables (par exemple, le ticket modérateur), à l'instar du dispositif des affections de longue durée (ALD) en France. Elle permet plutôt d'accéder à des parcours de soins spécifiques et fonctionne comme une couverture supplémentaire : ces parcours incluent des prestations généralement peu ou pas remboursées en dehors de ce dispositif.

L'éligibilité à ces parcours suit une logique de stratification du risque visant à estimer la probabilité individuelle de développer une maladie chronique (Barkas et al., 2024). Elle s'appuie sur l'établissement d'un score combinant données biomédicales (glycémie, IMC, pression artérielle etc.), caractéristiques individuelles (âge, antécédents, tabagisme etc.) et historique médical afin d'identifier les personnes présentant un risque modéré à élevé (Van Daalen et al., *The Lancet*, 2024). Cependant à lui seul ce score ne suffit pas : il est complété par des critères cliniques et validé par le médecin généraliste, qui joue un rôle central dans l'identification et l'orientation des patients.

Des parcours de prévention qui concernent une part limitée de la population

Bien que les patients éligibles puissent accéder à ces parcours, leur participation reste facultative. Cela explique en partie leurs limites : malgré un cadre national structuré, ils s'adressent principalement à des personnes asymptomatiques et dépendent donc de l'adhésion volontaire de personnes qui ne se perçoivent pas toujours comme à risque (Leick et al., 2022 ; Koopmans et al., 2012). Ces dispositifs impliquent également une forte exigence d'observance, notamment en matière de changements comportementaux (activité physique, alimentation etc.), dont les effets sont différés dans le temps (Gorini et al., 2020). Enfin, ces programmes de prévention se heurtent aux limites classiques des dispositifs de dépistage (inégalités socio-économiques, niveau d'information, croyances et représentations de la santé, etc.), ce qui réduit leur capacité à identifier les personnes à risque (Le Bonniec et al., 2022 ; Leick et al., 2022).

En pratique donc, le ciblage des personnes à risque et la faible participation font que ces programmes ne concernent qu'une petite partie de la population. En Angleterre, environ 12 % des adultes seraient en situation de prédiabète, soit près de 6 millions de personnes (Office for National Statistics, 2025). Pourtant, le rapport du

¹⁰⁶ Dont notamment, les États-Unis, qui ont mis en place une intervention nationale ciblant le prédiabète. Toutefois, en raison de l'organisation du système de soins, celle-ci relève principalement d'une prise en charge publique destinée aux bénéficiaires de *Medicare* et *Medicaid*, et ne couvre que partiellement les autres populations. Cette prise en charge n'a donc pas été retenue dans cette étude.

¹⁰⁷ Bien que le dispositif soit structuré au niveau national, les données étant collectées de manière décentralisée, l'étude s'appuie principalement sur les statistiques du *National Health Service* d'Angleterre (*NHS England*).

¹⁰⁸ Site du NHS, consulté au 13/04/2026 : <https://www.england.nhs.uk/diabetes/diabetes-prevention/>

¹⁰⁹ Site du *Zorginstituut*, consulté au 13/04/2026 : <https://www.zorginstituutnederland.nl/verzekering-zorg/k/ketenzorg-zvw>

NHS sur le DPP indique que sur la période 2021-2022, seulement 2,3 % des adultes (environ 1,08 million de personnes) se sont vus proposer le programme par leur médecin généraliste et seulement 1,6 % (environ 753 000 personnes) ont rejoint le programme. Le taux de complétion est plus faible encore : seuls 15 % à 20 % des participants suivent effectivement le programme jusqu'à son terme, soit entre 110 000 et 150 000 personnes (Valabhji et al., 2019 ; Whelan et al., 2022). Une dynamique comparable est observée aux Pays-Bas : près d'un quart de la population présente un risque cardiovasculaire (Rapport VTV 2024), mais seulement 4,6 % des adultes sont inscrits dans le dispositif Ketenzorg CVRM (Ineen, *Benchmark Ketenzorg 2023*) avec des taux d'abandon avoisinant 30 % (Smits et al., 2024).

Deux modèles : intervention précoce (Angleterre) et prévention tertiaire (Pays-Bas) du risque chronique

L'Angleterre et les Pays-Bas couvrent des périmètres proches, mais selon des logiques d'intervention différentes, qui structurent profondément leur offre de soins.

Le modèle anglais repose sur une logique de prévention ciblée sur le prédiabète qui intervient le plus en amont possible, dès que le risque est identifié (référentiel du *National Institute for Health and Care Excellence*/NICE). Le dispositif NHS DPP consiste en un parcours standardisé de 13 séances qui vise avant tout à modifier les facteurs de risque individuels. Ces parcours sont peu médicalisés et fonctionnent indépendamment de la prise en charge médicale : une fois inscrit dans le parcours, le patient n'est pas suivi par son médecin généraliste mais ce sont des coaches formés¹¹⁰ qui encadrent sa progression dans le parcours. Leur rémunération repose sur une logique incitative liée à l'engagement (nombre de sessions suivies et taux de complétion) et aux résultats du patient, la perte de poids constituant le critère contractuel central (objectif d'environ 5 %)¹¹¹. L'Angleterre sépare ainsi nettement la prévention et la prise en charge des pathologies chroniques.

En comparaison, le modèle néerlandais intervient plus tard lorsque le risque devient cliniquement significatif et justifie une coordination des soins par exemple en cas d'hypertension artérielle, d'hypercholestérolémie ou d'antécédents familiaux (De Koeijer et al., 2025). Ce modèle vise ainsi à cibler des patients présentant des symptômes plus marqués afin de favoriser l'adhésion (Petter et al., 2015) et de maîtriser les coûts associés aux formes les plus avancées du risque (Marchal et al., 2019 ; Nicoline et al., *European Heart Journal*, 2026). À la différence du modèle anglais, le dispositif Ketenzorg CVRM ne concerne pas exclusivement la prévention du risque chronique : il s'inscrit plus largement dans la prise en charge des maladies chroniques. Il s'adresse à deux types de patients¹¹² : ceux présentant un risque cardiovasculaire élevé, identifiés à partir de scores et de facteurs de risque, et ceux ayant déjà connu un événement cardiovasculaire comme un infarctus. Le dispositif repose sur des parcours de soins coordonnés qui sont définis au niveau national. Ils sont ensuite organisés, en fonction du profil du patient, par le médecin généraliste au sein de groupes de soins, qui rassemblent différents professionnels de santé¹¹³. Ces groupes sont financés sur la base d'un forfait global couvrant un panier de soins prédéfini dans le cadre du Ketenzorg (Dros et al., 2026 ; Bour et al., *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2023). Ce forfait inclut la coordination des soins, le suivi médical et paramédical (médecin généraliste, infirmiers spécialisés, diététiciens, etc.), ainsi que les examens et consultations spécialisés¹¹⁴.

Toutefois, le contenu du panier de soins Ketenzorg peut varier en pratique en raison de l'organisation spécifique du système de santé néerlandais. En effet, aux Pays-Bas, les assureurs privés gèrent à la fois l'assurance maladie obligatoire et les offres de santé souscrites par les patients¹¹⁵. Dans ce contexte, le panier de soins prévu par le Ketenzorg est fréquemment complété par des prestations supplémentaires, ce qui entraîne une variabilité dans les soins effectivement proposés (Steenhuis et al., 2020).

Des coûts de prise en charge modérés et des résultats probants

Dans les deux pays, les coûts associés à ces dispositifs restent globalement modérés au regard des bénéfices attendus sur la santé publique.

En Angleterre, le coût unitaire par participant est estimé entre 300 € et 500 € selon le nombre de séances suivies (NHS ; McManus et al., 2023). Les évaluations économiques du NHS DPP concluent à une rentabilité à moyen-long terme, avec un retour sur investissement estimé entre 10 et 15 ans (*Public Health England* ; McManus et al., 2024 ; Bower et al., 2025). Les modélisations (Thomas et al., 2017) suggèrent qu'un investissement de 1 € peut générer environ 2 € d'économies sur le long terme¹¹⁶ notamment grâce à la réduction des complications liées au diabète de type 2 et à la diminution des hospitalisations.

¹¹⁰ Cf. *supra*

¹¹¹ Site du gouvernement du Royaume-Uni, consulté au 08/04/2026 : <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-preventing-type-2-diabetes/health-matters-preventing-type-2-diabetes>

¹¹² Le dispositif Ketenzorg CVRM est organisé en deux volets complémentaires : l'un concerne les personnes présentant un risque cardiovasculaire élevé (*Zorgprogramma VVR – zeer hoog risico*), et l'autre les patients ayant déjà une maladie cardiovasculaire (*Zorgprogramma Hart- en vaatziekten*).

¹¹³ Cf. *supra* : *Zorgverleners bij ketenzorgprogramma CVRM*

¹¹⁴ Cf. *supra*

¹¹⁵ Sénat, Étude de législation comparée n° 340 - octobre 2024, consultée au 08/04/2026

¹¹⁶ 1.28 £ pour 1 £ sur 20 ans (Thomas et al., 2017)

Aux Pays-Bas, les coûts unitaires sont relativement comparables (300 € à 600 € par participant ; Duijzer, 2019), mais plus difficiles à appréhender en raison d'un système de prise en charge qui varie en fonction de l'assureur, du groupe de soins et du patient (cf. partie 3). Les analyses du RIVM (Institut national de la santé publique et de l'environnement) indiquent un coût par QALY (*Quality-Adjusted Life Year*) compris entre 10 000 et 20 000 €, ce qui est considéré comme très favorable selon les seuils habituellement admis en santé publique¹¹⁷.

Sur le plan des résultats cliniques, les données anglaises sont les plus robustes : baisse de l'incidence du diabète, perte de poids moyenne d'environ 3 kg et amélioration des paramètres cardiométaboliques (données NHS). Les données à long terme de ce type de programme, montrent qu'une intervention préventive permet de retarder l'apparition du diabète de type 2 d'au moins 30 % sur 10 ans, même si les effets tendent à s'atténuer dans le temps¹¹⁸. Aux Pays-Bas, les effets sont plus hétérogènes en raison de la diversité des parcours, mais plusieurs études (Marchal et al., ZWOT-CASE, 2019 ; Groenhof et al., 2020 ; Smits et al. 2023) mettent en évidence des impacts positifs sur des indicateurs intermédiaires clés (arrêt du tabac, pression artérielle, cholestérol-LDL).

Tableau 12 : Eléments récapitulatifs des deux modèles de prise en charge du risque chronique

Pays	Angleterre	Pays-Bas
Programme	NHS DPP <i>NHS Diabetes Prevention Programme</i>	Ketenzorg CVM <i>Ketenzorg Cardiovasculair Risico Management</i>
Risque couvert	prédiabète	risque cardiovasculaire
Logique d'intervention	prévention populationnelle (amont du risque clinique)	prise en charge intégrée du risque déjà objectivé (logique de soins)
Modalité d'identification	dépistage populationnel via <i>NHS Health Check</i> (≥ 40 ans, tous les 5 ans)	repérage ciblé en soins primaires par le médecin généraliste (dossier médical, facteurs de risque)
Type de population ciblée	patients asymptomatiques à risque (prédiabète)	patients présentant un risque élevé et/ou un risque déjà identifié à partir de critères multifactoriels
Outils	score de risque + confirmation à partir de critères cliniques (HbA1c / glycémie)	score de risque + critères cliniques + diagnostic médical
Eligibilité au parcours	- avoir plus de 18 ans - critères médicaux déterminants : 42 < HbA1c < 47 mmol/mol ; 5,5 < glycémie à jeun < 6,9 mmol/L - avoir un objectif de perte de poids ≥ 5 %	- avoir plus de 18 ans - coordination par le médecin généraliste obligatoire
Parcours	parcours standardisé de prévention comportementale, non médicalisé (hors prescription et suivi clinique direct)	parcours médicalisé et coordonné en soins primaires (prise en charge intégrée)
Panier de soins	panier standardisé par patient : - structure : Évaluation initiale (sans médecin généraliste) + séances - suivi encadré par des coaches formés - séances axées sur nutrition, activité, comportement ≥ 13 sessions solo ou collectives ≥ 16h d'accompagnement - objectifs du programme : perte de poids ≥ 5 % + baisse taux HbA1c et glycémie si possible	panier adapté au patient : - structure : Évaluation initiale avec médecin généraliste + suivi - suivi délégué à des infirmiers spécialisés - selon les besoins : consultations médicales : médecin généraliste (1 fois/6 mois) + spécialistes (cardiologue) ; consultations paramédicales (diététicien) ; séances axées sur nutrition, activité, comportement ; pharmacie : consultation + certains médicaments (hypotenseurs + hypolipémiants) - pas d'objectifs de programme standardisés
Durée	9 à 12 mois, renouvelable	12 mois, renouvelable
Finalité principale	modification des comportements + prévention du diabète et maladies cardiovasculaires	réduction du risque cardiovasculaire + prévention des complications

Sources compilées par la Cnam à partir de : NHS ; GOV.UK ; National Institut for Health and Care excellence (NICE) ; zorginstituutnederland.nl ; National Institute for Public Health and the Environment (RIVM).nl

La prise en charge du risque chronique dans le parcours d'accompagnement préventif

La prise en charge du risque chronique en France devrait vraisemblablement s'inscrire dans le cadre du parcours d'accompagnement préventif, dont le déploiement initial concernera le champ des pathologies cardio-vasculaires, selon une approche préventive mixte inspirée du Royaume-Uni et des Pays-Bas.

A ce titre, deux sous-populations peuvent être identifiées :

- La première ne présente pas de pathologie cardiovasculaire avérée mais affiche un risque élevé d'événement cardiovasculaire à dix ans. Une intervention préventive viserait à réduire ce niveau de risque et à prévenir l'apparition d'une pathologie. C'est par exemple le cas des assurés atteints des affections suivantes : l'hypertension artérielle, le pré diabète, l'hypercholestérolémie, la stéatose hépatique non alcoolique, l'obésité et qui cumulent des facteurs de risque cardio-vasculaires.
- La seconde est déjà atteinte d'une pathologie cardiovasculaire. Il peut s'agir d'une pathologie débutante sans signe de gravité, ou d'une pathologie chronique en dehors d'une phase aiguë où l'intervention préventive aurait pour objectif de stabiliser l'état de santé et de limiter la survenue de complications. Cela peut concerner les AVC non invalidants, les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs débutantes, l'insuffisance rénale chronique de stade 1 à 3 etc.

¹¹⁷ Il n'existe pas de seuil unique « officiel » au niveau de l'Union européenne, mais de nombreux pays européens utilisent des repères entre 20 000 et 50 000 € par QALY pour évaluer la rentabilité d'une intervention. Par exemple, au Royaume-Uni, Le NICE considère qu'une intervention est rentable si son coût par QALY est inférieur à environ £20 000-£30 000 (Site NICE, consulté au 08/04/2026).

¹¹⁸ Données *National Institutes of Health* (NIH) à 10 ans sur le programme public développé aux Etats-Unis, *Diabetes Prevention Program Outcomes Study* (DPPOS).

L'analyse du SNDS permet de distinguer deux sous-populations selon leur niveau de sévérité :

Un premier niveau de risque, moins avancé, correspondant aux bénéficiaires ayant reçu un traitement hypolipémiant ou antihypertenseur sans présence d'aucune des 11 pathologies MCVA ou associées (c'est-à-dire sans ALD ni trace d'hospitalisation). **Cette sous-population concerne un peu moins de 6 millions d'assurés.**

Un second niveau de risque, plus avancé (caractérisé par une hospitalisation, avec ou sans médicament traceur), correspondant aux MCVA identifiées dans les bases sans ALD. **Cette sous-population concerne 5,6 millions d'assurés.**

La volumétrie totale est ainsi estimée à près de 11,5 millions d'assurés.

Méthodologie d'analyse :

L'analyse s'est limitée aux 11 maladies cardio-vasculaires et associées suivantes : diabète, MRC (Maladie Rénale Chronique), HTA sévère, insuffisance cardiaque, maladie coronaire, troubles du rythme supra ventriculaires, valvulopathie, AVC (Accident Vasculaire Cérébral), AOMI (Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs), BPCO (Broncho-Pneumopathie Obstructive), obésité complexe.

Le SNDS a été utilisé comme source, pour les bénéficiaires vivants au 01/01/2024, inter-régimes France entière de 18 ans et plus, identifiés dans la base avec au moins une hospitalisation avec code CIM-10 ciblé entre 2019 et 2023 ou en ALD dédiée active en 2023, ou ayant reçu au moins 3 délivrances annuelles de médicaments traceurs entre 2019 et 2023 (hormis pour l'insuffisance cardiaque, seuil fixé à une délivrance).

Cette analyse des bases du SNDS pour évaluer la cible potentielle du risque chronique sous évalue néanmoins celle-ci puisque sont exclus les patients dont la pathologie n'a pas encore mobilisé de remboursement de médicaments traceurs, d'hospitalisation ni d'ALD, ceux dont la maladie cardio vasculaire est tout juste débutante et ne justifie que de mesures hygiéno-diététiques (actuellement non tracées dans nos bases).

2.3 Des politiques de prévention à renforcer et à adapter dans les DROM pour répondre aux enjeux de santé publique

Les analyses menées montrent, malgré des progrès importants ces dernières années, que des écarts importants persistent en matière de prévention et d'accès au soin. D'après la DREES, la santé perçue est plus dégradée dans les DROM qu'en France hexagonale. Si 8 % de la population dans l'hexagone âgées de 15 ans ou plus se déclare en « mauvais » ou « très mauvais » état de santé, c'est le cas de 14 % de la population en Guadeloupe, Martinique et Guyane, de 11 % à La Réunion et de 21 % à Mayotte.

Les taux élevés de précarité persistent et renforcent les inégalités territoriales de santé. Les politiques de prévention sont à renforcer, notamment sur l'alimentation, les addictions, la périnatalité ainsi que les dépistages organisés et vaccination.

2.3.1 Facteurs de risque : Alimentation, surpoids, addictions et environnement dans les DROM

Les territoires ultramarins connaissent depuis plusieurs décennies une dégradation préoccupante des indicateurs de santé liés à l'alimentation. Les données épidémiologiques disponibles mettent en évidence une consommation particulièrement élevée de boissons sucrées et de produits à forte densité énergétique dans ces territoires, combinée à une consommation insuffisante de fruits et légumes. Cette situation s'inscrit dans un contexte de transition nutritionnelle rapide, caractérisée par un éloignement des modèles alimentaires traditionnels au profit de produits industrialisés, souvent importés.

À ces évolutions s'ajoutent des contraintes structurelles spécifiques aux territoires ultramarins, telles que le coût élevé des produits frais, les inégalités sociales de santé et une forte dépendance aux importations alimentaires. Ces facteurs, limitant l'accès à une alimentation équilibrée, favorisent notamment le surpoids.

Une alimentation pauvre en fruits et légumes et une consommation de produits sucrés très élevés malgré différentes loi et plans mis en place pour les DROM

La consommation de fruits et de légumes est plus faible dans les DROM que dans l'hexagone, en partie du fait du faible pouvoir d'achat et du coût élevé des produits alimentaires de qualité - les prix alimentaires évalués par l'Insee dans les DROM sont très supérieurs aux prix alimentaires dans l'Hexagone.

Alors que les fruits sont très présents dans les DROM, **45 % de la population de 15 ans ou plus en Guadeloupe mangent des fruits tous les jours, 39 % en Martinique, 42 % à La Réunion, 30 % en Guyane et 16 % à Mayotte contre 59 % des métropolitains du même âge¹¹⁹.**

Ces données témoignent du phénomène de transition nutritionnelle à l'œuvre dans les DROM. « La transition nutritionnelle est un terme utilisé pour désigner le passage d'une situation où prédominent les troubles nutritionnels liés à des carences à une situation où prédominent les troubles nutritionnels liés à une consommation excessive ; elle se caractérise par l'augmentation de la prévalence de l'obésité et de maladies métaboliques telles que le diabète de type 2 et les maladies cardiovasculaires, tandis que les pathologies de sous-nutrition peuvent persister de façon concomitante pendant plus ou moins longtemps (phénomène dit de « double charge »). »¹²⁰

Cette transition nutritionnelle est notamment liée à la part très élevée de produits importés dans l'offre disponible, atteignant 80 à 90 % selon les territoires, selon la Stratégie nationale pour l'alimentation, la nutrition et le climat 2025-2030.

¹¹⁹ Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte, les dossiers de la DRESS, n°78, avril 2021 : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf&ved=2ahUKewimweqj1vyTAxW7RaQEHRGCJ4IQFnoECB4QAQ&usq=AOvVaw0yn3ooiBXCnTvHmMctX9>

¹²⁰ IRD / ministère des Solidarités et de la Santé (DGS), *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer — Expertise scientifique collective*, mars 2020

D'après l'enquête Kannari (Santé publique France, 2013-2014), les consommations de boissons sucrées en Guadeloupe s'élèvent à 126,3 g/j et à 127 g/j en Martinique, soit des niveaux très largement supérieurs à ceux de la France hexagonale (39 g/j selon Nutrinet-Santé)¹²¹. **La consommation quotidienne de boissons industrielles sucrées est plus fréquente dans les DROM que dans l'hexagone sauf en Martinique** : 12 % des Guadeloupéens de 15 ans ou plus en consomment tous les jours, 9 % des Martiniquais, 16 % des Guyanais, 13 % des Réunionnais et 15 % des Mahorais contre 10 % des Métropolitains¹²².

La loi Lurel visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer insuffisamment appliquée et contrôlée

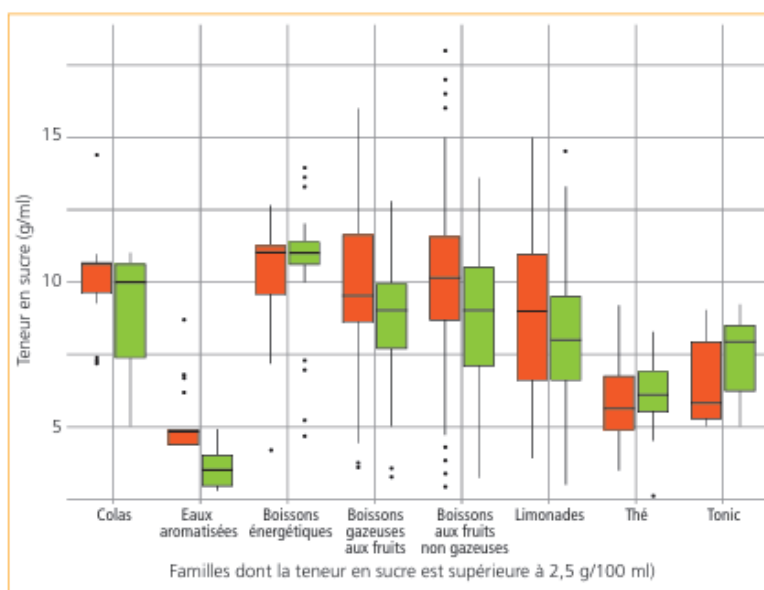
Cette loi de 2013 vise à garantir que la quantité de sucres ajoutés dans les produits vendus dans les départements ultra-marins ne soit pas supérieure à celle des produits mis sur le marché dans l'Hexagone :

- Art. L. 3232-5. – Aucune denrée alimentaire de consommation courante destinée au consommateur final [...] ne peut avoir une teneur en sucres ajoutés supérieure à celle d'une denrée similaire de la même marque distribuée en France hexagonale.
- Art. L. 3232-6. – La teneur en sucres ajoutés des denrées alimentaires de consommation courante destinées au consommateur final distribuées dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution ainsi que dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, mais non distribuées par les mêmes enseignes en France hexagonale, ne peut être supérieure à la teneur en sucres ajoutés la plus élevée constatée dans les denrées alimentaires assimilables de la même famille les plus distribuées en France hexagonale.

Un rapport publié en 2020 par l'Institut de recherche pour le développement (IRD), relatif à l'état nutritionnel et à l'alimentation des populations ultramarines, met en évidence une teneur en sucre moyenne de 7 g/100 ml dans l'Hexagone contre 8,9 g/100 ml en Martinique et en Guadeloupe. Ce même rapport met en évidence une consommation moyenne de 69 g/jour de boissons sucrées en Guadeloupe et de 54,8 g/jour à Mayotte, contre 39 g/jour en France hexagonale.

Les teneurs en sucre moyennes observées aux Antilles dans certaines familles de produits sont significativement supérieures à celles observées dans l'Hexagone (voir figure ci-dessous).

Figure 22 : Distribution des teneurs en sucre des produits mis sur le marché dans l'hexagone (vert) et en Guadeloupe et Martinique (rouge)



Source : données des études Nutwind et Oqali (2013)

¹²¹ L'enquête Kannari 2 a été lancée en 2023 et est toujours en cours

¹²² Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte, les dossiers de la DRESS, n°78, avril 2021 : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf&ved=2ahUKewimweqj1vyTAXW7RaQEHRGCJ4IQFnoECB4QAQ&usq=AOvVaw0yn3ooiBXCNNtVHMtMctX9>

Par ailleurs, la loi Lurel ne s'intéresse qu'aux produits que l'on trouve à la fois dans l'Hexagone et dans les DROM : les yaourts ou jus de fruits fabriqués localement peuvent incorporer autant de sucre que les industriels le souhaitent, la loi ne réglementant pas ce point.¹²³

Le rapport d'information du Sénat sur la lutte contre l'obésité, conduit par Mmes Chantal Deseyne, Brigitte Devésa et Michelle Meunier, publié le 29 juin 2022, dresse également un bilan contrasté de l'application de la loi Lurel et témoigne d'un manque d'informations quant à l'ampleur des reformulations mises en place par les producteurs pour adapter leurs produits à la législation. Les rapporteurs concluent que les mécanismes retenus par la loi ne sont suffisamment opérants, mettant en avant la difficulté pour les petits producteurs locaux à connaître les teneurs en sucre dans l'Hexagone pour s'y conformer, ainsi que l'imprécision de la notion de « denrées alimentaires assimilables de la même famille »¹²⁴.

Peu de contrôles exhaustifs ont eu lieu : la DGCCRF a vérifié l'application des dispositions de la loi Lurel relatives aux quantités de sucres ajoutés dans les boissons rafraîchissantes sans alcool vendues dans les DROM. Les résultats de l'examen d'environ 50 références de produits, essentiellement des sodas, n'ont pas permis de mettre en évidence de non-conformité, hormis pour un ou deux produits. Toutefois, le périmètre de cette enquête de contrôle restait limité¹²⁵. L'absence de sanction en cas de manquement constitue par ailleurs une limite forte à l'application des dispositions de la loi Lurel.

Sur la base de l'expertise IRD et des évaluations de la loi Lurel, un volet « Outre-mer » du Programme national nutrition santé 2019-2023 (PNNS 4) a été publié en septembre 2022. Il intègre une action spécifique visant à diminuer la consommation des produits sucrés dans les DROM, le renforcement du déploiement du Nutri-Score auprès des opérateurs locaux, et l'adaptation des recommandations nutritionnelles aux habitudes alimentaires ultramarines. Il prévoyait également la mise en place d'un groupe de travail pour analyser le bilan de la loi Lurel et proposer des améliorations.¹²⁶

Plusieurs limites à l'application effective de ces dispositions légales persistent toutefois :

- Une loi fondée sur la teneur en sucres ajoutés et non en sucre totaux ;
- Des limites à la comparaison avec des produits locaux qui ne trouvent pas d'équivalent en Hexagone ;
- L'absence de mécanismes de sanction ou de rappel effectifs pour les produits non conformes ;
- L'absence de mécanismes interdisant de remplacer certains sucres ajoutés par des édulcorants.

Une santé bucco-dentaire dégradée

Les enfants scolarisés dans les départements d'outre-mer ont deux fois plus souvent des dents cariées non soignées qu'en France hexagonale¹²⁷. Cette prévalence plus élevée des affections bucco-dentaires s'explique notamment par une alimentation de la population riche en produits sucrés et en soda et une consommation insuffisante en fruits et légumes, évoquée en première partie¹²⁸.

De plus, les enfants et les jeunes dans les départements d'outre-mer consultent moins souvent un chirurgien-dentiste : le recours annuel des enfants de 3 à 24 ans au chirurgien-dentiste est de 55,1% en moyenne en France (France entière, y compris DROM) en mars 2026 alors que celui-ci est de 45,6% à la Réunion, 44,7% en Martinique, 42,1 % en Guadeloupe, 19,2% en Guyane et 10,3% à Mayotte. La densité de chirurgiens-dentistes peut expliquer le sous-recours à Mayotte et en Guyane (densité de dentistes libéraux pour 100 000 habitants inférieure à la moyenne hexagonale, respectivement 3,5 et 22,4 contre 58,3 dans l'hexagone). Toutefois, la densité de dentistes à la Réunion, en Martinique et en Guadeloupe est supérieure à la moyenne (densité allant de 65,8 à 78,4 contre 58,3 dans l'hexagone).

¹²³ IRD, Expertise scientifique collective sur l'état nutritionnel et l'alimentation des populations ultramarines, 2020 (mandatée par la DGS)

¹²⁴ Rapport Sénat n° 744, Surpoids et obésité, l'autre pandémie, Deseyne, Devésa, Meunier, 29 juin 2022 — senat.fr

¹²⁵ DGCCRF, *Résultats de l'enquête sur le respect des dispositions de la loi Lurel*, 2021 — economie.gouv.fr

¹²⁶ [pnns4_om_bilan_maj_septembre_2022.pdf](#)

¹²⁷ Etude drees, juillet 2013, Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge

¹²⁸ Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer, Expertise scientifique collective de l'IRD réalisée à la demande de la Direction générale de la Santé, INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT Éditions, 2020

Tableau 13 : Taux de recours aux chirurgiens-dentistes par région à fin mars 2026

Taux de recours CD par région	Mars 2025	Mars 2026
GRAND EST	58,3%	60,3%
BRETAGNE	57,7%	59,6%
OCCITANIE	56,3%	59,2%
PROVENCE ALPES COTE D AZUR	56,0%	58,9%
PAYS DE LA LOIRE	55,4%	57,3%
AUVERGNE RHONE ALPES	54,1%	56,3%
CORSE	52,7%	55,6%
NOUVELLE AQUITAINE	53,0%	54,9%
ILE DE FRANCE	51,9%	54,4%
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	52,3%	54,1%
HAUTS DE FRANCE	51,9%	53,7%
NORMANDIE	48,5%	50,6%
CENTRE VAL DE LOIRE	46,5%	48,5%
Réunion	44,3%	45,6%
Martinique	44,3%	44,7%
Guadeloupe	40,5%	42,1%
Guyane	19,5%	19,2%
Mayotte	7,6%	10,3%
France Entière	52,9%	55,1%

Champ : Régime Général hors SLM, France entière, nombre de patients nés entre 2002 et 2023, ayant eu recours, dans les 12 derniers mois, à un CD libéral ou exerçant en centre de santé (spécialité 19-36-53-54)

Sources : SIAM Erasme (Cnam)

Il apparaît nécessaire d'une part de **renforcer les politiques de prévention en matière d'alimentation saine et durable dans les DROM** et d'autre part, **d'aligner strictement les taux de sucre avec les produits distribués en France hexagonale et renforcer les contrôles sur l'application effective de la Loi Lurel.**

Une prévalence plus importante du surpoids et de l'obésité dans les départements et régions d'outre-mer

En conséquence, les principaux problèmes chroniques liés à l'alimentation dans les DROM sont l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle.

L'étude la plus récente publiée en 2024¹²⁹ estime que **51,8% des habitants des DROM sont en surcharge pondérale soit 3 points de plus que la moyenne nationale et 22,4% des habitants sont en situation d'obésité soit 4,3 points de plus que la moyenne nationale.**

Si le taux d'obésité est sensiblement le même pour les femmes et les hommes dans l'hexagone (15 % versus 14 %), celui des femmes est plus élevé que celui des hommes dans les DROM¹³⁰, l'écart le plus important se situant à Mayotte. **Les femmes de 15 ans ou plus sont 23 % à être obèses en Guadeloupe et en Guyane, 25 % à l'être en Martinique, 20 % à La Réunion et 34 % à Mayotte.**

De plus, **l'obésité arrive tôt et sa fréquence augmente fortement avec l'âge.** Ainsi les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont 5 % à être obèses dans l'hexagone, 8 % en Guadeloupe, 10 % en Martinique, 7 % en Guyane, 9 % à La Réunion et 13 % à Mayotte. Entre 25 et 44 ans, l'obésité est trois fois plus fréquente parmi les femmes qu'entre 15 à 24 ans, sans doute en lien avec les maternités.

¹²⁹ OFEO 2024 - Enquête épidémiologique nationale sur le surpoids et l'obésité – <https://www.obecentre.fr/actualite/enquete-epidemiologique-nationale-sur-le-surpoids-et-lobesite-ofeo-2024/>

¹³⁰ Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte, les dossiers de la DRESS, n°78, avril 2021 : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/DD78.pdf&ved=2ahUKewimweqj1vyTAxW7RaQEHRGCJ4IQFnoECB4QAQ&usq=AOvVaw0yn3ooiBXCNNtvHMTmctX9>

Plus précisément, les **enquêtes montrent un taux de surpoids et d'obésité infantile important dans les DROM**. Quoique relativement anciennes¹³¹, les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO) en grande section de maternelle (2012-2013) et en CM2 (2014-2015) montrent **un taux de surpoids et d'obésité plus important chez les enfants dans les DROM par rapport à la moyenne nationale**¹³². Ainsi, 12,7% des enfants en grande section de maternelle et 22,4% des enfants en classe de CM2 étaient en surcharge pondérale (surpoids et obésité) contre respectivement 11,9% et 18,1% au niveau national.

Aux Antilles, la situation est particulièrement marquée. Le rapport *Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France* d'avril 2023, co-rédigé par Martine Laville et Maryse Fourcade à la demande du ministre de la Santé, signale qu'en Martinique et en Guadeloupe, un tiers des enfants sont en surcharge pondérale et 10 % sont obèses. Ce rapport identifie les DROM comme territoire prioritaire d'action, en raison du cumul de facteurs défavorables : multiplication des encas de faible qualité nutritionnelle, consommation de boissons sucrées jusqu'à trois fois plus élevée sur certains territoires, activité physique globalement insuffisante, fortes disparités en matière de restauration scolaire entre les DROM, et déficit de professionnels spécialisés dans la prise en charge de l'obésité¹³³.

Enfin, **le pourcentage de femmes en surpoids ou obèses avant leur grossesse a augmenté de manière significative entre 2016 et 2021 et de façon plus marquée dans les DROM**, atteignant 24% en Guadeloupe contre 14% pour la France entière¹³⁴. Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque de maladie chronique pour la femme ainsi que de complications obstétricales et néonatales. Ils augmentent également le risque de complications pour la future mère (fausses-couches, hyper-tension artérielle gravidique, diabète gestationnel, etc.) et l'enfant (naissance prématurée, risque de malformations, surpoids, etc.) et nécessitent un suivi particulier de la grossesse.

Encadré 13 : Centre d'Examens de Santé (CES) de Guadeloupe, une offre de prévention renforcée et structurée

Le Centre d'Examens de Santé de la CGSS Guadeloupe a ouvert en décembre 2022 avec une équipe pluridisciplinaire composée de 14 professionnels de santé – 5 conseillers en prévention, 4 infirmiers, 4 médecins et 1 dentiste. **Il a accueilli 2 000 assurés en 2025.**

Le CES propose un Examen de Prévention en Santé (EPS), majoritairement aux personnes éloignées du système de santé, totalement pris en charge par l'Assurance Maladie. L'offre couvre un large spectre du parcours de prévention : examens cliniques et paracliniques, bilans biologiques, tests auditifs et visuels, dépistages ciblés et consultation médicale de synthèse. Une offre spécifique bénéficie aux agriculteurs et agriculteurs retraités, particulièrement exposés au chlordécone.

Au-delà des examens, le CES accompagne chaque assuré vers ses droits en santé et l'aide à s'inscrire dans un parcours de soins coordonné. Cette approche intégrée de réinsertion progressive assure une continuité et une plus grande efficacité dans la prise en charge des publics vulnérables du territoire.

¹³¹ Les données plus récentes dans le champ du surpoids et de l'obésité pédiatrique dans les DROM semblent parcellaires et issues de sources employant des méthodologies différentes et donc difficilement comparables.

¹³² <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/prevention-du-surpoids-et-de-l-obesite-infantile/un-enjeu-de-sante-publique>, enquêtes nationales de santé en milieu scolaire (DREES-DGESCO), étude en grande section de maternelle (2012-2013) et en CM2 (2014-2015). Extrait du rapport 2017 L'état de santé de la population en France de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de Santé publique France : <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf&ved=2ahUKewjq9is0PyTAXUUqQEHaUeLAMQFnoECBwQAQ&usq=AOvVaw2zyT9nygOkQg0HfmjD8QFH>

¹³³ Laville M., Fourcade M., Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France, rapport remis au ministre de la Santé, avril 2023 — vie-publique.fr

¹³⁴ HAS · Surpoids et obésité chez la femme : dépistage et accompagnement · février 2025

« Mission : retrouve ton cap » (MRTC), un dispositif de prévention du surpoids et de l'obésité infantile qui peine à se mettre en œuvre dans les DROM

Le dispositif MRTC porté par l'Assurance Maladie est un dispositif de prévention et de prise en charge du surpoids et de l'obésité infantile. Il s'adresse aux enfants de 3 à 12 ans révolus pour lesquels le médecin a décelé un risque d'obésité, un surpoids ou une obésité avérée. Son objectif est de proposer une prise en charge globale de l'enfant par une équipe pluriprofessionnelle au sein d'une même structure référencée (maison de santé pluriprofessionnelle ou centre de santé). Cette prise en charge, prescrite par un médecin (médecin généraliste, pédiatre, médecin de PMI ou scolaire), repose sur un accompagnement nutritionnel — diététique et activité physique — ainsi qu'un soutien psychologique, adapté aux besoins de l'enfant et de sa famille.

Les professionnels mobilisés au sein de la structure sont un médecin généraliste, un psychologue, un masseur-kinésithérapeute ou psychomotricien, et un diététicien. Le dispositif est pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, sans avance de frais pour les familles.

Avec 561 structures référencées à fin 2025, l'offre MRTC connaît une progression régulière depuis sa généralisation (241 structures étaient référencées début 2023). La montée en charge du dispositif demeure en-deçà des besoins en termes de prévention du surpoids et de l'obésité infantile. En 2025, 3524 forfaits bilans ont été remboursés par l'Assurance Maladie, contre 3055 en 2024.

Il existe seulement 2 maisons de santé pluriprofessionnelles référencées qui se situent en Guadeloupe¹³⁵. Sur l'année 2025 aucune nouvelle structure (maison de santé pluri professionnelles ou centre de santé) n'a été référencée pour délivrer la prise en charge MRTC dans les DROM et aucun forfait bilan n'a été remboursé. Le principal frein au référencement de structures dans les DROM réside dans **le montant des forfaits considéré insuffisant, malgré les majorations appliquées** (Le forfait bilans s'élève à **88 €** dans les DROM contre 80 € dans l'hexagone, et le forfait séquence de séances de suivi à **121 €** dans les DROM contre 110 € dans l'hexagone). La revalorisation de la rémunération des professionnels (médecins, nutritionnistes, psychologues) permettrait d'encourager l'inclusion de structures et professionnels dans le dispositif.

Des consommations d'alcool globalement moindres que dans l'hexagone mais des risques élevés associés

Si la consommation d'alcool quotidienne est moins importante dans les DROM (en moyenne 5% Guadeloupe, Martinique, Réunion, Guyane) que dans les régions hexagonales (en moyenne 8%), celle-ci entraîne une plus forte mortalité¹³⁶.

En Guadeloupe et en Martinique, la part des accidents de la route impliquant l'alcool est deux à trois fois plus élevée que dans l'Hexagone¹³⁷. D'une façon générale, la mortalité liée à l'alcool est plus importante dans les Outre-mer (rapportée au nombre d'habitants). À la Réunion 4,5 % des passages aux urgences des hommes sont en lien direct avec une consommation d'alcool contre 1,1% au niveau national et le taux de mortalité des principales pathologies causées par l'alcool chez les hommes y est près de 40 % supérieur à celui de l'hexagone¹³⁸.

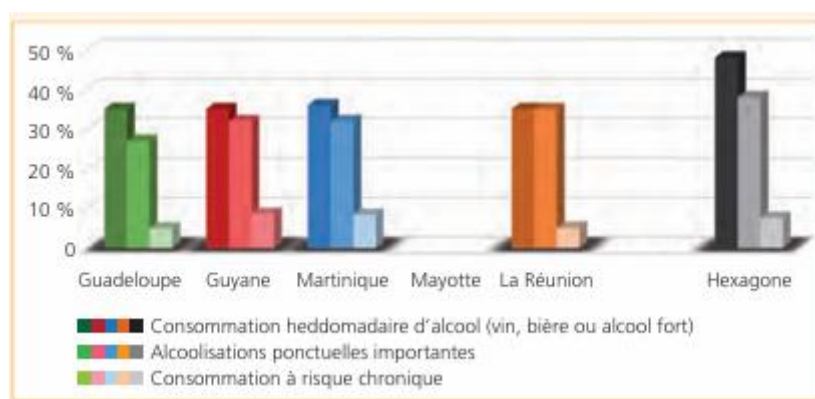
¹³⁵ Maison de Santé Pluriprofessionnelle Universitaire Les Mouffias, et MSP La Rotonde. Source : <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/mission-retrouve-ton-cap>

¹³⁶ RD / ministère des Solidarités et de la Santé (DGS), *Alimentation et nutrition dans les départements et régions d'Outre-mer — Expertise scientifique collective*, mars 2020

¹³⁷ Drogues et addictions dans les Outre-Mer, OFDT, Juin 2020

¹³⁸ Santé publique France, *Bulletin de santé publique alcool – La Réunion*, janvier 2025. Données urgences : réseau OSCOUR® ; données mortalité : Cépi-Dc, Inserm.

Figure 23 : Consommation ingérée d'alcool dans les DROM et dans l'hexagone



Source : baromètre santé DOM, 2014 (Richard, 2014)

Il doit être également relevé qu'il existe une fiscalité avantageuse applicable dans les DROM un hectolitre de spiritueux étant taxé 40 euros en outre-mer contre 578 euros dans l'hexagone)¹³⁹, en particulier la taxe d'accise sur le rhum local.

La prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale est notable dans les Antilles et à la Réunion : les taux de femmes enceintes consommant de l'alcool seraient respectivement de 36% et 31% en Martinique et en Guadeloupe¹⁴⁰, de 23% à la Réunion (ARS Réunion)¹⁴¹ contre 20% en moyenne France entière.

Selon les données de Santé Publique France sur la période 2010-2012¹⁴², la Guadeloupe et la Réunion sont les régions françaises dénombant le plus de Troubles du Spectre de l'Alcoolisation Fœtale : environ 0,8/1000 naissances pour la Guadeloupe et 2,1/1000 pour la Réunion. Ces derniers chiffres seraient sous-estimés du fait de la difficulté à dénombrer les atteintes liées à l'alcoolisation fœtale et ce, quel que soit le territoire français¹⁴³.

La Réunion met en place depuis plusieurs années de nombreuses actions de terrain qui aurait conduit à une baisse très nette de la consommation pendant la grossesse¹⁴⁴, et notamment une médiation sanitaire et sociale (visites à domiciles, orientations et accompagnements vers l'offre de soins, accès aux droits, ateliers de valorisation), des événements grand public (comme le SAFTHON) organisés par l'association SAF France et impliquant des professionnels de santé¹⁴⁵, ainsi qu'un centre de ressources dédié au dépistage, au diagnostic, et à la formation, disposant d'équipes mobiles pour le suivi des enfants et adolescents.

Encadré 14 : Le renforcement des compétences psychosociales comme stratégie de prévention transversale

Les compétences psychosociales (CPS) sont un ensemble de compétences psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales) qui permettent de maintenir un état de bien-être psychique. L'Organisation Mondiale de la Santé les décrit comme des compétences qui aident une personne à répondre efficacement aux exigences et défis de la vie courante.

Les interventions psychoéducatives de renforcement des CPS visent à favoriser la santé globale et la santé mentale positive. Ces programmes interviennent sur les facteurs de vulnérabilité en amont des consommations, à savoir :

- le renforcement de l'estime de soi
- la régulation émotionnelle
- les capacités relationnelles
- la résistance à la pression des pairs

¹³⁹ Dans ce cadre, le Gouvernement avait souhaité augmenter les taxes sur les alcools forts à l'ensemble de l'Outre-Mer. Cependant, ce projet s'est heurté à de fortes oppositions en 2025, à la Guadeloupe et à la Réunion, conduisant à une hausse limitée in fine à 200€/hectolitre d'alcool pur/an soit environ 1€ de plus par bouteille sur 8 ans.

¹⁴⁰ OpinionWay pour SAF France. Connaissances des parents d'enfants de moins de 3 ans sur le Syndrome d'alcoolisation fœtale. Enquête réalisée en juillet-août 2023. Paris : SAF France / OpinionWay Healthcare, 2023. [Disponible sur campagne.safFrance.com]

¹⁴¹ Est notée une absence de données spécifiques récentes sur la Guyane et Mayotte.

¹⁴² Laporal S., Demiguel V., Cogordan C., Barry Y., Guseva Canu I., Goulet V., Regnault N. Surveillance des troubles causés par l'alcoolisation fœtale : analyse des données du programme de médicalisation des systèmes d'information en France entre 2006 et 2013. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 16 p. [Disponible sur santepubliquefrance.fr]

¹⁴³ Une mise à jour de ces données est prévue pour septembre 2026. Celle-ci intégrera un algorithme élargi incluant désormais les séjours des mères, en plus de ceux des nouveau-nés, afin d'affiner les analyses et d'enrichir les résultats.

¹⁴⁴ Etude Opinion Way réalisée en ligne auprès de 1045 Français âgés de 18 ans et plus du 22 au 26 juin 2023 pour le compte de l'association SAF France

¹⁴⁵ Etude Opinion Way réalisée en ligne auprès de 1045 Français âgés de 18 ans et plus du 22 au 26 juin 2023 pour le compte de l'association SAF France

- la prise de décision et l'esprit critique.

L'OMS promeut depuis les années 1990 ces programmes de "life skills education" (éducation aux compétences de vie), particulièrement en milieu scolaire. L'idée principale étant que les comportements addictifs sont influencés par des facteurs émotionnels, sociaux et cognitifs, et pas seulement par l'information sur les produits.

Les travaux soutenus par l'OMS montrent que les interventions les plus efficaces sont précoces, régulières, intégrées à la vie scolaire, interactives et centrées sur les compétences sociales et émotionnelles.

En effet, les consommations précoces sont souvent liées à des vulnérabilités psychosociales. Les CPS jouent donc un rôle de facteur protecteur, raison pour laquelle les programmes efficaces commencent tôt, souvent dès l'école primaire.

Aussi, les travaux institutionnels et scientifiques soutiennent l'idée que les interventions précoces (en élémentaire voire maternelle) sont plus efficaces que des interventions plus tardives lorsqu'il s'agit de prévenir les conduites addictives et autres comportements à risque.

En effet, les facteurs de vulnérabilité (autorégulation, gestion émotionnelle, compétences relationnelles, impulsivité, rapport aux pairs) se construisent très tôt. Plus les comportements sont installés, plus les habitudes, normes sociales et mécanismes neurocomportementaux sont consolidés, plus le changement devient difficile. A fortiori, une fois les consommations installées à l'adolescence, il devient plus difficile de modifier les comportements.

Les enfants ayant bénéficié de programme de renforcement des CPS présentent, à l'âge adulte :

- moins de dépendances
- moins de tabagisme
- moins de conduites antisociales
- moins de comportements violents
- moins d'idées suicidaires

La stratégie nationale de développement des compétences psychosociales (CPS) chez les enfants et les jeunes – 2022-2037 définit un cadre d'actions afin que la génération 2037 soit la première à grandir dans un environnement continu de soutien au développement des compétences psychosociales.

2.3.2 Risques environnementaux

La dimension environnementale constitue un déterminant de santé majeur et spécifique des territoires ultramarins, qui cumulent plusieurs risques environnementaux et vulnérabilités au changement climatique (intensification des cyclones tropicaux, élévation du niveau de la mer et érosion côtière — 54 400 logements étant déjà exposés à un risque de submersion marine —, raréfaction de l'eau aggravée par des réseaux vétustes et atteintes à la biodiversité¹⁴⁶.)

Ces vulnérabilités sont désormais intégrées au 3e Plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC-3), adopté début 2025. Plus de 10 ans après l'étude Kannari 1 qui avait pour la première fois établi des niveaux d'imprégnation au chlordécone en Guadeloupe et Martinique, la deuxième édition de l'étude Kannari réalisée par Santé Publique France montre que si le niveau d'imprégnation diminue légèrement, plus de 80 % de la population de la Guadeloupe et de la Martinique reste contaminée et environ 17% dépasse les seuils de risque sanitaire, avec de fortes disparités territoriales¹⁴⁷. Le **Plan chlordécone IV (2021-2027)**, doté de 130 millions d'euros, constitue la politique publique de référence pour réduire l'exposition de la population antillaise à ce pesticide ; il vise notamment à objectiver les atteintes sanitaires en facilitant l'accès au dépistage grâce à la mise à disposition gratuite de tests de chlordéconémie — près de 42 500 personnes en ont bénéficié depuis 2021¹⁴⁸. Enfin, la HAS a élaboré une recommandation préconisant la prescription de dosage de chlordéconémie pour certaines populations (enfants de moins de 7 ans, femmes enceintes, certains cas de suivi post-dosage...) et formule des actions de prévention pour réduire l'exposition ou de prise en charge ¹⁴⁹.

Depuis 2011, les échouements de sargasses sont devenus récurrents et de plus en plus intenses dans les Antilles françaises, avec des niveaux particulièrement élevés en 2025.

¹⁴⁶ Réseau Action Climat, La France face au changement climatique, les Outre-mer premiers exposés, juin 2025

¹⁴⁷ Santé publique France, Étude Kannari , 24 juin 2026

¹⁴⁸ Sénat, L'essentiel sur la chlordécone, 4 juin 2025, p. 1 — [senat.fr](https://www.senat.fr) ; Ministère chargé des Outre-Mer, Le plan chlordécone IV (2021-2027) — [outre-mer.gouv.fr](https://www.outre-mer.gouv.fr)

¹⁴⁹ HAS, juin 2026, https://www.has-sante.fr/jcms/p_4092688/fr/pertinence-du-dosage-de-la-chlordeconemie-et-prise-en-charge-des-patients

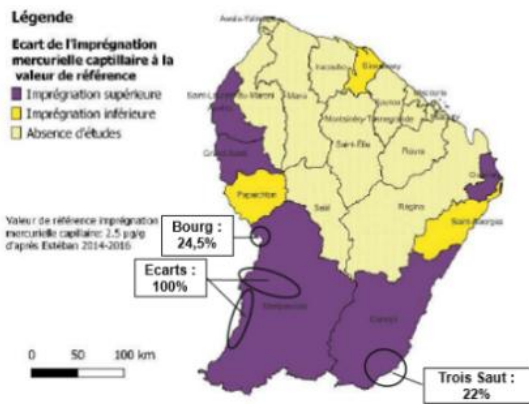
A titre d'un dispositif particulièrement innovant, rejoignant les préoccupations de préservation de la santé au travail des salariés comme de l'environnement, une subvention exceptionnelle a été accordée à la CGSS de la Martinique pour contribuer à la mise en œuvre d'une barge de stockage de sargasses puis d'élimination en haute mer (financement au titre du dispositif R 422-8 du Code de la sécurité sociale). Les cotes martiniquaises sont en effet fortement impactées par l'invasion de ces algues qui émettent sur les côtes, suite à leur décomposition, des émissions d'hydrogène sulfuré (H2S) et d'ammoniaque NH3 dangereuses pour la santé. Afin de soulager la collecte sur terre (exposant notamment des salariés à ces émissions dangereuses), une stratégie de gestion en mer du phénomène a été mise en place à l'aide de barrages et de collectes en mer, conformément aux orientations du Plan National de prévention et de lutte contre les sargasses 2022-2025. L'ARS a déployé depuis 2025 de nombreuses actions de prévention (consultations avancées, centres de répit, transferts de communautés éducatives et de leurs élèves d'un établissement exposé vers un établissement préservé, etc.). Un chantier sur la traçabilité de l'activité associée à cette crise environnementale est à ouvrir collectivement.

Périnatalité : santé environnementale et imprégnation mercurielle en Guyane

En Guyane, l'imprégnation au mercure est un sujet prioritaire de santé publique, qui touche toute la population et nécessite un dépistage précoce.

Le mercure et ses dérivés sont présents dans l'environnement de manière naturelle et en lien avec l'activité humaine (orpaillage illégal). L'imprégnation environnementale conduit à la contamination de la chaîne alimentaire et en particulier de l'homme, du stade fœtal à l'âge adulte, par le biais de la consommation de poissons, source privilégiée de protéines. La toxicité se concentre sur le système nerveux dès sa phase de développement du fœtus et provoque des atteintes neurologiques graves (capacités cognitives, mémoire, attention, langage, motricité fine) dès 11µg/g de cheveu. La prévention de toute exposition constitue un enjeu majeur de santé publique à même de garantir les capacités futures de cognition, de mémoire, d'attention, de langage, de motricité fine, de vision dans l'espace. La Société de Toxicologie Clinique recommande un dépistage systématique des populations les plus vulnérables par le biais d'actions collectives (information et éducation) et individuelles (enquête alimentaire, suivi médical, allaitement, accompagnement interruption médicale de grossesse, sensibilisation sur le suivi psychologique de l'enfant imprégné in utéro).

Figure 24 – Ecart de l'imprégnation mercurielle capillaire à la valeur de référence



Source ARS Guyane

En Guyane, 57% des femmes enceintes ont un taux supérieur au seuil de 10 µg/g sur le Haut-Maroni, avec 100% sur la commune de Maripasoula et 22% sur la commune de Trois-Saut. Le dépistage de l'imprégnation au mercure est une priorité inscrite dans le Projet régional de santé 2018-2027 en Guyane et le Projet Régional de Santé Environnement (PRSE) et qui se décline dans le Plan d'Action Régional de la Direction coordonnatrice de la gestion du risque (DCGDR) de Guyane.

En décembre 2025, 321 prélèvements ont été réalisés sur les années 2024 – 2025 ce qui correspond à un taux de pénétration de 55% (rapport entre le nombre de personnes testées et le nombre de personnes ciblées). **Parmi les personnes dépistées, 34% présentaient un taux d'imprégnation au mercure supérieur ou égal à 11 µg/g de cheveu.**

Tableau 14 : Taux d'imprégnation au mercure

Taux d'imprégnation (µg/g)	Nombre de prélèvement	Pourcentage de prélèvement

<2,5	59	18,38%
Entre 2,5 et 11	153	47,66%
Sup ou égal à 11	109	33,96%
Nombre total de prélèvement	321	100,00%

Source : CGSS Décembre 2025

Au regard des résultats, il apparaît nécessaire de faciliter les dépistages précoces et d'étendre le financement dérogatoire par l'Assurance Maladie du dosage d'imprégnation mercurielle des femmes enceintes et des bébés à la naissance et des enfants jusqu'à 6 ans en Guyane.

Par ailleurs, dans le cadre du partenariat avec la Caisse d'allocation familiale et de la mise en place des Ateliers Maternité, un module spécial mercure sera déployé sur les territoires concernés et des actions d'aller-vers à réception de la déclaration de grossesse seront mises en place par le Centre hospitalier de Cayenne et la PMI. La réussite du programme repose sur une coordination active avec l'ARS et les partenaires de la Collectivité (PMI et Centre Hospitalier de Cayenne).

2.3.3 Améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers dans les DROM

Selon des données publiées par Santé Publique France¹⁵⁰ en partenariat avec l'INCa et FRANCIM, on observe dans les Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique) un excès d'incidence et/ou de mortalité pour les cancers de la prostate, du col de l'utérus, de l'estomac et les myélomes multiples. Certains excès se retrouvent également en Guyane. A la différence de l'hexagone, les cancers de l'estomac et du corps de l'utérus font partie des cancers les plus fréquents dans les Antilles françaises, et le cancer du col de l'utérus est la deuxième localisation la plus fréquente chez les femmes en Guyane.

Les taux de participation aux programmes nationaux de dépistages organisés du cancer colorectal, du sein et du col de l'utérus demeurent en deçà des objectifs européens sur l'ensemble du territoire national et la situation est davantage marquée dans les territoires ultramarins, où la participation est inférieure à la moyenne nationale, et particulièrement préoccupante à Mayotte.

Cette faible participation aux programmes de dépistages organisés des cancers dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) s'explique par le cumul de plusieurs déterminants structurels. Les difficultés d'accès aux soins liées aux spécificités géographiques, caractérisées par l'isolement de certaines zones, l'enclavement ou encore la double insularité, limitent l'accès effectif aux examens et tests de dépistage. L'accès aux soins demeure difficile en raison de l'éloignement des structures de santé, du manque de transports ou de professionnels de santé. En effet, l'offre de santé demeure insuffisante dans certains DROM, tant en termes de professionnels de santé que d'accessibilité insuffisante aux tests et examens de dépistages limitant l'efficacité des parcours de dépistage. Des facteurs linguistiques et socioculturels participent également à ces inégalités, notamment en raison d'une communication qui n'est pas toujours adaptée en fonction de certaines spécificités (invitations, dépliants, etc.). Enfin, la fracture numérique et les obstacles opérationnels, tels que l'absence d'accès aux outils numériques de santé ou les difficultés à recevoir les invitations aux dépistages organisés limitent fortement la portée des programmes nationaux. L'ensemble de ces facteurs traduisent des inégalités structurelles en matière de prévention et d'accès aux soins.

Tableau 15 : Bilan de participation aux dépistages des cancers 2025

Indicateurs	GUADELOUPE	MARTINIQUE	GUYANE	RÉUNION	MAYOTTE	RESULTATS NATIONAUX
Taux de dépistage cancer colorectal	30%	27,7%	3,4%	26,7%	1,6%	36,1%

¹⁵⁰ <https://www.santepubliquefrance.fr/cancers>

Taux de dépistage cancer col de l'utérus	67,3%	63,4%	64,8%	69,2%	33,2%	72,2%
Taux de dépistage cancer du sein	51,1%	55,2%	33,6%	43,4%	18,5%	60%

Source : Données CPG – Janvier 2024 – Décembre 2025
Données Régime Général

Le déploiement des dépistages organisés du cancer colorectal

Le déploiement du dépistage du cancer colorectal est particulièrement exposé aux contraintes structurelles par son organisation nécessitant la remise du test colorectal, son acheminement une fois réalisé et son analyse dans un laboratoire agréé. À ce jour, seuls deux laboratoires accrédités sont présents en Guyane et en Guadeloupe où sont également analysés les tests des assurés martiniquais. Les tests de dépistage réalisés à La Réunion et à Mayotte sont acheminés jusqu'en Ile-de-France pour analyse, les tests mahorais transitant jusqu'alors systématiquement par la Réunion. Cette étape avait pour conséquence un grand nombre de tests non-analysables pour motif de délai dépassé (> à 7 jours post-prélèvement). Face à ce constat, des actions d'amélioration de l'acheminement des prélèvements de Mayotte ont été entreprises. Depuis janvier 2026, une nouvelle organisation a été mise en place pour pallier cette difficulté en acheminant les tests par vol direct le vendredi, en conservant des vols via la Réunion pour les jours de semaine. Depuis la mise en place de cette nouvelle modalité, les indicateurs s'améliorent avec une diminution du nombre de tests non-analysables pour motif de délai dépassé.

En sus, le territoire de Mayotte présente des spécificités notoires, notamment une rareté des boîtes aux lettres et des difficultés à mettre en place un maillage postal complet, ralentissant le processus d'acheminement des tests et induisant un risque de dépassement du délai d'analyse (< à 7 jours post-prélèvement). Ce constat amène les acteurs nationaux et locaux à proposer la mise en place d'une organisation *ad-hoc* pour assurer l'acheminement des prélèvements afin qu'ils soient analysés dans le délai réglementaire. La création d'un second circuit de collecte/transport, en s'appuyant sur les flux logistiques quotidiens des pharmaciens, complémentaire au circuit de ramassage par La Poste, constitue une réponse en cours de développement.

Le déploiement des dépistages organisés du cancer du sein

La densité de l'offre de radiologie demeure faible dans les territoires ultramarins et reste souvent concentrée dans les zones économiquement dynamiques, ce qui peut générer des difficultés d'accès pour les populations éloignées ainsi que des délais allongés de prise de rendez-vous pour la réalisation des mammographies de dépistage. Combinée aux contraintes liées aux transports, l'accessibilité aux radiologues agréés constitue un enjeu majeur pour le dépistage organisé du cancer du sein dans les DROM. A titre d'exemple, seuls trois centres de radiologie réalisent des mammographies de dépistage organisé en Guyane, et un seul à Mayotte. Cette offre limitée pose également des difficultés pour la réalisation de la seconde lecture, qui doit être effectuée par un second radiologue agréé indépendant.

De plus, l'échographie mammaire constitue un examen complémentaire qui peut être associé à la mammographie dans certaines situations, notamment pour caractériser une anomalie détectée à la mammographie, analyser les seins denses ou orienter le diagnostic entre lésion bénigne et tumeur maligne. Cet examen ne bénéficiant pas de la prise en charge à 100%, il peut constituer un motif de renoncement aux soins, notamment en absence de complémentaire santé.

Des leviers déjà activés pour améliorer la participation aux dépistages organisés des cancers

Conformément aux orientations de la feuille de route de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, l'Assurance Maladie déploie des actions d'accompagnement pour les territoires ultramarins afin de soutenir la participation aux programmes de dépistages organisés des cancers. Dans ce cadre, des **actions d'allers vers sont menées par les plateaux d'appels téléphoniques sortants vers les assurés les plus éloignés du système de santé**. Le plateau téléphonique de la CGSS de la Guyane couvre les appels sortants pour les appels vers les Antilles (Guyane, Guadeloupe et Martinique) et celui de la CPAM de la Dordogne effectue des appels vers la Réunion. En complément, le financement d'actions locales permet de mener de nombreuses actions d'aller vers des publics géographiquement éloignés de l'offre de soins.

Renforcer l'offre et améliorer l'accessibilité aux dépistages organisés

Le renforcement de l'offre de dépistage constitue un axe structurant et prioritaire pour soutenir la participation. L'Assurance Maladie déploie, courant 2026, une campagne de mobilisation des radiologues visant à accroître la part de dépistages organisés dans leur pratique et à inciter les radiologues non agréés à rejoindre le programme de dépistage organisé. Une sensibilisation renforcée des radiologues sera également menée afin de clarifier les articulations entre dépistage organisé et dépistage individuel.

En parallèle, la structuration d'un réseau de collecte des tests DOCCR, associant les pharmacies, permettra de réduire la proportion de tests non analysables, notamment à Mayotte. Une analyse des flux logistiques est en cours dans l'objectif d'optimiser le circuit de retour des prélèvements de dépistage colorectal et de réduire les délais d'acheminement.

Afin de répondre aux enjeux d'accessibilité, des dispositifs mobiles dédiés aux trois dépistages organisés, ainsi que des solutions facilitant la prise de rendez-vous, seront déployés sur les territoires des DROM. Le déploiement de dispositifs mobiles d'aller vers des populations éloignées du système de santé peut faciliter la remise de l'auto-prélèvement vaginal (APV) pour la détection des papillomavirus favorisant ainsi le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus des femmes insuffisamment dépistées. Des actions locales visant à lever les freins logistiques seront mises en œuvre, notamment à travers la prise en charge du transport vers les lieux de dépistage dans une logique « de ramener-vers ».

En 2026, l'*Escape Game* DOCCR nomade pour promouvoir le dépistage du cancer colorectal sera expérimenté à la Réunion. En fonction des résultats de cette expérimentation, le dispositif pourrait avoir vocation à être généralisé dans d'autres territoires, y compris ultra marins.

Encadré 15 : Exemple d'action locales soutenues par l'Assurance Maladie dans les DROM

KANCE LA AN NOU DEPISTEY / Le cancer dépistons-le ! - CGSS Guadeloupe

Ce projet vise à améliorer la participation des populations guadeloupéennes aux dépistages organisés des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus. Face aux inégalités d'accès aux soins et aux difficultés géographiques et sociales, la CGSS met en place des actions de proximité avec les professionnels de santé du territoire. Des ateliers interactifs, des opérations de sensibilisation, la remise de kits de dépistage et la réalisation de frottis sont organisés dans plusieurs communautés d'agglomération afin de lever les freins au dépistage et favoriser un accompagnement personnalisé des publics ciblés.

Actions :

- Mobilisation des radiologues et professionnels de santé pour créer des plages de dépistage.
- Organisation d'ateliers interactifs de sensibilisation et dépistage.
- Accompagnement à la remise des kits de dépistage colorectal.
- Réalisation de frottis/HPV et réédition des courriers d'invitation.

Association Allo Héberge Moi / Ensemble pour la Prévention et le Dépistage des Cancers Féminins et Colorectal /Martinique

Porté par l'association Allo Héberge Moi, ce projet a pour objectif de renforcer la prévention et le dépistage des cancers féminins et colorectaux auprès des populations en situation de précarité hébergées dans des structures sociales. Les actions proposées comprennent des séances de sensibilisation collectives, des consultations médicales individuelles, des dépistages, ainsi que des ateliers éducatifs sur la prévention, la contraception et la santé sexuelle. Le projet vise également à améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables et à réduire les inégalités de santé en Martinique.

Actions :

- Organisation de séances de sensibilisation collectives.
- Consultations médicales individuelles et dépistages.
- Ateliers éducatifs sur la prévention, la contraception et la santé sexuelle.
- Distribution de supports d'information et suivi post-dépistage des compétences psychosociales.

Pour améliorer la participation au dépistages précoces deux leviers peuvent être activés :

Adapter la communication aux assurés des DROM pour en renforcer l'impact en collaboration avec les ARS (au-delà des initiatives locales)

L'amélioration de la participation aux dépistages organisés repose en premier lieu sur le déploiement d'une communication adaptée, accessible et ancrée dans les réalités locales. À ce titre, il apparaît nécessaire de renforcer les actions d'information et de sensibilisation en mobilisant les médias de proximité, notamment la radio et la télévision, afin de toucher les publics allophones. Le recours à des contenus diffusés en langues locales constitue un levier essentiel pour lever les freins liés aux barrières linguistiques. Des campagnes ciblées de messages vocaux à destination des personnes en retard de dépistage pourraient constituer également un levier de mobilisation. En complément, les documents d'information (invitations, supports relatifs au dépistage organisé du cancer colorectal) pourront faire l'objet d'une adaptation linguistique et culturelle systématique. Le développement de supports pédagogiques, tels que des vidéos explicatives multilingues, contribuent à améliorer la compréhension des modalités de réalisation des examens et des tests de dépistage.

Renforcer l'accessibilité aux dépistages en étendant les compétences des professionnels de santé, en permettant aux IDE exerçant dans les DROM de réaliser des frottis dans le cadre du DOCCU

En Guadeloupe, Martinique et à la Réunion, la densité d'infirmiers libéraux est importante et bien supérieure à la moyenne nationale (entre 200 et 300 / 100 000 habitants contre 142 dans l'hexagone), la Guyane étant proche de la moyenne. Il paraît opportun de mobiliser la ressource infirmière sur les dépistages organisés. Or, la pratique du DOCCU par les IDE est aujourd'hui conditionnée à la mise en œuvre d'un protocole de coopération. Une évolution du cadre en vigueur pourrait permettre d'étendre cette pratique, avec l'ensemble des conditions et garanties tenant notamment à la formation des professionnels concernés.

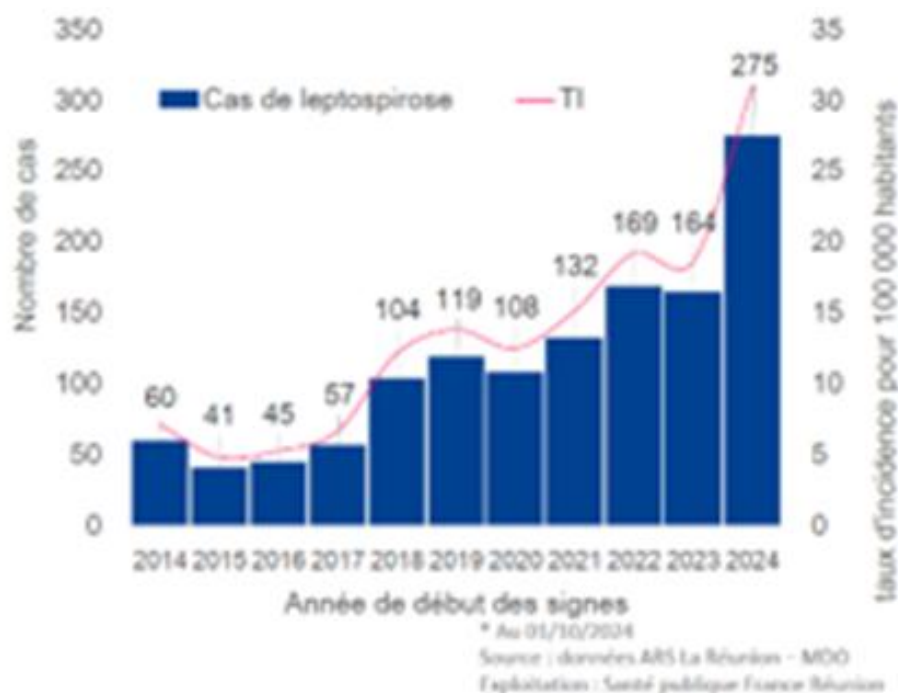
2.3.4 Favoriser le dépistage et diagnostic précoce des maladies vectorielles et infectieuses

Le climat tropical favorise le développement des maladies vectorielles transmises par les moustiques (Dengue, Chikungunya et Zika) ainsi que certaines maladies infectieuses notamment la leptospirose. Les symptômes de ces trois pathologies vectorielles et de la leptospirose sont proches (fièvre, frissons, maux de tête, nausées, douleurs articulaires et musculaires et, de façon inconstante, éruption cutanée). Ces pathologies peuvent évoluer vers des formes graves : 12 000 cas /an environ de dengue grave avec augmentation de la perméabilité vasculaire pouvant conduire à un choc et des hémorragies et une mise en jeu du pronostic vital ; Zika avec un impact sur le développement neurologique et cérébral intra-utérin ; Chikungunya, impact articulaire ou rhumatismal durable.

En 2024, 12,5 millions de personnes ont contracté le virus de la dengue dans le monde (chiffre le plus élevé depuis 1980) et 4,5 millions en 2023. Des épidémies importantes de dengue ont touché la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane depuis l'été 2023. Ces épidémies, associées aux flux importants de voyageurs entre ces territoires et l'hexagone, expliquent le nombre record de cas de dengue importés (4 700 cas) ; de même, le moustique tigre (*Aedes albopictus*) est maintenant présent dans 78 départements métropolitains (données Santé Public France (SPF)).

L'incidence de la leptospirose est de 50 à 100 fois plus élevée dans les régions tropicales avec un taux de mortalité supérieur à 10 % au niveau mondial. En 2024, l'incidence de la leptospirose à La Réunion était de 20 /100 000 habitants (293 cas dont plus de 80% durant la saison des pluies, 169 cas en 2022). En France hexagonale, environ 600 cas sont diagnostiqués par an (incidence 1 / 100 000 habitants) et la recrudescence saisonnière a lieu en été et en automne.

Figure 25 - Nombre de cas de leptospirose et taux d'incidences / 100 000 hab, année début des signes, La Réunion 2014-2024



La leptospirose est souvent sous diagnostiquée en raison de la méconnaissance de ses modes de contamination (peau lésée/ contact direct), des différents réservoirs potentiels (animaux sauvages et domestiques, eau et sols contaminés par l'urine), des signes cliniques polymorphes qui ne facilitent pas le diagnostic (diagnostic différentiel dengue, grippe, covid-19, fièvre Q, autres arboviroses...) et de la nécessité de passer par une sérologie pour la confirmer. Depuis août 2023, c'est une maladie à déclaration obligatoire. Un traitement adapté et précoce par antibiotique permet de limiter l'évolution vers une forme sévère (insuffisance rénale aiguë, atteinte neurologique convulsions, coma et des hémorragies plus ou moins sévères pulmonaires ou digestives). Pourtant à la Réunion en 2022, près de 7 cas sur 10 ont été hospitalisés (27 % en réanimation, 41 % dans un autre service). Un vaccin est recommandé pour les professions exposées (agriculteurs, agents de services de lutte anti vectorielle, élagueurs, éboueurs, vétérinaires et personnels d'animalerie, les égoutiers, les agents d'entretien d'espaces verts ou de voiries, les métiers du bâtiment, les militaires) mais il est confronté à différentes difficultés : la multiplicité des sérotypes ; la lourdeur du protocole d'administration avec 2 injections initiales à quinze jours d'intervalle, 1 rappel quatre à six mois plus tard, puis tous les deux ans si l'exposition persiste, le prix libre (variable entre 20€ et 80€ la dose) et l'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie. Une évaluation par la HAS serait un préalable à une prise en charge de droit commun.

En réponse, des actions de prévention, vaccination et de dépistage mises en place sur le terrain

La prévention primaire menée avec les ARS avec ses partenaires pour sensibiliser et contre la prolifération des moustiques est nécessaire et doit être poursuivie :

- Sensibilisation des populations à la protection collective (limitation des eaux stagnantes, gestion des déchets) et individuelle ;
- Mobilisation des collectivités responsables de l'hygiène et la salubrité ;
- Recensement des lieux de reproduction des vecteurs avec un plan d'action stratégique de lutte mécanique.

Différentes campagnes et expérimentations ont eu lieu en outre-mer pour favoriser le dépistage, la vaccination et la prise en charge de parcours dédiés. Parmi elles, le dépistage de la dengue sans prescription médicale en Guyane a été expérimenté à Kourou en juin 2023. L'objectif principal était de permettre à la population de bénéficier d'un dépistage de la dengue dans les laboratoires tout en rappelant aux patients les mesures de gestion individuelles adaptées (utiliser des produits répulsifs ou dormir sous moustiquaire). Suite au dépistage, le plateau d'appel mis en place par l'ARS appelait les personnes positives pour expliquer le résultat, orienter vers le médecin traitant, surveiller les symptômes et expliquer les mesures de protection individuelle. L'évaluation de la situation épidémiologique a été réalisée par SPF. Sur les 228 questionnaires exploités, 77 % indiquaient s'être fait dépister sans ordonnance. Ceux ayant opté pour « Dengue sans ordo » ont mis en avant la simplicité du dispositif et la praticité face aux délais d'attente pour un rendez-vous médical.

S'agissant de la leptospirose, l'ARS, la CGSS et les CHU de la Réunion ont lancé en septembre 2025 une campagne de vaccination à titre exceptionnel, intégralement prise en charge, orientée prioritairement sur les publics exposés.

Début 2025, face à la forte progression de l'épidémie de Chikungunya, une campagne de vaccination a été lancée à La Réunion (suite à l'avis favorable de la HAS pour ce premier vaccin) en priorité pour les personnes de plus de 65 ans, les adultes ayant des comorbidités et les agents de la lutte anti-moustiques. Pour la campagne vaccinale, 40 000 doses ont été acquises, dont 6 800 distribuées en pharmacie et 3 650 administrées. Pour la vaccination hors campagne, 2 262 vaccins ont été vendus par les grossistes, 1 500 ont été achetés par le CHU avec environ 1 000 personnes ont été vaccinées hors campagne officielle.

Ces pathologies vectorielles et infectieuses nécessitent le recours à des examens biologiques pour permettre un diagnostic précoce puis à des campagnes de vaccination en phase épidémique.

Les médecins peuvent prescrire des examens biologiques ciblant individuellement ou en « triplex » à le dépistage de la dengue, du chikungunya et du Zika en raison de symptomatologies évocatrices très proches.

Pour aller plus loin, il est proposé d'inscrire, après avis HAS à la NABM le triplex dengue, chikungunya, leptospirose afin d'optimiser le dépistage en phase épidémique déclarée par les autorités sanitaires. En complément, permettre la réalisation de tests de dépistages sans ordonnances en période épidémique et en favorisant les cas les plus vulnérables. Cette proposition doit tenir compte de l'offre, la qualité et la capacité à réaliser les tests dans des délais raisonnables par les laboratoires. Enfin, l'Assurance Maladie souhaite améliorer le pilotage des campagnes de vaccination exceptionnelle en facilitant leur suivi via des codes traceurs dédiés. Ce suivi pourrait permettre de structurer des études épidémiologiques assises sur des données en vie réelle.

2.3.5 Améliorer la santé sexuelle en combinant des actions ciblées de vaccination et dépistage ainsi que l'accès simplifié aux traitements

Les départements et régions d'outre-mer (DROM) font face à des enjeux de santé publique importants en matière de santé sexuelle. Malgré une mobilisation collective, des difficultés persistent : prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST), des taux de dépistage faibles, un recours limité à la contraception. Des disparités entre territoires sont observables avec notamment des résultats plus dégradés en Guyane et à Mayotte, en raison notamment d'un accès aux soins plus difficile et tardif (offre de soins réduite et inégalement répartie), en particulier dans les zones rurales ou difficiles d'accès.

Les indicateurs de suivi de la santé périnatale rendant visibles une situation de santé dégradée des mères et futures mères

Les études récentes sur la santé sexuelle dans les DROM mettent en évidence un écart important avec l'hexagone en matière de **recours à la contraception**. Plus d'un quart des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive, contre seulement 9 % dans l'hexagone¹⁵¹, ce qui contribue à un nombre plus élevé de grossesses non désirées. Par ailleurs, l'usage du préservatif lors du premier rapport avec un nouveau partenaire reste inférieur à 55 % dans l'ensemble des territoires d'outre-mer, sans différence notable selon les DROM ou le sexe, et demeure nettement plus faible qu'en hexagone.

La proportion de grossesses souhaitées plus tard ou non désirées étaient en 2021 de 23,7% à La Réunion, 28,6% en Guadeloupe et de 32,8% en Martinique, contre 16,6% en France hexagonale¹⁵².

¹⁵³. L'état de santé mental des mères est décrit par Santé publique France dans l'Enquête Nationale sur la Périnatalité comme globalement plus défavorable qu'en Hexagone¹⁵⁴. En 2021, les femmes dans les DROM se sentaient davantage tristes ou déprimées pendant la grossesse (33,1% à La Réunion, 33,9% pour la Guadeloupe et 39,4% pour la Martinique, contre 25,6% dans l'Hexagone), confortant la nécessité d'un accompagnement psychologique. Concernant les grossesses souhaitées plus tard ou non désirées, les interventions de prévention en proximité doivent se poursuivre pour permettre la maîtrise et l'accès aux moyens de contraception disponibles (notamment les dispositifs de prise en charge dédiés aux moins de 26 ans).

L'âge des mères est également moins élevé en moyenne dans les DROM. Selon la DREES, en 2023, les grossesses chez les jeunes femmes de moins de 20 ans représentent 8 % des grossesses totales dans les DROM, contre seulement 1,5 % dans l'hexagone avec des taux particulièrement élevés en Guyane (12,8%) et à Mayotte (10,4%)¹⁵⁵. Un état de grossesse précoce est un facteur de risque sanitaire pour la mère et le futur enfant.

Les indicateurs de santé périnatale dans les DROM sont des marqueurs fort des inégalités de santé territoriales. D'après le 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM, période 2013-2015), publié dans le BEH de 2023, **1 décès maternel sur 7 survient dans les DROM, et le ratio de mortalité maternelle y est plus de trois fois supérieur à celui de la France hexagonale** (32 contre 9,5 décès pour 100 000 naissances vivantes).

La mortalité infantile présente un profil analogue. Selon l'étude de l'INSEE publiée en avril 2025, **le taux de mortalité infantile dans les DROM atteint 8,0 ‰, soit deux fois plus qu'en France hexagonale**, avec la Guyane (9,7 ‰), Mayotte (9,2 ‰) et la Martinique (8,0 ‰) aux niveaux les plus élevés — aucun département hexagonal ne dépassant 5 ‰. La mortinatalité confirme ces inégalités. D'après les indicateurs de santé périnatale 2023 de la DREES, le taux de mortinatalité pour la France entière est de 8,8 pour 1 000 naissances, tandis qu'il atteint 13,2 pour 1 000 dans les DROM, porté par une mortinatalité spontanée deux fois plus élevée qu'en France métropolitaine (10,9 contre 5,3 pour 1 000). La Guyane enregistre le taux le plus élevé, à 15,6 pour 1 000.

¹⁵¹ Inserm et ANRS-MIE, premiers résultats de l'enquête CSF-2023 dans les outre-mer, avril 2026

¹⁵² ENP-DROM 2021,SPF

¹⁵³ ENP-DROM 2021,SPF

¹⁵⁴ ENP-DROM 2021,SPF

¹⁵⁵ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiqu-e-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/250203_DATA_indicateurs-sante-perinatale-2023

Les DROM présentent des **taux plus élevés de prématurité**, c'est-à-dire de naissances avant 37 semaines, que l'hexagone. Dans le cas des grossesses uniques, le taux de prématurité est de 8,5% contre 5,2% dans l'hexagone¹⁵⁶. Les grossesses multiples y représentent 57,2% des cas parmi les naissances vivantes contre 51,1% dans l'hexagone, avec des taux encore plus élevés à la Réunion (62,5%) et en Guyane (60,0%). Le poids de naissance constitue un autre indicateur clé de la santé périnatale. Dans les DROM, 12,5 % des nouveau-nés présentent un faible poids à la naissance (inférieur à 2500g), contre 7,3 % dans l'hexagone¹⁵⁷.

Pour permettre aux femmes d'être mieux accompagnées et orientées pendant leur grossesse, plusieurs dispositifs ont été mis en place à l'échelle nationale. **L'Entretien prénatal précoce (EPP) permet de repérer les vulnérabilités** et d'orienter la femme vers l'accompagnement médical et/ou social d'autres professionnels si nécessaire. Dans les DROM, les femmes se sont largement approprié ce dispositif, les taux de femmes bénéficiant d'un EPP étant assez proches de ceux observés dans l'hexagone. Au niveau national, 66% des femmes enceintes ont bénéficié d'un EPP en 2025. La Guyane et Mayotte, en revanche, font exception en enregistrant des taux beaucoup plus faibles, en raison de difficultés d'accès aux professionnels de santé et du manque de ressources médicales, ces taux étant respectivement de 41,2% et 35,2%. L'Entretien postnatal précoce, proposé après l'accouchement, vise à dépister la dépression post-partum. En 2025, le taux de femmes bénéficiant de cet entretien dans les DROM est similaire à celui de la France entière soit 27,5%, sauf en Guyane et à Mayotte où les taux sont respectivement de 7,8% et 13%¹⁵⁸.

Les indicateurs de santé périnatale dans les DROM montrent la nécessité de poursuivre les actions en faveur d'un meilleur suivi de la grossesse et de renforcer l'accompagnement médical et social de la future mère, de l'enfant et du couple. Une expérimentation de suivi renforcé des femmes présentant des facteurs de vulnérabilité, ainsi que des facteurs de risque sanitaire spécifiques (surpoids et obésité, hypertension artérielle, diabète), pendant la grossesse et post accouchement, pourrait être construite avec les acteurs de terrain, en s'appuyant sur les professionnels intervenant dans le parcours de santé des femmes, notamment dans la prise en charge des risques et pathologies identifiées.

La prévalence et le dépistage des IST dans les DROM

Les DROM présentent une prévalence des IST plus élevée que dans l'hexagone¹⁵⁹. C'est notamment le cas du VIH, dont la prévalence est particulièrement importante à Mayotte et en Guyane. Concernant les IST bactériennes, les infections à chlamydia sont très fréquentes chez les jeunes de 15 à 24 ans, avec des niveaux supérieurs à ceux observés dans l'hexagone, tandis que les infections à gonocoque sont également en nette progression dans ces territoires.

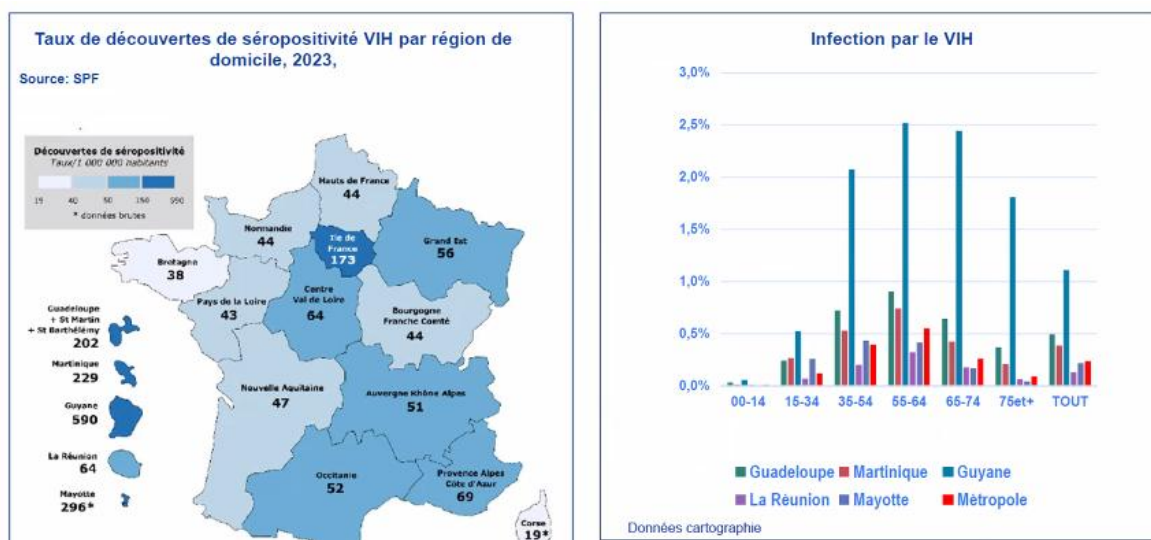
¹⁵⁶ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/250203_DATA_indicateurs-sante-perinatale-2023

¹⁵⁷ https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/250203_DATA_indicateurs-sante-perinatale-2023

¹⁵⁸ Données SNDS

¹⁵⁹ Sauvage C, Balcon C, Chazelle É, Peuchant O, Moreau C, Lot F, et al. Prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium* chez les femmes et les hommes de 18-59 ans, en France hexagonale, enquête PrévIST. Bull Epidemiol Hebd. 2025;(19-20):392-403. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/19-20/2025_19-20_5.html

Figure 26: Taux de découverte et infection VIH



Les taux de dépistage des IST dans les DROM sont en hausse depuis 2015 ¹⁶⁰, notamment grâce à la simplification d'accès aux dispositifs. Depuis 2022, le programme VIH TEST a facilité l'accès au dépistage du VIH, et son extension en septembre 2024 permet désormais de se faire dépister sans ordonnance de 4 IST supplémentaires : chlamydia, gonocoques, syphilis et hépatite B. Les premières données montrent que, globalement, les DROM présentent des niveaux de dépistage pour 1 000 habitants supérieurs à la moyenne nationale, à l'exception du VIH où l'écart reste plus limité. Toutefois, de fortes disparités persistent entre territoires.

Tableau 16 : Nombre de dépistages pour 1000 affiliés RG entre septembre 2024 et décembre 2025 dans les DROM

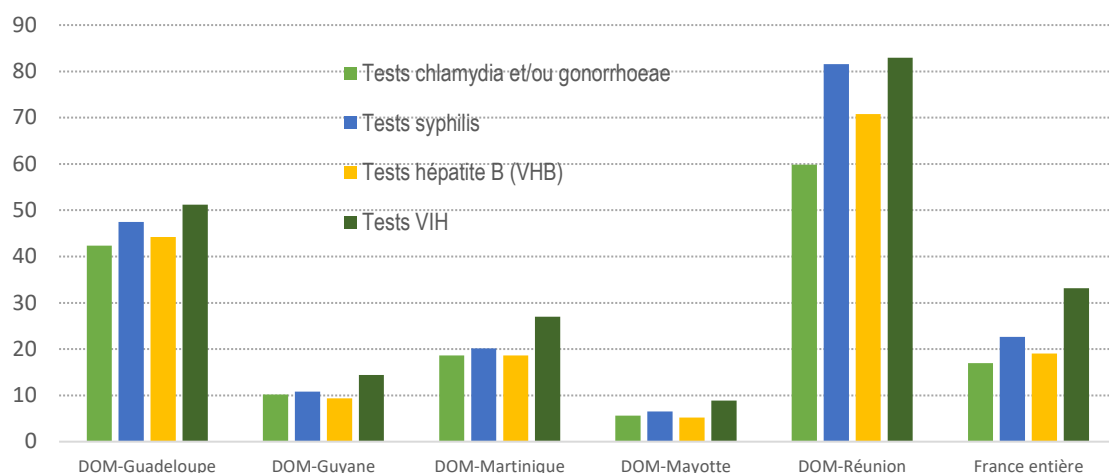
	Tests chlamydia et/ou gonorrhoeae	Tests syphilis	Tests hépatite B (VHB)	Tests VIH
DOM-Guadeloupe	42	47	44	51
DOM-Guyane	10	11	9	14
DOM-Martinique	19	20	19	27
DOM-Mayotte	6	7	5	9
DOM-Réunion	60	82	71	83
France entière	17	23	19	33

NB : Des doublons de personnes sont possibles en cas de changement de région sur la période

Densité = Nombre de personnes avec un test / nombre d'affiliés RG au sens strict pour 1 000 habitants

¹⁶⁰ SNDS DCIR (Tous régimes), profil national 32, LBM et bénéficiaires France entière, Dépistages réalisés du 01/09/2024 au 31/12/2025 et mandatés jusqu'au 31/12/2025

Figure 27 : Tests Chlamydia, syphilis, hépatite B, VIH



Source : Cnam

Afin d'améliorer la santé sexuelle il est proposé, dans les territoires où l'accès aux laboratoires est rendu difficile soit pour des motifs de mobilité (éloignement géographique des lieux de dépistages, réseau de transport insuffisant) ou des freins d'ordre social ou culturel, de renforcer l'accessibilité aux dépistages des IST via la mise à disposition de kits d'auto prélèvement et de dispositifs d'aller-vers en partenariat notamment avec les laboratoires de biologie médicale et en coordination avec les associations locales. Un réseau partenarial impliquant notamment l'Assurance Maladie, l'ARS, les laboratoires et des acteurs associatifs pourrait développer des circuits de remise de tests à domicile et de collecte des prélèvements, afin de faciliter le dépistage des IST auprès des différents publics cibles (et notamment les plus jeunes).

Parallèlement, les actions de prévention primaire favorisant le recours au préservatif doivent être poursuivies et intensifiées. La prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie de préservatifs masculins (sept références) et féminins (trois références), sans prescription médicale, pour les moins de 26 ans assurés sociaux et bénéficiaires de l'AME (et garantie de la confidentialité pour les mineurs), doit poursuivre sa montée en charge, avec l'appui des pharmaciens d'officine et des acteurs locaux de la prévention en santé sexuelle. De nouvelles campagnes de promotion de ces préservatifs pris en charge par l'AMO constitueront un axe important de prévention des IST.

Enfin, **l'accès aux traitements, notamment anti-retroviraux**, peut s'avérer complexe dans les zones difficiles d'accès et faiblement dotées en pharmacies, notamment en Guyane et Mayotte.

DROM	Nombre de pharmacies actives en décembre 2025	Nombre de bénéficiaires avec au moins un remboursement d'un produit produit de la classe ARV
GADELOUPE	163	11 737
MARTINIQUE	134	10 547
GUYANE	51	7 414
REUNION	247	20 187
MAYOTTE	27	1 759

Afin de faciliter le recours au traitement et son observance, l'Assurance Maladie propose après avis de la HAS et évolution réglementaire, **d'autoriser la délivrance dérogatoire de traitements antirétroviraux pour 3 mois**, dans les DROM où le maillage officinal est insuffisant.

Une couverture vaccinale HPV en retard

Les DROM figurent parmi les territoires français où la couverture vaccinale contre les papillomavirus humains (HPV) est la plus faible. À l'issue de la campagne de vaccination en collège (5e) fin 2023, la Martinique présente les taux les plus bas de France : 18 % chez les filles et 12 % chez les garçons, suivie par la Guyane (25 % / 18 %), la Guadeloupe (26 % / 14 %) et La Réunion (27 % / 16 %), à comparer aux 73 % et 59 % enregistrés en Bretagne. [Santé publique France, Vaccination aux Antilles, avril 2024] Ces niveaux restent très en deçà de l'objectif de 80 % fixé par la stratégie décennale de lutte contre les cancers à l'horizon 2030.

Couverture Vaccinale (%) contre les infections à HPV par région de résidence chez les filles et les garçons nés en 2012

Régions	Au moins 1 dose				Schéma complet (2 doses)			
	Filles	Différence 2024-2025 (points)	Garçons	Différence 2025-2024 (points)	Filles	Différence 2024-2025 (points)	Garçons	Différence 2025-2024 (points)
Guadeloupe	28	+8	18	+7	13	+6	8	+4
Guyane	25	+4	18	+5	11	+4	6	+3
La Réunion	26	+9	18	+7	13	+7	8	+4
Martinique	22	+8	15	+6	10	+4	5	+2
France entière	54	+16	43	+14	35	+16	27	+13

Source : Données SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, au 30/06/2025

La faible couverture vaccinale, doublée d'un retard des dépistages du cancer du col de l'utérus entraînent des conséquences sanitaires majeures : cancer du col de l'utérus, étroitement lié aux infections par papillomavirus, connaît en effet une prévalence élevée dans plusieurs territoires ultramarins¹⁶¹.

Les principaux freins identifiés sont le manque d'information et une méfiance envers les vaccins, dans un contexte où l'adhésion vaccinale en général a fortement chuté dans les DROM entre 2014 et 2021, et ne s'élève plus qu'à 59 % en Martinique¹⁶². S'y ajoutent des freins liés à une méconnaissance du vaccin et son association avec une activité sexuelle : les opinions religieuses et la crainte que la vaccination encourage l'activité sexuelle sont citées comme freins à la vaccination HPV, les parents rencontrant des difficultés à parler de sexualité avec leurs enfants étant moins enclins à encourager cette vaccination — un phénomène renforcé dans les DROM par des normes culturelles et des tabous autour de la sexualité, relevés notamment dans l'enquête nationale sur les sexualités en outre-mer¹⁶³. La vaccination en milieu scolaire contre les HPV n'atteint également pas les niveaux espérés : ainsi, en 2024-2025 parmi les 13 490 élèves réunionnais concernés, seuls 10% ont vu leur autorisation parentale signée et environ 1 000 ont été effectivement vaccinés (7,6% de l'effectif cible)¹⁶⁴.

Il apparaît alors nécessaire de renforcer la mobilisation des acteurs autour d'une campagne de vaccination HPV dans les DROM : l'Assurance Maladie, l'ARS, les professionnels de santé et l'éducation nationale pourraient former une gouvernance adaptée pour consolider l'organisation des campagnes vaccinales en milieu scolaire, en travaillant à de mesures d'information et de communication contribuant à lever les freins à la vaccination. En complément, la formation d'ambassadeurs thématiques au sein des communautés locales comme relai d'information et pour lutter contre les tabous s'avère un mode d'aller-vers efficace à promouvoir ¹⁶⁵.

¹⁶¹ Voir supra publication SPF avec INCa et FRANCIM

¹⁶² Baromètre santé, Vaccination Info Service

¹⁶³ Inserm / enquête nationale sur les sexualités en France — volet DROM, 2024–2026

¹⁶⁴ ARS La Réunion

¹⁶⁵ CESE, https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2026/2026_02_sante_OM.pdf

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 1 : rendre le Nutri-Score obligatoire sur les produits emballés et y ajouter une information sur le caractère ultra-transformé du produit

Proposition 2 : Interdire la vente de cigarettes à toute personne née après 2009 et en parallèle réguler les ventes frontalières en lien étroit avec l'Union Européenne

Proposition 3 : Renforcer le financement des actions de contrôle « clients mystères » sur la vente de tabac et d'alcool aux moins de 18 ans dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions.

Proposition 4 : Permettre à l'Assurance Maladie d'organiser le dépistage des troubles visuels et du langage à l'école pour faciliter la réalisation des bilans de santé des enfants à l'école

Proposition 5 : Renforcer la détection et la prise en charge précoce des troubles en santé mentale légers à modérément sévères chez les enfants et les adolescents en médecine générale :

- *En facilitant l'identification précoce et l'orientation des jeunes vers les soins adaptés (via l'outil PRIMO, solution en ligne ciblant les 15-30 ans) avec un référencement sur Mon Espace Santé*
- *En s'appuyant sur des questionnaires de parcours afin de faciliter l'accès à un accompagnement pour les troubles mentaux les plus fréquents. Cette mesure pourrait notamment être mise en œuvre via l'extension de l'expérimentation SESAME aux moins de 18 ans dans le cadre de sa transposition dans le droit commun.*

Proposition 6: Confier la réalisation de la spirométrie aux infirmiers pour le dépistage précoce de la BPCO dans le cadre de l'exercice coordonné

- *Expérimenter dans plusieurs régions volontaires, en lien avec des CPTS, un nouveau modèle d'organisation territoriale du dépistage de la BPCO porté par les structures d'exercice coordonné (MSP, CDS, équipes de soins coordonnés, hôpitaux de proximité)*

Propositions spécifiques aux DROM

Proposition 7 : Améliorer la participation aux dépistages précoces (cancer, dépistages scolaires) (DROM)

- *en étendant les compétences des professionnels de santé comme les infirmiers pour le cancer du col de l'utérus*
- *en adaptant la communication aux assurés des DROM en collaboration avec les ARS (au-delà des initiatives locales)*

Proposition 8 : aligner strictement les taux de sucre avec ceux des produits distribués en France hexagonale (DROM)

Proposition 9 : Développer la prévention à hauteur d'enfant (DROM)

- *Périnatalité : prolonger et étendre le financement dérogatoire par l'AM du dosage d'imprégnation mercurielle des femmes enceintes et des bébés à la naissance et des enfants jusqu'à 6 ans*
- *Périnatalité : mettre en place une action de sensibilisation à l'alcoolisation fœtale*
- *Prévention du surpoids et de l'obésité infantile (MRTC) : revaloriser la rémunération des professionnels (médecins, nutritionnistes, psychologues) pour encourager l'inclusion dans le dispositif*

Proposition 10 : Améliorer la santé sexuelle en combinant des actions ciblées de vaccination et de dépistage ainsi que l'accès simplifié aux traitements (DROM)

- *Renforcer l'accessibilité aux dépistages des IST via la mise en place de kits à domicile/dispositifs d'aller-vers avec les laboratoires de biologie médicale et en coordination avec les associations locales*
- *Proposer une délivrance dérogatoire des traitements antirétroviraux pour 3 mois dans les zones où la densité de pharmacie est trop faible*
- *Mobiliser une coalition d'acteurs autour d'une campagne de vaccination HPV dans les DROM : AM/ARS/PS/Education nationale avec gouvernance adaptée ; formation d'ambassadeurs thématiques au sein des communautés locales comme relai d'information et pour lutter contre les tabous*

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

Les projections réalisées par l'Assurance Maladie estiment que le nombre de personnes atteintes d'une maladie chronique pourrait dépasser 30 millions à l'horizon 2035, contre près de 26 millions en 2024. Face à cette progression continue des besoins de santé, la mise en place d'une organisation graduée et efficiente des soins constitue un enjeu majeur pour garantir à la fois l'accès, la qualité et la soutenabilité de notre système de santé.

Le rapport Charges et Produits pour 2026 a ainsi fait de l'organisation des parcours de soins l'un de ses trois axes stratégiques prioritaires. Il rappelle que la réponse aux défis du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et des tensions persistantes sur les ressources médicales nécessite une transformation profonde de l'organisation des soins. Cette évolution repose sur une meilleure organisation des soins de ville par rapport aux pathologies chroniques et une meilleure articulation entre les soins de ville et les soins hospitaliers, afin de dépasser les logiques de fonctionnement en silo et de favoriser une gradation des prises en charge adaptée aux besoins des patients.

Dans cette perspective, le suivi des patients atteints de maladies chroniques doit reposer prioritairement sur les soins de ville, au plus près de leur lieu de vie. Le médecin traitant y occupe une place centrale en assurant l'orientation du patient, la coordination des intervenants, le suivi au long cours et la prévention des complications. Autour de lui, l'ensemble des professionnels de santé de proximité – infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et autres paramédicaux – contribuent, chacun dans leur champ de compétences, à la surveillance de l'état de santé, à l'accompagnement thérapeutique, à l'éducation du patient et au maintien de son autonomie. Cette complémentarité en équipe est encore renforcée dans les structures qui s'engagent dans l'exercice coordonné telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou les centres de santé (CDS).

Dans cette logique, l'Uncam a engagé en mars dernier des négociations, avec les syndicats représentatifs de différentes professions de santé libérales et l'Unocam, afin de mettre en place le réseau France Santé. Inscrit dans la LFSS pour 2026, l'objectif de ce réseau est de garantir à chaque citoyen une offre de soins accessible et de qualité, partout sur le territoire, à proximité de son domicile.

Deux avenants ont ainsi été signés le 5 juin dernier, permettant de définir les conditions d'accès au réseau France Santé sous forme d'engagements socle et complémentaires, ainsi que les financements associés :

- Un avenant à l'accord national régissant les centres de santé (CDS) : signé par l'ensemble des neuf organisations représentatives de ces centres de santé ;
- Un avenant à l'accord conventionnel interprofessionnel des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) : signé par 24 syndicats représentatifs des différentes professions de santé libérales. Les deux accords ont également été signés par l'Unocam.

En rejoignant le réseau France Santé, les MSP et les CDS volontaires bénéficieront de financements complémentaires aux dispositifs existants, pouvant atteindre en moyenne 50 000 euros par an :

- Pour être labellisées, les structures déjà signataires des accords devront respecter de nouveaux critères socles visant à garantir l'accès à une réponse de soins de proximité (médecine générale et soins infirmiers) tout en tenant compte des spécificités de l'offre locale.
- Des engagements complémentaires sont également prévus portant sur l'accès aux soins, la prévention, la prise en charge des publics vulnérables et le renforcement des parcours de soins. Les structures pourront choisir de s'engager en tenant compte de leurs spécificités et de leurs projets de santé.

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont vocation à structurer cette organisation territoriale en facilitant la coordination entre les acteurs, en fluidifiant les parcours et en garantissant un accès plus rapide aux ressources nécessaires. Une négociation doit s'ouvrir prochainement dans ce but, alors que les CPTS couvrent quasiment aujourd'hui la totalité du territoire.

Au-delà de ces structures de premier recours, les équipes de soins spécialisées (ESS), créées par la convention médicale de 2024, commencent à se déployer (39 ont déjà été créées). Elles permettent aux médecins d'une même spécialité de second recours de se regrouper et aux professionnels de premier recours de solliciter un avis spécialisé ou un accompagnement coordonné pour les situations complexes, pour renforcer les suivis assurés en ville.

L'hôpital conserve un rôle essentiel, mais davantage centré sur les situations nécessitant une intervention rapide en cas de dégradation grave de l'état de santé, une expertise spécialisée, un plateau technique ou une hospitalisation. Il intervient aussi dans la prise en charge des malades chroniques avec un haut niveau de sévérité. Il doit également contribuer à sécuriser les moments clés des parcours, notamment les admissions et les sorties d'hospitalisation, afin de garantir une continuité effective des prises en charge avec les acteurs de ville.

Cette organisation graduée permet de garantir le bon soin au bon endroit. Elle répond à un impératif de qualité pour les patients, tout en préservant les ressources hospitalières pour les situations qui requièrent réellement leur intervention et en assurant la soutenabilité de notre système de santé.

3.1 L'engagement patient : un levier de transformation et d'amélioration de la qualité des soins

L'engagement des patients, notamment dans son degré le plus élevé qu'est le partenariat en santé, montre des résultats positifs sur la qualité, la sécurité et les résultats cliniques ainsi qu'une meilleure capacité des patients à gérer et affronter leur maladie et renforcer l'adhésion thérapeutique. C'est un levier fort mais encore sous-exploité, qui peut participer à répondre de façon efficiente à l'accroissement des maladies chroniques.

L'engagement du patient et/ou de ses proches désigne toute forme d'action, individuelle ou collective, au bénéfice de leur santé, leur bien-être ou leur qualité de vie, ou de de ceux de leur pairs¹⁶⁶. Il est communément admis que la notion d'engagement patient¹⁶⁷ recouvre aujourd'hui un continuum de formes qui se distinguent par leur degré de d'intensité (Figure 28). Il vise le développement des capacités d'agir des patients par leurs participations dans leurs propres soins (ex : décision médicale partagée) comme dans l'organisation des structures, des projets de santé, de la recherche, de la formation (patients experts, patients pairs-aidants, patients enseignants, patients chercheurs, représentants d'usagers, ...).

Figure 28 : les degrés de l'engagement patient



Source : « Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation »
HAS, juin 2025 – document pédagogique [[LIEN](#)]

L'engagement patient, particulièrement dans le cadre de la relation clinique ne peut avoir lieu sans le recueil et la prise en compte de l'expérience du patient. L'expérience patient englobe les démarches de recueil du vécu du patient via des entretiens, focus group, enquêtes, observation ou encore questionnaires standardisés comme les « Patient Reported Experience Measures (Prems) » : expérience des soins perçue par le patient (accueil, information reçue, etc) ou les Patient Reported Outcomes Measures (Proms) : résultats de santé rapportés par le patient (état de santé, symptômes, impact de la maladie sur la qualité de vie, ...).

166 Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire, HAS, 2020 [[LIEN](#)]

167 Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. Carman KL & al. Health Aff, 2013 [[LIEN](#)]

3.1.1 Recueillir l'expérience patient : une démarche ancienne qui se diversifie et s'amplifie

La mesure des résultats de santé et le recueil de l'expérience des soins est une pratique déjà ancienne qui poursuit divers objectifs selon les niveaux d'action individuels, organisationnels ou systémiques (Tableau 17). L'état de santé perçu, complémentaire aux mesures cliniques est recueilli depuis de nombreuses années dans les enquêtes nationales de santé¹⁶⁸. Plusieurs initiatives de mesure de l'expérience des soins et résultats de santé perçus par les patients ont été déployées à l'échelon national (E-satis) ou dans des cadres expérimentaux, notamment de l'article 51¹⁶⁹, pour évaluer la qualité des soins et des innovations organisationnelles avec l'appui de la HAS et l'ATIH.

Dans une perspective de recherche ou d'amélioration des soins à l'échelon individuel ou des organisations, de nombreux acteurs hospitaliers et de premiers recours, Collèges Nationaux des Professions, certaines ARS, acteurs de la recherche (plateforme Compare de l'APHP, équipes de recherches en soins primaires¹⁷⁰), mais également les associations de patients¹⁷¹ s'engagent dans ces démarches de recueil de l'expérience patient et d'engagement patient. La mobilisation des patients, principalement par la réponse à des questionnaires, pour évaluer les soins et la santé a pris une importance croissante¹⁷² avec le déploiement du numérique en santé.

Ces initiatives ont été peu appréhendées dans leur ensemble et ce d'autant plus qu'elles sont portées par des acteurs différents ou s'inspirent de modèles de régulation très différents de notre système de santé¹⁷³ poursuivant des objectifs qui, s'ils sont tous légitimes, peuvent paraître parfois contradictoires¹⁷⁴. Ce foisonnement, mais également la multiplication des outils (questionnaires, applications) et des usages portés par chacun pose des problèmes de comparaison des résultats et peut renforcer la concurrence là où la coopération est recherchée. Le risque est de conduire par la multiplication des démarches de recueil (par exemple les questionnaires) pour les patients comme pour les professionnels et l'absence de visibilité sur leur usage et leur utilité opérationnelle, à l'impression d'une relative inefficacité globale et au final d'épuiser le pouvoir mobilisateur et transformateur de l'organisation des soins du patient comme partenaire de ses soins. Face à cette appropriation hétérogène de la démarche par les acteurs de santé, le guide *Partenariat en santé et patients partenaires*¹⁷⁵ récemment publié par la HAS propose un cadre commun autour de trois principes conditionnant sa réussite : la co-décision, la co-conduite et la co-évaluation.

Tableau 17 : représentation synthétique de la mobilisation de l'expérience des soins et des résultats de santé perçus par les patients dans les systèmes de santé

Niveau d'action	Objectifs et usages	Exemple
Micro : au niveau de la relation clinique	Enrichir la relation entre patient et soignant ou équipe soignante (décision partagée, stratégie de soin, symptômes...)	Promis29, EQ5D (Proms/résultat de santé perçu générique)
Méso : au niveau d'une organisation, institution	Comparaison entre établissements de santé/équipes de soins ; Païement / achat à la performance ; Auto évaluation au sein d'une équipe (amélioration des pratiques) ;	ProDiab (Proms/résultat de santé perçu spécifique, ici le diabète) Patient Generated Index (Proms/résultat de santé perçu individuel)
Macro : au niveau régional, national ou international	Allocation de ressources ; Recherche, innovation (évaluation médicaments, FDA) ; Comparaisons entre systèmes de santé	E-Satis (Proms / expérience des soins perçu)

168 Enquêtes de qualité de vie et de santé perçue dès les années 70/80, les Qualys dans les années 90, ...

169 Voir, dans ce chapitre, la partie retour d'expérience sur le recueil de l'expérience des soins dans le cadre de l'art51 Peps/Ipep

170 Patient experience and primary care teams: a cross-sectional survey of French elderly patients, M Angibaud & al, BMJ Open, 2025. [LIEN]

171 Exemple : élaboration d'outils de recueil comme la plateforme MoiPatient, construction de questionnaires spécifiques comme ProDiab par la FFD

172 Plusieurs think tanks et organismes internationaux ont produit des rapports et avis récents sur les Proms/Premis et la Value Based Health Care : CommonWealth Fund aux USA ; OCDE ; Européens : KCE (centre fédéral d'expertise des soins de santé) en Belgique, Fondation Bertelsman en Allemagne...

173 Par exemple certains modèles qui inspirent certaines démarches comme le VBHC (Value Based Health Care) sont importés de contextes de systèmes de santé qui se réfèrent à des modèles théoriques de marché où le patient réalise un choix rationnel d'opérateurs de soins qui nécessite une information explicite sur la valeur des soins proposés sur le marché. Elles sont déclinées dans le contexte des systèmes européens de santé pour prioriser les interventions ou évaluer la pertinence des soins.

174 Par exemple, l'utilisation de données d'abord collectées pour la relation de soin à des fins autres comme l'évaluation de la pratique d'une équipe ou d'un professionnel pour des comparaisons, voire du financement, peut conduire à un désengagement des principaux concernés que sont le patient et le professionnel. Ces derniers risquent de ne plus utiliser les questionnaires craignant un contrôle externe de résultats avant tout collectés pour le soin.

175 Partenariats en santé et patients partenaires, HAS, 2026 [LIEN]

3.1.2 Recueillir l'expérience patient pour renforcer l'engagement patient : la clarification nécessaire des objectifs et usages

Les enseignements de la littérature (Encadré 16), le recueil d'expériences étrangères notamment en Nouvelle-Galles-du-Sud (Australie), au Danemark ainsi qu'au Pays-de-Galles (Encadré 17) et l'analyse d'expériences françaises¹⁷⁶ montrent que le développement de politiques visant à renforcer l'implication du patient, mesurer les résultats de santé perçus et recueillir son expérience des soins est un processus de transformation profonde de la relation soignant-patient, mobilisateur mais complexe, qui doit prendre en compte un grand nombre de dimensions (formation, communication, supports adaptés, support technologique...) pour s'installer en routine.

Encadré 16 : Freins et leviers identifiés dans la littérature

Les méta-analyses récentes¹⁷⁷ font état de nombreux freins et limites rencontrés lors de la mise en œuvre du recueil des résultats ou de l'expérience de soins par les patients. Il s'agit par exemple de l'insuffisante confiance dans la sécurité des systèmes d'information ; la multiplicité des questionnaires ; l'absence de retour vers les patients ; la sur sollicitation des patients qui conduisent à de faibles taux de réponse ; des biais de sélection nombreux (littérature insuffisante, non-adaptation à la langue, difficultés d'utilisation du numérique) qui limitent la portée et l'utilité des résultats.

Les leviers d'amélioration envisagés mentionnent la définition en amont des objectifs ; la clarification des usages et des modalités d'administration ; la co-construction et la réassurance des professionnels de santé sur les usages ; l'inclusion des patients en amont dès l'élaboration des outils et des démarches ; la réalisation de questionnaires courts et compréhensibles ; la participation de l'entourage/aidants, voire de personnels dédiés au remplissage des questionnaires ; la communication sur ces nouveaux indicateurs ; le partage des données aux patients.

Encadré 17 : Les enseignements des exemples Danois et Gallois

En 2016, le Danemark¹⁷⁸ a engagé une politique d'amélioration de la qualité nationale dont le programme de développement des Proms constitue un des 8 piliers. L'objectif du programme « Active PRO » était d'abord de renforcer le partenariat et la communication patient-professionnel, l'utilisation des données pour évaluer la qualité étant un objectif secondaire. Hébergé par le Danish Health Data Authority (dépendante du ministère de la Santé), le programme est gouverné par un comité de pilotage composé de l'association nationale des patients (regroupant plus d'une centaine d'associations) et de 14 membres venant d'autorités de régulation. L'élaboration des questionnaires est partenariale, impliquant patients, professionnels et régulateurs au travers d'un processus de co-création bien défini avec une participation active et structurée des patients. Dotée d'un financement ad hoc de 1,3 M€/an soit 8 millions sur 6 ans, « Active PRO » a permis de définir des questionnaires intégrés dans le système d'information national qui sont proposés et recommandés aux professionnels sans obligation d'utilisation.

Quelques enseignements se dessinent :

- Le déploiement et l'interconnexion SI restent un point dur : **le travail d'interconnexion des systèmes locaux avec le national est long et non encore achevé** après 6 ans, avec 5 systèmes IT distincts en cours d'intégration à des degrés variables.
- Nombre faible de questionnaires collectés en routine ~quelques milliers
- Adoption avancée dans les hôpitaux et chez les spécialistes, faible en soins primaires (manque de temps) mais fréquence d'utilisation très inégale en fonction des pathologies, des professionnels et des services
- De nombreux effets positifs dans le soin individuel (dialogue, appui à la décision clinique, préparation...)

Le travail à mener pour déployer effectivement les Proms va nécessiter des efforts importants et continus auprès des patients et professionnels.

¹⁷⁶ Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants. Rapport IGAS, 2024. [\[LIEN\]](#)

¹⁷⁷ Understanding factors impacting patient-reported outcome measures integration in routine clinical practice: an umbrella review. Anderson, M., van Kessel, R., Wood, E. et al. Quality of Life Research. 2024 [\[LIEN\]](#) et The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. Health Policy. 2023. [\[LIEN\]](#)

¹⁷⁸ The implementation of the 2017 national policy on patient-reported outcomes in Denmark: An overview of developments after six years. Lindström Egholm et al. Health Policy. 2023 [\[LIEN\]](#)

Le Pays de Galles¹⁷⁹ a engagé dès 2014 une stratégie nationale de « prudent healthcare » où le recueil de Proms et Prems constitue un des leviers opérationnels pour améliorer la qualité des soins. En raison de nombreuses initiatives locales non coordonnées de collecte de Proms et Prems, la priorité a été mise sur leur standardisation via le programme financé PPEP (Proms, Prems and Effectiveness Programme). Ce dernier comprend trois équipes complémentaires : une équipe technique pour le développement d'une plateforme numérique de recueil, une équipe d'appui auprès des acteurs locaux, et une équipe académique pour la construction/traduction des questionnaires et l'analyse des données. L'élaboration de parcours de recueil de Proms mobilise les réseaux cliniques et consulte les patients, sans toutefois les intégrer formellement dans la gouvernance au niveau national. En 2020, la plateforme nationale comptait 30 Proms et 60 000 répondants. Le programme, désormais porté par le Welsh Value in Health Centre créé en 2021, a depuis évolué vers une décentralisation s'appuyant sur des plateformes privées répondant à un cahier des charges. Il compte aujourd'hui 51 parcours nationaux. Chaque parcours standardise pour une pathologie ou un soin donné (ex : cancer de la prostate, arthroplastie de l'épaule, ...) les questionnaires à utiliser et les modalités de recueil (ex : moment du parcours où les mobiliser).

L'introduction d'outil de recueil de l'expérience des soins et/ou des résultats de santé perçus dans la pratique courante ne peut se faire sans l'adhésion des professionnels de santé et des patients. Il s'agit véritablement de constituer - ou reconstituer - une nouvelle alliance entre les acteurs du système de santé par le recueil de l'information issue du patient pour le bon déroulement du soin, l'évaluation de la qualité, mais également orienter les choix d'allocations de ressource dans le système de santé. L'établissement de relations de confiance entre acteurs conditionne leur adhésion et repose sur la clarification des finalités du recueil de l'expérience patient. La priorisation explicite des objectifs et des usages (Tableau 17) et leur séquençage dans le temps permettra l'alignement des acteurs cliniciens/patients, établissements/fédérations, régulateurs/financeurs/opérateurs.

Ces constats ont été approfondis à l'occasion d'un séminaire international organisé conjointement par la Direction générale de l'offre de soins au sein du ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes Handicapées (DGOS) et la CNAM avec l'appui de l'Observatoire Européen et la participation de la HAS qui s'est tenu le 20 novembre 2025¹⁸⁰. Les points saillants sont les suivants :

- Les exemples internationaux montrent que la mise à l'échelle est facilitée par l'existence d'une stratégie nationale définissant clairement les objectifs, les niveaux d'usage (micro, méso, macro) et les priorités. Une politique nationale doit s'appuyer sur une gouvernance impliquant les acteurs professionnels et patients, des outils numériques adaptés, un minimum de standardisation et des financements pérennes.
- L'engagement patient doit s'intégrer dans une vision stratégique partagée de la qualité en santé et doit être articulé avec la politique du numérique en santé.
- Un point de vigilance largement partagé concerne le retour des données sous des formes accessibles et utiles aux patients et aux professionnels. C'est un élément structurant de la confiance et de la durabilité des dispositifs. Sans bénéfice visible, sans dialogue avec les professionnels, la mobilisation des patients s'essouffle rapidement et conduit à leur désengagement.
- Il est nécessaire de prioriser les populations et les situations vers lesquelles porter les efforts, plutôt que de chercher une généralisation immédiate (patients atteints de maladies chroniques et situations de forte complexité).
- L'engagement patient ne peut être pensé indépendamment de la littératie en santé, c'est-à-dire les connaissances et la capacité pour un individu de comprendre et utiliser l'information de santé. Son évaluation doit être systématique en amont du recueil des données afin de s'assurer que les patients les comprennent et comprennent leur utilité et leur utilisation.
- Les financements doivent soutenir et faciliter le développement de l'engagement patient sous la forme d'incitations à la participation des équipes au recueil et à l'usage des données de l'expérience patient par les professionnels et les patients. Le conditionnement direct de la rémunération des équipes ou professionnels aux résultats mesurés s'avère peu efficace pour renforcer l'engagement patient.
- Les outils numériques et dispositifs de recueil doivent être frugaux, soutenables et pleinement intégrés aux pratiques sans alourdir la charge de travail des professionnels et des équipes. La mutualisation des coûts liés aux questionnaires et outils numériques apparaît comme un levier clé pour lever les barrières financières et favoriser l'équité entre territoires et organisations de soins.

179 The uses of Patient Reported Experience Measures in health systems: A systematic narrative review. Jamieson Gilmore K, Corazza I, Coletta L, Allin S. Health Policy. 2023. [LIEN](#)

180 Politiques d'engagement des patients pour améliorer la qualité et l'efficacité des systèmes de santé : quels enseignements tirer des expériences étrangères ? Comparaisons internationales n° 10. Juin 2026. Améli. [LIEN](#)

3.1.3 Favoriser l'engagement des patients en soins primaires : consulter les patients, recueillir l'expérience des patients et co-construire avec eux

Forte de ces constats, l'Assurance Maladie souhaite soutenir le renforcement de l'engagement des patients en soins primaires, avec une attention particulière portée sur les personnes concernées par les maladies chroniques notamment cardio-vasculaires. Cet engagement s'appuie notamment sur les retours d'expériences menées par l'Assurance Maladie.

Le processus de transformation de l'organisation des soins que constitue la mise en place de parcours de soins plus orientés vers la prévention secondaire comme tertiaire doit bénéficier d'une implication plus importante des patients qui en sont au final les co-acteurs et les principaux bénéficiaires. Il s'agit, dans le champ des pathologies concernées, à fort gradient social et qui sont déterminées en partie par des habitudes de vie et de comportement à risques (alimentation, tabac, alcool, sédentarité, non-adhésion aux traitements et examens recommandés...), d'accompagner le patient à prendre conscience de ces risques, mais également de sa possibilité à agir pour prévenir la survenue de complications ou d'aggravation de sa maladie. La participation des patients est également un levier mobilisateur pour engager les professionnels dans ces transformations qui y retrouvent par là le sens de leur exercice clinique.

Pour accompagner cette transformation du système de santé, l'Assurance Maladie souhaite agir à deux niveaux : renforcer l'engagement patient en modifiant le cadre conventionnel (interprofessionnel et structures pluri-professionnelles) et déterminer les conditions permettant d'inscrire l'engagement patient de manière efficace et opérationnelle dans la relation patient-soignants en lançant une expérimentation avec professionnels et associations de patients sur le champ des maladies cardio-vasculaires et associées. Enfin, dans la continuité des travaux initiés, l'Assurance Maladie souhaite engager de manière structurée, systématique et documentée les patients en situation de défaillance rénale dans leurs choix de traitements de suppléance en fonction de leur situation médicale.

Retour d'expérience des expérimentations Article 51 PEPS /IPEP : enseignements et pistes de passage à l'échelle du recueil de l'expérience patient

Dans le cadre des expérimentations Article 51 PEPS (Paiement en Équipe de Professionnels de Santé) et IPEP (Incitation à une Prise en charge Partagée) la mesure de l'expérience patient occupe une place importante. Les structures participant à ces expérimentations ont en effet la possibilité de diffuser auprès de leurs patients un questionnaire standardisé afin d'évaluer la qualité de leur parcours à partir de leur vécu. Ce dispositif vise non seulement à objectiver les bénéfices des organisations innovantes, mais également à encourager les professionnels à prendre en considération le vécu de leurs patients dans l'amélioration des pratiques professionnelles.

Ce questionnaire, diffusé dans un cadre structuré lié aux deux expérimentations, est un outil opérationnel au service de l'amélioration des pratiques, du pilotage des parcours et de la pertinence des soins. Ce chapitre vise à analyser les enjeux, dresser un état des lieux du recueil de l'expérience patient dans les expérimentations, identifier les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain et proposer des pistes d'évolution pour en faire un véritable levier d'amélioration des pratiques professionnelles en structures d'exercice coordonné dès 2027.

Historique et campagne 2025

Lancé en 2018 dans le cadre d'IPEP, un questionnaire d'expérience patient (type PREMs) a été co-construit avec le Ministère de la santé, la Cnam, la HAS, l'Atih, France Asso Santé et Diabète Lab. Testé auprès d'une cinquantaine de patients, il comportait initialement une quarantaine de questions (contact avec l'équipe soignante, soutien, suivi post-hospitalisation). Deux campagnes ont été menées en 2019-2020 et 2021, recueillant près de 1 400 questionnaires. Plusieurs limites sont apparues : questionnaire trop long, processus de recueil contraignant, campagnes continues peu mobilisatrices, et absence de validation par la HAS (population cible insuffisamment définie, taux élevé de non-concernés sur la dimension hospitalisation). En conséquence, le questionnaire a été adapté, raccourci et les modalités de recueil élargies.

Une démarche valorisée pour les structures participantes

La participation est intégrée dans les modèles de rémunération des structures sous forme de bonus. L'objectif a évolué d'une valorisation des résultats vers une rémunération de l'engagement dans la démarche. Les critères ont varié selon les années (nombre de mails envoyés, questionnaires complétés, taux de participation). En 2025, un bonus supplémentaire a été introduit pour les structures renseignant une fiche déclarative sur le partage des résultats et les actions d'amélioration mises en place.

Campagne 2025 : plus de 2000 réponses restituées aux structures

Lors de la campagne 2025, **sur 53 structures sollicitées, 39 (74 %) ont participé**, sur une durée de 2 à 4 semaines consécutives. Sont éligibles les patients majeurs ayant un médecin traitant dans la structure et ayant consulté un médecin ou infirmier (en présentiel ou à distance), à l'exclusion des patients vus à domicile ou orientés en urgence. **Le taux de participation a atteint environ 25 %, avec de fortes disparités entre structures.** En 2025, 75 % des répondants ont rempli le questionnaire directement dans la structure, via QR code (39 %) ou support numérique fourni sur place (38 %). Près d'un tiers des patients ont bénéficié d'une aide au remplissage.

Cette campagne de recueil s'inscrit en complémentarité des initiatives déjà déployées par certaines structures pour évaluer l'expérience ou la satisfaction de leurs patients. En parallèle, plusieurs ont maintenu leurs modalités habituelles de recueil : questionnaires internes, boîtes à idées, réunions de concertation ou encore échanges informels avec les patients.

Les résultats sont accessibles sur la plateforme Article 51 après clôture de la campagne individuelle. En 2025, une analyse par intelligence artificielle des plus de 2 000 réponses libres a permis une catégorisation thématique et l'identification des priorités d'amélioration, à l'échelle de chaque structure et de l'ensemble de l'expérimentation. Chaque structure dispose également des résultats globaux pour se situer par rapport aux autres.

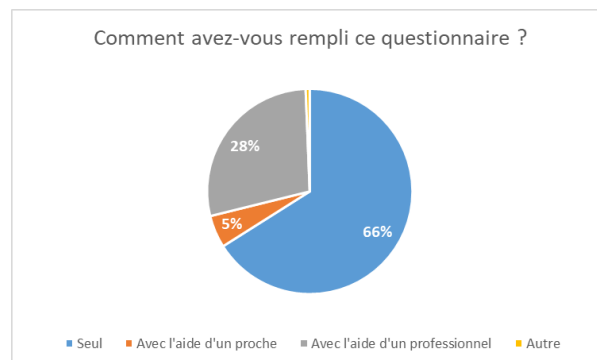
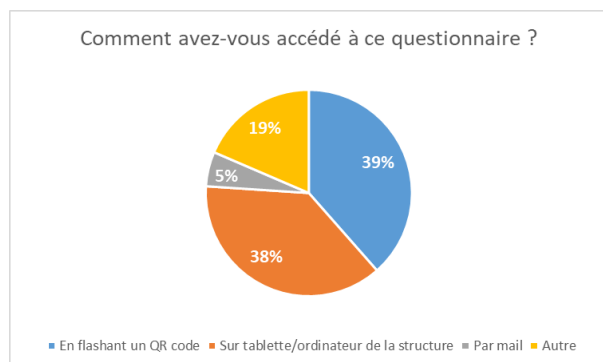
Modalités de recueil

Lorsqu'une structure a lancé sa campagne individuelle, elle doit distribuer le questionnaire à tous les patients éligibles, autrement dit les patients majeurs dont le médecin traitant exerce dans la structure et ayant consulté un médecin ou un infirmier de la structure (en présentiel ou à distance). Les patients vus à domicile ou orientés vers les urgences/l'hôpital immédiatement après la consultation sont exclus.

Les patients éligibles reçoivent une lettre d'information précisant le contexte de l'enquête, les garanties d'anonymat ainsi que les modalités de traitement des données. Cette lettre inclut un QR code permettant d'accéder directement au questionnaire. En complément de la lettre, les structures peuvent également proposer :

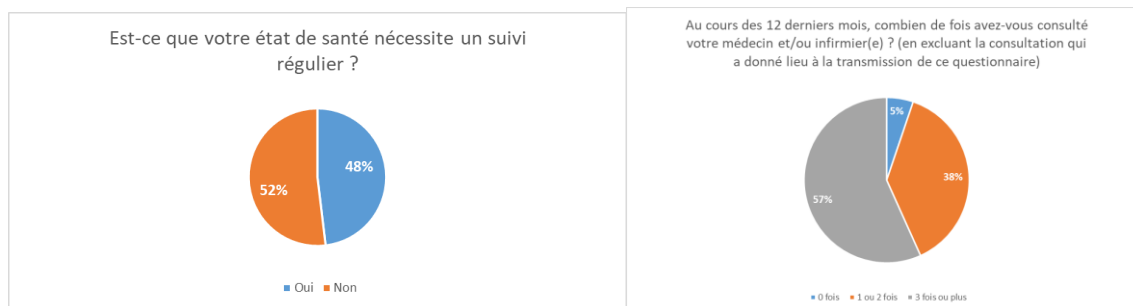
- Un support numérique sur place (tablette/ordinateur) pour répondre immédiatement, avec la possibilité d'assistance par un professionnel de la structure,
- Un envoi du lien par email (avec accord du patient), soit directement par la structure, soit via un courriel de l'Assurance Maladie à la suite du téléchargement de l'email sur la plateforme Article 51.

En 2025, dans la majorité des cas, les patients ont répondu au questionnaire directement au sein de la structure (75%), et ont accédé au questionnaire en scannant un QR Code (39%) ou en utilisant un support numérique fourni par la structure (38%). D'après les réponses des patients, près d'un tiers d'entre eux ont été aidés dans cette démarche.



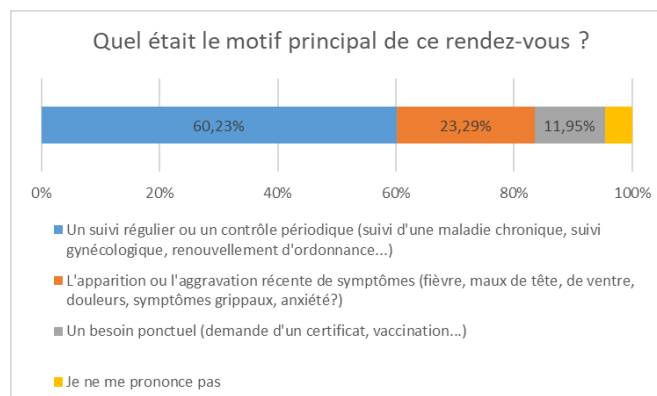
Analyse des 7 500 réponses : des patients bénéficiant souvent d'un suivi régulier, de plus de 55 ans, globalement satisfaits de leur prise en charge avec des pistes d'amélioration sur délai d'obtention d'un rendez-vous et délai d'attente

Le questionnaire, de 24 questions maximums, couvre le dernier rendez-vous (motif, délai, prise de rendez-vous, qualité de la relation) puis s'adapte selon le profil : les patients en suivi régulier ou ayant consulté au moins trois fois dans l'année accèdent à une version longue portant sur le parcours annuel, la coordination et l'implication dans les décisions. **52 % des répondants déclarent un besoin de suivi régulier, 57 % ont effectué au moins trois consultations.** Le questionnaire se termine par une question ouverte (suggestion d'amélioration) et des données de profil.

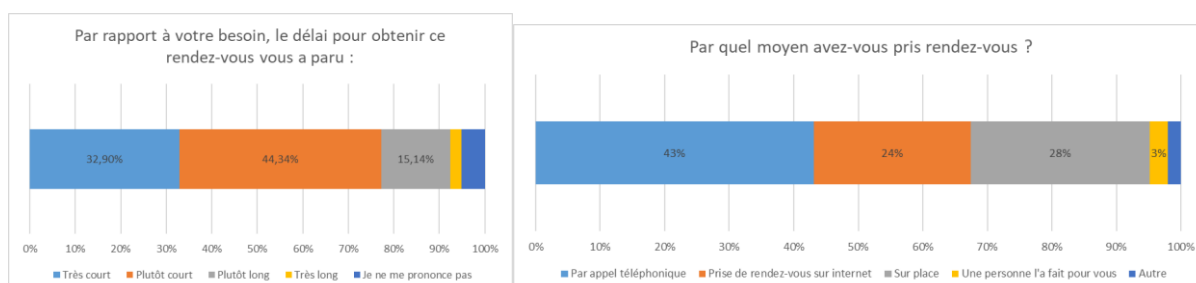


Lors de la campagne 2025, 7 500 patients ont répondu au questionnaire, soit un taux de participation de 25 % parmi les 30 000 patients éligibles déclarés par les structures. Ces 7500 répondants représentent également entre 1 et 2% de la patientèle médecin traitant totale des expérimentateurs¹⁸¹. Néanmoins, au niveau de chaque structure, ce taux est très variable, ce qui s'explique par la diversité des structures et l'effort des équipes dans le travail de recueil. Le profil des répondants se caractérise par une majorité de femmes (60%) et de patients âgés de plus de 55 ans (plus de 55% des répondants).

L'analyse des **motifs de consultation** révèle que les consultations aiguës, liées à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes, représentent environ un quart (24 %) des motifs déclarés tandis que les consultations s'inscrivant dans le cadre d'un suivi régulier ou de contrôles périodiques représentent plus de 60 % du total. Enfin, les besoins ponctuels – tels que les demandes de certificats ou les vaccinations – comptent pour 12 % des motifs.



Les patients expriment une satisfaction majoritaire quant à la rapidité de la prise en charge : plus des trois quarts (76 %) estiment que le délai pour obtenir un rendez-vous est plutôt court, voire très court. Cependant, près d'un patient sur cinq (18 %) juge ce délai plutôt long, voire très long, signalant des marges d'amélioration. Concernant les modalités de prise de rendez-vous, les canaux traditionnels dominent : 43 % par téléphone et 28 % directement sur place, tandis que la réservation en ligne ne concerne encore qu'un quart des patients (24 %).

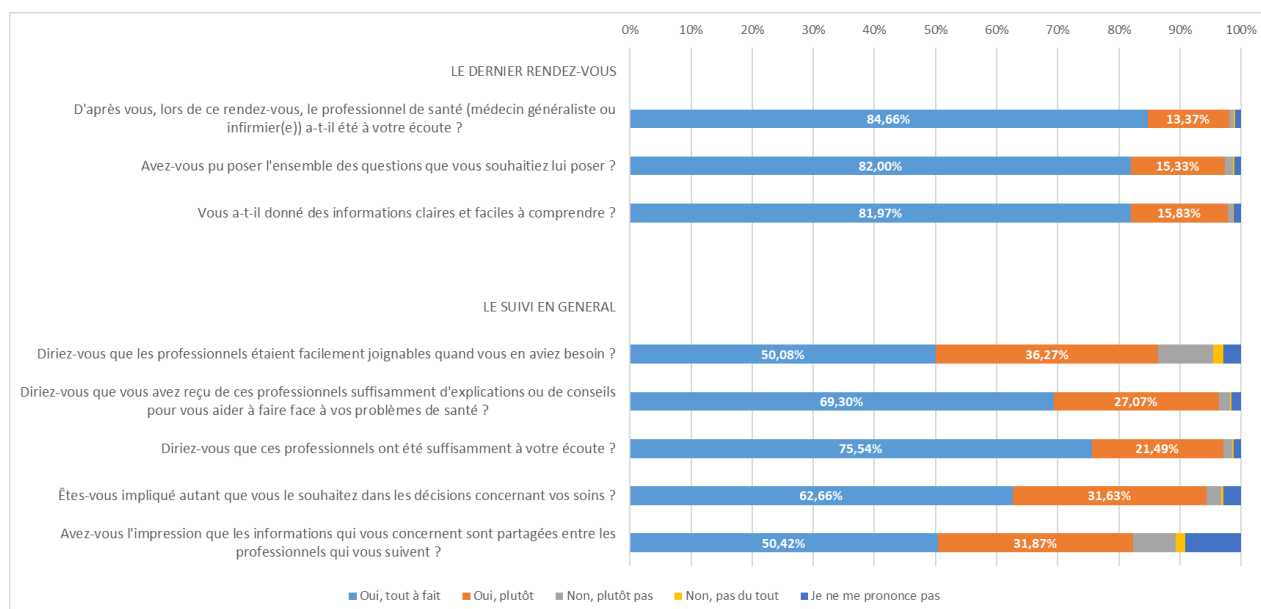


¹⁸¹ Les patients médecin traitant d'une structure sont l'ensemble des patients dont le médecin traitant exerce au sein de la structure

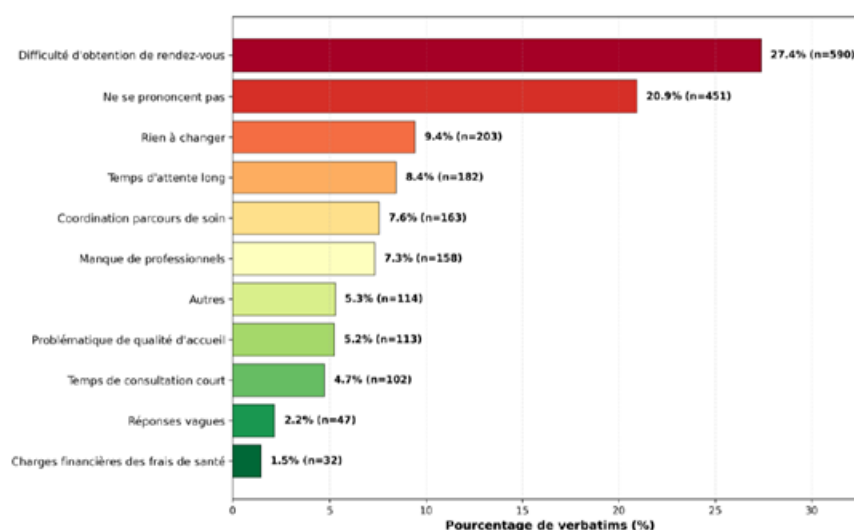
Les retours sur le dernier rendez-vous sont positifs : plus de 95 % des patients déclarent que le professionnel de santé fait preuve d'écoute, fourni des informations claires et compréhensibles, et leur a permis de poser toutes leurs questions. Cette tendance s'observe également sur toute la durée de la prise en charge pour les patients qui nécessitent un suivi régulier. Toutefois, l'analyse approfondie de la version longue du questionnaire met en lumière deux points de vigilance dans le cadre du suivi des patients en général :

- La joignabilité des professionnels : environ 10 % des patients estiment qu'il est difficile de les contacter.
- La coordination entre professionnels : près d'un patient sur dix relève un défaut de partage d'informations entre les différents acteurs de leur suivi.

Ces éléments, bien que minoritaires, soulignent des pistes concrètes d'amélioration pour renforcer la continuité et l'accessibilité des soins.



Enfin, l'analyse par Intelligence Artificielle des **réponses à la question ouverte** a révélé les principales préoccupations des répondants, notamment les difficultés à obtenir un rendez-vous, les délais d'attente et le manque de coordination dans le parcours de soins.



Distribution Globale des Catégories (toutes structures expérimentatrices confondues)

Analyse des enseignements issus des campagnes de recueil

Les campagnes menées dans le cadre des expérimentations IPEP et PEPS représentent sans doute **une démarche unique en France à cette échelle en ville**, ayant permis de tester et co-construire progressivement la mise en œuvre en structures d'exercice coordonné du recueil de l'expérience patient auprès de l'ensemble des patientèles médecin traitant. Cette initiative a permis d'aboutir à un dispositif de campagne structuré opérationnel, dont les patients et les professionnels se sont emparés.

Les faits saillants qui ressortent de cette campagne sont les suivants :

- **Une mobilisation importante des équipes** participant aux expérimentations et **un taux de participation relativement élevé des patients**, de l'ordre de 25% ;
- **La grande majorité des patients qui initient le questionnaire vont jusqu'au bout**, avec une durée de remplissage moyenne inférieure à cinq minutes ;
- Concernant les modalités d'administration, un **intérêt évident du QR code** pour une diffusion large et aisée ;
- Une diffusion significative auprès des patients **nécessite une mobilisation importante des professionnels des structures**, plaçant ainsi pour la concentration de ces campagnes sur une période délimitée ;
- **L'accompagnement du patient possible par un proche ou un professionnel**, malgré les biais inhérents à cet accompagnement, peut être décisif pour obtenir les réponses des patients les plus âgés ;
- Il apparaît difficile d'avoir des organisations complètement standardisées, il est donc important de **laisser une possibilité d'adaptation des consignes selon les sites de recueil** ;
- Un mode de recueil exclusivement numérique et en langue française, s'il permet de faire masse, reste non accessible à certains publics ;
- Par ailleurs, **les professionnels des structures manifestent la nécessité de maintenir des démarches complémentaires qui leurs sont propres**, notamment pour investiguer des questions non couvertes par le questionnaire ;
- Une volonté de valoriser avant tout les actions mises en œuvre dans les structures prenant en compte les retours patients, plus que le résultat de la mesure elle-même – **la valorisation du résultat apparaîtrait prématurée actuellement**, car impliquant des conditions qui ne sont aujourd'hui pas réunies, notamment des mesures de référence et l'assurance d'un cadre uniforme de réponse par les patients ;
- L'engagement des professionnels dans une campagne structurée de ce type participe à la diffusion plus large au sein des équipes d'une **culture et d'une volonté** d'engagement et d'association des patients à l'organisation des soins.
- Globalement, les professionnels témoignent d'un intérêt certain pour la prise en compte de l'expérience patient et la pertinence de campagnes structurées et organisées. La participation aux campagnes participe à la sensibilisation des équipes à la démarche de recueil et de prise en compte de l'expérience patient, en particulier pour les équipes n'ayant pas encore engagé des démarches jusque-là. Cependant, quelques limites persistent sur le contenu du questionnaire, pas forcément adapté à leurs spécificités, et sur les modes de recueil uniquement numérique. Au-delà de l'exploitation même du contenu du questionnaire, certaines structures témoignent que la démarche peut permettre d'initier une réflexion et des échanges plus larges autour de l'expérience patient au sein des équipes.

Alors que le déploiement de cette campagne arrive à son terme dans le cadre du calendrier de PEPS et IPEP, avec une dernière campagne menée en 2026, il apparaît désormais pertinent au regard de ces résultats de s'appuyer sur cette expérience pour initier en 2027 le déploiement de ce type de campagnes structurées à une échelle plus large, dans un cadre qui ne soit plus expérimental en mettant ce dispositif à disposition des structures volontaires.

3.1.4 Inscrire l'engagement patient dans le cadre conventionnel et faciliter le recueil de résultats

L'engagement des patients en soins primaires constitue un levier de transformation à la fois culturel et organisationnel. Si l'engagement patient et le recueil de l'expérience patient est aujourd'hui développé à l'hôpital - représentants d'usagers à la gouvernance, patients partenaires, recueil obligatoire de l'expérience des soins via E-satis, développement du recueil des résultats de santé perçus dans les services – cela reste encore peu développé en soins primaires.

La CNAM souhaiterait mobiliser deux leviers conventionnels complémentaires pour ancrer cette ambition dans les soins de ville.

Construire un programme national de l'engagement patient en soins primaires : une déclaration d'intention à inscrire dans l'ACIP

L'enjeu est de débiter une dynamique de transformation pour l'ensemble des professionnels de santé de ville. L'accord cadre interprofessionnel (ACIP), qui structure les relations entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé regroupés au sein de l'Union National des Professionnels Santé (UNPS), constitue le levier approprié pour inscrire cette ambition à une échelle plus large.

Concrètement, **l'Assurance Maladie propose d'intégrer dans un avenant à l'ACIP une déclaration d'intention par laquelle les partenaires conventionnels s'engagent à élaborer ensemble un programme national d'actions pour l'engagement patient en soins primaires**, co-piloté et évalué par les parties prenantes - professionnels, associations de patients et institutions.

En effet, soutenir l'engagement patient est avant tout une transformation culturelle, dont le moteur doit s'appuyer sur la motivation intrinsèque des professionnels, ancrée dans les valeurs professionnelles des soignants. La déclaration d'intention permettrait de travailler à un programme pluriannuel permettant de soutenir le développement du recueil et de l'utilisation de l'expérience patient en soins primaires. Il s'agirait de consolider des pratiques déjà existantes ou émergentes, de mobiliser différents leviers incitatifs (tels les cadres de la certification professionnelle¹⁸², les modalités de rémunération actuelles déjà identifiées sur cette thématique et visant à inciter à l'engagement dans la démarche, qu'il sera possible de renforcer progressivement par des incitations ciblées associées à des indicateurs adaptés). Le programme financerait principalement les systèmes d'information, les outils de recueil, le lien avec Mon Espace Santé, les ressources en langage clair et en FALC (Facile à Lire et à Comprendre), la formation, l'animation et l'évaluation.

Ce programme vise à guider la mise en œuvre par les professionnels d'actions concrètes dans leurs pratiques. Ces actions doivent intégrer deux conditions préalables :

- la formation pour renforcer et harmoniser les compétences de tous les professionnels aux enjeux de l'engagement patient : décision partagée, prise en compte des préférences, écoute active, partenariat patient...
- la prise en compte systématique du niveau de littératie des patients : évaluation du niveau de littératie en santé et numérique des patients pour adapter, avec des outils spécifiques, la prise en soins des patients avec de faibles niveaux de littératie.

Les actions peuvent être menées à deux niveaux :

- le niveau micro : l'engagement patient dans le cadre de la relation clinique patient/soignant(s)
 - Enrichir le dialogue soignant/patient dans le cadre du plan de soin en mobilisant les outils de recueil de l'expérience patient dans les consultations d'ores et déjà dédiées à l'accompagnement global et personnalisé des malades chroniques.
 - Répondre aux besoins des patients en mobilisant les ressources adaptées : dispositifs d'ETP, médiateurs en santé, associations locales et associations de patients (ex : pair-aidance), coordinateurs des soins et des parcours...
- le niveau méso : l'engagement patient dans le cadre de l'organisation des équipes et des projets de santé
 - Soutenir et renforcer la participation des patients dans les projets de la structure (patient partenaire, associations de patients) et/ou dans la gouvernance de la structure (représentant des usagers).
 - Améliorer l'expérience de soins des patients (accueil, information, etc.) par le recueil du retour patient.

Les conditions de participation au programme, sa gouvernance et son fonctionnement seront à approfondir avec les professionnels et les patients.

Accompagner la mise en place de campagnes structurées de recueil de l'expérience patient (PREMs) à destination des structures d'exercice coordonnées pour ouvrir la voie à leur systématisation et faire évoluer l'indicateur actuel « implication des usagers » dans l'ACI MSP

L'accord conventionnel interprofessionnel pour les maisons de santé (ACI MSP) instaurait déjà entre 2016 et 2022 l'indicateur optionnel « évaluer la satisfaction et les besoins exprimés par les patients ». En 2022, il change de nom pour devenir « implication des usagers », structuré en deux niveaux : le niveau 1 vise la consultation et l'information des usagers ainsi que l'évaluation de leur satisfaction, tandis que le niveau 2 porte sur la co-construction, le partenariat et la co-décision entre la structure et ses usagers¹⁸³. Cet indicateur - qui existe en miroir dans l'ACI Centres de Santé - reposait donc déjà sur le principe de l'échelle de l'engagement, allant de l'information à la consultation, puis à la collaboration, jusqu'au partenariat, le degré le plus élevé de l'engagement des usagers.

182 La relation patient est un point récurrent dans les référentiels de certification périodique des professions de santé (DGOS, [LIEN](#))

183 Accord conventionnel interprofessionnel relatif aux structures de santé pluriprofessionnelles [LIEN](#)

En 2024, 73% des MSP ont été rémunérées pour avoir atteint le niveau 1, mais seulement 25% atteignent le niveau 2¹⁸⁴. Ce déséquilibre s'explique en partie par le fait que le niveau 1 est accessible actuellement par la mise en place de mesures simples comme l'affichage d'un flyer de présentation de la MSP. L'analyse d'un échantillon d'une vingtaine de pièces justificatives transmises par les MSP démontre une grande hétérogénéité des pratiques : des actions comme la mise en place de flyers ou site web de présentation de la MSP, des boîtes à idées ou des questionnaires de satisfaction sans suites documentées mais aussi des actions réellement engageantes issues du recueil de l'expérience patient comme des questionnaires ad hoc auprès des patients pour mieux comprendre leurs besoins et la construction de brochures et documents pour les informer en conséquences. Le niveau 2, le partenariat patient, quant à lui, semble être peu présent, même si certaines structures se démarquent et font par exemple appel à un patient partenaire pour animer des ateliers d'Éducation Thérapeutique (ETP). Un verbatim de pièce justificative résume bien le chemin restant à parcourir : « le chemin est long pour convaincre tous les professionnels de la plus-value de travailler conjointement avec des patients ».

Le cadre actuel a permis d'initier la démarche et de laisser une marge de manœuvre aux structures mais ne permet pas de garantir la qualité ni la portée réelle des actions menées.

Forts de ces constats, l'Assurance Maladie propose de renommer cet indicateur en « engagement des usagers », en accord avec la terminologie de la HAS¹⁸⁵, et de le remodeler progressivement autour de trois actions cumulables mais indépendantes.

Les deux premières porteraient sur l'amélioration de la qualité des soins par une démarche de consultation : soit par la mise en place d'actions basées sur le recueil de l'expérience patient au sens large (questionnaires ad hoc ou standardisés, entretiens, focus groups), soit par la participation à une campagne nationale structurée s'appuyant sur un questionnaire validé d'expérience des soins (Proms) sur le modèle de l'article 51 PEPS/IPEP (voir partie dédiée au retour d'expérience PEPS/IPEP dans ce chapitre), dont les résultats restitués aux équipes doivent alimenter des actions d'amélioration concrètes sur les conditions d'accueil, délais de rendez-vous, clarté des informations, etc.

Il s'agirait ici de laisser une souplesse aux MSP entre s'intégrer à une démarche nationale ou réaliser des actions individuelles, mais dans les deux cas, le niveau d'exigence serait relevé : la simple information du patient par des flyers, la mise en place d'une boîte à idées ou d'un questionnaire de satisfaction sans actions documentées ne seraient plus valorisées. Le dernier niveau viserait quant à lui le partenariat patient au sens strict : co-construction et co-décision orientées vers des publics prioritaires, en mobilisant des ressources disponibles dans la structure ou l'écosystème régional¹⁸⁶ : formations, patients partenaires, médiateurs, associations. Les trois actions sont rendues indépendantes, de sorte qu'une structure engagée dans une démarche de partenariat patient, qui devrait toujours comporter un recueil de l'expérience patient, n'ait pas à justifier préalablement d'actions de consultation.

À plus long terme, l'Assurance Maladie envisage d'enrichir cet indicateur par l'intégration du recueil de l'état de santé perçu par le patient (Proms), pour outiller le dialogue patient-soignant au sein même de la relation clinique. En ce sens, cette évolution rejoindrait celle du référentiel pour la certification des établissements de santé de la HAS qui a récemment renforcé cet aspect dans son 6e cycle, en y intégrant la notion de Proms en critère avancé¹⁸⁷. Une articulation préalable entre professionnels, associations de patients et Assurance Maladie sera nécessaire pour définir les démarches adaptées au contexte des soins primaires avant de les valoriser dans le cadre de l'ACI en s'appuyant également sur une action pilote (voir 2.2).

3.1.5 Expérimenter, en soins primaires, le recueil du résultat des soins vu des patients atteints de maladie chroniques

Le recueil de l'état de santé perçu par le patient (Proms) est aujourd'hui implémenté dans certains champs hospitaliers, notamment pour évaluer les résultats d'une intervention chirurgicale ou d'un traitement en comparant l'état du patient avant et après l'intervention. En soins primaires, la logique diffère : il ne s'agit pas ici de mesurer un résultat ponctuel encadré par un acte, mais **d'intégrer le recueil de l'expérience et des priorités de santé du patient dans la relation clinique, pour des personnes atteintes de maladies chroniques dont l'accompagnement s'inscrit dans la durée**. Cette ambition se heurte à des obstacles concrets : manque de temps en consultation, absence d'outils adaptés, formation insuffisante, et surtout absence d'une stratégie cohérente qui donne envie aux équipes de s'engager dans ce type de démarches plutôt que de leur imposer une contrainte supplémentaire. Une action pilote permettrait de tester les modalités de déploiement et clés de succès de l'engagement patient en soins primaires.

¹⁸⁴ Assurance Maladie [\[LIEN\]](#)

¹⁸⁵ Expérience patient et savoir expérientiel : deux notions à clarifier pour développer l'engagement ou la participation, HAS, juin 2025 – document pédagogique [\[LIEN\]](#)

¹⁸⁶ Exemple : Plateforme ressource du partenariat en santé en Occitanie [\[LIEN\]](#)

¹⁸⁷ « Mettre en œuvre le 6e cycle de certification. Patients, soignants, un engagement partagé. » Article HAS, 2025 [\[LIEN\]](#)

Cette action pilote s'inscrirait dans le cadre du programme national de l'engagement patient esquissé précédemment conduisant à modéliser le recueil des Proms en soins primaires ce qui permettra ensuite d'intégrer le recueil du résultat de santé à l'indicateur « engagement des usagers » dans l'ACI MSP.

Il s'agit d'outiller, par le recueil de l'expérience patient, des dispositifs de consultation existants. L'hypothèse que nous testons est que le recueil de l'expérience patient peut outiller le dialogue patient-soignant pour mieux engager le patient dans ses soins. Il s'agit de **construire avec des professionnels de santé et des associations de patients volontaires, un dispositif de recueil au niveau micro de l'état de santé perçu, au service de la relation clinique, auprès de patients atteints de maladies cardiovasculaires et associées** (MCVA)¹⁸⁸. Ces pathologies représentent un enjeu fort de prévention tertiaire, d'accompagnement au long cours, dans lequel l'expérience du patient - sa qualité de vie perçue, ses symptômes, ses priorités, ses objectifs de vie - est souvent peu recueillie et peu intégrée dans le plan de soins alors que cela commence à être le cas en établissement de santé pour les maladies chroniques notamment en oncologie ou en santé mentale.

L'action pilote consisterait à systématiser le recueil de la perception des patients sur leur état de santé, et de l'inclure au maximum dans la pratique clinique des professionnels qui interviennent auprès du patient, afin d'adapter si nécessaire le plan de soins.

Cette action pilote devra être construite avec les professionnels et les associations de patients concernés. Plusieurs questions pratiques se posent en effet :

- Une question essentielle porte sur le public ciblé, les patients éligibles. Si le calibrage précis de la population devra être précisé (âge, pathologie, etc), les patients concernés par les MCVA dans les situations les plus complexes, les plus fragiles ou en écart en soins constituent des publics prioritaires.
- Dans le contexte des soins primaires et de la polypathologie chronique, quels outils seraient les plus à mêmes d'être utiles dans la pratique clinique ? En effet, les Proms mesurent des réalités très différentes : on parle de Proms génériques pour les questionnaires de qualité de vie applicables à différentes pathologies (ex : Promis29 ou EQ5D), de Proms spécifiques pour les questionnaires applicables à une pathologie en particulier (ex : ProDiab pour le diabète) et de Proms individuels pour les questionnaires plus ouverts, avec des champs libres, permettant au patient d'identifier lui-même ses priorités de santé et ses objectifs de vie (ex : Patient Generated Index). Si une combinaison de ces différents outils peut être envisagée, ce dernier type semble particulièrement pertinent en soins primaires : l'idée n'est pas tant de s'attacher à un score que lirait le professionnel mais bien d'engager un dialogue et d'enrichir la consultation des préoccupations réelles du patient, en leur accordant autant d'importance qu'un résultat clinique tel qu'un taux de cholestérol.
- La question du moment et des modalités d'administration du questionnaire est centrale : doit-il être adressé au patient avant la consultation pour qu'il le complète chez lui, ou dans la salle d'attente, avec une aide au remplissage ? Chaque option présente des avantages et des contraintes : l'administration préalable laisse au patient le temps de la réflexion mais suppose un niveau de littératie en santé et numérique suffisant, avec l'appui potentiel d'un proche aidant ou d'un pair aidant. Le remplissage accompagné lors de la consultation permet d'adapter le soutien mais mobilise du temps, celui d'un professionnel de l'équipe, ou pourquoi pas celui d'un patient partenaire formé à cet accompagnement. Des supports en langage clair et en FALC (Facile à Lire et à Comprendre) devront quoi qu'il en soit être disponibles pour les patients ayant un faible niveau de littératie.

Une autre condition tient à la gouvernance du dispositif : co-construit avec les acteurs de terrain, il devra disposer d'un comité de pilotage en charge de la rédaction et du suivi du protocole. Ce comité de pilotage devra donner une place importante aux principaux opérateurs que sont les professionnels et les patients, les institutions apportant ressources et soutien. Enfin, la formation des professionnels participants n'est pas à négliger, intégrer les Proms à une consultation n'est pas neutre et demande aux professionnels de s'adapter. Une formation courte mais structurée à la fois sur les outils, l'écoute active et la prise en compte de la voix du patient est une condition essentielle à la qualité du dispositif.

Enfin, **l'administration et restitution facilitée par voie numérique est un critère de succès important** : à terme, il serait nécessaire de pouvoir **disposer et restituer dans le DMP du patient les informations relatives aux résultats de l'expérience et du résultat des soins**. Cette intégration permettrait aux professionnels de santé du parcours de disposer de ces données et d'adapter leur pratique clinique en conséquence, et aux patients d'archiver leurs résultats voire de les partager avec d'autres professionnels. Cette dimension est à instruire, notamment au regard du développement en cours de la plateforme Eval-santé de l'ATIH, solution nationale de recueil de l'expérience patient, dont l'intégration avec MES est prévue à terme. L'articulation globale des systèmes d'information, de l'outil de recueil et de restitution, de Mon Espace Santé (MES) et du Dossier Médical Partagé (DMP) devra être traitée pour dessiner une vision cible. Il est indispensable de minimiser la charge et les contraintes techniques que représentent l'usage des questionnaires, facteurs d'abandon courants pour ce type de dispositifs, et de les intégrer si possible dans les logiciels métiers des équipes participantes.

188 Diabète, insuffisance cardiaque, syndromes coronariens chroniques (SCC), broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) et maladie rénale chronique (MRC)

Eval-santé (<https://eval-sante.fr/>), développée par l'ATIH sur commande de la Direction du numérique en santé, est une plateforme numérique nationale publique mutualisée d'administration, d'hébergement et de restitution de questionnaires, permettant à tous les « promoteurs », (directement ou via des « prescripteurs » professionnels de santé) souhaitant recueillir l'expérience des patients via des questionnaires de type PROMS/PREMS, et en premier lieu les administrations centrales, les établissements et les services de l'État concernés, de mettre en œuvre rapidement et simplement ces questionnaires pour que les résultats, archivables, soient utiles à titre individuel (pour les professionnels et les usagers/patients) et à titre collectif (qualité des soins dans les établissements, aide aux décisions en politique de santé par exemple).

Les premières études envisagées sont dans le cadre du 100% santé et du forfait MRC. Différentes dans leurs modalités elles seront à la fois tests et modèles. Eval-santé, destinée à terme à être liée à Mon Espace Santé, est aujourd'hui opérationnelle pour administrer un questionnaire et sera prochainement conforme aux référentiels de sécurité et au RGPD. De nombreuses fonctionnalités sont et seront disponibles pour couvrir les besoins de tous les promoteurs. Actuellement le parcours est le suivant :

1. Le prescripteur de l'étude se connecte à Eval-santé par exemple via son compte « ProSanté Connect ». Il peut recevoir des QR codes/liens qu'il partage à ses patients afin qu'ils puissent répondre à son questionnaire. Il peut aussi renseigner directement les mails de ses patients pour qu'ils reçoivent de la plateforme un message d'invitation. Pour les établissements, une transmission est possible via les fichiers PMSI (avec chiffrement des adresses mails) afin qu'Eval-santé envoie les invitations souhaitées.
2. Le patient qui reçoit le mail d'enrôlement ou qui flash le QR code se connecte avec France Connect, se crée un compte (ou s'identifie s'il en a déjà un) et peut répondre aux questionnaires pour lesquels le promoteur l'a enrôlé ainsi que retrouver tous les questionnaires auxquels il a déjà répondu.

Le prescripteur a accès à une restitution des résultats « simples », sur la base des données agrégées. L'ATIH peut, à partir des données agrégées, construire des analyses « complexes », et des restitutions adaptées aux demandes.

3.1.6 Défaillance rénale : un exemple d'expérience patient à travers l'enjeu clé de l'information structurée et systématique des patients dans leurs choix de traitements de suppléance pour permettre au patient de co-construire son parcours de soins

La défaillance rénale¹⁸⁹ représente un enjeu majeur de santé publique : le coût moyen de prise en charge par patient est estimé à 43 450 euros par an pour un effectif de près de 100 000 personnes, et environ 12 000 nouveaux patients entrent en suppléance chaque année¹⁹⁰. Le rapport Charges et Produits pour 2026 a mis en lumière une réalité préoccupante : le secteur de la dialyse présente une rentabilité opérationnelle parmi les plus élevées du système de santé : 15,5 % en moyenne en 2022^{191.1}, avec un chiffre d'affaires en hausse de plus de 21 % entre 2018 et 2022^{24.2}. Signe d'un système qui tend à concentrer les prises en charge dans les modalités les plus lourdes et les plus coûteuses plutôt que dans celles qui pourraient répondre le mieux aux besoins et aux préférences des patients. Il soulignait également que près d'un tiers des patients nouvellement dialysés doivent chaque année démarrer ce traitement en urgence^{24.3}, marque persistante d'une insuffisante anticipation et préparation du patient à la suppléance. Ce constat renforce la nécessité d'agir sur l'amont : mieux informer, mieux accompagner le choix qui engage durablement la qualité de vie des patients, pour que la répartition entre les modalités de suppléance reflète davantage leurs préférences et moins les contraintes structurelles d'une offre déséquilibrée.

Un patient concerné par la défaillance rénale peut opter pour un traitement de suppléance : la dialyse (dont les modalités sont diverses : hémodialyse ou dialyse péritonéale, à domicile ou en centre, en auto dialyse, en longue nocturne) ; la greffe ou le traitement conservateur¹⁹². Plusieurs facteurs influencent son choix, allant de ses préférences, aux préconisations des professionnels selon l'état de santé ou encore à d'autres types de contraintes (proches aidants présents ou non, activité professionnelle ou non, offre de soins disponible sur le territoire, taille de l'habitat, etc). Lorsqu'il ne s'agit pas d'une urgence, la nécessité d'un traitement de suppléance peut généralement être identifiée 12 à 18 mois à l'avance. Chez les patients sous suppléance la prise en charge est susceptible d'évoluer au fil du temps, différentes options thérapeutiques pouvant se relayer dans son parcours¹⁹³.

189 Défaillance rénale, nouvelle appellation de l'Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

190 Charges et Produits 2025, page 44 (annexe 2)

191 Charges et Produits 2026 : 24.1 page 153 / 24.2 Charges et Produits 2026, page 151 / 24.3 page 33 (données 2021, rapport REIN de l'ABM)

192 En France, 96 586 patients, 55% en dialyse / 44% greffés. Sur les 53 359 patients dialysés : 95% hémodialyse (HD) et 5% dialyse péritonéale (DP). En centre et UDM (HD) : 51,6% et 27,5% / Auto-dialyse (HD) : 13,5% / Dialyse à domicile : 7% (dont HD 1,5%). Rapport REIN 2024. ABM. Mars 2026

193 Insuffisance rénale chronique : Analyse des aides à la décision et élaboration d'une méthode pour DÉCIDER ensemble d'un mode de suppléance rénale – Février 2017 [\[LIEN\]](#)

Pour permettre au patient de co-construire son parcours de soins avec les soignants et de participer à la décision médicale, le patient doit avant tout et nécessairement disposer d'une information préalable complète et adaptée sur l'ensemble des modalités de traitement.

Aujourd'hui, moins de la moitié des patients estiment avoir été bien informés sur les traitements : les inégalités et manques d'information des patients rendent difficile le recours à des modalités de traitement qui pourraient répondre à leurs besoins et préférences¹⁹⁴. Ce constat n'est pas nouveau : la HAS avait d'ailleurs déjà publié en 2017 une « Méthode pour DÉCIDER ensemble d'un mode de suppléance rénale »²⁶. L'enjeu est d'autant plus important que la maladie rénale évolue longtemps de manière silencieuse, ce qui ne favorise pas la prise de conscience de la maladie, l'anticipation du besoin de suppléance et l'appropriation des connaissances par le patient des options possibles. Mieux informer les patients est une première étape essentielle pour leur permettre de choisir le traitement le plus adapté à leurs préférences.

Un cadre réglementaire qui se structure avec une obligation d'information des patients

Deux récents décrets¹⁹⁵ posent le principe d'une information systématique du patient sur l'ensemble des modes de prise en charge de sa pathologie et des modalités et techniques de dialyse. Ces décrets ont été élaborés dans le cadre des travaux conduits par la DGOS au sein de son groupe de travail « réforme des autorisations en dialyse » composé de la CNAM, des ARS, des fédérations hospitalières, des sociétés savantes de néphrologie, du Conseil National Professionnel (CNP) de néphrologie et des associations de patients.

Les établissements de dialyse ont désormais l'obligation de mettre en place un **Dispositif d'Information Pluriprofessionnel (DIP)** qui doit garantir que chaque patient dialysé - y compris ceux arrivés en urgence - bénéficie d'une information complète, régulièrement renouvelée, et formellement tracée dans son dossier médical. Les autres modalités de suppléance (greffe, traitement conservateur) ne sont pas oubliées puisque l'établissement devra s'assurer, avant d'entamer tout traitement, que le patient a été informé de toutes les options existantes.

Il devra également établir une convention avec une structure de transplantation rénale garantissant l'organisation de bilans pré-greffe, l'information sur la greffe, la traçabilité de cette information et les outils utilisés pour informer.

Le Dispositif d'Information Pluriprofessionnel (DIP) devra donc :

- Impliquer au moins un néphrologue et un infirmier diplômé d'Etat
- S'adresser à tous les patients dialysés, y compris ceux qui arrivent en dialyse en urgence ou ceux qui auraient perdu leur greffon (rejet).
- Comprendre une réévaluation :
 - Régulière, dans les trois à six mois suivant la mise sous suppléance puis selon les besoins du patient, au moins une fois par an
 - Pluridisciplinaire : un néphrologue, un infirmier diplômé d'Etat et un diététicien et, selon les besoins du patient, un psychologue et un assistant de service socialPour permettre :
 - De vérifier l'adéquation entre la modalité choisie et les besoins du patient ;
 - De vérifier l'éligibilité à la greffe et de vérifier les informations relatives à l'inscription sur la liste nationale d'attente (grâce à la convention avec une structure de transplantation rénale) ;
 - De répéter l'information sur les modalités de traitement si nécessaire.
- Être tracé dans le dossier médical : la mise en œuvre du DIP devra obligatoirement être documentée dans le dossier médical du patient.

L'exigence de traçabilité présente dans le décret ouvre d'ailleurs la voie à la construction d'un indicateur national de suivi : il s'agirait de construire un indicateur de processus basé sur des données déclarées par les professionnels et inscrites dans le dossier médical informatisé. La création d'un tel indicateur permettrait de suivre l'effectivité de l'information des patients, par une collecte au niveau national, pour s'assurer que les établissements ont bien mis en place le DIP.

194 Moins de la moitié des patients estiment avoir été bien informés sur les traitements. Etude QuaviRein Agence de la Biomédecine, 2018 [\[LIEN\]](#) // 19% des patients souhaitent vouloir passer à domicile et ils citent à 36% comme obstacle que cela ne leur a jamais été proposé ou qu'ils ignoraient cette possibilité. Enquête Dialyse et qualité de vie de France Rein, 2023 [\[LIEN\]](#) // 56% des patients sont mal ou pas du tout informés sur l'hémodialyse à domicile ; 58% des patients sont mal ou pas du tout informés sur la possibilité d'une greffe préemptive. Enquête Chois'ir de Renaloo, 2025. [\[LIEN\]](#)

195 Décret n° 2026-243 du 1er avril 2026 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale – Légifrance [\[LIEN\]](#) ; Décret n° 2026-244 du 1er avril 2026 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale - Légifrance. [\[LIEN\]](#)

Pour aller plus loin, **cet indicateur pourrait être accompagné d'indicateurs mesurant la qualité de l'information** en plus de l'effectivité de celle-ci. Les dimensions de qualité devront être définies par les acteurs du champ rénal en se basant sur les prochaines recommandations de la HAS, qui a inscrit la décision médicale partagée en néphrologie dans son programme de travail 2026/2027¹⁹⁶. Les questions suivantes devront être discutées : qui informe le patient ? Un transplanteur est-il impliqué dans cette information ? A quelle fréquence l'information est-elle donnée ? Qu'est-ce qu'une information claire et compréhensible ? à quel stade de la Maladie Rénale Chronique (MRC) l'information a-t-elle été donnée ?

De tels indicateurs de qualité devront être construits en mobilisant des données d'expérience patient, premiers concernés et à même de renseigner leurs ressentis vis-à-vis de l'information reçue. C'est déjà le cas au Royaume-Uni où chaque année, les patients concernés par la maladie rénale (tout stade, suivis en centres offrant des soins de néphrologie) sont interrogés au niveau national sur l'information donnée par l'équipe rénale, avec certaines questions spécifiquement sur les modalités de traitement (temps pour parler des traitements, participation à la décision médicale, proposition de jouer un rôle plus actif dans son traitement).

Enfin, l'information délivrée par les professionnels doit s'accompagner d'outils d'aide à la décision pour aider le patient à choisir son traitement. La décision de traitement est un processus itératif et complexe : la maladie rénale évoluant longtemps de manière silencieuse, les patients développent fréquemment des stratégies d'évitement cognitif face à la perspective de la dialyse, en particulier en phase de pré-suppléance¹⁹⁷. Cela signifie que l'information, même bien délivrée, ne produit ses effets que si elle est accompagnée d'outils permettant au patient d'exprimer ses préférences, de les confronter aux réalités des traitements et de revenir sur sa décision au fil du temps.

Des **outils d'aide à la décision** (*Patient Decision Aids*) existent et ont fait leurs preuves²⁶. **La méthode préconisée par la HAS pour favoriser l'engagement du patient dans son choix de traitement de suppléance repose sur la mobilisation de l'équipe de néphrologie**, en particulier les infirmières et sur plusieurs étapes, allant de l'information, à la délibération et au choix, en s'appuyant sur différents outils (brochures, vidéos, partage d'expérience par d'autres patients lors de séance d'Education Thérapeutique (ETP), ...) déjà bien développés en particulier par les associations de patient France Rein et Renaloo. Des études ont également évalué qu'un dispositif structuré associant des rendez-vous avec des coordinateurs formés à la décision médicale partagée, un outil de cartographie des options de traitement et un recueil des préférences permettrait d'atteindre des taux de décision de haute qualité. **De tels dispositifs amélioreraient la concordance entre le traitement initialement choisi et le traitement finalement suivi¹⁹⁸ et rééquilibreraient la répartition des modalités de dialyse en faveur des options domiciliaires ou de greffe préemptive¹⁹⁹.**

Le DIP pourrait alors s'enrichir d'une dimension de Partenariat Patient : non seulement informer le patient, mais co-décider avec lui de la modalité de traitement la plus adaptée à son mode de vie. La CNAM soutient le ministère, les associations de patients Renaloo et France Rein, et les professionnels dans les travaux en cours. L'enjeu est de passer d'une obligation d'information posée par décret à une pratique de la décision de qualité partagée ancrée dans les pratiques, ce que ni la réglementation seule, ni les outils seuls ne peuvent produire sans l'engagement collectif des équipes soignantes, des patients et des institutions.

196 Programme de publications. Janvier 2026. HAS [\[LIEN\]](#)

197 Patient perspectives on chronic kidney disease and decision-making about treatment. Discourse of participants in the French CKD-REIN cohort study. L. Montalescot et al. Journal of Nephrology, 2022. [\[LIEN\]](#)

198 Choice of dialysis modality patients experiences and quality of decision after shared decision- making (SDM) - Jeanette Finderup & al, BMC Nephrology, 2020 [\[LIEN\]](#). Expérimentation danoise d'accompagnement de 402 patients par 6 coordinateurs formés, s'appuyant sur des outils d'aide à la décision : 83% des patients ont pris une décision de qualité en terme de décision médicale partagée, quel que soit le choix, hôpital ou à domicile (72% ont choisi à domicile, 25% ont choisi l'hôpital)

199 The Concordance between Patients' Renal Replacement Therapy Choice and Definitive Modality: Is It a Utopia? M. Prieto-Velasco & al, Plos One. 2015 [\[LIEN\]](#) : projet espagnol dans 26 hôpitaux, plus de 1000 patients recrutés : plus de concordance entre le traitement choisi au départ et le traitement suivi finalement lorsque les patients ont suivi le programme d'éducation (distribution équivalente entre DP et HD et augmentation du choix greffe préemptive donneur vivant). Ils changent également moins souvent d'avis, même si le traitement suivi n'était pas celui prévu.

3.2 Face aux évolutions démographiques, une nouvelle prise en charge du grand âge intégrant davantage la prise en compte des déterminants du vieillissement en bonne santé et des parcours de soins fluidifiés

Au 1er janvier 2026, la population française est estimée à 69,1 millions d'habitants. Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent 22 % de la population, soit une proportion désormais proche de celle des moins de 20 ans. Les plus de 75 ans constituent, quant à eux, 11 % de la population.

Selon les projections de l'Insee, cette dynamique va s'accroître : la part des plus de 75 ans atteindrait 13,5 % en 2035. Cette évolution démographique entraîne une transformation profonde des besoins de santé, marquée par une augmentation des maladies chroniques, des situations de dépendance et des besoins d'accompagnement médico-social.

Dans ce contexte, le système de santé fait face à une pression croissante, pour laquelle il demeure insuffisamment adapté. En 2024, une hospitalisation sur deux en MCO concerne une personne de 65 ans et plus²⁰⁰. Par ailleurs, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie pourrait atteindre 2,5 millions d'ici 2035²⁰¹.

3.2.1 La vaccination des personnes âgées, un déterminant important du vieillissement en bonne santé

Calendrier vaccinal des 65 ans et plus

Le calendrier vaccinal des personnes de 65 ans et plus cible neuf maladies infectieuses principalement respiratoires : la grippe, le Covid-19, le pneumocoque, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), la coqueluche, le VRS (virus respiratoire syncytial) et le zona. En 2025, plusieurs nouveautés ont été introduites : les vaccinations contre le pneumocoque et le zona sont désormais recommandées à l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus. La vaccination contre le VRS est recommandée à toutes les personnes âgées de 75 ans et plus et à celles âgées de 65 à 74 ans présentant des pathologies respiratoires et cardiaques chroniques. Enfin, chez les 65 ans et plus, il est recommandé d'utiliser préférentiellement les vaccins antigrippaux renforcés (vaccins adjuvantés ou hautement dosés)²⁰².

Tableau 18 : Calendrier 2025 simplifié des vaccinations 65 ans et plus

	Personnes de 65 ans et plus					Prise en charge Assurance Maladie
	65 ans	75 ans	80 ans	85 ans	95 ans et	
Grippe	1 dose par an					100%
Covid-19	1 dose par an		2 doses par an			100 %
Pneumocoque	1 dose					65 %
DTP-Coqueluche	1 dose	1 dose		1 dose	1 dose	65 %
Zona	2 doses (à 2 mois d'intervalle)					65 %
VRS	1 dose pour certaines maladies chroniques	1 dose				Non remboursé en ville Agrément collectivité

²⁰⁰ <https://www.atih.sante.fr/rapports-etudes/activite-hospitaliere?secteur=MCO>

²⁰¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques>

²⁰² Ministère de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées (2025). Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2025. 100p. [pdf_calendrier_vaccinal-12-2025.pdf](#)

Ces vaccins ont démontré leur efficacité pour réduire les infections, les recours à la médecine de ville et aux urgences, les hospitalisations, les admissions en réanimation et la mortalité. Chez les personnes âgées, les bénéfices des vaccins s'étendent au-delà de la diminution de la morbi-mortalité infectieuse. Les vaccins contre les infections respiratoires réduisent également les événements cardio-neurovasculaires déclenchés par les épisodes infectieux (syndrome coronarien aigu, infarctus du myocarde, AVC, événements thrombo-emboliques) et les décompensations chez les patients ayant des comorbidités (insuffisance cardiaque, BPCO, diabète). Par ailleurs, les vaccins préservent l'autonomie des seniors en évitant une fatigue prolongée, une perte d'endurance à la marche, les chutes, les fractures et la dépendance pour les actes de la vie quotidienne. Enfin, des effets neurocognitifs protecteurs émergent, suggérant une possible réduction du risque de démence²⁰³.

Une couverture vaccinale insuffisante des personnes âgées au regard des impacts médico-économiques des infections respiratoires aiguës

Pourtant la couverture vaccinale des personnes âgées reste insuffisante. En matière de couverture vaccinale des patients âgés de 65 ans et plus vaccinés contre la grippe, la France se situait au 22^{ème} rang des pays de l'OCDE en 2024, loin de l'objectif de 75 % fixé par l'OMS atteint par la Corée, le Mexique, le Royaume-Uni, le Danemark et l'Irlande²⁰⁴.

Fin février 2026, on recense 14,5 millions d'assurés de 65 ans et plus. Parmi cette population, 60,6 % ont été vaccinés contre la grippe (17,6 % avec les vaccins renforcés) sur la période de la campagne vaccinale d'octobre 2025 à février 2026. Un peu moins d'un assuré sur cinq de cette tranche d'âge est à jour de son vaccin contre le Covid 19 et contre le pneumocoque, et plus d'un assuré sur trois de 65 ans et plus est à jour de sa vaccination DTP-Coqueluche. Le vaccin contre le zona (Shingrix®) est remboursé depuis fin 2024 ; seuls 6,3% des 65 ans et plus sont à jour de ce vaccin.

Le fardeau médico-économique des infections respiratoires à prévention vaccinale est important et bien documenté²⁰⁵. 50 à 80 % des hospitalisations liées à la grippe concernent les 65 ans et plus et 90 % des 9 000 décès par an imputables à la grippe en moyenne surviennent chez les 65 ans et plus²⁰⁶. 60 % des admissions en réanimation et 95 % des décès du Covid concernaient des 65 ans et plus. Le coût des pneumonies et les infections à pneumocoques chez les 65 ans et plus est estimé entre 2,7 et 3,4 milliards d'euros par an. Les pneumonies aiguës communautaires et les infections invasives à pneumocoques sont responsables de 240 000 hospitalisations par an chez les 65 ans et plus et 13 000 décès annuels sont directement attribués à la pneumonie. Enfin, les coûts directs du VRS sont estimés à 152 millions d'euros par an chez les 65 ans et plus. Les infections à VRS sont responsables de 10 000 à 20 000 hospitalisations par an chez les 65 ans et plus.

Poursuivre le développement de lieux de vaccination pour augmenter la couverture vaccinale

En sus des médecins, les infirmiers et les pharmaciens sont autorisés à prescrire et à administrer les vaccins inscrits au calendrier des vaccinations des personnes âgées²⁰⁷. Les pharmaciens d'officine sont par ailleurs les premiers acteurs de la vaccination des personnes âgées. Les personnes de 65 ans et plus vaccinées contre la grippe en ville l'ont été à 68,2 % par les pharmaciens, 19,9 % par les médecins et 11,9 % par les infirmiers sur la période d'octobre 2025 à février 2026. La vaccination contre le pneumocoque à 76,4 % par les pharmaciens, 14,3 % par les médecins et 9,2 % par les infirmiers sur la période de mars 2025 à février 2026.

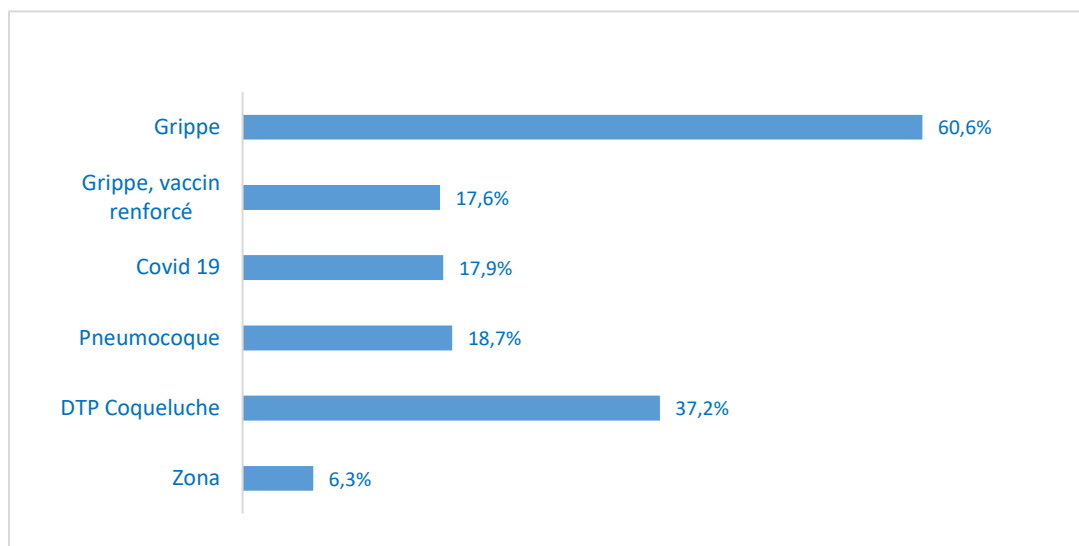
²⁰³ Société Française de Cardiologie, Fédération Française des Diabétiques, Fédération Nationale des Associations de Retraités, Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du secteur médico-social, Société (MCOOR), Société française de gériatrie et de gérontologie (2025). Livre blanc sur les infections respiratoires à prévention vaccinale des seniors. Autonomie des seniors : vacciner pour vieillir en bonne santé. 56p. [Risques respiratoires et vaccination des seniors | Prévention vaccinale](#)

²⁰⁴ OECD (2025). Routine vaccination In Health at a glance 2025 : OECD indicators. OECD Publishing, Paris. p. 126-127. <https://doi.org/10.1787/8f9e3f98-en>

²⁰⁵ Société Française de Cardiologie, Fédération Française des Diabétiques, Fédération Nationale des Associations de Retraités, Association Nationale des Médecins Coordonnateurs et du secteur médico-social, Société (MCOOR), Société française de gériatrie et de gérontologie (2025). Livre blanc sur les infections respiratoires à prévention vaccinale des seniors. Autonomie des seniors : vacciner pour vieillir en bonne santé. 56p. [Risques respiratoires et vaccination des seniors | Prévention vaccinale](#)

²⁰⁶ Bernard-Stoecklin S, Campèse C, Parent du Châtelet, I (2023). Fardeau de la grippe en France métropolitaine : bilan des données de surveillance des épidémies de 2011-2012 à 2021-2022. Saint-Maurice : Santé publique France. 16 p. www.santepubliquefrance.fr

Figure 29. Pourcentage de la population de 65 ans et plus à jour de ses vaccins à fin février 2026



Source : SNDS, Cnam.

Champ : France entière (sauf pour la grippe : France hors Réunion), tous régimes.

Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus à jour de leur vaccin à fin février 2026 parmi les consommateurs de la cartographie de 2023, résidant en France et non décédés en 2024.

Les vaccins achetés par les établissements de santé et administrés aux patients hospitalisés ou consultant ne sont pas repérables dans le SNDS.

Outre les professionnels de ville, les vaccins peuvent également être achetés par les établissements de santé et y être administrés que ce soit en hospitalisation ou en consultation, ainsi que par les Ehpad disposant d'une pharmacie à usage intérieur. Les achats de vaccins par les établissements de santé sont faibles comparés aux achats effectués par les officines. En 2025, ils représentent 6,4% des ventes de vaccins contre la grippe recommandés pour les personnes âgées (1,8 % des ventes de vaccins renforcés), 4,8% des ventes vaccins contre le pneumocoque recommandés pour les personnes âgées (Prevenar 20® et Capvaxive®), 8,3 % des DTP-Coqueluche, 0,9 % des vaccins contre le zona (Shingrix®) et 1,9 % des vaccins contre le VRS recommandés aux personnes âgées (Données du Groupement pour l'Elaboration et la Réalisation des Statistiques, GERS). Dans le cas d'une vaccination dans un établissement, les personnes vaccinées ne sont aujourd'hui pas identifiables par les données de facturation disponibles dans le SNDS. Il n'est donc pas possible d'isoler la part des vaccins administrée aux personnes de 65 ans et plus.

Faciliter les opportunités de vaccination, en ville comme à l'hôpital, constitue un levier essentiel d'amélioration de la prévention et de réduction des complications évitables, en particulier pour les personnes atteintes de pathologies chroniques. Ces patients présentent en effet un risque accru de formes graves, de décompensations et d'hospitalisations liées à certaines infections respiratoires ou invasives, alors même que leur couverture vaccinale demeure insuffisante. Il apparaît donc nécessaire de multiplier les occasions de vaccination tout au long du parcours de soins, en levant les freins organisationnels, financiers et logistiques qui persistent aujourd'hui.

La mobilisation coordonnée de la médecine de ville, des établissements de santé et du secteur médico-social permettrait ainsi de maximiser les opportunités de vaccination, en particulier pour les populations les plus à risque. À moyen terme, cette stratégie est susceptible de générer un retour sur investissement favorable pour l'Assurance maladie, sous réserve d'un calibrage adapté des modalités de financement et d'un suivi renforcé des indicateurs de couverture vaccinale et d'impact sur les recours aux soins.

La vaccination en établissement est un levier majeur pour favoriser un accès plus équitable à la vaccination.

Ainsi, à l'hôpital, la vaccination devrait être intégrée de manière systématique dans les parcours de soins des patients souffrant de maladies chroniques, notamment insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), maladie rénale chronique (MRC), diabète ou immunodépression. Les consultations externes, bilans de suivi, hôpitaux de jour et séjours d'hospitalisation constituent des moments particulièrement pertinents pour vérifier le statut vaccinal, proposer les vaccinations recommandées et les administrer immédiatement lorsque cela est possible.

Cette approche nécessite de permettre la prise en charge des vaccins réalisés à l'hôpital pour ces patients, afin que les établissements ne supportent pas seuls la charge financière de cette mission de prévention. L'absence de financement identifié peut aujourd'hui freiner la mise en œuvre opérationnelle de campagnes vaccinales hospitalières, malgré leur intérêt médico-économique. Une prise en charge dédiée favoriserait au contraire l'organisation de protocoles systématiques de repérage et de vaccination au sein des services prenant en charge les maladies chroniques.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillent des populations particulièrement exposées aux risques infectieux et à leurs complications. La vaccination y représente un levier majeur de prévention, tant individuelle que collective. Dans les EHPAD financés sous tarif global, les dépenses de vaccination sont intégrées dans le forfait, sans possibilité systématique de facturation en sus. Cette modalité peut constituer un frein au déploiement de campagnes vaccinales ambitieuses, en particulier lorsque celles-ci impliquent des coûts logistiques et organisationnels supplémentaires. À l'inverse, dans les structures en tarif partiel, ces dépenses peuvent être prises en charge en dehors du forfait, limitant cet effet désincitatif.

Dans une logique d'alignement des incitations, il est proposé d'autoriser la facturation en sus des vaccins dans les EHPAD en tarif global. Cette mesure permettrait de garantir la neutralité financière pour les établissements et d'encourager la mise en œuvre de stratégies vaccinales systématiques (vaccination à l'admission, campagnes saisonnières, rappels organisés). Au regard des données disponibles, une amélioration de la couverture vaccinale en EHPAD pourrait conduire à une diminution notable des épisodes infectieux collectifs, des hospitalisations et des passages aux urgences.

L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans une logique de virage préventif, visant à réorienter le système de santé vers des actions à fort rendement médico-économique. En facilitant l'accès à la vaccination et en levant les freins financiers et organisationnels, il est possible de réduire les complications évitables, d'améliorer la qualité de vie des patients et de contenir la progression des dépenses de soins.

3.2.2 Agir sur la santé mentale des personnes âgées

En 2024, 8,6% des personnes de 70 à 79 ans ont vécu un épisode dépressif caractérisé (EDC)²⁰⁸. Les EDC sont par ailleurs entre 2 et 3 fois plus fréquents chez les femmes de 65 à 85 ans comparés aux hommes de cette tranche d'âge. La plus forte prévalence de ces troubles chez les femmes est retrouvée à tous les âges de vie.

Mais la prévalence des états anxieux et EDC pourraient être sous-estimée chez les personnes âgées en raison de leur moindre représentation dans les enquêtes et de leur tendance à exprimer l'anxiété et la dépression sous forme de symptômes somatiques²⁰⁹. De plus, la dépression se manifeste chez eux fréquemment par des plaintes anxieuses. Ces présentations atypiques compliquent le diagnostic et favorisent des prescriptions inadaptées, notamment de benzodiazépines²¹⁰.

Si les personnes âgées déclarent moins d'états anxieux ou dépressifs que le reste de la population dans les enquêtes en population générale du baromètre Santé publique France, à l'inverse la prévalence des assurés pris en charge pour une maladie psychiatrique augmente avec l'âge dans la cartographie des pathologies de l'Assurance maladie issue des données du Système National des Données de Santé.

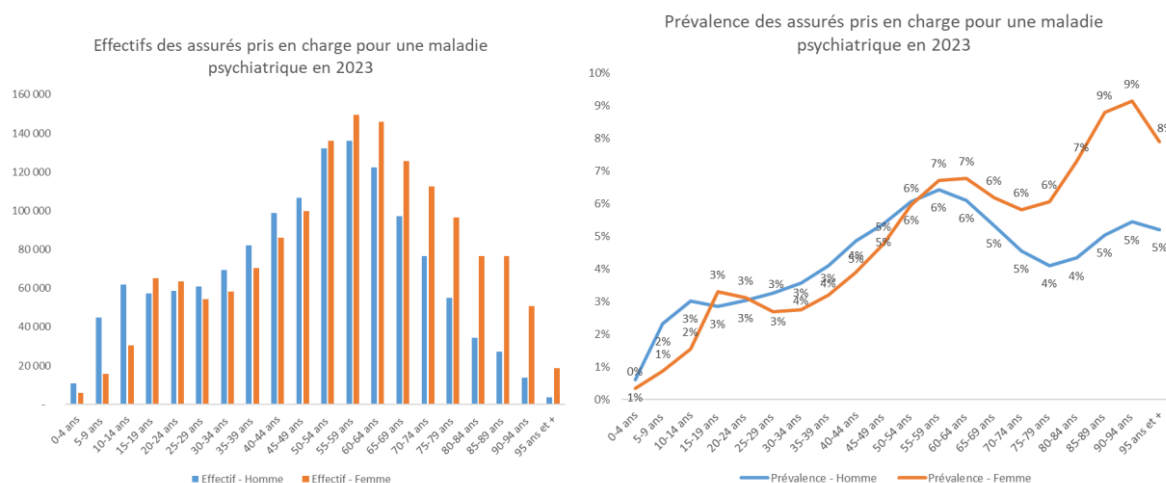
²⁰⁸ L'épisode dépressif caractérisé est défini par l'existence d'une période de 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt presque tous les jours et pratiquement toute la journée, ainsi que par la présence, sur la même période, d'au moins trois symptômes secondaires (épuisement, perte ou gain de poids supérieur à 5 kg, difficultés à dormir, à se concentrer, dévalorisation ou culpabilité excessive, pensées morbides), ainsi qu'un retentissement des symptômes sur sa vie quotidienne avec une perturbation des activités habituelles.

C. Léon, L. Perrin, I. Gillaizeau, A. Papadopoulos. Épisodes dépressifs : prévalence et recours aux soins. In Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2025 : 12 p.

²⁰⁹ Léon C, Gillaizeau I, du Roscoat E, Pelissolo A, Beck F. Prévalence des états anxieux chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre Santé publique France (2017-2021). Bull Epidemiol Hebd. 2025;(14):246-55. <https://beh.santepubliquefrance.fr/>

²¹⁰ Jeste, D. V., Blazer, D. G., & First, M. B. (2007). Aging-related diagnostic variations: Need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. In W. E. Narrow, M. B. First, P. J. Sirovatka, & D. A. Regier (Eds.), *Age and gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V* (pp. 273-288). American Psychiatric Publishing, Inc

Figure 30. Effectifs et prévalences des maladies psychiatriques en 2023 selon l'âge.



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Cnam.

D'autres indicateurs de santé mentale sont préoccupants. Une surmortalité par suicide a été identifiée en France chez les hommes de 65 ans ou plus²¹¹ (leur taux de décès par suicide est de 38,7 décès/ 100 000 habitants soit 3 fois plus que l'ensemble de la population), en particulier dans des situations de veuvage²¹².

Près d'un quart des assurés de 65 ans et plus est remboursé de benzodiazépines

Les anxiolytiques sont des médicaments qui aident à lutter contre les symptômes de l'anxiété et les hypnotiques sont des médicaments qui facilitent le sommeil. Il existe plusieurs classes d'anxiolytiques et d'hypnotiques au premier rang desquelles les benzodiazépines, qui sont les molécules les plus prescrites et celles qui posent le plus de problème en raison de leurs effets indésirables en cas d'usage prolongé. La consommation prolongée de ces traitements expose à des risques iatrogènes non négligeables, incluant chutes, confusion, sédation excessive, dépression, dépendance et vertiges²¹³ ²¹⁴ ²¹⁵. Au-delà de ces effets immédiats, l'utilisation prolongée est également associée à un risque accru de déclin cognitif²¹⁶ et à une augmentation de la probabilité de développer une démence²¹⁷ ²¹⁸.

La durée maximale de leur prescription est limitée à 4 semaines pour les hypnotiques et à 12 semaines pour les anxiolytiques dans leur AMM, règles de bon usage régulièrement rappelées par la HAS et l'ANSM²¹⁹.

²¹¹ Santé Publique France (2025), Surveillance annuelle des conduites suicidaires, bilan 2023. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p.

²¹² Drees (2026). Le suicide, trois fois plus fréquent chez les hommes, deux fois plus chez les plus modestes. Etudes et résultats. n° 1364, 8 p. [ER1364_Suicide_0.pdf](https://drees.fr/ER1364_Suicide_0.pdf)

²¹³ Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M., Flament, M., & Limosin, F. (2016). Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Current psychiatry reports*, 18(10), 89. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>

²¹⁴ Capiau, A., Huys, L., van Poelgeest, E. et al. (2023). Therapeutic dilemmas with benzodiazepines and Z-drugs: insomnia and anxiety disorders versus increased fall risk: a clinical review. *Eur Geriatr Med* 14, 697-708. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00731-4>

²¹⁵ Ferreri, S. P., Armistead, L. T., Tamera D. H. et al. (2025). Building primary care providers' confidence in deprescribing opioids and benzodiazepines in older adults. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, Volume 19, 2025, 100627, ISSN 2667-2766, <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2025.100627>

²¹⁶ Federico, A., Tamburin, S., Maier, A. et al. Multifocal cognitive dysfunction in high-dose benzodiazepine users: a cross-sectional study. *Neurol Sci* 38, 137-142 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10072-016-2732-5>

²¹⁷ Billioti de Gage, S., Bégaud, B., Bazin, F. et al. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 345, e6231. <https://doi.org/10.1136/bmj.e6231>

²¹⁸ Legrand, D., Roberge, P., Vanasse, A. et al. (2025). Association between benzodiazepines and dementia: A case-control study from Canadian health surveys and medico-administrative databases, *Journal of the Neurological Sciences*, Volume 479, 2025, 123746, ISSN 0022-510X, <https://doi.org/10.1016/j.jns.2025.123746>

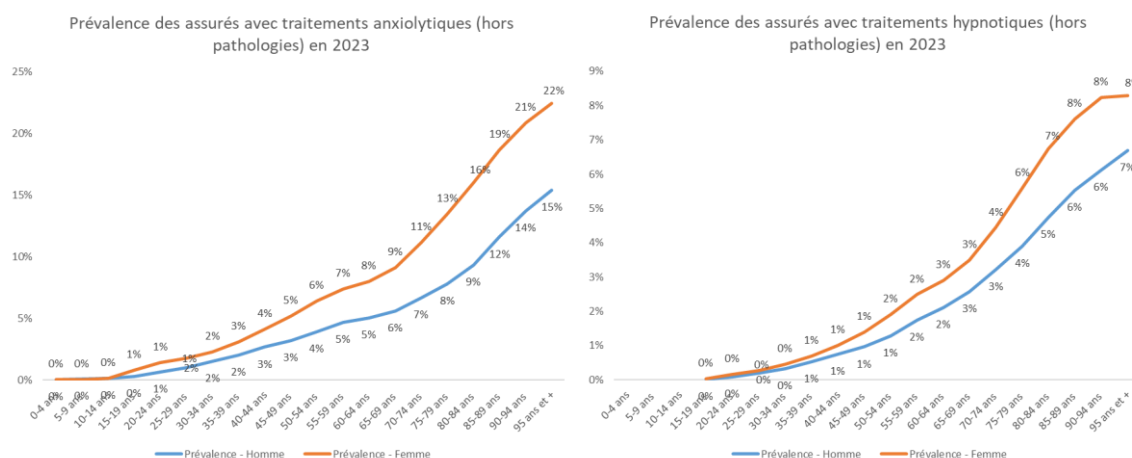
²¹⁹ Dossier thématique - Bon usage des benzodiazépines - ANSM

Haute autorité de santé (2024), Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? Recommander les bonnes pratiques. 6 p. [Microsoft Word - BUM_BZD_ANXIETE_11_07_24_VF.docx](https://www.has-sante.fr/fr/medicaments-et-santepublique/BUM_BZD_ANXIETE_11_07_24_VF.docx)

En 2022, 23 % des personnes **de 65 ans et plus** ont bénéficié d'un remboursement de benzodiazépines (BZD) et **13 %** ont reçu une prescription potentiellement inappropriée (PPI) de BZD²²⁰. Ces taux sont en baisse depuis 2012, date à laquelle ils atteignaient respectivement **28 %** et **17 %**. Cependant, cette diminution ne concerne pas l'ensemble de la population âgée. Parmi les patients atteints de la maladie d'Alzheimer et apparentées, le taux de PPI reste stable autour de 30 % depuis 2015. Dans la tranche d'âge des 65-75 ans et chez les femmes, la baisse des PPI est moins marquée.²²¹

Plusieurs situations augmentent la probabilité de recevoir une prescription potentiellement inappropriée de BZD. Chez les personnes atteintes d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, le recours à une aide familiale pour les démarches médicales est associé à une probabilité plus élevée (+21,7 points) de prescription des benzodiazépines à longue durée d'action. Cela pourrait s'expliquer par l'information transmise par les aidants lors de la consultation, concernant notamment les troubles anxieux ou l'insomnie, et par leur volonté de mettre en place une solution pour y remédier²²². L'entrée en Ehpad s'accompagne d'une augmentation d'environ dix points des PPI de BZD, alors que la balance bénéfice-risque de ces traitements est particulièrement défavorable dans cette population particulièrement fragile²²³.

Figure 31 : Prévalence des traitements anxiolytiques et hypnotiques (hors pathologies) * en 2023 selon l'âge dans la cartographie des pathologies



Source: SNDS, Cartographie des pathologies, Cnam.

* Traitements anxiolytiques (hors pathologies) : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'anxiolytiques au cours de l'année n (à différentes dates) et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée.

Traitements hypnotiques (hors pathologies) : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances d'hypnotiques au cours de l'année n (à différentes dates) et qui n'ont pas de pathologie psychiatrique retrouvée.

Les hommes âgés dépassent plus souvent les repères de consommation d'alcool à moindre risque²²⁴ selon le Baromètre de Santé publique France. Les hommes de 65 à 75 ans sont 30,8% à dépasser ces repères en 2021 et entre 76 à 85 ans, ils sont 41,2 % à les dépasser (contre 11,0% chez les femmes de 65 à 75 ans et 13,8% chez celles de 76 à 85 ans)²²⁵.

²²⁰ Une prescription médicamenteuse est considérée inappropriée chez un patient, lorsque le médicament n'est pas (ou peu) efficace et lorsqu'il est à risque élevé d'événement indésirable. Le rapport bénéfice-risque du produit est défavorable à l'utilisation du produit. Pour les personnes âgées, une durée de traitement par bzd supérieure à 3 mois ou une prescription de bzd à demi-vie longue sont considérées comme des PPI de BZD.

²²¹ Penneau, A., Pichetti, S. et Perronnin, M. (2026). Les prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines chez les seniors restent élevées. *Irdes : Questions d'économie de la santé*, n°304, janvier 2026.

²²² Pichetti S., Perronnin M., Penneau A. (2025). L'appui des aidants familiaux influence-t-il la qualité des prescriptions de benzodiazépines chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ? *Irdes : Questions d'économie de la santé* n° 302 – Juillet-août 2025

²²³ Penneau A., Perronnin M., Pichetti S. et Juillard-Condat B. avec la collaboration de Vincent R. (2025). Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ? *Irdes : Questions d'économie de la santé* n° 300 – Mai 2025

²²⁴ Par définition, une personne a dépassé les repères de consommation au cours de la semaine précédente si elle a consommé plus de deux verres le même jour au moins une fois dans la semaine ou si elle a consommé plus de cinq jours ou si elle a consommé plus de 10 verres au total sur sept jours.

²²⁵ Andler R, Quatremère G, Gautier A, Nguyen-Thanh V, Beck F. (2023). Consommation d'alcool : part d'adultes dépassant les repères de consommation à moindre risque à partir des données du Baromètre de Santé publique France 2021. *Bull Épidémiol Hebd.* 2023;(11):178-86. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/11/2023_11_2.htm

Les actions de l'Assurance Maladie pour la santé mentale des personnes âgées

Ces dernières années, l'Assurance Maladie a mis en place plusieurs actions pour répondre aux besoins en santé mentale, y compris des personnes âgées :

- Depuis avril 2022, le dispositif « Mon soutien psy » permet l'accompagnement psychologique des personnes en souffrance psychique d'intensité légère à modérée, grâce à la prise en charge de 12 séances par an par un psychologue conventionné. Chaque année, de plus en plus de personnes âgées ont recours à ce dispositif. Près de 119 000 assurés de 60 ans et plus ont eu recours à « Mon soutien psy » entre la création du dispositif en 2022 et 2025, dont 57 000 nouveaux bénéficiaires en 2025.
- En amont de la prise en charge, le repérage des troubles psychiques est crucial. L'autoquestionnaire de « Mon bilan prévention » contient des questions spécifiques sur la santé mentale des personnes âgées de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans. En 2025, 137 000 assurés de ces tranches d'âge ont effectué un tel bilan. Le bien-être psychologique est aussi intégré comme une fonction clé du programme de prévention de la perte d'autonomie dans la démarche Icope.
- De plus, des actions ciblées concernant le bon usage des benzodiazépines²²⁶ et la déprescription²²⁷ ont été menées auprès des médecins généralistes libéraux, ainsi que des établissements de santé lors des visites annuelles en établissement de santé (VAES)²²⁸ et en EHPAD. Les bonnes pratiques en matière de prise en charge de la santé mentale des personnes âgées sont rappelées sur les pages Ameli.fr destinées aux professionnels de santé²²⁹. Ces actions visent à améliorer les pratiques médicales, à prévenir le risque iatrogénique et à promouvoir une meilleure santé mentale chez les seniors.

Le bien-être psychologique des personnes âgées : du repérage à l'accompagnement adapté

Pour élaborer des actions efficaces en faveur de la santé mentale des personnes âgées, il est essentiel de miser sur plusieurs leviers complémentaires. **D'une part, il convient de développer les connaissances des personnes âgées et de leurs proches en déstigmatisant le sujet de la santé mentale**, afin de faciliter l'accès aux services et d'encourager une prise en charge précoce des troubles psychiques.

D'autre part, le renforcement de l'accompagnement des professionnels de première ligne — médecins traitants, infirmiers libéraux, auxiliaires de vie et aides à domicile — est crucial. Ces acteurs doivent être formés pour mieux repérer les troubles psychiques chez les personnes âgées et partager efficacement les informations pertinentes entre eux. Une meilleure orientation des patients vers des services adaptés à leurs besoins spécifiques permettrait d'optimiser leur accompagnement.

Les actions doivent également être différenciées selon le niveau d'autonomie des personnes âgées²³⁰.

Pour les personnes âgées confrontées à des incapacités physiques, un accompagnement personnalisé est nécessaire pour limiter les barrières liées à leurs difficultés fonctionnelles et prévenir l'isolement. Un soutien psychologique comme celui proposé dans le cadre du dispositif Mon soutien psy peut également jouer un rôle clé dans leur bien-être. De manière complémentaire, former les personnels du grand âge aux Premiers secours en santé mentale (PSSM) en EHPAD, SSIAD, SAAD, etc... est un autre levier pour contribuer à une meilleure reconnaissance des troubles en santé mentale améliorant la prise en charge des patients âgés.

Chez les personnes âgées traitées par benzodiazépines, les stratégies de déprescription les plus efficaces combinent **éducation thérapeutique, bilans médicamenteux**²³¹ et **interactions directes** entre pharmaciens, patients et professionnels de santé²³². L'accompagnement par un psychologue peut également faciliter la déprescription chez les patients âgés en relai de l'accompagnement du médecin traitant.

²²⁶ <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/regles-de-prescription-et-formalites/medicaments-et-dispositifs/benzodiazepines-bonnes-pratiques-prescription/bon-usage-des-benzodiazepines-faites-le-test>

²²⁷ <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments/risque-iatrogenique-prevention-chez-la-personne-agee-de-65-ans-et-plus/prevention-du-risque-iatrogenique-et-prescription/deprescription>

²²⁸ Les visites annuelles dans les établissements de santé (VAES) ont pour objectif de présenter une offre de service globale et une posture renouvelée de l'Assurance Maladie, abordant tous les thèmes liés à la gestion du risque en établissement. Ces visites s'inscrivent dans un programme pluriannuel d'accompagnement co-construit avec l'établissement. Les participants à la VAES incluent des représentants de l'Assurance Maladie (directeur, médecin chef, référents, service médical) et de l'établissement de santé (direction, président de CME, responsables informatiques et médicaux, etc.). En fonction des problématiques locales, des représentants de l'ARS ou d'organisations d'exercice coordonné peuvent être ajoutés.

²²⁹ <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/sante-mentale-soins-primaires/seniors/sante-mentale-approche-therapeutique-personne-agee-senior>

²³⁰ Meynet, S., Beaudoin, M. et Smedig, A. (2022). Promouvoir la santé mentale des personnes âgées avec des incapacités physiques : revue systématique des interventions proposées à domicile et en établissement. *Recherche en soins infirmiers*, 151(4), 18-29. <https://doi.org/10.3917/rsi.151.0018>.

²³¹ Melo, T. A. R., Bezerra, C. O., Fernandes, B. D. et al. (2023). Pharmacists' contribution to benzodiazepine deprescribing in older outpatients: a systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical pharmacy*, 45(5), 1037-1049. <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01637-2>

²³² Niznik, J. D., Collins, B. J., Armistead, L. T., et al. (2022). Pharmacist interventions to deprescribe opioids and benzodiazepines in older adults: A rapid review. *Research in social & administrative pharmacy : RSAP*, 18(6), 2913-2921. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2021.07.012>

3.2.3 Valoriser au mieux l'évolution du métier infirmier afin de permettre une prise en charge à domicile de qualité pour les patients les plus dépendants

Les infirmières libérales jouent un rôle essentiel dans le maintien à domicile des personnes âgées en assurant un suivi régulier, personnalisé et de proximité. Par leur vigilance clinique, elles permettent de détecter précocement les signes de fragilité, de perte d'autonomie ou de décompensation médicale. Leur intervention contribue à ainsi à prévenir les hospitalisations évitables grâce à une prise en charge continue des soins. Elles participent également au soutien des aidants et au maintien du lien social, éléments déterminants dans la prévention du déclin physique et psychique. Actrices clés du parcours de soins, les infirmières libérales favorisent ainsi le vieillissement à domicile dans des conditions de sécurité, de dignité et de qualité de vie.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), les trois organisations représentatives des infirmières et infirmiers libéraux (la Fédération nationale des infirmiers (FNI), le Syndicat national des infirmières et infirmiers libéraux (SNIIL) et Convergence Infirmière (CI) et l'Unocam (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie) ont signé 31 mars 2026 l'avenant 11 à la convention nationale des infirmiers.

Cet accord, qui représente pour l'Assurance Maladie un investissement de 500 millions d'euros sur la période 2026-2029, constitue une étape importante pour accompagner l'évolution de cette profession et adapter l'organisation des soins aux besoins croissants de la population – notamment en matière de vieillissement démographique.

Dans le cadre de ces négociations, plusieurs mesures visent à permettre une meilleure prise en charge des personnes âgées, telles que :

- La mise en place de **l'infirmier référent** (IDER) dont le but est de permettre une meilleure coordination des soins et un suivi renforcé avec le médecin traitant et le pharmacien correspondant pour des patients en ALD, âgés ou en situation de handicap, et qui ne peuvent accéder à une consultation médicale sans l'aide d'un transport sanitaire ou taxi. Le dispositif d'« infirmier référent » vise à renforcer la coordination et le suivi des patients nécessitant un accompagnement régulier à domicile. Il reconnaît le rôle central des infirmiers libéraux dans l'organisation du parcours de soins, notamment auprès des patients les plus fragiles et dépendants. Ce dispositif repose sur un suivi renforcé associant surveillance clinique, coordination avec les autres professionnels de santé, prévention et éducation thérapeutique. L'infirmier référent devient ainsi un interlocuteur privilégié du patient afin d'assurer la continuité des soins, prévenir les ruptures de prise en charge et favoriser le maintien à domicile.

- La création ou modification des actes suivants :

- **Surveillance clinique et thérapeutique globale hebdomadaire (création)** : cet acte comprend une surveillance clinique adaptée à l'état du patient. Il comprend également une surveillance thérapeutique portant sur la tolérance médicamenteuse, la gestion des traitements, l'identification de situations de stocks de produits de santé inadaptées, ainsi que l'information du patient relative au bon usage et à la gestion des médicaments non utilisés.
- **Surveillance en situations aiguës (création)** : elle permettra aux infirmiers de réaliser une surveillance clinique des patients face à une situation aiguë. Leur rôle d'orientation et d'alerte est consacré et devient central.
- **Acte d'administration et de surveillance de médicament pour patients en ALD pour démence ou troubles psychiatriques délirants (création)** : les spécificités liées à la prise en charge des patients présentant des démences ou des troubles psychiatriques délirants sont reconnues par l'Assurance Maladie et mieux rémunérées pour les infirmiers.
- **Administration et surveillance médicamenteuse (modification)** : cet acte permet dorénavant d'administrer les traitements aux patients le nécessitant, quel que soit la galénique. Auparavant limité aux troubles psychiatriques et cognitifs, cet acte est désormais ouvert à toutes les situations ne permettant plus une prise autonome de traitement (trouble sensoriels, moteurs...).
- La création d'une **majoration dans le cadre du BSI**²³³, facturable en sus d'un forfait BSC, afin de revaloriser la prise en charge des patients les plus complexes au vu de leur situation clinique et environnementale (isolement social ; absence d'aide ...).

²³³ La réalisation d'un Bilan de soin infirmier (BSI) par l'infirmier permet de mettre en place un plan de soin personnalisé selon l'état de santé du patient. Le niveau (BSA/BSB/BSC) détermine le tarif de l'Assurance Maladie pour les actes infirmiers (ex. : 13€ pour un BSA, 28,70€ pour un BSC).

3.2.4 Poursuivre les efforts en faveur d'un développement du repérage précoce des fragilités afin de ralentir la perte d'autonomie

Le programme ICOPE permet un dépistage précoce des fragilités fonctionnelles

Le programme **ICOPE** (integrated care for older people) **est** un programme de **santé publique** développé par l'**OMS** pour **prévenir la perte d'autonomie** chez les personnes âgées de **60 ans et plus**. Il repose sur **5 étapes** (dépistage, évaluation, plan de soin personnalisé, suivi et implication des collectivités) pour **identifier et agir** sur les premiers signes de fragilité. Le dépistage permet, à l'aide de quelques questions et épreuves simples, d'évaluer en une dizaine de minutes, les six fonctions essentielles au maintien de l'autonomie : la mémoire, la nutrition, la vision, l'audition, le bien-être psychologique et la mobilité. Il est proposé de réitérer ce dépistage tous les 6 mois.

Ce test peut être réalisé par la personne elle-même ou avec l'aide d'un aidant. Afin de permettre une réalisation individuelle du test, l'auto-questionnaire est proposé par différentes applications référencées dans Mon espace santé²³⁴ depuis juin 2025 et l'auto-questionnaire est également disponible directement sur Mon espace santé depuis juin 2026. Afin d'accompagner le déploiement de cette pratique de repérage précoce dans le parcours de soins des personnes âgées, les briques additionnelles de rémunération des structures « France santé » qui visent à inciter au déploiement d'une offre de soins supplémentaire selon les priorités de santé publique intègrent au sein de la brique vulnérabilité le programme de repérage précoce de perte d'autonomie (ICOPE). Cet indicateur prévoit la mise en place d'un protocole d'organisation permettant de généraliser le repérage et développer un projet de santé personnalisé.

Un accès limité au dépistage des troubles cognitifs : permettre un diagnostic plus rapide de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer représente la cause la plus fréquente de déclin cognitif et constitue l'une des principales causes de handicap et de dépendance chez les personnes âgées. L'âge en est le principal facteur de risque, même si les troubles neurocognitifs majeurs ne sont pas une conséquence inévitable du vieillissement.

En 2025, on estime que 1,4 million de personnes en France sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée (MAMA)²³⁵ (soit 2,1 % de la population), parmi lesquels 225 000 nouveaux cas²³⁶. En 2050, un doublement du nombre de personnes concernées est attendu²³⁷. Pourtant, au moins la moitié des personnes souffrant de MAMA ne seraient pas diagnostiquées²³⁸. Cette situation se reflète d'ailleurs dans les données du Système National des Données de Santé : seules 709 450 personnes sont identifiées dans la cartographie des pathologies comme souffrant d'une démence en 2023.

Un Français sur dix estime qu'il n'existe aucun comportement préventif permettant de réduire ce risque, révélant un important décalage entre les connaissances scientifiques et la perception du public²³⁹. En effet, l'action sur 14 facteurs de risque modifiables - **inactivité physique, tabagisme, consommation excessive d'alcool, pollution atmosphérique, traumatismes crâniens, faible fréquence des contacts sociaux, faible niveau d'éducation, obésité, hypertension, diabète, dépression, déficience auditive, déficience visuelle et un taux élevé de cholestérol** - pourrait prévenir ou retarder **45 % des cas de maladie d'Alzheimer**²⁴⁰.

²³⁴ <https://www.ameli.fr/assure/actualites/icope-un-questionnaire-pour-tester-son-autonomie-partir-de-60-ans>

²³⁵ Les maladies apparentées à la maladie d'Alzheimer regroupent la maladie à corps de Lewy, les dégénérescences lobaires fronto-temporales ou encore les troubles cognitifs après un accident vasculaire cérébral.

²³⁶ Alzheimer Europe (2025). Dementia Prevalence Report 2025. https://www.alzheimer-europe.org/resources/publications/prevalence-dementia-europe-2025?language_content_entity=en

²³⁷ Gouvernement (2025). Stratégie nationale maladies neurodégénératives 2025-2030. 48p.

²³⁸ Carcaillon-Bentata L QC, Moutengou E, Boussac-Zarebska M, Moisan F, Ha C. Is it possible to estimate the prevalence of alzheimer's disease and dementia from national health insurance databases in france? comparison with data from population-based cohort studies. Bull Epidemiol Hebd 2016.

²³⁹ Sondage IFOP/ Fondation Médéric Alzheimer réalisé en juillet 2021 auprès d'un échantillon de 1000 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

²⁴⁰ Livingston G, Huntley J, Liu K et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. The Lancet, 2024; 404, 572-628.

Ce déficit d'information renforce la nécessité d'améliorer la communication sur la prévention de la maladie d'Alzheimer et sur les dispositifs pour un repérage précoce de la maladie. Le dispositif « Mon bilan prévention » intègre ainsi des questions spécifiques pour les personnes âgées de 60 à 65 ans et de 70 à 75 ans, de même que le programme ICOPE, soulignant l'importance d'un repérage précoce des troubles cognitifs. Par ailleurs, le deuxième axe de la stratégie nationale sur les maladies neurodégénératives (2025-2030) met l'accent sur la prévention et le repérage précoce afin d'améliorer l'orientation des patients dès les premiers signes.

Le diagnostic de MAMA repose sur un examen clinique, un bilan biologique, une imagerie cérébrale (de préférence une IRM cérébrale sans injection de produit de contraste) et des évaluations neuropsychologiques. La biologie et l'imagerie visent avant tout à exclure d'autres causes de troubles cognitifs susceptibles d'être traités. Le diagnostic de MAMA est le plus souvent posé dans les consultations mémoire hospitalières, au sein d'équipes pluridisciplinaires associant neurologues, gériatres et neuropsychologues. En 2023, 531 établissements proposaient une consultation mémoire en France, dont 85 % dans le secteur public. La file active de ces consultations s'élève à 277 700 patients, parmi lesquels 131 500 sont de nouveaux patients²⁴¹.

Pour améliorer l'accès au diagnostic de MAMA en ville, l'Assurance Maladie finance l'expérimentation Article 51 PASSCOG (Parcours ambulatoire pour seniors avec troubles cognitifs)²⁴². Le rapport d'évaluation montre que la mise en œuvre de PASSCOG répond à un besoin identifié de renforcement du repérage précoce des troubles cognitifs en ville avec un parcours opérationnel s'appuyant sur une consultation initiale dédiée à la plainte cognitive en ville permettant d'évaluer l'opportunité d'examens complémentaires (bilan neuropsychologique, IRM/scanner, prélèvements obligatoires...), une consultation de synthèse et une consultation d'annonce, ainsi qu'une mobilisation de téléexpertise. Ce parcours permet le diagnostic et la prise en charge précoce, notamment par des séances de suivi neuropsychologique, d'un plus grand nombre de patients atteints de maladies neurocognitives à un stade léger, tout en assurant l'accompagnement de leurs aidants. Les médecins généralistes, sensibilisés, formés à la cognition et aidés par une téléexpertise, deviennent acteurs de ces parcours au côté des spécialistes. Ce parcours permet un accès au bilan neuropsychologique en ville, élément central dans la démarche diagnostique d'un trouble neurocognitif, bilan aujourd'hui non pris en charge en ville. L'expérimentation PASSCOG a obtenu un avis favorable du Comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé (CTIS) pour sa transposition dans le droit commun et est entré en avril 2026 dans une période de financement transitoire de 18 mois²⁴³ afin de couvrir le temps des travaux d'inscription en droit commun de ce parcours.

Le diagnostic précoce présente de nombreux bénéfices. Il permet d'écarter une MAMA pour certains patients et de diagnostiquer d'autres maladies potentiellement curables notamment d'origine psychiatrique (dépression, troubles anxieux, effets indésirables médicamenteux ...)²⁴⁴. Le diagnostic précoce de MAMA permet une prise en charge rapide et l'entrée dans un parcours de soins adapté afin de maintenir l'autonomie des patients le plus longtemps possible. Cette prise en charge peut inclure la remédiation cognitive et les programmes d'éducation thérapeutique, ainsi que l'activité physique adaptée et les activités sociales, qui contribuent à mobiliser les capacités fonctionnelles préservées.

L'accompagnement des personnes atteintes de MAMA, en amont de leur perte d'autonomie, ainsi que celui de leurs aidants, facilite également les prises des décisions éclairées concernant l'avenir (protection juridique, anticipation d'une éventuelle entrée en EHPAD, etc.)²⁴⁵.

Encadré 19 : prise en charge non médicamenteuse et accompagnement des patients atteints de MAMA

L'accompagnement des personnes atteintes de MAMA repose sur une prise en charge pluridisciplinaire personnalisée. La HAS a publié plusieurs recommandations de bonnes pratiques pour le diagnostic et la prise en charge des patients, le repérage et le soutien aux aidants, la prise en charge sociale et médico-sociale et les parcours de soins²⁴⁶. Des sociétés savantes, comme la Fédération des Centres Mémoire, la Société Française de Gériatrie et de Gériatrie et la Société Francophone de Psychogériatrie et Psychiatrie de la Personne Âgée, contribuent également à l'élaboration de recommandations pour une prise en charge globale des patients^{247 248}.

En 2025, le Gouvernement a lancé la stratégie nationale sur les maladies neurodégénératives 2025-2030 pour faire face au défi sociétal que représentent ces maladies. Parmi les axes d'action, cette stratégie vise à prévenir et repérer plus tôt, améliorer la prise en charge et soutenir les aidants et renforcer l'accompagnement à domicile²⁴⁹.

²⁴¹ DREES, SAE 2023, traitements DREES.

²⁴² https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/passcog-arrete_et_cdc_modifies-jo_12.08_22.pdf

²⁴³ <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000053916269>

²⁴⁴ <https://alzheimer.ca/fr>

²⁴⁵ Fédération des Centres Mémoire (Mars 2025). Recommandations pour le diagnostic de la maladie d'Alzheimer.

²⁴⁶ https://www.has-sante.fr/jcms/p_3058411/fr/maladie-d-alzheimer

²⁴⁷ <https://www.centres-memoire.fr/nouvelles-recommandations-2025-pour-le-diagnostic-de-la-maladie-dalzheimer-a-lire-absolument/>

²⁴⁸ <https://sfgg.org/espace-presse/communiqués-de-presse/nouvelles-recommandations-pour-la-prise-en-charge-des-symptômes-psychologiques-et-comportementaux-spc-dans-les-maladies-neurocognitives/>

²⁴⁹ Gouvernement (2026). Stratégie nationale maladies neurodégénératives 2025-2030. 48 p. <https://sante.gouv.fr>

Dans ce contexte, les **Équipes Spécialisées Alzheimer (ESA)** accompagnent les personnes atteintes de MAMA, ainsi que leurs proches. Composées d'ergothérapeutes, de psychomotriciens et d'assistants de soins en gériatologie (aides-soignants ou aides médico-psychologiques formés), ces équipes interviennent sur prescription médicale, pour des patients diagnostiqués à un stade léger ou modéré. Les patients peuvent bénéficier de 12 à 15 séances maximum, réparties sur 3 mois dans l'année. Après un an, la prescription peut être renouvelée. Le coût des interventions des ESA est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie. En 2022, on comptait **505 ESA en France**²⁵⁰.

Ces dispositifs spécialisés répondent aux besoins des patients et de leurs aidants, marquant une amélioration dans leur prise en charge. Leur utilité est reconnue par les acteurs concernés (professionnels de santé, travailleurs sociaux, familles). Cependant, l'offre reste **insuffisante face à la demande** : en 2022, seules **5 % des personnes atteintes** de maladie d'Alzheimer ont bénéficié des ESA. De plus, certaines zones géographiques ne sont pas couvertes, entraînant des **listes d'attente importantes**. La stratégie nationale maladies neurodégénératives a prévu de doubler la capacité de prise de charge de ces équipes spécialisées d'ici 2030.

3.2.5 L'engorgement des parcours gériatriques : le cas spécifique des établissements autorisés en soins médicaux et de réadaptation (SMR)

L'activité de soins médicaux et de réadaptation (SMR) a pour objet de **prévenir** ou de **réduire** les **conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité**²⁵¹ **dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques et en amont ou à la suite de soins aigus**. Cette activité comprend des actes à visée diagnostique et thérapeutique et des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

La moitié des établissements SMR sont polyvalents ou gériatriques (les autres établissements SMR comportent des mentions très variées et plus spécialisées : locomoteur, pneumologie, pédiatrie, oncologie, systèmes nerveux.). On retrouve par ailleurs des établissements de rééducation avec d'autres mentions : pédiatrie, oncologie, locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, pneumologie, brûlés, conduites addictives, et système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition.

Le secteur des SMR a connu en 2023-2024 une réforme importante, portant à la fois sur les autorisations et sur le financement, avec la mise en place d'un modèle mixte combinant tarification à l'activité et dotations. Cette réforme a une double ambition portée par le ministère de la santé : développer une meilleure gradation des soins et dynamiser le mode de financement, notamment avec la dotation populationnelle adaptée aux territoires.

En 2024, selon les données du PMSI, pour 1 126 854 séjours réalisés, **la durée moyenne des séjours (DMS) en SMR polyvalent ou gériatrique** en hospitalisation complète (HC) est de **39 jours**²⁵², avec des variations importantes selon les territoires (34 jours dans les Hauts-de-France ; 45 jours en Ile-de-France).

Si une partie des patients nécessite la poursuite des soins de rééducation au-delà d'une durée moyenne de séjours, la prolongation du séjour non justifiée peut avoir un effet délétère sur l'autonomie du patient. Un repérage des motifs d'hospitalisation de ces séjours de longueur atypique a été effectué en se basant sur les séjours de plus de 60 jours des patients de plus de 60 ans (âge légal d'entrée en Ehpad pour les personnes en déficit d'autonomie). On constate un taux de **15,8 % de séjours longs** de plus de 60 jours, soit **91 915 séjours en 2024**.

Sur ces séjours est observée une raréfaction des actes médicaux et des actes de rééducation effectués. On constate que, parmi les séjours de plus de 60 jours, la part avec **moins d'1 acte médical ou de rééducation par jour** de présence en semaine est de **23,8 % (21 815 séjours)** avec des variations importantes en fonction des territoires. A titre d'illustration, les régions Pays de Loire (48,3%), Centre Val de Loire (35,5%), Bretagne (35,2%), Ile de France (24,1%) figurent parmi les régions ayant une part importante de ces séjours. A l'inverse, les régions Provence Alpe Côte d'Azur (14,6%) et Auvergne Rhône Alpes (15,9%) ont des taux relativement plus bas.

Quatre motifs²⁵³ (manifestations morbides principales ou diagnostics associés significatifs) ont été retenus pour analyser les séjours de plus de 60 jours

- *Attente de place en EHPAD (Z751) : 28,4% des séjours concernés*
- *Attente adaptation domicile (Z5912) : 17,3% des séjours*
- *Attente de place en Soins palliatifs (Z515) : 4,9% des séjours*
- *Difficultés sociales pour le retour à domicile (Z740 / Z741 / Z742 / R4010) : 34,7% des séjours.*

²⁵⁰ Bohic, D. N., Corlay, D., & Viossat, L.-C. (2022). Evaluation des dispositifs spécialisés de prise en charge des personnes atteintes de maladies neurodégénératives. 2021-104R. <https://igas.gouv.fr/Evaluation-des-dispositifs-specialises-de-prise-en-charge-des-personnes>

²⁵¹ Articles R6123-118 à R6123-126 du Code de la Santé Publique et décret n° 2022-24 du 11 janvier 2022

²⁵² ATIH, chiffres clés SMR, novembre 2024 <https://chiffres-cles.scansante.fr/smr.html>

²⁵³ Ces motifs sont issus du PMSI : ce sont des données techniques qui, par des codes, permettent de classer les orientations des patients.

Tableau 19 : Estimation des prises en charge moyennes pour l'Assurance maladie

Structure	Soins Médicaux et de Réadaptation Polyvalent ou gériatrique (sans acte)	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD)	Soins de Longue Durée	Hospitalisation A Domicile
Montant	240€/Jour (AM) 23€/ Jour (Forfait hospitalier journalier ²⁵⁴)	60€/Jour (AM – dotation soin) 70€/Jour (Hébergement/dépendance) Prix mensuel calculé sur la base du prix hébergement par jour x30 jours + tarif dépendance	80€/Jour (AM) 70€/Jour (Hébergement/dépendance) Hébergement à la charge des patients	200€/ Jour Tarifs MCO et HAD

Les prix hébergement, tarifs dépendance et prestations affichés dans l'annuaire des EHPAD ²⁵⁵. Ces tarifs sont mentionnés à titre indicatif et issus des textes réglementaires.

Pour le patient, rester hospitalisé peut avoir un effet délétère sur sa santé mentale et sociale ; lors d'un séjour hospitalier, les contraintes inhérentes à ces séjours ne permettent pas de maintenir notamment une vie sociale et familiale équivalente au domicile notamment. Parallèlement, les séjours en SMR présentent un montant moyen facturable par jour d'hospitalisation (en SMR polyvalent ou gériatrique avec moins d'un acte par jour de présence en semaine) d'environ **240€** ce qui s'avère supérieur aux autres hébergements comme les séjours en EHPAD, en SLD ou à domicile.

Améliorer la pertinence et l'efficacité des séjours en SMR polyvalents et gériatriques

Ces séjours prolongés sans justification peuvent être préjudiciables à l'état de santé des patients âgés : perte d'autonomie, désorientation, risque de syndrome de glissement ²⁵⁶ – déstabilisation physique et psychique...). Ils ont également des conséquences pour le système de santé (engorgement en amont et en aval, réduction de l'accès aux soins) et pour la qualité globale des parcours.

La gradation des soins doit néanmoins être au cœur des parcours afin d'éviter une dégradation de l'état générale des patients et d'optimiser la disponibilité des lits en évitant une partie des séjours longs et de mieux adapter la qualité de l'offre sanitaire et médico-sociale aux besoins du territoire.

Après un séjour hospitalier en SMR, le retour à domicile est le plus fréquent (75%²⁵⁷). Toutefois, les freins au retour à domicile peuvent être nombreux : isolement social, accessibilité du domicile, difficultés d'accès aux professionnels de santé, délais administratifs d'obtention des aides financières. Les freins à une première admission en EHPAD le sont également : acceptabilité du patient et de la famille, coût associé pour ces derniers, déficit de places, ...

Différents dispositifs pourraient être mobilisés par divers acteurs ou renforcés et étendus afin d'améliorer la rotation des lits et fluidifier les parcours des patients âgés.

Lever certains obstacles : optimiser la disponibilité des lits en accélérant les sorties non complexes et éviter des séjours longs inutiles, voire délétères

Au regard du vieillissement de la population et de ses conséquences organisationnelles sur le système de santé, ces enjeux de fluidification des parcours gériatriques doivent constituer une priorité pour les acteurs dont l'Assurance Maladie. Cela suppose la mise en œuvre d'un plan d'actions coordonné, associant la CNSA, les ministères concernés et l'ensemble des partenaires institutionnels et territoriaux. Dans cette perspective, plusieurs leviers d'action peuvent être mobilisés, en fonction des besoins et des ressources des territoires.

Fluidifier les sorties de SMR pour les patients âgés par une meilleure coordination des acteurs du territoire afin de prioriser le traitement des dossiers.

²⁵⁴ Arrêté du 27 février 2026 relatif aux montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale et du forfait patient urgences prévu à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale

²⁵⁵ <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/comprendre-les-prix-en-ehpad/le-cout-des-soins-en-ehpad-et-en-usld-unites-de-soins-de-longue-duree>

²⁵⁶ La revue du praticien, Le syndrome de glissement, janvier 2019. Le syndrome de glissement toucherait 1 à 4 % des personnes âgées hospitalisées.

²⁵⁷ ATIH, analyse de l'activité hospitalière 2024 https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/5093/smr_aah24_0.pdf

L'optimisation des sorties passe en premier lieu par une meilleure articulation entre les acteurs : services sociaux hospitaliers, communes (CCAS), départements, Assurance Maladie (CPAM), CARSAT et CAF. Cette coordination doit permettre d'organiser rapidement les modalités de financement, quelle que soit l'orientation retenue, en lien étroit avec les familles et les aidants. La coordination apportée par le service public départemental de l'autonomie (SPDA) devrait permettre d'améliorer la situation.

Plusieurs évolutions concrètes permettraient d'accroître l'efficacité des dispositifs et d'accélérer les procédures administratives, parmi lesquels :

- Renforcer le rôle des assistants sociaux hospitaliers dans la constitution de dossiers complets en amont, en lien avec les patients et leurs familles, afin de réduire les délais de traitement par les services départementaux ;
- Faciliter l'accès des conseils départementaux aux données fiscales, à l'instar des CAF, afin d'accélérer le calcul de l'obligation alimentaire, aujourd'hui ralenti par la collecte des justificatifs ;
- Instaurer des délais d'instruction opposables pour les dossiers d'aide sociale à l'hébergement (ASH) et d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), afin de sécuriser et d'accélérer les décisions d'orientation, que ce soit vers un EHPAD ou un retour à domicile accompagné.

La mise en place de conventions cadres entre les ARS, les conseils départementaux et les caisses d'Assurance Maladie permettrait de prioriser ces situations de sortie de SMR en accélérant le traitement de ces dossiers.

Par ailleurs, les procédures de protection juridique (tutelle, curatelle) pourraient être simplifiées et accélérées pour ces patients. Aujourd'hui, elles reposent sur un certificat médical spécifique, établi par un médecin agréé, générant des délais importants et un coût non pris en charge. Le délai de décision judiciaire, pouvant aller jusqu'à un an, apparaît également peu compatible avec les enjeux de fluidification des parcours pourtant nécessaire pour éviter la dégradation de l'état général du patient.

Développer les solutions d'hébergement temporaire en sortie de SMR.

Le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH)²⁵⁸ s'adresse aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie, hospitalisées en service de médecine et ne relevant plus de soins médicaux actifs. Il consiste à proposer un hébergement temporaire en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de longue durée (USLD).

Expérimenté par certaines ARS à partir de 2019 juste avant la crise du COVID 19, ce dispositif visait à faciliter la sortie des services de médecine en offrant aux personnes âgées une transition sécurisée vers leur domicile ou vers un établissement médico-social. Aujourd'hui, il doit permettre de répondre à un objectif plus large de fluidification des parcours de santé des personnes âgées en garantissant un accompagnement adapté à leurs besoins. Plusieurs régions s'appuient déjà sur ce dispositif, notamment l'Île-de-France, les Pays de la Loire, la Nouvelle-Aquitaine, la Bourgogne-Franche-Comté, l'Auvergne-Rhône-Alpes ou encore le Grand Est.

Le recours à l'HT-SH constitue un levier important pour limiter les séjours prolongés et inadéquats en établissement de santé, en s'appuyant notamment sur les filières gériatriques et les dispositifs d'appui à la coordination (DAC). Le dispositif devrait avoir pour vocation à être intégré à ViaTrajectoire, dont les fonctionnalités devront être renforcées afin de faciliter son déploiement et son utilisation.

L'HT-SH repose, en principe, sur la mobilisation de places d'hébergement temporaire existantes ou réservées. Dans le cadre d'une orientation vers un EHPAD, une résidence autonomie ou toute autre solution d'hébergement, le dispositif devrait pouvoir être utilisé pendant la période d'instruction des dossiers d'admission ou dans l'attente de la disponibilité d'une place.

De même, lorsqu'un retour à domicile est envisagé, le dispositif peut être mobilisé le temps de réaliser les aménagements nécessaires ou d'organiser l'intervention des professionnels du maintien à domicile.

Enfin, l'HT-SH favorise une meilleure acceptabilité des orientations par les patients et leurs proches grâce à une transition progressive et à un allègement des contraintes administratives. Il constitue ainsi un véritable « sas » permettant de sécuriser et de faciliter soit le retour à domicile, soit l'entrée définitive en établissement.

Actuellement, la mobilisation du dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH) n'est ouvert qu'exceptionnellement aux sorties de soins médicaux et de réadaptation (SMR). Ces dernières devant être préférablement organisées au sein des filières de soins gériatriques avant d'envisager le recours aux places HT-SH.

Il convient, à ce titre, de renforcer le dispositif d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HT-SH), notamment en élargissant davantage son usage aux sorties de SMR de manière régulière et sur tous les territoires, permettant la reconduction du financement du séjour (une à deux fois), et en consolidant son financement via le Fonds d'Intervention Régional (FIR).

Ce dispositif présente plusieurs avantages :

²⁵⁸ Note d'information N° DGCS/SD3A/2024/105 du 8 juillet 2024 relative aux orientations nationales sur l'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation

- une meilleure acceptabilité pour les patients et leurs familles, grâce à un accompagnement progressif et à un allègement des contraintes administratives
- une amélioration de la rotation des lits en SMR, permettant d'accueillir des patients nécessitant effectivement des soins de rééducation ;
- une fonction de « sas » facilitant soit le retour à domicile, soit l'entrée définitive en établissement.

Les retours d'expérience, notamment en Île-de-France et en Pays de la Loire, montrent la nécessité d'adapter le dispositif, en particulier en allongeant sa durée et en facilitant son utilisation en sortie de SMR, où les projets de vie sont généralement plus avancés.

La mobilisation plus régulière de place d'hébergement temporaire en sortie de SMR devrait s'accompagner d'une réflexion sur les conséquences, y compris financières d'un refus d'une solution de sortie médicalement valide par le patient ou sa famille.

Encadré 20 : Le dispositif HT-SH en Ile-de-France

Les EHPAD engagés dans le dispositif proposent un hébergement sécurisé et adapté, pour une durée maximale de 30 jours. L'ARS finance pour ces EHPAD engagés, en plus du forfait soins, un forfait couvrant les frais d'hébergement et de dépendance. Les usagers doivent s'acquitter d'un seul reste à charge journalier de 23 € correspondant au forfait qu'ils auraient eu à payer s'ils étaient restés hospitalisés. Ce montant est calé sur le montant du forfait journalier hospitalier en vigueur.

En Ile de France, en 2024, le dispositif HT-SH (259) reposait sur 209 places réparties dans 38 structures, avec un taux de recours moyen de 43 %, variable selon les territoires. À l'issue du séjour (28 jours en moyenne), les trajectoires des bénéficiaires sont diversifiées : retour à domicile (35 %), entrée en établissement (33 %), réhospitalisation (19 %) ou décès (5 %).

Le dispositif a fait l'objet d'une évolution : le dispositif peut être renouvelé pour 30 jours supplémentaires (soit 60 jours au total). A noter que le renouvellement n'est pas automatique et doit faire l'objet d'une instruction auprès de la DT-ARS.

Le dispositif HTSH est financé par le FIR et une aide des conseils départementaux.

Le financement, assuré majoritairement par l'ONDAM, s'élève à environ 5 M€ en 2024, avec un reste à charge limité pour les usagers (forfait hospitalier). Une évaluation régionale du dispositif est actuellement en cours, avec des résultats attendus fin 2026.

Au regard du vieillissement de la population et de ses conséquences organisationnelles sur le système de santé, ces enjeux de fluidification des parcours gériatriques doivent constituer une priorité pour les acteurs dont l'Assurance Maladie. Cela suppose la mise en œuvre d'un plan d'actions coordonné, associant la CNSA, les ministères concernés et l'ensemble des partenaires institutionnels et territoriaux. Dans cette perspective, plusieurs leviers d'action peuvent être mobilisés, en fonction des besoins et des ressources des territoires. Ces propositions doivent alimenter la feuille de route Grand âge et autonomie développée au sein du Ministère de la santé et de l'accès aux soins. Les efforts visant à développer le retour à domicile doivent également être maintenus, en lien avec les 260 Centres de Ressources Territoriaux et le service public départemental pour l'autonomie (SPDA) pour l'organisation et la coordination des interventions de services d'aide à domicile, d'infirmier (médicaments), de professionnel de la rééducation (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, ...), le pharmacien, le médecin traitant, l'équipe mobile.

3.2.6 Résidents en EHPAD : comment limiter le recours à l'hôpital ?

7200 EHPAD accueillent plus de 680 000 personnes dont 80% souffrent de polypathologies

En France, en 2023, 687 000 personnes sont résidentes dans un EHPAD (résidents ayant été présents au moins un jour dans l'année 2023 en EHPAD), soit 30% des personnes âgées de 85 ans et plus.

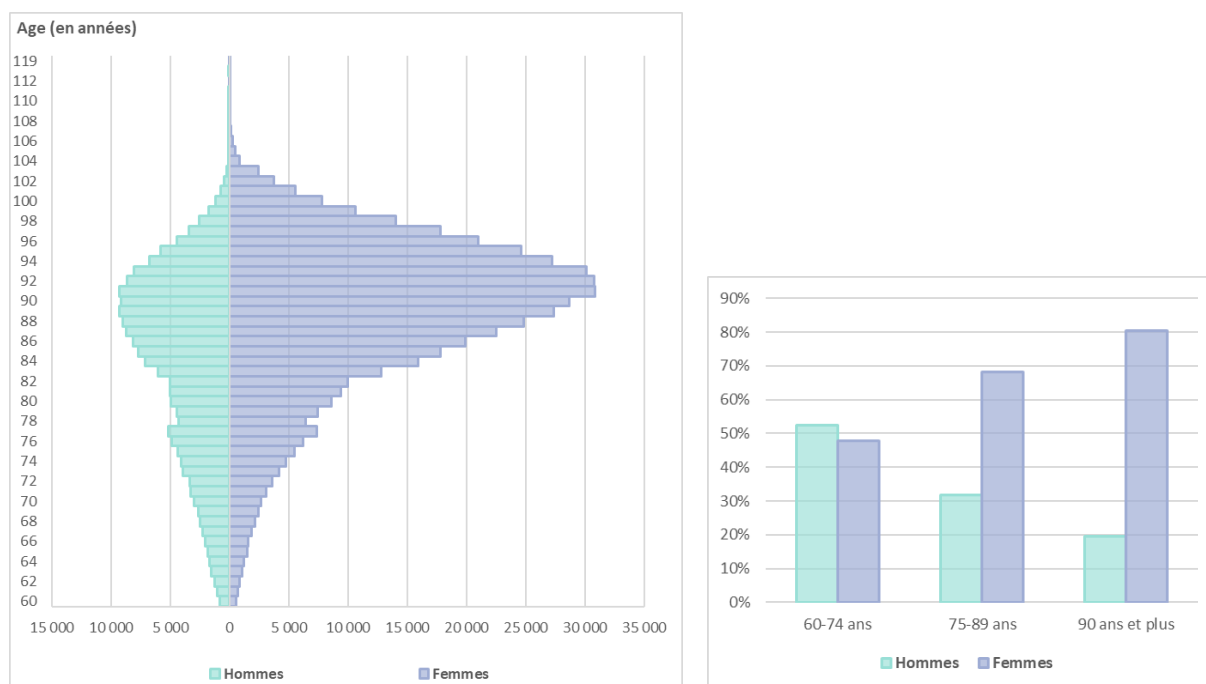
²⁵⁹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/structuration-du-dispositif-dhebergement-temporaire-en-sortie-dhospitalisation-en-ile-de-france>

²⁶⁰ <https://solidarites.gouv.fr/centre-de-ressources-territorial>

Ces résidents sont accueillis dans environ 7 200 EHPAD, dont 19% intégrant une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et 41,5% financés en tarif global²⁶¹. Si en moyenne, les EHPAD accueillent 97 résidents, et que la moitié d'entre eux comptent moins de 93 résidents, les caractéristiques structurelles des EHPAD sont disparates. Alors que les 10% d'EHPAD de plus faible capacité comptent moins de 43 résidents, les 10% présentant les capacités les plus élevées peuvent accueillir 149 résidents ou plus.

Les résidents, majoritairement féminins (72%), sont âgés en moyenne de 87 ans. L'âge d'admission en EHPAD étant de 60 ans minimum (avec, cependant, parfois des dérogations pour accueillir des résidents plus jeunes, notamment pour les personnes en situation de handicap), les moins de 74 ans ne représentent qu'à peine 10% des effectifs, contre 43% pour les pensionnaires âgés de 75 à 89 ans et 47% qui ont 90 ans ou plus. Par ailleurs, la part des hommes parmi les personnes vivant en EHPAD est légèrement supérieure à celle des femmes entre 60 et 74 ans, puis ce ratio s'inverse au-delà, jusqu'à atteindre 80% de femmes à 90 ans et plus (Figure 32).

Figure 32 : Structure par âge et par sexe des résidents de 65 ans et plus accueillis en EHPAD en 2023



Source : SNDS, Cnam. France entière

Nombre de résidents en EHPAD au moins un jour dans l'année 2023, de 60 ans et plus

Près de 80% des résidents sont polypathologiques²⁶². En moyenne, on dénombre 2,7 pathologies par résident, ce chiffre s'élevant à 3,3 chez les résidents polypathologiques. Ces pathologies touchent principalement les domaines cardiologique (70%), neurologique (52%), et psychiatrique (51%).

Les hospitalisations aux âges élevés sont fréquentes. La plus grande dépendance des résidents en EHPAD, souvent associée à un nombre plus élevé de pathologies, accroît le recours hospitalier. Ce recours concerne les hospitalisations mais aussi les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

43% des résidents en EHPAD en 2023 hospitalisés au moins une fois en 2023/2024 avec en moyenne 2,6 séjours par résident

Le recours hospitalier des résidents en EHPAD concerne d'abord, les hospitalisations en court séjour, Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), avec 43% des résidents en EHPAD en 2023 hospitalisés au moins une fois en 2023/2024 et en moyenne 2,6 séjours par résident. Les hospitalisations en psychiatrie sont moins courantes (2,0 séjours par résident en moyenne), pour lesquelles on dénombre 1,1% de résidents²⁶³. Entre 2018 et 2023, le recours hospitalier des résidents en EHPAD a baissé pour les hospitalisations MCO et psychiatriques. (Tableau 20)

²⁶¹ Deux options tarifaires existent en EHPAD : le tarif partiel qui couvre les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical ; le tarif global qui couvre, en plus, des postes couverts par le tarif partiel, les consultations d'omnipraticiens, l'ensemble des soins d'auxiliaires médicaux, les examens de radiologie légère et les examens de biologie courante.

²⁶² La polypathologie est décrite selon un indicateur construit à partir des variables de la Cartographie des Pathologies considérant polypathologique tout patient étant atteint d'au moins deux pathologies, dans une liste définie de 38 pathologies

²⁶³ Du fait, d'un faible recours hospitalier psychiatrique, ce type d'hospitalisation ne sera pas plus détaillé dans la suite de l'étude.

Tableau 20 : Part de résidents ayant recours aux services hospitaliers, selon le type de recours en 2018 et 2023

	2018	2023
Hospitalisations MCO	47,1%	43,1%
Hospitalisations psychiatriques	1,5%	1,1%

Source : SNDS, Cnam. France entière

Ainsi, 775 000 séjours MCO en 2023/2024 concernent un peu moins de 300 000 résidents en EHPAD. La grande majorité de ces séjours (80%) ont été réalisés dans un établissement public ou ESPIC. Ces séjours représentent une dépense d'environ 2,0Md€, en ne prenant en compte que le coût des GHS et des suppléments (réanimation, soins intensifs et surveillance continue)²⁶⁴, soit un coût moyen par séjour de 2 580 €.

Par ailleurs, deux types d'hospitalisations se distinguent en fonction du mode d'entrée en court séjour : une prise en charge programmée lorsque les résidents n'entrent pas par le service des urgences ou une prise en charge épisodique et aiguë pour les hospitalisations post-urgences.

Les hospitalisations MCO avec entrée par le service des urgences représentent 44% des séjours MCO des résidents en EHPAD

Les hospitalisations MCO avec entrée par le service des urgences représentent 44% des séjours MCO des résidents en EHPAD et concernent un peu plus de 225 000 résidents. Elles ont été réalisées très largement dans des établissements publics ou ESPIC (94%).

Les résidents concernés par ces hospitalisations ont en moyenne 87,5 ans et 87% d'entre eux sont polypathologiques avec 3,2 pathologies par résident et 3,5 pathologies par résident polypathologique. La polypathologie est ainsi plus marquée par rapport à l'ensemble des résidents en EHPAD.

Environ 86% des hospitalisations MCO *via* le service des urgences ont relevé d'une prise en charge en hospitalisation complète avec une durée moyenne de séjours de 6,4 jours et une moyenne de 1,5 séjours par résident. 4,7% de ces séjours ont nécessité une prise en charge dans un service de soins critiques (réanimation, surveillance continue, soins intensifs).

Les retours à domicile/hébergement médico-social, à la suite de l'hospitalisation, concernent 76% des séjours et 13% des séjours aboutissent à un décès lors de l'hospitalisation précédée d'un passage aux urgences.

Les motifs d'hospitalisations sont assez hétérogènes ; ils relèvent du domaine pneumologique, pour 23% des séjours (infections et affections respiratoires, ...), de complications traumatiques, pour 14% des hospitalisations (chirurgies majeures orthopédiques : dont hanche et fémur genou, traumatismes du bassin et des membres, ...), de pathologies cardiovasculaires et du système nerveux (11% pour chaque) et de causes digestives (10% des séjours).

Avec une valorisation s'élevant à 1,2 Md€, ces séjours pèsent pour 62% de la valorisation de l'ensemble des séjours MCO 2023/2024 des résidents en EHPAD. En moyenne, chaque prise en charge est valorisée à 3 658 €, montant sensiblement supérieur à celui constaté pour l'ensemble des séjours MCO. (Tableau 21)

Les hospitalisations MCO sans entrée par le service des urgences représentent 56% des séjours MCO des résidents en EHPAD et concernent un peu plus de 133 000 résidents. Bien que la majorité de ces séjours sont réalisés dans des établissements ex-DGF (70%), les établissements ex-OQN prennent en charge une part plus importante de ces séjours en comparaison aux séjours avec entrée par le service des urgences.

Les résidents ayant eu ces hospitalisations sont plus jeunes (85,2 ans en moyenne) que ceux hospitalisés *via* les urgences mais aussi plus jeunes que l'ensemble des résidents en EHPAD. Concernant la polypathologie, on retrouve le même profil que celui des résidents hospitalisés par les urgences : 86% de résidents polypathologiques avec 3,2 pathologies par résidents et 3,6 pathologies par résidents polypathologiques.

Contrairement aux séjours décrits précédemment, les séjours en hospitalisation complète (hospitalisation avec au moins une nuit) ne représentent que 27% de ces hospitalisations. Les résidents sont également plus souvent hospitalisés puisqu'on compte 3,3 séjours par résident (1,5 séjours par résident pour les hospitalisations avec entrée par le service des urgences).

Ces séjours apparaissent comme étant moins lourds. Des suppléments (réanimation, surveillance continue, soins intensifs) sont facturés pour 1,8% des séjours. Dans 93% des hospitalisations, la sortie se fait vers le domicile ou hébergement médico-social²⁶⁵. Enfin, 3% de décès sont observés durant l'hospitalisation (contre 13% pour les séjours *via* les urgences).

Plus de la moitié de ces hospitalisations (54%) relèvent d'une prise en charge pour séance de dialyse (38%), de chimiothérapie (9%), de radiothérapie (4%) et de transfusion (3%). L'ophtalmologie avec notamment la prise en charge des cataractes constitue le deuxième motif d'hospitalisation avec environ 5% de séjours.

²⁶⁴ Les Groupes Homogènes de Séjours (GHS) correspondent aux tarifs des Groupes Homogènes de Malades (GHM), c'est-à-dire au coût du séjour. Il est à noter que les GHS des établissements ex-OQN (privés commerciaux) ne comprennent pas les honoraires médicaux à la différence des GHS des établissements ex-DGF (publics et ESPIC). Ces honoraires des établissements ex-OQN n'ont pas été pris en compte dans la valorisation des séjours MCO.

²⁶⁵ Pour les sorties d'hospitalisation, la distinction entre domicile ou Ehpap n'est pas possible dans les bases de données

Ces séjours, s'ils sont plus nombreux que ceux avec entrée par le service des urgences (434 418 versus 340 132), apparaissent toutefois moins lourds et génèrent un coût, de fait, moins important ; avec 755,9M€ pour l'ensemble des séjours et 1 740 € par séjour. (Tableau 21)

Tableau 21 : Caractéristiques des séjours et des résidents en fonction du type de recours

	MCO avec entrée par les urgences n=225 401 patients		MCO sans entrée par les urgences n=133 017 patients	
Sex-ratio H/F	0,47		0,57	
Age moyen	87,5		85,2	
Age médian	89		87	
Part Hospitalisation Complète	86% (n=292 039)		27% (n=117 933)	
Nombre de séjours MCO par patient	1,5 (n=340 132)		3,3 (n=434 418)	
Part de séjours avec supplément Réanimation	0,5% (n=1 760)		0,2% (n=987)	
Part de séjours avec supplément Soins Intensifs	2,2% (n=7 546)		0,9% (n=4 030)	
Part de séjours avec supplément Surveillance Continue	2,1% (n=7 079)		0,7% (n=3 093)	
Part de séjours tous suppléments (Réa+SI+SRC)	4,7% (n=15 957)		1,8% (n=7 733)	
Mode de sortie vers le domicile ou hébergement médico-social	75,6% (n=257 107)		93,8% (n=407 396)	
Décès lors de l'hospitalisation	12,7% (n=43 281)		2,6% (n=11 429)	
Nombre de séjours	340 132		434 418	
Valorisation des séjours	1,24Md€		755,9M€	
Coût moyen des séjours	3 658€		1 740€	

Source : SNDS, Cnam. France entière

In fine, parmi les résidents présents au moins un jour en 2023 en EHPAD, un peu moins d'un résident sur deux a été hospitalisé en MCO, en 2023/2024. Ces hospitalisations s'organisent autour de deux types de prise en charge :

- d'une part, une prise en charge programmée, moins lourde, concernant des résidents ayant des pathologies chroniques nécessitant un suivi en séances ou en hôpital de jour/ambulatoire ;
- d'autre part, une prise en charge non programmée, plus épisodique et plus lourde concernant des résidents plus âgés nécessitant parfois un recours aux soins critiques, pour ce qui pourrait s'apparenter à des chutes, des infections, ou des décompensations.

Des Hospitalisations Potentiellement Evitables (HPE) légèrement plus fréquentes en EHPAD

Bien que l'ensemble des hospitalisations MCO des résidents en EHPAD semble cohérent avec toutes les problématiques d'un patient âgé et dépendant, un indicateur permet de mesurer les Hospitalisations Potentiellement Evitables (HPE)²⁶⁶. Cet indicateur identifie et quantifie les séjours qui auraient pu être évités avec une meilleure prise en charge en amont.

Parmi l'ensemble des résidents en EHPAD au moins un jour dans l'année 2023, de 65 ans et plus, 4,1% ont été hospitalisés, en 2023/2024, pour une HPE, ce qui représente 27 695 résidents. En comparaison, sur la même période, 2,1% des consommateurs de 65 ans et plus hors résidents en EHPAD, l'ont été.

Les HPE les plus représentées chez les résidents en EHPAD sont l'insuffisance cardiaque (65% des patients) et la déshydratation (22% des patients) ; l'insuffisance cardiaque est également le premier motif d'HPE chez les consommateurs hors EHPAD (58%) puis vient ensuite la BPCO qui concerne 19% des consommateurs de 65 ans et plus hors résidents en EHPAD.

Au global, que ce soit pour la BPCO, les complications liées au diabète, la déshydratation ou l'insuffisance cardiaque, les résidents en EHPAD sont davantage concernés que les autres consommateurs. Si ce constat est à relativiser au vu des faibles écarts entre les deux populations, ils sont tout de même accentués pour les HPE liée à la déshydratation et à l'insuffisance cardiaque. (Tableau 22)

²⁶⁶ L'indicateur Hospitalisations Potentiellement Evitables (HPE) utilisé a été établi par la DGOS et l'ATIH. Il concerne six affections : l'asthme, la BPCO, l'insuffisance cardiaque, les complications du diabète à court terme, l'angine de poitrine sans Infarctus du Myocarde et la déshydratation. Ces HPE ont été sélectionnées en appliquant des critères d'inclusion sur les Diagnostics Principaux et sur l'âge, et d'exclusion sur les Diagnostics Associés Significatifs, et sur certains types de séjours tels les prestations inter-établissements, les séances et les séances réalisables en hospitalisation.

Tableau 22 : Part des patients hospitalisés pour une HPE en 2023/2024, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non

Source : SNDS, Cnam. France entière

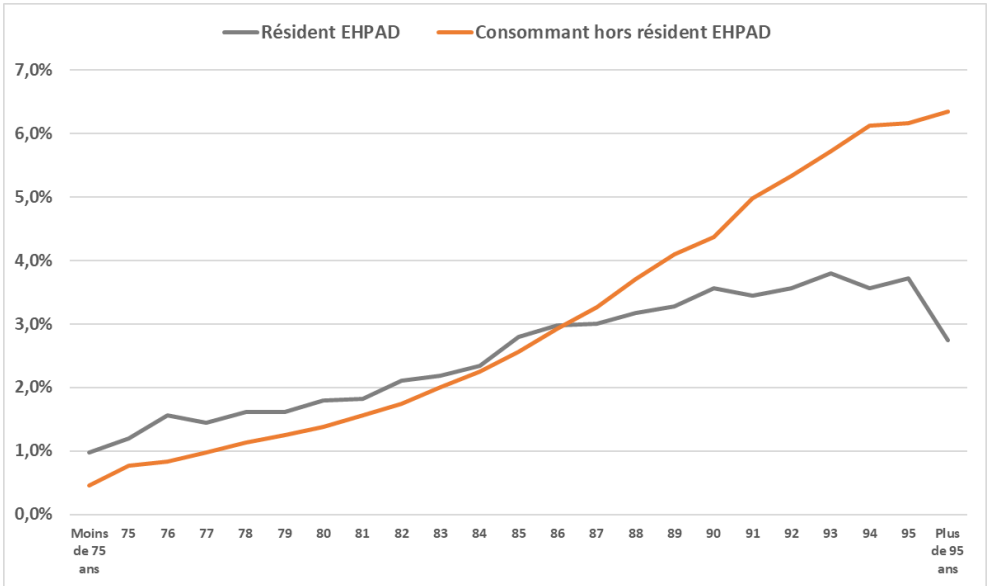
	Résidents EHPAD de 65 ans et plus			Consommateurs de 65 ans et plus hors résidents EHPAD		
	Nb patients	%	Part patients HPE / résidents EHPAD	Nb patients	%	Part patients HPE / consommateurs hors résidents EHPAD
Angine de poitrine	262	1%	0,0%	16 241	5%	0,1%
Asthme	246	1%	0,0%	7 484	2%	0,1%
BPCO	3 120	11%	0,5%	59 490	19%	0,4%
Complications du diabète	604	2%	0,1%	6 442	2%	0,0%
Déshydratation	6 100	22%	0,9%	46 437	15%	0,3%
Insuffisance Cardiaque	17 906	65%	2,7%	178 990	58%	1,2%
Total	27 695		4,1%	306 787		2,1%

Notes de lecture : 3 120 patients résident en EHPAD en 2023, ont été hospitalisés en 2023/2024 pour une HPE BPCO. Parmi les résidents en EHPAD hospitalisés pour une HPE en 2023/2024, 11% l'ont été pour une HPE BPCO. Parmi l'ensemble des résidents en EHPAD, 0,5% ont été hospitalisés pour une HPE BPCO.

A âges donnés (avec regroupements des âges aux deux extrémités), et quelle que soit l'HPE, parmi les quatre motifs d'HPE sélectionnées dans le Tableau 22²⁶⁷, les résidents en EHPAD sont également surreprésentés par rapport aux autres consommateurs, pour les âges les plus jeunes.

L'HPE insuffisance cardiaque représente le volume le plus important que ce soit chez les résidents en EHPAD que chez les autres consommateurs. La tendance de la part des patients hospitalisés pour ce type d'HPE est à la hausse à mesure que l'âge augmente, avec néanmoins un fléchissement chez les résidents en EHPAD pour les plus de 95 ans. Les résidents en EHPAD sont surreprésentés (+0,7 point au maximum) pour cette HPE, entre 65 et 86 ans. Passés 86 ans, la part des autres consommateurs hors résidents EHPAD hospitalisés pour une HPE insuffisance cardiaque devient plus importante avec des écarts entre les deux populations qui s'intensifient aux âges les plus élevés. (Figure 33)

Figure 33 : Part des patients avec HPE IC sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non



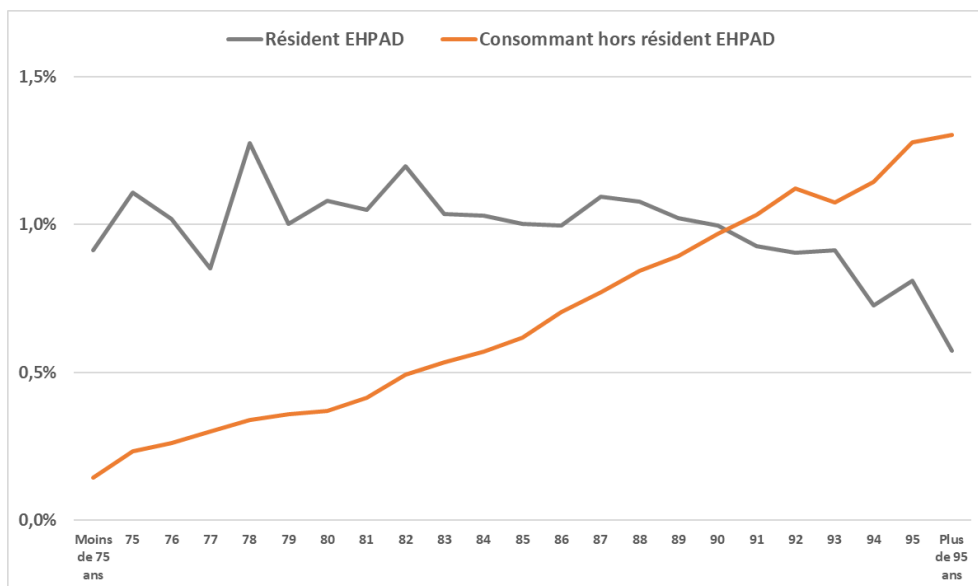
Source : SNDS, Cnam. France entière

Lecture : Parmi les résidents Ehpads ayant 80 ans, 1,8% ont été hospitalisés pour IC HPE. Cette part s'élève à 1,4% chez les non-résidents Ehpads ayant 80 ans.

²⁶⁷ Les HPE relatives à l'angine de poitrine et à l'asthme n'ont pas fait l'objet d'analyses plus fines compte tenu de leurs faibles effectifs chez les résidents en EHPAD.

La part des patients hospitalisés pour une HPE déshydratation ne suit pas la même tendance, selon que les patients résident ou non en EHPAD. Pour les résidents en EHPAD, on constate une diminution de la part des patients hospitalisés pour HPE déshydratation à mesure que l'âge augmente, alors que celle-ci ne fait qu'augmenter avec l'âge, pour les autres consommateurs. Entre 65 et 90 ans, la part des résidents en EHPAD avec ce type d'HPE est surreprésentée (de +0,9 point au maximum). Le point de bascule s'établit à 91 ans, où la part des autres consommateurs avec HPE déshydratation devient supérieure à celle des résidents en EHPAD. (Figure 34)

Figure 34 : Part des patients avec HPE Déshydratation sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non

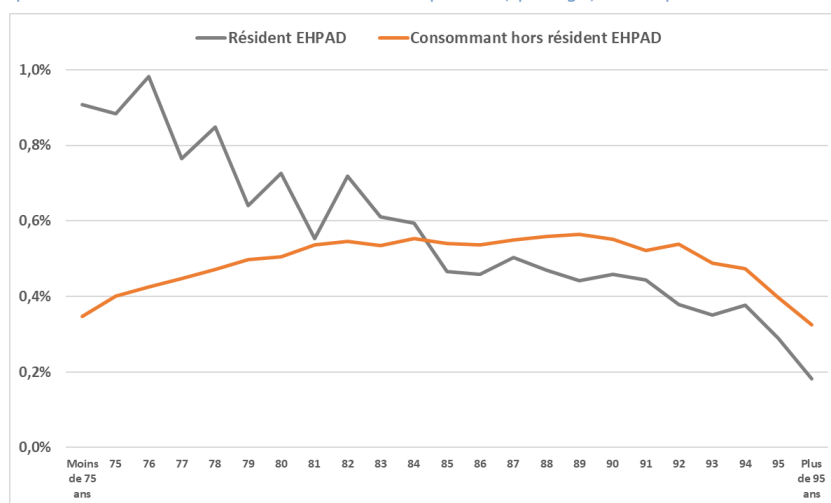


Source : SNDS, Cnam. France entière

La part des résidents en EHPAD hospitalisés pour une HPE BPCO présente une tendance à la baisse à mesure que l'âge augmente. *A contrario*, celle des autres consommateurs augmente entre 65 et 89 ans, puis baisse par la suite. Entre 65 ans et 84 ans, la part des résidents en EHPAD avec HPE BPCO est plus importante que celle des autres consommateurs (surreprésentation de +0,6 point, au maximum) et cette tendance s'inverse à partir de 85 ans. (Figure 35)

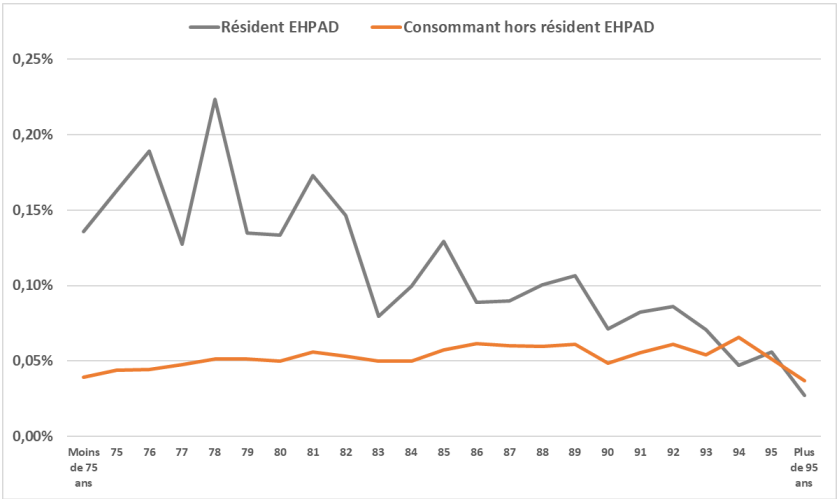
Le constat est semblable, mais dans de plus faibles proportions pour les complications liées au diabète, où les résidents en EHPAD sont surreprésentés, entre 65 et 93 ans, par rapport aux autres consommateurs (surreprésentation de +0,2 point au maximum). (Figure 36).

Figure 35 : Part des patients avec HPE BPCO sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non



Source : SNDS, Cnam. France entière

Figure 36 : Part des patients avec HPE complications liées au diabète sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non



Source : SNDS, Cnam. France entière

Les HPE sont par définition des hospitalisations qui auraient pu être évitées avec une prise en charge en amont adaptée.

Les analyses ci-dessus montrent que la part des patients hospitalisés pour HPE - BPCO, complications liées au diabète, déshydratation et insuffisance cardiaque - est plus importante, au global et pour certains âges, chez les résidents en EHPAD que chez les autres consommateurs. Du fait de la médicalisation des EHPAD et de la présence de personnels, notamment soignants, on pourrait s’attendre à un moindre recours aux HPE chez les résidents en EHPAD.

Ce constat est cependant à relativiser, du fait, des faibles écarts observés entre les deux populations. Il est également possible que cet écart puisse s’expliquer en partie par d’autres facteurs liés aux caractéristiques des résidents qui sont non-observables à travers les bases de données à notre disposition. On constate ainsi que les HPE sont globalement plus élevées pour les patients moins âgés que la moyenne des résidents en EHPAD (87 ans), ce qui pourrait être un marqueur d’une santé déjà plus fragile.

Des passages aux urgences fréquents non suivis d'une hospitalisation

Parmi les résidents en EHPAD, 28,9% (en légère hausse par rapport à 2018) se sont rendus aux urgences sans nécessité d’hospitalisation. Ces résidents ont eu, en moyenne, 1,6 passages aux urgences non suivis d’hospitalisation, en 2023/2024. (Tableau 23)

Tableau 23 : Part de résidents ayant recours aux urgences non suivies d’hospitalisation, en 2018 et 2023

	2018	2023
Passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation	28,2%	28,9%

Source : SNDS, Cnam. France entière

De grandes disparités entre EHPAD existent concernant ce recours. Alors que les 10% d'EHPAD avec les plus faibles taux de résidents passés par les urgences sans hospitalisation présentent un taux inférieur à 13,9%, à l’opposé, les 10% d'EHPAD dont le recours est plus élevé affichent un taux supérieur à 45,3%, soit un recours 3,3 fois plus élevé.

Les résultats présentés dans le tableau suivant montrent que les EHPAD situés en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ont une part plus importante de résidents ayant recours aux urgences : 33,7% des EHPAD avec un recours le plus élevé des résidents aux urgences se trouvent en ZIP versus 28,1% des EHPAD avec le recours le plus faible.

Ces résultats sont les mêmes que l'EHPAD soit en tarif global ou en tarif partiel ou qu’il dispose ou non d’une PUI.

On observe également un gradient concernant la polypathologie : les Ehpads ayant une part importante des résidents polypathologiques ont recours plus élevé aux urgences par rapport aux Ehpads avec une part plus faible de résidents polypathologiques. (Tableau 24)

Tableau 24 : Caractéristiques de l'ensemble des EHPAD, en fonction de la part de résidents avec passages par les urgences non suivis d'hospitalisation (classement en percentile)

	Tous EHPAD			
	Total	10% des EHPAD avec le recours le plus faible (<13,9%)	10% des EHPAD avec un recours médian (entre 26,7% et 29,6%)	10% des EHPAD avec le recours le plus élevé (>45,3%)
% EHPAD ZIP	29,6%	28,1%	28,5%	33,7%
% EHPAD ZAC	42,1%	42,9%	44,7%	40,2%
% EHPAD ZAR	6,5%	6,2%	5,0%	7,9%
% EHPAD hors zonage	21,7%	22,7%	21,8%	18,1%
Nb médian de résidents	92	92	90	86
Age moyen des résidents	87,6	87,1	87,8	87,4
% de résidents polypathologiques	79,3%	71,8%	79,5%	83,7%
Nb moyen de pathologies par résident	2,8	2,5	2,8	3,0
Nb moyen de pathologies par résident polypathologies	3,3	3,2	3,3	3,4

Source : SNDS, Cnam. France entière

Lecture : Les 10% des EHPAD ayant les recours aux urgences les plus faibles (<13,9%) accueillent en moyenne 71,8% résidents polypathologiques. Ce pourcentage s'élève à 83,7% pour les 10% des EHPAD avec les recours aux urgences les plus élevés (>45,3%)

Ce recours aux passages aux urgences non suivis d'hospitalisation varie également selon l'option tarifaire de l'établissement (tarif global, tarif partiel) mais aussi en fonction de la présence ou non d'une PUI. Les EHPAD en tarif global présentent, en effet, un taux de résidents passés aux urgences sans hospitalisation inférieur aux EHPAD en tarif partiel (25,9% pour les premiers contre 31,2% pour les seconds). Ce constat s'applique également aux EHPAD avec ou sans PUI, pour lesquels le taux de résidents avec recours urgences non suivis d'une hospitalisation est de 22,0% lorsque ceux-ci disposent d'une PUI contre 30,9% pour ceux sans PUI. (Tableau 24)

Les EHPAD en tarif global d'une part et avec PUI d'autre part, accueillent davantage de résidents, qui sont plus jeunes et moins polypathologiques. Cependant, même en standardisant les patientèles d'EHPAD, la dispersion reste importante.

Source : SNDS, Cnam. France entière

3.3 Déterminants de l'activité des hôpitaux publics en médecine, chirurgie et obstétrique

Les soins hospitaliers représentent près de la moitié de la Consommation de soins et biens médicaux (47 %) soit 120,7 milliards d'euros ; ils progressent de 3,1 % en 2024 par rapport à 2023²⁶⁸. Dans cet ensemble, la dépense de l'hôpital public s'établit à 93,7 milliards d'euros (+2,9 %) et celle le secteur privé à 27,1 milliards d'euros (+4,1 %).

L'objectif de cette étude est de mieux comprendre l'évolution de l'activité des hôpitaux publics : quels soins réalisent-ils, comment les différentes ressources des hôpitaux (personnels et équipements médicaux) y participent et quelle a été l'évolution de l'activité par lit des établissements de santé sur la période 2017-2023 ?

Plusieurs études remontant au début des années 2010 ont défini et mesuré l'activité hospitalière, en termes de nombre de séjours associés au coût des ressources humaines, techniques, structurelles, etc. nécessaires à leur réalisation^{269,270} (voir Encadré 21 : L'activité hospitalière, de quoi parle-t-on et comment la mesure-t-on ?). Les résultats de ces travaux quantifient par exemple à quel volume de séjours supplémentaires on peut s'attendre en augmentant le personnel médical, quel est l'effet de la taille d'un hôpital sur le nombre de séjours annuels par lit qu'il peut espérer réaliser, ou encore quel impact peut avoir l'âge des patients sur ce nombre de séjours.

²⁶⁸ DREES. (2025), rapport « Les dépenses de santé en 2024. Edition 2025 ».

²⁶⁹ Dormont, Milcent. (2012), « Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire », Economie et statistique n° 455-456, 2012.

²⁷⁰ Studer. (2012), « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? », Economie et statistique n° 455-456, 2012.

Cependant, la plupart de ces études se basent sur des données contemporaines de la réforme de la tarification à l'activité (mise en place progressive à partir de 2004) et les hôpitaux publics ont engagé des changements d'ampleur dans la prise en charge des patients, à la fois conjoncturels et structurels. D'abord, le « virage » vers l'ambulatoire, initié depuis de nombreuses années, continue de modifier l'organisation des soins avec la diminution de lits (d'hospitalisation complète) compensés dans une certaine mesure par des places (d'hospitalisation partielle)²⁷¹. En parallèle, la population française continue de vieillir et le nombre de patients polypathologiques augmente ce qui entraîne une complexification de leur prise en charge^{272,273}. Parallèlement, la situation financière des hôpitaux s'est dégradée pour atteindre un point bas en 2024 ce qui entraîne des difficultés d'investissement et de développement. Et bien sûr, en 2020, l'hôpital public a joué un rôle prépondérant dans la prise en charge de la pandémie mondiale de Covid-19^{274,275,276} avec les autres acteurs du système de santé

L'augmentation du numerus clausus et le Ségur ont répondu à certaines attentes, notamment de revalorisations salariales, d'effectifs d'internes et de médecins²⁷⁷. Mais les conséquences organisationnelles et sociétales de cette crise ont été profondes. En l'espace de moins d'une décennie, l'environnement dans lequel l'hôpital public évolue s'est vu grandement modifié.

Récemment, dans un rapport sur la situation financière des hôpitaux publics²⁷⁸, l'IGF et l'Igas dressent des constats conjoncturels et structurels similaires, et décrivent un cadre général de recul de l'activité hospitalière (mesurée en nombre de séjour par médecin) entre 2019 et 2023 qui vient clore plusieurs années d'accroissement (près de +10 % d'augmentation du nombre de séjours entre 2013 et 2019, quand les effectifs des hôpitaux publics sont restés stables). Plus en détails, ils constatent des situations financières particulièrement préoccupantes des hôpitaux de petites tailles dans un contexte où les besoins de financement des hôpitaux s'accroissent (vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques, augmentation du nombre d'internes, etc.). Ils préconisent un changement profond de l'organisation des hôpitaux, tant au niveau des établissements eux-mêmes qu'à un niveau territorial, avec notamment : i) une meilleure adéquation entre activité, ressources humaines et capacités de prise en charge, ii) une maîtrise des recrutements médicaux, le recours au temps de travail additionnel et l'organisation de la permanence des soins, iii) une accélération du développement des prises en charge ambulatoires et de l'hospitalisation à domicile, iv) une mutualisation des fonctions supports et des services médico-techniques au sein de groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Dans ce contexte, ce chapitre étudie l'évolution des ressources hospitalières, des caractéristiques des patients (vieillissement de la population, entre autres), des séjours, avec l'objectif de mesurer l'évolution de l'activité entre 2017 et 2023 en s'intéressant notamment aux années pré et post-covid - hors 2020²⁷⁹ une fois pris en compte l'évolution de l'ensemble de ces facteurs.

Encadré 21 : L'activité hospitalière, de quoi parle-t-on et comment la mesure-t-on ?

• Activité hospitalière : définition

Une des **activités** fondamentales de l'**hôpital** est de soigner la population en la prenant en charge lors de **séjours hospitaliers** en MCO, que ce soit en hospitalisation complète ou ambulatoire.

Plusieurs mesures peuvent être utilisées pour caractériser cette activité. Celle utilisée dans le cadre de cette étude se construit en quatre temps. D'abord, **1) on dénombre les séjours** réalisés par l'hôpital. **2)** Cependant, la variété des séjours est immense et leur réalisation peut nécessiter des **moyens très différents** en personnels médicaux ou en équipements (blocs d'intervention par exemple). On **assimile un séjour aux ressources nécessaires à leur réalisation** en les pondérant par **leur coût**²⁸⁰, ce qui permet d'avoir des **séjours de valeur comparable**, soit une **mesure homogène de l'activité hospitalière**. **3)** Ensuite, on **rapporte** ce coût de réalisation au coût d'un **séjour de référence**²⁸¹ ce qui permet d'obtenir une mesure relative de coût. **4)** Enfin, ce nombre de séjours ainsi pondérés par les coûts est **rapporté au nombre de lits et places**²⁸² de l'hôpital.

L'**activité hospitalière par lit et place*** est finalement définie comme un **nombre de séjours annuels multipliés par le ratio entre leur coût de réalisation et le coût d'un séjour de référence, rapporté au nombre de lits et places**.

• Activité hospitalière : données et méthodologie

Les informations relatives aux ressources des hôpitaux pour lesquels l'activité est calculée proviennent de la **Statistique annuelle des établissements de santé**²⁸³ (SAE). On y trouve notamment les catégories d'hôpitaux, les ETP de médecins salariés, d'infirmiers, d'aides-soignants, les types de blocs d'intervention, ou encore les ETP des personnels administratifs et techniques (hors personnels intérimaires).

Le dénombrement des séjours est fait à partir du **PMSI**²⁸⁴ (SNDS). Ces séjours sont associés à chaque hôpital identifié précédemment dans la SAE.

²⁷¹ DREES. (2019 à 2025), rapports « Les établissements de santé en [année N]. Edition [année N+1] ».

²⁷² ATIH. (2010), rapport « Vieillissement de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010. Focus sur la prise en charge des 80 ans et plus ».

²⁷³ DREES. (2018), rapport « Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée ».

²⁷⁴ DREES. (2022), rapport « Crise sanitaire : à l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles ».

²⁷⁵ Santé publique France. (2022), rapport « La santé en action », étude « La santé mentale des soignants en période de pandémie Covid-19 ».

²⁷⁶ DREES. (2023), rapport « Les établissements de santé en 2021 », « Synthèse sur le covid-19 en établissements de santé en 2021 ».

²⁷⁷ EHESP, (2023), dossier « Le Ségur de la Santé et la Loi n°2021-502 du 26 avril 2021 ».

²⁷⁸ IGF, Igas. (2025), rapport « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale ».

²⁷⁹ L'année 2023 est la plus récente quant aux données disponibles analysées. L'année 2020 est exclue de l'analyse, certaines données étant indisponibles cette année-là, notamment celles de l'étude nationale des coûts (voir *note de bas de page* 286).

²⁸⁰ Le « coût » d'un séjour est préféré à son « prix », fixé chaque année dans le cadre de l'ONDAM, car ce dernier peut ne pas être représentatif des ressources nécessaires à la réalisation de ce séjour (par exemple, des incitations tarifaires peuvent être mises en place pour certains séjours).

²⁸¹ Séjour de référence : « Accouchement unique par voie basse chez une primipare, sans complication significative », séjour « normé » dont le coût varie peu d'un hôpital à l'autre.

²⁸² Cette mesure, « par lit et places », moins volatile que « par médecin », est standard dans la littérature (voir notes 269 et 270).

²⁸³ DREES. Les données de la SAE utilisées sont disponibles sur le site <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr>.

²⁸⁴ De nombreuses informations décrivant les séjours et les patients proviennent également du PMSI et sont décrites ultérieurement dans cette étude.

Le coût moyen d'un séjour est calculé par groupe homogène de malades²⁸⁵ (GHM). Ce coût provient de l'**Etude nationale des coûts²⁸⁶** (ENC) qui chaque année consiste en un panel d'hôpitaux publics (et privé, mais hors cadre de cette étude) volontaires et représentatifs du secteur qui renseignent de façon approfondie leur comptabilité, notamment pour le champ MCO. Pour **chaque GHM** est calculé un **coût moyen de l'ensemble des séjours correspondants de ces hôpitaux** résultant de la **somme de toutes les dépenses nécessaires à leur réalisation** : dépenses des activités cliniques et médico-techniques (personnel, maintenance des locaux, etc.), dépenses de logistique (restauration, blanchisserie, etc.) ou encore des charges directes (produits pharmaceutiques, dispositifs médicaux en sus, etc.). **Le coût moyen des GHM est ainsi une mesure précise des efforts mis en œuvre par un hôpital** pour réaliser ces séjours.

Cependant, **les coûts des GHM peuvent évoluer les uns par rapport aux autres d'une année sur l'autre, notamment pour des raisons de prix** (augmentations des salaires de certains personnels, inflation), **mais qui ne reflètent pas une modification des quantités de ressources utilisées.** Ainsi, l'année 2017 a été choisie comme année de référence pour le coût des GHM de 2017 à 2023 (année de début d'étude pour laquelle le plus de coûts de GHM sont renseignés). Le coût des quelques GHM non présents en 2017 a été imputé²⁸⁷.

* Pour faciliter la lecture de cette étude, sauf mention contraire, on assimile « lit et place » à « lit ».

3.3.1 Les hôpitaux publics entre 2017 et 2023 : comment leur activité a-t-elle évolué ?

L'activité par lit en 2023 des « moyens » et « grands » hôpitaux reste en deçà de son niveau de 2019

Dans cette étude, les hôpitaux publics sont considérés au niveau de l'entité juridique, à l'exception des hôpitaux de l'APHP, APHM et HCL qui sont quant à eux considérés au niveau des sites géographiques. En 2023, on dénombrait ainsi 631 hôpitaux comprenant 79 centres hospitalo-universitaires (CHU), 427 centres hospitaliers hors anciens hôpitaux locaux (CH) et 125 centres hospitaliers anciens hôpitaux locaux (HL)²⁸⁸, réalisant 10,6 millions de séjours en MCO en hospitalisation complète ou ambulatoire (hors séances) auprès de l'ensemble de la population. Ce nombre d'hôpitaux est resté stable entre 2017 et 2023. L'objectif de cette étude étant d'analyser l'évolution de l'activité par lit des hôpitaux publics au cours du temps, plusieurs critères de sélection ont été appliqués²⁸⁹ et au final, 554 hôpitaux ont été étudiés (86 % des hôpitaux initiaux), sont composés de 73 CHU (92 %), 405 CH (95 %) et 76 HL (61 %), qui réalisaient 10,5 millions de séjours en 2023 (99 % des séjours initiaux).

Ces hôpitaux peuvent être décrits selon leur taille : les « grands » hôpitaux, définis comme réalisant plus de 20 000 séjours annuels (en 2017) et constitués des plus grands CH et de la majorité des CHU, les hôpitaux « moyens » réalisant de 5 000 à 20 000 séjours annuels constitués presque exclusivement de CH, et les « petits » hôpitaux réalisant moins de 5 000 séjours annuels constitués de CH et de la presque totalité des HL.

Sur la période étudiée, la légère augmentation du nombre de séjours hospitaliers (10,2 et 10,5 millions en 2017 et 2023) est entièrement portée par les « grands » hôpitaux ; les « petits » et « moyens » hôpitaux enregistrant une baisse de leur nombre de séjour de près de 8 % et 2 %, respectivement. Par ailleurs, l'ambulatoire progresse en moyenne pour tous les hôpitaux, à la fois en termes de nombre de séjours réalisés (la part de l'ambulatoire dans les séjours passe de 31 % en 2017 à 39 % en 2023) et de remplacement de lits par des places (la part des places augmente de 10 % en 2017 à 13 % en 2023). La répartition des séjours entre la médecine, la chirurgie et l'obstétrique évolue très peu sur la période et met en exergue la spécificité des « petits » hôpitaux quant à la prépondérance de la médecine (plus de 85 % de leurs séjours contre 68 % en moyenne sur les hôpitaux étudiés).

Par ailleurs, l'activité (voir Encadré 21), qui correspond au nombre de séjours pondérés par le coût de leur GHM, ce qui permet de sommer des séjours de « valeur comparable » (par exemple, un accouchement unique par voie basse sans complication vaudra pour 1, quand la pose d'un défibrillateur cardiaque vaudra pour 6) diminue légèrement entre 2017 et 2023. Cette diminution est la plus forte pour les « petits » hôpitaux (-12,6 %), moindre pour les hôpitaux « moyens » (-6,3 %) et nulle pour les « grands » hôpitaux.

Le personnel hospitalier a connu une forte augmentation, principalement en 2021, des ETP d'internes (+32 % au total), de médecins salariés dans les « grands » et « moyens » hôpitaux (+12 % et +7,6 %), et dans une moindre mesure d'infirmiers et d'aides-soignants (voir Tableau 25 : Activité*, Nombre de séjours, personnels et blocs opératoires des hôpitaux publics étudiés, par taille, en 2017 et 2023, et leur évolution.).

²⁸⁵ GHM : groupe médico-économique de séjours ayant des pathologies ou des traitements similaires.

²⁸⁶ ATIH, Agence technique de l'information hospitalière. Les données ainsi que les documents méthodologiques associés sont disponibles sur le site de l'ATIH : <https://www.atih.sante.fr/enc-mco/documentation>.

²⁸⁷ On attribue à chaque GHM absent en 2017 (environ 50 GHM) un coût qui correspond au coût médian des 10 GHM les plus proches. On calcule ensuite un coût moyen tous séjours confondus par hôpital qui inclut ces séjours imputés. Puis, on répète cette opération 1000 fois (Bootstrap). Pour chaque hôpital, chaque année, les 1000 coûts ainsi obtenus présentent une variabilité très faible et démontraient la robustesse de la méthode d'imputation. Au final, plus de 99% des séjours ont un coût associé mesuré à partir de l'ENC 2017.

²⁸⁸ Etablissements psychiatriques et hôpitaux militaires hors champ de cette étude.

²⁸⁹ i) chaque hôpital doit être présent toutes les années de la période étudiée et avoir des effectifs renseignés strictement positifs de médecins salariés, d'infirmiers, d'aides-soignants, et de lits et places (581 hôpitaux) ; ii) avoir un nombre minimum de séjours chaque année (au moins 48 séjours, soit le 1er percentile de la distribution des hôpitaux selon leur nombre de séjours annuels ; 577 hôpitaux) ; et iii) avoir un nombre de séjours ou de lits et places dont l'évolution annuelle n'est pas atypique (plus de 100 % d'augmentation ou 50 % de diminution d'une année sur l'autre) et pourrait résulter de fermetures ou d'ouvertures de sites (554 hôpitaux).

Le nombre de séjours par lit montre une évolution relativement similaire pour tous les hôpitaux : une stabilité ou une augmentation entre 2017 et 2019, une chute en 2021 après le covid, puis de nouveau une augmentation entre 2021 et 2023. Les « grands » et « moyens » hôpitaux ont retrouvé en 2023 un nombre de séjours supérieur à celui de 2019, quand les « petits » hôpitaux sont en deçà. Par ailleurs, les hôpitaux « moyens » ont un nombre de séjours par lit légèrement plus élevé que les « grands » hôpitaux et près de deux fois supérieur à celui des « petits » hôpitaux.

Concernant l'activité par lit, on observe une évolution relativement similaire à celle des séjours par lit : une augmentation entre 2017 et 2019, une chute en 2021, puis de nouveau une augmentation entre 2021 et 2023. Cependant, l'activité par lit en 2023 des « moyens » et « grands » hôpitaux reste légèrement en deçà de son niveau de 2019, traduisant ainsi une légère diminution de la « valeur » des séjours, tandis que leur nombre de séjour par lit a augmenté (environ +3 séjours par lit). Cette diminution de la « valeur » des séjours est encore plus notable pour les « petits » hôpitaux dont l'activité par lit est passée de 40,9 en 2023 à 45,1 en 2017, ce qui représente une baisse de -9 %. A noter, l'activité par lit des « grands » hôpitaux dépasse celles des hôpitaux « moyens », et les « petits » hôpitaux réduisent leur écart. Ceci dénote d'une typologie de séjours plus coûteux, et donc a priori plus complexes ou de plus grande sévérité, dans les « grands » hôpitaux et encore plus dans les « petits » qui prennent en charge des patients plus âgés et dont l'état de santé est souvent plus dégradé (voir Figure 37 : Evolution moyenne du nombre de séjours et de l'activité* par lit** des hôpitaux publics étudiés).

Tableau 25 : Activité*, Nombre de séjours, personnels et blocs opératoires des hôpitaux publics étudiés, par taille, en 2017 et 2023, et leur évolution.

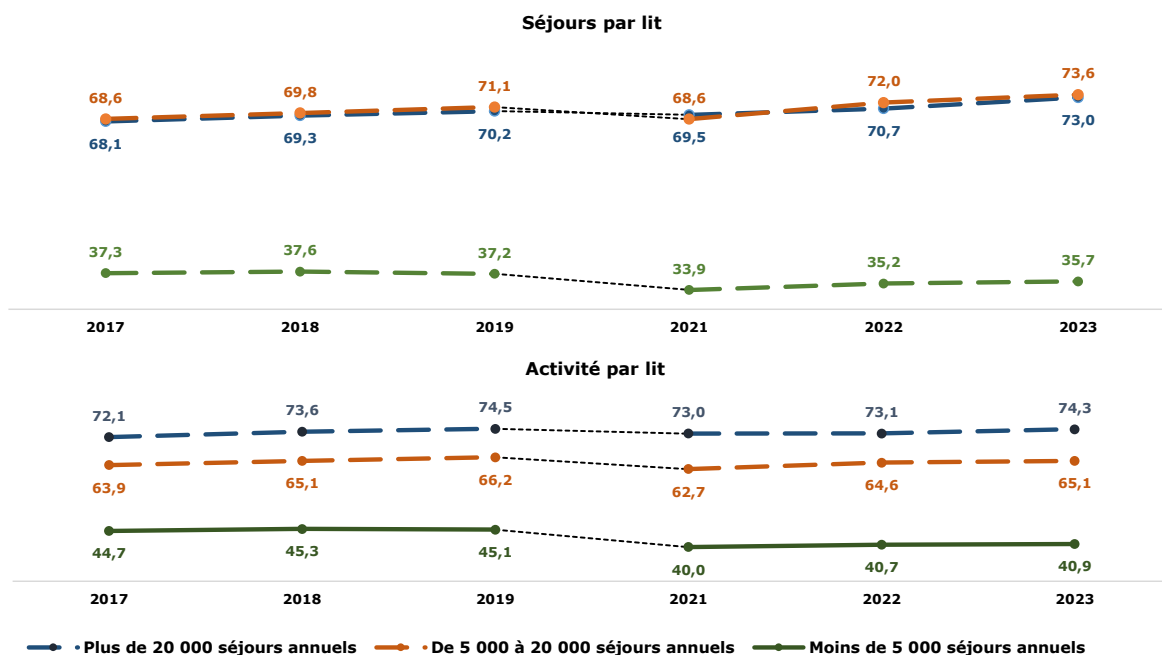
	Tous hôpitaux			Plus de 20 000 séjours annuels			De 5 000 à 20 000 séjours annuels			Moins de 5 000 séjours annuels		
Toutes catégories d'hôpitaux	N : 554			N : 175			N : 174			N : 205		
CHU	73	13%		55	31%		5	2,9%		13	6,3%	
CH	405	73%		119	68%		168	97%		118	58%	
HL	76	14%		1	0,6%		1	0,6%		74	36%	
	En volume			Moyenne (écart-type)			Moyenne (écart-type)			Moyenne (écart-type)		
	2017	2023	Evol.	2017	2023	Evol.	2017	2023	Evol.	2017	2023	Evol.
Activité*, en milliers	10 964	10 800	-1,5%	49,6 (37)	49,6 (37)	0,0%	11,3 (4,6)	10,6 (4,9)	-6,3%	1,57 (1,3)	1,37 (1,2)	-12,6%
Nombre de séjours, en milliers	10 260	10 522	2,5%	45,2 (33)	47,0 (32)	4,0%	11,9 (4,5)	11,7 (5,3)	-1,6%	1,42 (1,4)	1,31 (1,4)	-7,9%
part ambulatoire, en %	31%	39%	2,8%	31%	39%	2,8%	30%	38%	2,7%	28%	36%	1,8%
part en médecine, en %	67%	68%	3,8%	66%	67%	5,3%	66%	67%	-0,4%	87%	86%	-1,1%
part en chirurgie, en %	25%	24%	0,9%	25%	25%	1,3%	24%	25%	-1,0%	10%	12%	2,8%
part en obstétrique, en %	8,3%	7,9%	-2,5%	8,1%	7,9%	0,2%	9,6%	8,6%	-1,2%	2,6%	2,5%	-2,4%
Lits ou places	153 716	147 501	-4,0%	663 (426)	644 (418)	-3,0%	178 (73)	163 (73)	-8,6%	33 (22)	32 (21)	-3,4%
part de lits, en %	90%	87%	-3,6%	89%	87%	-1,5%	90%	88%	-1,1%	94%	92%	-2,3%
part de places, en %	10%	13%	1,8%	11%	13%	1,9%	10%	12%	1,3%	6,1%	7,9%	2,8%
Médecins salariés, hors internes	56 153	61 965	10,3%	252 (172)	281 (188)	12,9%	60 (29)	64 (34)	7,5%	8,4 (11)	7,9 (10)	-5,1%
Internes	25 013	33 022	32,0%	127 (34)	168 (81)	32,9%	14 (11)	19 (15)	33,9%	1,5 (4,0)	1,5 (3,5)	3,3%
Infirmiers	150 259	154 781	3,0%	686 (506)	712 (533)	3,7%	149 (75)	150 (79)	0,4%	21 (20)	20 (19)	-1,5%
Aides-soignants	107 488	111 819	4,0%	474 (343)	494 (349)	4,2%	118 (58)	122 (66)	3,3%	20 (17)	21 (17)	3,8%
Autres soignants	26 544	27 503	3,6%	115 (79)	121 (83)	5,0%	33 (20)	32 (19)	-1,5%	3,9 (4,4)	4,1 (4,6)	4,7%
Personnels tech. et admin.	130 396	145 447	12,3%	583 (453)	659 (512)	13,9%	141 (79)	150 (94)	6,3%	19 (20)	20 (20)	4,8%
Nombre de blocs opératoires	4 889	4 898	0,2%	22 (17)	22 (17)	1,7%	5,7 (2,7)	5,5 (2,9)	-4,9%	0,5 (1,2)	0,5 (1,2)	-8,2%

Notes : l'évolution des parts (ambulatoire, etc.) mesure l'évolution des volumes des séjours concernés

* Activité correspond au nombre de séjours pondérés par le coût de leur GHM, ce qui permet de sommer des séjours de « valeur comparable » (par exemple, un accouchement unique par voie basse sans complication vaudra pour 1, quand la pose d'un défibrillateur cardiaque vaudra pour 6) - voir Encadré 21.

Source : traitement Cnam, données PMSI et SAE.

Figure 37 : Evolution moyenne du nombre de séjours et de l'activité* par lit** des hôpitaux publics étudiés, entre 2017 et 2023, par taille d'hôpitaux



* L'activité par lit correspond au nombre de séjours par lit pondérés par le coût de leur GHM, ce qui permet de sommer des séjours de « valeur comparable » (par exemple, un accouchement unique par voie basse sans complication vaudra pour 1, quand la pose d'un défibrillateur cardiaque vaudra pour 6) voir Encadré 21 : L'activité hospitalière, de quoi parle-t-on et comment la mesure-t-on ?.

** « par lit » s'entend, « par lit et place »

Source : traitement Cnam, données PMSI, SAE et ENC

Une prise en charge des patients qui s'est complexifiée dans toutes les catégories d'hôpitaux publics

Pour comprendre ces évolutions de l'activité par lit, il est nécessaire d'analyser l'évolution de l'ensemble des éléments qui peuvent avoir un impact sur elle. Les facteurs qui contribuent directement à l'activité ont été décrits au point précédent : personnels médicaux, paramédicaux, et équipements (blocs opératoires, plateaux d'imagerie, etc.). Mais les facteurs qui influencent indirectement l'activité doivent également être pris en compte. Ces facteurs indirects concernent à la fois les caractéristiques des patients (âge, sexe, indice de comorbidité²⁹⁰, C2S²⁹¹, précarité du lieu de vie mesuré par un indice de défavorisation²⁹², accessibilité à la médecine générale - APL²⁹³), les caractéristiques des séjours (durée moyenne hospitalisation, proportion de décès à l'issue d'un séjour à l'hôpital, proportion de séjour de chirurgie, taux de séjours en réanimation, soins intensifs ou continus²⁹⁴), et les autres missions de l'hôpital connexes à la réalisation de séjours hospitaliers comme les séances (dialyse, radiothérapie, chimiothérapie), les actes et consultations externes (ACE) et les passages aux urgences.

Entre 2017 et 2023, la prise en charge des patients dans toutes les catégories d'hôpitaux publics étudiées ici s'est complexifiée dans la mesure où l'âge moyen des patients a augmenté (+1 an en moyenne), leur état de santé s'est dégradé (+2,3 % de l'indice de comorbidités), et la durée moyenne des séjours s'est allongée (+5,8 %). Les « petits » hôpitaux ont une patientèle bien plus âgée et souffrant de plus de comorbidités que les hôpitaux de « moyenne » et « grande » taille. La précarité des patients, approchée par le taux de patients bénéficiant de la C2S et le taux de patients les plus défavorisés, est en légère diminution ou stable selon les tailles d'hôpitaux.

Impactant l'organisation des soins et donc possiblement l'activité, la variété des séjours réalisés est, sans surprise, plus importante dans les « grands » hôpitaux que dans les « moyens » et bien plus encore les « petits » : seuls 2 « grands » hôpitaux en 2023 voyaient plus d'un quart de leurs séjours concentrés dans un seul type de pathologie (en l'occurrence, une catégorie majeure de diagnostic - CMD) contre 91 « petits » hôpitaux (44 %), et le nombre de GHM distincts des « grands » hôpitaux était 1,7 fois plus grand que celui des « moyens » et 7 fois plus que les « petits ».

²⁹⁰ Indice de morbidité et mortalité prédictif de la mortalité à 2 ans (Mortality-Related Morbidity Index, MRMI) prédictif de la mortalité à deux ans. (Constantinou P and all. Journal of Clinical Epidemiology, 2018; 103, 60-70).

²⁹¹ C2S : Complémentaire santé solidaire. Avant sa mise en place en 2019, est dans ce travail assimilée à la couverture mutuelle universelle (CMU) ou l'aide à la complémentaire santé (ACS).

²⁹² Rey G, Rican S, Joula E. (2011), Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès - Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. BEH. 2011 ; 8-9 : 87-90.

²⁹³ APL : L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/lindicateur-daccessibilite-potentielle-localisee-apl>

²⁹⁴ Taux de séjours avec des patients hospitalisés pour lesquels au moins un forfait de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue a été facturé.

De même, les missions connexes nécessitent du temps de personnels et peuvent impacter la réalisation des séjours. Quelle que soit la taille de l'hôpital, leur dynamique est similaire sur la période étudiée : une forte augmentation des séances, une légère augmentation de l'activité externe et une légère diminution des prises en charge aux urgences (voir Tableau 26).

Tableau 26 : Case-mix, diversité des hospitalisations et missions connexes aux séjours des hôpitaux publics étudiés, par taille, en 2017 et 2023, et leur évolution.

	Tous tailles d'hôpitaux N : 554			Plus de 20 000 séjours N : 175			De 5 000 à 20 000 séjours N : 174			Moins de 5 000 séjours N : 205		
	2017	2023	Evol.	2017	2023	Evol.	2017	2023	Evol.	2017	2023	Evol.
Case-mix^(a) moy. (écart-type)												
Age	61,9 (13)	62,9 (13)	1,5%	52,1 (7)	53,0 (8)	1,7%	57,0 (7)	58,6 (7)	2,8%	74,5 (10)	74,8 (10)	0,5%
Taux de femme	55% (5%)	54% (5%)	-1,8%	53% (3%)	53% (4%)	0,0%	55% (4%)	55% (4%)	0,0%	56% (7%)	55% (6%)	-1,8%
Indice de morbi-mortalité MRMI ^(b)	3,9 (2)	4,0 (2)	2,3%	2,8 (0,5)	2,9 (0,5)	3,2%	3,1 (0,8)	3,2 (0,7)	4,3%	5,6 (3)	5,6 (3)	1,1%
Taux de patients à la C2S ^(c)	13% (7%)	12% (6%)	-6,6%	16% (6%)	15% (6%)	-7,6%	13% (6%)	12% (6%)	-9,3%	8,9% (7%)	8,7% (5%)	-1,8%
Taux de patients les plus défavorisés ^(d)	29% (23%)	29% (23%)	0%	25% (19%)	25% (20%)	0,0%	31% (22%)	31% (22%)	0,0%	32% (25%)	31% (25%)	-3,1%
APL médecin généraliste ^(e)	3,5 (0,6)	3,5 (0,6)	-0,3%	3,6 (0,7)	3,6 (0,7)	-0,3%	3,4 (0,6)	3,4 (0,6)	-0,6%	3,5 (0,6)	3,5 (0,6)	-0,3%
Durée séjours >= 1 nuit, en jours	8,0 (4)	8,4 (5)	5,4%	5,8 (0,5)	5,9 (0,6)	1,4%	5,9 (3)	6,1 (3)	4,1%	11,6 (4)	12,5 (5)	7,5%
Taux de décès en sortie de séjour	4,9% (6%)	5,4% (7%)	10%	2,2% (3%)	2,3% (3%)	2,7%	2,5% (3%)	2,6% (3%)	5%	9,3% (9%)	11% (10%)	13%
Taux de séjours réanimation ^(f)	4,2% (4%)	3,8% (4%)	-10%	7,9% (2%)	7,6% (2%)	-4%	4,2% (3%)	3,6% (3%)	-14%	1,0% (3%)	0,7% (3%)	-30%
Diversité des séjours												
Séjours dans >15 CMD ^(g) , N hôp. (n)	102 (36%)	96 (35%)	-5,9%	50 (67%)	50 (67%)	0%	43 (43%)	40 (40%)	-7,0%	9 (5%)	6 (4%)	-33%
1 CMD ^(h) >25% des séjours, N hôp. (n)	98 (28%)	111 (20%)	13%	3 (2%)	2 (2%)	-33%	14 (8%)	18 (10%)	29%	81 (40%)	91 (44%)	12%
Nombre GHM ⁽ⁱ⁾ distincts moy. (écart-type)	887 (595)	863 (605)	-2,8%	1 572 (283)	1 570 (296)	-0,15%	950 (243)	906 (252)	-4,7%	250 (363)	223 (53)	-11%
Missions connexes moy. (écart-type)												
Séances, milliers	8,4 (5)	9,9 (7)	18%	24 (3)	28 (2)	18%	2,6 (4)	3,0 (4)	17%	0,09 (0,3)	0,13 (0,4)	52%
ACE ^(j) , milliers de patient x jour	112 (140)	121 (155)	8,1%	263 (57)	287 (79)	8,8%	78 (32)	82 (35)	5,3%	11 (5)	12 (3)	9,7%
Urgence, milliers de patient x jour	24 (26)	24 (26)	-2,3%	54 (25)	54 (26)	-0,7%	19 (9)	18 (9)	-4,6%	3,3 (5)	2,8 (5)	-14%

^a Case-mix calculé à partir des séjours hospitaliers et des caractéristiques des patients : par exemple, l'âge d'un patient ayant N séjours dans un hôpital donné sera comptabilisé N fois pour le calcul de l'âge moyen.

^b Indice de morbi-mortalité prédictif de la mortalité à 2 ans (Mortality-Related Morbidity Index, MRMI) prédictif de la mortalité à deux ans. (Constantino P and all. Journal of Clinical Epidemiology, 2008; 61, 60-70)

^c C2S : Complémentaire santé solidaire. Avant sa mise en place en 2018, est dans ce travail assimilée à la couverture mutuelle universelle (CMU) ou l'aide à la complémentaire santé (ACS).

^d Indice de défavorisation élaboré pour les communes, basé sur le salaire médian, le taux de chômage, le taux d'ouvrier, le taux de personnes avec le baccalauréat

^e APL : L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) mesure l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin

^f Taux de séjours avec des patients hospitalisés pour lesquels au moins un forfait pour réanimation, soins intensifs ou surveillance continue a été facturé

^g CMD : Catégorie majeur de diagnostic, répartissant l'ensemble des séjours hospitaliers en différentes catégories au nombre de 27 (hors séances)

^h GHM : Groupe homogène de maladie, environ 2500 GHM caractérise l'ensemble des séjours hospitaliers

^j ACE : actes et consultations externes. "patient x jour" s'entend comme un nombre de patient pour un jour donné ; un patient venant X jours différents sera comptabilisé X fois

Source : traitement Châm, données PMSI et SAE

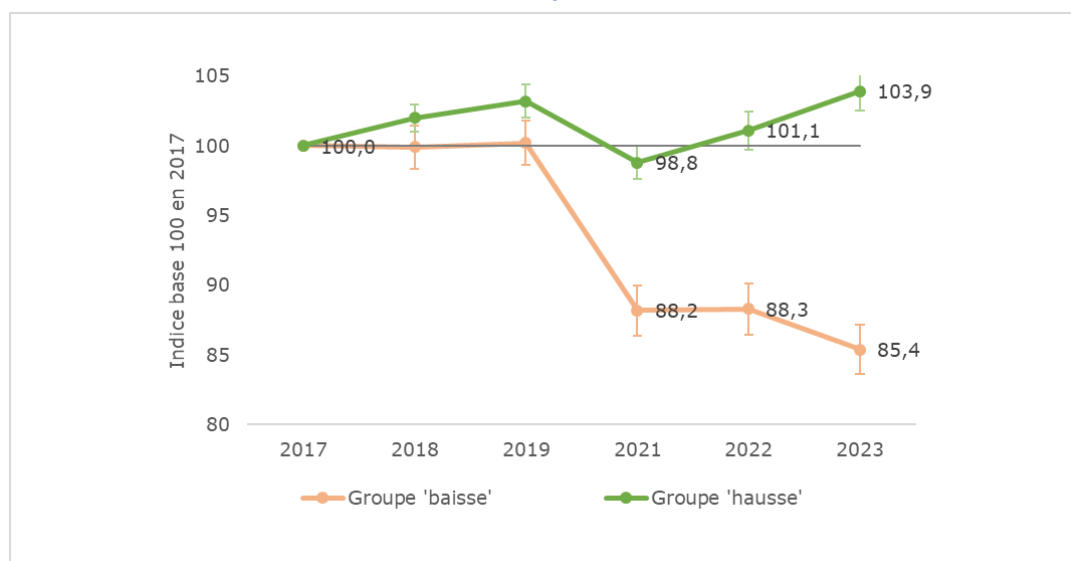
3.3.2 Les caractéristiques des établissements selon l'évolution de leur activité par lit

L'évolution de l'activité observée dépend à la fois des évolutions des ressources hospitalières mobilisées (personnels, équipements), des changements dans les caractéristiques de la patientèle et des séjours (par exemple, la sévérité des séjours, l'âge des patients, le fait que l'hôpital ait un service d'urgence, etc.) mais également des évolutions organisationnelles ou de l'offre de soins autour des établissements ainsi que d'autres facteurs difficilement mesurables. Jusqu'ici, l'évolution de l'activité par lit a été calculée sans tenir compte de l'influence de l'ensemble de ces caractéristiques (Figure 37). L'évolution que l'on observe en moyenne est donc le résultat de ces multiples influences. Dans cette partie, afin de neutraliser ces influences, l'évolution de l'activité par lit est estimée indépendamment de l'évolution des ressources hospitalières, des caractéristiques des patients, et des séjours au moyen d'un modèle économétrique, présenté en Encadré 22. De façon assez intuitive, la hausse des ressources en personnel médical (médecins, infirmiers,) a contribué positivement à l'activité hospitalière entre 2017 et 2023. D'autres facteurs ont joué négativement sur l'activité hospitalière et pour la moitié des établissements étudiés, principalement des moyens et petits hôpitaux, cela a provoqué une baisse de l'activité par lit entre 2017 et 2023.

48% des établissements ont connu une baisse de leur activité par lit sur la période étudiée principalement des hôpitaux de « petite » taille (moins de 5 000 séjours annuels)

Deux groupes bien distincts s'observent au sein des hôpitaux publics : le groupe « hausse » qui rassemble les hôpitaux dont l'activité par lit observée a augmenté au cours de la période (288 hôpitaux, soit 52 % des établissements) ; le groupe « baisse » qui rassemble ceux dont l'activité par lit observée a diminué (266 hôpitaux, soit 48 % des établissements). La Figure 38 montre l'évolution de l'activité par lit *indépendamment de l'évolution* des ressources en personnels et équipements médicaux, des caractéristiques des patients et des séjours pour ces deux groupes d'hôpitaux. Celle-ci a augmenté de +3,9 % pour les hôpitaux du groupe « hausse », ce qui signifie qu'ils ont réalisé des gains de productivité. L'activité par lit a en revanche diminué pour les hôpitaux du groupe « baisse », d'un peu plus de 14 % entre 2017 et 2023.

Figure 38 : Evolution moyenne de l'activité par lit des hôpitaux des groupes « hausse » et baisse » entre 2017 et 2023 indépendamment de l'évolution des ressources en personnels et équipements médicaux, des caractéristiques des patients et des séjours



Notes : Résultats issus de l'estimation du modèle économétrique présenté en Encadré 22 par les moindres carrés généralisés sur un panel de 554 hôpitaux publics exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les coefficients rapportés correspondent aux constantes temporelles du modèle principal estimé séparément sur un panel d'hôpitaux dont l'activité par lit a diminué entre 2017 et 2023 (groupe « baisse »), et un panel d'hôpitaux dont l'activité par lit a augmenté (ou s'est maintenue) entre 2017 et 2023 (groupe « hausse »). Sources : Calculs Cnam.

Parmi les établissements qui présentent une augmentation de leur activité (groupe « hausse »), celle-ci s'explique majoritairement (66 %) par une contribution positive des ressources en personnel, en particulier une augmentation du nombre de médecins (20,5 %) et du nombre d'infirmiers (24,6 %), ainsi qu'une contribution positive associée à la diminution du nombre de lits au profit de places (6,8 %) (cf Tableau 27).

Des changements dans les caractéristiques de la patientèle, notamment la diminution du taux de patients hospitalisés bénéficiaires de la C2S, ont également contribué à cette hausse d'activité, bien que plus modestement (9,6 %). A l'inverse, la hausse des consultations externes, des séances, ainsi que la diminution du nombre de séjours en réanimation, ont contribué négativement à l'activité par lit observée (-4,4 %, -3,0 % et -4,2 %, respectivement), malgré une diminution de la durée moyenne de séjour et une augmentation du taux de chirurgie qui l'ont favorisé (+2,7 % et 1,1 %, respectivement).

Finalement, l'augmentation de l'activité par lit et qui n'est pas en lien avec l'ensemble des facteurs cités précédemment explique un tiers (34,1 %) de la hausse d'activité par lit observée entre 2017 et 2023 pour ces 288 hôpitaux. Cela traduit des « gains de productivité » dont les causes ne sont pas directement mesurables au moyen des éléments disponibles dans les bases de données utilisées.

Tableau 27 : Décomposition de l'écart moyen d'activité par lit observée entre 2017 et 2023 (cf. Encadré 22 : Modélisation économétrique de l'activité hospitalière de MCO pour des détails sur le modèle utilisé)

	(1)		(2)	
	Hôpitaux avec une baisse d'activité par lit observée (groupe "baisse")		Hôpitaux avec une hausse d'activité par lit observée (groupe "hausse")	
Nombre d'hôpitaux	266		288	
Différence d'activité par lit observée entre 2017 et 2023 à expliquer	-13,8%		11,0%	
	Effet marginal	Différence expliquée (en %)	Effet marginal	Différence expliquée (en %)
par les ressources				
Lits	-0,241	0,3%	-0,080	6,8%
Médecins	0,033	-2,2%	0,067	20,5%
Personnel infirmier	0,065	0,4%	0,124	24,6%
Aide-soignants	0,017	ns	-0,021	ns
Autre personnel	-0,010	ns	0,048	12,2%
Plateau technique	-0,002	ns	0,018	2,4%
Total expliqué par les ressources (a)	-1,5%		66,6%	
par les caractéristiques des patients				
Indice de comorbidité	0,032	-1,4%	0,029	2,5%
Taux de C2S	-0,468	-1,5%	-0,710	6,8%
APL au MG	0,117	0,6%	0,078	-0,7%
Indice de défavorisation (5e quintile)	-0,009	ns	-0,288	1,0%
Total expliqué par les caractéristiques des patients (b)	-2,3%		9,6%	
par les caractéristiques de l'activité				
Durée moyenne de séjour (>1)	-0,036	20,5%	-0,027	2,8%
Taux de chirurgie	0,210	ns	0,246	1,1%
Taux d'ACE	0,000	ns	-0,008	-4,4%
Taux de passages aux urgences	-0,026	-0,1%	-0,013	1,1%
Taux de séjours en réanimation	0,152	ns	1,093	-4,2%
Taux de séances	0,035	ns	-0,079	-3,0%
Taux de décès	-0,368	1,9%	0,192	ns
Total expliqué par les caractéristiques de l'activité (c)	22,3%		-6,6%	
par une variation toutes choses égales par ailleurs (d)	82,4%		34,1%	
Effet résiduel des variables non significatives (e)	-0,9%		-3,8%	
Pourcentage de différence expliqué (f)	100%		100%	

Note : (f)=(a)+(b)+(c)+(d)+(e). Résultats issus des estimations du modèle présenté en Encadré 21 sur le panel d'hôpitaux dont l'activité par lit observée a diminué entre 2017 et 2023 (groupe « baisse », colonne (1)) d'une part, et sur le panel d'hôpitaux dont l'activité par lit observée a augmenté (ou est restée constante) entre 2017 et 2023 (groupe « hausse », colonne (2)) d'autre part. Les différences expliquées par les variables du modèle ont été calculées par une méthode d'Oaxaca-Blinder, soit en multipliant l'effet marginal estimé pour chaque variable par la variation moyenne de cette variable entre 2017 et 2023. Lecture : 288 hôpitaux ont vu leur activité par lit progresser de 11,0% en moyenne entre 2017 et 2023. Les ressources en personnel et équipement médical expliquent 2/3 de cette hausse, et un tiers (34,1%) est expliqué par une progression de l'activité par lit *toutes choses égales par ailleurs*, c'est-à-dire indépendamment des ressources engagées, des caractéristiques des patients et de l'activité.

Concernant les 266 hôpitaux dont l'activité par lit observée a diminué (groupe « baisse »), les ressources hospitalières n'ont pas permis de compenser la baisse d'activité. En effet, la contribution des personnels soignants à l'activité est deux fois moins élevée au sein de ces hôpitaux, par rapport aux hôpitaux dont l'activité observée a augmenté (0,033 % vs 0,067 % pour la contribution des médecins et 0,065 % vs 0,124 % pour le personnel infirmier, respectivement). A l'instar des hôpitaux du groupe « hausse », les caractéristiques des patients accueillis au sein de ces hôpitaux ont participé à contenir la baisse d'activité notamment via une diminution du taux de patients couverts par la C2S, mais dans des proportions très faibles (-2,3 % au total pour les caractéristiques des patients).

Au final, 20 % de la baisse d'activité par lit observée au sein de ces 266 hôpitaux est expliquée par une augmentation de la durée moyenne des séjours et 80 % est due à une variation négative de l'activité par lit, indépendamment de l'ensemble des facteurs étudiés dans cette analyse (nombre de professionnels de santé, caractéristiques des patients, etc.).

Le Tableau 28 ci-dessous présente, en moyenne, les caractéristiques de ces deux groupes d'hôpitaux et leurs évolutions entre 2017 et 2023. Parmi les 266 hôpitaux du groupe « baisse », plus de la moitié sont des hôpitaux de « petite » taille (moins de 5 000 séjours annuels). A l'inverse, ces « petits » hôpitaux sont plus de deux fois moins nombreux au sein du groupe « hausse », et les « grands » hôpitaux (plus de 20 000 séjours annuels) y sont deux fois plus nombreux (41 % vs 21 % parmi les hôpitaux en recul d'activité). Cette différence de taille entre les deux groupes se traduit logiquement par une différence de ressources : les hôpitaux du groupe « baisse » comptaient en moyenne 123 ETP de médecins en 2023, contre 216 parmi les hôpitaux du groupe « hausse » avec une évolution similaire entre 2017 et 2023 (+17 % en moyenne dans les deux groupes).

Le nombre de lits et places a légèrement diminué au sein des hôpitaux du groupe « baisse », passant de 180 à 174 entre 2017 et 2023 (-3,4 %), et le nombre de séjours a diminué dans les mêmes proportions, passant de 13 311 à 12 872 séjours sur la même période (-3,3 %). Le taux de séjours chirurgicaux est resté constant. L'évolution de l'activité a été radicalement différente au sein des hôpitaux du groupe « hausse », avec un nombre

de lit et places qui a diminué de -8,3 % et un nombre de séjours qui a progressé de 5,6 % avec une proportion plus élevée de séjours de chirurgie en 2023 par rapport à 2017 (21,1 % vs 20,6 % en 2017).

De surcroît, les caractéristiques des séjours sont très différentes entre les deux groupes d'hôpitaux. Les hôpitaux du groupe « baisse » accueillent une patientèle dont l'âge moyen est supérieur de 5 ans à celui des hôpitaux du groupe « hausse », et dont le taux de sévérité était supérieur de 9 pp en 2023 (45,5 % vs 36,4 %). La durée moyenne de séjour en 2023 était de 7 jours au sein du groupe « hausse » (-1,6 % par rapport à 2017). Cette durée était plus élevée de 3 jours en moyenne parmi les hôpitaux du groupe « baisse » (+11,5 % par rapport à 2017). Enfin, l'état de santé des patients traités par les hôpitaux du groupe « baisse » est plus dégradé, avec un indice de comorbidité de 4,4 en 2023, contre 3,6 en moyenne la même année au sein du groupe « hausse ».

Tableau 28 : Différences moyennes entre hôpitaux selon l'évolution de leur activité par lit entre 2017 et 2023

Groupe	Hôpitaux avec une baisse d'activité par lit observée (groupe "baisse")			Hôpitaux avec une hausse d'activité par lit observée (groupe "hausse")		
	2017	2023	Evolution (%)	2017	2023	Evolution (%)
Année	Moyenne (écart-type)			Moyenne (écart-type)		
Activité						
Activité par lit	57,4 (17,4)	49,5 (18,2)	-13,8%	61,2 (15,5)	68 (15,6)	11,0%
Séjours	13 311 (21842)	12 872 (22203)	-3,3%	23 332 (27558)	24 645 (29188)	5,6%
Taux de chirurgie	15,1% (11,0)	15,1% (10,8)	0,3%	20,6% (10,9)	21,1% (10,8)	2,5%
Ressources						
Lits et places	180 (276)	174 (271)	-3,4%	312 (343)	286 (324)	-8,3%
Médecins	106 (201)	123 (247)	16,8%	184 (260)	216 (300)	17,2%
Indice de plateau technique	7,2 (10,9)	7,1 (11,3)	-1,5%	12,6 (15,4)	12,7 (15,7)	0,7%
Caractéristiques des séjours						
Age moyen	64,8 (14,1)	65,7 (13,7)	1,2%	59,2 (11,1)	60,2 (10,9)	1,8%
Taux de sévérité	42,5% (18,1)	45,5% (18,9)	7,1%	32,2% (13,6)	36,4% (15,1)	13,2%
Durée de séjour	8,9 (4,3)	9,9 (5,3)	11,5%	7,1 (3,3)	7,0 (3,0)	-1,6%
Indice de comorbidité	4,3 (1,7)	4,4 (1,7)	1,8%	3,5 (1,3)	3,6 (1,3)	2,8%
Nombre d'hôpitaux		266			288	
Grand		21,1%			41,3%	
Moyen		27,1%			34,7%	
Petit		51,9%			24,0%	

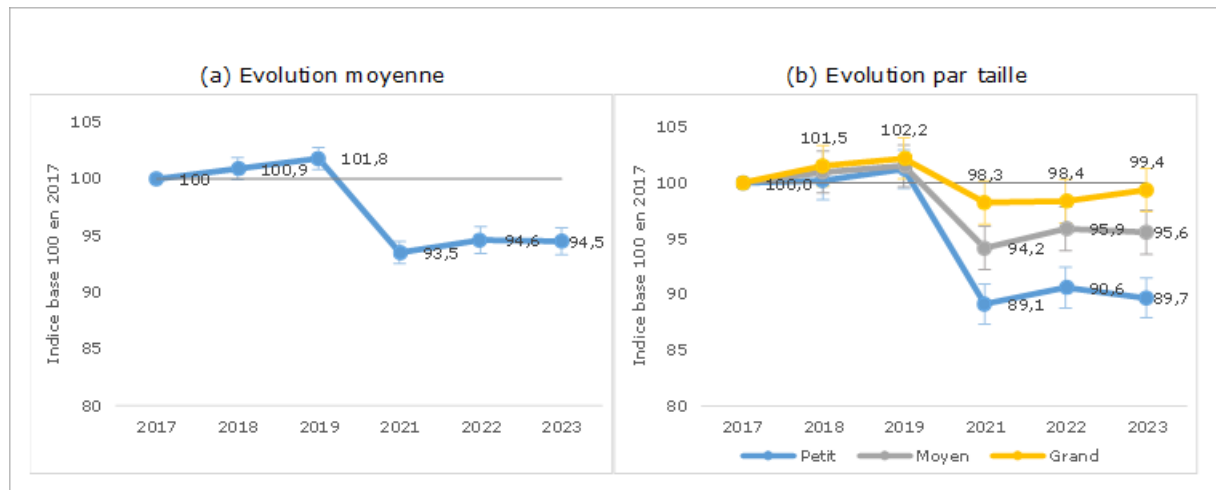
Notes : Calculs Cnam. Lecture : En 2023, la durée moyenne de séjour d'hospitalisation complète au sein des hôpitaux dont l'activité par lit a diminué (respectivement augmenté) était de 9,9 nuitées (respectivement 7,0).

Les petits hôpitaux ont été impactés plus durablement par la perte d'activité survenue pendant le Covid-19, avec en 2023 un niveau d'activité par lit toujours inférieur de 10 % à celui de 2017

La Figure 39 présente l'évolution de l'activité par lit en moyenne *indépendamment* de l'évolution des ressources en personnels et équipements médicaux, des caractéristiques des patients et des séjours, pour tous les hôpitaux publics étudiés (graphique (a)), et selon la taille des hôpitaux publics (graphique (b)).

La baisse d'activité par lit est plus marquée en 2021 chez les « petits » hôpitaux (environ -10 % par rapport à 2017) que chez les hôpitaux « moyens » (-5,8 % par rapport à 2017). Les « grands » hôpitaux n'ont en revanche pas subi de baisse significative d'activité par lit en 2021 (par rapport au niveau de 2017), et avait en 2023 un niveau d'activité comparable à celui de 2017. Les hôpitaux « moyens » avaient, en 2023, une activité par lit inférieure au niveau atteint en 2017 (-4 %), mais en reprise par rapport à 2021 (+1,4 %). Les petits hôpitaux semblent avoir été impactés plus durablement par la perte d'activité survenue entre 2019 et 2021, avec en 2023 un niveau d'activité par lit toujours inférieur de 10 % à celui de 2017. Il semble que pour ces hôpitaux, les conséquences de la crise sanitaire se ressentent de façon plus durable que pour les hôpitaux de plus grande taille, et la reprise d'un niveau d'activité comparable à celui atteint à la fin des années 2010 ne pourrait s'observer qu'à partir des années 2024 voire 2025.

Figure 39 : Evolution moyenne de l'activité par lit des hôpitaux publics entre 2017 et 2023 indépendamment de l'évolution des ressources en personnels et équipements médicaux, des caractéristiques des patients et des séjours



Notes : Résultats issus de l'estimation du modèle économétrique présenté en Encadré 22 par les moindres carrés généralisés sur un panel de 554 hôpitaux publics exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Les coefficients rapportés dans les graphiques (a) et (b) correspondent respectivement aux constantes temporelles estimées par le modèle principal (graphique (a)), et aux constantes temporelles interagies avec la taille moyenne des hôpitaux (graphique (b)). On définit la taille moyenne d'un hôpital en fonction de son nombre de séjours annuel moyen sur toute la période (grand = plus de 20 000 séjours par an, moyen = entre 5 et 20 000 séjours par an, petit = moins de 5 000 séjours par an). Sources : Calculs Cnam.

Perspectives

Cette étude a permis d'évaluer l'évolution de l'activité des hôpitaux publics entre 2017 et 2023. La période étudiée a été marquée par la pandémie de Covid-19, qui a mobilisé l'ensemble des ressources médicales du pays (hospitalières et non hospitalières), et a créé de fortes tensions sur les personnels hospitaliers.

L'activité par lit a en moyenne significativement diminué entre 2019 et 2021, avant de repartir à la hausse sans toutefois retrouver en 2023 le même niveau qu'avant la crise.

Plus de la moitié (52 %) des hôpitaux publics ont atteint en 2023 un niveau d'activité par lit supérieur à celui de 2017 (de +11 % en moyenne), et qui s'explique en partie (un tiers) par des gains de productivité. La hausse des ETP de professionnels de santé (à nombre de lit donné) et l'évolution des caractéristiques des séjours et des patients expliquent les deux autres tiers. En contraste, on constate une baisse d'activité par lit (-13,8 % en moyenne) chez un peu moins de la moitié des hôpitaux publics entre 2017 et 2023. La majorité sont des hôpitaux de petite taille qui accueillent moins de 5 000 séjours par an, à la sévérité des séjours supérieure à la moyenne.

Comme souligné par l'Igas dans son rapport paru début 2026 sur la situation financière des hôpitaux publics, le modèle économique de financement des hôpitaux a été profondément modifié durant la crise sanitaire, et a perduré les années qui ont suivi. En effet, pour faire face à la perte de recette induites par les déprogrammations de certains soins non urgents durant, deux aides financières ont été mises en place : la garantie de financement (GF) entre 2020 et 2022, suivie par la sécurisation modulée à l'activité (SMA) en 2023 et 2024. Le montant total cumulé versé aux établissements de santé par ces deux dispositifs entre 2020 et 2024 s'élève à 7,5 milliards d'euros. En parallèle, les charges hospitalières ont progressé plus rapidement que les recettes à partir de 2019, à un rythme annuel moyen de 5,7%, contre 1,6% auparavant, et le déficit des hôpitaux publics s'est fortement creusé pour atteindre -2,4 milliards d'euros en 2024²⁹⁵. Cette situation financière inédite et dégradée et l'évolution du mode de financement associé à la crise du Covid-19 ont pu participer à la baisse d'activité par lit chez une partie des hôpitaux publics. Une analyse spécifique à cette question pourra faire l'objet d'un prolongement de cette étude.

D'autres explications à ces variations d'activités peuvent être avancées, notamment des changements dans l'organisation des hôpitaux et dans la gestion de leurs ressources qui peuvent avoir des conséquences favorables ou défavorables sur l'activité par lit mais également la qualité de la prise en charge des patients, l'offre territoriale d'hébergement médicalisé faisant suite à l'hospitalisation, fautes de données accessibles ou existantes dans les domaines considérés sur l'ensemble des années étudiées.

²⁹⁵ IGF, IGAS. (2025), rapport « Face à la gravité de la situation financière des hôpitaux publics, renforcer l'efficacité par une intégration territoriale.

La spécification d'une fonction de production

Pour décrire la relation entre les facteurs de production (c'est-à-dire les ressources des hôpitaux en personnel et équipements médicaux) et l'activité hospitalière, on utilise une fonction de production. Cette fonction exprime comment varie le niveau d'activité des hôpitaux lorsque l'on modifie les quantités de ressources utilisées. La fonction de production retenue pour modéliser l'activité hospitalière, à l'instar des études précédentes^{269,270}, est la fonction « Cobb-Douglas », car elle suppose une imparfaite substituabilité des facteurs de production²⁹⁶, et présente l'avantage d'être linéarisable par un passage des variables en logarithme. Cette dernière propriété permet d'estimer directement les contributions marginales des facteurs de production, c'est-à-dire la variation d'activité associée à une modification de la quantité de ressources utilisées²⁹⁷. On considère une fonction de production à 6 facteurs de production :

$$Q_{ht} = A(LIT_{ht})^{\beta_1}(EQUIP_{ht})^{\beta_2}(MED_{ht})^{\alpha_1}(INF_{ht})^{\alpha_2}(AIDE_{ht})^{\alpha_3}(AUTRE_{ht})^{\alpha_4} \quad (1)$$

Avec Q_{ht} l'activité de MCO réalisée par un hôpital h à l'année t , fonction du nombre de lits et de places (LIT_{ht}), des ETP de médecins salariés et internes (MED_{ht}), des ETP d'infirmier(e)s (INF_{ht}), des ETP d'aide-soignant(e)s ($AIDE_{ht}$), des ETP des autres personnels (autre personnel soignant, médico-technique, et administratif), et des équipements médicaux ($EQUIP_{ht}$) résumés sous la forme d'un indice de plateau-technique calculé par une analyse en composante principale²⁹⁸ réalisée à partir des équipements médicaux suivants : nombre de blocs opératoires, de scanners, d'IRM, de salles de radiologie conventionnelle, de salles de radiologie vasculaire, de caméras à scintillation, de tomographes à émission de positons (TEP), d'appareils de mammographie, et de lithotripteurs.

Le modèle économétrique

Pour évaluer l'évolution de l'activité par lit *toutes choses égales par ailleurs*, on rapporte l'activité au nombre de lits et places dans l'expression (1), puis on effectue une transformation logarithmique de la fonction de production pour obtenir une expression linéaire. On estime finalement le modèle suivant²⁹⁹ par les *moindres carrés généralisés* sur un panel de 554 hôpitaux publics observés consécutivement entre 2017 et 2023 (année 2020 exclue) :

$$\tilde{q}_{ht} = \tilde{a} + (\alpha_1 \tilde{med}_{ht} + \alpha_2 \tilde{inf}_{ht} + \alpha_3 \tilde{aide}_{ht} + \alpha_4 \tilde{autre}_{ht} + (\beta_1 - 1) \tilde{lit}_{ht} + \beta_2 \tilde{equip}_{ht}) + b_k X_{ht}^k + \Pi_h + \gamma_h + \delta_t + u_{ht} \quad (2)$$

$\tilde{q}_{ht}$, $\tilde{med}_{ht}$, $\tilde{inf}_{ht}$, $\tilde{aide}_{ht}$, $\tilde{autre}_{ht}$, $\tilde{lit}_{ht}$, $\tilde{equip}_{ht}$ désignent les facteurs de production rapportés au nombre de lit et transformés en logarithme. Les coefficients associés à ces variables mesurent la contribution de chaque facteur à l'activité par lit.

Le modèle introduit également un ensemble de variables de contrôle des caractéristiques des patients et des séjours, notées X_{ht}^k qui peuvent expliquer des variations d'activité par lit des hôpitaux h au cours du temps t . Les caractéristiques des patients sont le taux de patients bénéficiant de la C2S, un indice de comorbidité qui traduit l'état de santé du patient et la complexité de sa prise en charge³⁰⁰, un indice de défavorisation³⁰¹ du lieu de résidence du patient, et l'APL au médecin généraliste³⁰². Les caractéristiques des séjours et de l'activité sont la proportion de séjours de réanimation, de soins intensifs et de soins continus, la durée moyenne de séjours d'hospitalisation complète (au moins 1 nuit), le taux de décès, et la proportion de séjours de chirurgie. L'activité externe est également contrôlée, qui est susceptible, selon les organisations, de mobiliser une partie des ressources dévolues à l'activité d'hospitalisation. Le nombre d'actes et consultations externes, le nombre de passages aux urgences, et le nombre de séances sont ainsi rapportés au nombre de séjours et introduites en tant que variables d'ajustement dans X_{ht}^k .

Enfin, le modèle introduit des constantes propres à chaque hôpital ($\Pi_h + \gamma_h$)³⁰³, qui permettent de contrôler des caractéristiques structurelles invariantes dans le temps qui pourraient influencer le niveau d'activité par lit, comme la catégorie juridique de l'hôpital, sa taille, la qualité des infrastructures, sa localisation, etc.

Les constantes temporelles δ_t expriment, pour chaque année t , la variation moyenne de l'activité par lit des 554 hôpitaux publics analysés, *toutes choses égales par ailleurs*. C'est par ces constantes temporelles que l'évolution de l'activité par lit *toutes choses égales par ailleurs* entre 2017 et 2023 est estimée.

²⁹⁶ Deux facteurs de production sont dits « imparfaitement substituables » s'il est possible d'atteindre un même niveau d'activité en diminuant la quantité d'un facteur et en augmentant celle d'un autre, dans des proportions différentes. Cette hypothèse paraît crédible pour décrire le secteur hospitalier.

²⁹⁷ On utilise plus communément le terme de productivité marginale d'un facteur dans le langage économique.

²⁹⁸ L'indice de plateau technique correspond à la première valeur propre de l'analyse en composantes principales qui résume 97,5% de l'information véhiculée par les variables d'équipements médicaux.

²⁹⁹ Modèle à effets aléatoires corrélés, voir note 303 pour plus de détails.

³⁰⁰ Cet indice décrit en note 290 est proposé comme une alternative aux variables traditionnelles du *case-mix* hospitalier (qui traduit l'éventail des cas traités) que sont l'âge moyen des patients, le sexe, le niveau de sévérité moyen des GHM, et le taux de décès, car il résume des informations très corrélées, en particulier l'âge et la sévérité.

³⁰¹ Pourcentage de patient au sein du 5^e quintile de défavorisation (soit le plus défavorisé), calculé au niveau de la commune de résidence en fonction du salaire médian, du taux de chômage, du taux d'ouvrier et du taux de bacheliers (voir note 292).

³⁰² Voir note 293.

³⁰³ Dans le modèle, Π_h désigne des variables observées supposées corrélées aux facteurs de productions et aux variables de contrôle X_{ht}^k : la catégorie juridique de l'hôpital (CHU, CH ou hôpital local), sa localisation géographique (zone urbaine ou rurale), et la moyenne de l'ensemble des variables de contrôle pour chaque hôpital sur toute la période. Les effets spécifiques γ_h sont supposés aléatoires et non corrélés aux variables explicatives du modèle. Les résultats de cette spécification sont équivalents aux résultats issus de l'estimation d'un modèle à effets fixes, mais permettent contrairement à lui d'estimer l'effet des caractéristiques observées invariantes dans le temps.

3.4 Face à une offre de soin inégalement répartie, fluidifier les parcours et structurer des plans d'action locaux et partenariaux pour répondre aux enjeux sanitaires des territoires ultra marins

L'accès aux soins en outre-mer est contraint par différents facteurs : tout d'abord, **des fragilités socio-économiques persistantes** relevées par des taux de chômage et de précarité élevés, **des spécificités géographiques avec des zones parfois très isolées** – en Guyane, la région du Haut-Maroni n'est accessible qu'en plusieurs heures de pirogue et, enfin, une **offre de soin** aux caractéristiques distinctes de l'hexagone, inégalement répartie et parfois insuffisante.

La situation socio-économique dans les DROM est fragile, avec un taux de chômage largement supérieur à celui de l'hexagone (7,4 % en 2024), avec des niveaux particulièrement élevés en Guadeloupe (16,6 %), Guyane (16,9 %), Réunion (17,3 %) et Martinique (12,3 %) ³⁰⁴. Chez les 15-24 ans, plus d'un tiers des jeunes résidant dans les DROM sont au chômage. En 2023, près de 900 000 personnes vivaient sous le seuil de pauvreté dans les territoires ultramarins, soit environ 34,6 % de la population ultramarine contre 15,4 % en France hexagonale. En conséquence, la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), qui permet une prise en charge partielle ou totale des frais de santé, couvre de nombreuses personnes dans les DROM. En 2024, environ 30 % des bénéficiaires du régime général en bénéficient aux Antilles, contre seulement 12 % dans l'hexagone. Ce taux atteint même 44 % à La Réunion, 47 % en Guyane et 34 % à Mayotte. Alors que 27 % des bénéficiaires de la C2S dans l'hexagone relèvent du dispositif gratuit, cette proportion dépasse 80 % dans tous les DROM : plus de 84 % à La Réunion et aux Antilles, 94 % en Guyane et plus de 99 % à Mayotte, révélant la précarité économique. Dans ce contexte, les dispositifs d'accès aux droits et aux soins mis en place par l'Assurance Maladie et les ARS sont essentiels.

L'offre de soins dans les outre-mer révèle des tendances générales : la densité de médecins spécialistes libéraux est inférieure à celles de l'Hexagone avec une médecine spécialisée centrée sur l'hôpital et une densité de paramédicaux supérieure. Plus précisément, deux sous-groupes se dessinent schématiquement :

- **Guadeloupe, Martinique et La Réunion** : ces territoires, plus attractifs, montrent une surdensité en infirmiers et en masseurs-kinésithérapeutes (jusqu'à deux fois plus qu'en France hexagonale). La file active des médecins généralistes est proche de celle de la France hexagonale tout comme le taux de patients en ALD sans médecin traitant.
- **Mayotte et la Guyane** : l'offre de soins de ville est globalement insuffisante du fait de difficultés à attirer et fidéliser les professionnels de santé, y compris de premier recours : 9.7 médecins généralistes pour 100 000 habitants à Mayotte et 33.2 pour 100 000 habitants en Guyane contre 81 en hexagone. Les spécialistes sont quasiment absents (2.4 à Mayotte pour 100 000 habitants contre 82.5 en France hexagonale). Les files actives des médecins généralistes sont très importantes (1.8 à 2.3 fois de patients que dans l'hexagone) et le taux de patients ALD sans médecin traitant est de 14% en Guyane et 38.2% à Mayotte contre 4.2% pour la France hexagonale. A Mayotte, le centre hospitalier et les 13 dispensaires assurent l'essentiel des soins primaires. Le déploiement des structures d'exercice coordonné est également inégal avec 100% de couverture à la Réunion et seulement 10% à Mayotte.

Dans ce contexte, les parcours de santé restent insuffisamment fluides et coordonnés, notamment pour répondre aux enjeux des maladies chroniques (diabète, maladie rénale chronique, AVC ...) et de la santé mentale dans les DROM.

³⁰⁴ INSEE, 2024

3.4.1 Panorama de l'offre de soins dans les DROM

Les densités de professionnels de santé libéraux dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) présentent de fortes hétérogénéités territoriales et entre les professions de santé, traduisant des inégalités marquées d'accès aux soins.

La Guyane et Mayotte présentent une sous-densité critique pour toutes les professions de santé, avec une organisation des soins centrée sur le secteur public hospitalier (voir encadrés dédiés). A l'inverse, la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion affichent des densités de professionnels de santé libéraux globalement proches voire parfois supérieures à la moyenne nationale, notamment s'agissant des médecins généralistes et de certaines professions paramédicales : les densités d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes sont particulièrement élevés dans les Antilles, atteignant plus du double de la moyenne nationale pour les infirmières (Tableau 29). À La Réunion, ces densités sont environ 1,5 fois supérieures à cette moyenne.

Les densités de sages-femmes sont aussi globalement plus élevées, particulièrement en Martinique, et les densités de chirurgiens-dentistes libéraux sont légèrement supérieures à l'hexagone (hors Mayotte et Guyane), malgré un recours aux soins dentaires plus faible.

Si le maillage de la médecine générale libérale apparaît plutôt solide dans ces territoires, les DROM accusent à l'inverse un retard marqué pour la médecine spécialisée libérale, aggravé par un vieillissement démographique critique des spécialistes libéraux dans les Antilles. La faiblesse de l'offre libérale est néanmoins partiellement compensée par une densité relativement élevée de médecins hospitaliers, proche de 100 contre 78,6 au national, traduisant une médecine spécialisée centrée sur l'hôpital.

Tableau 29. Densités de professionnels de santé libéraux et hospitaliers pour 100 000 habitants en 2025

Spécialité	Densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants						
	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine	
Omnipraticiens	Libéraux	93,1	94,5	34,8	104,1	11,5	81,2
	Hospitaliers	42,3	34,9	50,3	29,9	24,6	24,3
Médecins spécialistes libéraux	Libéraux	74,8	53,5	23,4	70,3	1,5	84,1
	Hospitaliers	89,1	106,9	108,1	106,8	29,5	80,3
Sages-femmes	Libérales	80,0	107,4	66,3	81,2	41,5	57,2
	Hospitalières	137,5	121,4	161,4	136,1	105,3	93,6
Dentistes	Libéraux	78,4	65,8	22,4	68,1	3,5	58,3
	Hospitaliers	0,3	1,1	1,4	0,5	2,1	0,8
Infirmiers	Libéraux	306,9	287,3	112,9	205,8	43,2	141,2
	Hospitaliers	NC	NC	NC	NC	NC	NC
Masseurs-kinésithérapeutes	Libéraux	221,6	223,5	35,5	193,9	18,6	121,2
	Hospitaliers (2024)	19,5	27,6	8,4	29,8	2,5	18,3
Orthophonistes	Libéraux	31,4	30,7	6,7	52,3	0,0	32,4
	Hospitaliers (2024)	2,7	2,9	1,3	3,0	1,0	2,5
Podologues	Libéraux	17,0	17,8	4,7	9,1	0,6	20,1
	Hospitaliers	0,0	0,6	0,3	0,1	NC	0,1
Orthoptistes	Libéraux	3,4	3,1	1,3	10,9	0,6	5,0
	Hospitaliers (2024)	0,3	0,9	1,0	0,5	0,0	1,1

Source : Densités libérales : SNDS. Densités hospitalières : DREES / Population : estimations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

Champ : Densités de libéraux : professionnels en exercice libéral intégral ou mixte. La densité pour 100 000 habitants est calculée en rapportant le nombre de professionnels au 31 décembre de l'année N à la population au 1er janvier de l'année N+1 estimée par l'Insee. Les densités sont exprimées pour 100 000 habitants à l'exception des sages-femmes pour qui la densité est exprimée pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans.

Densités hospitalières : professionnels salariés hospitaliers exclusifs d'après les données RPPS. Densités pour 100 000 habitants calculées en rapportant le nombre de professionnels au 1er janvier de l'année N à la population au 1er janvier de l'année N estimée par l'Insee.

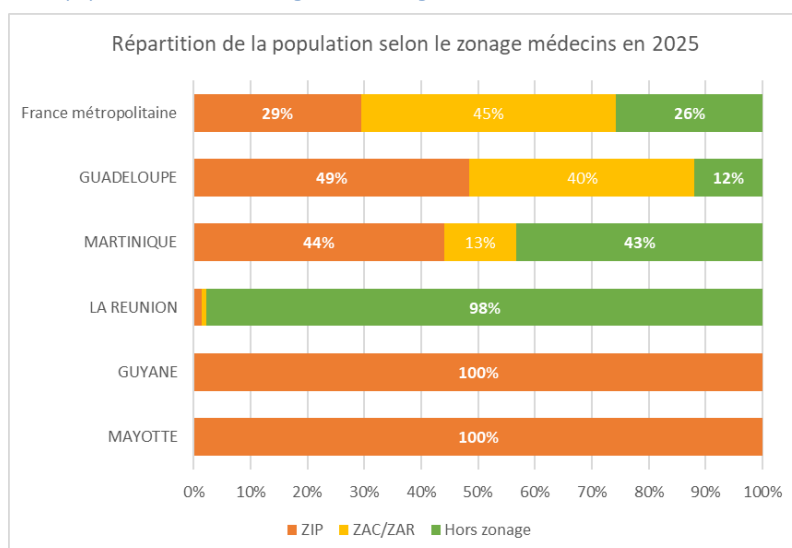
L'offre de soins de ville de premier recours (hors Mayotte et Guyane)

Les densités de médecins généralistes sont en hausse depuis une quinzaine d'année aux Antilles et à la Réunion, et affichent des niveaux supérieurs à l'hexagone (Tableau 29).

Pour autant, les situations territoriales sont hétérogènes. Aux Antilles, la part de la population résidant dans une zone sous-dotée en médecins généralistes est plus élevée que dans l'hexagone (Figure 40) : en Guadeloupe, près d'un assuré sur deux réside dans une commune classée en zone d'intervention prioritaire (ZIP) et 44% en Martinique, contre 29% dans l'hexagone. Ces écarts, entre des densités de médecins généralistes supérieures dans les Antilles mais davantage de personnes résidant en ZIP, s'expliquent notamment par la structure démographique de la profession, marquée par une proportion élevée de médecins âgés de plus de 65 ans, non intégrés dans le périmètre du zonage conventionnel (Voir pyramides des âges, Figure 42). En revanche, à la Réunion la quasi-totalité de la population réside hors zone sous dotée, faisant de ce territoire la région française la mieux dotée en médecins généralistes libéraux.

Le vieillissement de la profession est déjà important au niveau national, où plus d'un tiers des médecins généralistes ont 60 ans ou plus (34 %). Cette situation est encore plus accentuée aux Antilles et à La Réunion, où près de 40 % des praticiens sont âgés de 60 ans ou plus. En parallèle, les dynamiques de renouvellement générationnel apparaissent contrastées : elles sont plus favorables en Martinique, où les médecins de moins de 45 ans représentent 45 % des effectifs, contre moins d'un tiers à La Réunion (38 % au niveau national). Enfin, la féminisation de la profession reste globalement plus faible qu'au niveau hexagonal, en lien avec la structure par âge des effectifs, à l'exception de la Martinique où les femmes sont majoritaires dans la plupart des classes d'âge inférieures à 65 ans.

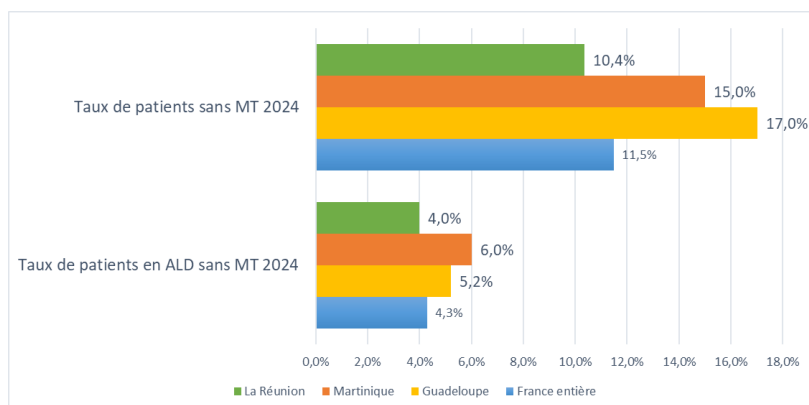
Figure 40. Répartition de la population selon le zonage médecins généralistes de la commune d'habitation en 2025



Source : Cnam

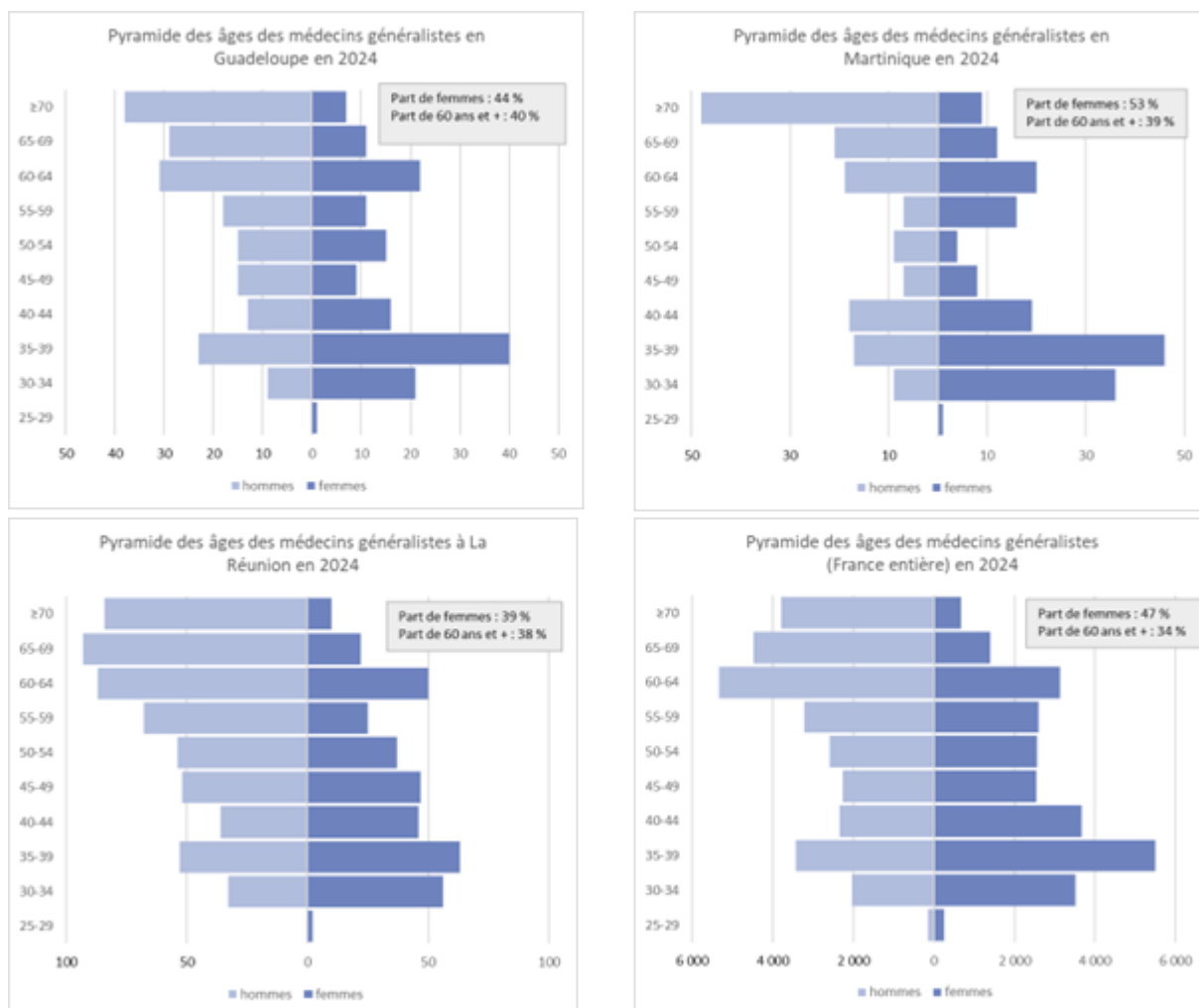
Les taux de patients adultes sans médecin traitant sont plus importants dans les Antilles par rapport à l'Hexagone, avec des niveaux néanmoins relativement proches pour les patients en ALD (Figure 41). La Réunion affiche des taux très proches mais meilleurs que l'hexagone pour ces indicateurs.

Figure 41. Taux de patients sans médecin traitant au 31/12/2024



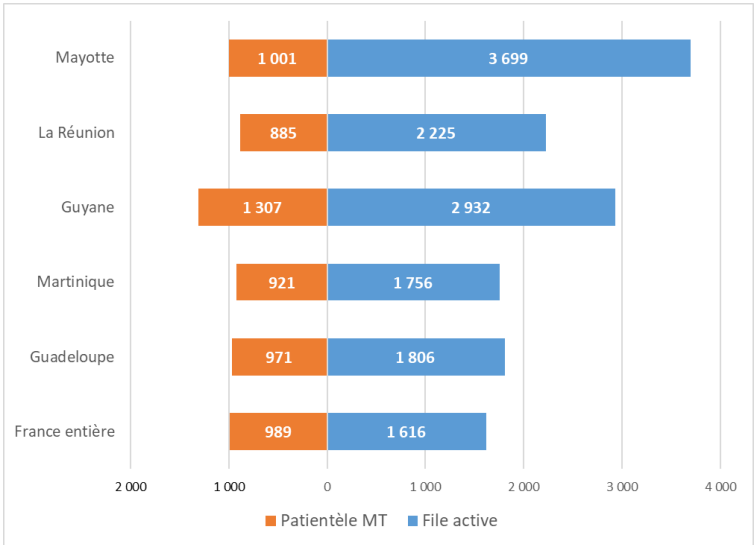
Source : Cnam

Figure 42. Pyramides des âges des médecins généralistes en 2024 selon les territoires.



S’agissant des patientèles, les médecins généralistes antillais ont des patientèles médecin traitant en moyenne légèrement inférieures au niveau national, mais des files actives moyennes de patients supérieures (Figure 43). Cette tendance est encore plus marquée à La Réunion, avec une patientèle MT en moyenne inférieure de 11% au niveau national, pour une file active en moyenne supérieure de 38 %. En outre, la part dans l’activité des médecins des soins non programmés réalisés dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) est particulièrement élevée dans ces territoires, notamment à la Réunion.

Figure 43. File active moyenne et patientèle MT moyenne des médecins généralistes libéraux dans les DROM en 2024



Source : Cnam

Enfin, **l’exercice coordonné** s’est développé ces dernières années et est désormais bien implanté dans ces territoires, particulièrement à la Réunion qui compte 23 maisons de santé pluri professionnelles (MSP) en activité sous accord conventionnel interprofessionnel (ACI) en 2025 et six communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) assurant un maillage de l’ensemble du territoire. Il est également en plein développement en Guadeloupe, qui compte une dizaine de MSP en activité, 2 CPTS constituée et 6 en cours de constitution, avec certaines zones du territoire encore non couvertes par les CPTS. En Martinique, une CPTS couvre l’ensemble du territoire, et on compte une dizaine de MSP sont en fonctionnement.

Tableau 30. Structures d’exercice coordonnées conventionnées avec l’Assurance Maladie au 31/12/25

	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
	Nb de structures	Nb de structures	Nb de structures	Nb de structures	Nb de structures
Catégorie d'exercice					
Structures d'exercice coordonné (sous ACI)					7
MSP ¹ (sous Accord Conventionnel Interprofessionnel)	10	9	2	23	3
CPTS ¹	2	1	1	6	1
CDS ¹ (conventionnés)	8	9	5	6	2
dont CDS médicaux	1	6	2	2	0
dont CDS polyvalents	6	1	3	3	2
dont CDS dentaires	1	2	0	1	0

Source : EXECO CPTS au 31/12/25

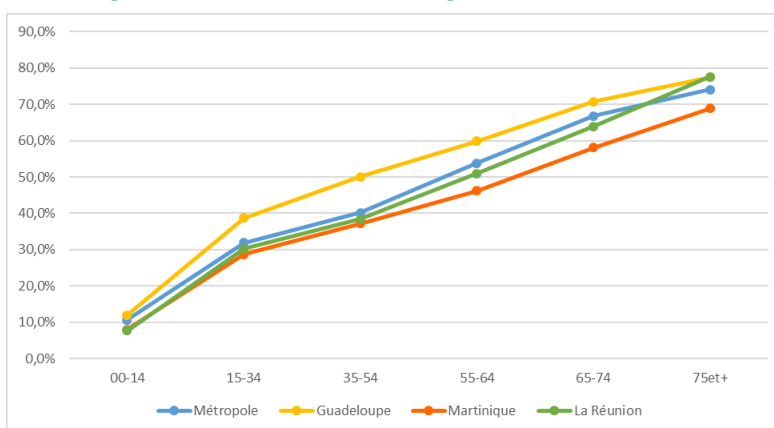
Une densité élevée d’auxiliaires médicaux, mais un recours hétérogène

Les DROM (hors Mayotte et Guyane), en particulier les Antilles, se caractérisent par des densités élevées d’infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral, atteignant des niveaux proches du double de la moyenne nationale, voire légèrement supérieurs pour les infirmiers (Tableau 29). À La Réunion, ces densités sont d’environ 1,5 fois supérieures à cette moyenne.

Parallèlement, en comparaison avec l’hexagone, le taux de recours aux infirmiers libéraux est plus élevé en Guadeloupe, comparable à La Réunion et inférieur en Martinique. En revanche, l’intensité du recours apparaît plus élevée dans ces trois territoires.

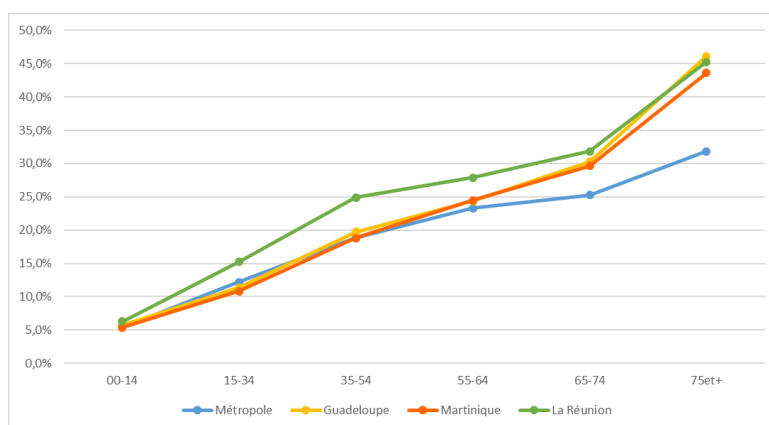
Un recours accru aux masseurs-kinésithérapeutes libéraux est également constaté à La Réunion pour l'ensemble des classes d'âge, et dans les Antilles pour les populations les plus âgées.

Figure 44. Recours aux IDEL selon l'âge dans les DROM en 2024



Source : Cnam

Figure 45. Recours aux masseurs-kinésithérapeutes selon l'âge dans les DROM en 2024



Source : Cnam

Concernant les autres auxiliaires médicaux, on observe des densités supérieures d'orthophonistes et d'orthoptistes libéraux à la Réunion, et des densités proches de la moyenne nationale pour ces professions dans les Antilles mais légèrement inférieures pour les orthoptistes. En revanche, les densités de pédicure-podologues sont moins élevées dans tous ces territoires, particulièrement à la Réunion.

Offre de second recours : un risque de dégradation de l'accès aux soins

Tableau 31. Densités de médecins spécialistes, libéraux et hospitaliers, par spécialité pour 100 000 habitants en 2025

Spécialité		Densité de professionnels de santé pour 100 000 habitants (2025)					
		Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte	France métropolitaine
Pédiatres	Libéraux	35,9	17,2	9,0	24,9	0,0	25,0
	Hospitaliers	56,5	57,3	56,2	71,4	16,2	45,3
Gynécologues	Libéraux	20,1	12,4	26,3	17,6	1,0	14,4
	Hospitaliers	8,4	10,6	19,0	17,4	6,8	8,4
Chirurgiens*	Libéraux	9,4	7,0	1,0	8,7	0,3	13,0
	Hospitaliers	10,3	12,1	11,6	7,8	4,9	6,6
Psychiatres	Libéraux	2,9	2,0	0,7	6,4	0,0	9,2
	Hospitaliers	14,7	16,9	6,5	17,9	1,2	10,4
Cardiologues	Libéraux	6,8	3,3	2,0	6,1	0,3	7,5
	Hospitaliers	2,6	4,5	3,4	2,8	0,3	2,5
Ophtalmologues	Libéraux	5,8	5,9	1,7	5,7	0,0	6,3
	Hospitaliers	0,8	0,6	0,7	0,8	0,0	0,6
Dermatologues	Libéraux	3,1	2,2	1,0	2,4	0,0	3,5
	Hospitaliers	0,8	0,8	2,7	1,0	0,3	1,0
Gastro-entérologues	Libéraux	2,9	1,7	0,0	2,4	0,0	3,0
	Hospitaliers	2,1	2,3	3,4	2,7	0,0	2,3
ORL	Libéraux	3,1	1,1	0,0	2,4	0,0	2,9
	Hospitaliers	0,5	1,7	0,3	0,9	0,9	0,9
Pneumologues	Libéraux	1,0	2,0	0,3	1,2	0,3	1,8
	Hospitaliers	1,8	2,5	0,3	2,9	0,0	2,5
Radiologues	Libéraux	5,2	5,9	1,0	6,5	0,3	8,5
Rhumatologues	Libéraux	2,1	1,7	0,0	1,0	0,0	2,1
Neurologues	Libéraux	2,1	1,1	0,3	1,1	0,0	1,6
Endocrinologues	Libéraux	2,1	1,1	0,3	1,9	0,0	1,2
Néphrologues	Libéraux	2,6	2,0	1,0	2,9	0,0	0,8

Source : Densités libérales : SNDS. Densités hospitalières : DREES / Population : Estimations de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee)

Champ : les densités sont exprimées pour 100 000 habitants avec les exceptions suivantes :

- Gynécologues : la densité est exprimée pour 100 000 femmes de 15 ans et plus ;
- Pédiatres : la densité est exprimée pour 100 000 habitants de moins de 15 ans

Densités de libéraux : professionnels en exercice libéral intégral ou mixte. La densité pour 100 000 habitants est calculée en rapportant le nombre de professionnels au 31 décembre de l'année N à la population au 1er janvier de l'année N+1 estimée par l'Insee

Densités hospitalières : professionnels salariés hospitaliers exclusifs d'après les données RPPS. Densités pour 100 000 habitants calculées en rapportant le nombre de professionnels au 1er janvier de l'année N à la population au 1er janvier de l'année N estimée par).

Chirurgiens : regroupement de 13 spécialités chirurgicales : chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire et chirurgie viscérale et digestive, stomatologie, chirurgie maxilo-faciale et stomatologie, chirurgie orale

Les professions de santé en lien avec la périnatalité (sages-femmes, gynécologues, pédiatres) présentent globalement des densités comparables ou supérieures à la moyenne nationale, avec des situations hétérogènes selon les territoires.

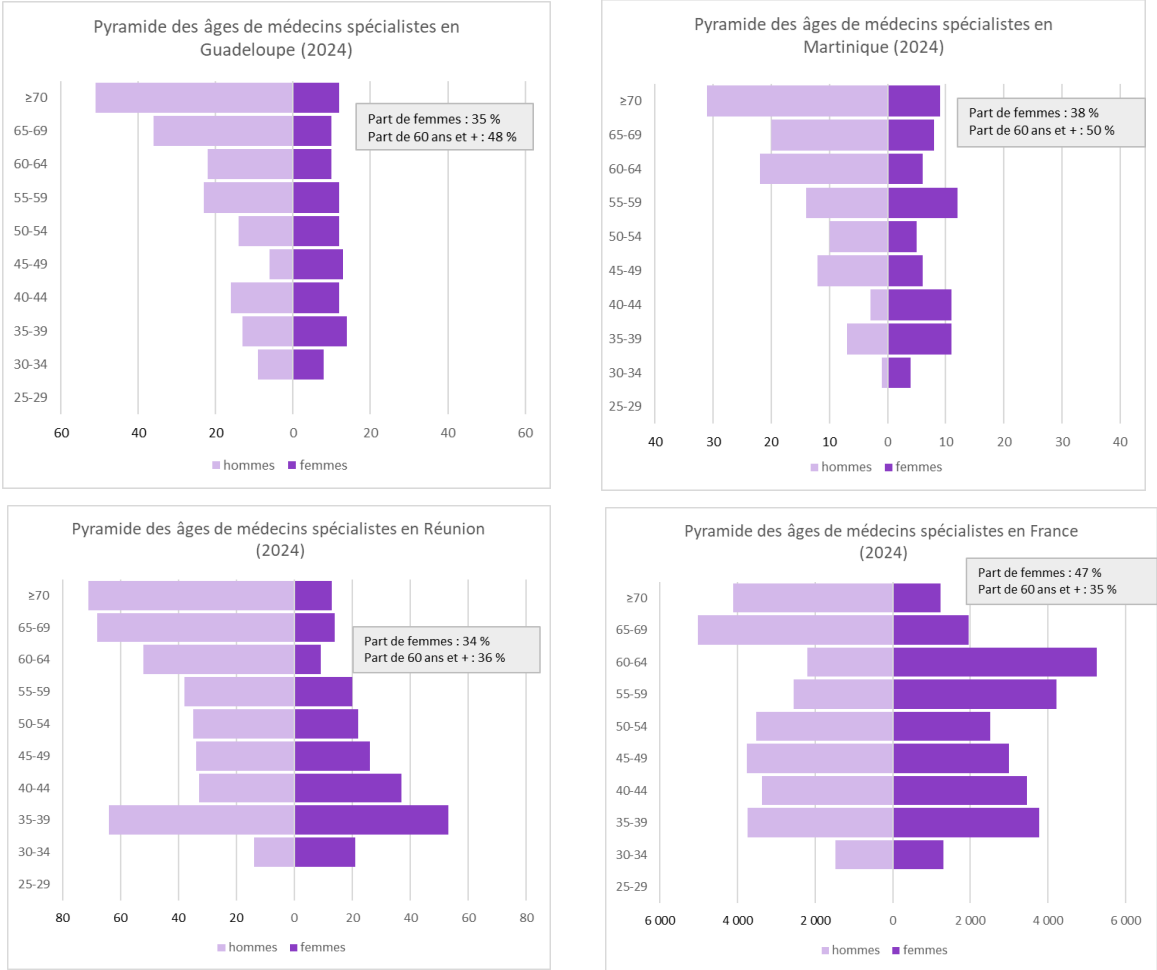
À La Réunion, les densités de sages-femmes et de gynécologues libéraux sont élevées, et celle des pédiatres est proche de la moyenne nationale, dans un contexte de forte natalité (13,1 ‰ soit le taux le plus élevé des régions françaises après Mayotte et la Guyane).

Aux Antilles, les taux de natalité sont légèrement inférieurs à la moyenne nationale (8,1‰ en Martinique à 8,6 ‰ en Guadeloupe contre 9,4 ‰ au national). La Guadeloupe se distingue néanmoins par une forte densité de pédiatres (37 pédiatres pour 100 000 enfants contre 24 en moyenne nationale), ainsi que de gynécologues (20 contre 15 pour 100 000 femmes) et de sages-femmes (79 contre 56 pour 100 000 femmes). A l'inverse, la Martinique présente une sous-densité en gynécologues et en pédiatres libéraux par rapport à sa voisine et à l'hexagone, mais se caractérise par une densité de sages-femmes libérales relativement élevée (105 sages-femmes pour 100 000 femmes contre 80 à la Réunion et en Guadeloupe et 56 en moyenne nationale).

En dehors de la périnatalité, la répartition des médecins spécialistes libéraux apparaît globalement moins favorable dans les Outre-mer, mais elle aussi est inégale en fonction des territoires et des spécialités. En particulier, les densités de psychiatres libéraux sont très basses (entre 2 et 3 psychiatres pour 100 000 habitants dans les Antilles et 6,4 à la Réunion contre 9,2 au national), et ne sont que partiellement compensées par des densités hospitalières légèrement supérieures.

De surcroît, la structure démographique des médecins spécialistes libéraux (Tableau 31) est particulièrement préoccupante dans les Antilles, où près d'un spécialiste sur deux a 60 ans ou plus (contre 36 % à la Réunion et 35 % au niveau national). Ce déséquilibre est accentué par un faible renouvellement générationnel : les moins de 45 ans ne représentent que 19 % des effectifs en Martinique et 25 % en Guadeloupe, contre 30 % au niveau national et 36 % à la Réunion. Ces dynamiques laissent entrevoir un risque élevé de dégradation rapide de l'accès aux soins spécialisés dans les Antilles.

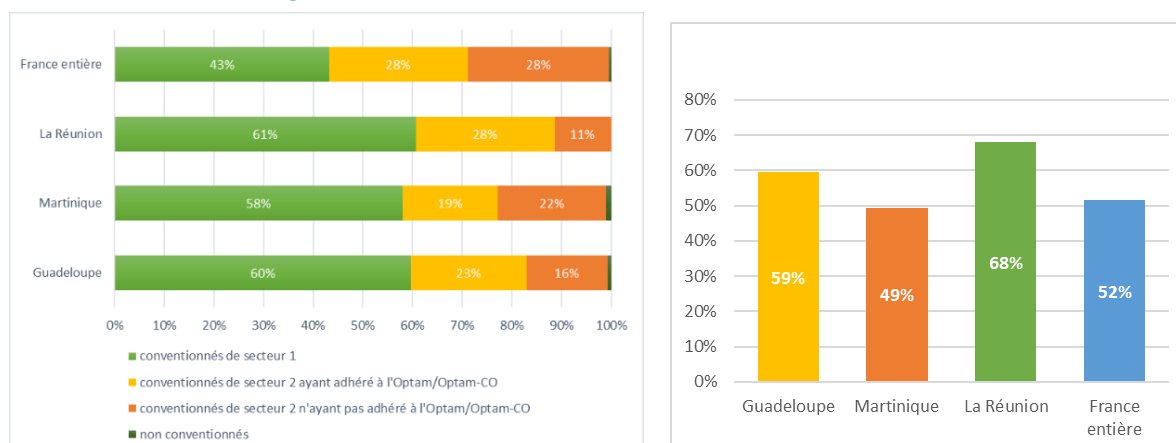
Figure 46. Pyramides des âges des médecins généralistes en 2024 selon les territoires



Source : Cnam

En revanche, l'accessibilité financière aux spécialistes libéraux est meilleure dans les outre-mer, car ils exercent majoritairement en secteur 1 (autour de 60 % aux Antilles et à la Réunion contre 43 % au national) c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires autorisés. Par ailleurs on observe un meilleur taux d'adhésion à l'OPTAM pour les spécialistes de secteur 2, à l'exception de la Martinique.

Figure 47. Répartition des médecins spécialistes par secteur conventionnel dans les DROM en 2024 et taux d'adhésion à l'OPTAM des médecins de secteur 2 éligibles en 2024



Source : Cnam

L'offre de soins libérale en Guyane et à Mayotte

La Guyane et Mayotte se distinguent nettement des autres DROM, par des densités particulièrement faibles de professionnels de santé libéraux, conjuguées à de fortes disparités de répartition territoriale. L'offre de soins ambulatoires apparaît très limitée, alors qu'elle constitue un maillon essentiel de prise en charge en amont de l'hôpital pour la prévention et le suivi des pathologies chroniques. Les deux départements se distinguent par ailleurs par une population très jeune et une natalité très forte avec les indices de fécondité les plus élevés de France (3,58 enfants par femme pour Mayotte et 3,05 pour la Guyane en 2024).

Dans ces deux DROM, l'ensemble du territoire a été défini comme « zone très sous dotée » en médecins et l'intégralité des communes sont classées par l'ARS en zone d'intervention prioritaire (ZIP)³⁰⁵.

Encadré 23 : Mayotte

A Mayotte, selon les données de la CSSM, environ deux tiers de la population est affiliée à la sécurité sociale en 2023³⁰⁶ contre plus de 90 % dans l'Hexagone. Aussi, les modalités de recours aux soins montrent à Mayotte des particularités au regard de l'Hexagone. L'organisation du système de soins est centrée autour du centre hospitalier de Mayotte (CHM), établissement de santé public. Autour de son site principal, situé dans la capitale, le CHM comprend quatre centres médicaux de référence (CMR), qui comptent tous des consultations médicales de premier recours avec une permanence des soins organisée 24h/24 et un service de maternité de proximité, ainsi que neuf centres de consultations périphériques (anciennement appelés « dispensaires ») qui assurent des consultations médicales et/ou paramédicales de premier recours³.

Ainsi, la majorité des médecins, généralistes ou spécialistes, exercent à l'hôpital. En parallèle, l'exercice libéral demeure embryonnaire : l'île, qualifiée de « plus grand désert médical de France », compte en tout environ 300 professionnels de santé libéraux dont une quarantaine de médecins. La densité de médecins généralistes libéraux (exclusif ou mixte) est 8 fois inférieure à la moyenne nationale et les spécialistes libéraux sont quasiment absents. On observe également des densités particulièrement faibles de chirurgiens-dentistes, orthoptistes, pédicures-podologues et orthophonistes. Les densités de libéraux les plus importantes sont celles des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes, mais elles restent respectivement 3 fois et 6 fois inférieure à la moyenne nationale.

Concernant l'offre de premier recours, on note tout de même une augmentation du nombre de généralistes libéraux (+70 % depuis 2015), mais celui-ci demeure très faible face aux besoins de la population, et ces derniers sont sur-sollicités : ils affichent des files actives 2,3 fois plus élevées qu'au national, avec en moyenne 3700 patients vus par an par médecin.

En parallèle une CPTS est en fonctionnement dans le sud de l'île et une autre est en cours de constitution sur l'île de Petite-Terre. Quatre maisons de santé pluridisciplinaires ont vu le jour (dont trois sous ACI), intégrant principalement sages-femmes et auxiliaires médicaux (infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes). Trois centres de santé sont également habilités : un centre polyvalent (médecine générale, audition et vision), un centre spécialisé en télé-ophtalmologie et un centre de télésanté, proposant des consultations de télémedecine, et quelques jours par semaine des consultations en présentiel de médecine générale et spécialisées³.

³⁰⁵ Arrêté ZIP n°2023 17 portant modification de l'arrêté relatif à la détermination des zones pour la profession de médecin

³⁰⁶ Panorama Statistique de la Santé à Mayotte 2025. ARS de Mayotte et Observatoire régionale de la santé de Mayotte

La mise en place du parcours de soins coordonné et du dispositif médecin traitant est très récente à Mayotte (loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, appliquée depuis 2021). Selon les dernières données, la grande majorité des assurés sociaux n'ont pas de médecin traitant déclaré en 2025 (57% des adultes recourant au secteur libéral n'ont pas de médecin traitant, et 38% chez les patients en ALD). Environ un tiers de la population³⁰⁷ fréquenterait les dispensaires, véritables piliers de l'accès aux soins dans le département, mais ne s'apparentant pas à un cabinet médical avec un médecin traitant. La couverture maladie influence fortement le type de recours : neuf individus sur dix ayant recours au secteur libéral sont affiliés à la Sécurité sociale contre deux tiers pour le secteur public⁴.

Concernant le second recours spécialisé, on compte seulement 5 médecins spécialistes en exercice libéral en 2025 (un gynécologue, un cardiologue, un pneumologue, un chirurgien et un radiologue). Leur nombre oscille entre 3 et 9 depuis les années 2010, sans tendance à l'augmentation. La grande majorité des spécialistes exercent à l'hôpital (une centaine, dont un quart sont des pédiatres). Cette situation renforce la centralité du recours à l'hôpital, mais la compensation assurée par le secteur hospitalier demeure limitée, en raison de niveaux de densité également très faibles. En outre, l'activité du CHM apparaît centrée sur les urgences et la maternité (près de 60 % des séjours en hospitalisation conventionnelle en 2021³⁰⁸). Le territoire ayant des besoins largement supérieurs aux capacités, les transferts et évacuations sanitaires vers l'île de la Réunion sont de plus en plus fréquents³ (multipliés par 3 entre 2010 et 2021). Il existe également une convention entre le CHU de la Réunion et le CHM, se concrétisant par l'envoi de missions médicales dans de nombreuses spécialités.

Encadré 24 : Guyane

En Guyane, la densité des médecins généralistes libéraux en exercice est trois fois inférieure à celle de l'hexagone, avec une forte tendance à la baisse depuis 2018 (-19 % entre 2018 et 2024). Ces derniers sont particulièrement sollicités, avec des files actives deux fois plus importantes que dans l'hexagone, et une patientèle médecin traitant moyenne 30% plus importante. Cette faible démographie médicale entraîne une proportion importante d'assurés sans médecin traitant (31% parmi les adultes ayant recours au secteur libéral, et 14% parmi les personnes en ALD).

La densité de spécialistes libéraux est quant à elle quatre fois inférieure à celle de l'Hexagone, avec beaucoup de spécialités absentes ou très déficitaires (ORL, ophtalmologues, pneumologues, rhumatologue etc.). Les spécialistes exercent majoritairement en secteur 1 (82 %). L'offre spécialisée libérale se concentre essentiellement sur la pédiatrie et la gynécologie, mais reste insuffisante au regard des besoins de santé et de la forte natalité du territoire.

La situation est similaire pour les auxiliaires médicaux libéraux, dont la densité est de trois à six fois plus faible qu'en Hexagone, à l'exception des infirmiers, relativement mieux représentés. Les chirurgiens-dentistes sont également très peu nombreux. Seules les sage-femmes libérales affichent une densité légèrement supérieure à la moyenne nationale, un niveau qui demeure modeste au regard du deuxième taux de natalité le plus élevé de France après Mayotte (22,5 ‰ contre 27 ‰ à Mayotte et 9,4 ‰ au niveau national).

Une CPTS est en fonctionnement dans le littoral-centre, et une autre est en cours de constitution. On compte 7 MSP sur le territoire, dont 2 sous ACI. Les professionnels de santé sont concentrés sur le littoral. Certaines communes des zones de l'intérieur des terres, particulièrement enclavées (accessibles uniquement en pirogue ou en avion), sont dépourvues de médecins généralistes : dans ces zones l'offre repose uniquement sur les centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) rattachés au CHU de Cayenne, qui par une présence continue ou ponctuelle de médecins et/ou infirmiers et une liaison avec le SAMU, assurent l'accès aux soins de proximité des 10 à 20 % de la population vivant dans ces zones isolées.

À la différence de Mayotte, la Guyane bénéficie d'une offre hospitalière plus développée, avec des densités de médecins hospitaliers (généralistes et spécialistes) trois fois plus importantes qu'en libéral, mais qui reste limitée et ne suffit toutefois pas à compenser les déficits de l'offre libérale. L'offre est notamment plus structurée dans des domaines tels que la pédiatrie ou la gynécologie, en lien avec les caractéristiques démographiques locales. Les urgences des hôpitaux enregistrent une fréquentation très élevée, souvent pour des motifs relevant de la médecine de ville.

Une diffusion limitée de la télémédecine dans les DROM, à renforcer dans la continuité des Assises de la télémédecine

Une adoption du numérique plus lente, accentuant une fracture numérique marquée dans certains territoires

³⁰⁷ Ined-ARS Mayotte, R. Antoine, J. Balicchi et A. Barbail, «Un recours et un renoncement aux soins liés à une couverture maladie incomplète,» In Extenso, 2020, Octobre.

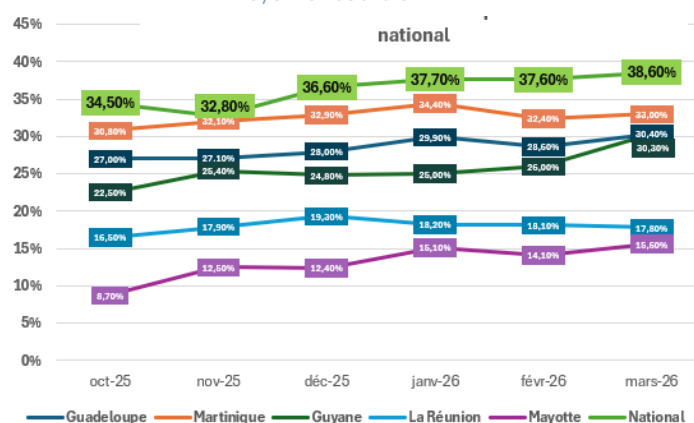
³⁰⁸ Rapport d'information : l'accès aux soins à Mayotte. Commission des affaires sociales du Sénat, juillet 2022

En Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, environ 30 % des personnes de 15 ans ou plus sont totalement éloignées du numérique ou présentent des difficultés marquées, soit plus de 10 points au-dessus de la moyenne hexagonale (19 %) ; la fracture générationnelle y est particulièrement prononcée, deux tiers des personnes âgées de 60 ans ou plus étant éloignées du numérique, contre moins de la moitié en France métropolitaine. Les compétences numériques avancées y sont plus faibles, variant de 18 % en Martinique à 23 % en Guyane, contre 27 % dans l'hexagone ³⁰⁹. À cela s'ajoute un déficit d'infrastructure persistant : au 31 décembre 2022, la part des locaux non raccordables à la fibre optique atteint 37,7 % en Guadeloupe, 21,1 % en Martinique, 18,5 % en Guyane et 13,2 % à Mayotte — seule La Réunion fait figure d'exception avec 3,1 % — tandis que Mayotte demeure le seul département où le déploiement de la fibre n'a pas encore été entamé³¹⁰.

En conséquence, l'adoption des outils numériques de l'Assurance Maladie reste faible :

- Alors que le **taux d'activation de Mon Espace Santé** est de 35% France entière en mars 2026, le taux d'activation en Guadeloupe et en Martinique à environ 22%, en Guyane à 17% et 10% seulement à Mayotte. La Réunion, avec un taux d'activation de 29% s'approche en revanche du taux d'activation de la région Ile-de-France.
- S'agissant du versant professionnels de santé, l'alimentation du Dossier Médical Partagé (DMP) progresse en volume passant d'environ 209 000 à plus de 250 000 DMP alimentés mensuels mais la part des DROM dans le total national demeure stable sur les 12 derniers mois (2,53% sur la période). Les taux d'alimentation par les médecins généralistes varient entre 33% en Martinique et 16% à Mayotte.

Figure 48 : Taux d'alimentation du DMP des médecins généralistes entre octobre 2025 et mars 2026 dans les DROM et moyenne nationale



Source : Cnam

Un recours à la téléconsultation plus faible et différencié dans les DROM

Malgré des difficultés d'accès aux soins spécialisés, et en conséquence de la faible accessibilité au numérique, la télémedecine reste peu développée dans les DROM. Le recours à la téléconsultation au sein de la population demeure nettement plus faible, et ce pour toutes les tranches d'âge. La part des assurés ayant téléconsulté un médecin dans l'année est en moyenne trois fois inférieure à celle observée dans l'Hexagone.

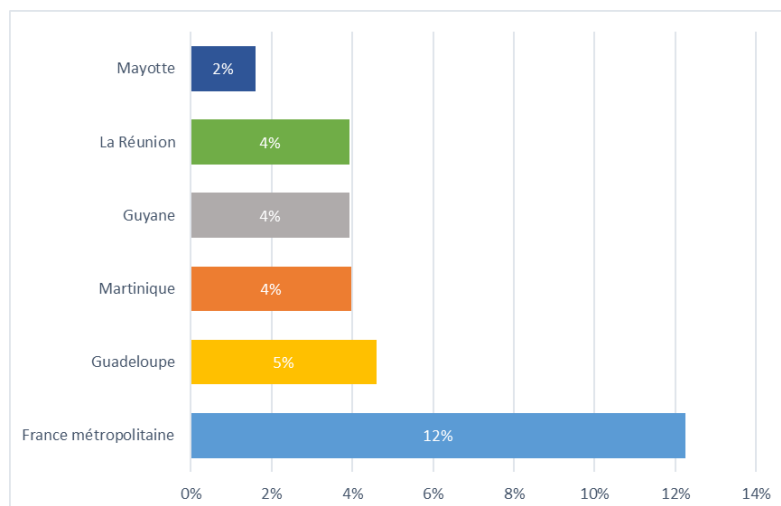
Comme dans l'Hexagone, le recours est le plus élevé chez les jeunes adultes, en particulier parmi les 25-34 ans. Il demeure toutefois inférieur à 10 % dans les DROM (niveau maximal observé en Guadeloupe), contre 24 % dans l'Hexagone pour cette même tranche d'âge. Une légère augmentation du recours est par ailleurs observée après 75 ans aux Antilles et à la Réunion.

Par ailleurs, en reflet de la démographie de la population de ces territoires, l'âge moyen des patients ayant recours à la téléconsultation est plus élevé dans les Antilles et à La Réunion (environ 40 ans) que dans l'Hexagone (37 ans), tandis qu'il est plus faible à Mayotte et en Guyane (32 à 33 ans). Par conséquent, la prévalence des ALD augmentant avec l'âge, la part des téléconsultations pour des patients en ALD diffèrent de manière significative : elle est plus élevée dans les Antilles et à la Réunion (environ un tiers des téléconsultations) que dans l'hexagone (près d'un quart), et elle est plus faible à Mayotte et en Guyane (seulement 12 à 14 % des téléconsultations).

³⁰⁹ INSEE, *Davantage d'illectronisme dans les communes éloignées des villes et les petits pôles urbains*, INSEE Analyses n° 85, juin 2023. URL : insee.fr/fr/statistiques/7636058 et INSEE / DGOM, *Accès et usages des ménages des DROM aux TIC en 2017*, synthèse publiée via le Labo Société Numérique, décembre 2019. URL : labo.societenumérique.gouv.fr

³¹⁰ UFC-Que Choisir, *La fracture numérique cimentée par la défaillance du déploiement de la fibre*, service des études, 2023, données au 31 décembre 2022. Disponible sur hal.science/hal-04667129

Figure 49. Taux de recours à la téléconsultation en 2025 par territoire
(nombre d'assurés ayant eu au moins une téléconsultation remboursée dans l'année pour 100 habitants)



Source : Cnam

La structure des spécialités des médecins téléconsultés présente certaines spécificités. La médecine générale est largement majoritaire, et représente entre 77 % et 84 % des téléconsultations facturées en 2025 dans les DROM, une part équivalente à celle observée dans l'Hexagone (77 %), à l'exception de La Réunion où elle ne représente que deux tiers des actes. La part des téléconsultations de gynécologie est plus élevée à La Réunion et en Guadeloupe (10 et 7 % des téléconsultations facturées contre 3 % dans l'hexagone). Enfin, la part des téléconsultations de psychiatrie est particulièrement élevée à La Réunion (13 % des actes contre 5 à 7 % dans les autres DROM et 9 % dans l'Hexagone).

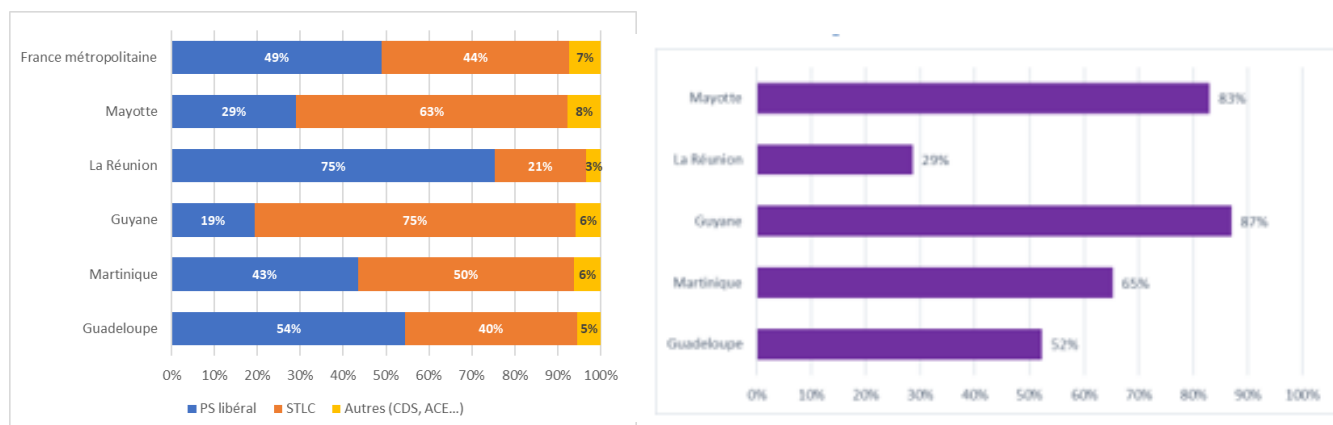
S'agissant des modalités de recours, la structure des types d'effecteurs de téléconsultation varie fortement selon les territoires. Les sociétés de téléconsultation concentrent la majorité des actes en Guyane et à Mayotte, tandis que les téléconsultations réalisées par des médecins libéraux sont majoritaires à La Réunion et en Guadeloupe, dans des proportions plus élevées que dans l'Hexagone.

Dans ce contexte, le principe de territorialité — selon lequel le médecin téléconsultant doit être situé à proximité du patient afin d'organiser une consultation présenteielle si nécessaire — apparaît peu respecté dans la majorité des cas, à l'exception de La Réunion. En effet, plus de huit téléconsultations sur dix à Mayotte et en Guyane sont réalisées avec un médecin situé dans l'Hexagone, et un peu plus de la moitié dans les Antilles. À l'inverse, moins d'un tiers des téléconsultations à La Réunion sont effectuées auprès d'un praticien exerçant hors DROM.

Si cette exigence de territorialité ne s'applique pas dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP), sachant que l'intégralité des territoires Mahorais et Guyanais est classé en ZIP, cette situation interroge néanmoins la continuité du suivi, l'inscription dans le parcours de soins et les modalités d'orientation vers une prise en charge présenteielle lorsque cela est nécessaire.

En outre, la part des patients ayant recours à la téléconsultation sans aucune consultation physique dans l'année (toutes spécialités médicales confondues) est sensiblement plus élevée à Mayotte et en Guyane (respectivement 17 % et 12 %), tandis qu'elle est comparable dans les Antilles et dans l'Hexagone (7 à 8 %) et nettement plus faible à La Réunion (4 %).

Figure 50. Répartition des téléconsultations selon le mode d'exercice du médecin et le lieu d'exercice en 2025



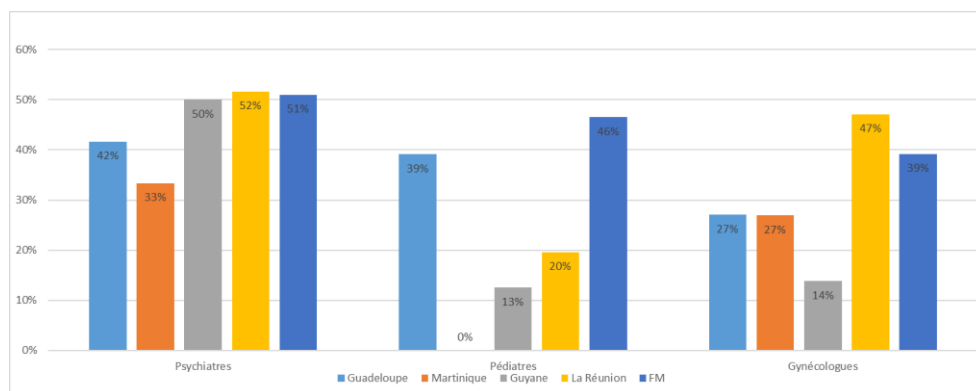
Un pratique encore minoritaire chez les médecins

À l'échelle nationale, 42 % des médecins généralistes libéraux ont réalisé au moins une téléconsultation en 2025. Cet usage demeure moins développé dans les DROM, où il concerne environ un tiers des praticiens à La Réunion et à Mayotte, et un quart dans les Antilles et en Guyane. Ces écarts traduisent une diffusion plus limitée de la télé médecine dans les DROM, en dépit d'enjeux d'accessibilité aux soins particulièrement marqués dans ces territoires.

En outre, lorsque la téléconsultation est mobilisée, son intensité d'usage apparaît également plus faible qu'au niveau national. Les téléconsultations représentent en effet en moyenne moins de 2 % de l'activité des médecins concernés pour chaque DROM à part pour la Guadeloupe (3,8 %), contre 4,9 % dans l'Hexagone.

La pratique de la téléconsultation est encore moins développée chez les médecins spécialistes. Dans l'Hexagone, elle est surtout développée chez les endocrinologues, les allergologues, les psychiatres et les pédiatres (au moins un praticien sur deux l'utilise), tandis qu'elle reste marginale dans des spécialités comme l'ophtalmologie, la chirurgie, l'ORL ou la cardiologie (au plus un praticien sur huit). Dans les DROM, les niveaux d'usage sont globalement plus faibles, avec quelques spécificités. La pratique des psychiatres est comparable à celle de l'Hexagone à La Réunion et en Guyane, mais plus limitée dans les Antilles. Elle demeure faible dans la plupart des autres spécialités, notamment chez les pédiatres, sauf en Guadeloupe. À l'inverse, les gynécologues présentent un niveau d'usage relativement élevé à La Réunion, supérieur à l'hexagone, tandis qu'il demeure plus faible dans les Antilles et en Guyane.

Figure 51. Part de spécialistes ayant facturé au moins 1 TC dans l'année : zoom sur 3 spécialités aux niveaux d'usage élevés



Source : Cnam

Des initiatives locales qui se développent et nécessitent d'être accompagnées, évaluées et encadrées

Différents modèles se développent à Mayotte et en Guyane : par exemple, à Mamoudzou, le Dr Eutrope et son équipe expérimentent un modèle de médecine à distance avec une infirmière qui se déplace avec un **sac à dos médical** équipé de capteur et le médecin à distance. Omedys propose également deux lieux de téléconsultation assistée à Mayotte, au sein de cabinets infirmiers.

Dans le cadre de son engagement pour améliorer l'accès aux soins, la CPTS Centre Littoral Guyanais a élaboré un protocole de téléconsultation assistée où l'infirmier assiste le patient pendant la téléconsultation, une fiche de suivi est réalisée à l'issue. Depuis début 2023, **Comudoc** est la plateforme régionale de télésanté retenue pour la Guyane qui permet la téléconsultation, la téléexpertise, le télésoin et les réunions de concertation pluridisciplinaires. L'objectif est de connecter l'hôpital, la ville et le médico-social pour améliorer l'accès aux soins sur un territoire vaste, isolé et sous-doté en spécialistes. Les résultats probants ont conduit à un véritable réseau, couvrant aujourd'hui 3 établissements et 4 spécialités en téléexpertises : chirurgie urologique, dermatologie, infectiologie et soins supports et soins palliatifs. Au total, 16 professionnels de santé du territoire utilisent la solution de téléexpertise Rofim.

L'Assurance Maladie propose, dans la continuité des Assises de la télé médecine et en lien avec les ARS, de définir un cadre structuré favorisant la réalisation de téléconsultations assistées et l'implantation de télécabines, notamment dans les dispensaires et centres délocalisés, et tenant compte des contraintes des DROM. Elle souhaite d'autre part continuer de promouvoir dans les DROM ses outils numériques à destination des assurés (Mon espace santé) et des professionnels (Dossier médical partagé et Amelipro).

3.4.2 Panorama des pathologies dans les DROM

En regard du panorama de l'offre de soin, la cartographie des pathologies et des dépenses, basée sur le SNDS permet d'esquisser deux constats qui feront l'objet d'une attention particulière :

- Un risque accru de diabète et d'insuffisance rénale chronique
- Une santé mentale dégradée et sous-évaluée

Méthodes d'estimation des prévalences et des sur risques

Pour évaluer l'état de santé de la population des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et le comparer à celui de la France hexagonale, une analyse a été menée à partir des données de la cartographie des pathologies et des dépenses, croisées avec les données de population de l'INSEE.

Encadré 25 : Limites méthodologiques dans l'estimation des prévalences et des recours aux soins dans les DROM à partir des données de la cartographie des pathologies et des dépenses

La cartographie des pathologies et des dépenses, basée sur les données du Système National des Données de Santé (SNDS), constitue un outil précieux pour estimer les prévalences et analyser les recours aux soins et les dépenses dans les DROM. Celui-ci s'appuie principalement sur les remboursements de soins de ville, les hospitalisations et les ALD des bénéficiaires disposant d'un numéro d'assurance maladie définitif.

Cependant, son exploitation dans les DROM peut créer des biais, en raison de spécificités locales :

- 1- L'exclusion des bénéficiaires avec des numéros provisoires : Les patients, qui se voient attribuer des numéros provisoires, comme les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat ne sont pas intégrés dans la cartographie. Leur prise en charge – souvent significative dans ces territoires – échappe ainsi à la mesure, conduisant à une sous-estimation systématique des prévalences et des recours aux soins.
- 2- Une offre de soins partiellement mesurée dans le SNDS : Les DROM se caractérisent par une offre de santé fortement ancrée dans des structures non libérales (dispensaires, établissements en dotation globale, réseaux de prévention). Ces acteurs, essentiels pour l'accès aux soins en zones isolées ou défavorisées, ne remontent qu'en partie leurs activités dans le SNDS, conduisant également à une sous-estimation des prévalences et des recours.
- 3- Le repérage des pathologies dépend du codage fait dans chaque DROM. Or, à Mayotte, le codage des ALD via des codes CIM est moins précis, entraînant une prévalence augmentée des ALD pour d'autres causes que celles codées en CIM et mécaniquement, une prévalence moindre des pathologies repérées via des codes CIM en ALD.

Les prévalences brutes (observées) et standardisées (ajustées sur la structure par âge et sexe de la population métropolitaine) ont été estimées pour chaque pathology et chaque DROM. Cette standardisation permet de neutraliser les effets de structure démographique et d'isoler les écarts liés aux spécificités territoriales.

Pour chaque pathology, un risque relatif ajusté (RR) a été calculé, comparant la prévalence dans un DROM donné à celle observée hors DROM (référence), en contrôlant par l'âge et le sexe.

- Lorsque le RR est égal à 1, la fréquence de la pathology est similaire entre le DROM concerné et l'hexagone, à structure démographique comparable
- S'il est significativement supérieur à 1, la pathology est plus fréquente dans le DROM étudié.
- À l'inverse, s'il est significativement inférieur à 1, elle est moins fréquente.

Une différence est dite statistiquement significative lorsque l'intervalle de confiance à 95 % n'inclut pas 1.

Prévalence des grands groupes de pathologies

De manière générale, Mayotte et la Guyane apparaissent pour la majorité des pathologies avec une prévalence plus faible qu'en France hexagonale. Ces résultats doivent être interprétés avec précaution, compte tenu des biais de mesure potentiels liés à la prévalence des pathologies (voir encadré ci-dessus). Cependant, la cartographie nous permet de dresser un panorama global de l'état de santé dans les DROM.

Tableau 32 : Prévalences brutes et standardisées des principales pathologies

	Guadeloupe		Martinique		Réunion		Mayotte		Guyane		Hexagone	
	Prév. brute	Prév. stan.	Prév. brute	Prév. stan.	Prév. brute	Prév. stan.	Prév. brute	Prév. stan.	Prév. brute	Prév. stan.	Prév. brute	Prév. stan.
Diabète	12,0%	10,7%	11,2%	9,6%	9,9%	11,7%	2,4%	9,5%	4,6%	9,2%	6,4%	6,4%
IRCT	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%
Maladies cardiovasculaires	6,7%	6,3%	6,5%	5,8%	6,3%	8,0%	0,5%	2,4%	2,5%	5,7%	8,3%	8,2%
Traitements du risque CV (*)	13,8%	12,1%	13,8%	11,7%	9,0%	10,3%	2,4%	9,7%	5,5%	10,4%	13,3%	13,2%
Cancers	4,6%	4,2%	4,7%	4,1%	3,1%	3,7%	0,3%	1,1%	1,3%	2,8%	5,3%	5,2%
Maladies psychiatriques	4,6%	4,6%	3,3%	3,3%	4,2%	4,4%	0,2%	0,3%	1,1%	1,4%	4,4%	4,4%
Traitements psychotropes (*)	4,1%	3,8%	3,7%	3,4%	4,1%	4,8%	0,5%	1,7%	1,6%	3,1%	8,7%	8,6%
Maladies neurologiques	3,5%	3,4%	3,3%	3,1%	2,3%	2,9%	0,2%	0,7%	1,1%	2,2%	2,8%	2,8%
Maladies respiratoires chroniques	5,3%	5,2%	5,0%	4,9%	7,9%	8,1%	0,9%	2,6%	1,7%	2,2%	6,2%	6,2%
Mal. inflammatoires ou rares ou VIH	2,0%	1,9%	2,2%	2,0%	1,6%	1,7%	0,2%	0,4%	1,3%	1,9%	2,3%	2,2%
Maladies du foie/pancréas	0,9%	0,8%	0,6%	0,5%	0,8%	0,9%	0,1%	0,3%	0,5%	0,7%	0,9%	0,9%
ALD pour d'autres causes	3,9%	3,8%	2,7%	2,6%	2,1%	2,4%	3,9%	15,1%	1,5%	2,5%	2,5%	2,5%

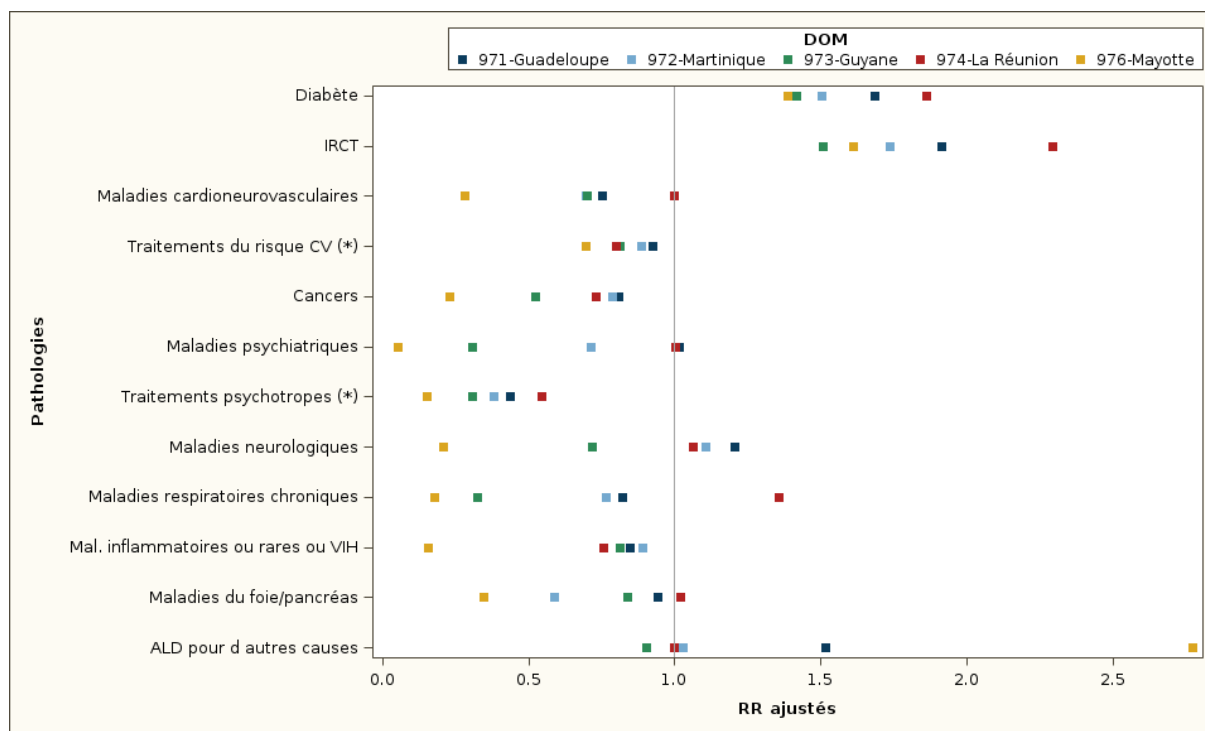
Champ : tous régimes – France entière

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS

Lecture : Prév. brute : prévalence brute / Prév. stan. : prévalence standardisée.

Les prévalences ont été calculées par rapport à la population INSEE, ce qui peut conduire à des écarts par rapport aux indicateurs mis à disposition sur le site de data visualisation Data-pathologie (<https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>), qui sont calculés parmi les consommateurs de la cartographie.

Figure 52 : Risque des pathologies dans les DROM en comparaison avec la France hexagonale



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS

Lecture : En Guyane, en tenant compte de la structure par âge et sexe de la population, le risque de diabète est 1,4 plus élevé qu'en France hexagonale.

Un risque accru de diabète et d'insuffisance rénale dans les DROM

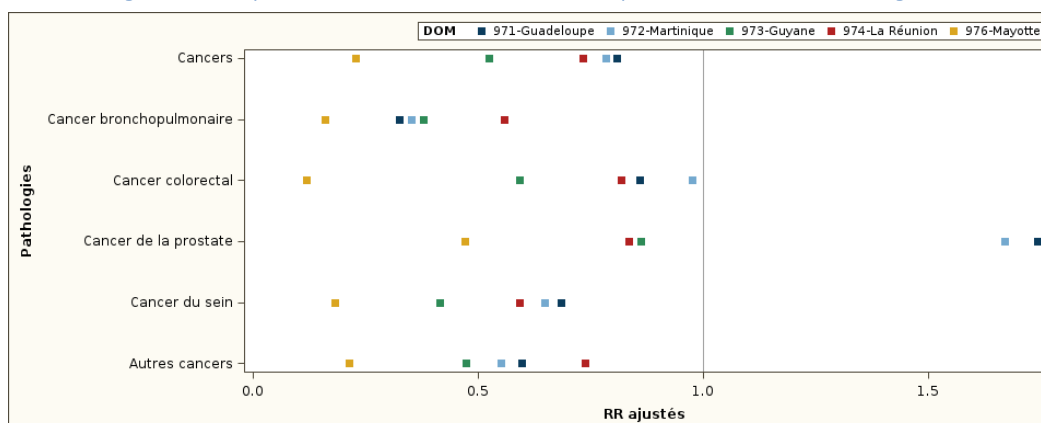
Les prévalences brutes du diabète illustrent des disparités territoriales marquées : elles atteignent 12,0 % en Guadeloupe, 11,2 % en Martinique et 9,9 % à La Réunion, contre 6,4 % en France hexagonale, soulignant un fardeau épidémiologique plus lourd dans ces territoires. En revanche, la Guyane (4,6 %) et Mayotte (2,4 %) affichent des prévalences brutes inférieures à la moyenne métropolitaine, en partie explicables par une structure démographique plus jeune. Cependant, après standardisation (ajustement sur l'âge et le sexe), la prévalence du diabète s'avère supérieure à celle de la France hexagonale dans l'ensemble des DROM. Les DROM présentent un risque significativement plus élevé de diabète par rapport à la France hexagonale, comme en témoignent les risques relatifs (RR) ajustés : 1,9 à La Réunion, 1,4 en Guyane et à Mayotte.

Les prévalences brutes de l'insuffisance Rénale Chronique Terminale (IRCT) s'élèvent à 0,3 % en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, soit trois fois plus que les 0,1 % observés en France hexagonale, en Guyane et à Mayotte. Cependant, après standardisation, la prévalence de l'IRCT apparaît plus élevée dans l'ensemble des DROM par rapport à la France hexagonale. Les risques relatifs varient de 1,5 en Guyane à 2,3 à La Réunion.

Une moindre prévalence de certains groupes de pathologies

Toutes localisations confondues, le risque de cancers est moins élevé dans les DROM qu'en France hexagonale avec des risques relatifs compris entre 0,2 à Mayotte, et 0,8 en Guadeloupe (voir Figure 53). Cependant, aux Antilles, la prévalence du cancer de la prostate qu'elle soit brute (3,5%) ou standardisée (1,7%) est quasi 2 fois plus importante qu'en France hexagonale. La prévalence accrue de ce cancer peut s'expliquer par un risque augmenté dans les populations afro-antillaises³¹¹, et par l'utilisation de la chlordécone jusqu'en 1993, pesticide ayant pollué les sols et l'eau et dont la pollution persiste. De façon générale, la prévalence du cancer de prostate est également très liée à l'intensité du dépistage de ce cancer³¹².

Figure 53 : Risque des cancers dans les DROM en comparaison avec la France hexagonale



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS

Lecture : En Guyane, en tenant compte de la structure par âge et sexe de la population, le risque de cancers est 2 fois moins élevé qu'en France hexagonale (RR = 0,5). En Guadeloupe, en tenant compte de la structure par âge de la population, le risque de cancers de prostate actif chez les hommes est 2 fois plus élevé qu'en France hexagonale (RR=1,9).

Le risque des maladies respiratoires chroniques est également plus faible dans tous les DROM, sauf à la Réunion (RR=1,35). Enfin, il existe un surrisque de VIH en Guadeloupe (RR=2,1), en Martinique (RR=1,6) et surtout en Guyane (RR=3,8).

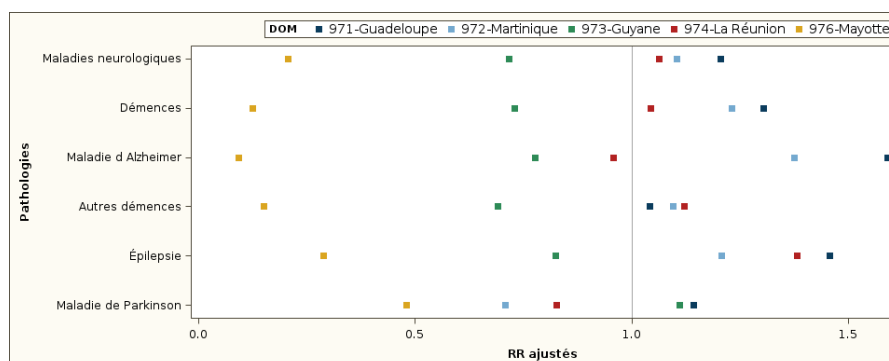
³¹¹ <https://www.cancer.fr/personnes-malades/les-cancers/prostate/comprendre-la-maladie/facteurs-de-risque>

³¹² Vaccarella S, Li M, Bray F, et al. Prostate cancer incidence and mortality in Europe and implications for screening activities: population based study. BMJ 2024;386:e077738

Des risques contrastés pour les maladies neurologiques

Il y a un sur risque de maladies neurologiques en Guadeloupe (RR=1,2), en Martinique (RR=1,1) et à la Réunion (RR=1,1), alors qu'il y a un sous risque en Guyane (RR=0,7) et à Mayotte (RR=0,2). La prévalence des maladies neurologiques est de 3,5% en Guadeloupe, 3,3% en Martinique et 2,8% en France hexagonale. Aux Antilles, on observe des sur risques de démence (RR=1,3 en Guadeloupe, RR=1,2 en Martinique) avec une prévalence de 1,3%. Il y a un sur risque d'épilepsie en Guadeloupe (RR=1,5), en Martinique (RR=1,2) et à la Réunion (RR=1,4) avec des prévalences autour de 1% (voir Figure 54).

Figure 54 : Risque de maladies neurologiques dans les DROM en comparaison avec la France hexagonale



Champ : tous régimes – France entière

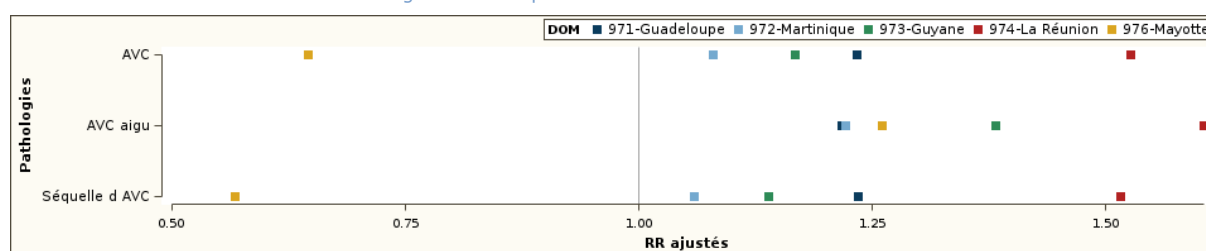
Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS

Lecture : En Guadeloupe, en tenant compte de la structure par âge et sexe de la population, le risque de maladies neurologiques est 1,2 fois plus élevé qu'en France hexagonale.

Les maladies cardio neurovasculaires

La prévalence brute des pathologies cardiovasculaires est de plus de 6% aux Antilles et à la Réunion, de plus de 2% en Guyane et moins de 1% à Mayotte, contre plus de 8% en France hexagonale. Hormis Mayotte où il y a probablement un biais de mesure, un sur risque d'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) peut être observé dans tous les DROM (RR=1,5 à la Réunion et RR=1,2 en Guadeloupe), lié à la fois à un sur risque d'AVC aigu et de séquelle d'AVC.

Figure 55 : Risque d'accident vasculaire cérébral



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS

Lecture AVC : Accident Vasculaire Cérébral

A la Réunion, en tenant compte de la structure par âge et sexe de la population, le risque d'AVC aigu est 1,6 fois plus élevé qu'en France hexagonale.

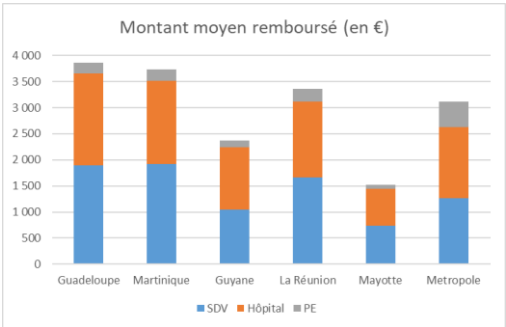
Les dépenses

Dans les DROM, les tarifs des prestations de santé sont souvent majorés afin de tenir compte du coût de la vie plus élevé et des surcoûts logistiques liés à l'éloignement géographique et aux contraintes d'approvisionnement : les consultations sont par exemple majorées de 20%. Ainsi, les comparaisons de montants bruts doivent être analysées en tenant compte de ces disparités de tarifications. Par ailleurs, la démographie des professionnels de santé est différente suivant les DROM (cf Panorama de l'offre de soins dans les DROM), ce qui peut impacter le taux de recours aux soins et donc le montant de dépenses.

Les coûts présentés correspondent à ceux des consommateurs de la cartographie des pathologies et de dépenses et ne reflètent pas intégralement l'ensemble des dépenses de soins. En particulier les prestations globalisées de certains dispensaires ne sont pas intégrées dans les calculs.

Figure 56 : Comparaison des dépenses en France hexagonale et dans les DROM

	Nombre de consommateurs	Total (en M€)	Montant moyen (en €)			
			Total	SDV	Hôpital	PE
Guadeloupe	387 352	1 498	3 868	1 897	1 760	211
Martinique	360 724	1 347	3 734	1 919	1 596	219
Guyane	205 974	488	2 370	1 045	1 196	129
La Réunion	942 427	3 172	3 366	1 665	1 452	250
Mayotte	127 446	194	1 524	744	705	75
Hexagone	65 588 438	203 995	3 110	1 267	1 360	484



Champ : tous régimes – France entière

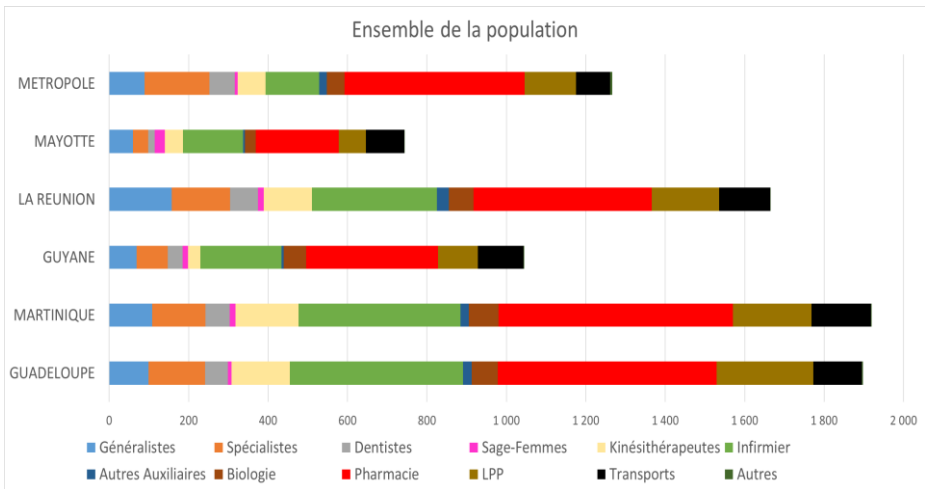
Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS

La répartition moyenne des dépenses est assez différente, puisque dans tous les DROM, la part remboursée en soins de ville est plus importante que cette même part remboursée en France hexagonale. La part des montants remboursés pour les prestations en espèces est plus faible, ce qui peut s'expliquer par la structure d'âge de la population, et les conditions économiques dégradées dans les DROM (salaire moindre, taux de chômage plus élevé). En Guyane et à Mayotte, l'organisation des soins très différente de la France hexagonale et des autres DROM rend les comparaisons de dépenses délicates.

Aux Antilles, le montant moyen remboursé pour les dépenses de santé est supérieur de plus de 20% par rapport à l'hexagone. Ceci s'explique en partie par les majorations de tarif, en ville ou à l'hôpital. Cependant, les montants moyens remboursés en soins de ville sont plus de 50% plus élevés aux Antilles (3900€ en Guadeloupe, versus 3110€ dans l'hexagone) et à la Réunion, ce qui semble dépasser le seul effet des majorations tarifaires.

L'étude par poste de dépenses des soins de ville permet de mettre en avant les postes pour lesquels les écarts sont importants par rapport à l'hexagone : les dépenses moyennes observées aux Antilles sur les postes des infirmiers, des kinésithérapeutes, de la LPP, des transports sont plus de 50% plus élevées que dans l'hexagone. A la Réunion, les dépenses moyennes observées pour les généralistes, les sages-femmes, les infirmiers et les transports sont également plus élevés de 50% par rapport à l'hexagone. Ces différences peuvent être le reflet d'une offre de soins de différentes (par ex. une dépense de spécialistes en ville plus faible peut s'expliquer par une offre moindre en spécialistes libéraux, éventuellement compensée en partie par le recours à des spécialistes hospitaliers qui ne sont pas comptabilisés dans les soins de ville), d'un recours aux soins différents liés en particulier à la structure d'âge de la population (par ex. la structure d'âge de la population et le taux de natalité ont un impact sur les dépenses de sages-femmes).

Figure 57 : Dépenses de soins de ville en France hexagonale et dans les DROM



Champ : tous régimes – France entière

3.4.3 Le diabète : un enjeu majeur dans les DROM appelant une réponse coordonnée qui s’inspire du plan mené à la Réunion

Le diabète représente un enjeu prioritaire de santé publique dans les territoires ultramarins. **La prévalence du diabète traité est jusqu’à deux fois plus élevée dans les départements d’Outre-mer, que la moyenne nationale** (les prévalences standardisées varient en 2024 de 9,2% à 11,7% contre 6,5% France entière). En 2022, on comptait plus de 190 000 patients en ALD diabète dans les départements d’Outre-mer, des chiffres extrêmement élevés et qui pourtant ne tiennent pas compte des non-déclarations d’ALD et des très nombreux malades qui s’ignorent. Des facteurs de risque contribuent à cette forte prévalence, notamment la prévalence de l’hypertension artérielle autour de 30% contre 20% dans l’hexagone, l’alimentation et les facteurs de risque évoquées dans la partie dédiée à la prévention.

De plus, les interruptions de traitement sont plus fréquentes dans ces territoires. Pour exemple, à La Réunion, une étude longitudinale des parcours des patients mis sous traitement antidiabétique en 2010 et suivis jusqu’en 2018 menée par l’ORS, l’ARS et l’Assurance Maladie, a montré que 40% des patients sont en arrêt de traitement au bout de 8 ans.

Figure 58 : Focus sur les patients diabétiques

	Diabète			Diabète insulino-traité		
	Effectif	Prévalence	Prévalence standardisée	Effectif	Prévalence	Prévalence standardisée
Guadeloupe	45 900	12,0%	10,7%	10 989	2,9%	2,6%
Martinique	40 203	11,2%	9,6%	9 482	2,6%	2,3%
Guyane	13 597	4,6%	9,2%	3 703	1,2%	2,5%
La Réunion	89 863	9,9%	11,7%	19 612	2,2%	2,6%
Mayotte	7 766	2,4%	9,5%	2 335	0,7%	3,0%
Hexagone	4 274 609	6,4%	6,4%	904 206	1,4%	1,4%
France entière	4 471 938	6,5%	6,5%	950 327	1,4%	1,4%

Champ : tous régimes – France entière
Source : Cartographie des pathologies et des dépenses, 2024 – version de juin 2026 – CNAM, SNDS
Lecture : Les prévalences ont été calculées par rapport à la population INSEE, ce qui peut conduire à des écarts par rapport aux indicateurs mis à disposition sur le site de data visualisation Data-pathologie (<https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>), qui sont calculés parmi les consommateurs de la cartographie.

Dans les DROM, les patients diabétiques sont plus jeunes qu’en France hexagonale (55 ans en moyenne contre 60 ans dans l’hexagone). Le diabète touche plus les femmes que les hommes (9,6% de diabète traité pour les femmes contre 7,9% pour les hommes). Les complications sont plus nombreuses et plus précoces (1,5 fois plus d’AVC et 2,6 fois plus d’amputations à La Réunion et 2 fois plus d’insuffisance rénale chronique terminale). **Le diabète gestationnel**, trouble de la tolérance au sucre avec augmentation de la glycémie (quantité de sucre dans le sang) plus ou moins importante, touche près de 21% des grossesses à la Réunion en 2025 où un dépistage systématique a été mis en place (source : PMSI/ATIH, Insee Réunion statistiques de naissances – Exploitation ORS). Une grossesse tardive ou des situations d’obésité maternelle peuvent favoriser son apparition. D’après la Cour des comptes, le diabète gestationnel a augmenté en France entière depuis 2012, corrélée la hausse de l’obésité et du surpoids maternel sur la même période : il s’élève à 16,3% pour la France entière en 2021, date de la dernière Enquête Nationale Périnatale (ENP). Le taux de dépistage du diabète gestationnel s’est amélioré de 3 points entre 2026 et 2021 passant de 73 à 76% des femmes³¹³.

313

Le suivi des examens recommandés en lien avec le diabète est globalement en écart aux recommandations, or un recours faible au suivi recommandé est directement corrélé à un risque de complications plus important.

L'ECG et le fond d'œil, qui dépistent les complications cardiovasculaires et la rétinopathie, s'effondrent particulièrement en Guyane (21,9% et 49,5%). Pour ce qui est de l'HbA1c, premier marqueur de l'équilibre glycémique, il plafonne à 48,7% dans tous les DROM (29,9% en Guyane) contre 55,3% en France entière. A La Réunion, le programme régional nutrition diabète a largement contribué à l'amélioration des indicateurs de suivi du diabète sur le territoire entraînant des taux de suivi équivalents voire supérieurs à la France hexagonale (sauf sur l'HbA1c) alors qu'on observait des taux de suivi nettement inférieurs en 2010.

Figure 59 : Suivi des examens recommandés

Examen	France entière	Guadeloupe	Martinique	Guyane	Réunion
HbA1c (hémoglobine glyquée)	55,3 %	45,3 % -10,0	48,7 % -6,6	29,9 % -25,4	48,7 % -6,6
Bilan lipidique	77,8 %	79,2 % +1,4	81,5 % +3,7	71,8 % -6,0	82,2 % +4,4
Fond d'œil	62,6 %	67,8 % +5,2	59,4 % -3,2	49,5 % -13,1	64,8 % +2,2
Bilan dentaire	38,3 %	27,8 % -10,5	33,1 % -5,2	24,6 % -13,7	38,7 % +0,4
Électrocardiogramme (ECG)	36,8 %	39,3 % +2,5	28,6 % -8,2	21,9 % -14,9	44,5 % +7,7
Bilan rénal — créatinémie	89,0 %	86,5 % -2,5	88,1 % -0,9	77,7 % -11,3	88,9 % -0,1
Bilan rénal — micro-albuminurie	40,5 %	50,1 % +9,6	47,8 % +7,3	47,7 % +7,2	54,6 % +14,1
Examen des pieds	77,8 %	76,8 % -1,0	79,8 % +2,0	70,6 % -7,2	81,2 % +3,4

■ ≥ +5 pts
■ légèrement >
■ = référence
■ -5 à -10
■ -10 à -15
■ ≤ -15 pts

Source : GEODES 2022

Capitaliser sur l'expérience de la Réunion : Programme Réunionnais Nutrition Diabète (PRND) 2020-2023 et retour d'expérience

Le PRND lancé en 2020 et prolongé en 2024 pour améliorer les comportements nutritionnels des Réunionnais et le parcours de santé des patients prédiabétiques/diabétiques a permis de consolider un cadre de coopération interinstitutionnelle et partenarial unique, fondé sur une convention rassemblant 13 signataires, et s'appuyant sur l'implication active de nombreux acteurs opérationnels du territoire. Le PRND comportait 5 volets :

- Prévention du diabète et actions de santé nutritionnelle,
- Repérage et dépistage précoce du prédiabète et du diabète,
- Amélioration des parcours de soins des patients diabétiques,
- Observation épidémiologique,
- Communication et partage des données

Le bilan du PRND s'articule autour d'actions concrètes et structurées :

- L'installation d'une gouvernance solide de 13 partenaires signataires et de 5 comités techniques réunissant les experts de la thématique, les partenaires et les acteurs de terrain pour une mise en œuvre coordonnée des actions,
- La mobilisation de nombreux acteurs dans la réalisation d'appels à projets conjoints entre 2021 et 2024, mobilisant l'ARS, la DRAJES, la DAAF, la Région et l'Assurance Maladie, et l'engagement de nombreuses communes,
- Le déploiement de 40 grands projets phares allant de la prévention nutritionnelle au repérage en passant par les parcours de soins (déploiement de programmes régionaux d'éducation thérapeutique),

- L'investissement de nombreux professionnels de santé et experts dans des projets relatifs à la nutrition et au diabète,
- Le renforcement des actions d'éducation nutritionnelle et de pratique d'activités physiques à destination des enfants : de nombreux projets mis en œuvre avec les Cités éducatives et les communes au travers de leurs Contrats locaux de santé (CLS) tels que le projet Kultiv nout santé porté par la commune de Saint-Denis,
- Le développement d'outils innovants tels que l'outil « Find risk Péi » issu de l'outil finlandais Find Risk, testé et approuvé par le CHU de La Réunion qui a permis de structurer l'Opération DEPIST OUT DIABETE, opération de repérage de masse des personnes à risque de diabète, au plus près de la population réunionnaise,
- Le développement du sport-santé et notamment du sport sur ordonnance pour favoriser la reprise d'activités physiques de personnes diabétiques ou présentant une ALD (affection de longue durée),
- Une communication étoffée, ciblée et diffusée grâce aux sites masanté.re et PilonPilé.re...

Dans la continuité du PRND, l'ARS a élargi à la thématique sur l'obésité en lançant le 12 février 2026 le Programme Réunionnais de Nutrition et de lutte contre le Diabète et l'Obésité (PRNDO), co-construit avec les partenaires locaux.

Lancer un plan d'action diabète à déployer dans les autres territoires ultra marins

L'enjeu de ce plan serait de dépister au stade de prédiabète et d'éviter un passage au diabète en facilitant le recours au dépistage précoce (un prédiabétique a 6 fois plus de risque de devenir diabétique à 7 ans) et d'améliorer le parcours de soins du patient diabétique. Ce plan est collaboratif et reposerait sur des conventions CGSS/ARS. Il pourrait reposer sur 3 axes principaux :

Repérer plus précocement les personnes à risque de diabète afin de retarder l'entrée dans la maladie :

- *Promouvoir l'outil FindRisk comme outil de repérage incontournable des personnes à risque de devenir diabétique*
- *Renforcer le dépistage de la glycémie à jeûn pour les patients à risque fort de développer un diabète dans les 10 ans (risque mis en évidence avec un score supérieur à 12 dans l'outil Findrisk) en s'appuyant sur les IDE pour valider le score du patient et prescrire la glycémie à jeûn.*
- *Déployer l'opération « dépist out diabète » dans les DROM en réalisant des actions de sensibilisation et de formation des acteurs de la prévention en santé (centres locaux de santé, les associations réalisant de la prévention sur le territoire, la médecine du travail, les exercices coordonnés, les maisons France services, France Santé et les CPTS ...) afin d'en faire des ambassadeurs du repérage du diabète*
- *Organiser des opérations de repérage de grande ampleur (journée, événements spéciaux ...)*
- *Inscrire du patient dans un parcours de soins et d'accompagnement si la glycémie est supérieure à 1.26 en l'orientant d'une part vers son médecin traitant et d'autre part vers le service sophia qui pourra appuyer sa motivation à adopter des comportements favorables à sa santé et l'orienter vers les ressources locales*

Améliorer le suivi des patients diabétiques afin d'éviter les écarts aux soins à l'origine de complications par le respect des recommandations de l'HAS.

- *Actions d'accompagnement des médecins généralistes sur le parcours de soins de leur patientèle diabétique : remise de profils territoriaux et individualisés ; inciter la déclaration des ALD diabète ; promouvoir l'accompagnement Sophia ; présenter le rôle potentiel de l'assistant médical ; rappeler les fonctions de Mon espace Santé (consultation du suivi),*
- *Accompagnement par les Infirmières Sophia des assurés nouvellement admis en ALD*
- *Actions d'« Aller vers » par les infirmiers(ères) conseils pour aider le patient à reprendre son parcours de soins s'il est identifié en ALD mais n'a pas eu recours aux soins nécessaires durant une certaine durée*

Mieux communiquer auprès du grand public et des professionnels de santé sur la prise en charge afin de limiter les complications. Les actions proposées sont les suivantes :

- *Mettre en avant l'impact positif des mesures hygiéno-diététiques,*
- *Promouvoir les programmes d'ETP (diabète et pré diabète)*

L'adhésion des acteurs locaux et le développement du partenariat avec les professions de santé concernées (médicaux et para médicaux /libéraux et hospitaliers), les acteurs de l'exercice coordonné, les institutionnels, les réseaux associatifs, les usagers et les représentants d'usagers est un facteur clé de la réussite du plan

d'action. Le suivi du bilan du programme à la réunion et le lancement d'un grand plan diabète pourrait faire l'objet d'un partage inter-DROM avec des instances de suivi et d'échange adaptées.

3.4.4 Améliorer la prise en charge des troubles de santé mentale malgré une offre de psychologues et psychiatres restreinte

Différentes enquêtes montrent que les symptômes dépressifs sont particulièrement fréquents chez les jeunes ultramarins et contrastent avec un niveau de recours aux soins. Près de 4 jeunes ultramarins sur 10 souffrent de dépression contre des taux variant entre 19 % et 28 % selon les régions de l'Hexagone. Les disparités sont marquées entre territoires : 52 % des Guyanais sont concernés, 44 % en Martinique, 43 % à Mayotte, 37 % en Guadeloupe et 32 % à La Réunion. À La Réunion, le taux de suicide est par ailleurs supérieur de 20 % à celui de l'Hexagone, avec une prévalence particulièrement élevée chez les jeunes et les personnes âgées.

Malgré ces indicateurs préoccupants, les jeunes ultramarins sollicitent moins les professionnels de santé mentale et expriment plus rarement le besoin de le faire : près de 47 % déclarent n'avoir jamais ressenti le besoin de consulter un psychologue, un psychiatre, un médecin généraliste ou un infirmier, contre 40 % en moyenne nationale. Parmi les jeunes ultramarins souffrant de dépression, seuls 34 % en Martinique, 27 % à Mayotte et 26 % en Guyane déclarent avoir consulté un professionnel de santé mentale, selon l'enquête Mutualité Française / Institut Montaigne / Institut Terram (2025). Enfin, d'après le Baromètre de Santé publique France 2024, la Guadeloupe et la Guyane figurent parmi les régions les plus touchées par les tentatives de suicide. En Guyane, 6,9 % des adultes de 18 à 79 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois — premier rang national dans cette catégorie. En Martinique, les hospitalisations pour geste auto-infligé ont augmenté de 18 % entre 2023 et 2024, avec 165 hospitalisations recensées.

La prévalence des maladies psychiatriques repérée à partir des données de la cartographie est comparable en Guadeloupe, à la Réunion et dans l'hexagone (4,4%) et plus faible en Martinique (3,3%), Guyane (1,1%) et à Mayotte (0,2%). En revanche, dans l'ensemble des DROM, la prévalence des personnes sous traitements (hors pathologies) est moindre que dans l'hexagone (4,1% en Guadeloupe versus 8,7% dans l'hexagone). Cependant, ces indicateurs, fondés sur les données de consommation de soins, ne reflètent qu'imparfaitement l'état de santé psychiatrique dans les DROM relevé par les différentes enquêtes.

Cette moindre demande exprimée doit être lue à la lumière d'une offre structurellement insuffisante : si la densité de psychiatres hospitaliers est supérieure à la moyenne nationale en Guadeloupe, en Martinique et à La Réunion, la densité de psychiatres libéraux reste très faible dans l'ensemble des DROM, laissant les territoires ruraux quasi dépourvus de soins psychiatriques ambulatoires (DREES). Le nombre de psychiatres libéraux varie entre 0.3 en Guyane et à Mayotte, 2.9 en Guadeloupe, 2.3 à la Martinique et 6.4 à La Réunion versus 9.2 pour la France entière. De même, le nombre de psychologues, qu'ils soient conventionnés ou non, reste très faible.

Une offre de psychologues réduite :

Globalement, la densité de psychologues installés pour 100 000 habitants de 3 ans et plus est moindre dans les DROM que la moyenne de l'hexagone (36), avec une sous densité très marquée en Guyane (7) et à Mayotte (3).

Départements psychologue	France métropolitaine (Moyenne)	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion	Mayotte
Densité de psychologues installés pour 100 000 habitants de 3 ans et +	36	23	17	7	19	3
Densité de psychologues conventionnés pour 100 000 habitants de 3 ans et +	11	5	2	0	6	0
Nombre de psychologues installés	287	79	50	19	139	10
Nombre de psychologues conventionnés	78	19	8	1	46	1
Ratio conventionnés / installés	32%	24%	16%	5%	33%	10%
Psychologues conventionnés ayant pris au moins un patient en charge	84	22	9	2	50	0
Nombre moyen de patients inclus dans le dispositif par département	12 264	3 110	1 706	136	9 323	0
Nombre de patients inclus dans le dispositif	1 178 091	3 110	1 706	136	9 323	0
Nombre de patients inclus dans le dispositif par département pour 100 000 habitants de 3 ans et +	1 748	871	514	51	1 144	0
Part de patients ayant été suivis par un psychologue de leur département	79%	97%	95%	78%	97%	0%

Sources CNAM - SNDS - au 31/03/2026

Concernant le ratio psychologues conventionnés / psychologues installés, une grande hétérogénéité est observée. La Réunion a tendance à suivre la moyenne nationale de la France métropolitaine tandis que les autres DROM sont plus en atypie. Ce ratio est en effet très faible en Guyane (5%) Mayotte (10%) et Martinique (16%).

La première séance du dispositif Mon Soutien Psy doit être réalisée en présentiel. Pourtant, une partie des patients des DROM n'est pas suivie par un psychologue de leur département, notamment en Guyane (22%), soulignant la difficulté de trouver un psychologue pour la réaliser. Supprimer cette obligation de réaliser la 1ère séance en présentiel pour les assurés des DROM permettrait de lever un verrou et d'accéder à un accompagnement psychologique en visioconférence par un psychologue d'un autre département.

Recours au dispositif Mon Soutien Psy

Depuis 2022, près d'un million de personnes ont bénéficié du dispositif Mon soutien psy en France mais seulement 14 275 bénéficiaires résident dans les DROM.

En effet, le nombre de patients inclus dans le dispositif pour 100 000 habitants reste faible, particulièrement en Guyane (55) et à Mayotte (13) en raison du faible nombre de psychologues conventionnés.

L'offre et l'activité en psychiatrie dans les DROM en 2023

Les capacités d'accueil psychiatrique dans les DROM sont marquées par de fortes disparités internes : si la Martinique et la Guadeloupe présentent des niveaux proches de la France métropolitaine, La Réunion, la Guyane et plus encore Mayotte accusent des capacités d'hospitalisation — complète comme partielle — nettement inférieures rapportées à leur population. Cette insuffisance de l'offre se traduit par des taux de recours particulièrement atypiques et bas en Guyane, où seuls 334 patients pour 100 000 habitants ont recours aux soins psychiatriques ambulatoires (contre 3 217 en moyenne nationale) et 189 pour 100 000 aux soins à temps complet ou partiel (contre 601 au niveau national).

Département	Densité de structures de prise en charge ambulatoire en psychiatrie (pour 100 000 habitants)	Densité de lits et de places pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel en psychiatrie (pour 100 000 habitants)
France métropole (Moyenne)	11	129
Guadeloupe	13	114
Martinique	11	121
Guyane	4	39
La Réunion	7	98
Mayotte	3	3

Nombre de patients pris en charge en psychiatrie en 2023

Département	Nombre de patients pris en charge en soins ambulatoires de psychiatrie en 2023 (pour 100 000 habitants)	Nombre de patients pris en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie en 2023 (pour 100 000 habitants)
France métropole (Moyenne)	3 165	602
Guadeloupe	2 914	423
Martinique	2 969	437
Guyane	334	189
La Réunion	3 854	540
Mayotte	NC	NC

Source : Drees (2025) Les établissements de santé en 2023 - édition 2025. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Face à ces constats, **renforcer le dispositif Mon soutien psy dans les DROM apparaît nécessaire** pour permettre une meilleure prise en charge de premier niveau pour les troubles de santé mentale légers à modérés. En premier lieu, une campagne d'adhésion ciblée auprès des psychologues exerçant dans les DROM permettrait d'élargir le réseau de professionnels conventionnés, condition préalable à la montée en charge du dispositif sur ces territoires. En second lieu, les modalités d'accès seraient assouplies pour tenir compte de l'offre déficitaire notamment à Mayotte et en Guyane avec la possibilité de réaliser la première séance du parcours Mon Soutien Psy à distance. Enfin, à l'instar des majorations tarifaires déjà applicables aux consultations médicales classiques dans les DROM une majoration des tarifs de remboursement des séances Mon soutien psy serait instaurée, afin de renforcer l'attractivité du dispositif pour les psychologues et d'aligner les conditions d'exercice sur celles en vigueur pour les autres professionnels de santé. Cet ensemble de propositions doit permettre d'ancrer une offre de premier recours en santé mentale pérenne et accessible en outre-mer.

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 11: Renforcer l'engagement des patients en soins primaires en développant le recueil de l'expérience patient et des résultats des soins via les accords conventionnels

- Accompagner le recueil de l'expérience patient (PREMs) dans les structures d'exercice coordonnées pour ouvrir la voie à leur systématisation
- Expérimenter le recueil du résultat des soins des patients (PROMs) à l'aide de questionnaires validés et permettre, à terme, leur restitution dans le DMP pour que les professionnels s'en servent dans leur pratique clinique

Proposition 12: Améliorer l'expérience des patients atteints d'une maladie rénale chronique en traçant systématiquement l'information sur le choix des traitements de suppléance

Proposition 13: Faciliter le diagnostic précoce des maladies neurodégénératives chez le médecin généraliste grâce à un avis spécialisé

- Inscription dans le droit commun d'un bilan neuropsychiatrique et téléexpertise de spécialistes (selon le principe expérimenté dans l'article 51 PASSCOG)

Proposition 14 : Développer les solutions d'hébergement temporaire mises en place par les agences régionales de santé pour fluidifier le parcours de soins des personnes âgées après des soins de réadaptations et ainsi favoriser le retour à domicile

Proposition 15 : Construire en 2 ans, avec les professionnels de santé, les patients et les organismes complémentaires, une campagne de vaccination pneumocoques avec la même ambition que la grippe pour les assurés de 65 ans et plus (communication, grand public, mobilisation individuelle des patients, sensibilisation des PS ...)

Proposition 16 : financer la vaccination contre la grippe, les pneumocoques et le Covid 19 dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux pour intégrer la vaccination aux parcours de soins hospitaliers

Proposition 17 : ouvrir Mon soutien psy aux personnes âgées sous traitement de benzodiazépine

Proposition 18 : déployer la gradation des soins dans les GHT pour permettre une soutenabilité des organisations hospitalières, une efficacité renforcée et répondre aux besoins des patients tout en garantissant la qualité des soins

Propositions spécifiques aux DROM

Proposition 19 : Lancer un plan diabète dans les DROM en s'inspirant du plan mené à La Réunion qui s'appuie notamment sur les CPTS, des actions d'aller-vers des plateaux Sophia de l'Assurance Maladie et une communication locale renforcée conjointe ARS et Assurance Maladie (DROM).

Proposition 20 : Renforcer Mon soutien Psy dans les DROM

- *Lancer une grande campagne l'adhésion auprès des psychologues dans les DROM*
- *Faciliter l'accès à mon soutien psy : ouvrir la possibilité de réaliser sa 1ère séance par téléconsultation (et non obligatoirement en présentiel).*
- *Mettre en place une majoration des consultations mon Soutien Psy dans les DROM*

Proposition 21 : Dans la continuité des Assises de la télémédecine et en lien avec les ARS, définir un cadre structuré favorisant la réalisation de téléconsultations assistées par des infirmiers libéraux et l'implantation de télécabines, notamment dans les dispensaires et centres délocalisés (DROM)

Proposition 22 : Ouvrir l'accès au diagnostic des maladies vectorielles en laboratoire en période épidémique (DROM)

4 Le juste soin au juste prix

4.1 Les médicaments en oncologie

En France un peu plus de 3,5 millions de personnes sont prises en charge pour un cancer actif ou surveillé³¹⁴. En 2022, l'incidence standardisée des cancers en France (619 pour 100 000 habitants) dépasse légèrement la moyenne de l'UE-27 (600 pour 100 000)³¹⁵. La présente étude se concentre sur un sous-ensemble de cette population, en s'intéressant à 1,2 million de patients ayant reçu au moins une délivrance de médicament anticancéreux entre 2019 et 2024 (Encadré 26). Les patients non inclus dans ce périmètre correspondent soit à des patients traités exclusivement par des médicaments facturés en intra-GHS (chimiothérapies conventionnelles administrées en établissement, sans codage individuel de délivrance), soit à des patients pris en charge par des modalités non médicamenteuses (chirurgie, radiothérapie, surveillance active).

La population ayant reçu au moins une délivrance de médicament anticancéreux augmente de 4,4% par an depuis 2019. On observe notamment un élargissement des populations éligibles aux traitements médicamenteux, avec des extensions d'indication vers des stades plus précoces (adjuvant, néoadjuvant) ou encore une augmentation de la durée d'exposition aux thérapeutiques.

Cette dynamique se traduit par une progression continue des dépenses de médicaments. Les montants remboursés nets, c'est-à-dire après intégration des remises négociées entre les industriels et le Comité Economique de Produits de Santé, des médicaments anticancéreux ont ainsi atteint environ 7,1 milliards d'euros en 2024, représentant désormais un quart des dépenses remboursées de médicament nettes de remises. Cette croissance s'explique notamment par la généralisation des immunothérapies et des thérapies ciblées, dont le coût unitaire est élevé avec un niveau de progrès thérapeutique mesuré dans le cadre des évaluations par la Haute Autorité de Santé qui varie d'une amélioration du service médical rendu (ASMR) de majeur à mineur selon les indications.

4.1.1 Une évolution des dépenses dynamique portée par la hausse du nombre de patients et la hausse des coûts de traitements

Les médicaments anticancéreux représentent un quart de la dépense totale remboursée de médicaments en 2024

En 2024, pour une dépense brute atteignant 37,9 Md€, la dépense nette de médicaments en ville et à l'hôpital³¹⁶, après déduction des remises négociées et de la clause de sauvegarde (contribution M), s'établit à 27,2Md€. Entre 2019 et 2024, l'écart entre les dépenses brutes de médicaments et la charge réelle pour l'Assurance Maladie s'est structurellement creusé en lien avec la forte hausse des remises. Cet écart de 10,7 Md€ représente désormais 28% des montants bruts remboursés, contre seulement 6% en 2017.

³¹⁴ Source : Assurance maladie, data pathologies, <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-effectif-patients-par-pathologie-age-sexe>

³¹⁵ ECIS - European Cancer Information System - <https://ecis.jrc.ec.europa.eu/>

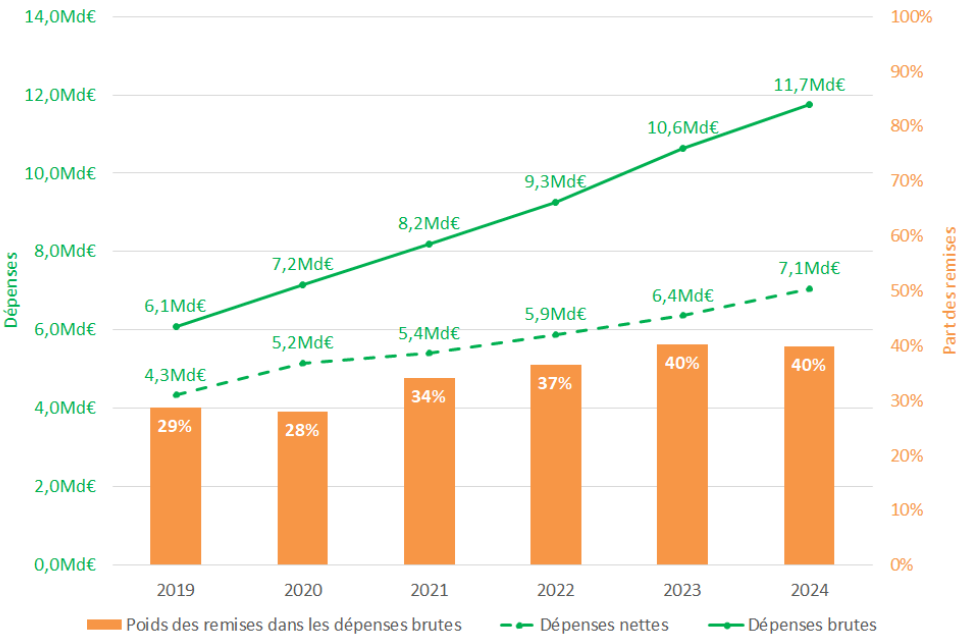
³¹⁶ Hors médicaments délivrés en intra-GHS

En ce qui concerne les médicaments anti-cancéreux, depuis 2019, les dépenses brutes ont progressé de 6,1 Md€ à 11,7 Md€ en 2024 (Figure 60 : Évolution des dépenses de médicaments anticancéreux remboursées brutes et nettes de remises entre 2019 et 2024), soit une croissance annuelle moyenne de 14 %. En montants nets, la hausse cumulée s'élève à 63% sur la période (10,2 % par an) pour atteindre une dépense nette de 7,1 Md€. Le poids des anticancéreux dans la dépense pharmaceutique nette totale a fortement augmenté, passant de 19% en 2019 à 25% en 2024.

La moitié des remises négociées par le CEPS sont générées par des médicaments anticancéreux. La montée en charge des remises négociées entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les industriels de 1,5 Md€ en 2017 à environ 9,0 Md€ en 2024 s'explique en grande partie par les médicaments anticancéreux qui représentent plus de 50% des remises. Ce mécanisme est de plus en plus sollicité par les laboratoires : il permet d'afficher un prix public (ou facial) élevé affiché comme prix de référence à l'international, tout en accordant un prix réel inférieur à l'Assurance Maladie.

La dépense de médicament anticancéreux est particulièrement concentrée puisque les 10 premières molécules représentent plus de 46 % de la dépense nette en 2024 et 69% pour les 25 premières. En 2024, les médicaments de la liste en sus concentrent 54% (3,8 Md€) de la dépense contre 43% (3,1 Md€) pour les médicaments dispensés en officine. Bien qu'en forte croissance, les dépenses de médicaments dispensés en ville contribuent moins fortement à la croissance que ceux de la liste en sus. Les données ne font pas apparaître de substitution entre les deux circuits de délivrance : le canal hospitalier et le canal de ville progressent simultanément, tant en nombre de patients qu'en dépenses. Le canal hospitalier affiche même une croissance plus soutenue, avec une hausse de 47,1% du nombre de patients et de 98% des dépenses nettes de remises entre 2019 et 2024, contre respectivement +19,7% et +71% pour la ville.

Figure 60 : Évolution des dépenses de médicaments anticancéreux remboursées brutes et nettes de remises entre 2019 et 2024



Source : SNDS (DCIR&PMSI), CEPS pour les remises ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Encadré 26 : Source et champs des données analysées dans ce chapitre

Les données sont issues du SNDS (DCIR+PMSI) et les montants des remises proviennent du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS). Dans quelques rares cas, la remise de débouclage a été lissée sur plusieurs années afin d'éviter que le montant de la remise n'excède la dépense remboursée.

L'ensemble des médicaments des classes EpHMRA L01 (anticancéreux) et L02 (thérapeutique endocrinienne) ont été pris en compte sauf quelques hormonothérapies pour les classes d'âge les plus jeunes, dont l'indication vise la puberté précoce centrale.

Cette étude s'intéresse à la période 2019 – 2024 et concerne les médicaments délivrés en officine, en rétrocession et sur la liste en sus ainsi qu'en ATU/accès précoce et compassionnel. En revanche, les chimiothérapies intégrées aux GHS ne sont pas comptabilisées ici.

La typologie du type cancer (l'organe) est déterminée selon cet ordre :

- le code indication du médicament dans le PMSI
- l'indication du médicament, lorsqu'elle est unique dans un type de cancer (exemples : abiratéron ou palbociclib respectivement pour les cancers de la prostate et du sein), si ce dernier est délivré en officine ou en rétrocession ;

les codes CIM-10 pour les médicaments dispensés en officine ou en rétrocession destinés au traitement de plusieurs cancers (exemple : capécitabine).

Les patients comptabilisés dans cette étude ne représentent par conséquent qu'un sous-ensemble des personnes atteintes d'un cancer pris en charge en France. Les patients traités exclusivement par chirurgie, par radiothérapie, ou par chimiothérapies incluses dans le GHS n'apparaissent pas dans cette étude. Cette étude reflète donc uniquement la montée en charge médicaments anticancéreux et non la totalité de l'activité oncologique.

Ainsi, trois précautions de lecture s'imposent pour ce chapitre.

- D'abord, les montants présentés sont exprimés (quasi-exclusivement) en dépenses nettes de remises. Les remises conventionnelles négociées entre les laboratoires et le CEPS demeurent confidentielles, ce qui interdit toute comparaison nette au niveau de chaque médicament et justifie le raisonnement par segment agrégé.
- Ensuite, la notion « d'initiation » renvoie à la première délivrance traçable dans le SNDS hors chimiothérapies intégrées dans le GHS.
- Enfin, pour la typologie du cancer, les données peuvent être incomplètes dans le cas où aucun des trois critères cités ci-dessus n'a été rempli.

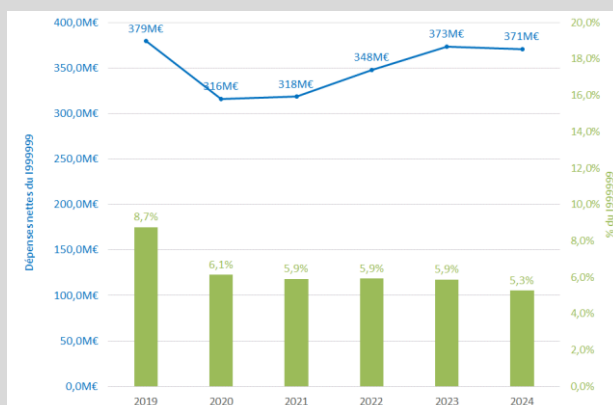
A noter, dans le cadre de la délivrance de médicaments à l'hôpital appartenant à liste en sus, il est donc nécessaire de coder l'indication pour laquelle le médicament est délivré. Cependant, deux codes non spécifiques d'une pathologie sont utilisés dans des situations particulières :

- Le code 1999999 permet de tracer, pour certains médicaments facturés en liste en sus, des prescriptions hospitalières réalisées hors indication d'AMM lorsque l'indication ne peut pas être rattachée aux référentiels/indications de prise en charge attendus dans le dispositif de codage. Son utilisation est en pratique réservée à des situations particulières et suppose que l'établissement soit en mesure de documenter la justification clinique. Sur le plan médico-économique, ce code constitue un indicateur utile (mais non exclusif) du hors AMM pris en charge à l'hôpital, notamment pour les médicaments onéreux.
- Le code 1999998 est utilisé pour identifier des prescriptions réalisées dans le cadre de recherches/études cliniques relevant du cadre réglementaire applicable (notamment la loi Jardé). Il concerne en particulier certaines recherches non commerciales et, plus généralement, des situations où la prescription s'inscrit dans un protocole de recherche avec des règles de financement et de traçabilité spécifiques.

En 2024, les dépenses oncologiques codées 1999999 et 1999998 s'élèvent à 371 M€ nets de remises (Figure 61), soit 5% des dépenses des médicaments anticancéreux et 10% de ceux de la liste en sus. Si le montant est relativement stable dans le temps, la proportion diminue mécaniquement en raison de la hausse des dépenses. Cette part doit être interprétée avec prudence, car elle peut refléter simultanément des effets de mise en œuvre du codage en 2019 (usage transitoire de codes « génériques » dont 1999999), un niveau « structurel » de hors AMM ainsi que des changements de périmètre liés aux dispositifs dérogatoires mises en œuvre en juillet 2021³¹⁷.

Un socle de prescriptions hors AMM peut persister malgré la hausse du nombre de code indications pour un nombre limité de molécules utilisées sur un spectre large, lorsque l'usage clinique précède l'extension d'indication ou lorsqu'il est étayé par des référentiels, de littérature scientifique sans correspondre à un dispositif d'accès dérogatoire en vigueur. Compte-tenu des montants, le suivi des indications des médicaments onéreux de la liste en-sus doit donc être affiné pour les prescriptions hors-AMM.

Figure 61 : Evolution des dépenses nettes facturées sous le code indication 19999

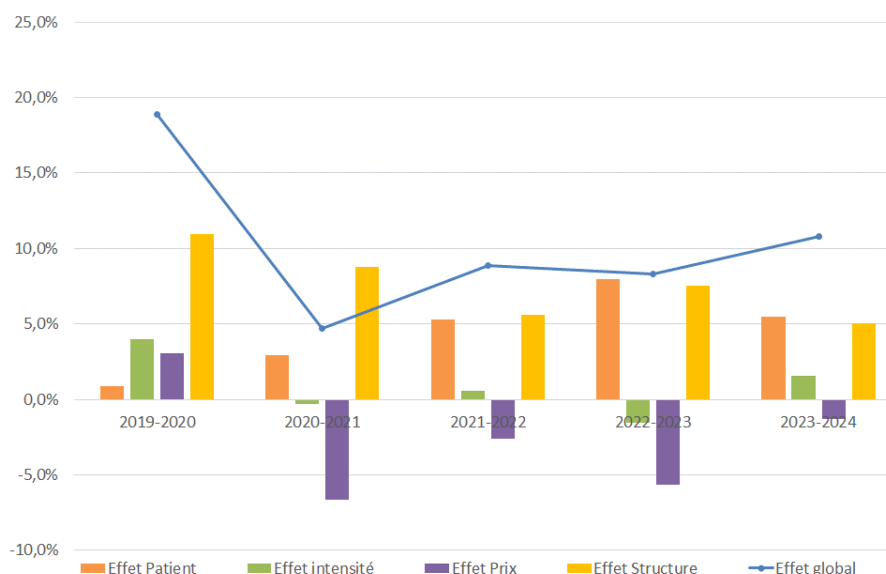


Source : SNDS (DCIR&PMSI), CEPS pour les remises ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Depuis 2022, la hausse de la dépense nette de médicaments anticancéreux se stabilise à un niveau élevé autour de 10% par an et marque en premier lieu la montée en charge des immunothérapies mais également des ADC (Antibody-Drug Conjugates, Encadré 28) et des autres anticorps monoclonaux (Figure 62). Cette stabilisation fait suite à une hausse des dépenses nettes de 18,9% entre 2019 et 2020 qui s'explique principalement par la montée en charge du pembrolizumab.

³¹⁷ à partir de 2021, la réforme de l'accès précoce — avec la création des AAP et AAC en remplacement des ATU et RTU — a modifié les canaux de prise en charge. Une partie de situations auparavant observées via 1999999 a pu être redirigée vers ces dispositifs, ce qui peut réduire le flux de nouvelles dépenses codées 1999999, tout en laissant évoluer le dénominateur (dépenses totales de liste en sus) et donc la part relative, sans préjuger à elle seule d'une baisse en valeur absolue.

Figure 62 : Décomposition annuelle (%) de la croissance entre 2019 et 2024



Source : SNDS (DCIR&PMSI), CEPS pour les remises ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

L'arrivée de traitement onéreux, principal moteur de la croissance des dépenses, malgré des innovations rares

Les médicaments anticancéreux ont connu une forte dynamique avec une dépense passant de 4,3 Md€ en 2019 à 7,1 Md€ en 2024 (ensemble des médicaments anticancéreux dispensés en officine, rétrocession et l'hôpital hors intra-GHS). La décomposition de la croissance des dépenses en oncologie (Encadré 27) met en évidence une croissance des dépenses où la hausse des coûts de traitement joue un rôle prépondérant malgré des résultats thérapeutiques parfois limités.

Tableau 33: Décomposition de l'évolution des dépenses remboursées nettes de remises entre 2019 et 2024

Dépenses remboursées nettes en 2019	4,3 Md€	
Effet patients	1,1 Md€	24,5%
Effet intensité	0,2 Md€	5,2%
Effet structure	2,4 Md€	54,6%
Effet prix	-0,9 Md€	-21,7%
Dépenses remboursées nettes en 2024	7,1 Md€ (+2,7 Md€)	62,6%

Source : SNDS (DCIR&PMSI), CEPS pour les remises ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

La hausse du nombre de patients traités explique 30% de la progression des dépenses remboursées, soit +1,1 Md€ sur la période (+24,5%). Cet effet volume traduit avant tout l'augmentation de la population traitée, portée notamment par le vieillissement démographique. Le nombre de patients traités par médicaments anticancéreux est passé d'environ 984 000 en 2019 à près de 1,2 millions en 2024, soit une hausse de plus de 24% en six ans. L'augmentation de l'incidence des patients traités— plus de 390 000 cas en 2024, contre 290 000 en 2019 — élargit mécaniquement le nombre de personnes traitées. La dynamique du nombre de patients traités est particulièrement visible sur les immunothérapies : les patients traités par inhibiteurs de points de contrôle (nivolumab, pembrolizumab) ont été multiplié par 1,8 entre 2019 et 2024 pour atteindre 104 900 patients traités en 2024, et ceux sous cellules CAR-T par 5,9 sur la même période (1 434 patients en 2024).

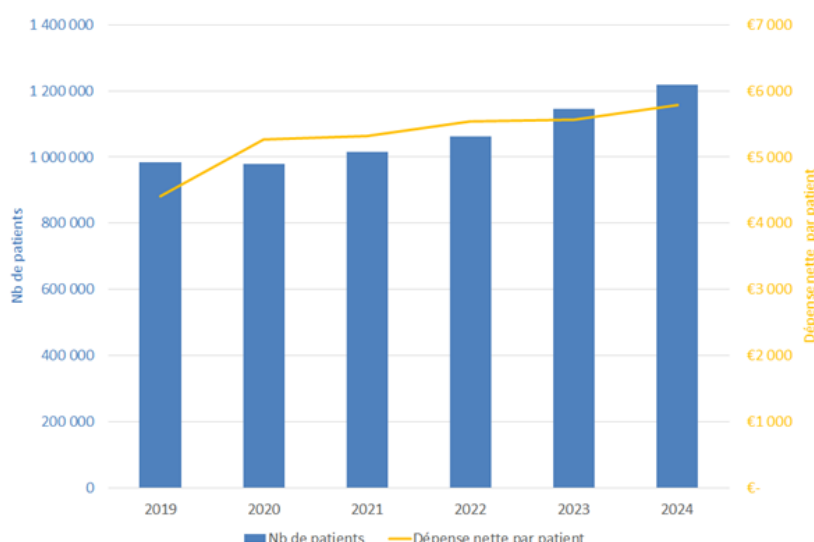
L'effet intensité des traitements (+5,2%, + 0,2 Md€) n'explique que 10% de la hausse des dépenses remboursées : il traduit une utilisation légèrement plus longue, notamment dans le myélome multiple ou le cancer du poumon non à petites cellules, et plus large des traitements, par l'extension des indications. En effet, la multiplication des indications autorisées par molécule amplifie considérablement cet effet : à titre d'exemple le pembrolizumab, dispensé à 12 000 patients en 2019 pour huit indications³¹⁸, a atteint 58 000 patients en 2024 pour 29 indications³¹⁹.

Parallèlement à la hausse du nombre de patients, la dynamique de dépenses est principalement portée par un effet structure défavorable : le déport de prescription vers des molécules récentes, plus onéreuses, compense largement les baisses de prix obtenues par ailleurs. Ce mouvement concerne quasi exclusivement des médicaments ayant obtenu une amélioration du service médical rendu mineur ou absente (ASMR IV ou V). L'effet de structure explique à lui seul près de deux tiers de la croissance des dépenses des médicaments anticancéreux.

L'effet structure, traduit le basculement progressif de l'arsenal thérapeutique vers des classes de médicaments onéreux et constitue donc le premier contributeur à la hausse des dépenses sur l'ensemble de la période. Entre 2019 et 2024, le coût moyen net de traitement par patient a progressé de 4 408 € à environ 5 786 € par an soit une hausse de 31% (Figure 63), avant de se stabiliser légèrement en 2023. A noter que cette moyenne masque une forte hétérogénéité avec une médiane à 445 €, un premier quartile à 66€ principalement pour les patients traités par des molécules anciennes et génériques et un troisième quartile à 4 756€ pour les patients traités par les molécules les plus récentes.

Cette forte croissance s'explique notamment par l'arrivée des immunothérapies (anti-PD-1/PD-L1, anti-CTLA-4, CAR-T) dont les prix unitaires dépassent souvent 2 000 € par flacon en facial et 100 fois plus pour les CAR-T mais aussi avec l'arrivée de nouveaux anticorps conjugués (ADC ; ex. trastuzumab déruxtécan pour le cancer du sein HER 2+³²⁰).

Figure 63 : Evolution annuelle du nombre de patients et des coûts moyens de médicament anticancéreux par patient



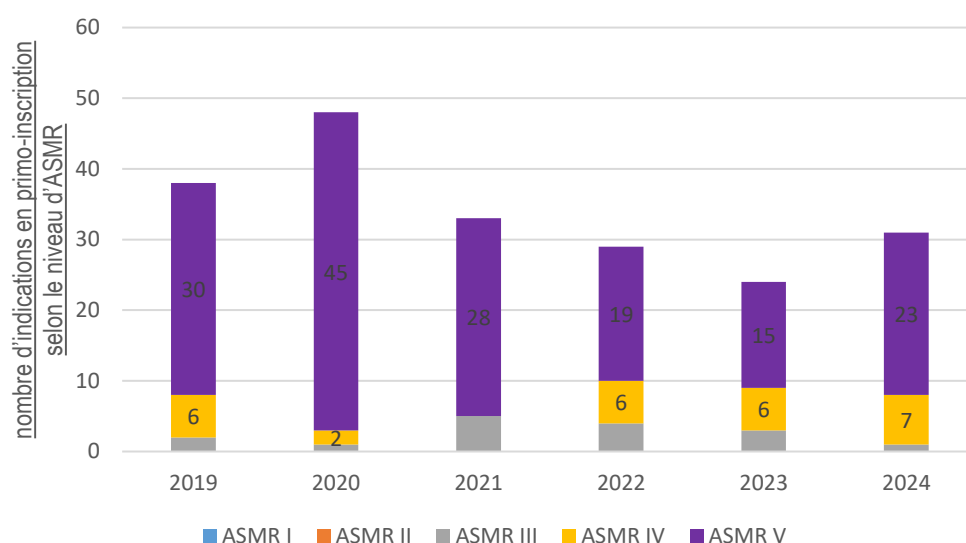
Source : SNDS (DCIR&PMST), CEPS pour les remises ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

318 Cancer bronchique non à petites cellules, mélanome, cancer urothelial

319 Source : HAS ; Evaluation des médicaments ; <https://www.data.gouv.fr/api/1/datasets/r/f6122601-81bc-4b31-a6f9-df72b7a04119>

L'importance de cet effet structure ne semble pas en lien avec l'apport thérapeutique des médicaments anticancéreux. Sur l'ensemble de la période, aucun produit d'oncologie n'a obtenu d'Amélioration du Service Médical Rendu I (majeure) ou II (importante). Le niveau ASMR III (amélioration modérée) reste lui-même très limité, oscillant entre 1 et 5 spécialités par an, avec un pic en 2021 (5 produits) suivi d'un recul marqué en 2024 (1 seul produit). Ce constat est frappant compte tenu de l'intensité du développement clinique en oncologie et du volume croissant de dossiers déposés à la HAS. Ainsi, sur l'ensemble de la période, la très grande majorité des inscriptions obtient une ASMR V (absence de progrès thérapeutique démontré) : 30 spécialités en 2019, pic à 45 en 2020, puis tendance à la baisse jusqu'à 15 en 2023, avant une remontée à 23 en 2024. Sur 6 ans, les ASMR V représentent environ 80% du total des inscriptions dans les classes de médicaments anticancéreux. Cela signifie que 4 produits oncologiques sur 5 mis sur le marché et remboursés n'apportent pas de valeur ajoutée clinique démontrée par rapport aux traitements existants. L'ASMR IV (amélioration mineure) est elle aussi peu fréquente et très variable : de 0 en 2021 à 7 en 2024. Pour rappel, le rapport Charges et Produits pour 2026 indique que le coût moyen net par année de vie gagnée a lui-même augmenté de 57% entre 2016/2017 et 2020/2021 pour les anticancéreux³²¹. De plus, il souligne que cette dynamique n'est pas réservée aux médicaments à fort service médical rendu : elle touche aussi des produits dont l'ASMR est jugée mineure ou inexistante.

Figure 64 : Ventilation du nombre d'inscriptions en primo-inscription selon le niveau d'ASMR pour les médicaments en oncologie entre 2019 et 2024



Source : HAS ; datagouv ; évaluation des médicaments

Enfin, les baisses de prix (-21,7%, - 0,9 Md€) jouent un rôle modérateur sur toute la période, reflétant les baisses négociées par le CEPS (plan de baisse, décote en lien avec les génériques et les biosimilaires) en particulier sur les thérapies ciblées de première génération (imatinib, trastuzumab) dont le brevet est tombé ou en phase de l'être. Ce rôle amortisseur du prix reste toutefois structurellement limité : la croissance des dépenses demeure soutenue sous l'effet structure. En effet, les nouvelles molécules sont largement préservées de baisses de prix dans la mesure où l'accord-cadre CEPS/Leem prévoit des périodes de stabilité de prix — les nouveaux médicaments ne sont généralement pas concernés par les plans de baisse dans les premiers temps de commercialisation. L'accord-cadre CEPS/Leem garantit notamment une stabilité du prix facial de 5 ans pour les médicaments ASMR I-III qui présentent une évaluation médico-économique valide, et de 3 ans dans tous les autres cas, avant que les plans de baisse ne puissent s'appliquer.

Encadré 27 : Méthodologie de la décomposition effet prix/patient/intensité/structure

L'analyse porte sur les dépenses de médicaments en oncologie remboursées par l'Assurance maladie sur la période 2019–2024, issues du Système National des Données de Santé (SNDS). Les analyses sont stratifiées selon la présentation du médicament (code CIP ou UCD), croisé avec le sexe, la tranche d'âge et le canal de dispensation (ville / rétrocession / hospitalier).

Pour chaque strate et chaque année, trois indicateurs sont calculés :

- Le **nombre de patients** traités (bénéficiaires distincts)

³²¹Rapport Charges&Produits pour l'année 2026 : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2025-07_rapport-propositions-pour-2026_assurance-maladie.pdf

- Le **volume de soins** dispensés (ucd)
- Les **dépenses remboursées nettes** (montant remboursé après remises)

Ces agrégats sont produits à deux niveaux de granularité : au niveau de la strate d'analyse pour les effets Patient, Intensité et Structure ; et à la maille la plus fine disponible (code CIP/UCD) pour le seul calcul de l'Effet Prix.

La variation totale est simplement la différence des dépenses remboursées entre l'année courante et l'année de base, calculée pour chaque strate. Cette variation est ensuite décomposée de manière exhaustive et additive en quatre effets.

Les calculs sont produits en deux temps : des **paires annuelles successives** (N vs N+1) pour suivre les évolutions année par année, et une **comparaison directe** 2019-2024 (non chaînée), calculée indépendamment pour capter l'évolution réelle sur l'ensemble de la période sans accumulation des effets de structure intermédiaires.

L'**Effet Prix** mesure l'évolution tarifaire pure, à volumes constants. Il est calculé selon le principe de l'indice de Laspeyres : pour chaque spécialité présente simultanément les deux années comparées (intersection stricte), on applique la différence de prix unitaire à la quantité de l'année de base.

$$\text{Effet Prix} = \sum (p \in I) Q_{p,b} \times (P_{p,c} - P_{p,b})$$

Où :

- $Q_{p,b}$ = quantité du produit p l'année de base
- $P_{p,t} = V_{p,t} / Q_{p,t}$ = prix unitaire moyen du produit p l'année t
- I = ensemble des produits présents avec volumes > 0 aux deux années (intersection stricte)

Les spécialités n'ayant pas d'historique dans les deux périodes sont exclues de ce calcul, ce qui garantit une comparaison "produit à produit" stricte sans biais d'entrées/sorties de gamme. Les effets sont ensuite agrégés au niveau de la strate d'analyse.

L'**Effet Patient** valorise l'évolution de la file active au coût moyen constant de l'année de base :

$$\text{Effet Patient} = (N_c - N_b) \times (V_b/N_b)$$

Où :

N_c, N_b = nombre de patients l'année courante et de base

V_b/N_b = coût moyen par patient l'année de base

Il mesure la seule croissance démographique (nouveaux patients pris en charge), indépendamment de toute modification de pratiques ou de tarifs.

L'**Effet Intensité** isole la variation du volume moyen de soins par patient, évaluée au prix unitaire de l'année de base. Il est calculé en deux temps : variation de l'intensité de traitement par patient (ratio quantités / patients) entre les deux années, appliquée au nombre de patients courants et valorisée au prix unitaire de base :

$$\text{Effet Intensité} = N_c \times (Q_c/N_c - Q_b/N_b) \times (V_b/Q_b)$$

Où :

N_c = nombre de patients l'année courante

Q_c, Q_b = quantités délivrées l'année courante et de base

N_b = nombre de patients l'année de base

V_b = dépenses remboursées l'année de base

Cet effet reflète l'intensification ou l'allègement des stratégies thérapeutiques (nombre de boîtes, posologie, durée de traitement), toutes choses égales par ailleurs en termes de prix et de nombre de patients.

L'**Effet Structure** est obtenu par l'addition du solde de la décomposition de l'effet croisé et du mix-produit :

$$\text{Effet croisé} = \Delta V - (\text{Effet Prix} + \text{Effet Patient} + \text{Effet Intensité})$$

Le Mix-produit est calculé lors de l'agrégation globale. Il correspond à la différence entre la somme des effets volumes évalués au niveau détaillé (par produit) et l'effet volume évalué globalement :

$$\text{Mix-produit} = \sum (\text{Effet Patient} + \text{Effet Intensité}) - \text{Effet Volume Macro}$$

Cet effet isole spécifiquement la déformation de la structure de prescription vers des molécules plus coûteuses (thérapies ciblées, immunothérapie). Il capte tout ce qui n'est pas explicable par les trois effets précédents : glissement du mix-produit vers des molécules plus coûteuses, arrivée de nouvelles spécialités, substitution interclasses thérapeutiques. En oncologie, cet effet est structurellement le premier contributeur à la croissance des dépenses, reflétant le poids croissant des thérapies ciblées et de l'immunothérapie.

La décomposition est **additive par construction** : la somme algébrique des quatre effets est exactement égale à la variation totale des dépenses, sans résidu ni écart d'arrondi.

4.1.2 Une transformation en profondeur des dépenses de médicaments anticancéreux suite à l'arrivée des immunothérapies et des anticorps monoclonaux

Entre 2019 et 2024, la structure des dépenses des médicaments anticancéreux se transforme en profondeur, sous l'effet d'un double mouvement :

- la diffusion rapide des nouvelles thérapies (Encadré 28 pour une définition des segments thérapeutiques) à fort coût unitaire d'un côté ;
- la stabilité des volumes de prescriptions d'hormonothérapie et de chimiothérapies, de l'autre.

Cette dissociation entre la répartition en dépenses et la répartition en patients initiés est un élément clé de la période.

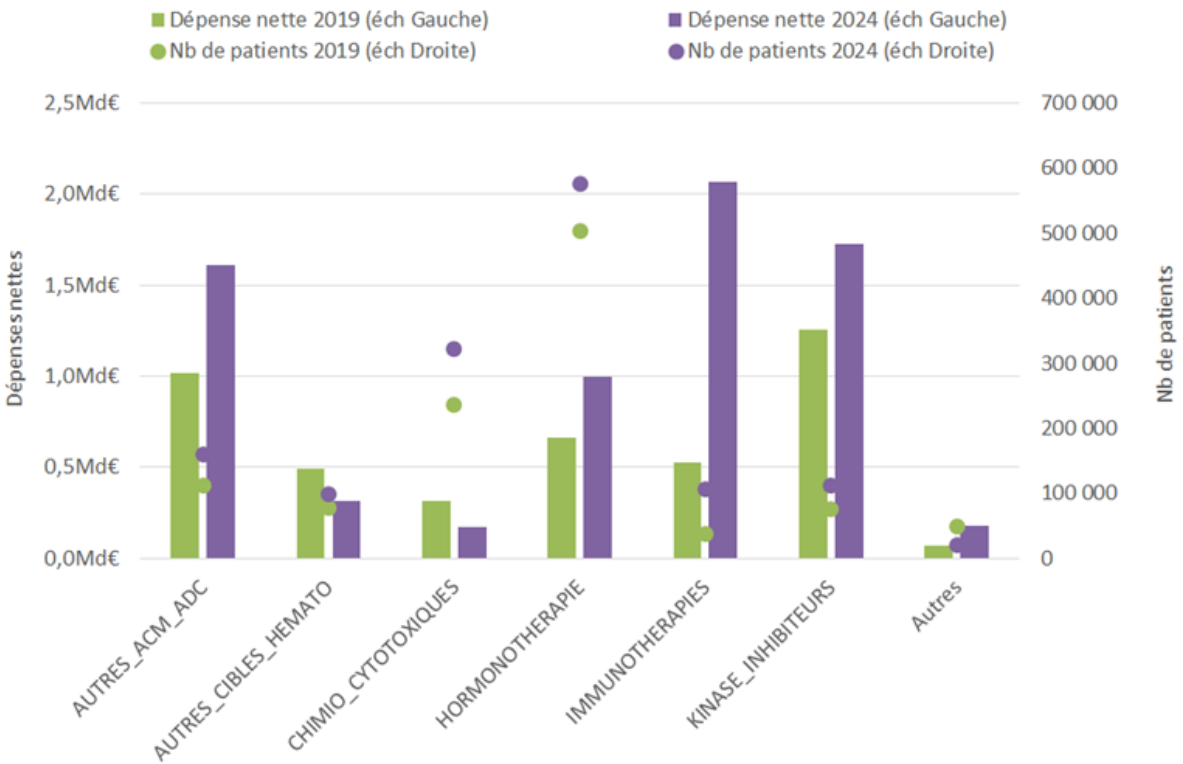
Les immunothérapies représentent le premier poste de dépenses (2,1 Md€ de dépenses remboursées nettes en 2024 ; TCAM 2019/2024 : +31%), portées par leur diffusion en première ligne dans de nombreuses tumeurs — poumon, mélanome, ORL, rein — et par des durées de traitement longues (Figure 65). Cette dynamique est renforcée par l'arrivée de nouvelles indications, parfois transverses qui élargissent mécaniquement la population exposée. Cette classe concentre à elle seule la moitié de la contribution à la croissance entre 2019 et 2024 (+1,5 Md€). Le pembrolizumab consolide ses indications multiples (poumon (CBNPC), mélanome, col de l'utérus) générant un effet volume considérable pour un prix unitaire élevé. Pour ce segment, le coût de traitement par patient – après déduction des remises – atteignent en moyenne 19 433€ par patient en hausse de 6,7% par an depuis 2019.

Le segment anticorps monoclonaux et des anticorps conjugués (ADC) représente le principal contributeur à la croissance des dépenses de médicaments anticancéreux en valeur (1,6 Md€ en 2024 ; TCAM +9,6%), porté par des molécules à large spectre d'indication auxquelles s'ajoutent les anticorps conjugués (ADC), dont les prix unitaires élevés et l'expansion rapide des indications en font un poste structurellement croissant. Leur dynamique reflète à la fois l'augmentation du nombre de patients traités, l'élargissement des lignes de traitement et la valorisation unitaire nettement supérieure à celle des classes conventionnelles, ce qui en fait le principal moteur de l'effet structure observé sur la période. Cette classe progresse de 591 M€ sur la période 2019-2024 et enregistre un coût moyen net par patient de 10 020€ en 2024, en hausse de 2,1% par an depuis 2019. Le daratumumab s'installe comme standard en première ligne du myélome multiple, une pathologie chronique à traitement long, ce qui amplifie l'effet durée d'exposition.

Les inhibiteurs de kinase progressent régulièrement (1,7Md€ en 2024 ; TCAM +6,6%), portés par la nature orale et prolongée des traitements ainsi que par l'élargissement continu de leurs indications, notamment en oncologie mammaire (CDK 4/6) et hématologique ((inhibiteurs de BTK). Leur dynamique de dépenses reflète à la fois l'augmentation du nombre de patients traités et la durée croissante des lignes de maintenance, même si leur poids budgétaire reste inférieur à celui des anticorps monoclonaux et ADC. Malgré une diminution de 1,4% par an depuis 2019, le coût moyen net par patient reste élevé en 2024 (15 366€). Cette classe enregistre 15% de la contribution à la croissance soit une hausse de 470 M€ des montants remboursés nets de remises depuis 2019. L'osimertinib, inhibiteur de tyrosine kinase de 3^e génération, bénéficie quant à lui de l'extension en adjuvant après résection, passage de l'indication métastatique à l'adjuvant qui multiplie mécaniquement le nombre de patients éligibles.

L'hormonothérapie, (1,0 Md€ en 2024; TCAM +8,5%) confirme son profil structurel de classe « haut volume, coût moyen contenu » : elle représente une part importante des initiations, notamment en adjuvant sein et en prostate, mais reste modeste en contribution aux dépenses globales, à l'exception des nouvelles hormonothérapies de deuxième génération (apalutamide, enzalutamide, darolutamide). Ces dernières ont grandement contribué à la hausse des dépenses nettes de cette classe (+334M€) entre 2019 et 2024. Pour ce segment, le coût moyen net par patient atteint 1 731€ en 2024 soit une progression de 5,6% par an depuis 2019.

Figure 65 : Evolution de la structure des dépenses nettes et du nombre de patients par segment thérapeutique entre 2019 et 2024



Source : SNDS (DCIR&PMSI), CEPS pour les remises; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Le segment des autres cibles hématologiques — IMiDs constitue un bloc intermédiaire (0,31 Md€ en 2024 ; TCAM -8,5%) dont le poids diminue discrètement mais sûrement. Centré essentiellement sur le myélome multiple, ce segment est caractérisé par des traitements de maintenance au long cours — en particulier le lénalidomide en entretien post-autogreffe ou en première ligne chez les patients non éligibles — qui alourdissent les dépenses sans générer autant de nouvelles initiations que les segments en expansion rapide. La généralisation du lénalidomide, effective en France depuis 2022, a permis de baisser les coûts unitaires et par patient (3 170€ en 2024 contre 6 405€ en 2019), et par conséquent de modérer la croissance du segment malgré l'augmentation des volumes. Ceci explique la baisse des dépenses observées sur ce segment depuis 2019 (-175M€).

À l'opposé, la chimiothérapie cytotoxique (0,17 Md€ en 2024; TCAM -11,5%) demeure le deuxième segment en nombre de patients : elle reste incontournable en situation adjuvante, en préparation à la greffe et dans les associations avec les nouvelles thérapies. Son poids relatif en dépenses s'érode néanmoins au fil des années à mesure que les molécules innovantes captent les lignes actives. Ce segment enregistre une baisse des dépenses malgré une hausse du nombre de patients entre 2019 et 2024. Il s'agit du segment thérapeutique où la dépense nette moyenne par patient est la moins élevée (531€ en 2024).

Encadré 28 : Définitions des segments thérapeutiques

IMMUNOTHÉRAPIES (classes ATC : L01FF, L01FX04/20, L01FY02, L01XL)

L'immunothérapie agit en modulant le système immunitaire pour qu'il détecte et détruise les cellules cancéreuses. Elle regroupe les inhibiteurs de points de contrôle immunitaires (anti-PD-1, anti-PD-L1, anti-CTLA-4), qui lèvent des mécanismes d'inhibition physiologique de la réponse immunitaire, l'association fixe relatlimab + nivolumab, ainsi que les thérapies cellulaires CAR-T, qui consistent à prélever des lymphocytes T du patient, à les modifier génétiquement pour qu'ils reconnaissent les cellules tumorales, puis à les réinjecter. Indications principales : mélanome, cancers du poumon, de la vessie, hémopathies malignes réfractaires. Exemples : pembrolizumab, nivolumab, ipilimumab.

ANTICORPS MONOCLONAUX ET LES ANTICORPS CONJUGUES (L01F hors L01FF et L01FX)

Ce segment comprend les anticorps monoclonaux anticancéreux hors immunothérapies et les anticorps conjugués (ADC). Les anticorps monoclonaux se lient à des antigènes spécifiques exprimés à la surface des cellules tumorales pour les bloquer ou les détruire (trastuzumab, cétuximab, daratumumab). Les ADC associent un anticorps ciblant la cellule tumorale à une molécule cytotoxique : l'anticorps permet une délivrance sélective de la substance active directement dans la cellule cible. Exemples : trastuzumab déruxécane, sacituzumab govitécan, enfortumab védotine.

INHIBITEURS DE KINASES (L01E)

Les inhibiteurs de kinases bloquent des enzymes (kinases) anormalement activées dans les cellules tumorales, qui transmettent des signaux favorisant leur prolifération, leur survie ou leur dissémination. Ce sont majoritairement des traitements oraux. Leur prescription est conditionnée à l'identification d'une altération moléculaire spécifique (EGFR, ALK, BRAF, HER2, etc.) par test moléculaire tumoral. Exemples : osimertinib, ibrutinib, ribociclib, vémurafénib.

HORMONOTHÉRAPIE (L02)

L'hormonothérapie est indiquée dans les tumeurs dont la croissance dépend des hormones sexuelles (œstrogènes, androgènes). Elle agit soit en bloquant les récepteurs hormonaux des cellules tumorales, soit en réduisant la production de ces hormones. Elle constitue un traitement de référence dans les cancers du sein hormonodépendants et les cancers de la prostate, en monothérapie ou en association. Exemples : anastrozole, fulvestrant, enzalutamide, abiratéron.

AUTRES CIBLES HÉMATO (L01XG/H/M/P/Q/R/XL/XY, L01XX sélectifs, IMiDs L04AX)

Ce segment regroupe des thérapies ciblées utilisées principalement dans les hémopathies malignes. Elles agissent sur des mécanismes cellulaires variés : inhibition du protéasome (bortézomib, carfilzomib), inhibition de l'exportine nucléaire (sélénexor), inhibition de BCL-2 (vénetoclax), inhibition des enzymes IDH1/IDH2 (ivosidenib, énasidenib). Il inclut également les immunomodulateurs (IMiDs — lénalidomide, pomalidomide, thalidomide), qui modifient l'environnement immunitaire tumoral et l'activité des cellules malignes, principalement dans le myélome multiple, ainsi que le glasdegib dans certaines leucémies aiguës.

CHIMIOTHÉRAPIES CYTOTOXIQUES (L01 résiduel + L04AX03)

Les chimiothérapies cytotoxiques interfèrent directement avec la division cellulaire, en endommageant l'ADN ou en bloquant la mitose. Leur action n'est pas spécifique d'une anomalie moléculaire tumorale, ce qui explique un profil d'effets indésirables plus large : myélotoxicité, mucites, neuropathies périphériques. Ils comprennent les agents alkylants, les antimétabolites (méthotrexate), les poisons du fuseau (alcaloïdes de la pervenche), les antibiotiques cytotoxiques et les sels de platine. Exemples : éribuline, capécitabine, doxorubicine, pémétréxed.

Encadré 3 : Les CAR-T

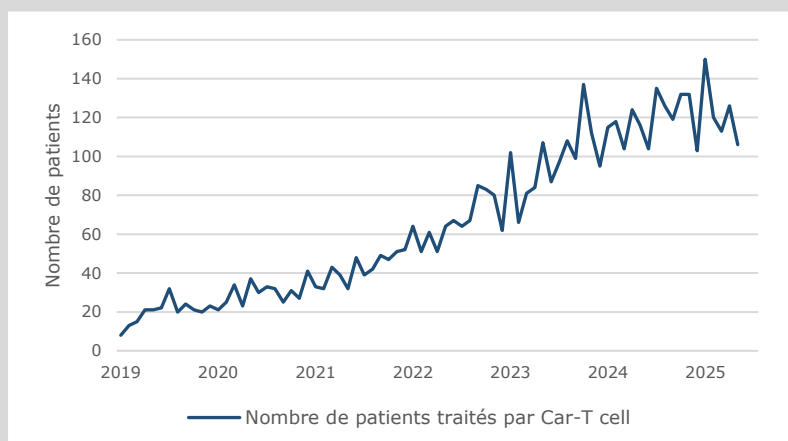
Entre le 1er janvier 2019 et le 30 juin 2025, 5332 patients ont reçu un traitement par Car-T cell en France. Les principales indications de ces traitements étaient le Lymphome diffus à grande cellule B (62% des patients), le Myélome multiple (20%), le Lymphome folliculaire (8%), le Lymphome à cellules du manteau (5%) et la Leucémie aiguë lymphoblastique (5%).

La moyenne d'âge des patients recevant une thérapie par Car-T cell était de 61 ans variant de 24 ans pour les patients avec une Leucémie aiguë lymphoblastique à 68 ans pour les Lymphomes à cellules du manteau. Environ un tiers des patients avaient plus de 70 ans et 2% moins de 18 ans.

Parmi les patients ayant reçu un traitement par Car-T cell, 72% ont été réhospitalisés en hôpital de jour et 68% ont eu au moins une hospitalisation complète dans l'année suivant le traitement.

Près de 4% des patients traités sont décédés au cours du séjour hospitalier pendant lequel le traitement par Car-T cell a été administré, avec des proportions très variables selon l'indication (de 1% pour les Lymphomes folliculaires à 7% pour les Lymphomes à cellules du manteau).

La survie à 1 an était de 77% chez les patients traités, variant de 71% pour le lymphome diffus à grande cellule B à 92% pour les lymphomes folliculaires. La principale cause de mortalité chez ces patients était liée à la progression de l'hémopathie maligne sous-jacente.



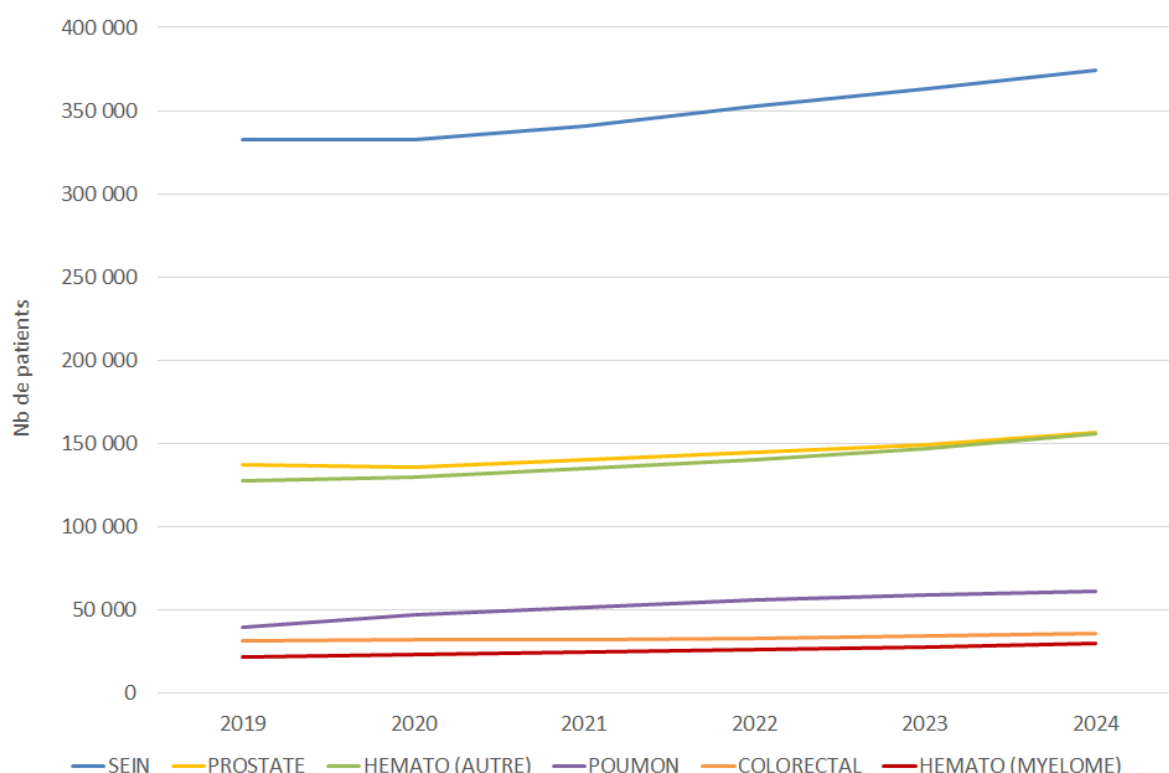
Malgré un coût unitaire parmi les plus élevés du médicament — de l'ordre de 200 000 € par injection pour les CAR-T commercialisées en France³²² — les patients traités en 2019 et 2020 présentent un taux de retraitement de 47% sur la période de suivi, quasi-exclusivement par des thérapies anti-cancéreuses conventionnelles hors CAR-T (délai moyen entre la délivrance du CAR-T et un nouvel anticancéreux (hors CAR-T): 7,2 mois³²³, délai médian : 3,7 mois). Ce pattern suggère davantage une progression tumorale secondaire, inhérente à des pathologies hématologiques réfractaires de stade avancé, qu'un échec primaire de la stratégie CAR-T elle-même. Il convient néanmoins de s'interroger sur l'adéquation entre ce niveau tarifaire et une durabilité de réponse qui, en vie réelle, reste partielle pour une fraction significative des patients. Enfin, sur 1 434 patients traités par CAR-T en 2024, la totalité avait reçu de nombreuses lignes préalables.

4.1.3 Les grands enjeux épidémiologiques autour des traitements médicamenteux des cancers

Les cancers les plus fréquemment traités par médicaments anticancéreux (hors traitement intra-GHS) sont les cancers du sein (374 000) chez la femme, et de la prostate (156 000) chez l'homme en France. Le poumon (61 000) et l'hématologie (43 000) hors myélome constituent un second groupe à fort volume, représentant ensemble une part majeure des dépenses en médicaments anticancéreux. À l'opposé, le myélome (7 000) et le cancer gastrique hors CCR (9 000) sont les moins fréquents, bien que leur coût unitaire par patient soit parmi les plus élevés (Figure 66 et Encadré 29).

Les patients traités pour un cancer de la prostate ou un myélome sont en moyenne les plus âgés, avec respectivement 75 et 72 ans. À l'opposé, les cancers hématologiques hors myélome (64 ans) et le cancer du sein (66 ans) concernent des patients sensiblement plus jeunes. Les cancers colorectal (69 ans) et pulmonaire (68 ans) se situent dans une position intermédiaire. Depuis 2019, l'âge moyen de l'ensemble des patients consommant des médicaments anti cancéreux est en hausse passant de 67,2 ans en 2019 contre 68,4 ans en 2024.

Figure 66 : Evolution du nombre de patients recevant un médicament anticancéreux (hors traitement intra-GHS) par type de cancer



Source : SNDS (DCIR&PMSI); Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam
 Note : Le périmètre diffère de celui de la Cartographie des pathologies et des dépenses qui identifie les patients avec un cancer actif (quel que soit le type de prise en charge (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins palliatifs...)) ou surveillé sur la base des ALD, des séjours hospitaliers et d'une sélection de médicaments délivrés en ville (cancer de prostate).

Encadré 29 : Données de cadrage de la Cartographie des pathologies et des dépenses

La population des patients bénéficiant d'un traitement anticancéreux selon la définition utilisée dans ce chapitre diffère de celle des patients avec un cancer selon la Cartographie des pathologies et des dépenses, qui identifie les patients avec un cancer actif (quel que soit le type de prise en charge (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins palliatifs...)) ou surveillé sur la base des ALD, des séjours hospitaliers et d'une sélection de médicaments délivrés en ville (cancer de prostate). De façon notable, une séance de chimiothérapie avec une molécule intra-GHS conduit à classer le patient en cancer actif.

Les patients avec un traitement anticancéreux correspondent à des cancers actifs au sens de la Cartographie, à l'exception des cancers du sein sous inhibiteurs de l'aromatase ou anti-œstrogènes. En effet, ces traitements au long cours indiqués en prévention des récives ne sont pas pris en compte dans l'algorithme du cancer du sein actif. Par construction, les femmes concernées sont affectées au cancer du sein sous surveillance.

Effectifs de cancers actifs ou surveillés en 2024 (Cartographie G13)

	Cancers actifs			Cancers surveillés	
	Nombre de patients	Age moyen (années)	Dont nouveaux patients*	Nombre de patients	Age moyen (années)
Cancer du sein	264 293	64,5	92 631	464 688	70,8
Cancer de la prostate	275 287	74,0	96 686	307 717	77,2
Cancer colorectal	155 906	70,6	61 255	206 547	74,7
Cancer bronchopulmonaire	123 871	68,9	50 145	61 231	71,3
Autre cancer (dont hémopathie maligne)	1 015 511	69,0	373 533	988 304	69,7

*Cas incidents, rechutes ou récives.

Une incidence des traitements anticancéreux en progression quel que soit l'âge

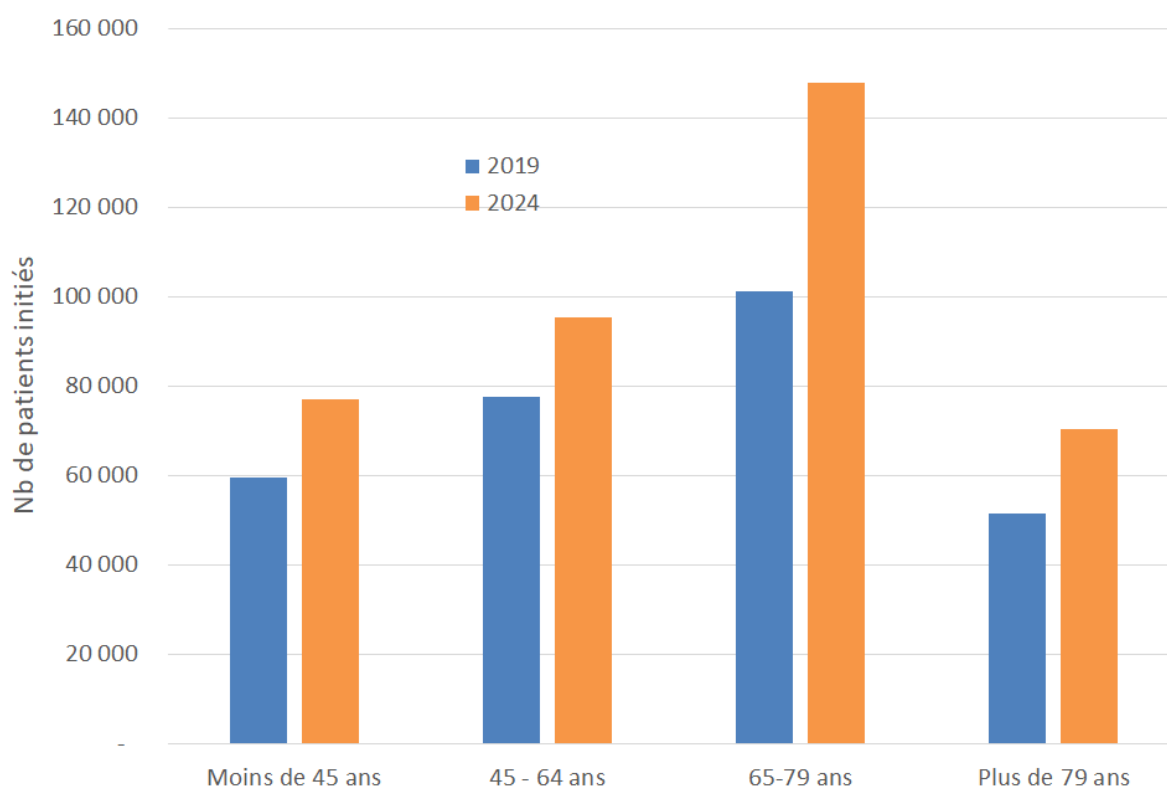
Aujourd'hui, les patients de 65 ans et plus ayant reçu au moins une délivrance d'un médicament anticancéreux, concentre 64% des dépenses et des patients. L'âge médian des cas incidents s'élève à 67 ans en France, avec 391 000 nouveaux cas estimés en 2024 (Figure 67).

La tranche 65-79 ans concentre mécaniquement le plus grand volume d'initiations (148 000), compte tenu de l'incidence cumulée des cancers les plus fréquents (sein, prostate, poumon, myélome, colorectal) dont la médiane de diagnostic dépasse 64 ans. Pour cette classe d'âge, ces cinq types de cancers représentent près de 85% de l'incidence. Elle est également la classe d'âge qui enregistre la plus forte hausse entre 2019 et 2024 (+46%) avec près de la moitié des nouveaux cas.

En deuxième position, on retrouve la classe des 45-64 ans avec 95 000 cas, en progression de 23% par rapport à 2019 – principalement due à la hausse du nombre de cancer du sein, poumon, hématologie (hors myélome) et colorectal- puis en troisième position la classe d'âge des moins de 45 ans (77 000) principalement pour le cancer du sein, en hématologie hors myélome. La classe des moins de 45 ans reste en retrait mais progresse de manière soutenue (+29% par rapport à 2019).

La classe d'âge supérieur à 80 ans (70 000 cas) affiche une progression marquée sur les six années étudiées (+37%) signe notamment du vieillissement de la population. En France, les personnes âgées de 80 ans ou plus représentaient 6,1% de la population en 2024 contre 5,2% en 2010³²⁴.

Figure 67 : Evolution du nombre de patients initiés par classe d'âge



Source : SNDS (DCIR&PMSI) ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Les coûts médicamenteux lors de la première année de traitement sont particulièrement élevés et peuvent différer entre localisations cancéreuses. Le coût moyen annuel toutes pathologies confondues lors de la première année de traitement s'établit à environ 9 880 euros par patient, une moyenne qui masque une distribution extrêmement asymétrique (médiane : 1 209 euros par patient) : un rapport de 1 à 6,7 sépare le cancer de la prostate (~ 5 400 € annuel par patient) du mélanome (~36 000 € annuel par patient) .

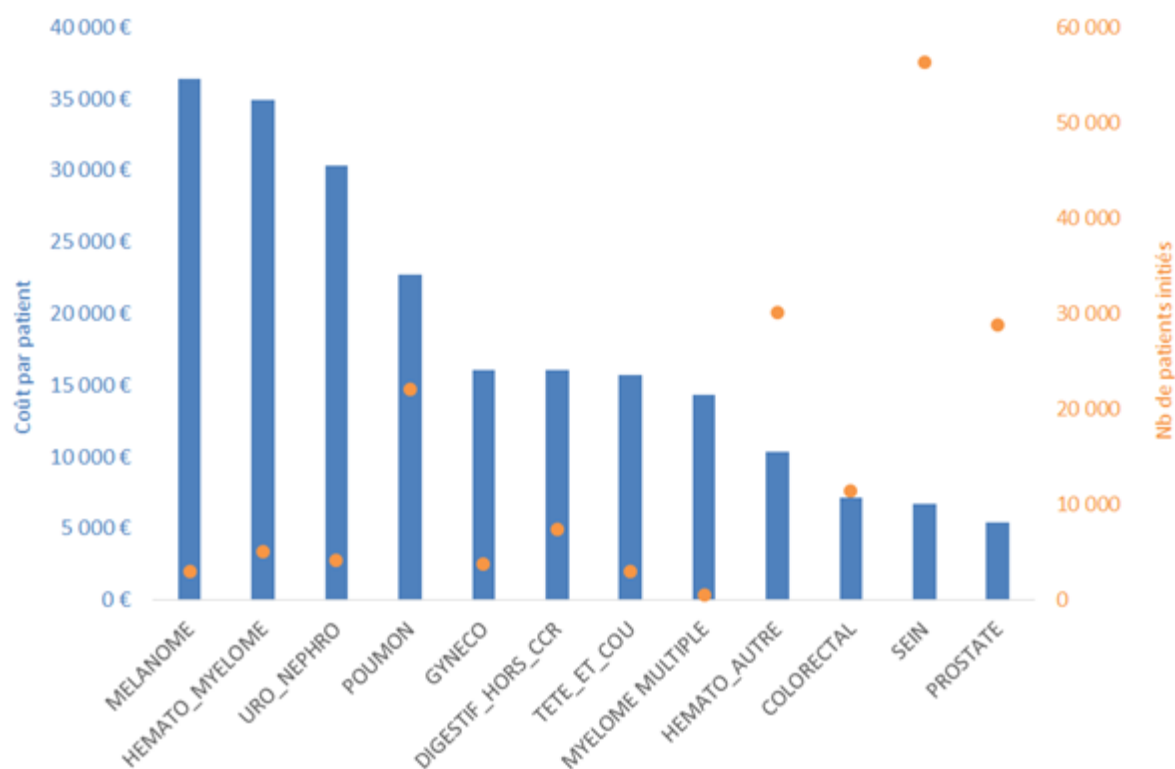
Le mélanome représente le cas le plus onéreux en raison de l'arrivée de huit molécules d'immunothérapie et de thérapie ciblée anti-BRAF/MEK. Le myélome multiple occupe la deuxième position : la première année de traitement représente en moyenne 35 000 € net par patient.

324 INSEE, Estimation de population par région, sexe et grande classe d'âge - Années 1975 à 2024

Le cancer du poumon (23 000€ par an par patient), quatrième poste, mobilise l'immunothérapie (pembrolizumab) et des thérapies ciblées pour les sous-populations porteuses de mutations identifiables (EGFR, ALK...). La dépense globale reste néanmoins moindre que pour le mélanome, car une fraction des patients en stade précoce relève encore de chimiothérapies conventionnelles peu coûteuses.

À l'opposé, les cancers de la prostate (5 400€) et du sein (6 700€) bénéficient d'arsenaux thérapeutiques partiellement matures. L'hormonothérapie de première ligne dans le cancer de la prostate (antiandrogènes, analogues LHRH) et les thérapies anti-HER2 biosimilaires dans le cancer du sein maintiennent une partie des coûts à un niveau structurellement inférieur, indépendamment de la fréquence élevée de ces localisations. Toutefois, le recours aux inhibiteurs CDK4/6 (palbociclib, ribociclib, abémaciclib) introduit une pression budgétaire croissante dans le cancer du sein RH+/HER2 –, réduisant l'écart de coût avec les localisations les plus onéreuses.

Figure 68 : Comparaison des coûts de médicament anticancéreux nets l'année d'initiation en 2023 selon la localisation



Source : SNDS (DCIR&PMSI), CEPS (remises) ; Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Des schémas thérapeutiques de plus en plus complexe

En 2019, la monothérapie (une seule DCI³²⁵) représente la modalité de traitement la plus fréquente de traitement : 845 000 patients estimés parmi les 984 000 ayant reçu un médicament anticancéreux (Figure 69). Sur la période, le volume absolu progresse mais la part relative diminue légèrement (85,9% à 82,6%) : les hormonothérapies orales et certaines thérapies ciblées en monothérapie restent très prescrites, notamment dans le cancer du sein hormonodépendant, la leucémie myéloïde chronique (imatinib) et certains CBNPC³²⁶ (osimertinib). Le recul en part de marché s'explique par la montée des combinaisons médicamenteuses.

La plupart des nouvelles molécules s'ajoutent aux traitements existants plutôt qu'ils ne les remplacent, alimentant structurellement chaque année un flux de passage de la monothérapie vers des combinaisons plus complexes. En 2024, la part des patients traités par plus d'une molécule s'élève à 17,4% soit 3,3 points de plus qu'en 2019. La bithérapie (deux DCI) connaît la croissance la plus soutenue sur la période, portée par trois dynamiques convergentes :

³²⁵ DCI : Dénomination Commune Internationale, cela correspond au nom scientifique de la substance active d'un médicament, utilisé de façon commune dans le monde entier. Elle permet d'identifier clairement le principe actif, indépendamment du nom commercial.

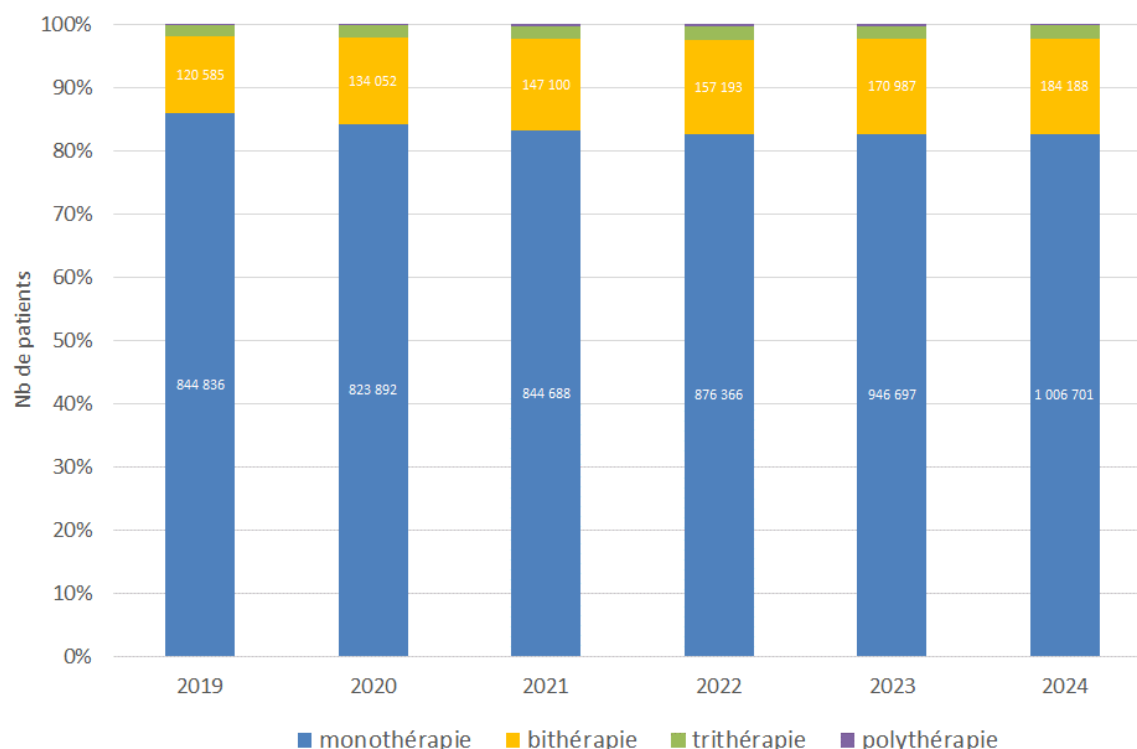
³²⁶ Cancer Bronchique Non à Petites Cellules

- Premièrement, l'essor des combinaisons immunothérapie + chimiothérapie (exemple: pembrolizumab + chimiothérapie à base de sel de platine dans les CBNPC, cancers gastriques, col utérin).
- Deuxièmement, l'association de thérapies ciblées comme dabrafenib + trametinib dans le mélanome.
- Troisièmement, la progression de l'accès précoce : la cancérologie concentre 50% des avis favorables entre 2021 et 2023³²⁷, avec une majorité d'associations.

Le nombre de patients traités par une trithérapie (trois DCI) s'accroît après 2021 (+12,7%), soutenue par notamment les triplets dans le myélome multiple (daratumumab + bortezomib + dexaméthasone) et dans certains cancers du sein HER2+ (pertuzumab + trastuzumab + taxane en néoadjuvant).

La polythérapie (quatre molécules et plus) reste la catégorie la moins représentée en volume (3 300 patients) et sa progression est plus lente, concentrée sur l'hémopathie maligne (myélome en rechute, lymphomes agressifs) et les essais cliniques.

Figure 69 : Evolution et ventilation du nombre de patients selon le type de thérapie



Source : SNDS (DCIR&PMSI); Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

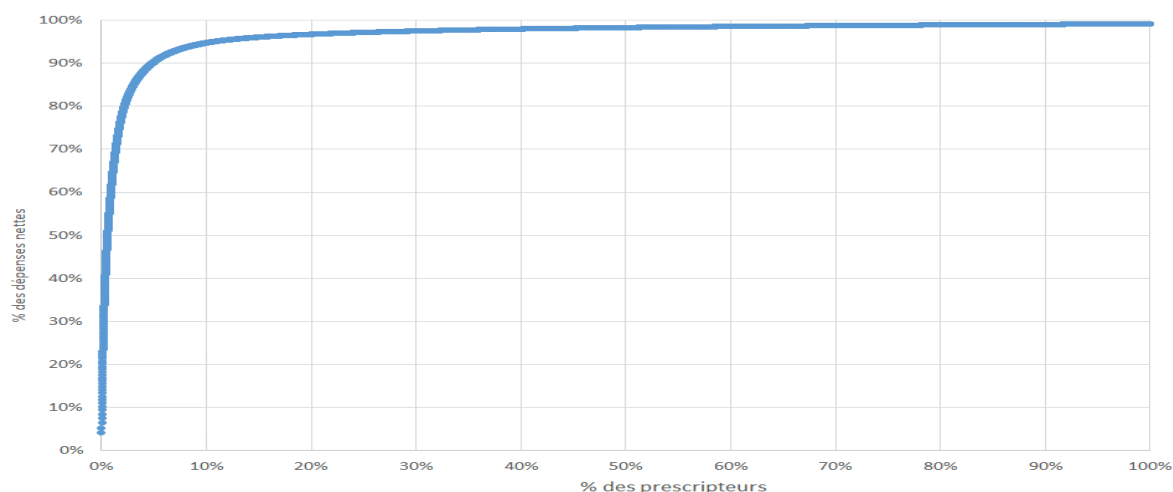
Une dépense concentrée chez peu de prescripteurs mais sans disparité apparente selon le département de résidence des patients

La prescription de médicaments anticancéreux est fortement concentrée avec les deux cents premiers prescripteurs qui concentrent entre 59% et 63% des dépenses chaque année, et 96% pour les 4 000 premiers prescripteurs (Figure 70). Ce constat est stable quelle que soit la molécule étudiée.

Les prescripteurs franciliens concentrent à eux seuls 17,9% des dépenses nettes consacrées aux médicaments indiqués en oncologie dont près de la moitié uniquement pour la ville de Paris. Les prescripteurs des régions AURA, Nouvelle Aquitaine et Occitanie concentrent respectivement 11,8%, 10% et 9,2%. A l'opposé, les prescripteurs des DROM et de la région Centre-Val de Loire concentrent respectivement 2,4% et 3,4% des dépenses nettes consacrées aux médicaments indiqués en oncologie. Cette répartition s'explique largement par la répartition de la population sur le territoire national.

327 HAS - Bilan après deux ans de mise en place du dispositif ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/bilan_aap.pdf

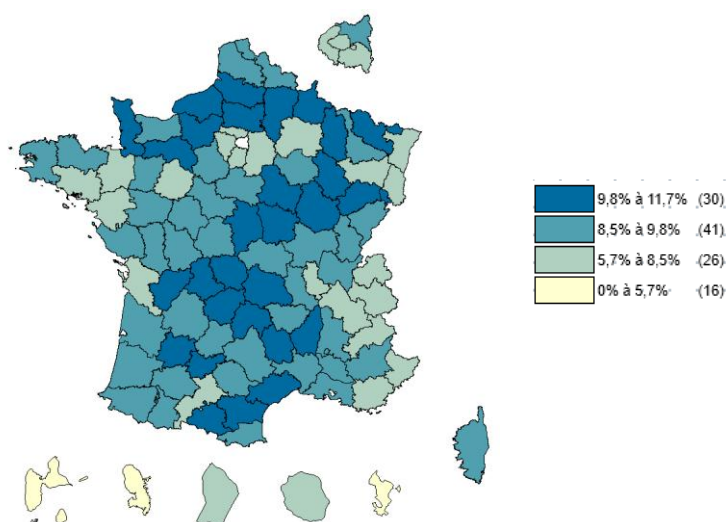
Figure 70 : Courbe de concentration des dépenses nettes de médicaments anti-cancéreux selon le prescripteur



Source : SNDS (DCIR&PMSI); Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Malgré cette forte concentration, les premiers indicateurs étudiés sur l'accès aux traitements les plus innovants comme l'immunothérapie ne semblent pas révéler une disparité d'accès à ces traitements entre département. En effet, l'indicateur d'accès à l'immunothérapie calculé comme la part du nombre de patients ayant eu une délivrance d'immunothérapie sur le nombre de patients ayant eu une délivrance de médicament indiqué en oncologie selon le département de résidence du patient³²⁸ varie peu entre départements hexagonaux. Le ratio varie de 6,7% (Paris) à 11,6% (Cantal) selon les départements de l'hexagone, une amplitude trop faible pour dégager un gradient fiable (Figure 71). Il est cependant plus faible dans les DROM avec un ratio variant entre 3,6 (Guadeloupe) et 5,8% (Guyane).

Figure 71 : Ventilation départementale du ratio de patients sous immunothérapie sur le total des médicaments anticancéreux en 2024



Source : SNDS (DCIR&PMSI); Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

³²⁸ Le ratio ne tient pas compte de la structure par âge des patients : les populations plus âgées, surreprésentées dans certains territoires, présentent un profil de comorbidités différent et peuvent être moins souvent éligibles aux immunothérapies en raison de contre-indications (maladies auto-immunes, insuffisance rénale, état général altéré). De même, la distribution des types de cancer varie selon les territoires — les cancers bronchiques et mélanomes, pour lesquels l'immunothérapie est particulièrement indiquée, ne sont pas uniformément répartis sur le territoire national. Un département présentant une forte prévalence de cancers colorectaux, pour lesquels l'immunothérapie reste plus limitée, affichera mécaniquement un ratio plus faible sans que cela reflète un défaut d'accès.

Les traitements et protocole les plus efficaces

Afin de maîtriser la dynamique des dépenses des traitements médicamenteux contre le cancer, une solution génératrice d'économies immédiates pour l'Assurance Maladie consiste à privilégier, à efficacité comparable, les traitements et protocoles les plus efficaces. Il s'agit de privilégier les voies d'administration allégeant le parcours de soins (virage ambulatoire) ou bien encore de favoriser les molécules du répertoire (génériques/biosimilaires) face aux alternatives récentes coûteuses.

Ainsi, dans le cancer colorectal, le passage d'un protocole intégralement intraveineux (IV) (FOLFOX) à un protocole combinant une partie par comprimé (capécitabine) et une partie IV (CAPOX) réduit objectivement le temps passé en hôpital de jour, et s'inscrit dans la logique du virage ambulatoire (moins d'hospitalisation complète, plus de soins de jour, voire de traitements à domicile). Ainsi, le remplacement du protocole intraveineux FOLFOX peut générer des économies organisationnelles en permettant d'éviter des séances en hôpital de jour. À efficacité globalement comparable selon les données disponibles, sous réserve du profil de risque, elle réduit la fréquence des venues et peut réduire le coût total de prise en charge (administration + suivi). Toutefois, son adoption se heurte à des biais cliniques : la gestion d'un anticancéreux oral à domicile nécessite une vigilance accrue sur l'observance et la gestion des effets indésirables, ce qui constitue parfois un frein à la généralisation de ces schémas. La peur de gérer à distance ses effets secondaires spécifiques (syndrome main-pied) freine cette transition ambulatoire pourtant efficace.

Le paysage économique des médicaments anticancéreux est appelé à se transformer sensiblement d'ici 2030. L'arrivée probable de génériques (enzalutamide, ibrutinib à court terme ; palbociclib à moyen terme) et de biosimilaires des anti-PD-1 (nivolumab, pembrolizumab) à la fin de la décennie ouvrira des marges d'économies substantielles pour l'Assurance Maladie.

Dans le cancer de la prostate, privilégier l'abiratéron générique en première intention face aux alternatives récentes et très onéreuses constitue un choix économique rationnel³²⁹. Pour une efficacité clinique globale comparable dans les stades avancés -cancer de la prostate métastatique résistant à la castration et cancer de la prostate métastatique hormono-sensible à haut risque - ce choix permet une réduction très importante du coût médicamenteux par patient par rapport aux molécules plus récentes encore sous brevet. Néanmoins, les prescripteurs ont tendance à privilégier les molécules les plus récentes et perçues comme plus simples d'utilisation, malgré un différentiel de coût important. L'obligation d'associer l'abiratéron à des corticoïdes entraîne une complexité supplémentaire pour les prescripteurs qui privilégient le confort d'utilisation des nouveaux traitements. Ces molécules ont toutes eu une amélioration de service médical rendu (ASMR) modérée (III) par rapport à ADT seule³³⁰ dans l'indication mHSPC³³¹ et une ASMR III (post docétaxel) puis IV (pré chimio) pour l'abiratéron et l'enzalutamide dans l'indication mCRPC³³², la Commission de la Transparence les met souvent « au même niveau » en termes de progrès thérapeutique³³³. La dépense remboursée brute de l'assurance maladie sur ces 4 molécules d'hormonothérapie s'élève à 1,06 Md€ en 2025 dont 171 M€ au titre de l'abiratéron³³⁴. De plus, l'arrivée prochaine des génériques d'enzalutamide devrait également permettre d'accroître la place des médicaments du répertoire des génériques dans cette classe au détriment des molécules plus récentes et onéreuses que sont apalutamide et darolutamide.

La désescalade thérapeutique : réduire l'intensité des traitements sans aucune perte de chance pour le patient

La désescalade thérapeutique en oncologie vise à réduire l'intensité, la durée ou la combinaison des traitements anticancéreux tout en préservant leur efficacité. Cette approche s'est développée à mesure que l'amélioration de la survie des patients a mis en lumière l'importance des effets indésirables à long terme et de leur impact sur la qualité de vie. Elle marque une évolution par rapport à la logique historique de traitements maximaux, rendue possible par les progrès de la médecine de précision et une meilleure compréhension de la biologie des tumeurs. Son principe repose sur l'adaptation des stratégies thérapeutiques au profil de chaque patient et aux caractéristiques de sa maladie, afin de garantir le meilleur rapport bénéfice-risque. La désescalade thérapeutique en oncologie vise à contribuer à l'amélioration de la qualité de vie des patients, intégré dans la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030³³⁵. Elle constitue un levier stratégique répondant à un triple impératif clinique, économique et organisationnel.

³²⁹ Cost-Effectiveness Analysis of Contemporary Advanced Prostate Cancer Treatment Sequences, Valentin Litvin 1, Armen G Aprikian 2, Alice Dragomir, <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12025438/>

³³⁰ Darolutamide a eu une ASMR III par rapport à docétaxel + ADT

³³¹ cancer de la prostate métastatique hormono-sensible à haut risque

³³² cancer de la prostate métastatique résistant à la castration

³³³ Apalutamide et Darolutamide n'ont pas été évaluées dans cette indication

³³⁴ Données SNDS 2025 ; en date de liquidation ; France entière ; tous régimes

³³⁵ Stratégie Décennale de Lutte contre les Cancers 2021-2030 (Objectif II-4 : Proposer un programme national de pertinence et désescalade thérapeutique (<https://www.cancer.fr/content/download/97886/file/Strate%CC%81gie+de%CC%81cennale+de+lutte+contre+les+cancers+2021-2030+V2.pdf?version=2>))

- Sur le plan individuel, elle garantit aux patients une efficacité thérapeutique maintenue sans aucune perte de chance, tout en améliorant significativement leur qualité de vie grâce à la réduction des toxicités cumulées.
- Sur le plan collectif, cette démarche génère des économies substantielles pour l'Assurance Maladie, libérant ainsi des marges de manœuvre financières indispensables pour continuer à financer l'innovation.
- Enfin, elle s'inscrit pleinement dans une politique de bon usage du médicament en limitant les durées de traitement inappropriées, ce qui permet simultanément de prévenir les tensions d'approvisionnement et d'alléger durablement la charge logistique et soignante pesant sur les hôpitaux de jour.

Pour appuyer ces arguments, il est possible de fournir les exemples suivants s'appuyant notamment sur des essais cliniques :

- Anti-PD-1/PD-L1 : Arrêt de traitement à 2 ans pour le mélanome et le poumon. Chez un patient répondeur sous immunothérapie depuis deux ans, le maintien du traitement au-delà de ce seuil n'apporte pas de bénéfice supplémentaire démontré³³⁶. L'arrêt programmé à 24 mois permet de supprimer des mois de perfusions coûteuses, de réduire l'exposition à des toxicités cumulatives (effets endocriniens, cutanés, fatigue) et d'alléger la surveillance hospitalière, sans compromettre la réponse clinique déjà obtenue. Le suivi des patients initiés en 2020 par anti-PD1 montre que la durée de traitement moyenne s'élève à 15,8 mois et 23% de ces patients initiés ont une durée de traitement supérieure à 24 mois. Le surcoût total brut du traitement au-delà de 24 mois s'élève à 84 M€ dont 66 M€ au titre du poumon et du mélanome.
- Durée fixe pour l'association ibrutinib + venetoclax à 15 mois dans le traitement de la Leucémie Lymphoïde Chronique (LLC). Plutôt qu'un traitement oral pris à vie, l'association ibrutinib + venetoclax administrée sur une durée fixe de 15 mois produit des rémissions profondes et durables, comparables au traitement continu³³⁷. En concentrant l'effort thérapeutique sur cette fenêtre de 15 mois, le patient bénéficie d'une longue période sans traitement tout en supprimant l'exposition chronique aux effets indésirables. L'économie associée est évaluée à 43 M€ hors remises soit 42% des dépenses en retenant là encore le suivi des patients initiés en 2020 pour avoir suffisamment de recul pour évaluer le nombre de mois de traitement. Cette désescalade thérapeutique serait éligible pour un peu plus de 60% de ces patients traités à vie par inhibiteur de tyrosine kinase (ITK) seul.
- Leucémie myéloïde chronique : Rémission sans traitement (TFR). Dans la leucémie myéloïde chronique, un sous-groupe de patients traités par ITK ayant maintenu une rémission moléculaire profonde stable pendant au moins 24 mois devient éligible à une tentative d'arrêt complet³³⁸. L'enjeu est de transformer cet arrêt en objectif thérapeutique à part entière : pour les patients éligibles, il permet de supprimer définitivement le coût et les contraintes d'un traitement quotidien à vie, tout en maintenant une surveillance moléculaire rapprochée pour détecter toute rechute précoce.
- Bevacizumab dans le cancer de l'ovaire avancé : Au-delà de 15 mois de maintenance, les données d'essais randomisés montrent que la poursuite du bevacizumab n'améliore ni la survie sans progression ni la survie globale³³⁹. L'objectif est d'aligner la pratique réelle sur ce seuil de non-bénéfice : stopper le traitement à 15 mois réduit les toxicités cumulatives (hypertension, atteinte rénale) et diminue les venues à l'hôpital, sans perte de chance pour la patiente.

Ces deux dernières stratégies ne permettent pas de dégager des économies importantes mais, comme les deux premières, elles permettent d'améliorer la qualité de vie des patients en évitant la toxicité et de réduire l'impact environnemental via une moindre consommation.

336 essais KEYNOTE et CheckMate

337 essais CAPTIVATE et GLOW

338 études STIM/EURO-SKI

339 Données de l'essai BOOST

Tableau 34 : Synthèse des économies générées par ces propositions

Proposition	% de patients	Nb de patients	Coût moyen / patient évitable	Impact économique brut
Proposition 1 : Arrêt Anti-PD-1 à 2 Ans	23%	7348	11 381 €	83,6M€
Proposition 2 : LLC => Durée Fixe 15 Mois	62%	749	57 915 €	43,4M€
Proposition 3 : LMC => Treatment-Free Remission (TFR)	47%	185	4 048 €	0,7M€
Proposition 4 : Bévacicumab Plafond 15 Mois	8%	84	4 187 €	0,4M€

Source : SNDS (DCIR&PMSI), Médicaments délivrés en officine, rétrocessions, liste en sus, accès précoce et compassionnel; Traitements Cnam

Encadré 30 : Contribution du centre régional de lutte contre le cancer Gustave Roussy

Les traitements contre le cancer constituent un champ d'investigation important pour les stratégies de désescalade.

En France, Gustave Roussy s'est engagé pleinement dans la réalisation d'essais portant spécifiquement sur un objectif de désescalade thérapeutique. Ainsi, l'essai pragmatique PULSE (étude de non infériorité de phase 3, randomisée évaluant le pembrolizumab comme traitement d'entretien à dose conventionnelle ou adaptée, chez des patients atteints d'un cancer du poumon non épidermoïde), débutée en 2023 et toujours en cours, vise à comparer l'efficacité et la tolérance d'une dose standard de pembrolizumab (200 mg) toutes les trois semaines versus toutes les six semaines pour le traitement de maintenance des patients soignés pour un cancer du poumon. En effet, le médicament restant très longtemps dans le sang (environ cinq mois), il n'est pas certain qu'un rythme de trois semaines soit nécessaire.

Si cette étude confirme la possibilité d'espacer de six semaines les traitements, cela constituera la démonstration des gains issus de la désescalade à la fois pour les patients en termes d'effets secondaires et de toxicité dans le suivi du traitement, mais aussi pour la protection sociale. Sur la base de 27 000 nouveaux patients diagnostiqués chaque année avec un cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé (HAS), il est possible d'envisager qu'environ 21 600 patients débiteront un traitement systémique (d'après les populations incluses dans les essais KEYNOTE-189 et KEYNOTE-407). En supposant que 30 % des patients présentent un contrôle prolongé de leur maladie sans toxicité significative, 10 injections de pembrolizumab pourraient être évitées chez 6 480 patients.

La désescalade ne concerne pas uniquement les produits de santé, même si cela reste dans ce domaine que les effets en termes d'économies potentielles sont les plus conséquents. Ainsi, l'hypofractionnement en radiothérapie constitue l'un des exemples les plus aboutis de désescalade thérapeutique en oncologie : il consiste à réduire le nombre de séances de traitement sans compromettre son efficacité ni sa sécurité. Les résultats finaux de l'essai français de phase III HypoG-01 conduit par le docteur Sofia Rivera, publiés dans The Lancet, ont permis d'accroître encore le niveau de preuve en démontrant, pour les malades à risque plus élevé, qu'un protocole de radiothérapie de quinze séances sur trois semaines n'est ni moins efficace ni plus toxique que le schéma standard de vingt-cinq séances sur cinq semaines chez les patientes atteintes d'un cancer du sein avec atteinte ganglionnaire. Après cinq ans de suivi, les taux de lymphoedème, d'effets indésirables graves et de contrôle de la maladie sont comparables entre les deux stratégies. Cette approche permet en revanche de réduire de 40 % la durée du traitement, avec des bénéfices majeurs pour les patientes – diminution de la fatigue, des contraintes de déplacement, du retentissement psychologique et des interruptions de vie personnelle et professionnelle. Elle présente également des avantages importants pour le système de santé en améliorant l'utilisation des équipements de radiothérapie, en augmentant les capacités de prise en charge (i.e. nombre de patientes) et en contribuant à une plus grande efficacité des soins. L'étude HypoG-01 confirme ainsi un nouveau standard international illustrant qu'il est possible de traiter aussi efficacement tout en allégeant significativement le parcours de soins. Enfin, les évaluations médico-économiques associées à cette étude concluent qu'un tel protocole peut permettre de réaliser une économie d'environ 3 800€ par patiente, ce qui pourrait conduire à une économie totale de 120 à 150 M€ par an pour le seul cancer du sein.

L'évaluation gériatrique approfondie pour les patients âgés atteints de cancer

En appui des professionnels de santé, la généralisation des outils de dépistage de la fragilité en pratique clinique conditionne la qualité des recommandations thérapeutiques et la pertinence des décisions de traitement chez le patient âgé atteint de cancer. Le questionnaire G8 constitue l'outil de référence pour identifier les patients nécessitant une évaluation gériatrique approfondie (EGA) : un score ≤ 14 déclenche le recours à un avis gériatrique spécialisé.

La croissance de l'incidence et de la prévalence des cancers augmente mécaniquement le volume de patients traités, en améliorant la prévention primaire aux échelons collectif et individuel

Au-delà des actions ciblant les prescriptions — optimisation des prescriptions dans le répertoire, désescalade thérapeutique —, la dynamique des dépenses en oncologie ne s'explique pas uniquement par la dynamique du prix des traitements. La croissance de l'incidence et de la prévalence augmente mécaniquement le volume de patients traités, et la durée de leur prise en charge. D'après l'INCA, d'ici 2050, une hausse de 80% de l'incidence des cancers est attendue, en lien avec les évolutions démographiques et l'exposition aux facteurs de risque³⁴⁰. L'amélioration de la prévention primaire doit devenir une priorité.

4.2 Vyndaquel® (tafamidis 61 mg) dans l'amylose cardiaque à transthyrétine du sujet âgé : exemple du suivi d'un médicament innovant et onéreux. Une étude d'utilisation à partir du Système National des Données de Santé.

Amylose à transthyrétine avec cardiomyopathie

L'amylose à transthyrétine (ATTR) est une maladie chronique liée au repliement anormal d'une protéine hépatique, la transthyrétine, en fibrille amyloïde qui va infiltrer par dépôt les organes et altérer leur fonctionnement. La forme sauvage (ou anciennement dite sénile) de l'ATTR est plus fréquemment présente chez les hommes de plus de 55 ans et liée à l'âge. Les personnes âgées représentent donc une population particulièrement touchée par cette pathologie sous-diagnostiquée et considérée à tort comme rare. Si la forme sauvage correspond à la forme la plus fréquente d'ATTR, il existe aussi une forme héréditaire rare, maladie autosomique dominante causée par des mutations dans le gène de la transthyrétine.

Parmi les organes préférentiellement touchés, on peut citer les nerfs, la synoviale des tendons et des articulations ainsi que le cœur, on parle alors d'amylose cardiaque ou amylose à transthyrétine avec cardiomyopathie (ATTR-CM).

Tafamidis (VYNDAQEL® 61 mg), traitement symptomatique et stabilisateur de l'amylose cardiaque à transthyrétine

L'ATTR-CM est une maladie progressive pouvant conduire à une insuffisance cardiaque. Jusqu'en 2020, les options thérapeutiques se limitaient à la prise en charge symptomatique et aux soins de support optimaux. Le tafamidis (VYNDAQEL® 61 mg, capsules molles) est le premier traitement oral spécifique de l'ATTR-CM de type sauvage ou héréditaire, aujourd'hui recommandé comme traitement de première intention. Il a pour but de stabiliser la progression de la maladie : il demeure en effet un traitement symptomatique, non curatif.

Dans son essai clinique pivot 'ATTR-ACT' évalué par la Haute Autorité de santé (HAS) pour son remboursement, le tafamidis a montré, *versus* placebo, une réduction importante de la mortalité toutes causes et de la fréquence des hospitalisations pour causes cardiovasculaires. Ces bénéfices ont été reconnus par l'évaluation de la Commission de la Transparence de HAS qui lui a accordé une amélioration du service rendu de niveau II (important).

Plusieurs résultats interrogent cependant la transposabilité des résultats de cet essai à la vie réelle :

- l'âge moyen des participants était de 74,5 ans, les patients âgés de plus de 90 ans étaient exclus de l'essai ;
- l'évaluation du tafamidis a été conduite dans une population composée à 70% de patients avec une insuffisance cardiaque de classe fonctionnelle de la *New York Heart Association* (NYHA) I ou II, patients les moins sévères en termes de degré d'insuffisance cardiaque (échelle de sévérité clinique de l'insuffisance cardiaque basée sur la tolérance à l'effort). La démonstration du bénéfice du traitement est aussi moins établie chez les patients de classe NYHA III. Aussi, l'efficacité du tafamidis n'a pas été étudiée chez les patients les plus sévères en termes d'insuffisance cardiaque, ceux de classe NYHA IV, exclus de l'essai ;
- enfin, l'essai a montré que l'efficacité du tafamidis sur la réduction de la mortalité et des hospitalisations n'apparaissait pleinement qu'après 18 mois de traitement bien conduit.

Vyndaqel® : une forte dynamique des délivrances et médicament numéro un des dépenses brutes remboursées en ville

Depuis sa commercialisation en 2021, l'instauration des traitements par tafamidis connaît une forte dynamique. Ainsi, en 2025, près de 15 500 patients ont été traités pour une population cible HAS évaluée en 2021 à 5000 patients. Un total de 1,08 milliard de dépenses brutes ont été remboursées par l'Assurance Maladie au titre des prescriptions exécutées en ville des spécialités à base de tafamidis, plaçant le VYNDAQEL® en tête des dépenses de médicaments remboursées, tous produits confondus, pour la troisième année consécutive. Cette dépense, en forte croissance depuis 2021, représente un impact économique significatif pour l'Assurance Maladie. Le VYNDAQEL® constitue ainsi un exemple de mise à disposition d'un médicament innovant et très onéreux dans un contexte de maladie « émergente » du sujet âgé, jusqu'alors sans traitement médicamenteux spécifique et pour laquelle les recommandations sur l'instauration et le suivi du traitement sont encore en cours d'élaboration.

Dans ce contexte et au vu des interrogations sur la transposabilité de l'essai clinique à l'utilisation du VYNDAQEL® en vie réelle, l'Assurance Maladie a souhaité décrire, en plus du suivi en temps réel des délivrances et des coûts associés, les caractéristiques de la population traitée en France au regard de celles incluses dans l'essai clinique pivot. Une étude d'utilisation à partir des bases du Système national des données de santé (SNDS) a donc été réalisée à cet effet. Ce travail a été effectué en collaboration avec le Pr Thibaud Damy (Centre français de référence de l'amylose cardiaque, Réseau Amylose, Filière Cardiogen ; Hôpital Universitaire Henri-Mondor – Assistance publique-Hôpitaux de Paris), spécialiste de la pathologie.

Méthode de l'étude

À partir des données du SNDS, la cohorte de patients débutant un traitement par tafamidis 61 mg entre 2021 et 2024 a été identifiée.

Outre les données sur les prescripteurs, 3 indicateurs d'utilisation ont été définis au regard des caractéristiques de l'essai clinique précédemment décrites :

- i) part des patients âgés de plus de 90 ans (exclus des essais) ;
- ii) part des patients arrêtant le traitement dans l'année suivant son instauration (l'efficacité du tafamidis n'apparaissant pleinement qu'après 18 mois de traitement) en utilisant l'indicateur persistance basé sur la méthode des intervalles entre délivrances, définissant l'arrêt comme une période sans délivrance de 60 jours (90 jours en analyse de sensibilité) ;
- iii) part des patients avec insuffisance cardiaque classe NYHA III ou IV (niveau de preuve inférieur chez les patients avec insuffisance cardiaque classe NYHA III et non démontrée chez les classe IV). La classe NYHA n'étant pas disponible dans le SNDS pour caractériser les patients avec insuffisance cardiaque, nous avons utilisé les algorithmes d'identification de l'insuffisance cardiaque avancée (dont classes NYHA III et IV) développés à partir de données médico-administratives, validés sur des données cliniques par la *Mayo Clinic* et publiés (Dunlay SM *et al*, Mayo Clin Proc Inn Qual Out 2022). Ce travail a utilisé les critères cliniques de définitions de la Société Européenne de Cardiologie. Sur la base de ces algorithmes, les patients présentant une insuffisance cardiaque avancée ont été définis comme : i) ceux ayant eu au moins deux hospitalisations pour insuffisance cardiaque (diagnostic principal) dans l'année précédant l'initiation du tafamidis, ou ii) ceux ayant eu au moins deux hospitalisations pour insuffisance cardiaque ou arythmies ventriculaires, associées à au moins un des quatre critères suivants : hospitalisation pour hyponatrémie, insuffisance rénale aiguë ou hypotension dans l'année précédant l'instauration du tafamidis, ou utilisation de diurétiques (furosémide, bumétanide) à forte dose dans les 4 mois précédant cette instauration.

Les diagnostics d'hospitalisation ont été identifiés à partir des données chaînées du programme de médicalisation des systèmes d'information relatifs à l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (PMSI MCO). Les caractéristiques cliniques du profil cardiovasculaire et le taux de décès des patients avec et sans insuffisance cardiaque avancée ont ensuite été comparés afin de vérifier la pertinence clinique de l'algorithme.

Résultats de l'étude

Entre 2021 et 2024, 14 642 patients ont débuté un traitement par tafamidis 61 mg.

L'âge moyen à l'instauration du traitement est passé de 81,1 ans en 2021 à 82,4 ans en 2024, avec un âge médian de 84 ans (intervalle interquartile : 78-88) en 2024. Le sex-ratio (H/F) a diminué de 4,1 à 3,3 sur la même période. La proportion globale de patients âgés de 90 ans ou plus était de 12,2%, augmentant de 9,3 % en 2021 à 13,9% en 2024.

Dans la sous-cohorte de patients disposant de données avec au moins un an de suivi post-instauration (N=12 623), 10,1% sont décédés et 7,6 % (analyse de sensibilité : 6,3 %) ont interrompu leur traitement avant la première année de traitement.

Près de 24% des patients (N=3 469) avaient été hospitalisés pour insuffisance cardiaque dans l'année précédant l'initiation du tafamidis. Au total, entre 7,5% (critère i) et 5,2% (ii) ont été identifiés comme ayant une insuffisance cardiaque avancée. Comparativement aux patients sans insuffisance cardiaque avancée, ces patients avaient des taux nettement plus élevés de comorbidités et de traitements concomitants, notamment : insuffisance rénale (33,5% vs 4,2%), valvulopathies (41,4% vs 17,2%), traitement par gliflozines (11,2% vs 8,0%), antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (43,0% vs 22,1%) ou dispositifs cardiaques implantables (35,4% vs 13,8%). Des différences substantielles ont également été observées concernant la mortalité toutes causes à un an entre les deux groupes avec et sans insuffisance cardiaque avancée (32,1% vs 8,9%, respectivement). Ces caractéristiques illustrent aussi la pertinence clinique du résultat de l'algorithme.

Enfin, entre 5,5% (réalisées par des médecins généralistes ou médecins libéraux autres que cardiologue) et 25% (si on considère en plus les instaurations par un cardiologue libéral) des instaurations de Vyndaqel® 61 mg étaient non conformes en termes de nature du prescripteur initial, le traitement devant être instauré par un cardiologue hospitalier. Chez les patients suivis et traités plus d'un an, 16% n'avaient pas eu au moins un renouvellement de traitement par un cardiologue (hospitalier ou non) comme exigé (prescription initiale annuelle réservée aux cardiologues).

Discussion

Cette étude d'utilisation illustre la possibilité d'analyser avec des indicateurs descriptifs la population effectivement traitée en vie réelle et son degré de recouvrement avec celle des patients inclus dans les essais cliniques.

Dans le cas du Vyndaqel®, la description de la population traitée en vie réelle a permis d'identifier un groupe de patients plus âgés et potentiellement plus graves et/ou fragiles que ceux inclus dans son essai clinique évalué par la HAS. Ainsi, ces résultats ont mis en évidence des leviers d'amélioration des pratiques en lien avec la sévérité cardiaque et la fragilité de la population traitée. À cet effet, une communication prochaine de l'Assurance Maladie associant les acteurs de la filière amylose (Collège national des praticiens cardio-vasculaires, la Filière nationale Cardiogen et le Réseau Amylose - F-CRIN GRACE) viendra préciser les modalités d'instauration, de suivi et de déprescription du VYNDALCEL®, en prenant en compte notamment la réévaluation du traitement en lien avec l'évaluation gériatrique approfondie du patient.

Ces résultats ont en outre permis le rappel des conditions de prescription et de délivrance en décembre 2025 après l'identification d'anomalies dans les taux de patients sans prescription initiale hospitalière ou sans au moins un renouvellement annuel effectué par un cardiologue pour le VYNDALCEL® 61 mg.

4.3 Déprescrire, un enjeu pour la qualité de vie des patients

Le rapport C&P pour 2026 appelait à développer la réévaluation régulière des prescriptions afin d'améliorer la prise en charge des patients, de réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et de réduire le gaspillage des produits de santé. Sur la base d'une enquête réalisée par l'institut Ipsos Bva ainsi que d'une revue de la littérature internationale, ce chapitre identifie des leviers efficaces pour déployer la déprescription à large échelle.

4.3.1 La réévaluation des prescriptions fait partie intégrante du soin et du suivi du patient

De nombreuses personnes concernées par des traitements inappropriés avec un impact important sur la qualité de vie

Une prescription médicamenteuse est considérée inappropriée chez un patient lorsque le médicament présente un rapport bénéfice/risque défavorable ou lorsque son efficacité est moindre par rapport à d'autres solutions thérapeutiques plus sûres³⁴¹. Les prescriptions médicamenteuses inappropriées (PMI) comprennent les sur-prescriptions (prescription d'un médicament non indiqué), les prescriptions inadaptées (choix de molécules,

³⁴¹ Laroche ML, Bouthier F, Merle L, Charmes JP. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale française. La Revue de médecine interne 2009. 592-601 ; <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/prescriptions-inappropriees>

durée, dose inadaptées, doublon, interactions médicamenteuses potentiellement néfastes, suivi inapproprié) et les sous-prescriptions (omission d'un traitement indiqué)³⁴².

Les patients âgés, souvent polypathologiques et polymédiqués, sont à haut risque de PMI. La polymédication augmente en effet fortement le risque d'exposition à des médicaments potentiellement inappropriés (MPI) et chaque nouvelle spécialité administrée augmente de 12 à 18% le risque d'effet indésirable avec un impact sur les admissions hospitalières et aux urgences³⁴³.

Les PMI constituent aujourd'hui une préoccupation majeure de santé publique puisqu'elles peuvent être source d'une morbi-mortalité accrue. Elles sont associées à un risque plus élevé d'hospitalisation³⁴⁴ et majorent le risque d'avoir un impact défavorable sur la santé³⁴⁵. L'exemple des benzodiazépines en est une bonne illustration : au-delà des durées maximums de prescription recommandées par la Haute Autorité de santé et par l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (**de quelques jours à 3 semaines dans l'insomnie et jusqu'à 12 semaines dans l'anxiété**), leur efficacité diminue tandis que le risque de dépendance augmente ainsi que les troubles de la mémoire et les risques de chute.

Les prescriptions inappropriées concernent de nombreuses personnes à toutes les étapes du parcours de soins

Tout au long du parcours du patient, des MPI peuvent s'accumuler en lien avec la prise en charge initiale d'une pathologie aiguë (par exemple, un médicament prescrit pour une courte durée et qui demeure sur l'ordonnance par la suite) ou chronique, au cours du suivi en ville, d'une hospitalisation ou encore d'une entrée en EHPAD. Le nombre d'affections augmentant avec l'âge, le nombre de traitements se multiplie et ceux-ci se cumulent (c'est le cas par exemple pour de nombreux médicaments aux propriétés anticholinergiques³⁴⁶). Avec l'augmentation de la fragilité, le risque s'accroît encore (psychotropes en ville et dans les EHPAD).

En 2024, plus de 42,1% des patients de 75 ans et plus hospitalisés en médecine sont concernés par au moins un MPI, ce taux s'élève à 61,6% chez les patients de plus de 75 ans polymédiqués (Tableau 35).

Ces niveaux élevés de MPI se prolongent à la sortie des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) : en 2024, 38,2% de patients étaient concernés par les MPI dans les 4 mois suivant la sortie de SMR (54,7% chez les patients polymédiqués avec plus de 10 molécules)³⁴⁷ (Tableau 35).

Les taux les plus élevés de MPI sont identifiés en EHPAD : en 2024, 57,6% des résidents en EHPAD étaient exposés à au moins un MPI, ce taux s'élevant à 79,5% pour les résidents polymédiqués qui représentent 29,9% des résidents (Tableau 35).

Tableau 35 Taux de polymédication et de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les patients âgés de 75 ans et plus en 2024

	Taux de patients polymédiqués	Taux de patients avec MPI	Taux de patients polymédiqués avec MPI
A l'entrée en MCO	30,5 %	42,1 %	61,6%
Dans les 4 mois après la sortie de SMR	52,2%	38,2%	54,7%
En EHPAD	29,9%	57,6%	79,5%

Note : polymédication : 10 molécules et plus au moins 3 fois dans l'année

Champ : France entière

Source : Cnam (PMSI), 2024

Note : La liste de MPI s'appuie sur la méthodologie de Drusch S, Zureik M et Herr M. Potentially inappropriate medications and polypharmacy in the older population : a nationwide cross-sectional study in France in 2019. *Thérapies* 2023. 10.1016/j.therap.2023.02.001

³⁴² Aude Desnoyer, Bertrand Guignard, Pierre-Olivier Lang, Jules Desmeules, Nicole Vogt-Ferrier, Pascal Bonnabry, Prescriptions médicamenteuses potentiellement inappropriées en gériatrie : quels outils utiliser pour les détecter ?, *La Presse Médicale*, Volume 45, Issue 11, 2016, Pages 957-970, ISSN 0755-4982, <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.06.033>

³⁴³ Monégat M., Sermet C., Perronnin M., Rococo E. La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure*. Irdes ; Institut Gustave Roussy (IGR).

³⁴⁴ Klarin I, Wimo A, Fastbom J. The Association of Inappropriate Drug Use with Hospitalisation and Mortality. A Population-Based Study of the Very Old. *Drugs Aging*. 2005; 22 (1): 69-82.

³⁴⁵ Perri M, Menon AM, Deshpande AD et al. Adverse outcomes associated with inappropriate drug use in nursing homes. *Ann Pharmacother*. Mars 2005; 39(3):405-11.

³⁴⁶ Ces traitements agissent en bloquant l'effet de l'acétylcholine et peuvent notamment traiter l'incontinence urinaire, la fonction respiratoire chez les patients atteints de BPCO ou encore les tremblements dans la maladie de Parkinson) voir : [Médicaments anticholinergiques chez le sujet âgé](#)

³⁴⁷ SNDS, France entière

Ces chiffres recourent les résultats de la dernière étude spécifique aux MPI disponible réalisée en 2019 et qui rapporte que 54% des résidents en Ehpad et 29% des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile avaient été exposées à au moins un MPI sur une période de 3 mois³⁴⁸. Les résidents en Ehpad étaient ainsi plus à risque de MPI que les personnes âgées vivant à domicile. Ce résultat est confirmé par une étude récente de l'IRDES³⁴⁹ montre que la probabilité d'avoir une prescription potentiellement inappropriée de benzodiazépines est supérieure de 10 points après l'entrée en Ehpad, avec une initiation dans les deux premiers trimestres suivant l'entrée pour les résidents n'ayant jamais consommé de benzodiazépines. Une fois prescrits, les traitements inappropriés sont rarement interrompus : la probabilité de déprescrire est inférieure de 0,6 points à celle observée dans le cas d'un maintien à domicile. Peu de traitements sont ainsi déprescrits pour les patients entrés en établissement avec une prescription potentiellement inappropriée. Les EHPAD disposant d'une proportion plus élevée d'infirmiers ou rattachés à un hôpital public présentent une moindre hausse de ces prescriptions à l'entrée.

4.3.2 Quels leviers pour favoriser la réévaluation des prescriptions ?

La déprescription correspond au processus de retrait d'un médicament inapproprié ou de réduction des doses, supervisé par un professionnel de santé dans le but de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie³⁵⁰. Contrairement à un simple arrêt de traitement, il ne s'agit pas d'une initiative ponctuelle visant à supprimer une ligne de prescription mais d'une réévaluation thérapeutique régulière qui nécessite un suivi coordonné par l'équipe soignante, notamment le médecin et le pharmacien.

La littérature scientifique ne laisse pas de doute sur l'efficacité de la déprescription mais l'enjeu porte désormais sur ses conditions de mise en œuvre, avec un ensemble de freins à la déprescription. Une étude réalisée en mars 2026 par l'institut Ipsos Bva pour la Caisse nationale de l'Assurance maladie auprès de 300 médecins généralistes et spécialistes met en évidence plusieurs freins structurels à la déprescription : le manque de temps en consultation, la crainte de dégrader la relation avec le patient, la difficulté à remettre en question des prescriptions initiées par d'autres confrères ainsi que la résistance de certains patients, notamment les patients polypathologiques ainsi que les plus anxieux ou attachés à leurs traitements. Ces contraintes rendent la démarche exigeante et souvent longue, nécessitant pédagogie et accompagnement dans la durée. L'enquête qualitative auprès de 10 médecins révèle une variabilité des pratiques : les spécialistes interrogés anticipent souvent la fin du traitement dès son instauration. Les médecins généralistes sont plus divisés : deux tiers pratiquent naturellement la déprescription avec une approche progressive tandis qu'un tiers peine à la mettre en place et abandonne face aux résistances. Une revue de littérature récente conduite par l'IRDES³⁵¹ montre qu'un ensemble de leviers doivent être mobilisés pour assurer l'efficacité des interventions de déprescription, notamment une collaboration pluriprofessionnelle structurée, l'engagement du patient et l'utilisation d'outils d'aide à la décision clinique.

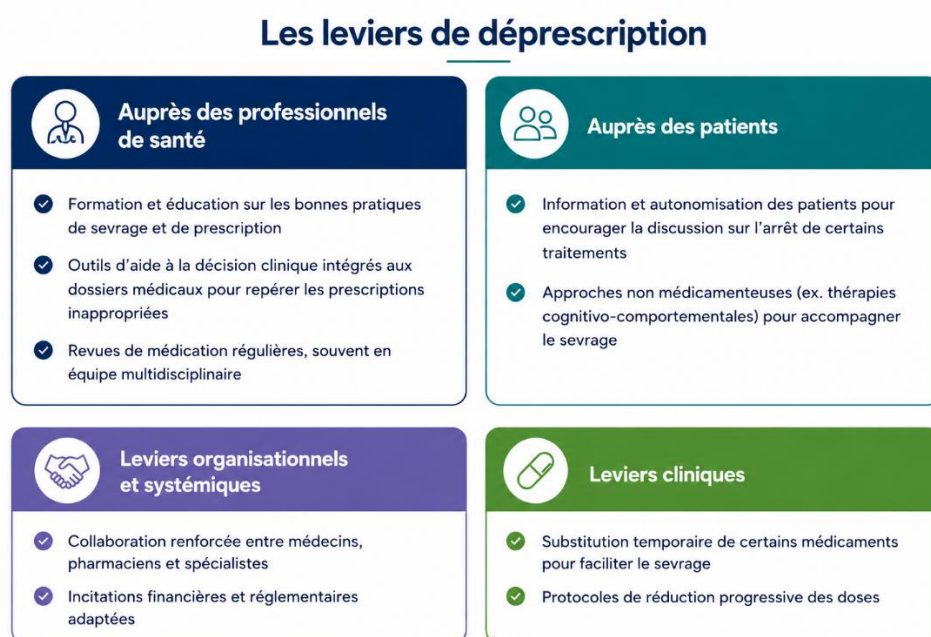
³⁴⁸ <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/medicaments-inappropriés-personnes-âgées/>

³⁴⁹ Anne Penneau, Marc Perronnin, Sylvain Pichetti, Blandine Julliard-Condat, Roseline Vincent. Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ? Questions d'économie de la santé. mai 2025;(300).

³⁵⁰ Pol LE LAGADEC. Etat des lieux français sur la déprescription en soins primaires : une revue ciblée de la littérature. Nantes; 2022; <https://www.reseaudeprescription.ca/deprescription>

³⁵¹ <https://doi.org/10.1101/2025.07.30.25328075> article en prépublication

Figure 72 : Facteurs de réussite des interventions de déprescription



Source : Cnam à partir d'une revue de littérature

Encadré 31 : Les outils intégrés au logiciel du médecin favorisent la déprescription

Des études montrent que les outils intégrés au logiciel du médecin constituent un levier efficace de déprescription.

D'une part, via des outils de suggestion (*nudges*) qui incitent le médecin à réaliser la consultation de déprescription.

Une étude clinique randomisée en soins primaires a évalué l'effet de deux outils issus des sciences comportementales, intégrés au dossier de santé électronique, sur la déprescription de médicaments potentiellement inappropriés chez les personnes âgées. L'essai a inclus 1 146 patients âgés de 65 ans ou plus (âge moyen 73,6 ans), majoritairement des femmes (69,7 %), suivis dans un centre de soins primaires universitaire aux États-Unis. Les patients étaient éligibles s'ils avaient reçu des prescriptions importantes de benzodiazépines, hypnotiques ou anticholinergiques.

La première intervention (« pré-engagement ») consiste en une alerte au moment de la consultation incitant à engager immédiatement une discussion de déprescription, assortie de rappels à chaque visite ultérieure, tandis que la seconde (« boosting ») repose sur une alerte initiale similaire mais complétée uniquement par un rappel différé à quatre semaines pour relancer la démarche.

Ces interventions augmentent significativement la déprescription (déprescription ou protocole de sevrage pour au moins un médicament et pour respectivement 36,8 % et 34,3 % des patients vs 26,8 % en soins usuels), avec un effet plus marqué pour le pré-engagement. Elles illustrent le potentiel de leviers simples, intégrés aux outils métier, pour améliorer la pertinence des prescriptions.³⁵²

D'autre part, grâce à des outils qui permettent de mettre en regard le dossier patient avec les recommandations cliniques et de fournir des recommandations personnalisées au médecin :

³⁵² Lauffenburger JC, Sung M, Glynn RJ, et al. Electronic Health Record Intervention and Deprescribing for Older Adults: A Randomized Clinical Trial. JAMA. 2026;335(12):1060–1069. doi:10.1001/jama.2025.26967

En France, les Hospices civils de Lyon ont développé un outil pour les médecins et les pharmaciens accolé au dossier patient informatisé permettant de favoriser la déprescription des inhibiteurs de la pompe à protons. En utilisant un arbre décisionnel reposant sur les recommandations nationales et de l'établissement, l'outil présente les situations dans lesquelles il propose de poursuivre l'IPP, d'en diminuer la dose ou de l'arrêter selon un processus progressif. Une étude menée pendant 15 jours dans six services cliniques a montré que, sans recours à l'outil, le pharmacien avait réalisé directement 12 interventions sur 49 prescriptions d'IPP identifiées, soit 24,5 %, en raison d'un caractère jugé inapproprié. Lorsque les mêmes prescriptions ont été réévaluées à l'aide de l'outil, 31 prescriptions sur 49 ont été identifiées comme nécessitant une intervention, soit 63 %³⁵³.

4.3.3 Les premières briques posées par l'Assurance Maladie auprès des professionnels de santé pour encourager la réévaluation thérapeutique et la déprescription

La consultation longue inscrite à la convention médicale crée un temps dédié à la déprescription en articulation avec le bilan partagé de médication réalisé par le pharmacien

La convention médicale identifie la réduction de la polymédication comme un thème prioritaire : l'ambition collective fixée est de diminuer respectivement de 4 et 2 molécules le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués (plus de 10 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année) et des patients polymédiqués (plus de 5 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année) de 65 ans et plus. Dans ce cadre, la déprescription est présentée comme un levier de diminution de la polymédication.

La convention introduit ainsi une consultation longue de déprescription du médecin traitant. Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2026, cette consultation s'adresse aux patients de plus de 80 ans hyperpolymédiqués, c'est-à-dire qui prennent au moins 10 lignes de traitement médicamenteux au long cours. Elle est facturable une fois par an et par patient et vise à valoriser le temps nécessaire au médecin pour assurer une prise en charge adaptée du patient et de ses aidants.

Cette consultation s'appuie sur un bilan de médication prescrit par le médecin et réalisé par le pharmacien d'officine. Le bilan partagé de médication (BPM), inscrit dans la convention des pharmaciens titulaires d'officine, permet au pharmacien de recueillir et d'analyser les traitements et de formaliser des conclusions pour le patient et son médecin traitant. Il sert de base à la consultation de déprescription réalisée par le médecin traitant. La collaboration entre le médecin et le pharmacien est donc centrale dans le nouveau dispositif.

En 2025, 67 792 patients ont bénéficié d'un bilan partagé de médication contre 47 277 en 2024, soit une augmentation de 43,3%³⁵⁴. En raison de l'entrée en vigueur récente du dispositif, les données sur les consultations de déprescription ne sont en revanche pas disponibles.

Le dispositif de déprescription en ville s'ancre donc dans ces deux dispositifs complémentaires visant à favoriser la coordination entre le médecin et le pharmacien. Des expériences réussies à l'étranger confirment l'importance du binôme médecin-pharmacien pour engager un processus de déprescription et offrent des pistes pour renforcer leur coordination (voir ci-dessous).

Les campagnes de l'Assurance Maladie auprès des médecins généralistes

Dès 2022, une campagne d'échanges confraternels sur la : « Prescription d'antihypertenseurs centraux chez les patients âgés de 65 ans » a été menée, visant à inciter les médecins à réviser les prescriptions médicamenteuses et à déprescrire les traitements inappropriés chaque fois que cela était possible.

Depuis, différentes campagnes ont été portées par les délégués de l'Assurance Maladie à l'attention des généralistes :

- En 2024, la campagne « Polymédication chez les personnes âgées de 65 ans et plus », a ciblé 9 087 médecins généralistes traitants ayant des patients en hyperpolymédication (avec au moins 10 molécules délivrées au moins 3 fois dans l'année quel que soit le prescripteur). Parmi les outils proposés, un flyer patient : « Et si on revoyait mes traitements, ensemble avec mon médecin ? » servait d'appui au médecin pour expliquer à son patient pourquoi il allait procéder à une révision des traitements lors d'une consultation dédiée et lui demander de préparer la prochaine consultation en faisant la liste de la totalité de ses médicaments pris. Un profil de datavisualisation sur la polymédication accompagnait la campagne.

³⁵³ Un outil informatique accolé au dossier patient Easily simple et efficace pour favoriser la déprescription des IPP. Sylvie Lapostolle 31 Mars 2026 <https://www.ticsante.com/story?ID=8171>

³⁵⁴ Source SNDS - Données extraites sur la période du 01/01/2024 au 31/12/2024 et du 01/01/2025 au 31/12/2025 en date de remboursement AM, tous régimes, France entière.

- En début 2025, une campagne sur les benzodiazépines (BZD) avait pour objectif de réduire la prescription inappropriée de BZD, de privilégier en premier recours les alternatives non médicamenteuses et de limiter le mésusage et la iatrogénie médicamenteuse. Une brochure « J'apprends à bien dormir »³⁵⁵ à remettre aux patients et une ordonnance de déprescription³⁵⁶ avaient été communiquées aux médecins.
- Fin 2025, en lien avec les engagements conventionnels, une campagne sur les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez l'adulte a été déployée pour aider le médecin à améliorer la pertinence des prescriptions d'IPP³⁵⁷. De nombreux outils ont été mis à disposition : mémo bon usage des IPP (CNAM/ANSM)³⁵⁸, ordonnance de déprescription³⁵⁹, nouveau téléservice sur Ameli Pro pour suivre l'évolution des volumes de prescription d'IPP en lien avec le dispositif d'intéressement à la déprescription pour les médecins mis en place dans la convention médicale et brochure³⁶⁰ à destination des patients.

Une étude conduite par l'institut Ipsos/BVA sur les ordonnances de déprescription diffusées auprès des médecins durant les campagnes de 2025 montre que ces dernières ont permis de sensibiliser les médecins aux enjeux de la déprescription (voir Encadré 32).

Par ailleurs, dans l'objectif d'accompagner la diminution de la polymédication et de prévenir le risque de iatrogénie médicamenteuse, l'Assurance maladie met à disposition des médecins une boîte à outils sur le site [ameli.fr](https://www.ameli.fr)^{361,362}. En outre, un outil de visualisation, prochainement mis à disposition des médecins généralistes sur Ameli Pro, leur permettra d'identifier parmi leurs patients âgés de 65 ans et plus ceux en situation de polymédication³⁶³ ou d'hyperpolymédication³⁶⁴ ainsi que leurs principales caractéristiques (classe d'âge, sexe, etc.). Les médecins pourront également connaître le nombre moyen de molécules délivrées à ces patients. L'outil affichera par ailleurs les 10 molécules les plus fréquemment délivrées aux patients hyperpolymédiqués et mettra en évidence les 5 molécules les plus susceptibles d'être diminuées ou déprescrites, au regard du risque iatrogénique qu'elles peuvent entraîner chez ces patients.

Encadré 32 : Etude BVA : l'ordonnance de déprescription, un levier d'accompagnement des médecins

La Caisse nationale de l'Assurance maladie a commandé une étude auprès de l'institut Ipsos BVA en 2026 pour recueillir les retours d'expérience des médecins sur l'ordonnance de déprescription déployée lors des campagnes benzodiazépines et IPP de 2025. L'objectif était d'évaluer leur niveau de connaissance, leur utilité perçue, les freins à leur utilisation ainsi que les pistes d'amélioration. L'étude repose sur deux volets complémentaires : une enquête quantitative (300 médecins généralistes et 215 spécialistes) et une enquête qualitative (10 entretiens : 6 généralistes et 4 spécialistes).

Les résultats montrent que la déprescription constitue un enjeu bien identifié par les médecins, en particulier chez les spécialistes dont les patientèles (personnes âgées, patients chroniques ou polymédiqués) les exposent davantage à ces problématiques. Toutefois, les pratiques restent peu formalisées et largement hétérogènes, reposant avant tout sur des échanges oraux et des stratégies individuelles.

Une ordonnance de déprescription peu connue. Dans ce contexte, les outils proposés par l'Assurance Maladie restent peu connus et peu utilisés, en particulier chez les médecins généralistes. Une part non négligeable de médecins déclare recourir à des supports alternatifs (1/4 des généralistes et 1/3 des spécialistes).

Lorsque les ordonnances de déprescription sont connues, elles suscitent toutefois un intérêt réel et sont jugées utiles, notamment par certaines spécialités comme les gastroentérologues, cardiologues et gériatres. Plus précisément, 91% des spécialistes et 8 médecins généralistes sur 10 estiment que cette ordonnance est une aide utile pour inciter les patients à diminuer ou arrêter leur traitement. Elles jouent un rôle de « mémo » ou de « guide » pour le patient, permettant de formaliser les étapes de la diminution ou de l'arrêt du traitement.

³⁵⁵ J'apprends à bien dormir : quelques conseils simples et naturels pour un sommeil de qualité Brochure - PDF, 1.27 Mo Source Ameli

³⁵⁶ Ordonnance de déprescription d'une benzodiazépine Word (docx, 115.44 Ko) Omédit Grand-Est

³⁵⁷ Programme de pertinence portant sur les IPP afin de recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS, —objectif collectif une baisse de 20% des prescriptions chez les adultes et une limitation des prescriptions inutiles chez l'enfant.
-Création d'un intéressement individuel à la déprescription des IPP qui valorisera la déprescription dans les 2 situations suivantes :
→chez les patients de plus de 65 ans sous prescription d'IPP sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière ;
→chez les patients de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)

³⁵⁸ <https://www.ameli.fr/content/memo-sur-le-bon-usage-des-ipp-chez-l-adulte>

³⁵⁹ Ordonnance de déprescription IPP (PDF) Omédit Grand Est <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/la-deprescription-des-ipp>

³⁶⁰ Inhibiteur de la pompe à protons : « Et moi, j'en suis où avec les IPP ? » Source Ameli

³⁶¹ Il permet d'accéder aux outils nécessaires à l'identification et l'évaluation du risque iatrogénique chez la personne âgée tout au long de sa prise en charge. Ils sont organisés en fonction des leviers d'action à mettre en place à chaque étape du suivi du patient : prescription, traitements, accompagnement. <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/medicaments>

³⁶² Documents HAS, ANSM, OMEDIT

³⁶³ Patient qui s'est vu délivrer au moins 5 molécules, au moins 3 fois, sur une période déterminée, quel que soit le prescripteur

³⁶⁴ Patient qui s'est vu délivrer au moins 10 molécules, au moins 3 fois, sur une période déterminée, quel que soit le prescripteur

Enfin, les médecins expriment des attentes claires pour favoriser leur appropriation : simplification des formats, meilleure accessibilité, intégration dans les logiciels métiers (notamment Amelipro) et adaptation à des contextes spécifiques. Certains évoquent par exemple l'intérêt de développer des ordonnances de déprescription temporaires, par exemple en cas de canicule. En effet, certains médicaments peuvent majorer les effets de la canicule sur l'organisme, ou gêner l'adaptation du corps à la chaleur, et ainsi accroître le risque de complication ; ou inversement, l'action de certains médicaments peut être modifiée en cas de forte chaleur. Plus largement, ces résultats soulignent que l'enjeu principal réside dans l'intégration concrète de ces outils dans les pratiques et les contraintes du quotidien médical.

Exemple d'ordonnance de déprescription pour les Inhibiteurs de la Pompe à Protons (IPP)

Ordonnance de déprescription

Date : juin 2024

Renseignements :
 Médecin :
 Nom du patient :

Déprescription :
 Médicament à déprescrire :
 Explications : Votre situation a évolué, il est aujourd'hui plus adapté d'arrêter de prendre ce médicament. Bien entendu, si la situation évolue de nouveau, nous réadapterons votre prise en charge médicamenteuse.
 Préconisations et conseils complémentaires associés à la démarche : Ce médicament agit en diminuant la production d'acide de l'estomac. Après une prise pendant plusieurs semaines, il est possible que des symptômes transitoires (comme des remontées acides) surviennent à l'arrêt (dans un délai d'environ 10 jours après l'arrêt du médicament). Pour limiter la survenue éventuelle de symptômes, je vous propose de l'arrêter progressivement (Rayer les mentions non retenues et préciser les modalités : par réduction de la dose, espacement des prises, autre :)

Voici quelques conseils hygiéno-diététiques :
 Concernant l'alimentation :
 - Éviter la consommation excessive de :
 o boissons alcoolisées, café, eaux gazeuses
 o de fruits oléagineux (noix, amandes etc.), d'épices, d'agrumes, de pains frais, de tomates
 - Favoriser les coussons légers (pochées, rôties, papillottes, bouillies)
 - Limiter les repas trop gras / copieux
 Dîner au moins 3 heures avant d'aller se coucher et surélever la tête du lit d'environ 45°
 Pratiquer une activité physique régulière comme la marche
 Éviter le tabac
 Éviter de porter des vêtements trop serrés, etc.
 Prendre un médicament antiacide en cas de besoin :
 (1) Pensement gastrique de type : omeprazole, ranitidine, famotidine, etc.
 (2) Si les symptômes persistent :
 - Anti-H2 (Ciméidine, Famotidine)

Suivi :
 Je vous propose un suivi en plusieurs temps (environ après 4 semaines, 8 semaines, 12 semaines peut être conseillé) pour surveiller comment se passe l'arrêt du traitement et l'éventuelle survenue de symptômes.
 En cas de symptômes inhabituels et persistants sur plusieurs jours n'hésitez pas à me recontacter ou à contacter votre pharmacien !

Propositions d'un plan de prise (à adapter à la stratégie d'arrêt choisie) :
 Espacement des prises :
 Semaine 1 et 2 : Prendre le médicament 1 fois/jour
 Semaine 3 et semaine 4 : Prendre le médicament 2 fois/semaine (jours à définir avec le patient)
 Arrêt du médicament le :
 Réduction de la dose et espacement des prises (adapté pour de fortes posologies) :
 Semaine 1 et 2 :
 Diminution de la posologie de moitié :
 Semaines suivantes :
 Arrêt le :
 Avec-vous pris un médicament antiacide au cours de l'arrêt ?

Informations générales :
 N'hésitez pas :
 - à consulter ce document sur le fluxus Gastro-Œsophagien dont les règles hygiéno-diététiques proposées en première page proviennent : [fluxus_gastro-oesophagien_snfes-csmae_2017.pdf](#)
 - à compléter votre carte de suivi avec les dates de prochaines consultations.
 Pensez à ramener vos médicaments périmés ou non utilisés à votre pharmacie !

Signature du médecin :

Prescription :
 Liste des médicaments prescrits : se référer à l'ordonnance réalisée en date du :/ /

Source : Ordonnance de déprescription IPP (PDF) Omédit Grand Est <https://www.omedit-grand-est.ars.sante.fr/la-deprescription-des-ipp>

Les campagnes de l'Assurance Maladie dans les EHPAD sans PUI et dans les établissements de santé

Des actions d'accompagnement sont menées depuis 2008 en EHPAD avec un fil conducteur commun, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse en ciblant le bon usage des benzodiazépines. La consommation de benzodiazépines reste en effet élevée en EHPAD sans PUI, avec une accélération de la consommation des benzodiazépines anxiolytiques après la crise sanitaire alors que la consommation des hypnotiques se stabilise après une baisse significative entre 2013 et 2018.

Tableau 36 Consommations de benzodiazépines en EHPAD sans PUI entre 2013 et 2024

EHPAD sans PUI (RESID EHPAD)	2013	2014	2015	2016	2017	2018		2022	2023	2024
Taux de consommateurs BZD anxiolytiques	47,7%	45,4%	46,8%	49,5%	47,8%	48,3%		48,3%	50,8%	51,9%
Taux de consommateurs BZD hypnotiques	31,4%	26,9%	26,2%	25,5%	23,9%	22,0%		17,9%	18,3%	17,7%

Source : Resid Ehpad

Lors de l'action menée en 2025, Agir sur la polymédication en EHPAD, 1 564 équipes d'EHPAD sans pharmacie à usage intérieur (PUI) ont été rencontrées. Les établissements avaient été ciblés en fonction de leur taux de polymédication et de MPI chez les résidents avec comme messages :

- Repérer les résidents polymédiqués et repérer les médicaments potentiellement inappropriés (MPI) lors de la visite d'admission. A cette occasion, réaliser un bilan partagé de médication (contractualisation

avec les pharmacies d'officine) puis réévaluer le traitement au moins une fois par an et lors de tout évènement intercurrent.

- Développer le réflexe iatrogénique pour y penser en cas de nouveau symptôme ou de majoration d'un symptôme existant et développer le signalement des évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS).
- Diagnostiquer et traiter les problématiques de santé relatives à l'anxiété ou au sommeil en prenant en compte le risque iatrogénique et en évitant la primoprescription d'une benzodiazépine par l'étude d'alternatives non médicamenteuses. Par ailleurs, il était conseillé d'amorcer dès l'initiation une déprescription pour respecter les délais de traitement.

En établissement de santé, des actions d'accompagnement sont également menées depuis plusieurs années. La thématique des prescriptions inappropriées chez la personne âgée est traitée dans le cadre de Contrats d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficience des Soins (CAQES) régionaux signés par les ARS, les établissements de santé et l'Assurance maladie dans 8 régions, avec mobilisation des OMEDIT³⁶⁵. La thématique de la polymédication, des médicaments potentiellement inappropriés et de la iatrogénie médicamenteuse est abordée systématiquement depuis 2024 lors de la visite annuelle en établissement de santé (VAES) en MCO avec comme cible les patients âgés de 75 ans et plus polymédiqués à l'entrée dans l'établissement (10 molécules et plus au moins trois fois dans l'année précédant l'hospitalisation).

Les messages suivants sont portés par les équipes de l'Assurance maladie souvent accompagnées par l'OMEDIT pour :

- Repérer les patients de 75 ans et plus polymédiqués,
- Repérer les prescriptions potentiellement inappropriées en ciblant les benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques, les inhibiteurs de la pompe à protons, les opioïdes
- Favoriser la déprescription des MPI
- Améliorer les renseignements du volet médicamenteux de la lettre de liaison à la sortie qui permet de tracer sur un même document l'ensemble des médicaments pris par le patient avant son hospitalisation et à prendre après son hospitalisation (indicateur qualité et sécurité des soins³⁶⁶)
- Renforcer la prévention et la déclaration des erreurs médicamenteuses (sécurisation du circuit du médicament et déclaration EIGS)

Si la déprescription peut être amorcée lors d'un séjour hospitalier court notamment grâce à une conciliation médicamenteuse, une coordination en aval de l'hospitalisation est nécessaire pour éviter les re-prescriptions. Obligatoire depuis le 1er janvier 2017, la lettre de liaison de sortie (LLS) a pour objectif d'améliorer la coordination entre les différents professionnels de santé pour optimiser la prise en charge des patients à leur sortie d'hospitalisation. De son bon usage dépendent en effet la sécurité et la qualité des soins délivrés aux patients en sortie hospitalière. La LLS doit inclure les traitements médicamenteux prescrits à la sortie de l'établissement (ou ordonnances de sortie) et ceux arrêtés durant le séjour et le motif d'arrêt ou de remplacement, en précisant, notamment pour les traitements médicamenteux, la posologie et la durée du traitement.

La lettre de liaison de sortie constitue un indicateur de qualité et de sécurité des soins (IQSS) pour la Haute Autorité de santé (HAS). Il s'agit de l'indicateur QLS (qualité de la lettre de liaison de sortie) qui fait également partie des indicateurs de qualité utilisés dans le cadre du dispositif IFAQ (incitation financière à la qualité) mis en place par le ministère de la Santé depuis 2016. Les résultats observés en 2024 montrent que seuls 55% des dossiers sont correctement renseignés en MCO sur ce critère. Cet indicateur QLS est suivi tous les 2 ans et les résultats des établissements de santé ont une diffusion publique³⁶⁷.

Afin de renforcer la qualité et la sécurité des soins sur le volet traitement, depuis septembre 2025, l'évaluation de la prise en charge médicamenteuse et des produits de santé³⁶⁸ est intégrée dans la certification des établissements de santé³⁶⁹, procédure obligatoire qui a un impact financier. Parmi les critères, les équipes doivent réaliser une conciliation médicamenteuse pour les patients de 75 ans et plus polymédiqués.

³⁶⁵ [INSTRUCTION INTERMINISTERIELLE N° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins](#)

³⁶⁶ [HAS iqss 2025 fiche descriptive qls mco.pdf](#)

³⁶⁷ Les résultats sont consultables sur le site de la Haute Autorité de Santé : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1725555/fr/qualiscope

³⁶⁸ [HAS fiche pedagogique 6e cycle medecament.pdf](#)

³⁶⁹ [HAS referentiel certification es qualite des soins version 2025.pdf](#)

A compter de 2026, la VAES est étendue aux établissements de Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) polyvalents et gériatriques qui accueillent environ 800 000 patients âgés pour des durées de séjour de plus d'un mois. Les SMR sont également soumis au critère de conciliation médicamenteuse pour les patients de 75 ans et plus polymédiqués et à l'Incitation Financière à l'Amélioration de la Qualité avec l'indicateur QLS. Les patients restant en moyenne près de 39 jours dans ces établissements de santé, le repérage systématique des patients âgés de 75 ans et plus polymédiqués et la réalisation d'une conciliation médicamenteuse devraient permettre des déprescriptions systématiques avec les évolutions médicamenteuses tracées dans la lettre de liaison de sortie adressée au médecin traitant.

4.3.4 A l'international, des interventions à chaque étape du parcours du patient

En soins primaires, l'importance du binôme médecin-pharmacien pour bien accompagner le patient à réussir le sevrage

Des travaux mettent en évidence que les psychotropes, et plus particulièrement les hypnotiques, anxiolytiques et antidépresseurs, figurent parmi les médicaments dont la déprescription est complexe ; l'évocation de leur arrêt suscite fréquemment des inquiétudes chez les patients³⁷⁰ qui tendent à percevoir le médicament comme une réponse centrale à leurs troubles. S'agissant des benzodiazépines et apparentés, ils expriment fréquemment une réticence à recourir à des alternatives thérapeutiques et privilégient ces traitements, perçus comme une solution immédiate³⁷¹. D'autres molécules font également l'objet d'interventions de déprescription, notamment les antihistaminiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou encore le glyburide.

D-Prescribe : brochures éducatives et proposition du pharmacien au médecin

L'étude D-PRESCRIBE est un essai randomisé mené au Québec auprès de 489 patients âgés de 65 ans et plus, visant à réduire les prescriptions inappropriées (notamment benzodiazépines, antihistaminiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou glyburide)³⁷². L'intervention reposait sur un double levier : l'envoi par le pharmacien d'un matériel éducatif aux patients (explication des risques, alternatives, protocole de sevrage) et d'un avis au médecin prescripteur³⁷³. L'avis du pharmacien contenait une justification claire de la recommandation de déprescription et les recommandations cliniques associées ; des données sur les risques liés au médicament ; un choix d'alternatives thérapeutiques plus sûres ainsi que des données personnalisées sur le patient. À 6 mois, l'arrêt des médicaments inappropriés était significativement plus fréquent dans le groupe intervention (43 %) que dans le groupe contrôle (12 %), soit une différence de 31 points. Le détail par classe médicamenteuse retrouvait une forte différence pour les sédatifs hypnotiques (43,2 % vs 9,0 %), le glyburide (30,6 % vs 13,8 %) et les AINS (57,6 % vs 21,7 %). Les symptômes de sevrage aux sédatifs-hypnotiques étaient importants (38 %). L'analyse médico-économique montrait une intervention coût-efficace à un an.

Ces résultats montrent qu'une intervention simple, centrée sur l'éducation des patients et la coordination pharmacien-médecin, peut fortement améliorer la déprescription avec un effet particulièrement marqué pour les sédatifs-hypnotiques et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

Sleepwell : campagne éducative sur les thérapies alternatives non pharmacologiques pour l'insomnie

Proposé par l'université de Dalhousie au Canada, Sleepwell (Mieux Dormir) est un programme de recherche avec pour objectifs principaux d'aider les personnes souffrant d'insomnie à retrouver le sommeil sans médicaments et de les aider à arrêter la prise de somnifères/hypnotiques en toute sécurité par la promotion de la TCCi (thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie), une thérapie validée dans la prise en charge de l'insomnie³⁷⁴. Ce programme propose au patient des ressources de TCCi validées, permettant une approche en autonomie sans intervention d'un thérapeute.

³⁷⁰ Chauvin D. La déprescription en médecine générale qu'en pensent les patients? Amiens; 2017.

³⁷¹ Evrard P, Péteín C, Beuscart JB, Spinewine A. Barriers and enablers for deprescribing benzodiazepine receptor agonists in older adults: a systematic review of qualitative and quantitative studies using the theoretical domains framework. *Implement Sci.* 8 juill 2022;17(1):41. doi:10.1186/s13012-022-01206-7 PubMed PMID: 35804428; PubMed Central PMCID: PMC9264665.

³⁷² Martin P, Tamblyn R, Benedetti A, Ahmed S, Tannenbaum C. Effect of a Pharmacist-Led Educational Intervention on Inappropriate Medication Prescriptions in Older Adults: The D-PRESCRIBE Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 2018;320(18):1889–1898. doi:10.1001/jama.2018.16131

³⁷³ Au Québec, l'avis pharmaceutique est un acte initié par le pharmacien, reconnu légalement et remboursé, visant à faciliter la communication entre pharmaciens et médecins. Canadian Pharmacists Association. A review of pharmacy services in Canada and the health and economic evidence. Ottawa, ON: Canadian Pharmacists Association; 2016. <https://www.pharmacists.ca/cpha-ca/assets/File/cpha-on-the-issues/Pharmacy%20Services%20Report%201.pdf>

³⁷⁴ Mieux Dormir [Internet]. [cité 2 sept 2026]. Disponible sur: <https://mieux-dormir.ca/>

Un essai contrôlé randomisé³⁷⁵ mené auprès de patients âgés présentant une utilisation prolongée de benzodiazépines (11,4 ans en moyenne) montre que 46,6 % des patients ont réduit ou arrêté leur consommation à 6 mois. Ces résultats dépassent nettement ceux du programme EMPOWER, qui se limite à des conseils aux patients sans intégrer de prise en charge non médicamenteuse structurée (34,8 % d'arrêt ou de réduction à 6 mois). Le site est désormais accessible au grand public et les brochures peuvent être commandées par les patients et les médecins au Canada.

Encadré 33 : Une expérimentation de l'Assurance maladie inspirée de Sleepwell

A la lumière des résultats de l'expérimentation canadienne, l'Assurance maladie, en partenariat avec le Département de médecine générale de l'université de Nantes, va participer à un essai thérapeutique de déprescription des hypnotiques, prenant appui sur la TCCi (Thérapie Cognitive-Comportementale de l'Insomnie). Celui-ci va être déployé sur 4 régions au deuxième semestre 2026.

Les assurés sous hypnotiques vont recevoir un courrier de l'Assurance Maladie les invitant à commander le kit TCCi : c'est-à-dire des documents permettant de répondre à leurs questions sur le sommeil et leur donnant des clés pour l'améliorer.

En parallèle, les médecins et pharmaciens vont recevoir un courrier sur les effets indésirables des BZD hypnotiques chez les patients lorsqu'elles sont prescrites au long cours et les informant qu'un accompagnement va être proposé chez les consommateurs chroniques de BZD ou apparentés de leur patientèle.

Si l'action s'avère probante, elle pourra ensuite être généralisée.

Le parcours de sevrage des benzodiazépines en Belgique : un dispositif de déprescription entré dans le droit commun

En Belgique, les patients peuvent bénéficier d'un programme pour se sevrer des benzodiazépines (ou médicaments apparentés)³⁷⁶. L'objectif est de diminuer progressivement la dose journalière de somnifères prise par le patient sur la base d'un schéma de sevrage prescrit par le médecin et d'un suivi par le pharmacien.

Ce programme repose sur une collaboration tripartite entre le patient, le médecin et le pharmacien : lors d'une consultation de médecine générale, le médecin propose un schéma de sevrage parmi ceux définis par l'INAMI (rythme de diminution des doses possible selon différents paliers)³⁷⁷ en concertation avec le patient et complète un formulaire d'accord entre le médecin, le patient et le pharmacien. Le pharmacien réalise alors un entretien d'initiation avec le patient et fait une préparation magistrale à partir de la boîte habituelle de benzodiazépines du patient. Il diminuera le dosage progressivement, conformément au schéma de sevrage défini et prescrit par le médecin. Deux entretiens facultatifs avec le pharmacien sont possibles au cours du programme si le patient a besoin d'un accompagnement supplémentaire.

Les médecins ne bénéficient pas d'incitation financière. En revanche, les pharmaciens bénéficient d'honoraires pour chaque entretien et pour la réalisation des préparations magistrales. Ces préparations sont réalisées à partir de spécialités pharmaceutiques existantes, payées par le patient car les benzodiazépines ne sont pas prises en charge par l'INAMI³⁷⁸. Le coût global théorique estimé par patient est de 170€ par programme (sur la base d'un programme réalisé entièrement avec deux entretiens pharmacien et d'un programme de déprescription suivi dans son intégralité).

Depuis mars 2025 en Belgique, ce projet pilote est passé dans le droit commun après 23 mois d'expérimentation totalisant 10 993 patients volontaires³⁷⁹, en lien avec les résultats positifs révélés par l'évaluation. Près de la moitié des patients n'avaient pas repris leur traitement à 6 mois, à la fois parmi ceux ayant réalisé le protocole complet (maintien de l'arrêt de 60 % à 6 mois et 12 mois) et ceux l'ayant arrêté prématurément (45 % de maintien de l'arrêt lors de l'analyse). L'évaluation rapporte également une forte adhésion des professionnels de santé et des patients.

³⁷⁵ Gardner DM, Turner JP, Magalhaes S, Rajda M, Murphy AL. Patient Self-Guided Interventions to Reduce Sedative Use and Improve Sleep: The YAWNS NB Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 1 déc 2024;81(12):1187. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.2731

³⁷⁶ <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/soins-de-sante-cout-et-remboursement/les-prestations-de-sante-que-vous-rembourse-votre-mutualite/prestations-de-soins-individuelles/un-programme-pour-se-sevrer-des-benzodiazepines-ou-de-medicaments-apparentes-z-drugs>

³⁷⁷ Il existe 3 schémas de sevrage possibles : la diminution des doses peut comporter 5, 7 ou 10 paliers de 10, 20 ou 30 jours. Cela correspond à une diminution par palier de 20 %, 15 % ou 10 % de la dose initiale.

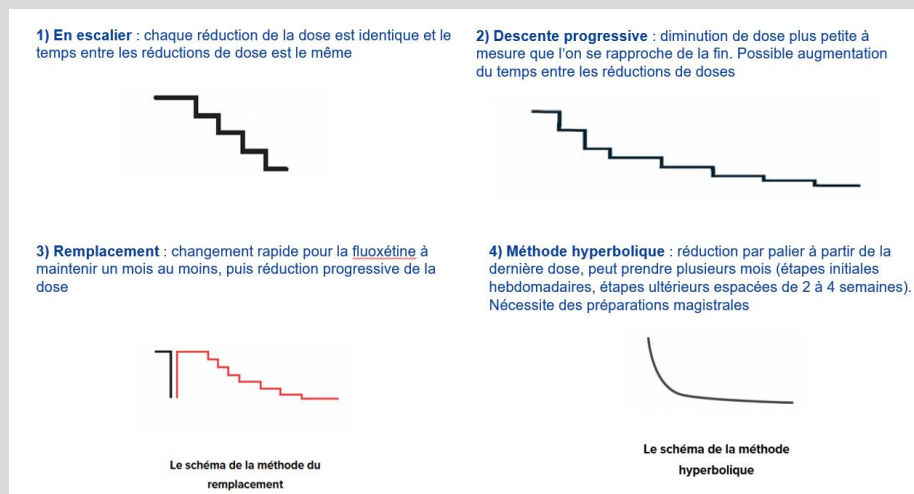
³⁷⁸ Les benzodiazépines n'étant pas remboursées en Belgique, les patients paient leur traitement de manière habituelle.

³⁷⁹ Ces derniers étaient éligibles en cas d'une utilisation continue pendant au moins trois mois d'une seule benzodiazépine avec une dose maximum de 3 doses délivrées journalières (patients majeurs non institutionnalisés). Entretien avec l'INAMI, 2025.

De nombreux travaux s'accordent sur l'importance de la réduction progressive des doses³⁸⁰ pour réduire les symptômes de sevrage des psychotropes mais il existe peu de preuves concernant les impacts des différentes stratégies de décroissance.

Le sevrage peut être conduit de plusieurs manières : en escalier (chaque réduction de la dose est identique et le temps entre les réductions de dose est le même), selon une descente progressive (diminution de dose plus petite à mesure que l'on se rapproche de la fin, avec une possible augmentation du temps entre les réductions de doses) ou encore via la méthode hyperbolique qui s'appuie sur de très petites doses et peut prendre plusieurs mois (réduction de 10% à partir de la dernière dose³⁸¹, étapes initiales hebdomadaires, étapes ultérieures espacées de 2 à 4 semaines). Ces différentes stratégies peuvent nécessiter des préparations magistrales lorsque les doses sont inférieures aux spécialités commercialisées. Le rationnel pharmacologique pour les petits dosages en fin de décroissance serait la relation non-linéaire entre la dose et l'occupation des transporteurs de la sérotonine (SERT). En effet, les réductions équivalentes en mg ne se traduisent pas en des changements équivalents dans l'occupation à des petites doses. La diminution hyperbolique permet alors une diminution bien plus régulière du taux d'occupation des SERT que lors d'un sevrage linéaire.

Figure 73 : Différentes méthodes de sevrage progressif avec un nombre et une durée de paliers qui varient



Cette méthode est notamment utilisée aux Pays-Bas sous la forme de Tapering strips³⁸² dans le cadre d'un programme de recherche du centre médical universitaire d'Utrecht. Il s'agit de bandelettes de sachets successifs contenant un comprimé par jour au dosage personnalisé (inférieur ou égal au jour précédent), produit par une pharmacie spécialisée, pour une durée de 28 jours renouvelables.

Cette approche fait néanmoins l'objet de débats : sur sa faisabilité pratique difficile en conditions de médecine générale, peu propice à un protocole élaboré de déprescription ainsi que sur son niveau de preuve limité, son fondement théorique n'expliquant pas les variations interindividuelles³⁸³.

Les pays étudiés n'ont pas forcément développé de position officielle sur la nécessité d'une décroissance hyperbolique et le recours aux préparations magistrales qu'elle induit.

Les interventions décrites plus haut sont d'autant plus efficaces qu'elles sont combinées (Figure 74) : le parcours de sevrage des benzodiazépines déployé en Belgique présente les meilleurs taux de réduction de l'utilisation de benzodiazépines à six mois car il associe une réduction progressive de la dose déterminée dans le cadre d'une décision partagée entre le médecin et le patient ainsi qu'un suivi resserré du pharmacien.

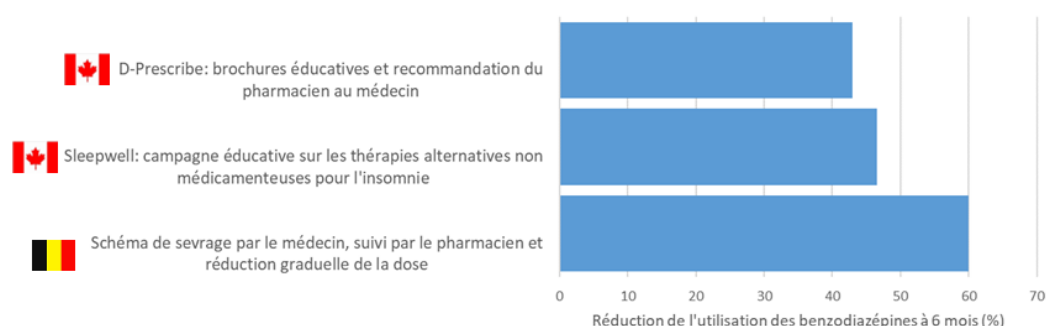
³⁸⁰ Zaccoletti D, Mosconi C, Gastaldon C, Benedetti L, Gottardi C, Papola D, Ponzi O, Purgato M, Naudet F, Cristea IA, Barbui C, Ostuzzi G. Comparison of antidepressant deprescribing strategies in individuals with clinically remitted depression: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. janv 2026;13(1):24-36. doi:10.1016/S2215-0366(25)00330-X

³⁸¹ Horowitz M, Taylor D. The Maudsley deprescribing guidelines in psychiatry: antidepressants, benzodiazepines, gabapentinoids and z-drugs. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell; 2024. 1 p.

³⁸² Musso M, Van Os J, Groot PC. Un sevrage progressif responsable et sûr à l'aide de Tapering strips: L'information psychiatrique. 1 nov 2022;98(9):737-42. doi:10.1684/ipe.2022.2506

³⁸³ Vinkers CH, Kupka RW, Penninx BW, Ruhé HG, Van Gaalen JM, Van Haaren PCF, Schellekens AFA, Jauhar S, Ramos-Quiroga JA, Vieta E, Tiihonen J, Veldman SE, Veling W, Vis R, De Wit LE, Luykx JJ. Discontinuation of psychotropic medication: a synthesis of evidence across medication classes. *Mol Psychiatry*. août 2024;29(8):2575-86. doi:10.1038/s41380-024-02445-4

Figure 74 : Impact des interventions d'information des patients sur la réduction de l'utilisation des benzodiazépines



Source : Cnam

En EHPAD, le repérage des MPI est central dans la prise en charge des résidents

La prise en charge des patients en établissement soulève des enjeux organisationnels spécifiques qui dépassent la seule dimension éducative auprès du patient. En effet, la prescription est le plus souvent réalisée en ville, tandis que l'accompagnement quotidien du patient relève des équipes en établissement. Si le médecin reste l'acteur central pour déprescrire, les équipes en établissements jouent en effet un rôle central en amont, pour identifier les situations sur lesquelles agir et en aval, pour engager, lorsque cela est indiqué, une démarche de déprescription. Cette organisation implique de renforcer la coordination entre ces différents acteurs.

En ville, des incitations au prescripteur pour réaliser des bilans de médication auprès de la patientèle en EHPAD (Suède, comté de Stockholm)

En 2012, le *Swedish National Board of Health and Welfare* a revu ses recommandations sur les bilans de médication³⁸⁴. Les nouvelles recommandations prévoient un bilan de médication simple pour tous les patients de plus de 75 ans lors d'une consultation avec le médecin généraliste ou au moment de l'admission à l'hôpital. Le bilan est également recommandé pour toute entrée en EHPAD, sans critère d'âge. Un bilan de médication **simple** comprend une analyse des traitements du patient visant à réduire les interactions médicamenteuses et la iatrogénie.

Un bilan de médication **complexe** doit être effectué annuellement pour les patients résidant en EHPAD, les personnes âgées polymédiquées à partir de 75 ans (ayant 5 traitements ou plus) et les patients polypathologiques (3 pathologies ou plus). Un bilan de médication complexe doit être réalisé avec l'équipe de soins (le médecin traitant, l'infirmier, éventuellement le pharmacien et l'aidant). Il consiste non seulement en une analyse de traitements mais comprend aussi des tests supplémentaires avec une approche globale sur la qualité de vie : des analyses de laboratoire, la prise de tension du patient, l'évaluation de la fonction rénale, l'historique des chutes.

Pour inciter les médecins à réaliser ces bilans, le comté de Stockholm a mis en place un forfait de 300 SEK (environ 27 €) par bilan de médication effectué en ville et enregistré dans le dossier médical du patient. Une pénalité était appliquée au médecin de ville si moins de la moitié des bilans était réalisée auprès des patients en EHPAD³⁸⁵.

En établissement, renforcer la coordination interprofessionnelle pour systématiser le repérage des MPI (Suisse)

Depuis 2017, l'université de Lausanne conduit un ensemble de programmes de recherche sur la déprescription en EHPAD avec une entrée dans le droit commun prévue en 2028. Les interventions sont combinées et portent sur un niveau populationnel et individuel pour les profils les plus complexes.

³⁸⁴ The National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen) SOSFS 2012:9 Ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården [Changes in regulations and general advices regarding the handling of drugs in the health care system]. Västerås; 2012.

³⁸⁵ Schmidt-Mende K, Hasselström J, Wettermark B, Andersen M, Bastholm-Rahmner P. General practitioners' and nurses' views on medication reviews and potentially inappropriate medicines in elderly patients - a qualitative study of reports by educating pharmacists. *Scand J Prim Health Care*. 2018 Sep;36(3):329-341. doi: 10.1080/02813432.2018.1487458. Epub 2018 Jun 29. PMID: 29956572; PMCID: PMC6381541.

Au niveau de l'établissement, une instance de concertation composée au minimum d'un pharmacien, de médecins référents de l'Etablissement Médico Social (EMS) et d'une infirmière cheffe, se réunit annuellement pour prioriser la déprescription de 3 classes de médicaments inappropriés ainsi que ses modalités de mise en œuvre (repérage des patients, modalités d'arrêt, rôle de chaque professionnel de santé, temporalité), sur la base des données de consommation de MPI de l'établissement et de leur écart aux données de bonnes pratiques. Un an après l'intervention, 19 des 26 EMS ont réduit leur utilisation de MPI en DDJ moyen par résident³⁸⁶. Au niveau individuel, 294 résidents ont réduit leur dose définie journalière pour les classes de médicaments sélectionnées (antihypertenseurs : 32 % des résidents concernés, benzodiazépines : 31 %, IPP : 27%).

La version la plus récente de l'expérimentation (SIMPLE-ID) intègre également des bilans de médication auprès de résidents polymédiqués (nombre de médicaments supérieur ou égal à 5, une espérance de vie estimée à plus de 6 mois) sur décision de l'équipe soignante. Ils peuvent concerner jusqu'à 10% des résidents en EHPAD. Ces bilans peuvent donner lieu à un protocole de déprescription établi sur 4 mois par le pharmacien. Les résultats au niveau individuel sont globalement positifs³⁸⁷, avec 3,4 modifications décidées par analyse, une diminution significative des doses en particulier parmi les traitements chroniques et pas de mortalité, d'hospitalisations ni de chutes supplémentaires. Trois patients (4,8 %) ont néanmoins dû reprendre leur traitement en raison de symptômes de sevrage.

La déprescription s'impose comme un levier majeur contre les prescriptions inappropriées, particulièrement chez les personnes âgées et polymédiquées, où les risques iatrogènes et de morbi-mortalité sont accrus. La consultation de déprescription et le bilan partagé de médication (BPM) marquent une avancée majeure en faisant de la révision des traitements un temps clé du parcours de soins, principe porté depuis plusieurs années par les délégués de l'Assurance Maladie (DAM) auprès des professionnels. Pour en amplifier l'impact, la littérature souligne la nécessité d'agir sur plusieurs leviers : renforcer la coordination entre médecins, pharmaciens et établissements (hôpitaux, SMR, EHPAD) pour assurer une continuité ville-hôpital, sensibiliser les patients et leurs proches et les rendre acteurs de leur traitement notamment via l'éducation thérapeutique, et poursuivre l'outillage des professionnels (guides cliniques, outils numériques intégrés aux dossiers patients). Une piste émergente, encore prospective mais prometteuse, réside dans l'exploration de protocoles de sevrage hyperbolique – notamment pour les psychotropes – afin de limiter les effets indésirables liés à l'arrêt brutal, bien que leur mise en œuvre doive être adaptée aux contraintes de la pratique courante.

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 23: Mettre en œuvre la désescalade thérapeutique pour améliorer la qualité de vie des patients sans perte de chance

Proposition 24: Renforcer la prescription dans le répertoire des génériques/biosimilaires sur les molécules à enjeu financier (oncologie et autres)

Proposition 25: Développer le suivi en vie réelle des innovations thérapeutiques en partenariat avec des experts des sociétés savantes pour assurer la pertinence des prescriptions

Proposition 26: Saisir la HAS pour revoir le périmètre de remboursement de Vyndaqel

³⁸⁶ Mena S, Moullin JC, Schneider M, Niquille A. Implementation of interprofessional quality circles on deprescribing in Swiss nursing homes: an observational study. BMC Geriatr. 3 oct 2023;23(1):620. doi:10.1186/s12877-023-04335-w

³⁸⁷ Résultats SIMPLE ID : <https://www.unisante.ch/fr/media/2286/download>

Proposition 27 : Faciliter la déprescription en ville (soins primaires et domicile) autour du trio médecin-pharmacien-infirmier et en lien étroit avec les patients, en développant des outils dédiés aux professionnels de santé et en expérimentant, en lien avec l'ANSM, le bénéfice d'un sevrage au long cours des benzodiazépines.

Proposition 28 : Mettre en place des incitations à déprescrire en établissement

- *A la sortie d'hospitalisation, s'assurer de la mention explicite des médicaments déprescrits et l'expliquer dans la lettre de sortie.*
- *Prévoir systématiquement au moment de l'entrée en EHPAD une consultation de déprescription en lien avec un bilan de médication pharmaceutique*

Propositions spécifiques aux DROM

Proposition 29: Réinterroger le modèle de la distribution des médicaments afin d'intégrer la forte croissance des médicaments onéreux (DROM)

Proposition 30: Reproduire les bénéfices médico-économiques d'une pénétration accrue des biosimilaires dans les DROM

4.4 Performance économique des secteurs de soins conventionnés et présence d'acteurs financiers au capital des offreurs de soins

Dans la continuité des analyses publiées dans le précédent rapport Charges et Produits pour 2026³⁸⁸, l'Assurance Maladie poursuit ses analyses de la situation économique des offreurs de soins conventionnés. Ces analyses ont pour objectifs à la fois d'appréhender la viabilité économique des secteurs de soins en fonction des dépenses engagées, et de veiller à ce que la qualité des soins prodigués et l'indépendance des professionnels de santé soient préservés, en particulier face à la présence plus ou moins importante d'investisseurs financiers selon les secteurs considérés.

Comme souligné dans le précédent rapport, ces deux objectifs sont étroitement liés, puisque l'environnement économique dans lequel s'exercent les activités de soin peut se révéler particulièrement attractif, selon les secteurs, pour des acteurs financiers extérieurs au domaine de la santé. Il est alors essentiel de veiller à ce que les intérêts des investisseurs privés ne rentrent pas en conflit avec les objectifs en termes de santé publique et d'accès aux soins.

Depuis 2025, l'Assurance Maladie est en mesure d'évaluer de façon autonome la rentabilité économique des offreurs de soins, à partir des données issues du *Fichier Approché des Résultats d'Esane* (FARE), produit par l'INSEE et la DGFIP. Pour cette nouvelle édition, nous avons actualisé dans la première partie de ce chapitre les analyses de rentabilité pour les secteurs de soins étudiés en 2025, auxquels a été ajouté le secteur des pharmacies d'officine.

Concernant le deuxième objectif de suivi des rachats d'offeurs de soins par des acteurs financiers au sein des secteurs de soins conventionnés (aussi connu sous le terme « financiarisation »), l'Assurance Maladie poursuit sa veille scientifique et institutionnelle sur cette question, dont nous présentons les éléments saillants dans la deuxième partie de ce chapitre. A ce titre, l'année 2025 fut inédite par l'ampleur des travaux institutionnels conduits sur cette question (notamment le rapport réalisé conjointement par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF) publié en juillet dernier³⁸⁹).

4.4.1 Evolution de la performance économique et financière des offreurs de soins privés pour plusieurs secteurs des soins en ville

Le suivi de la rentabilité des offreurs de soins s'inscrit naturellement dans les missions de régulation qui incombent à l'Assurance Maladie, pour s'assurer (i) de la viabilité économique des activités de soins considérées - et donc de leur juste financement, et (ii) de la performance économique des différents secteurs qui peut traduire une sur-affectation de ressources via des tarifs potentiellement surévalués.

La situation économique des offreurs de soins privés est étudiée à partir d'un appariement entre les données de remboursement de l'assurance maladie (SNIIRAM) - qui nous permettent d'établir pour chaque année une liste de professionnels de santé qui facturent des actes en ville dans la spécialité étudiée -, et les données comptables de la base FARE - qui contiennent des informations sur les produits et les charges des unités légales³⁹⁰ du secteur marchand³⁹¹ (issues du compte de résultat), ainsi que sur leurs emplois et ressources (issues du bilan comptable). L'appariement est réalisé par identifiant juridique des unités légales (numéro de SIREN), qui peut regrouper plusieurs structures de soins.

Après appariement, une démarche d'identification systématique est appliquée à chaque secteur de soin afin d'identifier précisément la rentabilité associée à chaque activité réalisée en libéral. Cette démarche est détaillée dans l'Encadré 35 méthodologique, et a été légèrement revue pour plus de précision par rapport à l'édition précédente. En conséquence, la comparaison des résultats entre l'édition 2027 et 2026 du rapport de propositions de l'Assurance Maladie doit être effectuée avec précaution, à la lumière des différences méthodologiques existantes entre ces deux années.

³⁸⁸ CNAM, *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*, Juillet 2025.

³⁸⁹ IGAS, IGF, *Causes et effets de la financiarisation du système de santé*, Rapport public, 2025. Téléchargeable sur : <https://igas.gouv.fr/causes-et-effets-de-la-financiarisation-du-systeme-de-sante>

³⁹⁰ Voir « Encadré 35 : Démarche d'identification de la rentabilité des offreurs de soins privés » pour une définition de l'unité légale.

³⁹¹ Hors secteurs agricole et financier.

Il existe plusieurs façons de reconstituer les contours de l'offre de soin privée, par secteur :

- a) Identification des offreurs de soins privés facturant chaque année au moins un acte à l'Assurance Maladie dans le SNIIRAM, et appariement de cette liste par l'identifiant juridique des sociétés (n° de SIREN) à la base FARE. Les secteurs de soins reconstitués par cette méthode sont l'anatomopathologie, l'audioprothèse, la dialyse, la médecine nucléaire, la radiologie, et la radiothérapie.
- b) Recherche directe dans la base FARE par code activité principale exercée (APE). Le secteur reconstitué par cette méthode est le secteur des pharmacies d'officine. Le code APE utilisé, issu de la nomenclature d'activité française (NAF), est le « 4773Z : Commerce de détail de produits pharmaceutiques en magasin spécialisé ».

La méthode (b) présente l'avantage de l'exhaustivité, mais ne permet pas d'identifier toutes les activités de soin avec précision, car les codes APE ne correspondent que rarement au même périmètre que celui des spécialités médicales ou para-médicales. La méthode (a) permet alors d'identifier avec précision les offreurs de soins de chaque secteur et leur activité de soins (honoraires et volumes d'actes réalisés), et de distinguer les cabinets libéraux des établissements (cliniques privées, centres de soins pluridisciplinaires, etc) car cette information est disponible dans les données du SNIIRAM. Cependant, avec cette méthode, l'appariement ne permet pas de retrouver l'ensemble des sociétés dans la base FARE ce qui implique de travailler sur des échantillons pour certains secteurs (voir Tableau 37).

Les secteurs de soins ainsi constitués sont composés d'entreprises au sens juridique appelées « unités légales », identifiées par un numéro de SIREN pouvant regrouper plusieurs sites géographiques (identifiés par un numéro de SIRET). Une unité légale doit être distinguée de l'entreprise au sens économique, qui est définie par la loi de modernisation de l'économie de 2008 comme « la plus petite combinaison d'unités légales qui constitue une unité organisationnelle de production de biens et de services jouissant d'une certaine autonomie de décision, notamment pour l'affectation de ses ressources courantes »³⁹².

Selon le secteur considéré, les unités légales 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). Afin d'analyser précisément la rentabilité associée à une activité de soin en particulier, et non à un ensemble d'activité, nous appliquons la démarche d'identification suivante :

- Sont conservées uniquement les unités légales correspondant à des cabinets médicaux pour les secteurs où coexistent à la fois des cabinets médicaux et des établissements : c'est le cas des secteurs de l'anatomopathologie, de la médecine nucléaire, de la radiologie et de la radiothérapie.
- Sont conservées l'ensemble des unités légales identifiées pour les secteurs composés exclusivement d'établissements qui ne réalisent que l'activité de soin concernée (établissements dits « mono-activité »). Cela concerne les secteurs de l'audioprothèse, de la biologie et des pharmacies d'officine.
- Les unités légales identifiées pour le secteur de la dialyse correspondent majoritairement à des établissements « multi-activité », comme des cliniques privées, qui exercent d'autres activités de soin que la dialyse. En effet, de nombreux centres de dialyse sont rattachés à une unité légale ayant une activité d'hospitalisation. Pour identifier les centres de dialyses privés « mono-activité », sont conservées uniquement les unités légales dont les honoraires annuels totaux perçus au titre de l'activité de dialyse représentent 80% du chiffre d'affaires ou plus de la structure.

Plusieurs traitements sont ensuite appliqués aux données pour obtenir le panel d'unités légales présenté dans le Tableau 37 à partir duquel sont calculées les statistiques :

1. Identification et suppression des unités légales « fictives » ayant une égalité entre chiffre d'affaires (CA), valeur ajoutée (VA) et excédent brut d'exploitation (EBE), suppression des unités légales atypiques ayant un $EBE > VA$ ³⁹³, et conservation des observations pour lesquels le CA annuel est supérieur à 10 000 euros.
2. Suppression des entreprises avec des informations manquantes et dont les comptes sont en doublons (plusieurs identifiants SIREN distincts avec exactement les mêmes données numériques renseignées et économiquement non significatives).
3. Suppression des valeurs extrêmes (1^{er} et dernier percentile) pour les ratios de rentabilité.

³⁹² O. Haag, *Le profilage à l'Insee*, Courrier des statistiques N2, 2019

³⁹³ Cette situation est anormale, sauf dans de rares cas où l'unité légale bénéficie de subventions d'exploitation très importantes.

Les secteurs de soins analysés d'après la méthodologie décrite dans l'Encadré 35 sont les secteurs de l'anatomopathologie, de l'audioprothèse, de la biologie, de la dialyse, de la médecine nucléaire, des pharmacies d'officine, de la radiologie et de la radiothérapie. Le Tableau 37 présente les effectifs d'unités légales analysées par secteur. On remarque que le secteur des pharmacies d'officine présente une exhaustivité plus importante que les autres secteurs, étant donné que pour ce secteur, la sélection des unités légales s'est effectuée directement à partir du code Activité Principale Exercée (APE) renseigné dans la base FARE, et non par appariement aux données du SNIIRAM.

Comme pour l'édition précédente du rapport, les unités légales d'anatomopathologie, de dialyse, de médecine nucléaire, de radiologie et de radiothérapie représentent une fraction du total des unités légales actives dans ces secteurs, car une majorité d'entre elles sont des unités « multi-activité » dont la rentabilité agrège celles de plusieurs activités. Dès lors, l'application de la démarche d'identification présentée en Encadré 35 vise à identifier précisément les unités légales « mono-activité » parmi ces secteurs. Pour la dialyse, nous conservons les unités dont les honoraires versés par l'Assurance Maladie au titre de l'activité de dialyse représentent 80% de leur chiffre d'affaires ou plus. Cela représente 34 à 37 unités légales de dialyse qui rassemblent plus de 80 centres. Pour les autres secteurs (anapathologie, médecine nucléaire, radiologie et radiothérapie), nous effectuons l'analyse à partir des cabinets médicaux, en excluant l'activité réalisée au sein des établissements multi-activité (qui sont majoritairement des cliniques privées). Pour chacun de ces secteurs, le panel d'entreprises analysé représente plus de la moitié de l'activité totale réalisée, en nombre d'actes.

Enfin, pour les secteurs restants que sont l'anatomopathologie, l'audioprothèse, la biologie et les pharmacies d'officine, les unités légales n'exercent pas une activité multiple et il n'est donc pas nécessaire d'appliquer une démarche d'identification particulière pour analyser la rentabilité de leur activité.

Tableau 37 : Nombre d'unités légales privées analysées par secteurs

Secteur	Année	Unités légales privées actives	Unités légales analysées	
		Nombre de SIREN	Nombre de SIREN	Nombre de structures
Anapath	2018	240	117	686
	2023	122	63	681
Audioprothèse	2018	1 533	1 234	3 425
	2023	2 252	1 898	4 889
Biologie	2018	586	401	3 126
	2023	478	280	2 923
Dialyse	2018	159	37	106
	2023	164	34	82
Médecine nucléaire	2018	290	47	213
	2023	334	59	3 22
Pharmacie d'officine	2018	23 019	21 266	-
	2023	22 318	20 204	-
Radiologie	2018	3 361	723	8 651
	2023	2 454	681	13 389
Radiothérapie	2018	249	63	206
	2023	255	72	303

Sources : SNIIRAM, FARE.

Le Tableau 38 présente, pour chaque secteur étudié, la moyenne de chiffre d'affaires des unités légales analysées en 2018 et en 2023, avec son écart-type associé entre parenthèse permettant d'apprécier la dispersion des valeurs autour de la moyenne. L'évolution entre 2018 et 2023 exprimée en pourcentage est présentée dans la colonne la plus à droite.

On remarque que le chiffre d'affaires moyen a progressé pour tous les secteurs étudiés au cours de la période, à l'exception du secteur de l'audioprothèse, dont le chiffre d'affaires moyen a légèrement reculé, passant de 1,5 millions d'euros à 1,2 millions (-18,9%). Ce léger recul peut s'expliquer par le fait que ce secteur s'est fortement développé au cours de la période, avec un nombre d'unités légales actives passant de 1500 à 2200 entre 2018 et 2023 (Tableau 37).

Parmi les secteurs dont le chiffre d'affaires moyen a progressé entre 2018 et 2023, celui de l'anatomopathologie arrive en tête, avec un chiffre d'affaires qui a triplé, passant de 3,3 millions d'euros en moyenne par unité légale en 2018 à plus de 9 millions d'euros en 2023. Il est suivi par le secteur de la biologie dont le chiffre d'affaires moyen a progressé de plus de 80%, passant de 13 millions d'euros en 2018 à 23,5 millions d'euros en 2023.

Viennent ensuite les secteurs de la radiologie, de la médecine nucléaire et de la radiothérapie, dont le chiffre d'affaires moyen respectif a augmenté d'environ +50% entre 2018 et 2023, passant de 3,5 à 5,4 millions d'euros pour le premier, de 4,8 à 7,4 millions d'euros pour le deuxième, et de 8,7 à 13 millions d'euros pour le troisième.

Enfin, le chiffre d'affaires moyen des pharmacies d'officine et des centres de dialyse a cru de respectivement +30% et +27%, pour des niveaux toutefois différents. En effet, le chiffre d'affaires des pharmacies s'élevait en moyenne à 2,3 millions d'euros en 2023, contre près de 10 millions d'euros pour les centres de dialyse.

Tableau 38 : Moyennes (écart-types) de chiffre d'affaires et évolutions entre 2018 et 2023, par secteurs

Indicateur	Chiffre d'affaires moyen par société en milliers d'euros		
Année	2018	2023	Evol (%)
Anapath	3 396 (5683)	9 273 (16248)	+173%
Audioprothèse	1 509 (11532)	1 224 (10469)	-18,9%
Biologie	12 982 (17776)	23 522 (28775)	+81,2%
Dialyse	7 730 (6233)	9 799 (8588)	+26,8%
Médecine nucléaire	4 756 (4291)	7 311 (6475)	+53,7%
Pharmacie d'officine	1 762 (1493)	2 297 (1864)	+30,4%
Radiologie	3 504 (4677)	5 439 (7770)	+55,2%
Radiothérapie	8 739 (6866)	12 938 (10889)	+48,0%

Note : Les moyennes de chiffres d'affaires 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'affaires moyen entre 2018 et 2023. Sources : SNIIRAM, FARE.

4.4.2 Rentabilité des offreurs de soins de ville privés

De nombreux indicateurs peuvent être mobilisés pour évaluer la rentabilité. Par souci de concision et de continuité des analyses publiées dans le précédent rapport, la rentabilité est évaluée à partir de 3 indicateurs qui visent à décrire la performance économique des offreurs de soin par secteur d'activité :

- Le ratio EBE / CA : l'EBE (excédent brut d'exploitation) représente l'excédent généré 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)³⁹⁴. 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.

³⁹⁴ Détail du calcul de l'EBE = (Chiffre d'affaires + **production stockée** + **production immobilisée** + subventions d'exploitation + **autres produits**) - (achats de marchandises + variations de stocks de marchandises + achats de matières premières et approvisionnement + variations de stocks de matières premières et d'approvisionnement + autres achats et charges externes + **autres charges d'exploitation** + impôts, taxes et versements assimilés + salaires et traitements + charges sociales). L'EBE simplifié est calculé sans les éléments apparaissant en gras et italique dans la formule de l'EBE.

- Le ratio EBE simplifié / CA : Nous calculons dans cet indicateur alternatif un EBE « simplifié » en ne prenant pas en compte les autres charges d'exploitation, ni les autres produits, la production stockée et immobilisée (voir note de bas de page n°394). Le contraste entre cet indicateur et l'EBE « standard » permet de mettre en avant les spécificités de certains secteurs de soins, en particulier le secteur de la radiologie, qui a des charges importantes renseignées en « autres charges » et qui correspondent aux redevances pour concession versées à la société propriétaire des équipements lourds d'imagerie. Dans la plupart des secteurs, l'EBE et l'EBE simplifié sont très proches.
- Le ratio résultat net / CA : le résultat net représente la rentabilité globale, qui tient compte de toutes les charges et produits de l'entreprise, qu'ils soient liés à l'exploitation, au financier, ou exceptionnels.

Pour rappel, les données de performance économique et d'endettement sont calculées au niveau des unités légales pour l'ensemble des secteurs. Ainsi, les dettes contractées au niveau des groupes (via des sociétés holdings) ne sont pas comptabilisées.

La performance opérationnelle

En 2023, le ratio (EBE/CA) moyen de l'ensemble des entreprises françaises s'élevait à 8,4%³⁹⁵. D'après la Figure 75), en 2023, tous les secteurs de soins étudiés avaient une rentabilité opérationnelle moyenne supérieure à cette valeur, à l'exception du secteur des pharmacies d'officine, qui présentait cette année-là une rentabilité moyenne de 6,2 %.

A contrario, le secteur de la radiothérapie présentait en 2023 la rentabilité la plus élevée, avec une moyenne du ratio d'EBE/CA de 30%, suivi par le secteur de la médecine nucléaire, avec 22%. Pour ces deux secteurs, la rentabilité opérationnelle a évolué positivement entre 2018 et 2023 avec une croissance à la hausse de respectivement +48% et +28% (Figure 76).

La performance opérationnelle moyenne des centres de dialyse s'élevait en 2023 à 15%, quand les secteurs de l'anapathologie, de l'audioprothèse et de la biologie ont obtenu une rentabilité d'environ 14%.

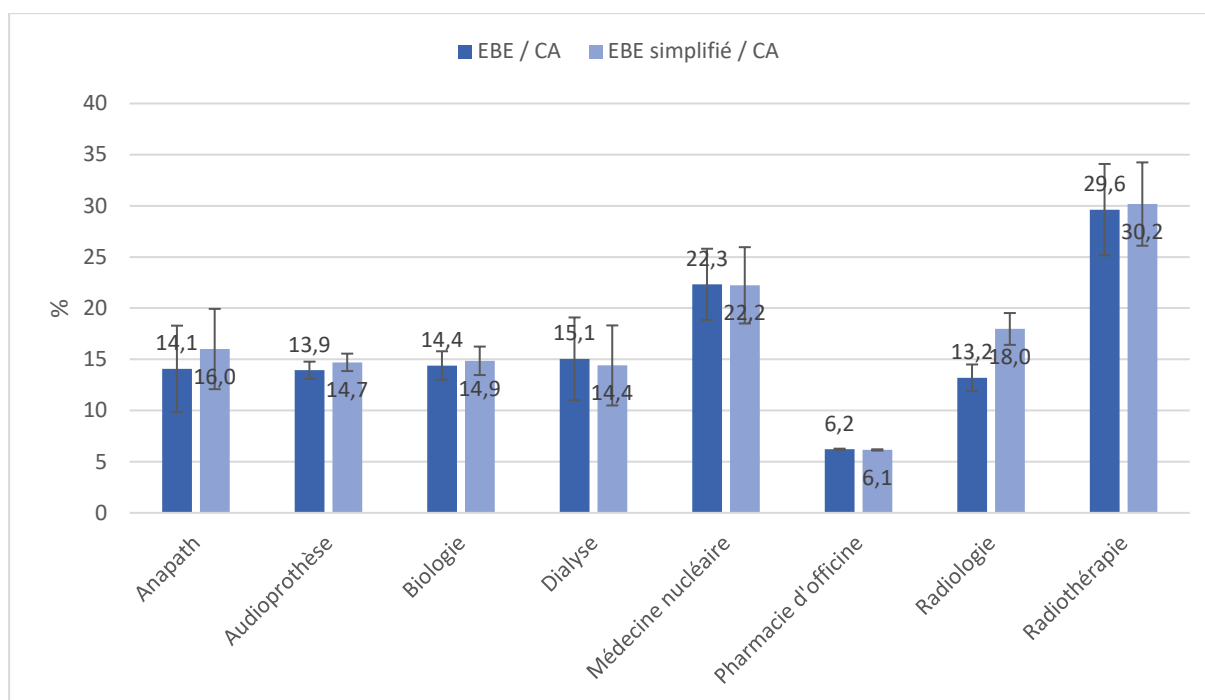
Pour tous les secteurs, la rentabilité mesurée par les ratios « EBE / CA » ou « EBE simplifié / CA » est quasiment identique. Seul le secteur de la radiologie présente une rentabilité significativement différente, selon que l'on prenne en compte l'EBE simplifié ou l'EBE « standard ». Ainsi, le ratio EBE simplifié / CA de l'activité de radiologie s'élevait à 18% en 2023, tandis que le ratio EBE / CA était de 13,2%, en hausse de +33% par rapport à 2018 (Figure 77). Cette différence de près de 5 points de pourcentage s'explique par le poste « autres charges d'exploitation » du compte de résultat, qui pour les cabinets de radiologie est majoritairement composé des redevances pour concession versées aux sociétés propriétaires des équipements lourds d'imagerie. En effet, comme nous l'expliquions dans le rapport Charges et Produits pour 2026, la majorité (70% en 2022) des sociétés qui détiennent les équipements lourds ne réalisent pas d'activité clinique, c'est-à-dire ne facturent pas d'actes médicaux³⁹⁶.

En pratique, cela signifie que de nombreux cabinets de radiologie louent les équipements à une société tierce qui en est propriétaire. En réalité, il est possible que le cabinet de radiologie et la société qui détient les équipements appartiennent à un même bénéficiaire (radiologue, groupe de radiologues et/ou associés tiers), mais cette question n'a pas fait l'objet d'une analyse spécifique pour ce rapport.

Figure 75 : Rentabilité opérationnelle en 2023, par secteur

³⁹⁵ Source : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8679855?sommaire=7667330#onglet-2>

³⁹⁶ CNAM, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2026, Juillet 2025, Encadré 16, p.157.



Notes : Les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95%. Sources : SNIIRAM, FARE.

La performance opérationnelle des centres de dialyse a progressé au cours de la période 2018 à 2023, pour atteindre +20% en 2021 et 2022 par rapport à l'année 2018, avant de diminuer entre 2022 et 2023 pour atteindre un niveau toujours supérieur à 2018 (+7%).

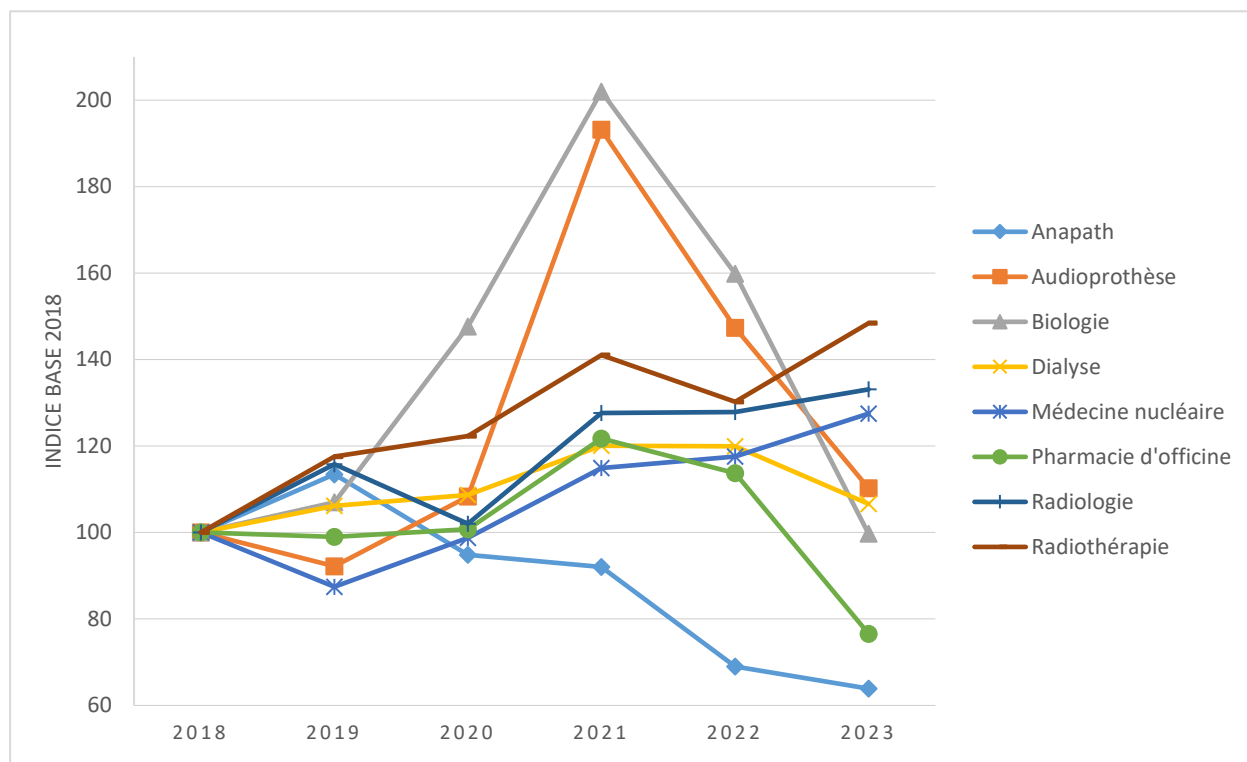
Les secteurs de la biologie et de l'audioprothèse ont connu une évolution très similaire, pour des raisons très différentes, avec une forte hausse de leur rentabilité en 2021 qui a doublé par rapport au niveau de 2018. Cette hausse, pour les laboratoires de biologie, s'explique par un effet mécanique induit notamment par le remboursement des tests PCR durant la crise du Covid-19, que nous avons déjà documenté dans nos précédents rapports, avant de revenir au niveau de 2018 lors de l'exercice 2023.

Pour le secteur de l'audioprothèse, cette hausse est concomitante à la mise en place de la réforme 100% santé au 1^{er} janvier 2021³⁹⁷, qui a introduit une offre d'aides auditives sans reste à charge (dites de classe 1) et a ainsi permis d'augmenter l'accès à ces dispositifs, en particulier pour les ménages les plus modestes. La rentabilité du secteur de l'audioprothèse a ensuite progressivement diminué, pour atteindre en 2023 un niveau toujours supérieur de +10% à celui de 2018.

Le secteur de l'anatomopathologie a quant à lui fait face à une évolution tendancielle singulière depuis 2019, avec une diminution progressive de la rentabilité opérationnelle du secteur, mais dont le niveau figure toujours parmi l'un des plus élevés en 2023.

³⁹⁷ Retrouvez plus de détails sur la réforme « 100% santé » sur le site [sante.gouv.fr](https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/100pourcent-sante/) : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/100pourcent-sante/>

Figure 76 : Evolution de la rentabilité opérationnelle (EBE/CA) depuis 2018, par secteur



Notes : Les évolutions des rentabilités moyennes par secteur mesurées par le ratio EBE / CA sont présentées en indice calculé en base 100 pour l'année 2018. La différence entre la valeur moyenne à une année donnée et la valeur 100 en 2018 s'interprète directement en pourcentage. Lecture : En 2023, la rentabilité opérationnelle moyenne du secteur de l'audioprothèse était 10% supérieure à son niveau de 2018. Sources : SNIIRAM, FARE.

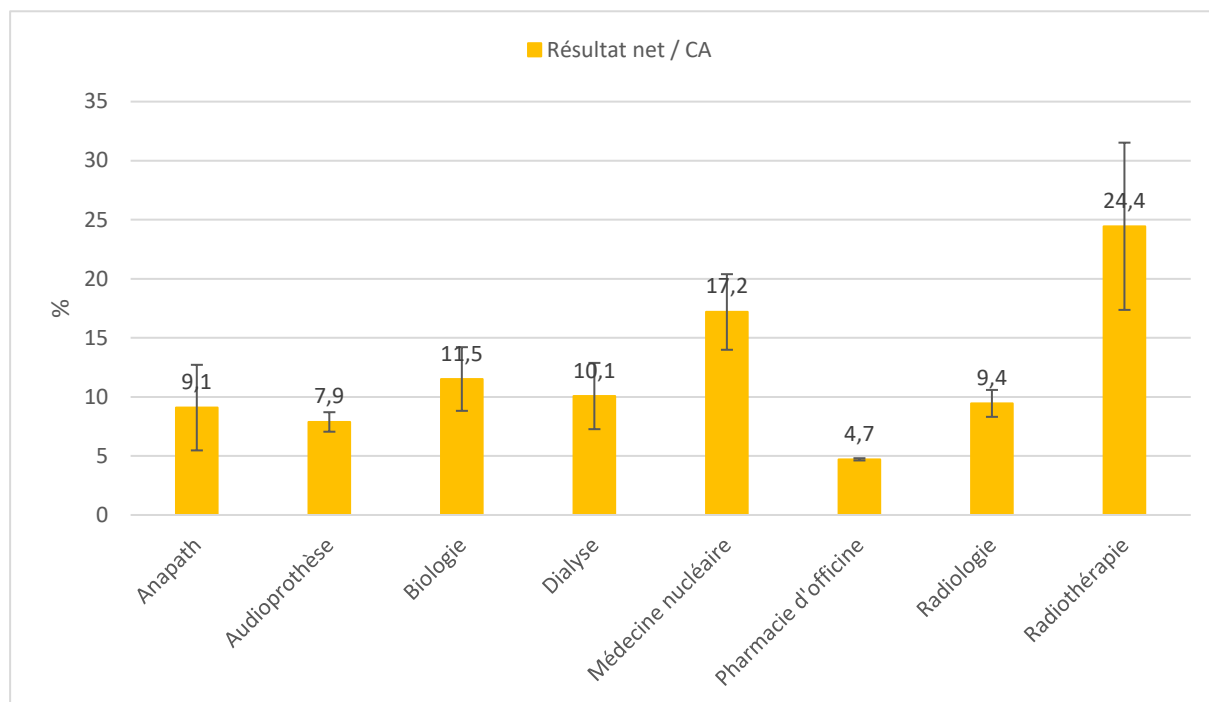
La rentabilité globale

En 2023, 4 secteurs de soins présentaient une rentabilité globale, mesurée par le ratio « résultat net / CA », supérieure à 10%, avec toutefois de grandes disparités : le secteur de la dialyse (10,1%), de la biologie médicale (11,5%), de la médecine nucléaire (17,2%) et de la radiothérapie (24,4%).

Viennent ensuite les secteurs de la radiologie, avec une rentabilité globale de 9,4%, de l'anapathologie (9,1%), et de l'audioprothèse, avec une rentabilité globale légèrement inférieure qui avoisine les 8%.

Le secteur présentant la rentabilité globale la plus faible est celui des pharmacies d'officine, mesurée à 4,7% en 2023. Dans la sous-partie qui suit, nous présentons les raisons de cette baisse de rentabilité en examinant en détail l'évolution des produits et des charges d'exploitation des pharmacies d'officine.

Figure 77 : Rentabilité globale en 2023, par secteur



Notes : Les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95%. Sources : SNIIRAM, FARE.

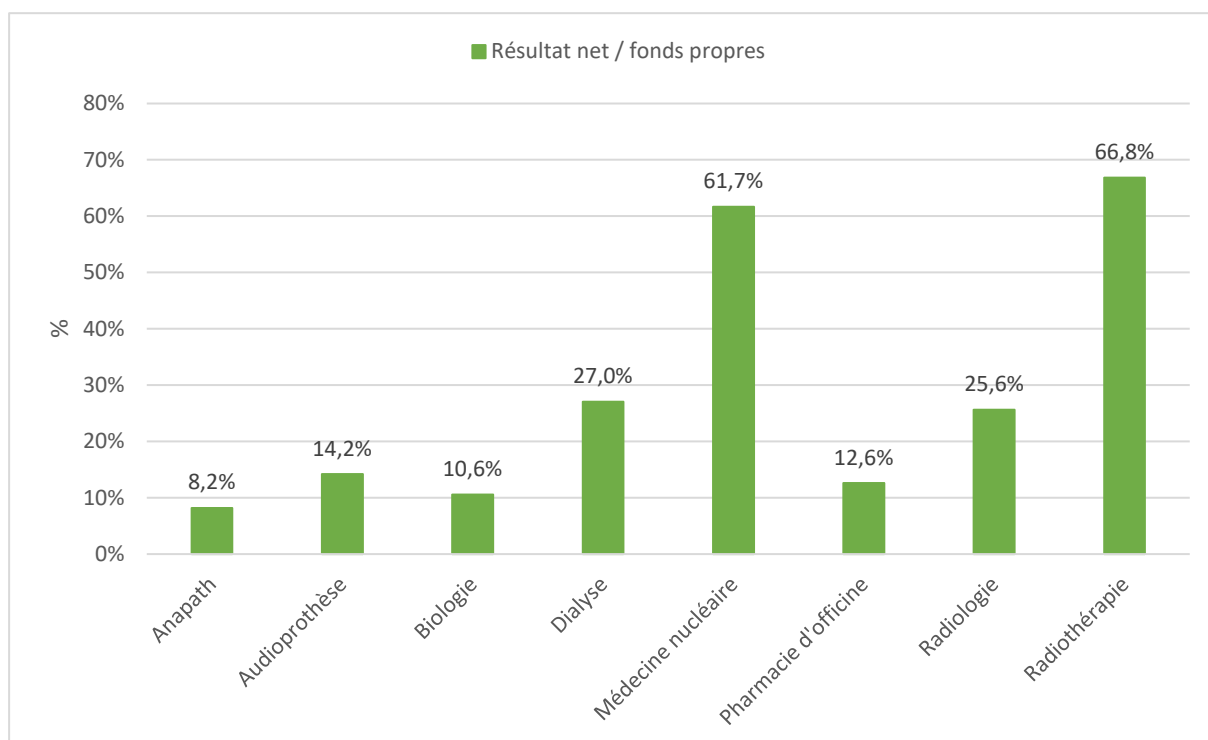
Rentabilité financière

La Figure 78 ci-dessous présente la rentabilité financière des structures de soin par secteurs, mesurée par le ratio « résultat net/capitaux propres. La rentabilité financière exprime ce qu'un actionnaire obtient en moyenne pour chaque euro investi au capital d'une société d'un secteur donné.

Notons que de manière générale, une rentabilité financière est considérée « bonne » par un investisseur lorsqu'elle se situe entre 10% et 15%, et « excellente » au-delà de 15%, même si ce critère n'est évidemment pas le seul à prendre en compte lors d'une décision d'investissement.

On remarque des différences de rentabilité financière importantes selon les secteurs étudiés. Le secteur de l'anatomopathologie présente une rentabilité financière légèrement inférieure à 10%, avec 8,2% en 2023. Les secteurs de la biologie médicale et des pharmacies d'officine présentent une « bonne » rentabilité financière en 2023, avec respectivement 10,6% et 12,6%, en moyenne. Les secteurs de la dialyse et de la radiologie ont quant à eux une « excellente » rentabilité financière qui dépassait les 20% en 2023, avec respectivement 27% pour l'activité de dialyse, et 25,2% pour l'activité de radiologie. Enfin, deux secteurs se distinguent par des rentabilités financières très élevées qui excèdent les 60% : la médecine nucléaire, avec 61,7%, et la radiothérapie avec 66,8% en 2023.

Figure 78 : Rentabilité des capitaux propres en 2023, par secteur



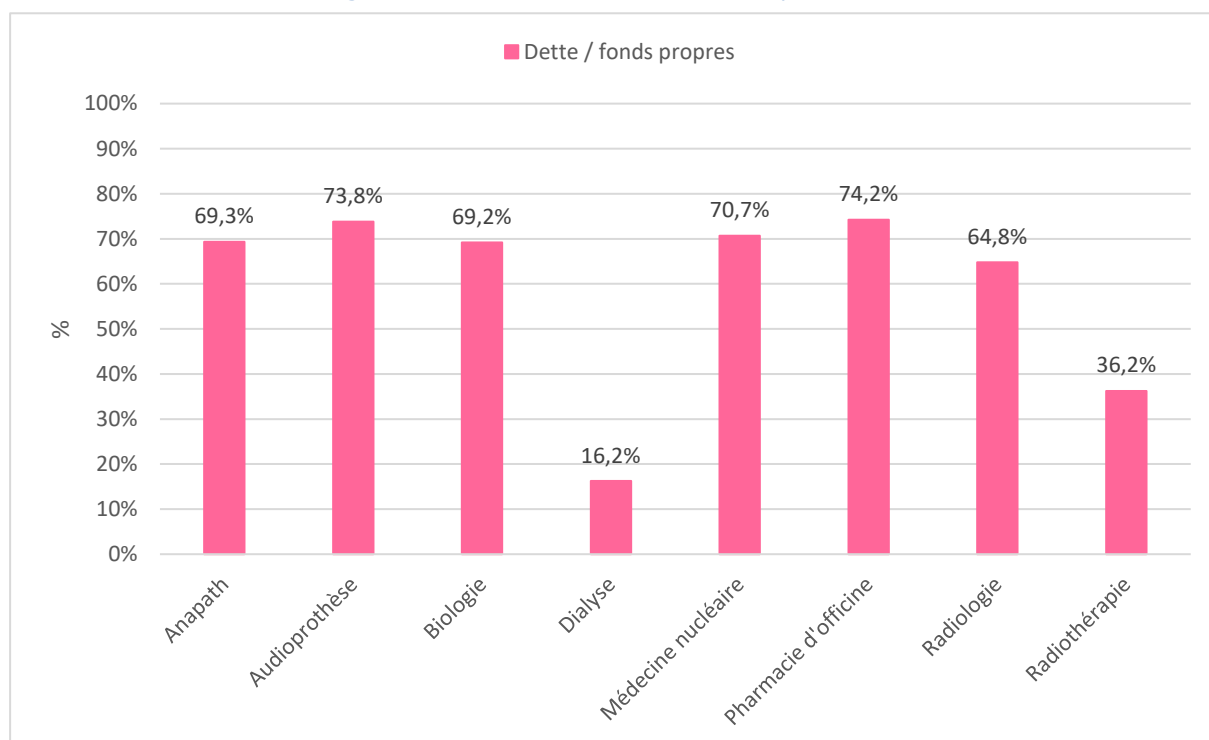
Notes : Les moyennes présentées dans ce graphique sont calculées en rapportant le résultat net total à la somme des capitaux propres, par secteur.

Taux d'endettement

Le taux d'endettement moyen est plus homogène entre les secteurs, avec un ratio dette/capitaux propre qui se situe autour de 70% pour la majorité des secteurs en 2023. C'est le cas du secteur de l'anatomopathologie (69,3%), de l'audioprothèse (73,8%), de la biologie (69,2%³⁹⁸), de la médecine nucléaire (70,7%), des pharmacies d'officine (74,2%), et de la radiologie qui présente un taux d'endettement légèrement inférieur, d'environ 65%. Les deux secteurs qui présentaient les taux d'endettement moyens les plus faibles en 2023 sont le secteur de la dialyse (16,2%) et de la radiothérapie (36,2%). Plus précisément pour la biologie médicale, à noter que l'IGAS et l'IGF estimaient dans leur rapport sur la financiarisation des systèmes de santé de 2025 (voir note 389) un ratio dettes / fonds propres des laboratoires de biologie médicale en 2023 à hauteur de 69% pour les laboratoires indépendants, et de 85% pour les laboratoires appartenant à un groupe.

³⁹⁸ Similairement, l'IGAS et l'IGF estimaient dans leur rapport sur la financiarisation des systèmes de santé de 2025 (voir note 389) un ratio dettes / fonds propres des laboratoires de biologie médicale en 2023 à hauteur de 69% pour les laboratoires indépendants, et de 85% pour les laboratoires appartenant à un groupe.

Figure 79 : Taux d'endettement en 2023, par secteur



Notes : Les moyennes présentées dans ce graphique sont calculées en rapportant la somme des dettes à la somme des capitaux propres, par secteur.

4.4.3 Zoom sur les pharmacies d'officine

Nous avons analysé l'évolution des charges et des produits d'exploitation des pharmacies d'officine pour tenter d'apporter un éclairage sur la situation dans laquelle se trouvaient ces structures lors de l'exercice 2023.

Le Tableau 39 présente les sommes des agrégats qui composent l'EBE, calculées à partir de l'ensemble des unités légales analysées pour le secteur des pharmacies d'officine, par année. Côté recettes, on remarque une progression du chiffre d'affaires total du secteur, passant de 37,5 milliards d'euros en 2018 à plus de 46 milliards d'euros en 2023 (+24%), et qui représente la quasi-totalité des produits d'exploitation du secteur.

Les charges d'exploitation s'élevaient à 34,5 milliards d'euros en 2018, et ont augmenté un peu plus rapidement que le chiffre d'affaires au cours de la période pour s'établir à 43,5 milliards d'euros en 2023 (+26%). Les achats de marchandises (et dans une moindre mesure, les achats de matières premières) représentent plus des deux tiers des charges d'exploitation avec 33,3 milliards de dépenses en 2023. Le poids de ces charges a progressé de 1,3 points de pourcentage (*pp*) entre 2018 et 2024, pour atteindre 76,6% en 2023 (Figure 80).

Le deuxième poste de charges le plus conséquent concerne les charges de personnel (salaires + cotisations sociales), qui représentent environ 17% des charges d'exploitation totales, en léger recul de 0,6 point de pourcentage entre 2018 et 2023.

L'EBE, qui correspond à la différence entre les produits et les charges d'exploitation - qui, nous l'avons vu, sont respectivement composés à plus de 90% par le chiffre d'affaires, et les achats et les charges de personnel - s'élevait à 3 milliards d'euros pour l'ensemble du secteur des pharmacies d'officine en 2023, soit un niveau identique à celui de 2018. Or, en 2018, le chiffre d'affaires total du secteur était inférieur de 9 milliards d'euros par rapport au total atteint en 2023. Il en résulte une rentabilité opérationnelle en recul de près de 20% entre 2018 et 2023, et de 3 *pp* (-31%) entre 2022 et 2023.

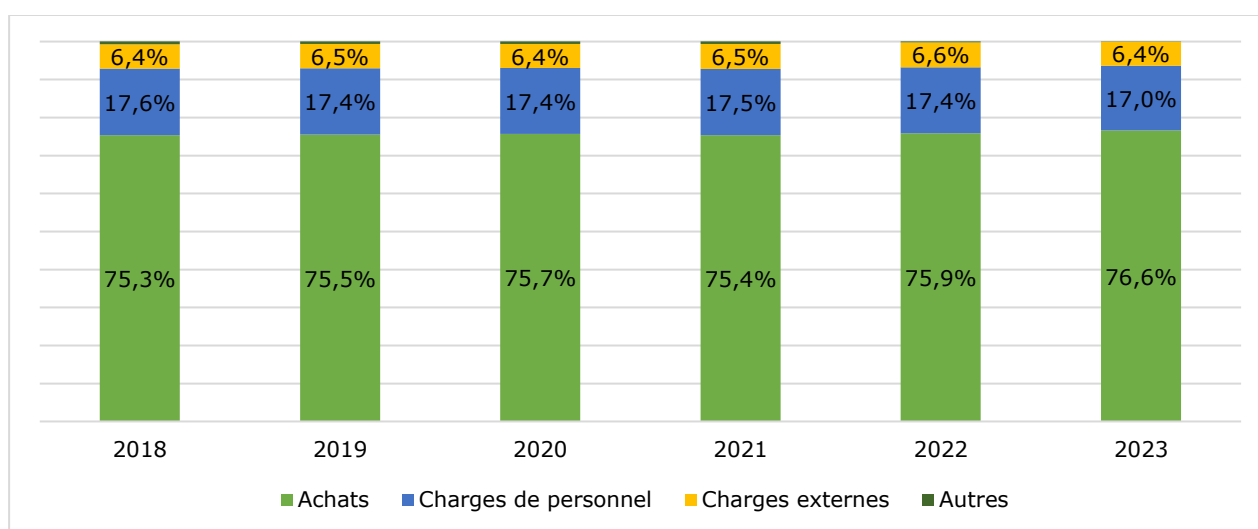
Tableau 39 : Montants totaux des produits et charges d'exploitation entre 2018 et 2023

Charge	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CA	1767	1827	1886	2093	2259	2309
Salaires et traitements	211	219	226	247	269	279
Charges sociales	75	75	75	81	87	89

Charges de personnel total	286	294	301	329	356	368
Achats (marchandises + Matières premières)	1225	1270	1313	1419	1555	1657
Charges externes	103	108	110	122	133	137
Charges d'exploitation totales	1644	1700	1752	1900	2068	2186

Source : FARE.

Figure 80 : Poids des différents postes dans le total des charges d'exploitation

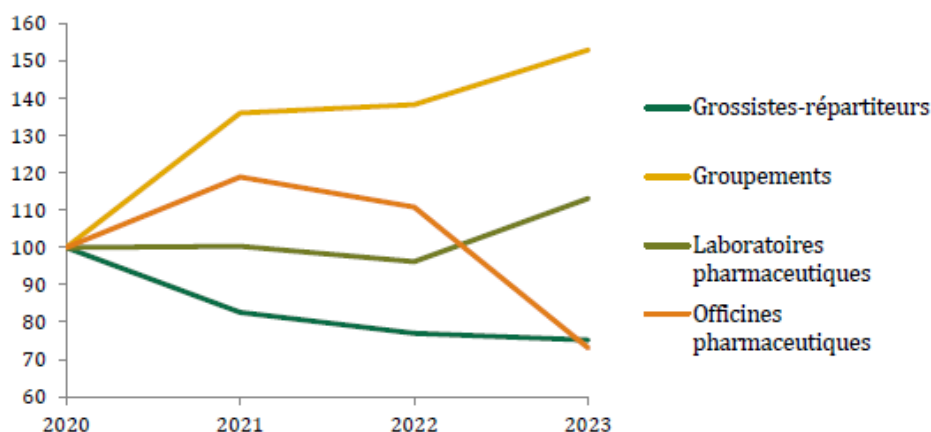


Notes : En 2023, le poste « achats » représentait 76,6% des charges d'exploitation totales du secteur des pharmacies d'officine.
Source : FARE.

Si ces évolutions fournissent des premiers éléments sur l'évolution des composantes de l'activité des officines, l'analyse de la rentabilité financière du secteur des officines est rendue complexe par l'importance prise ces dernières années par un acteur dans le secteur de la distribution pharmaceutique : les groupements. Un rapport récent des inspections générales des finances et des affaires sociales a mis en avant le fort développement des groupements ces dernières années. Ainsi, près de 90 % des officines adhèrent à un groupement dont l'objectif principal est de négocier des tarifs avec les fournisseurs des officines comme les fabricants de médicaments, de dispositifs médicaux, de parapharmacie et autres produits et appareillages vendus en pharmacie. Depuis 2020, la performance opérationnelle de cet acteur a fortement progressé de plus de 50% faisant des groupements l'acteur de la chaîne du médicament qui a le plus progressé devant les laboratoires pharmaceutiques (Figure 81).

Cet acteur semble capter une partie de la valeur pour les médicaments remboursables. En effet, en tant qu'intermédiaire, il perçoit des versements à la fois de la part des industriels qui souhaitent être répertoriés dans le catalogue des groupements, mais également des officines qui grâce aux groupements peuvent mutualiser et externaliser plusieurs fonctions supports. Afin de comprendre les évolutions contrastées de la situation économique des différents acteurs de la chaîne de distribution des médicaments, une analyse plus approfondie des groupements et notamment des liens avec les officines semble donc nécessaire. Cette analyse devra permettre à la fois de clarifier le modèle économique des groupements mais également les liens financiers et économiques qu'ils entretiennent avec les officines pour dresser un bilan robuste de la situation économique de ces différents acteurs.

Figure 81 : Ratio EBE/CA de 2020 à 2023 en base 100



Source : Rapport IGAS/IGF sur La chaîne de distribution pharmaceutique

4.4.4 Ampleur et effets de la présence d'acteurs financiers dans le secteur des soins

Ampleur des investissements réalisés par les acteurs financiers en France

Au 1^{er} semestre 2024, le montant total des investissements en fonds propres réalisés par des fonds de capital-investissement commercialisés en France s'élevait à 10,6 milliards d'euros³⁹⁹. Si la part consacrée au secteur de la santé représentait 19% du montant total (2 milliards d'euros), plaçant celui-ci en troisième position en termes de montants investis, derrière les secteurs des biens et services industriels (27%) et du numérique (21%), le secteur de l'offre de soins représentait une part plus limitée des investissements avec 3% du total tous secteurs confondus (364 millions d'euros). A titre de comparaison, au niveau européen, le secteur de l'offre de soins représente en moyenne 9% des investissements dans le domaine de la santé, selon le rapport. En France, le secteur de la santé qui a concentré le plus d'investissements au 1^{er} semestre 2024 était l'industrie pharmaceutique, avec 633 millions d'euros investis.

Il est important de souligner que ces montants, calculés par la mission pilotée par l'IGAS et l'IGF à partir de données transmises par France Invest, concernent exclusivement les fonds de capital-investissement adhérents à France Invest, hors fonds d'infrastructure, fonds de dette et fonds, et ne concernent que les investissements en fonds propres (hors financements par la dette). Ainsi, si l'on considère plus largement le phénomène de financiarisation comme les investissements réalisés par des acteurs financiers non professionnels de santé dans le secteur des soins, l'ampleur des montants investis serait largement supérieure aux montants précités.

La présence d'acteurs financiers au capital des structures de soin varie selon les secteurs considérés et leur degré de concentration. Les secteurs des cliniques privées et de la biologie médicale, très concentrés, sont largement ouverts à des capitaux appartenant à des fonds d'investissement. Dans le cas des cliniques privées, les groupes (composés d'au moins deux cliniques) détiennent 90% des cliniques³⁹⁹, et 3 des 4 principaux groupes (Almaviva, Vivalto et Elsan) sont détenus à plus de 50% par des fonds d'investissement. Le groupe Ramsay santé, bien que détenu majoritairement par le groupe australien Ramsay Health Care, est détenu à 40% par le fond Predica³⁹⁹. Pour l'ensemble du secteur de l'hospitalisation privée, la mission a identifié 38 investisseurs non professionnels de santé depuis le début des années 1990, dont 23 sociétés de capital-investissement.

Dans le secteur de la biologie, trois des principaux groupes du secteur, Cerba Healthcare, Synlabs, et Unilabs, sont contrôlés majoritairement par des acteurs financiers. Au total, la mission IGAS/IGF a identifié, depuis 1998, 32 acteurs non professionnels de santé ayant investi au capital des laboratoires de biologie en France. Sur ces 32 acteurs, 20 sont ou étaient des sociétés de gestion de fonds de capital-investissement, dette et/ou infrastructure.

³⁹⁹ Insee première, n° 2089, janvier 2026.

De façon symétrique aux travaux publiés dans le précédent rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2026, la mission IGAS/IGF notait en 2025 un début de concentration au sein des cabinets de radiologie, et dénombrait la présence de 16 acteurs financiers ayant investi au capital de ces structures, dont 15 fonds de capital-investissement, 5 fonds de dette, et le fonds d'investissement public BPI-France. Toutefois, elle soulignait que très peu d'acteurs étaient à cette date détenus majoritairement par un fonds d'investissement.

Le secteur des soins dentaires est quant à lui relativement préservé de la présence d'acteurs financiers par la réglementation qui encadre le fonctionnement des sociétés d'exercice libéral (SEL), qui interdisent la présence de ces tiers au capital des sociétés. Théoriquement, les centres de soins dentaires constitués sous forme associative ne peuvent pas faire l'objet d'investissements directs de la part d'acteurs financiers. La mission a toutefois identifié 11 sociétés de gestion de fonds présentes au cours des 20 dernières années au capital de sociétés prestataires de services à destination des centres de soins dentaires. Cette stratégie d'investissement de la part des fonds est similaire à celle rencontrée dans le secteur des pharmacies d'officine, au travers des groupements d'officine. A l'instar des cabinets dentaires, les règles qui encadrent les SEL des pharmacies d'officine interdisent la participation d'acteurs financiers au capital de ces sociétés. Ces derniers investissent alors dans les groupements d'officine qui proposent des services à leurs membres, moyennant un reversement d'une partie du chiffre d'affaires des pharmacies⁴⁰⁰.

Enfin, dans le secteur de l'ophtalmologie, le réseau de centres Point Vision, qui comptabilisait 56 centres en 2025 en France, est détenu majoritairement (83%) par Ares Management, un fonds d'investissement américain.

Il résulte de ces brefs éléments de contexte que chaque secteur de soins présente un intérêt spécifique pour les investisseurs financiers non professionnels, fonction de ses caractéristiques propres. Pour étudier le phénomène de financiarisation, il convient de réaliser des analyses spécifiques à chaque secteur considéré, comme l'a fait la mission pilotée par l'IGAS et l'IGF, et de disposer de données permettant de reconstituer l'actionnariat des sociétés à un niveau temporel suffisamment fin pour identifier les mouvements de capitaux, qui peuvent être très rapides, avec parfois plusieurs entrées et sorties au cours d'une même année.

Conséquences de la présence d'acteurs financiers au capital des offreurs de soin : actualisation de la revue de littérature depuis le dernier rapport (juin 2025 – avril 2026)

Dans le précédent rapport, nous avons proposé une synthèse de la littérature internationale à date. Dans ce nouveau chapitre, nous proposons une actualisation de la littérature internationale sur ce sujet, au travers des références pertinentes sélectionnées et publiées principalement entre mai 2025 et avril 2026.

La grande majorité des évaluations des effets des rachats des offreurs par des fonds d'investissement provient de la littérature américaine, s'appuyant sur des données de remboursement des principaux assureurs privés. Ces résultats sont à interpréter en tenant compte des différences importantes entre les systèmes d'assurance maladie universelle d'une majorité de pays européens et le système de santé américain, qui, en dehors des programmes fédéraux d'assurance publique (Medicaid et Medicare), repose majoritairement sur l'assurance privée. Le système américain offre la possibilité aux investisseurs d'ajuster les prix des soins pour obtenir une rentabilité cible, chose qui n'est possible que dans une moindre mesure dans le système Français, où les prix sont majoritairement régulés.

Sur l'année 2023, aux Etats-Unis, les cabinets de cardiologie et de gastroentérologie détenus par des fonds d'investissement ont négocié avec les assureurs des prix respectivement 6% et 10% plus élevés que les cabinets indépendants. Les auteurs soulignent que ces prix supérieurs représentent un excédent de dépenses de santé de l'ordre de 2,9 milliards de dollars pour la cardiologie, et de 156 millions de dollars pour la gastroentérologie⁴⁰¹.

De même, une autre étude sur données américaines a estimé que les rachats de 1240 cabinets de gastroentérologie par des fonds d'investissement entre 2015 et 2021 ont été associés à une augmentation des prix pour un examen de coloscopie de +4,5% en moyenne, en comparaison aux prix pratiqués au sein de 2657 cabinets indépendants. Ces hausses de prix n'ont pas été associées à de meilleurs indicateurs résultats en termes de qualité des soins (détection de polypes, réduction d'événements indésirables)⁴⁰².

⁴⁰⁰ Voir IGAS, IGF (note de bas de page n°389). et « CNAM, *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*, Juillet 2025, p.160 ».

⁴⁰¹ Philips AP, Radhakrishnan N, Whaley CM, Singh Y. Hospital- And Private Equity-Affiliated Specialty Physicians Negotiate Higher Prices Than Independent Physicians. *Health Affairs*. 2025. doi:10.1377/hlthaff.2025.00493

⁴⁰² Arnold DR, Fulton BD, Abdelhadi OA, Teotia A, Scheffler RM. Private Equity Acquisition of Gastroenterology Practices and Colonoscopy Price and Quality. *JAMA Health Forum*. 2025 ; doi:10.1001/jamahealthforum.2025.1476

A ce jour, en France, la seule investigation des conséquences associées à la présence des acteurs du capital-investissement dans le secteur des soins a été proposée en 2025 par l'IGAS et l'IGF dans leur rapport sur la financiarisation du système de santé³⁸⁹. Faute de données toujours disponibles, la mission a utilisé toutes les informations à sa disposition selon les secteurs de soins, notamment en conduisant des entretiens auprès des autorités sanitaires (ARS) et des offreurs de soins eux-mêmes. Contrairement aux travaux académiques cités précédemment, il n'est donc pas possible de tirer des conclusions en termes de « cause à effet », mais les éléments rassemblés dressent un premier constat dans le contexte Français, et renforcent la nécessité de consolider l'information sur la composition du capital des offreurs de soins afin de fournir des évaluations empiriques robustes des effets associés à la détention des structures de soins par des acteurs du capital-investissement. Dans l'ensemble, les éléments rassemblés par l'IGAS et l'IGF ne permettent pas de conclure à un effet négatif ou positif du phénomène de « financiarisation » sur la qualité des soins⁴⁰³. Dans le secteur de l'hospitalisation privée, seul secteur où des indicateurs de qualité ont pu être étudiés⁴⁰⁴, il n'a pas été relevé de différence de qualité significative entre les groupes détenus par des fonds d'investissements et les cliniques indépendantes ou les hôpitaux publics. Des entretiens menés auprès d'ARS⁴⁰⁵ ont révélé qu'aucun signalement concernant une dégradation de la qualité des soins associée à la « financiarisation » de l'offre de soin ne leur était parvenu. Enfin, si plusieurs acteurs ont indiqué que la présence d'acteurs financiers au sein de groupes de radiologie conduisait à la non-réalisation de certains actes jugés moins rentables (en particulier la mammographie de dépistage), les analyses réalisées par l'IGAS et l'IGF à partir de données extraites par la Cnam n'ont pas confirmé l'existence de ce type de comportement.

Si les conséquences de la présence d'acteurs financiers sont encore difficiles à évaluer empiriquement en Europe faute de données disponibles, de récents travaux sur données anglaises ont évalué les conséquences de la consolidation du secteur des soins primaires, via les fusions de cabinets, sur la qualité et la continuité des soins. Bien que n'évaluant pas directement le phénomène de rachat par des acteurs financiers, évaluer les effets de la concentration de l'offre de soin est utile pour anticiper les effets auxquels on peut s'attendre dans le cadre d'un marché ouvert aux acteurs du capital-investissement. En effet, de manière générale, le phénomène de financiarisation passe en premier lieu par un début de concentration des secteurs de soins, avant l'arrivée de tiers investisseurs permettant d'étendre les parts de marché des groupes émergents. Ce fut le cas en France, comme mentionné dans la partie précédente, pour les secteurs des cliniques privées et des laboratoires de biologie médicale.

Ainsi, les fusions de cabinets de médecine générale survenues entre 2013 et 2019 en Angleterre ont été associées à une baisse de la continuité des soins, une dégradation de certaines mesures de satisfaction ainsi qu'à des effets négatifs modestes mais significatifs sur l'expérience patient⁴⁰⁶. En contrepartie, il n'apparaît pas d'amélioration de la qualité clinique, qui pourrait compenser la baisse de qualité perçue. Ces résultats sont expliqués par une dilution de la relation médecin-patient induite par des cabinets de taille plus importante après une fusion, et des difficultés de coordination des professionnels de santé.

En Allemagne, la concentration du secteur des soins primaires au profit de centres de santé de proximité (appelés *Medizinische Versorgungszentren* (MVZ)) et pour partie détenus par des fonds d'investissements interroge, notamment sur les conséquences induites par cette concentration. En pratique, de nombreux MvZ sont détenus indirectement par des fonds d'investissement qui détiennent des hôpitaux auxquels sont adossés ces centres de santé. Si à ce stade, la qualité des soins ne semble pas différente au sein des MvZ détenues par des fonds d'investissement⁴⁰⁷, des alertes avaient émergé ces dernières années dans les médias pour dénoncer la réalisation d'actes dentaires et ophtalmologiques non nécessaires à des fins de rentabilité⁴⁰⁸. De plus, les études révèlent que les MvZ détenus par des fonds d'investissement présentent en moyenne une dépense de soins plus élevée (+10,4%) comparativement aux cabinets médicaux indépendants⁴⁰⁹.

⁴⁰³ « En l'absence de données suffisantes pour conclure formellement, les indicateurs partiels ne montrent à ce stade ni dégradation ni amélioration mesurables de la qualité ou de l'accès aux soins en lien avec l'intervention des acteurs financiers », rapport sur la financiarisation du système de santé (2025), mission IGAS-IGF (voir note 389).

⁴⁰⁴ La qualité a été mesurée par les données de certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) au moyen des indicateurs suivants : « qualité de la lettre de sortie ; existence d'un contact entre le jour 1 et 3 suivant la sortie ; évaluation de la sortie par les patients, sur les ré-hospitalisation dans les trois jours suivant une première intervention dans 6 prises en charges ciblées, sur les infections du site opératoire ou les événements thromboemboliques après certaines opérations de chirurgie. ».

⁴⁰⁵ La mission s'est entretenue auprès des ARS d'Occitanie, d'Auvergne-Rhône-Alpes et d'Ile-de-France.

⁴⁰⁶ Lyu B, Zhang Z. Impact of Primary Care Market Mergers on Quality: Evidence from the English NHS. *Journal of Health Economics*; 2025. doi:10.1016/j.jhealeco.2026.103122

⁴⁰⁷ Jochimsen B, Gibis B. The role of private equity in the German outpatient sector. *Health Policy*. nov 2025; doi:10.1016/j.healthpol.2025.105389

⁴⁰⁸ CNAM, *Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024*, juillet 2023, Encadré 21, page 205.

⁴⁰⁹ Jochimsen B, Gibis B. id. *Health Policy*. nov 2025

Dans le cadre de nos travaux sur la financiarisation du secteur de la santé et afin d'enrichir cette littérature, nous poursuivrons donc le développement et l'enrichissement des indicateurs de suivi de l'activité économique des secteurs de la santé afin d'améliorer notre capacité d'analyse et de pilotage. Cette démarche s'accompagnera de la mise en place de nouveaux outils permettant d'apporter une plus grande transparence sur la composition du capital des offreurs de soins. Une meilleure connaissance des structures de détention et des acteurs financiers impliqués constituera un levier essentiel pour suivre les évolutions du secteur, et objectiver les phénomènes de concentration et de financiarisation.

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 31 : Poursuivre le développement des indicateurs suivis en se dotant notamment de nouveaux outils permettant d'apporter de la transparence dans la composition du capital des offreurs de soins

Proposition 32 : Afin de comprendre les évolutions contrastées de la situation économique des différents acteurs de la chaîne de distribution des médicaments, développer une analyse approfondie des groupements et notamment des liens avec les officines

4.5 Masseurs-kinésithérapeutes : Une dynamique des dépenses soutenue mais qui ne garantit pas une viabilité économique et une attractivité de la profession

Les dépenses de soins de masso-kinésithérapie (7,1 Md€ en 2025) connaissent depuis une décennie une croissance soutenue d'environ 4% par an portée notamment par l'augmentation du nombre de professionnels de santé (+37% entre 2015 et 2025), le vieillissement de la population (environ 30% de la croissance) ou encore une hausse du recours et une intensification des prises en charge (environ la moitié de la croissance). Les remboursements de l'Assurance Maladie de ces soins ont ainsi progressé plus rapidement que la moyenne des soins de ville. Pourtant, cette dynamique ne se traduit pas par un gain significatif pour les acteurs du système de soins.

Pour les kinésithérapeutes, l'augmentation des effectifs et des volumes d'activité ne s'est pas accompagnée d'une amélioration des revenus. Au contraire, la dilution des honoraires due à la hausse du nombre de professionnels a conduit à une quasi-stagnation des revenus moyens. Cette situation s'accompagne de fortes disparités territoriales avec des honoraires moyens pouvant varier du simple au double selon les départements, reflétant des conditions d'exercice très inégales.

Pour **l'Assurance Maladie**, cette croissance des dépenses pose un **défi de soutenabilité**. **Les facteurs explicatifs de la croissance ainsi que la grande hétérogénéité dans la prise en charge des patients interrogent également l'efficacité de la dépense. En effet, on constate qu'une part importante de l'augmentation récente des remboursements est liée à l'évolution des pratiques, notamment au recours accru et à l'augmentation du nombre de séances par patient.** Par ailleurs, à structure d'âge et de statut ALD comparable, le nombre de séances par patient varie fortement selon les départements (de 17 à 34 séances standardisées par patient)

Enfin, **pour les patients**, la persistance de zones sous-dense interroge les conditions de l'accès aux soins et soulève des enjeux de qualité de prise en charge. L'offre de soins reste mal répartie sur le territoire avec une densité moyenne d'environ 120 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants et selon les départements une densité qui varie de 30 à 270. Parallèlement, la part des soins à domicile, essentiels pour les personnes âgées ou dépendantes, tend à diminuer sur la dernière décennie.

Face à ces constats, des évolutions conventionnelles et législatives ont permis de faire évoluer des paramètres de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes. L'avenant 7 de 2023 a ainsi revalorisé certains actes pour améliorer l'attractivité de la profession et renforcé les dispositifs démographiques pour mieux répartir l'offre sur le territoire. La loi de 2023 sur l'accès direct a quant à elle ouvert la possibilité de consultations sans prescription médicale dans certaines structures, une avancée majeure pour faciliter l'accès aux soins.

Malgré ces évolutions, il semble nécessaire de donner des perspectives à la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie. Ce chapitre tente à travers des comparaisons internationales et des études inédites sur le respect des référentiels recommandés par la HAS de dresser des pistes de réflexions pour les partenaires conventionnels.

4.5.1 Une progression marquée des remboursements de soins de masso-kinésithérapie sur la dernière décennie et particulièrement marquée ces trois dernières années

Au 31 décembre 2025, plus de 84 500 masseurs kinésithérapeutes exercent leur activité en libéral en France soit plus de 80% de l'ensemble de la profession. Le reste de la profession exerce majoritairement en tant que salarié, notamment dans les établissements de santé.

Les honoraires sans dépassements (HSD) ont atteint en 2025, 7,1 Md€ et ont été remboursés par l'assurance maladie au taux moyen de 75% soit 5,3 Md€ de dépenses soit environ 4,7% des dépenses du champ des soins de ville.

Ces remboursements sont particulièrement dynamiques, en progression de 4% par an en moyenne entre 2015 et 2024 et une hausse de 4,6% en 2025 contre une croissance annuelle moyenne de 3,2% pour l'ensemble des dépenses de soins de ville.

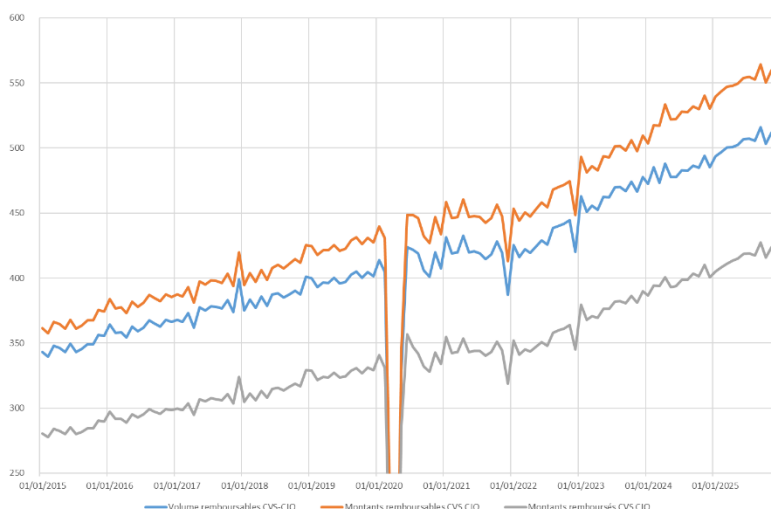
Sur les 10 dernières années, on peut distinguer 3 périodes :

- une croissance de 3,6% par an en moyenne entre 2015 et 2019 des montants remboursés et du volume économique⁴¹⁰ (CVS-CJO) ;
- puis une période de chute et de rattrapage de l'activité pendant la crise sanitaire en 2020 et 2021 suivi d'une croissance atone en 2022 ;

⁴¹⁰ Le volume économique mesure la consommation de soins indépendamment des variations de prix

- Enfin on note une accélération de l'activité à partir de 2023 avec une croissance observée des volumes plus dynamique qu'auparavant : +8,2% en 2023, +3,9% en 2024 et +4,6% en 2025.

- Figure 82 - Montants remboursés, remboursables et volume économique des soins de MK depuis 2015



Cette dynamique se retrouve dans l'ensemble des indicateurs d'activité. Entre 2015 et 2025, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux progresse de 61 600 à 84 500, soit +37 %. Sur la même période, le nombre de patients augmente de 10,5 à 12,9 millions et le nombre de séances de 239 à 327 millions.

Cette hausse s'explique également par une intensification des prises en charge : le nombre moyen de séances par patient passe de 23 à 25 entre 2015 et 2025 par an par patient. Le remboursement moyen par patient augmente également, de 339 € à 409 €, sous l'effet combiné de la hausse du nombre de séances, de l'évolution des cotations et des revalorisations tarifaires.

Tableau 40 - Principaux indicateurs 2015 -2022 -2025

	2015	2022	2025	TCAM 2015-2022	TCAM 2022-2025
Nombre de MK	61 578	75 610	84 528	3,0%	3,8%
Patients (en millions)	10,5	11,8	12,9	1,6%	3,2%
Séances (en millions)	239	285	327	2,5%	4,6%
Remboursements AMO (actes)	3,6 Md€	4,4 Md€	5,3 Md€	3,1%	6,0%
Séances/patient	23,0	24,3	25,3	0,8%	1,4%
Remboursement AMO /pat	339 €	376 €	409 €	1,5%	2,8%

Source : AMOS et DCIR – Tous régimes – en dates de soins, libéraux

Le vieillissement de la population et une hausse du recours aux soins de kinésithérapie contribuent principalement à la dynamique des soins de masso-kinésithérapie

Entre 2015 et 2025, **le nombre de patients progresse de 22,7 % pour atteindre 12,9 millions de patients pris en charge soit 18,7% de la population française** (+2,9 point par rapport à 2015). La population française n'a progressé certes que de **3,7 %**, entre 2015 et 2025 mais cette croissance masque des disparités marquées: les **75 ans et plus augmentent de 25,9 %** et les **65-74 ans de 18,5 %**. Or, ces classes d'âge, plus exposées aux pathologies chroniques et à la perte d'autonomie, recourent davantage à la masso-kinésithérapie.

Ces évolutions démographiques se traduisent toutes choses égales par ailleurs par une hausse du nombre de patients mais sont amplifiées par une hausse du taux de recours aux soins de masso-kinésithérapie à tous les âges (sauf pour les moins de 14 ans). En effet, **18,7% de la population française a eu recours aux soins de masso-kinésithérapie en 2025 contre 15,8% en 2015 et 17,2% en 2022**. On note des hausses de 2,0 point du recours des assurés de 15 à 34 ans et la hausse atteint 4,3 point pour les assurés de 55 à 64 ans (cf. Figure 83 - nombre de patients et taux de recours par âge en 2015 et 2024).

La structure de la patientèle s'est également modifiée sur la période en lien avec l'évolution de l'âge moyen de la patientèle, (cf. Figure 84 - Structure de la patientèle 2015 et 2025), avec une progression de la part des patients en ALD. Entre 2015 et 2025, la part des patients sans ALD diminue de 4,2 points, passant de 73,1 % à 68,9 %, tandis que celle des patients en ALD augmente de 26,9 % à 31,1 %.

Cette progression est principalement portée par les patients en ALD ayant eu des soins de kinésithérapie sans rapport avec leur ALD, dont la part augmente de 3,2 points, de 10,1 % à 13,3 %. La part des patients ayant eu des soins en rapport avec leur ALD progresse plus modérément, de 16,8 % à 17,8 %.

On observe donc que la hausse du recours ne concerne pas uniquement les prises en charge exonérées directement liées aux pathologies chroniques. Elle traduit aussi une augmentation du recours à la kinésithérapie chez des patients en ALD pour d'autres motifs de soins.

Figure 83 - nombre de patients et taux de recours par âge en 2015 et 2024

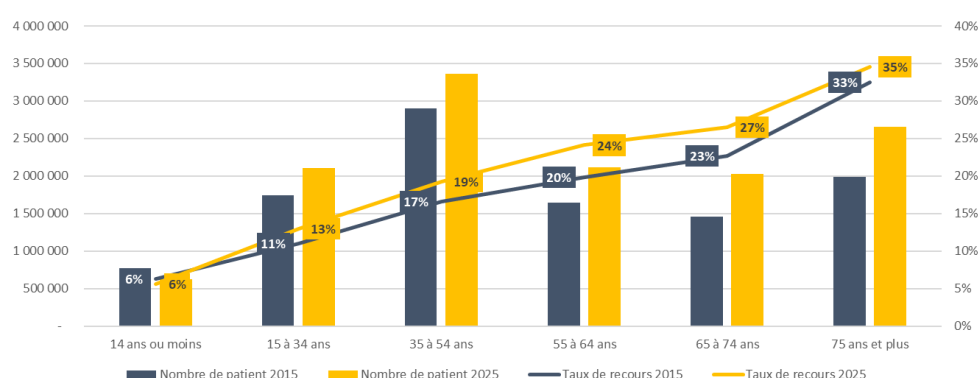
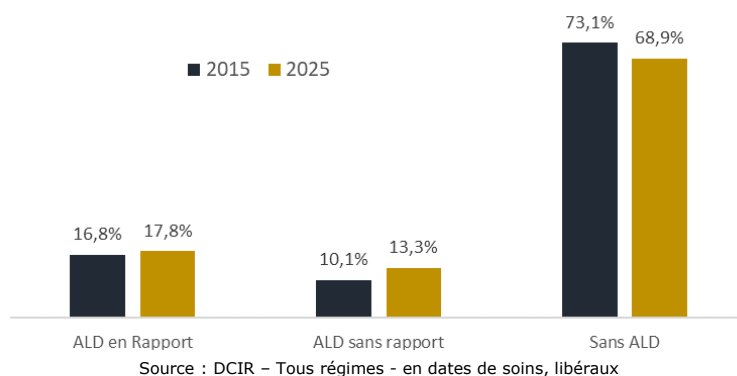


Figure 84 - Structure de la patientèle 2015 et 2025



Une intensification des prises en charge

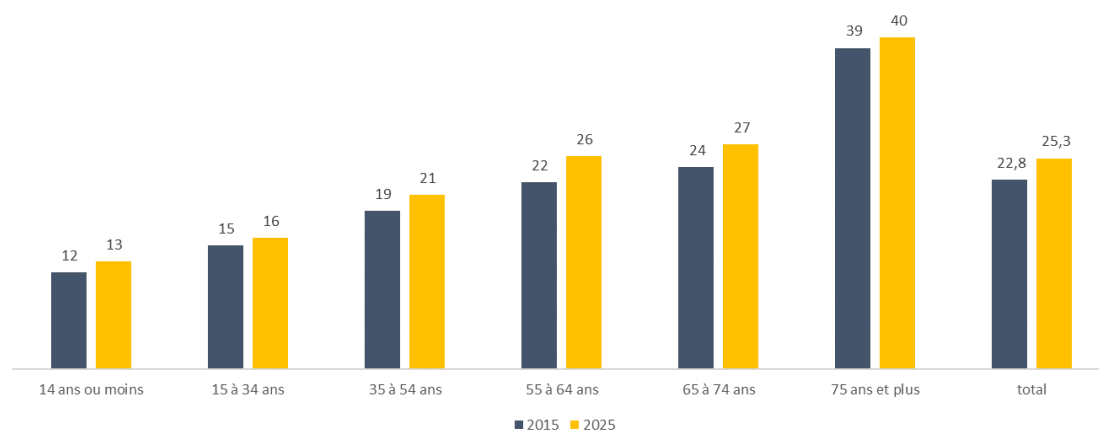
La croissance des dépenses est aussi le résultat d'une **intensification des prises en charge**, qui se traduit par une hausse plus rapide du nombre de séances (+36,5 % entre 2015 et 2025) que du nombre de patients (+22,7 %) quelle que soit la classe d'âge. Le nombre moyen de séances par patient passe de 22,8 en 2015 à 25,3 en 2025.

Le nombre de séances par patient augmente avec l'âge. En 2025, il varie de 13 séances en moyenne chez les moins de 14 ans à 40 séances chez les patients de 75 ans et plus. Cette progression reflète des besoins de prise en charge plus importants aux âges élevés, en lien avec les pathologies chroniques, la perte d'autonomie et les suites d'hospitalisation.

La hausse entre 2015 et 2025 reste modérée chez les plus jeunes : +1 séance chez les moins de 14 ans et chez les 15-34 ans. Elle est plus marquée aux âges intermédiaires et élevés : +2 séances chez les 35-54 ans, +3,5 séances chez les 55-64 ans et +3 séances chez les 65-74 ans. Chez les 75 ans et plus, le niveau reste très élevé mais progresse peu, de 39 à 40 séances par patient.

Cette intensification varie également selon le statut ALD. Le nombre moyen de séances demeure stable à un niveau élevé pour les patients ayant eu des soins en rapport avec leur ALD, autour de 50 séances par patient. En revanche, il augmente pour les patients sans ALD et pour les patients en ALD ayant eu des soins sans lien avec leur ALD, respectivement de 17 à 19 séances et de 20 à 23 séances en moyenne.

Figure 85 - Nombre moyen de séances par patients



Source : DCIR – Tous régimes - en dates de soins, libéraux

L'intensification des prises en charges se traduit également par des coefficients⁴¹¹ moyens facturés plus élevés. En **moyenne les coefficients facturés par séance sont passés de 8,6 en 2015 à 9,0 en 2022 et 9,2 en 2025** soit une hausse de 0,6 coefficient en moyenne sur l'ensemble de la période répartie équitablement entre les classes d'âge. En termes économiques, cette hausse de 0,6 coefficient en moyenne correspond à environ 1,3€ par séance soit près de 320 M€ de dépenses supplémentaires toutes choses égales par ailleurs en 2025.

Ce phénomène tient notamment aux évolutions conventionnelles mais également aux évolutions dans les pratiques de facturation. L'assurance maladie avait notamment fait le constat d'un glissement des facturations d'AMS 9,5 définis comme la « rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » au détriment de l'acte AMS 7,5 associé à la rééducation d'un membre, ce qui avait mené à une action graduée de gestion du risque pour permettre une cotation adaptée à la nomenclature. On constate également sur la période, dans le cadre de la prise en charge des personnes âgées, la baisse progressive des actes côtés 6 d'aide à la déambulation au profit d'acte plus rémunérés, aux coefficients plus élevés (l'avenant 7 acte finalement la suppression du coefficient 6 à partir du 1^{er} janvier 2026).

Des revalorisations tarifaires importantes qui ont également porté la croissance des remboursements

La croissance des remboursements sur cette période tient notamment aux revalorisations intervenues depuis 2018 et la signature des avenants 5 & 6 fin 2017 ainsi que l'avenant 7 en juillet 2023. Ces avenants ont représenté pour l'assurance maladie des investissements respectivement de 230 M€ et 530 M€ (dont plus de 115 M€ dès 2024). Ces avenants ont notamment permis de revaloriser les cotations applicables sur les principaux actes à partir de 2018, élargir le panier de soins en créant deux nouveaux actes pour la réhabilitation respiratoire de patients souffrant de BPCO ou encore dès 2024 de revaloriser la lettre clé dans l'hexagone de 2,15€ à 2,26€ (voir .2.1.1 – contexte conventionnel).

⁴¹¹ Dans la NGAP, tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. 20 lettres-clés sont utilisées par les masseurs kinésithérapeutes selon la désignation de l'acte. Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel et est déterminé en tenant compte notamment de la complexité de l'acte et du temps nécessaires à sa réalisation. Le tarif d'un acte est déterminé par le produit de la valeur de la lettre-clé (2,21€ en métropole et 2,43€) dans les DROM et du coefficient.

Figure 86 - Impact financier attendu pour l'Assurance Maladie Obligatoire des revalorisations conventionnelles



Les évolutions de la pratique expliquent 54% de la croissance ces trois dernières années

La décomposition de la croissance permet de hiérarchiser les facteurs présentés précédemment. Elle confirme que la progression des remboursements dans un contexte de hausse dynamique des effectifs de MK repose à la fois sur des déterminants démographiques, sur l'élargissement du recours à la kinésithérapie, sur l'intensification des prises en charge et les évolutions conventionnelles.

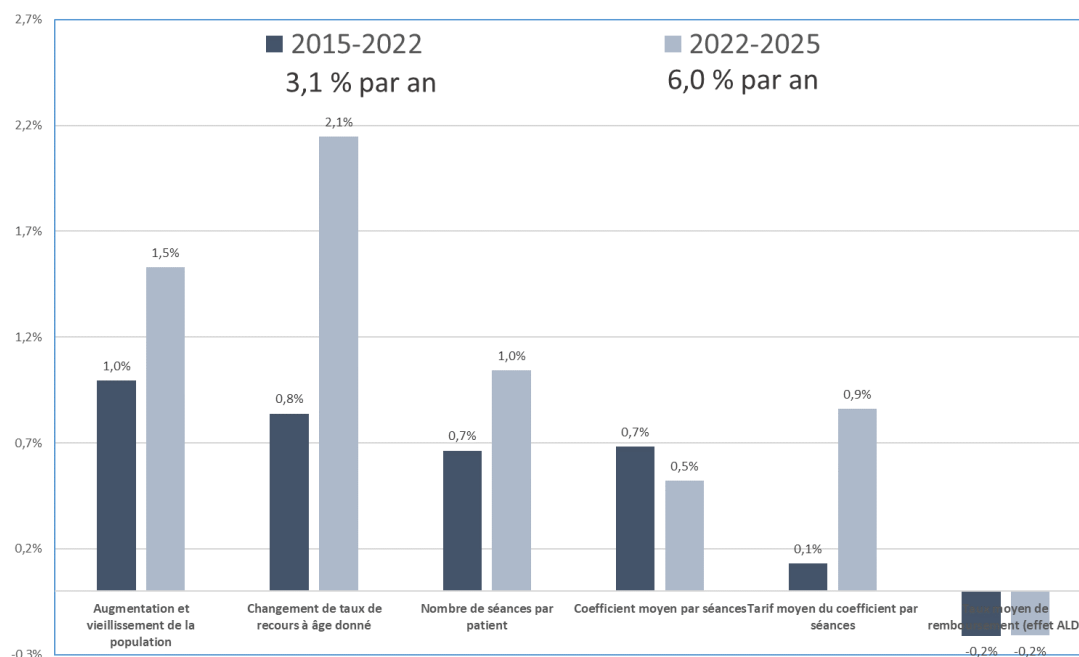
Entre 2015 et 2022, les remboursements ont progressé de 3,1 % par an en moyenne. Cette croissance était portée de façon relativement équilibrée par l'augmentation et le vieillissement de la population (+1,0 point), la hausse du recours à âge donné (+0,8 point), l'augmentation du nombre de séances par patient (+0,7 point) et la progression du coefficient moyen par séance (+0,7 point). Le tarif moyen contribuait peu à la croissance sur cette période (+0,1 point), tandis que le taux moyen de remboursement avait un impact négatif (-0,2 point).

Depuis 2022, la croissance annuelle moyenne atteint 6,0 %, soit un rythme près de deux fois supérieur. Cette accélération tient d'abord à la forte hausse du recours à âge donné (+2,1 points) et à l'effet démographique (+1,5 point). L'intensification des prises en charge continue également de contribuer à la dynamique, via la hausse du nombre de séances par patient (+1,0 point). S'y ajoute désormais un effet tarifaire plus marqué (+0,9 point), en lien avec les revalorisations conventionnelles récentes, notamment la hausse de la lettre clé en 2024.

Au total, entre 2015 et 2025, environ 30% de la croissance est lié à des facteurs démographique et au vieillissement de la population. Plus de la moitié de la croissance est liée à des évolutions de pratique : hausse du recours et intensification de la prise en charge. La hausse des coefficients moyens facturés explique environ 15% de la croissance et les effets liés à une plus forte valorisation des actes représentent environ 10% de la croissance. Enfin la baisse continue du taux moyen de remboursement, liée à la progression des soins sans ALD ou sans rapport avec l'ALD, atténue la croissance des remboursements d'environ 6% sur la période.

La croissance plus dynamique observée entre 2022 et 2025 est davantage tirée par les évolutions de pratique qui représente sur cette période environ 54% de la croissance alors que les facteurs démographiques contribuent légèrement moins qu'auparavant (environ 25%). De même la hausse des coefficients moyens ne contribue plus qu'à hauteur de 10% à la croissance alors qu'à l'inverse les effets tarifaires contribuent pour 15% à la croissance sous l'effet de la revalorisation de la lettre clef.

Figure 87 - Décomposition de la croissance 2015-2022 et 2022-2025

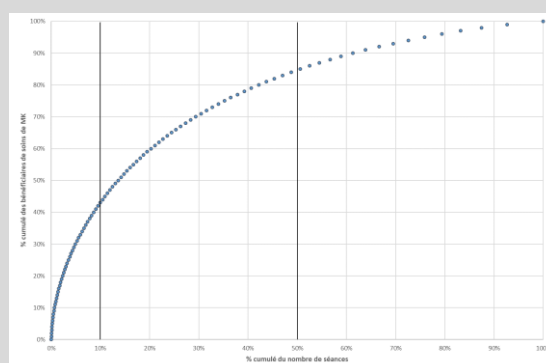


Encadré 36 : Le nombre de séance par patient : des situations très hétérogènes

Le nombre moyen de séances par patient masque une forte hétérogénéité des prises en charge selon l'âge, l'existence d'une pathologie chronique ou la nature des actes réalisés.

En 2025, la moitié des patients ne représente que **13,6 %** de l'ensemble des séances. A l'inverse, les prises en charge longues concentrent une part importante de l'activité. Les 10 % de patients les plus consommateurs représentent 38,7 % des séances, les 5 % les plus consommateurs 24,1 %, et le seul dernier centile 7,3 % des séances et plus de 9% des remboursements.

Figure 88 - Concentration des séances en 2025

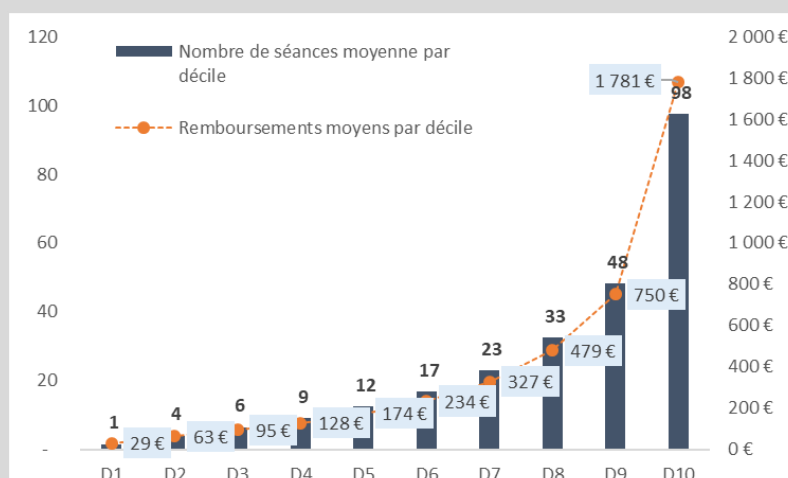


Le statut ALD est déterminant dans le niveau de recours. Tous âges confondus, les patients ayant eu des soins en rapport avec leur ALD bénéficient en moyenne de 50 séances, contre 23 séances pour les patients en ALD ayant eu des soins sans rapport avec leur ALD et 19 séances pour les patients sans ALD. L'écart est particulièrement marqué chez les 75 ans et plus avec 58 séances en moyenne pour les soins en rapport avec l'ALD, contre 27 séances pour les autres patients.

Cette concentration est attendue, notamment pour les patients âgés ou en ALD mais on observe également des prises en charge intense quel que soit le statut du patient. Tous statuts confondus, les patients du premier décile ont en moyenne 1 séance, contre 98 séances pour ceux du dernier décile. Le remboursement moyen passe de 29 € à 1 781 €.

Pour les patients en ALD mais ayant des soins sans rapport avec leur ALD, le dernier décile atteint 82 séances en moyenne, pour 1 055 € de remboursement. Pour les patients sans ALD, le dernier décile atteint 71 séances, pour 1 015 € de remboursement.

Cette dispersion reste logiquement très marquée pour les patients ayant des soins en rapport avec leur ALD. Le nombre moyen de séances varie de **3 séances au premier décile à 153 séances au dernier décile**, avec un remboursement moyen qui atteint **3 228 €** dans le dernier décile.



L'intensité des prises en charge augmente nettement avec l'âge. En 2025, le nombre moyen de séances passe de 12,9 séances chez les moins de 15 ans à près de 40 séances chez les patients de 75 ans et plus. Ces derniers représentent 20,6 % des patients, mais concentrent 32,4 % des séances et 35,2 % des remboursements.

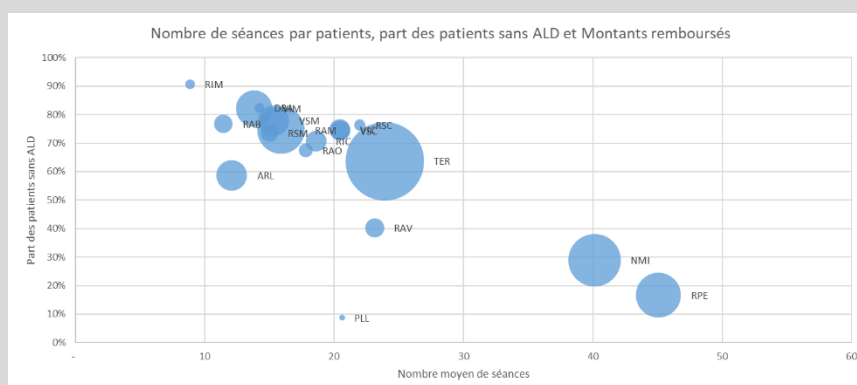
Cette intensité plus élevée s'explique en partie par la structure de la patientèle âgée. Chez les 75 ans et plus, 42,2 % des patients ont eu des soins en rapport avec leur ALD et 24,4 % des soins sans rapport avec leur ALD. À l'inverse, chez les moins de 35 ans, plus de 90 % des patients ne sont pas en ALD.

La dispersion du nombre de séances par patient tient aussi à la nature des actes réalisés.

Les actes TER (affections sur deux territoires) constituent le premier poste de remboursement, avec 30,2 % des remboursements (1,6 Md€). Ils concernent près de 4 millions de patients et représentent 94,7 millions de séances. Leur profil est mixte, en effet, près des deux tiers des patients sont sans ALD, mais le nombre moyen de séances reste élevé, à 24 séances par patient. Compte tenu de leur poids, ces actes contribuent fortement à la dynamique globale des volumes.

Les actes NMI (rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires) et RPE (rééducation à la déambulation du sujet âgé) présentent les intensités de prise en charge les plus élevées. Les actes NMI représentent 13,4 % des remboursements, avec 40 séances par patient en moyenne, et concernent majoritairement des patients ayant des soins en rapport avec leur ALD (66,4 %). Les actes RPE représentent 10,0 % des remboursements, avec 45 séances par patient en moyenne ; ils concernent également une patientèle très majoritairement en ALD en rapport avec les soins (70,3 %). Ces actes illustrent le poids des prises en charge longues, souvent liées à des situations cliniques lourdes ou à la perte d'autonomie.

À l'inverse, certains actes très fréquents présentent une intensité plus modérée. Les actes RAM – rachis non opéré représentent 11,0 % des remboursements et concernent plus de 3 millions de patients, avec 16 séances par patient en moyenne. Les actes de rééducation des membres non opérés, VIM – membre inférieur non opéré et VSM – membre supérieur non opéré, se situent également à des niveaux plus modérés, respectivement 14 et 15 séances par patient. Leur contribution aux volumes tient davantage au nombre élevé de patients concernés qu'à la longueur des prises en charge.



Source : DCIR – Tous régimes – en dates de soins, libéraux

4.5.2 Malgré cette dynamique, une situation qui ne permet pas d'atteindre une offre efficiente et de garantir une soutenabilité du modèle économique de prise en charge

Une forte croissance de l'offre de soins qui ne permet pas de garantir une attractivité économique de la profession

Depuis 2015, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont en forte progression de 3,2 % en moyenne annuelle. Au total, on dénombre **84 528 MK actifs en 2024 soit 22 950 de plus qu'en 2015**. La densité en France passe ainsi de 90 pour 100 000 habitants en 2014 à 122 en 2025.

Cette **croissance de l'offre** se traduit mécaniquement par une **capacité accrue de prise en charge**, qui se répercute sur les volumes d'activité. Mais cette dynamique de dépenses ne se traduit pas par une progression équivalente des honoraires individuels des masseurs-kinésithérapeutes. Entre 2014 et 2024, les honoraires totaux progressent de 3,9 % par an en moyenne (cf. Figure 89 - Honoraires totaux depuis 2014), portés principalement par les honoraires sans dépassement, qui augmentent de 3,8 % par an. Les dépassements progressent plus rapidement, mais ils restent concentrés et ne modifient pas la tendance d'ensemble. Rapportée au nombre de professionnels, la croissance est beaucoup plus limitée. **Les honoraires moyens par masseur-kinésithérapeute n'augmentent que de 0,6 % par an sur la période (0,5% pour les honoraires sans dépassements)**, dans un contexte de forte hausse des effectifs. Cette faible dynamique des honoraires par tête se traduit par une dynamique faible **des revenus déclarés qui augmentent de 0,3%** entre 2015 et 2023.

Figure 89 - Honoraires totaux depuis 2014

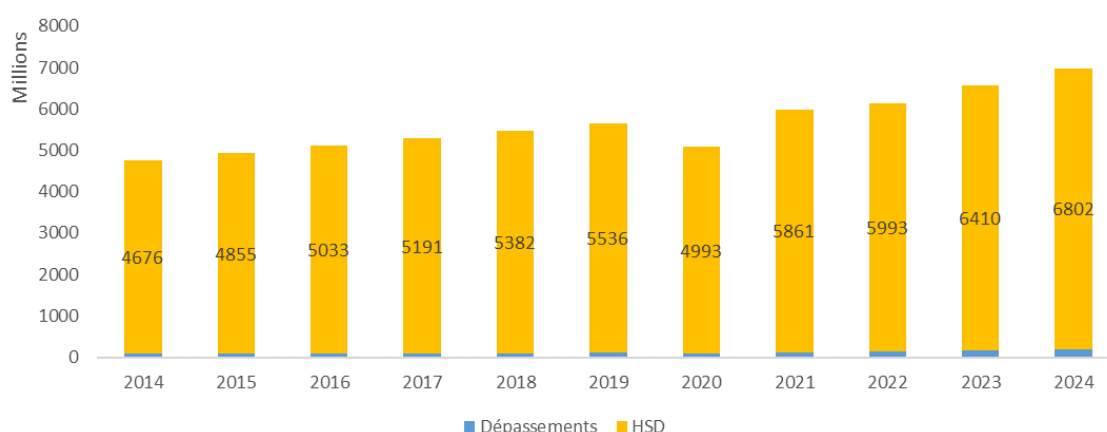
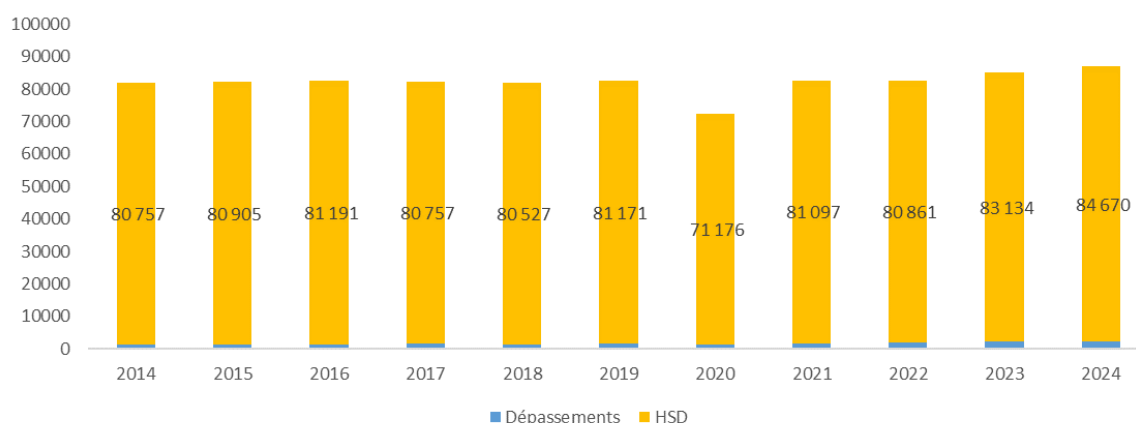


Figure 90 - Honoraires moyens par MK depuis 2014



Source : data PSL

Des disparités territoriales importantes d'activités et de prise en charge

Des honoraires et des files actives qui varient du simple au double entre les départements

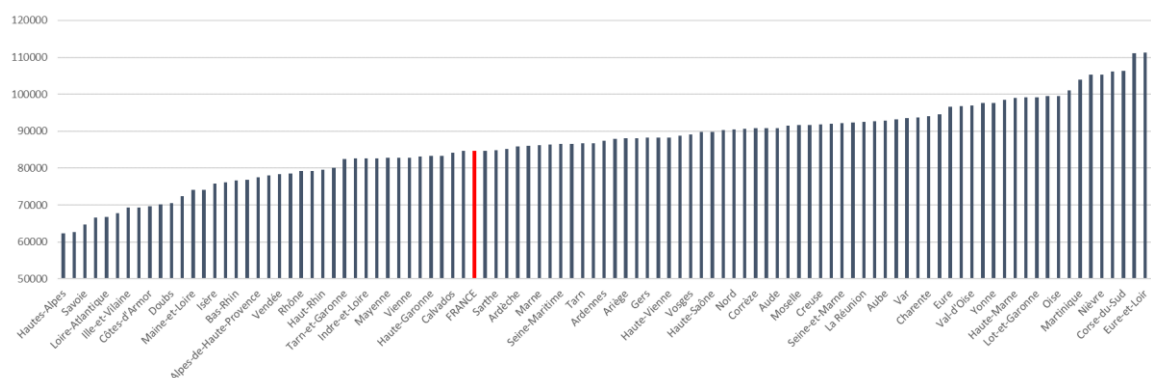
Les moyennes nationales masquent des disparités territoriales importantes d'activité et d'honoraires.

En 2024, les honoraires moyens sans dépassement varient fortement selon les départements : ils vont d'environ 62 000 € à plus de 110 000 € par masseur-kinésithérapeute, pour une moyenne nationale de 82 000 €. Ces écarts traduisent des niveaux d'activité très différenciés selon les territoires.

Au-delà des moyennes départementales, la distribution des honoraires individuels fait apparaître des situations très hétérogènes, avec certains niveaux d'honoraires particulièrement élevés. La médiane des honoraires est plus faible que la moyenne à environ 72 000€ et on observe que 4,4% des cabinets ont des honoraires sans dépassement supérieur au double de la moyenne nationale. Ces situations doivent être interprétées avec prudence : elles peuvent refléter une activité individuelle soutenue, mais aussi des organisations de cabinet dans lesquelles le professionnel libéral facture une partie de l'activité réalisée par des masseurs-kinésithérapeutes salariés ou remplaçants.

Cette situation constitue un point d'attention spécifique dans les zones soumises à régulation démographique. Le recours à des salariés peut en effet permettre d'accroître fortement l'activité d'un cabinet déjà installé, sans installation libérale supplémentaire au sens du zonage. Ces organisations peuvent contribuer à expliquer certains honoraires extrêmes et rendre plus difficile l'interprétation des indicateurs par professionnel.

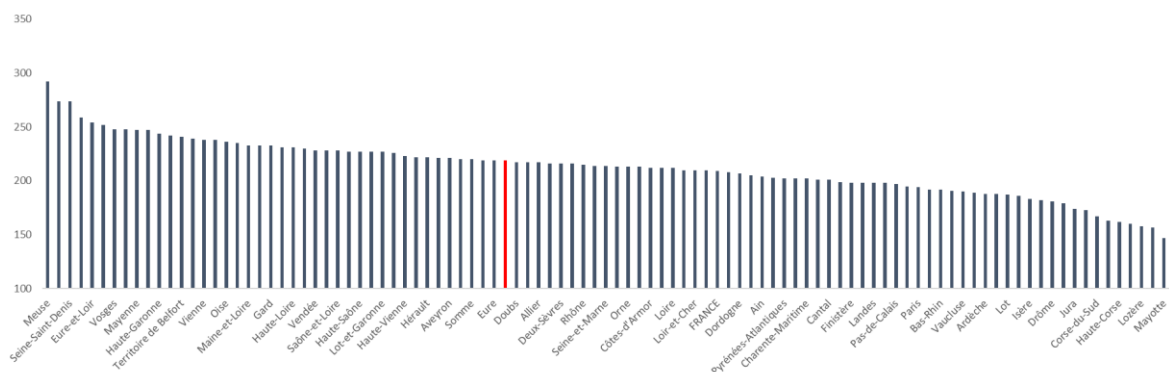
Figure 91 - Honoraires moyens sans dépassements par département en 2024



Source : DATA - PSL

La file active présente également une forte dispersion. Le nombre moyen de patients suivis par masseur-kinésithérapeute varie de 140 à 292 patients selon les départements, contre 209 patients en moyenne nationale. Ces deux indicateurs évoluent en sens inverse dans les territoires les plus denses : les masseurs-kinésithérapeutes y suivent en moyenne moins de patients. Ce constat suggère que l'augmentation de la densité ne se traduit pas mécaniquement par une amélioration homogène de l'accès aux soins, mais peut aussi s'accompagner d'une activité plus dispersée entre professionnels.

Figure 92 - File active des Masseurs kinésithérapeutes par département en 2024



Source : DATA PSL

Des disparités de prise en charge sur le territoire

Ces disparités se traduisent dans la prise en charge et notamment sur l'intensité observée des soins de masso-kinésithérapie. Après standardisation sur l'âge et le statut ALD, le nombre moyen de séances par patient reste très variable selon les départements. On observe une relation positive entre la densité de masseurs-kinésithérapeutes et le nombre de séances par patient standardisé. Autrement dit, à structure d'âge et de statut ALD comparable, l'intensité des soins est plus importante dans les départements les plus dotés en Masseurs-Kinésithérapeutes. Alors qu'on observe en France en moyenne 25 séances par patients en 2025, plusieurs départements du Sud et d'outre-mer dépassent 30 séances standardisées par patient, notamment les Bouches-du-Rhône, le Var, l'Hérault, les Pyrénées-Orientales, la Guadeloupe, la Martinique, la Réunion et les départements Corses. À l'inverse, plusieurs départements moins denses ou intermédiaires présentent des niveaux nettement inférieurs, souvent autour de 18 à 21 séances standardisées par patient : les Côtes-d'Armor, la Mayenne, la Sarthe, le Maine-et-Loire, la Vendée, le Doubs, la Vienne ou encore le Territoire de Belfort.

Certains départements très denses, comme Paris, la Savoie, les Pyrénées-Atlantiques ou les Hautes-Alpes, présentent néanmoins des niveaux de séances standardisées proches de la moyenne nationale. En effet, cette relation positive entre densité et intensité n'est pas uniforme. Certains écarts peuvent refléter des spécificités territoriales qui ne sont pas prises en compte par la standardisation âge-ALD. Dans les départements de montagne, comme la **Savoie**, les **Hautes-Alpes** ou **Pyrénées-Atlantiques**, l'activité peut être influencée par des effets saisonniers liés au tourisme et aux traumatologies. Ces départements peuvent donc présenter une densité élevée de professionnels sans nécessairement se traduire par un nombre de séances par patient durablement supérieur à la moyenne. De même, l'offre de soins notamment en soins de suite et réadaptation ou encore pour la prise en charge de personnes âgées dépendantes n'est pas prise en compte dans ces standardisations.

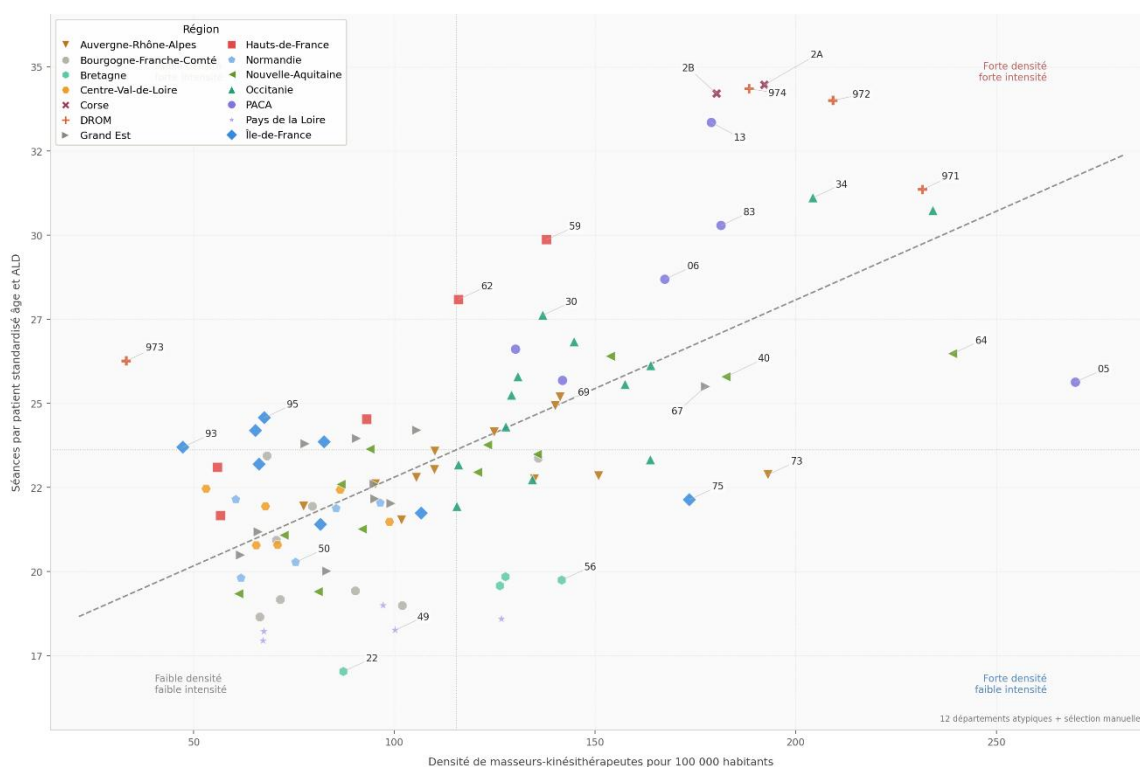
À Paris, la situation est également spécifique. Malgré une densité élevée, le nombre de séances standardisé par patient reste proche de la moyenne. Cela peut traduire une structure d'activité différente, mais aussi un effet des dépassements d'honoraires.

La déclinaison par acte confirme que les écarts territoriaux observés au global ne sont pas portés par un seul type de prise en charge. Ils se retrouvent sur plusieurs actes majeurs.

- Pour les **actes TER** – affections sur deux territoires, les séances standardisées par patient varient fortement selon les départements, de 16 séances dans les Côtes-d'Armor à plus de 30 séances dans des départements du Sud de la France et d'Outre-Mer. Cet acte, qui représente environ 30% des remboursements d'actes de masso-kinésithérapie pour environ 4 millions de patients dont 63,7% sans ALD, apparaît donc comme un facteur important des écarts territoriaux d'intensité.
- Les écarts sont encore plus marqués pour les **actes RPE** – rééducation à la déambulation du sujet âgé. Le nombre de séances standardisées par patient varie de niveaux inférieurs à 30 séances dans certains départements à plus de 60 séances dans plusieurs territoires du Sud ou d'outre-mer, notamment les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, le Var, l'Hérault, la Corse et La Réunion. Compte tenu du public concerné, ces écarts peuvent refléter des différences de besoins, mais ils suggèrent aussi une forte hétérogénéité des pratiques de prise en charge des personnes âgées. On note néanmoins que ces écarts entre département ne semblent pas corrélés à la densité de lits et de places en SMR pour 100 000 habitants de 50 ans et plus.
- Les **actes NMI** – rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires, 2^e groupe d'acte les plus remboursés en 2025 (13% des remboursements) pour environ 850 000 patients essentiellement en ALD présentent également une dispersion importante, avec des niveaux allant d'environ 29 à 32 séances dans certains départements à plus de 50 séances dans le Nord, l'Hérault, la Haute-Corse ou La Réunion
- Pour les **actes RAM** – rachis non opéré, le nombre de séances standardisées par patient varie globalement de 11 à 22 séances selon les départements. Les niveaux les plus faibles sont observés notamment dans les Côtes-d'Armor, le Maine-et-Loire, la Sarthe, le Doubs ou la Loire-Atlantique, autour de 11 à 12 séances. À l'inverse, les niveaux les plus élevés sont observés en Corse, dans les Bouches-du-Rhône, le Nord, le Var, les Pyrénées-Orientales ou encore en Martinique, avec des niveaux proches ou supérieurs à 19-22 séances. Pour cet acte fréquent, ces écarts peuvent contribuer de manière importante aux différences territoriales de volumes, même si l'amplitude est moindre que pour les actes RPE ou NMI.
- Pour les **actes RAV** – rééducation des affections vasculaires, la dispersion est également visible, avec des niveaux allant d'environ 17 à 28 séances standardisées par patient. Les valeurs les plus élevées concernent notamment les Pyrénées-Orientales, la Haute-Corse, la Guadeloupe, la Martinique, les Bouches-du-Rhône, le Nord ou encore la Corse-du-Sud. Ces écarts suggèrent là aussi des différences d'intensité de prise en charge pour un même type d'acte, au-delà de la seule structure d'âge ou d'ALD.

Au total, la déclinaison par acte montre que les disparités territoriales ne sont pas limitées à quelques prises en charge spécifiques. Elles concernent à la fois des actes fréquents comme le rachis non opéré, des actes à profil plus âgé comme la déambulation du sujet âgé, et des actes plus spécialisés comme les affections neuromusculaires, rhumatismales inflammatoires ou vasculaires. Cette cohérence renforce l'hypothèse de pratiques territoriales hétérogènes, même si les résultats doivent être interprétés au regard des caractéristiques locales non observées, notamment la saisonnalité, l'offre de soins et les profils de pathologies.

Figure 93 - Nombre de Séances par patient standardisé (Age et ALD) et densité (tout acte)



Source : DCIR – Tous régimes – en dates de soins, libéraux

Des tensions sur l'accès aux soins dans certains territoires

La croissance rapide des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ne s'est pas accompagnée d'un rééquilibrage territorial de l'offre.

Entre 2014 et 2024, la densité nationale augmente de 30 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants, pour atteindre environ 120 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Cette progression masque toutefois des écarts très importants entre départements : en 2024, la densité varie de 47 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en Seine-Saint-Denis à 269 masseurs-kinésithérapeutes dans les Hautes-Alpes.

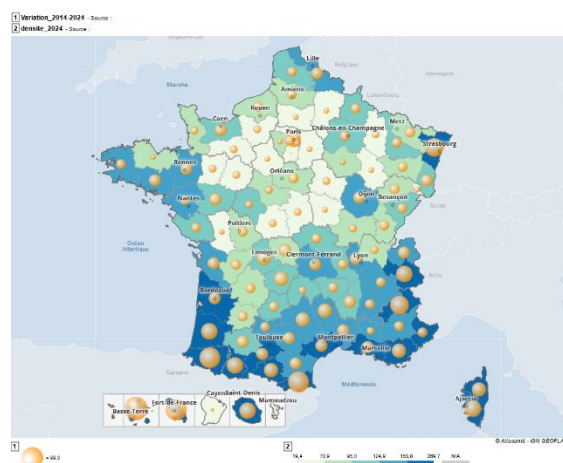
A noter que l'avenant 5 de 2018 a revu la politique de zonage en distinguant plusieurs catégories de territoires : les zones sous-dotées et très sous-dotées, ouvrant droit à des aides à l'installation ; les zones intermédiaires et très dotées, où l'installation reste libre mais sans aide ; et les zones non prioritaires, dans lesquelles une installation n'est possible qu'en remplacement d'un départ. Un point de vigilance concerne le recours au salariat. Dans les zones non prioritaires, le zonage limite les nouvelles installations libérales, mais n'empêche pas nécessairement l'augmentation de l'activité d'un cabinet déjà installé par l'embauche de masseurs-kinésithérapeutes salariés.

Malgré ces dispositifs, les installations nouvelles se sont principalement concentrées dans des territoires déjà relativement bien dotés, notamment dans le sud de la France, les départements pyrénéens, alpins, littoraux ou encore la Gironde. À l'inverse, plusieurs départements du nord, du centre et de l'est restent moins dotés. Au total, environ 30%⁴¹² de la population française vit dans une zone sous dotée ou très sous dotée.

Ces écarts de densité constituent un enjeu central d'accès aux soins. Dans les zones les moins dotées, ils peuvent se traduire par des délais de prise en charge plus longs, une file active plus importante par professionnel et une moindre disponibilité pour certains soins, notamment à domicile. À l'inverse, dans les zones très denses, la question est moins celle de l'accès quantitatif que celle de l'intensité des prises en charge et de l'hétérogénéité des pratiques.

⁴¹² Sur la base du zonage en vigueur en 2025 et la population INSEE 2023 par commune

Figure 94 -carte des densités et des installations



Source : AMOS

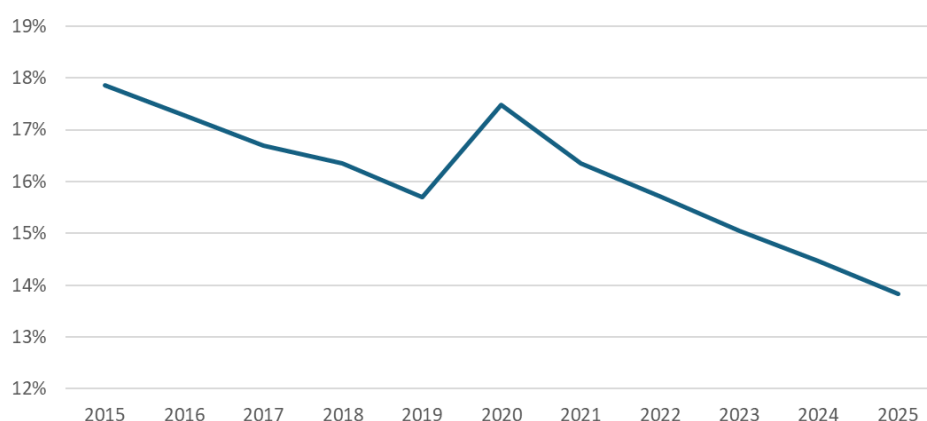
L'indice de Gini confirme cette persistance des inégalités territoriales. Pour rappel, cet indice mesure le degré d'inégalités appliqué ici à la répartition des masseurs kinésithérapeutes en France par département, il varie de 0 en situation d'égalité parfaite à 1, situation d'inégalité totale avec tous les professionnels dans un unique département. L'indice de Gini augmente de 0,196 en 2016 à 0,218 en 2024 pour les masseurs-kinésithérapeutes, alors qu'il diminue sur la même période pour les infirmiers et reste stable sur l'ensemble des auxiliaires médicaux.

Peu de déplacements à domicile

L'augmentation de l'offre de soins ne garantit pas non plus la disponibilité des masseurs-kinésithérapeutes pour les prises en charge à domicile, levier essentiel de l'accès aux soins pour les personnes âgées, dépendantes ou souffrant de certaines pathologies chroniques.

Leur part dans l'activité des masseurs-kinésithérapeutes diminue de manière continue depuis 2015. Les forfaits représentaient environ 17 % des actes facturés en 2015 ; ils n'en représentent plus que 13 % sur la période récente. Le fait que les soins à domicile soient en partie délaissés peut se traduire par une perte effective d'accès aux soins pour certains patients fragiles ou par un transfert de coût en mobilisant des transports sanitaires.

Figure 95 - Part des frais de déplacements dans l'activité



Source : DAMIR – dates de remboursement – libéraux

Les dépassements d'honoraires : un phénomène globalement limité mais marqué dans certains territoires

Les dépassements⁴¹³ d'honoraires constituent un autre facteur d'inégalités d'accès aux soins.

Depuis 2015, on constate une croissance annuelle moyenne de 9,3% des dépassements facturés en France

En 2024, parmi les masseurs-kinésithérapeutes ayant facturé au moins 50 actes, 17,8 % ont facturé au moins un dépassement.

La situation est toutefois très concentrée géographiquement.

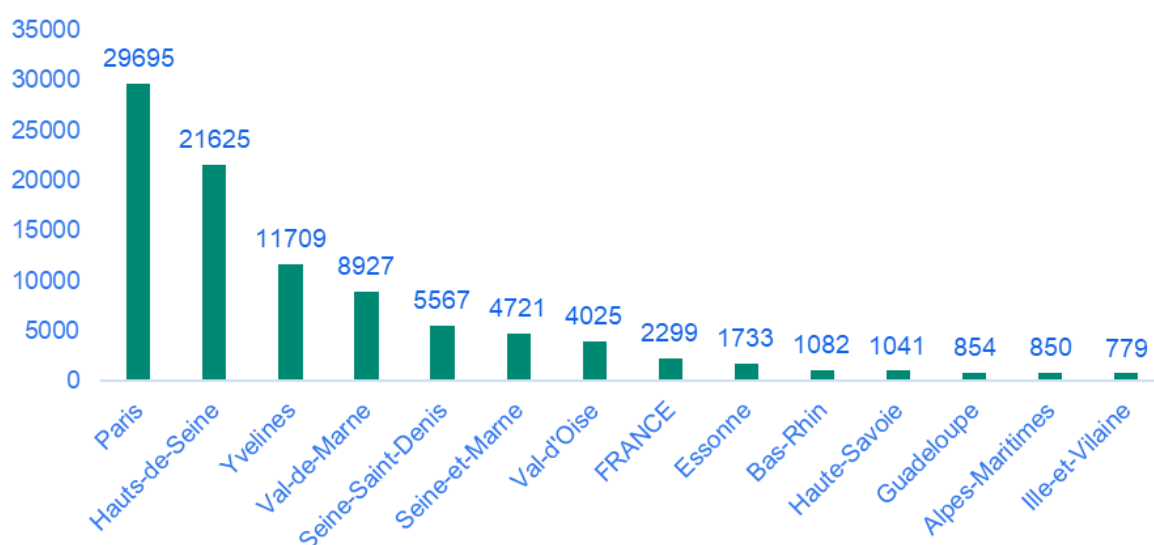
L'Île-de-France se distingue nettement : à Paris, 93 % des masseurs-kinésithérapeutes ont facturé au moins un dépassement et 72 % des patients ont été concernés. Les Hauts-de-Seine présentent également des niveaux très élevés, avec 89 % des masseurs-kinésithérapeutes et 66 % des patients concernés. Les Yvelines et le Val-de-Marne se situent aussi à des niveaux élevés, avec respectivement 49 % et 36 % des patients ayant payé un dépassement.

Dans les départements où les dépassements sont fréquents, ils concernent une large part de la patientèle des professionnels qui les pratiquent. À Paris, 75 % des patients suivis par des masseurs-kinésithérapeutes facturant des dépassements en ont effectivement payé au moins un ; cette proportion atteint 71 % dans les Hauts-de-Seine et 62 % dans les Yvelines.

Dans ces départements, les dépassements représentent des montants importants. À Paris, ils atteignent près de 97 M€, soit environ un tiers des honoraires totaux facturés à Paris (environ 30 000€ par masseurs-kinésithérapeutes). Dans les Hauts-de-Seine, ils représentent environ 34 M€ soit environ 21 500€ en moyenne par masseurs-kinésithérapeutes.

Si la problématique est aujourd'hui très concentrée en Île-de-France, les dépassements apparaissent dans la quasi-totalité des territoires, même s'ils concernent souvent encore une part limitée des patients. Dans de nombreux départements, entre 5 % et 15 % des masseurs-kinésithérapeutes ont déjà facturé au moins un dépassement en 2024, mais ces dépassements concernent le plus souvent moins de 3% des patients.

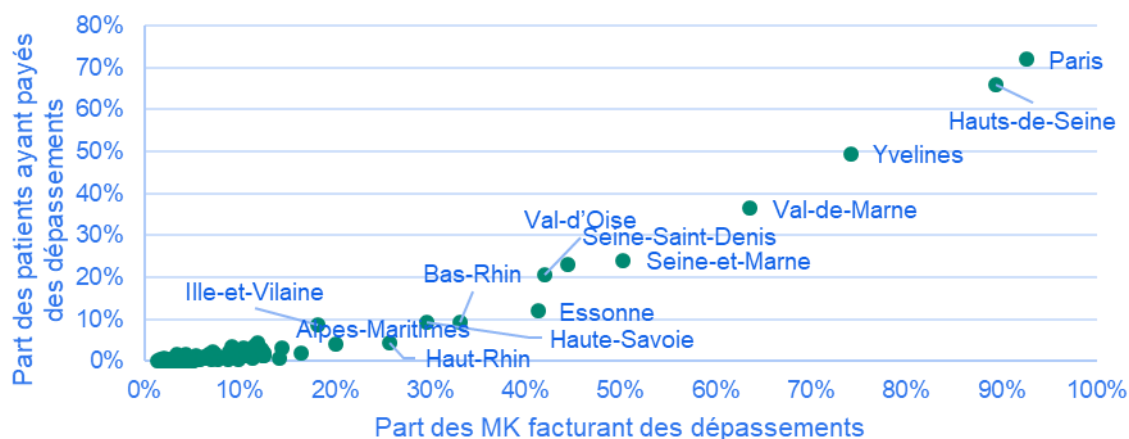
Figure 96 - Dépassements moyens par masseurs-kinésithérapeutes en 2024



Source : DCIR – Tous régimes - en dates de soins, libéraux

⁴¹³ Il ne s'agit ici que des dépassements qui remontent dans le SNIIRAM en dépassements pour exigence

Figure 97 - Part des MK facturant des dépassements et part des patients concernés par département

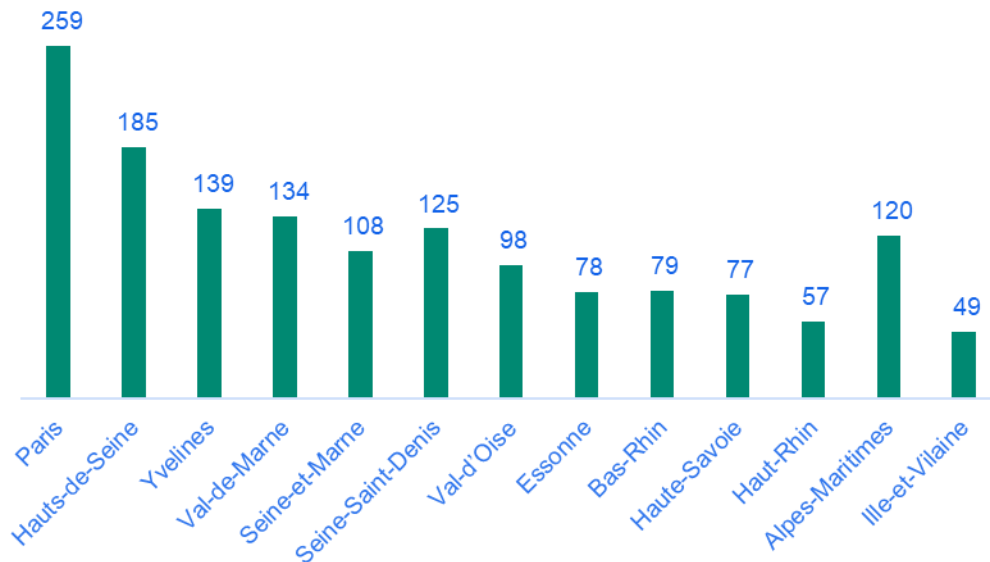


Source : DCIR – Tous régimes – en dates de soins, libéraux

Note de lecture : en abscisse la part des MK facturant des dépassement (89% dans les Hauts de Seine) et en ordonnée la part des patients ayant payés des dépassements (66% dans les Haut de Seine)

8,8 % des patients ont acquitté au moins un dépassement dans l'année, pour un montant moyen de 180 € par patient concerné. En 2024, pour les patients ayant payé des dépassements, ceux-ci ont représenté jusqu'à 259€ en moyenne à Paris, 185€ dans les Haut de Seine ou encore 125€ en Seine-Saint-Denis. Dans les autres départements où les dépassements sont moins fréquents, on observe toutefois des dépassements moyens de 20€ à 120€ sur un nombre très limité de patients.

Figure 98 - Dépassements moyens par patient en 2024 dans les départements où 20% ou plus des MK ont facturé un dépassement



Source : DCIR – Tous régimes – en dates de soins, libéraux

4.5.3 Les évolutions récentes de la place des masseurs-kinésithérapeutes dans le système de soins face à ces constats

Face à ces constats, des évolutions conventionnelles et législatives ont permis de faire évoluer des paramètres de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes que ce soit sur les conditions d'installations, les conditions économiques à travers des revalorisations tarifaires ou encore le développement de nouvelles modalités d'accès.

Accès aux soins et attractivité de la profession au cœur de l'avenant 7 à la convention

Au regard des enjeux de la prise en charge des soins de masso-kinésithérapie, les partenaires conventionnels ont mis en place des mesures structurantes pour la profession en particulier dans l'avenant 7 à la convention nationale qui a notamment permis de revaloriser l'exercice libéral et de renforcer le dispositif démographique visant à améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Les évolutions législatives portées par la loi du 19 mai 2023, introduisant les modalités d'accès direct sans passer par le médecin, sont susceptibles également de faire évoluer l'exercice de la profession et d'améliorer l'accès aux soins.

Par l'avenant 7 à la convention nationale (conclu le 13 juillet 2023 et publié au Journal officiel du 25 août 2023) des mesures significatives ont été mises en place afin d'améliorer l'accès aux soins de masso-kinésithérapie, favoriser la pertinence et la qualité de la prise en charge et revaloriser l'exercice libéral en vue de garantir l'attractivité de la profession.

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques, cet avenant a permis de **développer la prévention et la prise en charge des patients en perte d'autonomie** en revalorisant et en créant de nouveaux actes à fort enjeu de santé publique (création d'un acte de repérage de la fragilité, inscription des masseurs-kinésithérapeutes dans le parcours de prise en charge de l'insuffisance cardiaque ou encore facilitation de la prise en charge des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap) ainsi qu'en favorisant l'intervention des masseurs-kinésithérapeutes au domicile des patients.

A travers cet avenant, les partenaires conventionnels avaient également souhaité souligner l'importance de garantir à tous les assurés, sur l'ensemble du territoire, un accès aux masseurs-kinésithérapeutes. A ce titre des mesures fortes ont été mises en place pour **renforcer le dispositif démographique** en favorisant l'installation et le maintien des masseurs-kinésithérapeutes dans les zones déficitaires en offre de soins et allant plus loin sur la régulation à l'installation des professionnels en zones « non prioritaires ». Pour s'installer en libéral, cet avenant prévoit notamment que les étudiants ayant débuté leur formation à compter de 2023 devront justifier d'une **expérience professionnelle préalable de deux ans en établissement sanitaire ou médico-social en France ou s'engager à réaliser les deux premières années de leur conventionnement dans une zone « très sous dotée » ou « sous dotée »**. Compte tenu de la forte évolution démographique de la profession, ces mesures ont vocation à améliorer la répartition des masseurs-kinésithérapeutes sur le territoire en particulier dans les zones les plus fragiles mais leurs effets ne pourront être constatés que dans quelques années.

Parallèlement, afin de garantir l'attractivité de la profession dans un contexte économique marqué par une inflation importante, des **mesures significatives de revalorisation** ont été mises en place avec une augmentation du tarif des lettres clés de 3 % et une revalorisation des coefficients des principaux actes facturés.

Enfin, l'avenant 7 a permis d'intégrer les évolutions législatives visant à faire évoluer les compétences des masseurs kinésithérapeutes en permettant aux masseurs-kinésithérapeutes d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un **renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an** et d'ouvrir la possibilité d'**accès direct** aux masseurs-kinésithérapeutes sans prescription médicale préalable.

L'accès direct : une nouvelle modalité de recours aux soins de masso-kinésithérapie

La loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a étendu le champ de compétence des masseurs-kinésithérapeutes en ouvrant la possibilité pour ces derniers de **réaliser leurs actes en accès direct, sans prescription médicale préalable, dans certaines structures de soins et d'exercice coordonné**. Ces conditions ont été précisées dans l'avenant 7 à la convention nationale.

Un masseur-kinésithérapeute peut réaliser des actes sans prescription médicale préalable dès lors qu'il exerce :

- dans les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés ;
- dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ;
- dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maisons de santé.

En outre, une expérimentation a été lancée (arrêté du 6 juin 2025) pour permettre aux **masseurs-kinésithérapeutes adhérents à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)** de l'un des 20 départements expérimentateurs, de recevoir leurs patients en accès direct. Cette expérimentation, d'une durée de 5 ans, doit faire l'objet d'une évaluation mise en œuvre par les Agences régionales de santé (ARS) en lien avec l'Assurance Maladie.

Le nombre de séances qu'un masseur-kinésithérapeute peut réaliser en accès direct dépend de la situation du patient. Dans le cas où le patient ne dispose pas **d'un diagnostic médical relatif à l'épisode de soin pour lequel il sollicite le masseur-kinésithérapeute**, le nombre de séances pouvant être réalisé est **limité à huit**. Un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés sont adressés au médecin traitant du patient ainsi qu'à ce dernier et peuvent être reportés dans l'espace numérique de santé du patient. Si le masseur-kinésithérapeute peut s'appuyer sur un diagnostic médical préalable, le nombre de séances n'est pas limité.

Depuis l'entrée en vigueur de cette mesure, les dispositions conventionnelles prévoient un suivi attentif de la montée en charge. C'est dans ce cadre qu'une analyse des données de remboursement a été conduite avec un double prisme : une vision globale entre janvier 2024 et juin 2025 pour observer la dynamique d'appropriation du dispositif, et une analyse détaillée — portant sur la typologie des actes, la répartition par structures, le respect des plafonds et le profil des patients — resserrée sur une année glissante récente (juillet 2024 – juin 2025).

Un recours à l'accès direct en progression, mais qui demeure ciblé

La dynamique d'appropriation du dispositif est réelle. De janvier 2024 à juin 2025, 567 222 actes ont été facturés en accès direct, dont 224 072 sur le seul premier semestre 2025. L'accélération est notable : entre le premier semestre 2024 et le premier semestre 2025, le volume d'actes facturés a progressé de 30 %, mobilisant 25 % de professionnels supplémentaires pour un nombre de patients en hausse de 44 %.

Toutefois, rapportée à la démographie globale de la profession, cette pratique demeure très ciblée. Sur la période de 18 mois étudiée, seuls 6,4 % des praticiens (soit 5 228 masseurs-kinésithérapeutes) ont réalisé des actes en accès direct. L'accès direct représente, pour l'immense majorité d'entre eux, moins de 5 % de leur volume d'actes global. Seule une infime minorité de professionnels (0,1 %, soit environ 80 praticiens sur le territoire national) a fait de l'accès direct une pratique régulière, y consacrant plus de 15 % de son activité. À l'échelle nationale, le volume d'actes réalisés en accès direct demeure marginal avec moins de 0,15 % des actes réalisés.

Un dispositif qui se déploie progressivement sur certains actes avec une forte concentration territoriale

L'analyse resserrée sur une année glissante (juillet 2024 – juin 2025) permet d'observer la répartition précise des 395 389 actes, réalisés par 4 239 professionnels.

Sur l'année glissante, l'accès direct concerne notamment la rééducation de territoires multiples (**TER 9,49**), devant la déambulation du sujet âgé (**RPE 8,5**) et la prise en charge du rachis (**RAM 7,53**). Parallèlement, le fort volume d'**AMK 10,7** confirme le respect du Bilan Diagnostic kinésithérapique (BDK) préalable, tandis que les cotations **AMK 2,2** traduisent un recours fréquent aux suppléments de balnéothérapie. Les actes les plus pratiqués en accès direct sont également ceux qui sont les plus fréquents dans l'activité globale des masseurs-kinésithérapeutes.

Sur le plan géographique, l'analyse confirme que le recours à l'accès direct reste très concentré sur certains territoires. À lui seul, le « Top 5 » des départements concentre plus du tiers de l'activité nationale (37 %). La pratique est particulièrement ancrée en Bretagne (Ille-et-Vilaine, 9 %) et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Bouches-du-Rhône et Alpes-Maritimes cumulant 16 %). Il convient également de souligner la forte mobilisation du dispositif en Seine-Saint-Denis (7 %) ainsi que dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (5 %), illustrant le rôle de l'accès direct comme levier d'accès aux soins dans des territoires structurellement marqués par des tensions de démographie médicale. À l'opposé, une vingtaine de départements enregistrent chacun moins de 500 actes sur la période et représentent ensemble moins de 1 % de l'activité nationale. Des départements comme la Lozère, le Territoire de Belfort ou la Creuse, structurellement marqués par des tensions démographiques pour les soins de masso-kinésithérapie, sont précisément ceux où l'accès direct est moins pratiqué.

Des structures d'exercice coordonné pleinement mobilisées mais une lisibilité à consolider

Sur l'année glissante, les données confirment que les structures d'exercice coordonné et les établissements médico-sociaux s'inscrivent pleinement dans le dispositif, comme le prévoient les dispositions législatives. Près de 171 000 actes y ont été réalisés au sein de 366 Maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) par 630 masseurs-kinésithérapeutes et 98 Centres de Santé (CDS). Les CDS portent d'ailleurs à eux seuls près de 36 % de l'activité globale en accès direct pour seulement environ 155 ETP, témoignant d'un plus fort recours qu'au sein des MSP.

Figure 99 : Répartition du volume d'actes en accès direct par structure - Année glissante (S2 2024 - S1 2025)

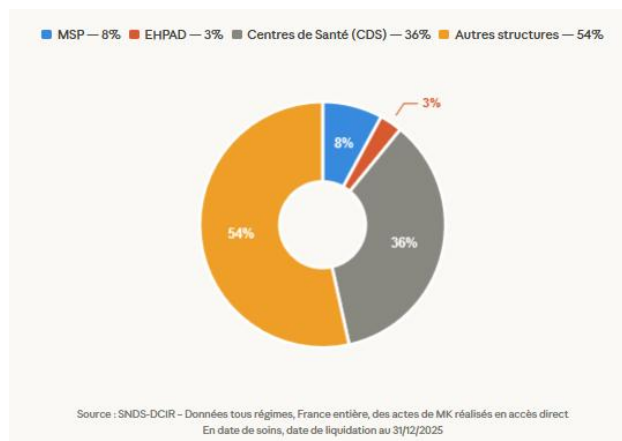


Figure 100 : Détail par structure d'exercice - Année glissante (S2 2024 - S1 2025)

STRUCTURE	PROFESSIONNELS ENGAGÉS	STRUCTURES ACTIVES	VOLUME D'ACTES AD	POIDS AD	ÉVOLUTION S1 2024 / S1 2025
■ MSP	630	366	29 875	7,6 %	+ 113,6 %
■ EHPAD	137	—	12 389	3,1 %	+ 102,6 %
■ Centres de Santé (CDS)	—	98	141 131	35,7 %	+ 17,1 %
■ Autres structures	3 547	54	211 994	53,6 %	+ 29,5 %
Total	4 239	518	395 389	100,0 %	+ 30,2 %

Source : SNDS-DCIR - Données tous régimes, France entière, des actes de MK réalisés en accès direct
En date de soins, date de liquidation au 31/12/2025

Au-delà de l'organisation de l'offre, l'analyse des profils de patients éclaire la nature des besoins auxquels répond concrètement l'accès direct.

Des profils de patients marqués par la chronicité des pathologies

Les patients bénéficiant de l'accès direct présentent un profil de forte chronicité comparable à l'activité générale des masseurs-kinésithérapeutes : 33,3 % d'entre eux souffrent d'une Affection de Longue Durée (ALD) (contre 31%) et consomment près de 42 % du volume d'actes total (contre 45%). Les interventions en EHPAD se démarquent très nettement, répondant à l'enjeu du maintien de l'autonomie, avec une proportion de soins pour des patients en ALD atteignant 87,9 %. Rapporté à l'ensemble de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes, le profil d'âge des patients en accès direct apparaît un peu plus jeune : les 15-34 ans représentent 21,1 % (contre 16,0 %) et les plus de 75 ans, 18,3 % (contre 20,5 %).

4.5.4 Assurer l'attractivité et la viabilité économique des soins de masso-kinésithérapie

Les enseignements internationaux : une régulation des volumes de séance au service de la soutenabilité du modèle économique et médical pour les acteurs

Dans tous les pays étudiés, on observe une forme de différenciation des pathologies selon qu'elles sont chroniques ou aiguës, courantes ou sévères. Cela a pour objectif d'offrir une protection contre le risque financier de la maladie pour le patient tout en permettant de limiter l'impact budgétaire pour les finances publiques. La Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas régulent l'offre de soins de kinésithérapie en ajustant le niveau de remboursement mais surtout en plafonnant le nombre de séances par patient et par indication.

Une modulation des taux de remboursement en fonction de la sévérité et de la complexité des prises en charge en Belgique

Les taux de remboursement varient entre 70 et 100% selon les cas en Belgique. Ils sont plus élevés pour certaines pathologies dites « lourdes » en Belgique par exemple (de l'ordre de 90%) ainsi que pour les pathologies dites « aiguës » ou « chroniques » (de l'ordre de 85%). Ils sont même de 100% pour certaines prises en charge, comme les soins palliatifs à domicile.

Tableau 41 : Belgique - Tickets modérateurs et taux de remboursement selon le type de prestation

Catégorie de prestation	Ticket modérateur (€)	Taux de remboursement % approx du tarif
Prestations pour les « pathologies lourdes »*	4,00	90%
Prestations pour les « pathologies aiguës et chroniques »*	5,50	85%
Toutes les autres prestations*	6,25	80%
Toutes les prestations de 15 et 20 minutes	2,00	70-90%
Prestations pour patients palliatifs à domicile et rapports écrits	0,00	100%

* excepté les prestations de 15 et 20 minutes

Source : Inami, 2026

Tableau 42 : Belgique - Pathologies ouvrant droit à un taux de remboursement majoré

Pathologies « lourdes » - Liste E	Pathologies « aiguës » - Liste Fa	Pathologies « chroniques » - Liste Fb
- Paralysie périphérique étendue (monoplégie, syndrome de Guillain Barré) - Affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu (sclérose en plaques, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique, etc.) - Séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux, etc.) - Suites de brûlures graves - Perte fonctionnelle - Pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans. - Dysfonction articulaire grave - Polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire - Myopathies - Mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale - Lymphoedème - Anomalie structurelle du système locomoteur	- Post intervention de chirurgie orthopédique ou neurochirurgie - Post soins intensifs néonataux - Insuffisance respiratoire < 16 ans à la suite d'infections récidivantes - Orthopédie / traumatologie : Fractures du bassin, de la rotule, du tibia, du coude, luxations, entorses graves avec rupture de ligaments - Déficit moteur et invalidité à la suite d'une mononeuropathie, polyneuropathie motrice ou mixte ou d'une myopathie induite par médication ou contact avec des substances toxiques - Capsulite rétractile - Rééducation uro-, gynéco-, colo- ou proctologique - Rééducation postopératoire du dysfonctionnement sphinctérien - Pathologies fonctionnelles pour les enfants < 16 ans - Syndrome douloureux régional complexe - Polytraumatismes avec répercussions fonctionnelles - Post interventions de stomatologie...	- Rééducation fonctionnelle de la marche > 65 ans à risque de récurrence de chute - Troubles du développement psychomoteur chez les enfants < 16 ans - Insuffisance respiratoire en cas d'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile - Polyneuropathie chronique - Syndrome de fatigue chronique / Encéphalomyélite myalgique - Syndrome fibromyalgique - Dystonie cervicale primaire - Lymphoedème

Source : Inami, 2026

Un plafonnement du nombre de séances remboursées selon les indications dans les 3 pays

En Allemagne, il existe des référentiels opposables par indication. Ainsi chaque référentiel indique clairement :

- Le nombre de séance maximum qui peuvent être prescrites par ordonnance ;
- Le nombre maximum de séance total qui peuvent être prescrites par indication ;
- La fréquence recommandée (exprimée en nombre de séances par semaine) ;
- Les conditions de prolongations de la prescription.

Les recommandations sont regroupées par groupe de diagnostics et déclinées par indication : affections de l'appareil locomoteur (maladies de la colonne vertébrale, affections des extrémités et du bassin, syndrome douloureux chronique) ; maladies du système nerveux (maladies du système nerveux central, lésions nerveuses périphériques) ; maladies des organes internes (troubles respiratoires, maladies artérielles, troubles du drainage lymphatique) ; autres maladies (troubles de la fonction intestinale, troubles de l'élimination, vertiges d'origine et d'étiologie diverses, troubles trophiques périphériques secondaires).

En Belgique le nombre de séances de masso-kinésithérapie remboursées est limitée à 18 par patient et par an.

En revanche, les patients concernés par une pathologie listée dans la liste « Fa – soins aigus » ou « Fb – soins chroniques » sont éligibles à une prise en charge étendue de 60 séances par patient et par an.

Les pathologies de la liste Fa nécessitent un traitement de kinésithérapie intense pendant une courte période. Le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif, pendant une période d'1 an (365 jours à partir de la date de la 1^{re} séance effectuée). Après ces 60 séances, le traitement peut être poursuivi avec un remboursement moins important.

Les pathologies de la liste Fb nécessitent quant à elles un traitement régulier de kinésithérapie qui peut durer plusieurs années. Le patient peut bénéficier d'un maximum de 60 séances de kinésithérapie remboursées au meilleur tarif par année civile, pendant une période allant de la 1^{re} séance effectuée au 31 décembre de la 2^e année civile qui suit l'année de cette 1^{re} séance. Si l'état de santé du patient le nécessite, une liste « Fb » est renouvelable.

Après ces 60 séances le traitement peut être poursuivi avec un remboursement régressif. Le taux de remboursement diminue, dans un premier temps pour les 20 séances suivantes, puis une deuxième fois pour les séances effectuées à partir de la 81^e séance.

Aux Pays-Bas, il existe une « liste principale » d'indications courantes pour lesquelles le nombre de séances est plafonné. Il s'agit de :

- La kinésithérapie pédiatrique : 18 séances / an (9 séances renouvelables 1 fois) ;
- La rééducation pelvienne : 9 séances / an ;
- Les symptômes des maladies artérielles périphériques en phase 2 de Fontaine (classification des maladies artérielles périphériques) : 37 séances / an ;
- L'arthrose de la hanche ou du genou : 12 séances / an ;
- La BPCO : jusqu'à 70 séances / an ;
- Les interventions préventives contre la chute ;
- L'arthrite rhumatoïde avec des limitations fonctionnelles sévères.

A l'inverse, une liste de pathologies chroniques est prise en charge à partir de la 21^{ème} séance uniquement (voir Tableau 4). Il s'agit de troubles du système nerveux, de troubles musculosquelettiques et de pathologies lourdes, peu fréquentes et qui nécessitent une prise en charge dans la durée.

Tableau 43 : Pays-Bas - Pathologies prises en charge à partir de la 21ème séance

Troubles du système nerveux	Troubles musculo-squelettiques	Autres troubles
- Malformation congénitale du système nerveux central - Maladie cérébelleuse - Accident vasculaire cérébral (AVC) - Maladie extrapyramidale - Retard moteur ou trouble du développement du système nerveux et âgé de moins de 17 ans - Sclérose en plaques (SEP) - Myasthénie grave (MG) - Trouble des nerfs périphériques en cas d'insuffisance motrice - Syndrome radiculaire avec déficit moteur avec une durée de traitement allant jusqu'à 3 mois - Trouble de la moelle épinière - Maladie musculaire - Perte de fonction due à une tumeur au cerveau ou à la moelle épinière ou à une lésion cérébrale	- Malformation congénitale - Maladies du collagène - Fractures osseuses (durée max 6 mois) - Fracture osseuse due au morbus de Kahler, aux métastases osseuses ou au morbus Paget - La capsulite rétractile (durée max 12 mois) - Spondylose hyperostotique (morbus Forestier) - Ostéochondrose juvénile - Instabilité pelvienne post-partum (jusqu'à 3 mois) mois - Scoliose progressive - Dystrophie réflexe - État post-amputation - Coup du lapin d'une durée de traitement allant de 3 à 6 mois	- Malformation congénitale des voies respiratoires - Pneumopathie interstitielle diffuse en cas d'insuffisance ventratoire ou de trouble de la diffusion - Tissu cicatriciel de la peau, après un traumatisme ou non - Lymphœdème - Maladie artérielle périphérique au stade 3 de Fontaine avec une durée de traitement allant jusqu'à 12 mois - Accompagnement du retour à domicile jusqu'à 12 mois. - Tumeurs des tissus mous avec une durée de traitement allant jusqu'à 2 ans après la radiothérapie

Source : Autorité de santé néerlandaise, NZa, 2026.

Une indication non listée n'ouvre droit à aucune prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Les enfants sont pris en charge dès la première séance, quelle que soit l'indication, et ce pour 18 séances (9 séances renouvelables une fois).

4.5.5 Clarifier le périmètre d'intervention de l'Assurance maladie : l'utilisation des référentiels de la Haute Autorité de Santé pour assurer un juste soin

En France, la pratique des masseurs-kinésithérapeutes fait déjà l'objet d'un encadrement médicalisé au travers de référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé (HAS) et traduits, pour partie, dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et dans les seuils fixés pour les demandes d'accord préalable (DAP).

Actuellement, 14 situations cliniques ont un seuil indicatif de séances fixé par la HAS au-delà duquel le masseur-kinésithérapeute doit formuler une DAP auprès de l'Assurance Maladie. Elles couvrent notamment certaines prises en charge traumatiques, telles que les entorses récentes de cheville, les suites de prothèse totale de hanche ou de genou, les reconstructions du ligament croisé antérieur ou encore les lombalgies.

Les situations actuellement couvertes par un référentiel de la HAS représentent environ 10% de l'activité en kinésithérapie avec en 2025 en ville (hors SMR) près de 30 millions de séances indemnisées pour environ 2 millions de patients. Le montant total remboursé pour ces actes soumis à DAP a été d'environ 350 M€

Les volumes concernés varient fortement selon les situations cliniques. Les référentiels relatifs à la lombalgie commune, aux tendinopathies de la coiffe des rotateurs non opérées ou encore aux suites d'arthroplastie du genou concentrent ainsi une part importante des patients et des remboursements associés aux actes sous référentiel. Par exemple, en 2025, la seule prise en charge de la lombalgie commune concerne ainsi plus de 500 000 patients pour environ 75 M€ de remboursements. Les tendinopathies concernent plus de 180 000 patients pour environ 65 M€ ou encore l'arthroplastie du genou avec 180 000 patients pour environ 45 M€

Les dépassements des seuils de référence concernent également des volumes significatifs de patients avec selon les actes entre 8% et 42% des patients qui ont eu plus de séances que les seuils définis par la HAS. À titre d'exemple, plus de 100 000 patients (21,4%) dépassent le seuil de 15 séances fixé pour la lombalgie commune et environ 34 000 patients dépassent 30 séances. Pour les entorses externes de la cheville, 60 000 patients (22,7%) ont eu plus de 10 séances et en moyenne pour les patients au-delà des seuils, on compte environ 9 séances supplémentaires. Au total, les séances réalisées au-delà des seuils représentent environ 80 M€ de remboursements en 2025

Cette analyse doit toutefois être interprétée avec prudence. En effet, une demande d'accord préalable (DAP) a pu avoir été réalisée et acceptée par le service médical de l'Assurance maladie. Les séances réalisées au-delà des seuils ne correspondent donc pas nécessairement à des soins non conformes. Par ailleurs, l'identification des situations cliniques repose sur les cotations NGAP renseignées par les masseurs-kinésithérapeutes. La qualité et l'exhaustivité des résultats dépendent ainsi directement de la qualité du codage des actes dans les données de remboursement.

La NGAP intègre également des recommandations issues de la HAS avec par exemple dans le champ des pathologies respiratoires chroniques les actes de réadaptation respiratoire des patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive - ARL 20 et ARL 28 - dont le contenu des séances et les conditions de facturation sont définis par la HAS ((Séances d'une durée de 1h30 à raison de 20 séances prise en charge pour les patients en ALD 14 / BPCO.)). En 2025, ces actes de réadaptation respiratoire ont concerné environ 38 000 patients qui ont bénéficié en moyenne de 23 séances pour un total remboursé d'environ 50 M€ soit un nombre de séance moyen au-delà de l'indication de la HAS. 34% des patients sont au-delà de 20 séances et 16,7% des patients au-delà de 40 séances. On note également qu'au premier semestre 2025, environ un tiers des actes ont concerné des patients souffrant de BPCO avec une ALD 14, plus de 50% des actes ont concerné des patients avec une autre ALD et environ 10% des actes pour des patients sans ALD.

Situation de rééducation	Demande d'accord préalable	Nombre de patients	Nombre moyen de séances	Remboursements (en M€)	Nombre de patient au-delà du seuil	Nombre moyen de séances au-delà du seuil	Remboursement au delà du seuil (M€)
Entorse externe récente de la cheville	À partir de la 11 ^e séance	266 K	9	27	60 K	9	6
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	À partir de la 16 ^e séance	164 K	14	29	52 K	13	9
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartmentaire	À partir de la 26 ^e séance	181 K	21	47	77 K	13	12
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	À partir de la 41 ^e séance	91 K	26	26	20 K	19	4
Libération du nerf médian au canal carpien	Dès la 1 ^{re} séance	9 K	10	1	9 K	10	1
Ménisectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	À partir de la 16 ^e séance	55 K	10	7	10 K	13	2
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	À partir de la 51 ^e séance	96 K	24	28	10 K	20	3
Prise en charge d'une lombalgie commune	À partir de la 16 ^e séance	525 K	12	75	112 K	15	20
Prise en charge d'une cervicalgie commune	À partir de la 16 ^e séance	184 K	11	24	33 K	13	5
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	À partir de la 26 ^e séance	10 K	15	2	2 K	16	0
Après fracture avec ou sans luxation, du coude chez l'adulte - non opéré	À partir de la 31 ^e séance	18 K	14	3	1 K	18	0
Après fracture avec ou sans luxation, du coude chez l'adulte - opéré	À partir de la 31 ^e séance	10 K	22	3	2 K	22	1
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	À partir de la 31 ^e séance	30 K	21	7	5 K	20	1
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	À partir de la 11 ^e séance	57 K	11	8	20 K	12	3
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	À partir de la 26 ^e séance	399 K	15	67	87 K	13	10

Source : DCIR – Tous régimes - en dates de soins, libéraux

4.5.6 Vers une évolution des modalités de financement

Les modalités actuelles de rémunération des masseurs-kinésithérapeutes, largement centrées sur un paiement à l'acte, ne permettent pas de prendre suffisamment en compte la complexité des situations des patients (cf. Encadré 37 pour un exemple également sur la biologie). De plus, cette tarification à l'acte n'incite pas intrinsèquement à développer l'autonomisation des patients ni à réduire les durées de prise en charge des épisodes aigus.

Encadré 37 : Garantir la pertinence de la prise en charge en biologie via la forfaitisation de certains actes

Si certains facteurs structurels expliquent l'augmentation des dépenses de biologie (vieillesse de la population, innovation...), elle s'explique également par la non pertinence de certains actes. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie mène régulièrement des actions de maîtrise médicalisée : campagne de sensibilisation auprès des médecins et des biologistes sur le recours au dosage de la vitamine D en 2024, rappel du bon usage des prescriptions des ECU en cas de suspicion de cystites auprès des médecins et des biologistes en 2025, rappeler aux médecins et aux biologistes des conditions de prescription de l'HbA1c en 2026 ...

En parallèle, la hausse de sédimentation n'est plus remboursée par l'assurance maladie en France depuis mars 2026. La Haute Autorité de santé (HAS) a en effet recommandé de ne plus prescrire la vitesse de sédimentation, un test sanguin historiquement utilisé pour détecter l'inflammation, en raison de sa faible spécificité, de sa faible reproductibilité et de l'existence d'alternatives plus performantes. Ce test représentait encore 13 millions d'actes remboursés en 2025.

Les actions de maîtrise médicalisée sont efficaces mais demandent à être renouvelées régulièrement : pour l'action relative à la Vitamine D lancée en 2024, la baisse des volumes sur 2025 est estimée à 16% (soit 6,4M€ d'économies)

De véritables marges de progression demeurent en matière de pertinence. C'est notamment le cas concernant les tests qui devraient, en référence aux recommandations HAS, être réalisés en cascade. Les actes en cascade désignent une stratégie consistant à réaliser, à partir d'un examen initial, des analyses complémentaires de manière séquentielle et conditionnelle, en fonction des résultats obtenus ; les enjeux sont multiples : amélioration de la qualité du diagnostic, meilleure interprétation des résultats dans leur contexte biologique et aussi optimisation de la pertinence des actes. Or, actuellement, cette approche séquentielle demeure insuffisamment adoptée et les actes concernés sont fréquemment réalisés de manière simultanée, à l'image du triple dosage thyroïdien.

Un recours toujours trop fréquent au triple dosage thyroïdien

Les dépenses de triple dosage thyroïdien s'élevaient à 22 millions d'euros pour 2,4 millions d'actes en 2024 contre 19,2 millions d'euros pour 2 millions d'actes en 2023, alors même que les triple et double dosages des hormones thyroïdiennes ne se justifient que dans de très rares cas. Depuis 2023, la HAS recommande en effet des actes en cascade (nomenclature 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 (pour les médecins généralistes) et une campagne d'e-mailing (pour les biologistes) afin de leur présenter les nouvelles recommandations et les nouvelles modalités de prise en charge de ces actes. Malgré ces actions, un mésusage encore notable de ce dosage semble perdurer.

Recherche d'anémie : un mésusage massif du dosage de ferritine, pour un coût estimé entre 70 et 80 M€

S'agissant du dosage de la ferritine, dont l'indication principale est la détermination de l'étiologie d'une anémie, il est couramment prescrit conjointement à la numération formule sanguine (NFS) via hémogramme, laquelle permet d'établir l'existence ou l'absence d'une anémie. Cette pratique de prescription simultanée n'est pas pertinente, le dosage de la ferritine ne devrait être initié qu'en présence d'une anémie confirmée par la NFS (hémogramme).

Pourtant, en 2024, pour les patients ayant eu 1 seul dosage de ferritine dans l'année, plus de 90% de ces dosages de ferritine ont été réalisés le même jour que l'hémogramme. Seuls 10% des dosages de ferritine ont ainsi été réalisés conformément aux bonnes pratiques.

	Quantité	%
Nombre d'examen de ferritine (1 seul dans l'année)	10 728 460	100%
Hémogramme dans les 3 mois précédents	923 078	9%
Pas d'hémogramme dans les 3 mois précédents	9 805 382	91%
Dont hémogramme le jour même	9 650 383	90%
Dont autre	154 999	1%

Or, dans une grande majorité des cas, l'hémogramme se révèle négatif (5% des hommes et ~25% des femmes adultes présentent des niveaux anormalement faibles de réserves en fer⁴¹⁴)

En 2024, le coût de la recherche de l'anémie s'élève à environ 350 M€, dont 90M€ pour le seul dosage en ferritine. Hémogramme et ferritine demeurent d'ailleurs dans le TOP 10 des actes de biologie remboursés en 2025.

La création d'un forfait "bilan anémique", qui regrouperait sous un même acte la réalisation d'un hémogramme et du dosage optionnel de la ferritine, permettrait de limiter ce mésusage en incitant à réaliser le dosage de ferritine en fonction du résultat de cet hémogramme (le tarif fixé devant être inférieur à la somme des deux dosages actuels) Pour leurs autres indications (comme le suivi de chimiothérapie ou des insuffisants cardiaques), la cotation individuelle de ces 2 actes serait maintenue mais avec incompatibilité de cotation s'ils sont réalisés le même jour pour un bilan anémique.

L'opportunité de la mise en place d'une rémunération forfaitaire, pourra être étudiée sur d'autres actes qui doivent être réalisés en cascade.

Dans ce contexte, des évolutions des modalités de financement paraissent nécessaires afin de renforcer la pertinence des soins, réorienter les ressources vers les patients qui en ont le plus besoin et garantir ainsi la soutenabilité financière du système tout en renforçant l'attractivité de la profession. Il apparaît également essentiel de garantir aux patients un accès rapide à un masseur-kinésithérapeute, sans frein géographique ou financier.

⁴¹⁴ Santé Publique France. Études et enquêtes. Étude de santé sur l'environnement la biosurveillance l'activité physique et la nutrition (ESTEBAN 2014-2016).

Aujourd'hui, le cadre conventionnel et la nomenclature ne permettent qu'imparfaitement de tenir compte de la diversité et la complexité des situations cliniques. Une adaptation de la nomenclature pourrait permettre de mieux valoriser les actes correspondant à des prises en charge complexes. En outre, le développement de rémunérations forfaitaires, en complément ou en substitution du paiement à l'acte, pourrait permettre de valoriser des parcours de soins spécifiques en particulier pour les patients les plus âgés pour prévenir la perte d'autonomie. Cela pourrait également s'appliquer aux patients atteints de pathologies chroniques et/ou éloignés du système de soins qui nécessitent fréquemment une prise en charge à domicile, souvent considérée comme moins attractive au regard du temps passé

Les expériences étrangères montrent que certains systèmes ont développé des accès avec une limitation du nombre de séances prises en charge selon les situations cliniques. En s'appuyant sur ces expériences, le cadre actuel de l'accès direct pourrait être réexaminé afin d'en améliorer la lisibilité – notamment en questionnant son périmètre actuellement limité aux établissements, structures d'exercice coordonné et aux CPTS – tout en envisageant, le cas échéant, des mécanismes d'encadrement, tels qu'un nombre maximal de séances prises en charge.

Le rôle du bilan diagnostic kinésithérapique, essentiel dans la définition de la stratégie thérapeutique, mériterait d'être renforcé. Des bilans de suivi réguliers permettraient également de réinterroger la pertinence de poursuivre la rééducation en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. Le bilan doit pouvoir servir de pierre angulaire afin de permettre au masseur-kinésithérapeute de construire un projet de rééducation le plus pertinent pour le patient et être réadapté dans le temps.

L'amélioration de la pertinence des soins pourrait également s'appuyer sur un référentiel général de prise en charge précisant les durées et fréquences associées au meilleur service médical rendu. A cette fin, la Haute Autorité de santé (HAS) pourrait être saisie afin de réviser les recommandations relatives aux conditions et à la durée de prise en charge en tenant compte des évolutions scientifiques et des pratiques professionnelles. Ces travaux pourraient permettre de réorienter les prises en charge notamment vers les actes de rééducation présentant le plus haut niveau de service médical rendu et pour les durées considérées comme les plus pertinentes. Ils pourraient également conduire à limiter le remboursement ou envisager une dégressivité des tarifs au-delà d'un certain seuil, notamment en cas d'évolution plus large de l'accès direct, tout en maintenant la possibilité d'une prise en charge prolongée dans des situations individuelles particulières évaluées médicalement.

Ces évolutions, couplées à des réflexions sur la répartition de la prise en charge entre l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires, contribueraient à adapter le modèle de prise en charge de la masso-kinésithérapie en renforçant la pertinence des soins tout en veillant à l'équilibre économique de la profession et à garantir un accès équitable aux soins sur l'ensemble du territoire.

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 33 : Adapter les modalités de prise en charge des soins de masso-kinésithérapie sur la base des recommandations HAS le cas échéant actualisées

- *Mettre en place la régulation des installations sur le flux prévu par l'avenant 7 à la convention avec les représentants des masseurs-kinésithérapeutes.*
- *Rééquilibrer l'activité en faveur des patients complexes tout en garantissant l'attractivité économique de la profession.*
- *Etudier la possible forfaitisation de certains soins ou une évolution des tarifs au fur et à mesure de la prise en charge.*

Proposition 34 : Explorer une prise en charge forfaitisée d'actes de biologie et étendre ces réflexions à d'autres actes pour améliorer la pertinence des tests réalisés (ex. bilan anémique)

4.6 Les indemnités journalières AT/MP

La compréhension de l'évolution des indemnités journalières constitue une préoccupation majeure pour les deux branches de la sécurité sociale, l'assurance maladie et les risques professionnels.

Dans le contexte d'une baisse tendancielle de la sinistralité reconnue et indemnisée par la branche AT/MP, l'augmentation très forte des dépenses d'IJ nécessite une analyse approfondie. A titre d'illustration, le nombre d'accidents de travail diminue régulièrement ces 50 dernières années (autour de 700 000 dans les années 2000, 550 000 en 2024), les accidents de trajet se maintiennent globalement autour de 100 000 depuis 20 ans, les maladies professionnelles, elles, connaissent une augmentation depuis la sortie de la crise sanitaire, pour dépasser légèrement le niveau d'il y a 10 ans (51 000 en 2024).

Les dépenses de la branche AT/MP sont traditionnellement prioritairement dévolues à l'indemnisation de l'incapacité permanente, la branche ayant la particularité de verser des rentes viagères. Ces rentes viagères sont dues en moyenne sur plus de 30 ans et représentent habituellement le 1^{er} poste de dépense de la branche (4,5Md€ en 2024 et 5,4 Md en 2025)

Or, dans la dernière décennie, l'augmentation d'IJ à la charge de la branche AT/MP est passé de 2,7Md€ en 2014 à 4,9Md€ en 2024 avec des taux d'évolution annuel, depuis 2018, compris entre +5,4% et +10,8% (entre 2023 et 2024), qui se sont accélérés depuis la crise sanitaire.

Les IJ AT/MP constituent en 2024 le premier poste de dépenses de la branche AT/MP, devant les incapacités permanentes (IP), le poids des IJ AT/MP étant passé de 33 % en 2014 à 46 % en 2024. De manière plus minoritaire, la branche AT/MP prend également en charge les frais de santé liés aux sinistres qu'elle reconnaît, à hauteur d'un peu moins d'1 Md€ chaque année.

4.6.1 Une évolution dynamique des indemnités au titre des accidents du travail et maladie professionnelle

Évolution globale des dépenses des indemnités au titre des accidents du travail et maladie professionnelle

Les indemnités journalières (IJ) versées au titre des arrêts de travail AT/MP poursuivent leur croissance en 2025, pour atteindre un montant de 5,4 Md€ et plus de 85 millions d'IJ AT/MP versées. Leur dynamique de croissance s'est accélérée depuis la crise sanitaire Covid, avec un taux d'évolution annuel en augmentation depuis 2022, qui atteint plus de 10% en 2024 (Tableau 44).

Tableau 44 : Evolution des principales composantes des indemnités journalières AT/MP

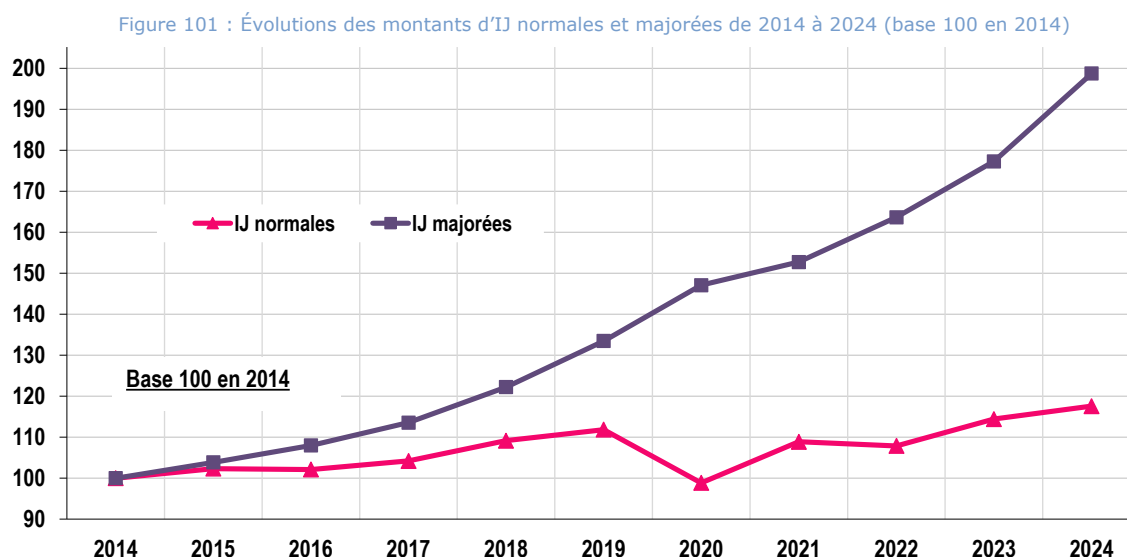
	Année de remboursement					Evolution par rapport à l'année précédente				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020 / 2019	2021 / 2020	2022 / 2021	2023 / 2022	2024 / 2023
Montant d'IJ (M€)	3650 M€	3 846 M€	4 084 M€	4422 M€	4 901 M€	5,9%	5,4%	6,2%	8,3%	10,8%
Nombre de sinistres avec paiement ou régularisation IJ	922 611	1002 500	982 160	1014 666	1 035 133	-12,3%	8,7%	-2,0%	3,3%	2,0%
Nombre d'IJ (en M)	71	75	77	80	85	3,2%	4,9%	3,1%	4,1%	6,0%
Montant moyen d'IJ par sinistre	3 957 €	3 837 €	4 158 €	4 358 €	4 734 €	20,7%	-3,0%	8,4%	4,8%	8,6%
Nombre moyen d'IJ par sinistre	77,5	74,8	78,7	79,3	82,4	17,6%	-3,5%	5,2%	0,8%	3,9%
Valeur moyenne d'une IJ	51,1 €	51,3 €	52,8 €	55,0 €	57,5 €	2,7%	0,5%	3,0%	4,0%	4,6%

Source : CNAM

Il existe plusieurs natures et valorisations pour les IJ AT/MP. Ainsi, dans l'évolution globale des montants des IJ AT/MP, il convient de distinguer :

- les « IJ normales » versées pour les 28 premiers jours d'arrêt (indemnisation à 60 % du salaire), qui augmentent encore en 2024 mais moins fortement qu'en 2023 (+2,8 % en 2024 contre +6,1 % en 2023) ;
- les « IJ majorées » qui interviennent à partir du 29e jour (indemnisation à 80 % du salaire), qui représentent plus de 80% du montant des IJ AT/MP, et dont la croissance s'accélère encore en 2024, avec une hausse de 12,1 % par rapport à 2023 ; la part des IJ majorées reste prépondérante dans la dynamique des IJ AT/MP, expliquant 91 % de la croissance des IJ en 2024 ;
- les « IJ temps partiel » qui indemnisent les situations de reprise en travail aménagé ou à temps partiel, qui augmentent encore d'environ 14 % par rapport à l'année précédente. Il est à noter que ces IJ ont été soumises à une modification législative, qui a supprimé l'exigence d'un arrêt à temps complet précédant le travail aménagé ou à temps partiel (LFSS pour 2020) ;
- l'ITI « indemnité temporaire d'incapacité », qui enregistre une moindre augmentation en 2024 par rapport aux années précédentes (+4,8 % en 2024 contre +17,5 % en 2023, +10,1 % en 2022 et +14,9 % en 2021).

La Figure 101 met en perspective les montants des indemnités journalières pour les deux principaux types d'IJ sur les années 2014-2024 (base 100 en 2014 – 2 Md€) et montre la part prépondérante des IJ majorées — donc des arrêts longs — dans l'accroissement global du poste IJ. Leur montant a doublé entre 2014 et 2024 de 2 Md€ à 4 Md € entre 2014 et 2024. En comparaison, les IJ normales ont une croissance plus faible, avec un décrochage à la baisse en 2020 durant la crise sanitaire.



Source : données de prestations du Datamart AT/MP en date de remboursement

Une forte dynamique des maladies professionnelles

La croissance des IJ AT/MP est portée par chacun des trois risques :

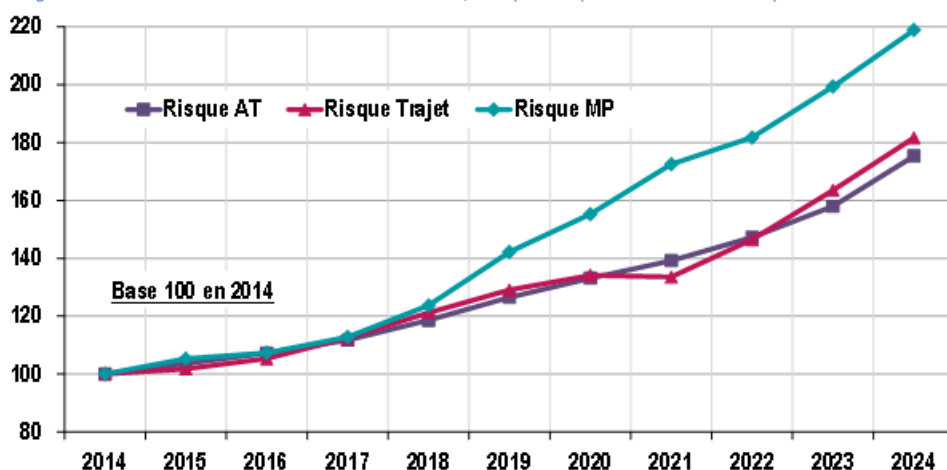
- Pour les accidents du travail, la croissance est de l'ordre de 6 % en moyenne annuelle sur les années 2017-2023. En 2024, la progression s'accélère sensiblement, pour atteindre 11% d'augmentation.
- Pour les accidents de trajet qui avaient un rythme de croissance au moins égal à celui des IJ-AT jusqu'en 2019, ils ralentissent en 2020 et 2021 en lien avec l'épidémie de Covid 19 mais connaissent depuis 2022 une forte croissance.
- Concernant les maladies professionnelles, leur rythme de croissance est plus élevé que les deux autres risques entre 2018-2021, et reste soutenu depuis avec une croissance de 9,8% en 2024. Il faut rappeler que les modalités de prise en charge des maladies professionnelles ont été modifiées en juillet 2018 : la prise en charge a été avancée à la Date de la Première Constatation Médicale par un médecin, à concurrence de 2 ans pour les IJ, en lieu et place de la date du Certificat Médical Initial (CMI), qui peut lui être bien postérieur. Cette réforme a eu essentiellement un impact sur les montants d'IJ de l'année 2019. Cette croissance des maladies professionnelles concerne essentiellement les lésions physiques qui se caractérisent par des TMS (et non les RPS) (cf analyse selon les lésions ci-dessous).

Tableau 45 : Montants (en M€) des IJ AT/MP par risque de 2019 à 2024 et évolution annuelle

	AT		TRAJET		MP		Risque non défini/ régularisations		TOTAL
Année	Montant en M€	% d'évo	Montant en M€	% d'évo	Montant en M€	% d'évo	Montant en M€	% d'évo	Montant en M€
2019	2 351	6,7%	364	6,5%	752	14,9%	-21	125,4%	3 446
2020	2 475	5,2%	378	3,9%	821	9,2%	-23	13,3%	3 650
2021	2 586	4,5%	377	-0,5%	912	11,1%	-28	21,7%	3 846
2022	2 736	5,8%	413	9,7%	961	5,4%	-27	-6,5%	4 084
2023	2 936	7,3%	461	11,7%	1 054	9,7%	-28	6,3%	4 422
2024	3 259	11,0%	512	11,1%	1 157	9,8%	-28	-1,1%	4 901

En terme de répartition par risque, le risque AT reste majoritaire avec 66 % des IJ en 2024, mais cette part tend à diminuer, perdant presque 4 points entre 2014 et 2024, alors que dans le même temps, celle des MP a gagné presque 4 points.

Figure 102 : Évolutions des montants des IJ AT/MP par risque de 2014 à 2024 (base 100 en 2014)



Source : données de prestations du Datamart AT/MP en année de remboursement + données ORPHEE du Datamart AT/MP

Le siège de la lésion permet de caractériser la localisation des lésions provoquées par un accident du travail, afin de mettre en évidence les liens entre les localisations et la survenue des accidents du travail, ainsi qu'avec la durée des arrêts de travail consécutifs à ces accidents.

Encadré 38 : Accidents de trajet mettant en cause une bicyclette ou une patinette

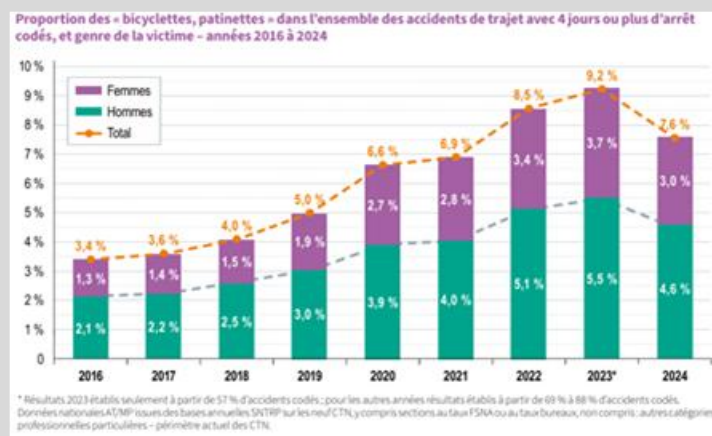
Les dernières données de l'[Observatoire national interministériel de la sécurité routière](#) montrent une dynamique globale préoccupante pour les accidents de vélo et d'engin de déplacement personnel motorisé.

Sur les 3 263 personnes décédées en 2025 :

- 503 étaient des piétons (+ 47 tués par rapport à 2024). 6 tués sur 10 sont des hommes.
- 235 étaient sur un vélo (+ 11 tués). 9 tués sur 10 sont des hommes.
- 79 utilisaient un engin de déplacement personnel motorisé (EDPm) (+ 34 tués). 9 tués sur 10 sont des hommes.
- 697 se déplaçaient en deux-roues motorisé (2RM) (- 23 tués). 9 tués sur 10 sont des hommes.
- 1 543 étaient dans un véhicule de tourisme (+ 25 tués). 7 tués sur 10 sont des hommes. Plus de la moitié des passagers tués sont des hommes.

Parmi les 16 800 blessés graves, 2 000 étaient piétons (- 1,3 %), 2 800 cyclistes (+ 9,2 %), 1 200 utilisateurs d'EDPm (+ 39 %), 5 000 occupants de véhicule de tourisme (+ 4,6 %), 5 200 en 2RM (+ 2,4 %).

Plus spécifiquement sur les accidents de trajets, depuis 2017 était observée une hausse sensible de la part des accidents de trajet codés « bicyclettes, patinettes » (Figure ci-dessous). Cette cause est identifiée en 2024 dans 7,6 % des accidents de trajet codés, à un niveau légèrement inférieur à ceux des deux dernières années, mais bien supérieur au niveau de 2017 (3,6 %). En 2024, 4 229 accidents de trajet avec quatre jours ou plus d'arrêt ont été codés « bicyclettes, patinettes ». Les accidents de trajet par « bicyclettes, patinettes » concernent à 60 % des hommes (59 % en 2020-2021).

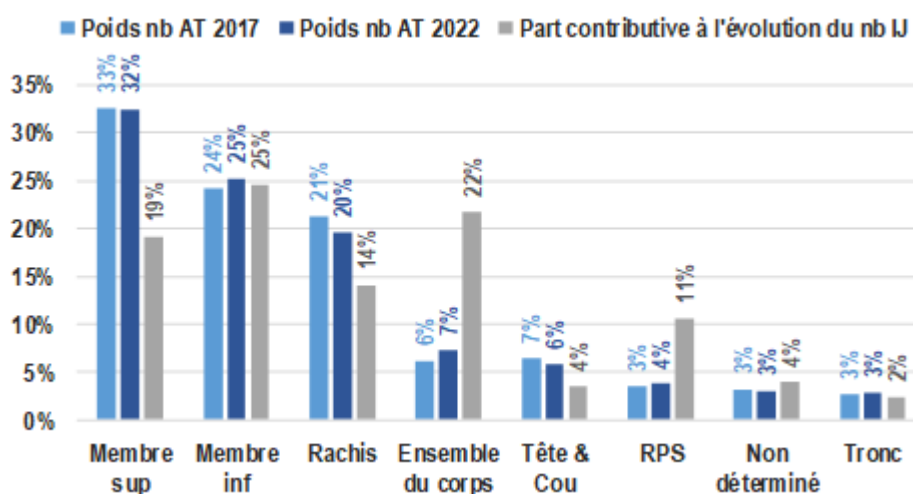


Analyse selon les lésions des sinistres

Les groupes contribuant le plus à la croissance des jours d'arrêt sont les **accidents sur le membre inférieur** (25% de la croissance), suivi du **membre supérieur** (19%) puis sur le rachis – avec des durées moyennes de 80 jours d'arrêt.

Malgré une évolution en pourcentage qui reste forte et continue d'une année sur l'autre, les risques psycho-sociaux ne représentent qu'une minorité des sinistres (4% des AT en 2024, moins de 6% de l'ensemble des sinistres en 2025) mais, présentant de façon générale des arrêts plus longs que la moyenne, ils contribuent à hauteur de 11% à la croissance, avec plus de 120 jours d'arrêt.

Figure 103 : Répartition des accidents du travail par siège de lésion en 2017 et en 2022 et contributions à l'évolution du nombre de jours d'arrêt



Source : données de prestations du Datamart AT/MP en année de remboursement + données ORPHEE du Datamart AT/MP

Analyse selon les secteurs d'activités

Les secteurs dont les montants d'IJ sont les plus forts sont naturellement les secteurs ayant une sinistralité AT/MP forte et un grand nombre de salariés exposés. De fait, ce sont les **travaux de construction spécialisés** qui occupent la première place avec plus de 10 % des montants d'IJ AT/MP en 2024, et qui contribuent à 5,9% de la croissance des IJ AT/MP. Le secteur du **commerce de détail**, qui représente 8,4 % des IJ AT/MP, est celui qui contribue le plus à la croissance des IJ AT/MP en 2024, pour 8,5% du total.

Le **secteur médico-social** est également bien représenté avec un poids de 15 %, en cumulant les activités d'hébergement médico-social et social, les activités pour la santé humaine et l'action sociale sans hébergement.

Figure 104 : Parts des montants IJ 2024 et parts contributives à la croissance 2024/2023 pour les principaux secteurs en NAF2
- Tous risques AT/MP confondus



Source : données de prestations du Datamart AT/MP en année de remboursement + données ORPHEE du Datamart AT/MP

La hausse des durées d'arrêts représente le principal facteur explicatif de la croissance récente

Entre 2010 et 2024, les dépenses d'indemnités journalières (IJ) pour accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ont donc connu une croissance soutenue, marquée par une accélération récente. Cette évolution reflète des transformations structurelles du marché du travail mais également des évolutions dans le recours à ces arrêts. L'analyse des données révèle deux périodes distinctes : une progression modérée entre 2010 et 2019 (+3,2 % par an), suivie d'une hausse plus prononcée entre 2019 et 2024 (+7,0 % par an), avec un bond exceptionnel en 2024 (+11,6 % pour les montants).

Plusieurs facteurs contribuent à cette évolution du montant indemnisé, principalement : l'évolution de la population salariée, la déformation de la structure d'âge de cette population (à la fois de la population salariée et de la population des bénéficiaires d'IJ), l'évolution du taux de recours aux IJ à âge donné, l'évolution du nombre de journées indemnisées par bénéficiaire d'IJ à âge donné aussi appelé durée d'arrêt et l'évolution du montant journalier d'IJ à âge donné (liée à l'augmentation du smic par exemple).

L'emploi salarié progresse près de deux fois plus vite au cours de la période récente (+1,3 % par an sur 2019-2024) qu'au cours de la période précédente (+0,8 % par an sur 2010-2019). Cette progression de l'emploi salarié, particulièrement forte aux deux extrêmes de la pyramide des âges explique 23% de l'évolution du montant indemnisé des IJ entre 2010 et 2019 et 19% entre 2019 et 2024.

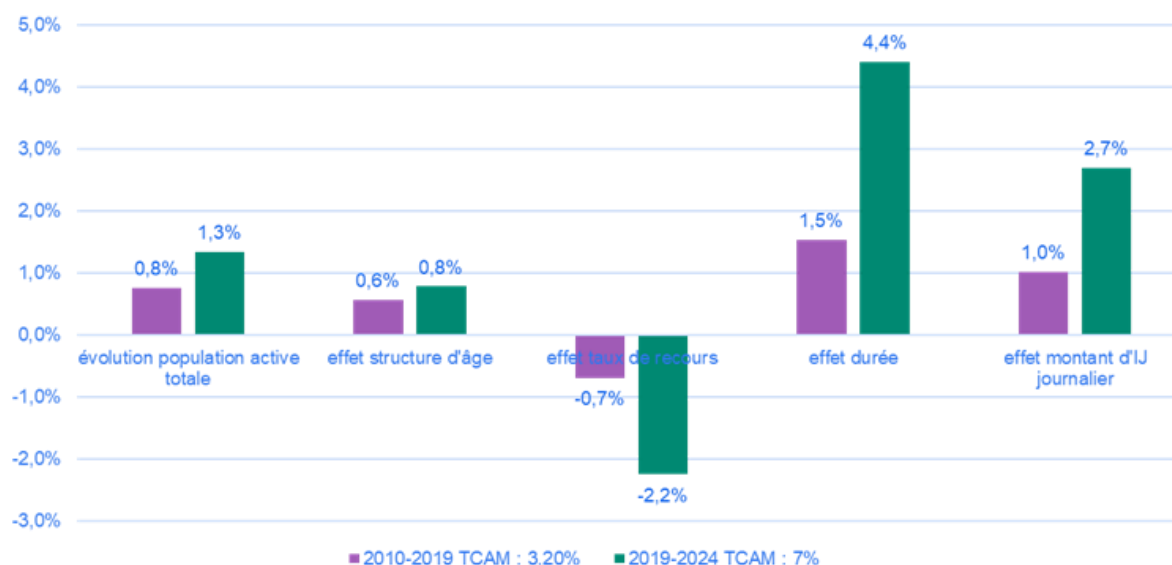
La déformation de la structure d'âge de la population salariée et de la population des bénéficiaires d'IJ explique 18 % de l'évolution entre 2010 et 2019 et 11 % de celle entre 2019 et 2024.

Ces deux facteurs combinés, évolution de la population active en lien avec les différentes évolutions du marché de travail et le vieillissement de la population active, expliquent donc à eux seuls près d'un tiers de la dynamique observée des indemnités journalières ATMP entre 2019 et 2024.

Le montant journalier moyen d'IJ est passé de 44,8 euros en 2010 à 49,6 euros en 2019 et 57,3 euros en 2024. La hausse de ce montant journalier contribue pour 32 % de l'évolution entre 2010 et 2019 et 39 % entre 2019 et 2024. Ce faisant, il contribue pour 1,7 point à l'accélération de 3,8 points des montants totaux d'IJ versés en lien notamment avec l'évolution globale des salaires et les revalorisations du SMIC.

Mais le principal facteur qui explique la croissance des arrêts entre 2019 et 2024 est la forte hausse de la durée d'arrêt. Le nombre de jours d'arrêt par bénéficiaire est passé en effet de 58 jours en 2010 à 70 jours en 2019 et 90 jours en 2024. Ainsi, la hausse de la durée d'arrêt contribue pour 48 % de l'évolution entre 2010 et 2019 et 63 % entre 2019 et 2024. Le taux de recours historiquement en baisse modère cet effet.

Tableau 46 : Décomposition de la croissance des indemnités journalières AT/MP



Source : Cnam

4.6.2 Un dispositif complexe pour les assurés et les médecins entraînant une gestion peu efficiente de ce dispositif

Des situations mêlant des dimensions médicales, administratives et sociales entraînant une gestion de parcours complexe

L'analyse supra montre que c'est l'allongement de la durée des arrêts de travail qui contribue le plus à l'augmentation des dépenses. Il existe des raisons structurelles à l'augmentation de la durée des arrêts. Ces raisons sont complexes car elles mêlent des problématiques médicales, administratives et sociales/psychosociales. Une étude qualitative menée par l'Institut IPSOS-BVA en 2026 auprès de treize médecins généralistes confrontés à des arrêts de longue durée liés à des accidents du travail ou maladies professionnelles (AT-MP) a permis d'identifier les principaux éléments qui rendent difficile l'accompagnement de l'assuré dans le cadre de son arrêt notamment pour trouver des solutions en cas de possible reprise du travail.

Une gestion complexe car pluridimensionnelle

La gestion des arrêts AT-MP est perçue par les médecins comme particulièrement complexe car elle soulève simultanément des problématiques médicales, administratives et sociales/psychosociales. Face à ces situations, les praticiens font état d'un manque de formation et d'information sur les dispositifs spécifiques aux AT-MP, notamment en ce qui concerne les droits des patients et le dispositif de la rente. Cette méconnaissance limite leur capacité à accompagner efficacement les patients dans leurs démarches et peut freiner la mise en place de solutions pour une prise charge adaptée des patients.

Les arrêts de longue durée concernent majoritairement des travailleurs exerçant des métiers à forte pénibilité physique (notamment dans le bâtiment, l'industrie ou les services à la personne) et impliquent le plus souvent des troubles musculosquelettiques ou des traumatismes dont la prise en charge est longue. Des difficultés de reconversion professionnelle et des troubles psychologiques peuvent s'y ajouter, contribuant à prolonger ces arrêts.

La décision de mettre fin à un arrêt est donc complexe et repose sur plusieurs catégories de critères :

- Médicaux : stabilisation de l'état de santé du patient (la guérison complète restant rare dans les arrêts longs) ;
- Psychosociaux : motivation du patient, capacité à se projeter dans une reprise, absence de freins psychologiques majeurs ;
- Organisationnels / managériaux : possibilité d'aménager le poste de travail ou de mettre en place une reprise progressive.

La combinaison de ces facteurs génère une importante diversité des situations individuelles qui rend difficile toute standardisation des pratiques et impose une analyse au cas par cas.

Une grande diversité des freins identifiés dans l'accompagnement des patients et pour la mise en œuvre d'une possible reprise du travail

Du côté des professionnels de santé, le frein le plus souvent cité est d'ordre organisationnel. Les médecins soulignent un manque de coordination entre les différents acteurs (médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil de l'Assurance Maladie) qui les conduit à prendre seuls des décisions complexes, sans disposer de toutes les informations nécessaires. S'y ajoutent un déficit de formation sur les dispositifs médico-administratifs liés aux AT/MP et des incertitudes sur la gestion du certificat médical final en cas de consolidation de l'état de santé.

Les médecins souhaitent principalement : un accès plus direct au médecin conseil et très souvent à la médecine du travail pour les situations complexes, une simplification des procédures administratives (notamment dans le cas d'une possible reprise du travail sur les visites de pré-reprise et autour du certificat médical final en cas de consolidation de l'état de santé), ainsi qu'un renforcement de l'information et de la formation, tant pour eux-mêmes que pour leurs patients.

Du côté des patients, plusieurs facteurs peuvent également retarder la reprise du travail : des douleurs chroniques (en particulier dans le cadre des troubles musculosquelettiques) difficiles à objectiver, des troubles anxieux ou dépressifs qui peuvent renforcer les limitations fonctionnelles et retarder la reprise, des difficultés à envisager une reconversion professionnelle, la crainte d'une rechute ou encore des problématiques de délais d'accès aux soins ou de complexité des démarches administratives.

Des leviers identifiés pour favoriser le retour à l'emploi

L'amélioration de la coordination entre les acteurs, le renforcement des connaissances des médecins et une meilleure préparation du retour à l'emploi apparaissent comme des leviers essentiels pour limiter les prolongations injustifiées et sécuriser les parcours des patients.

Le principal levier réside dans la mise en place d'une reprise progressive, notamment via le temps partiel thérapeutique. Ce dispositif permet au patient de reprendre son activité de manière sécurisée, tout en bénéficiant d'un suivi médical, ce qui limite le risque de rechute et facilite la transition vers un retour à temps plein. D'autres leviers importants doivent être mobilisés : l'aménagement du poste de travail, le soutien de l'employeur, la poursuite de la rééducation fonctionnelle et, de manière générale, une meilleure coordination entre les acteurs de santé.

Encadré 39 : Une expérimentation sur des parcours TMS et RPS pour faciliter la reprise plus rapide du travail

Dès 2026, la CNAM lance une expérimentation dans trois régions pilotes (Nouvelle-Aquitaine, PACA et Hauts-de-France) ciblant les assurés en arrêt pour troubles musculosquelettiques (TMS) ou psychosociaux (RPS). L'objectif est simple : intervenir tôt, avant que l'arrêt ne s'installe dans la durée, et mieux coordonner l'ensemble des acteurs autour d'un même objectif à savoir la reprise du travail.

Le cœur du dispositif repose sur une action simultanée auprès de tous les acteurs concernés (assuré, prescripteur, employeur / médecine du travail) pour garantir un niveau d'information partagé et éviter les renvois de responsabilité :

- L'assuré reçoit un courrier de sensibilisation après 2 à 3 mois d'arrêt l'invitant à anticiper sa reprise, à se rapprocher de son médecin du travail et, si nécessaire, à bénéficier de l'accompagnement du service social (soutien psychosocial, intermédiation avec l'employeur, solutions de maintien en emploi) ;
- Le médecin prescripteur est invité à mettre fin à l'arrêt dès la guérison ou la consolidation, à orienter son patient vers une visite de pré-reprise auprès du service de prévention et de santé au travail (un modèle de courrier de liaison lui sera fourni) et à rédiger le certificat médical final, acte clé qui déclenche l'évaluation de l'incapacité permanente et l'ouverture éventuelle d'une rente (ou d'un capital) *en cas de séquelles*.
- L'employeur et le médecin du travail sont également informés, dans toute la mesure du possible, par courrier.

Cette démarche concertée entre les acteurs doit permettre lorsque cela est possible une reprise adaptée du travail.

Une absence de limitation de durée des arrêts avant la LFSS 2026 entraînant un manque de suivi dans certaines situations

Jusqu'à la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2026, les arrêts de travail AT-MP ne faisaient l'objet d'aucune limitation de durée d'indemnisation, à la différence des arrêts pour maladie. Cette absence de terme prévu a pu réduire, pour l'ensemble des acteurs concernés, l'incitation à organiser une reprise du travail dans des délais appropriés. Il en a résulté des situations d'arrêts avec des durées très importantes, préjudiciables à la fois pour l'assuré (dont l'éloignement durable du travail aggrave les difficultés de réinsertion professionnelle) et pour l'équilibre financier de la branche AT-MP. Par ailleurs, les capacités de contrôle du service médical de l'Assurance Maladie étant contraintes et reposant sur des ressources rares, l'intégralité des arrêts long en lien avec un AT ou une MP n'ont pas pu faire l'objet d'un contrôle et d'une révision de la situation de l'assuré pouvant conduire à une fin d'arrêt lorsqu'il n'est plus médicalement justifié. En 2023, 2 168 assurés se trouvaient en arrêt de travail AT-MP depuis plus de cinq ans. En 2024, 5 054 dossiers dépassaient quatre ans d'arrêt. En 2026, on estime à 13 460 le nombre de situations supérieures à trois ans.

Fort de ces constats, l'article 81 de la LFSS pour 2026 introduit, pour les arrêts AT-MP, une durée maximale d'indemnisation dont le plafond sera fixé par décret (elle ne pourra excéder quatre ans). Cette disposition crée un cadre nouveau qui appelle, avant l'atteinte de cette échéance de quatre ans, à trouver des solutions médico-administratives adaptées : garantir aux assurés des conditions de retour à l'emploi appropriées et, le cas échéant, une indemnisation juste de leurs séquelles.

Apporter une aide dans les situations complexes

Régulièrement confrontés à des situations d'arrêts de travail complexes, les médecins libéraux peinent à identifier les bons interlocuteurs au sein de l'Assurance Maladie ou parmi les acteurs locaux (services de santé au travail, employeurs, ...).

En réponse à cet enjeu, et conformément aux engagements pris dans la convention médicale, l'Assurance Maladie a développé « SOS IJ » : un point d'entrée unique, simple et rapide, pour obtenir un accompagnement et un conseil spécialisé. Le service s'appuie sur un point d'entrée numérique dédié et des référents experts mobilisés selon la nature de chaque situation, avec des engagements sur les délais de réponse.

Expérimenté dès 2025 dans deux départements pilotes, SOS IJ a confirmé l'intérêt du dispositif et a été utilisé au moins une fois par près de 12% des médecins généralistes de ces territoires en quatre mois. Dans 95 % des cas, les réponses ont été apportées en moins de quatre jours conformément aux engagements et près de 90 % des médecins utilisateurs ont déclaré vouloir recourir à nouveau au service. Avec près de 60% de taux de satisfaction quant aux réponses apportées, l'offre a démontré des résultats mais aussi des marges de progression à investir. Il a donc été décidé d'étendre l'expérimentation en janvier 2026 à quatre régions (AURA, Centre Val de Loire, Grand Est, Normandie).

À partir de juin 2026, SOS IJ sera progressivement généralisé sur l'ensemble du territoire. À moyen terme, l'Assurance Maladie ambitionne d'offrir un service le plus adapté à chaque situation : accès direct au service social de l'Assurance Maladie et aux dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle, avis ponctuel d'un médecin conseil à la demande du praticien, réunions de concertation tripartites associant médecin traitant, médecin du travail et médecin conseil pour faciliter le retour à l'emploi (déjà expérimenté en Nouvelle-Aquitaine).

Ainsi, SOS IJ ne vise pas à constituer une contrainte supplémentaire pour les praticiens mais un véritable service d'appui, pensé pour et avec les médecins.

Simplifier la déclaration de l'évolution de l'état de santé du patient dans le cas d'un passage en incapacité permanente

Le certificat médical final (CMF) est le document établi par le médecin traitant lorsqu'il considère que les lésions sont stabilisées et qu'un traitement actif n'est plus nécessaire. Il permet de déterminer la date de consolidation ainsi que la liste des séquelles du patient. Il formalise la fin de l'arrêt de travail et déclenche l'évaluation des séquelles par le médecin conseil, qui fixe sur cette base le taux d'incapacité permanente. En fonction de ce taux, la caisse primaire d'Assurance Maladie verse au patient une indemnité sous forme de capital ou de rente viagère.

La réforme des certificats médicaux AT/MP (décret n° 2019-854 du 20 août 2019), entrée en application en mai 2022, a modifié en profondeur les pratiques des médecins. Jusqu'alors, l'ensemble des soins et arrêts liés à un AT ou une MP étaient retracés sur un document unique, le certificat médical, qui comprenait notamment les certificats de prolongation (qui portaient les arrêts de travail). La réforme a supprimé ces certificats de prolongation : les arrêts de travail sont désormais portés sur les avis d'arrêt de travail.

De ce fait, le CMF n'est plus associé au suivi courant du patient, ce qui a conduit à une diminution significative du nombre de CMF émis entre 2018 et 2024 :

Tableau 47 : Nombre de certificat médical final

	Nombre CMF	Nombre CMF avec IJ	Nombre CMF sans IJ
2018	462 099	312 186	149 913
2024	129 064	99 956	29 108
Evolution	- 333 035	- 212 230	- 120 805
	-72%	-68%	-81%

Source : CNAM

Cette évolution ne permet pas d'expliquer à elle seule l'allongement de durée d'arrêt, aucune corrélation entre la durée de l'arrêt et la présence d'un CMF n'ayant pu être établie. Elle illustre néanmoins que la notion de passage à l'incapacité permanente, qui marque la stabilisation définitive de l'état de santé, est moins souvent intégrée dans le suivi des patients. Or, c'est précisément à ce stade que doivent être décidées la fin de l'arrêt de travail et la reprise d'activité. L'incapacité temporaire doit alors se transformer en incapacité permanente avec une indemnisation adaptée : la rente AT-MP (pour les taux d'incapacité permanente supérieurs à 10 %) a vocation à prendre le relais des indemnités journalières pour compenser la perte de capacité de travail. Cette prestation reste insuffisamment connue des médecins comme en témoigne le besoin de formation/information exprimé dans l'étude IPSOS-BVA.

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 35 : Améliorer le retour à l'emploi via l'expérimentation d'un parcours de suivi et de contrôle des arrêts de travail en lien avec les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux avec une mise en relation précoce des médecins traitants et du travail avec le médecin conseil de l'Assurance Maladie.

- *Cette expérimentation s'accompagne d'une proposition de partage des informations entre le médecin conseil, le médecin traitant et le médecin du travail après accord du patient dans la perspective d'un retour à l'emploi.*

Proposition 36 : simplifier les démarches du médecin pour permettre un parcours plus fluide notamment en cas de consolidation de l'état de santé de l'assuré et simplifier les formalités pour le remboursement des soins en AT/MP

- *Modifier l'avis d'arrêt de travail pour y inclure la notion de consolidation et ainsi éviter d'avoir à recourir au certificat médical final (CMF)*

Proposition 37 : Etendre aux plus de 12 ans l'obligation du port du casque à vélo et pour les engins de déplacement personnel motorisé en lien avec l'augmentation des accidents de trajets

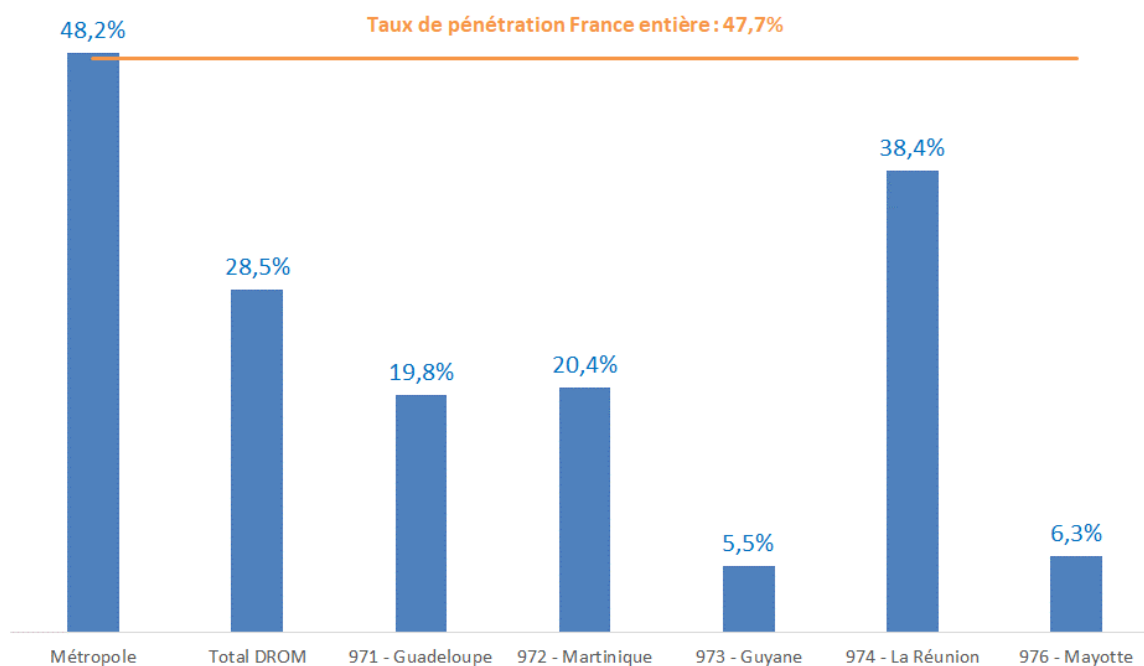
4.7 Le juste soin au juste prix dans les territoires ultra marins : enjeux d'équité, de qualité et de soutenabilité

La recherche du juste soin au juste prix doit permettre d'assurer une prise en charge de qualité, harmonisée et soutenable sur l'ensemble des territoires. Elle doit également permettre d'atteindre dans les DROM les mêmes résultats en termes de gains médico-économiques que dans l'hexagone pour assurer que la dépense soit la plus efficiente sur tous les territoires. Parmi les thématiques identifiées, quatre grands enjeux sont présentés dans ce chapitre : la pénétration des médicaments biosimilaires, l'impact de l'arrivée de molécules onéreuses en ville sur la chaîne de distribution pharmaceutique, le recours à la permanence des soins et enfin la lutte contre les fraudes.

4.7.1 Améliorer le taux de pénétration des biosimilaires en territoire ultramarin

En 2025, le taux de pénétration des biosimilaires est nettement plus élevé dans l'hexagone (48,2%) que dans les DROM, où les niveaux s'échelonnent entre 5,5% et 38,4%. La Réunion affiche le taux le plus élevé, la Martinique et la Guadeloupe se situent dans une position intermédiaire, avec des taux proches mais nettement inférieurs (20%) au niveau métropolitain. La Guyane (5,5%) et Mayotte (6,3%) présentent les écarts les plus marqués, traduisant une diffusion plus limitée des biosimilaires. L'amplitude observée entre l'hexagone et les territoires les moins avancés dépasse les 40 points, ce qui confirme un différentiel important d'appropriation. Cette différence territoriale suggère que la dynamique de pénétration reste très inégale selon les contextes locaux de prescription, de dispensation et d'accès à l'offre.

Figure 105 : Comparaison du taux de pénétration des biosimilaires en 2025



Source : SNDS (Dcir) ; France entière ; Tous régimes ; données 2025 en date de liquidation ; Le taux de pénétration des biosimilaires est calculé en rapportant le nombre de boîtes de biosimilaires au nombre total de boîtes (biosimilaires + référent)

Pourtant, les biosimilaires constituent un levier majeur d'efficience pour l'Assurance Maladie. Lors de l'entrée sur le marché d'un biosimilaire, une mécanique de décotes tarifaires s'enclenche : le bioréférent subit une décote de 20% par rapport à son prix net de remises antérieur, tandis que le biosimilaire est positionné 40% en dessous de ce même prix de référence. Ensuite, les prix convergent progressivement vers un niveau de prix unique, comme c'est désormais le cas pour la grande majorité des molécules biosimilarisées. Seules quelques classes font encore exception, avec un écart de prix persistant entre le référent et le(s) biosimilaire(s) : c'est notamment le cas de l'ustékinumab, du tocilizumab, de l'aflibercept, de l'omalizumab et du dénosumab, ces trois derniers ayant été biosimilarisés fin 2025 et se trouvant donc encore dans cette phase à fort potentiel d'économies.

Au-delà de l'enjeu prix, l'entrée des biosimilaires stimule la concurrence entre laboratoires, ce qui notamment diminue le risque de tensions d'approvisionnement.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le faible taux de pénétration dans les DROM notamment les difficultés liées à la gestion des stocks thermosensibles : l'éloignement géographique et les délais d'acheminement (24-72h) compliquent la logistique du froid (+2 °C à +8 °C⁴¹⁵). Face au risque d'invendus onéreux sur des produits à péremption courte, les grossistes et officines limitent leurs stocks et peuvent privilégier une unique référence, souvent le bioréférent dont l'habitude de prescription perdure chez les médecins. Par ailleurs, les grossistes doivent approvisionner de façon continue les officines de manière à couvrir les besoins des patients sur leur territoire et doivent être en mesure de livrer la spécialité de référence et au moins une spécialité générique mais cette obligation ne concerne pas les biosimilaires. Ainsi, les officines dans les DROM peuvent ne pas avoir accès à une offre de biosimilaires ce qui peut expliquer également le plus faible taux de pénétration dans les DROM.

4.7.2 Réinterroger le modèle de la distribution des médicaments onéreux dans les DROM

La chaîne de distribution du médicament est rémunérée grâce à des marges calculées en fonction du prix du médicament. Dans les DROM, des majorations de marge sont appliquées aux grossistes répartiteurs en médicaments, afin de prendre en compte les frais spécifiques liés à l'acheminement des produits (transports, octroi de mer taxes spécifiques...). Ces marges sont calculées proportionnellement au prix fabricant hors taxe hexagone et au prix public toutes taxes comprises (PPTTC) applicable dans chacun des DROM. La marge des pharmaciens d'officine s'en déduit par soustraction entre le PPTTC et le prix de vente du grossiste. Ces majorations varient entre les DROM mais sont toutes proches d'environ +30%.

Ces majorations peuvent cependant représenter des montants importants par boîte depuis le développement de la distribution de médicaments onéreux en ville. Entre 2019 et 2025, le nombre de médicaments de plus de 10 000 euros la boîte (avant application des remises négociés entre le CEPS et le laboratoire) en ville a doublé passant de 11 médicaments à 24 médicaments et une hausse de 44 médicaments à 86 médicaments de plus de 4 500 euros la boîte. Sur cette même période, les dépenses relatives à ces médicaments de plus de 4 500 euros la boîte augmentent de 19 M€ à 135 M€ avec un écart total PFHT hexagone et PPTTC DROM, représentant la marge de distribution, passant d'environ 5 M€ à 35 M€. Pour les médicaments les plus chers, la marge grossiste peut ainsi atteindre jusqu'à plus de 10 000€ la boîte.

Si les contraintes liées aux territoires ultramarins sont évidemment à prendre en compte dans l'appréhension de l'économie globale de la distribution de la chaîne pharmaceutique, ces majorations peuvent représenter des montants bien supérieurs aux coûts spécifiques d'approvisionnement des territoires ultramarins. En effet, cette chaîne présente une logistique d'import bien plus coûteuse par rapport à l'hexagone avec également des surfaces de stockage d'au moins deux fois la taille d'un grossiste équivalent dans l'hexagone, un coût énergétique important lié aux obligations de stockages en volume plus important et aux conditions climatiques. Il conviendrait donc d'appréhender l'ensemble de l'équilibre économique de la distribution pharmaceutique dans les DROM pour envisager de possibles évolutions des majorations en lien avec le développement des médicaments onéreux en ville.

4.7.3 Un recours élevé à la PDSA dans les DROM

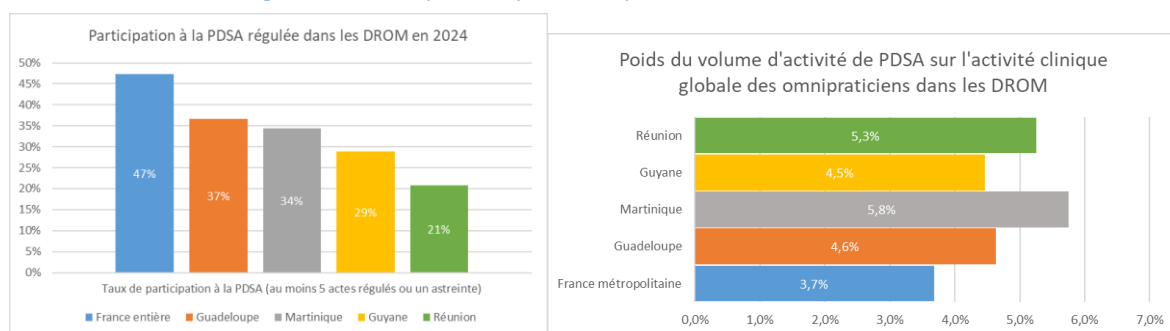
Afin de préserver l'accès aux soins, il est nécessaire d'assurer un recours adéquat aux différents dispositifs mis en place notamment dans le cas d'un recours aux soins à des horaires décalés ou en urgence. Le recours à la permanence des soins a ainsi fait l'objet d'une analyse spécifique pour les DROM faisant apparaître un recours notable notamment à la Réunion, territoire pourtant bien doté en médecine générale.

⁴¹⁵ Le circuit de la chaîne du froid des médicaments : un enjeu majeur pour un nouveau centre hospitalier universitaire ; Charles-Édouard Collet ; <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03615264/file/COLLET-charles-edouard.pdf>

Les actes cliniques réalisés aux horaires de PDSA en 2024 (actes régulés et non régulés) représentent une part plus importante dans l'activité clinique total des médecins généralistes, dans toutes les DROM comparé à l'hexagone (et particulièrement en Martinique et à La Réunion) même si la participation des médecins généralistes au dispositif de PDSA régulée est plus faible dans les DROM qu'au niveau national, particulièrement à la Réunion (près de deux fois inférieure) démontant une forte spécialisation dans cette activité.

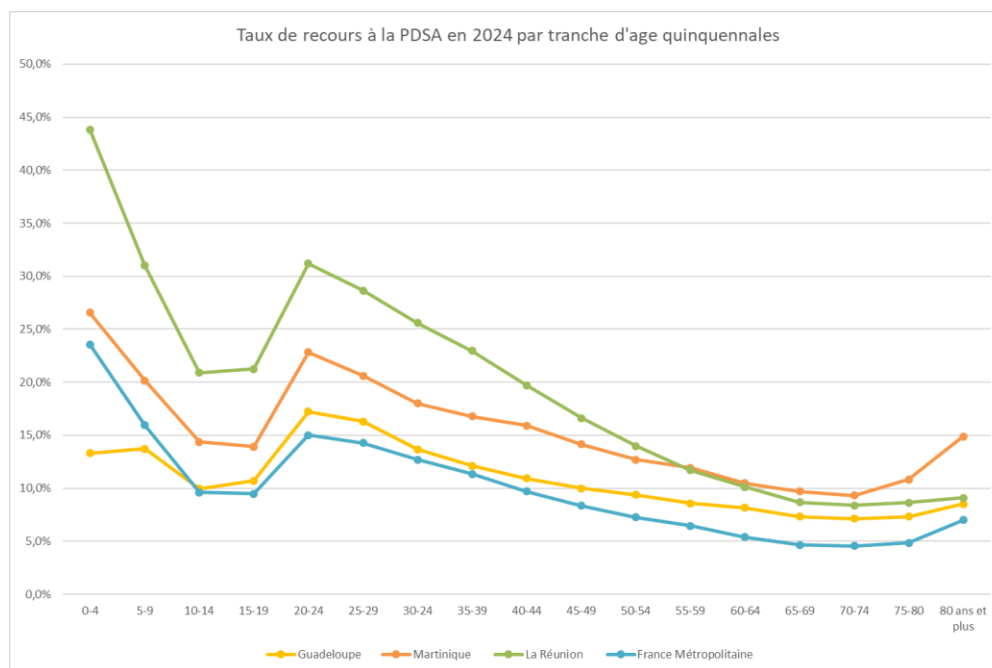
Il apparaît plus spécifiquement que le taux de recours aux soins pendant les horaires de PDSA, qu'il s'agisse des actes cliniques régulés ou non régulés, est nettement plus élevé à La Réunion et en Martinique par rapport à l'Hexagone. En effet, 20 % de la population à la Réunion et 15 % en Martinique ont eu recours à au moins un acte de PDSA au cours de l'année contre 10 % dans l'Hexagone, en particulier chez les enfants et jeunes adultes. Cet écart est principalement porté par un recours plus élevé aux actes régulés, les différences étant plus marquées pour ces derniers que pour les actes non régulés. S'agissant de la Guadeloupe, le recours à la PDSA apparaît inférieur à celui observé dans l'Hexagone chez les enfants de moins de 15 ans, mais devient supérieur chez les adultes. Le niveau élevé de recours à la permanence des soins dans les DROM et plus particulièrement à La Réunion apparaît d'autant plus notable que le territoire présente, par ailleurs, des indicateurs d'offre de soins ambulatoires globalement favorables, avec une meilleure accessibilité aux médecins généralistes libéraux. Dès lors, le sur-recours à la PDSA ne saurait s'expliquer uniquement par un déficit d'offre, mais renvoie plus probablement à des logiques de recours et d'organisation des soins spécifiques au territoire.

Figure 106 : Participation et poids de la permanence des soins dans les DROM



Source : Cnam

Figure 107 : Taux de recours à la PDSA en 2024 par âge



Source : Cnam

4.7.4 La Lutte contre la fraude : une coordination inter-DROM de lutte contre les Fraude

La lutte contre la fraude dans les DROM présente des résultats similaires à ceux de l'hexagone avec des montants de préjudices élevés qui progressent fortement.

Tableau 48 : Montants des préjudices subis et évités dans les caisses d'outre-mer depuis 2020

	Résultat préjudice subi	Résultat préjudice évité	Résultat préjudice financier total	Taux d'évolution
2023	13,1 M€	2,2 M€	15,3 M€	
2024	26,1 M€	4,7 M€	30,8 M€	102%
2025	49 M€	11 M€	60 M€	95%

Dans les DROM comme dans la France entière, il est constaté ces dernières années une professionnalisation et une pluralité des origines des fraudeurs (fraudes en réseaux ou en bandes organisées) et une diversification et une complexification des méthodes de fraudes. De plus, les régions d'outre-mer se caractérisent par des spécificités propres telles que l'implantation des mêmes acteurs dans plusieurs régions avec une diffusion rapide des méthodes et une sophistication des modes de contournement.

Au regard des enjeux financiers, il s'est avéré indispensable de mettre en place une coordination inter-DROM de Lutte contre les Fraudes. Depuis 2024, l'objectif de cette coordination est d'améliorer l'efficacité des actions de l'Assurance Maladie en partageant les investigations et la stratégie contentieuse au sein d'une communauté métier et de prévenir les extensions des pratiques frauduleuses par le développement d'une politique de prévention des fraudes.

Sur le plan opérationnel, les objectifs sont de favoriser les mutualisations des expertises et compétences, de constituer des communautés métiers, de diffuser des méthodes éprouvées à tous les stades du processus lutte contre la fraude et de mettre en œuvre des dispositifs d'appui aux organismes.

Cette coordination peut s'appuyer également sur les nouveaux Pôles Interrégionaux d'Enquêteurs Judiciaires (PIEJ) créés en 2025, suite à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 qui prévoit l'élargissement des prérogatives d'investigation des organismes de sécurité sociale en dotant des agents « commissionnés » de pouvoir de police judiciaire (article L. 114-22-3 du Code de la Sécurité Sociale) : les PIEJ de Paris et de Marseille ont en effet pour intervenir respectivement en Martinique, Guadeloupe et Guyane d'une part, et Réunion et Mayotte d'autre part.

Certaines fraudes détectées et investiguées en outre-mer peuvent par ailleurs servir de support à une modélisation pour une détection des comportements frauduleux sur l'ensemble du territoire national et éviter leur propagation. C'est ainsi le cas des fraudes en matière de perfusion à domicile, détectées et investiguées en premier lieu dans les caisses d'outre-mer. Ces fraudes consistent à facturer des prestations de perfusions à domicile non réalisées, pour certaines sous formes de bandes organisées pilotées par le prestataire et impliquant prescripteur, infirmier et pharmacien. Une attention particulière est également portée sur les fraudes en lien avec la dispensation de médicaments onéreux. A titre d'exemple, sur les deux dernières années, 4 pharmacies ont fait l'objet de plaintes pénales, pour un préjudice évalué à plus de 8 millions d'euros.

5 Trajectoire pour assurer la soutenabilité des dépenses de l'Assurance Maladie à l'horizon 2030

5.1 Un montant d'économies de 3,9 Md€ pour l'année 2027 en ligne avec la trajectoire définie à l'horizon 2030 et le niveau d'économies proposé dans le précédent rapport

Le déficit de l'Assurance Maladie reste préoccupant, dans un pays qui consacre pourtant une part importante de ses ressources à la santé. Dans le précédent rapport Charges et Produits, nous avons défini un premier objectif dans le cadre du retour à l'équilibre de l'Assurance Maladie qui serait de maintenir, comme cela a été réalisé dans la période 2010 2019, la part de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) 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 retenues 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 milliards d'euros à l'horizon 2030. C'est donc un effort déjà important que cet objectif impliquera de réaliser. C'est dans cette trajectoire que nous nous inscrivons encore cette année en proposant un niveau d'économies similaires à l'année dernière à hauteur de 3,9 Md€.

La meilleure organisation des parcours et le renforcement du lien ville-hôpital pourraient permettre de générer 200 M€ en lien notamment avec l'amélioration de la prise en charge des maladies respiratoires (BPCO et vaccination anti-pneumocoque), et du parcours de soins en réadaptation. Ces mesures s'ajoutent aux effets des mesures prises dans la suite du rapport C&P 2026 et qui ont également un impact sur les dépenses en 2027 comme les mesures de régulation des soins non programmés, le développement des infirmiers de coordination dans le cadre de l'accord conventionnel France santé.

La régulation des produits de santé doit permettre de générer des économies de l'ordre de 1,3 Md€. Les baisses importantes de tarifs 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 dans la LFSS 2026 (tiers payant contre biosimilaire) afin de rendre la dépense de médicaments 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 (PPC), mais également la régulation tarifaire menée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) doivent permettre de compléter les économies sur les produits de santé.

La régulation sectorielle en lien avec les analyses menées sur la performance économique des différents secteurs a permis de définir les contours d'accords pluriannuels de maîtrise des dépenses ou, à défaut, de baisses unilatérales de tarifs traçant des trajectoires de dépenses en lien avec des objectifs de performances économiques compatibles avec un financement socialisé. Ces actions doivent permettre de générer 300 M€ d'économies en 2027. Ce montant d'économies comprend notamment l'impact en 2027 de mesures prises en 2026 de baisses de tarifs des actes d'imagerie ainsi que les mesures du protocole signé avec les transporteurs sanitaires s'appuyant sur le développement des transports partagés et la nouvelle convention cadre avec les taxis.

Faire évoluer les dépenses de l'Assurance Maladie comme la richesse nationale, objectif fixé dans le cadre de la trajectoire de soutenabilité dessiné dans le précédent rapport Charges et Produits, nécessite de renforcer l'articulation entre l'AMO et l'AMC pour permettre un financement stable, lisible et assurant un accès à l'assurance santé pour tous (600 M€).

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 prescription afin d'assurer un meilleur suivi des assurés, mesure qui sera mise en œuvre en septembre 2026 et aura donc un impact sur la dynamique des arrêts en 2027, mais également à travers les actions d'accompagnements des prescripteurs pour améliorer la pertinence de la prescription des arrêts de travail participeront aux efforts d'économies. En particulier, à partir de juin 2026, le dispositif SOS IJ sera progressivement généralisé à l'ensemble du territoire et permettra d'accompagner les prescripteurs sur le champ des arrêts complexes.

Enfin, les actions de lutte contre les fraudes et sur la qualité/pertinence du système de santé devraient permettre de générer environ 1,3 Md€ milliards d'euros dont 450 M€ pour la lutte contre les fraudes en lien avec des objectifs croissants s'appuyant sur les résultats observés ces dernières années.

Tableau 49 : Proposition d'économies pour l'année 2027

Thématiques	Rendement 2027
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 300
Régulation sectorielle	300
Amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins	800
Articulation des financeurs	600
Indemnités journalières	250
Lutte contre les fraudes	450
Total	3 900

- Maintien d'un quantum d'économies conforme à la trajectoire proposée dans C&P 2026 à hauteur de **3,9 Md€**
- Proposition d'inclure **1,3 Md€ de régulation des prix sur le champ des médicaments** au regard des dynamiques présentées, en particulier sur le champ de l'innovation
- En s'appuyant sur la mise en œuvre des mesures suite aux analyses des performances économiques, proposition d'inclure **~300 M€ d'économies de régulation sectorielle**
- Un objectif de **250 M€ d'économies sur les indemnités journalières** du fait de la montée en puissance des mesures de régulation proposée dans C&P 2026 (cf. slides suivantes)

DETAILS SUR LES GRANDS ÉLÉMENTS POUR SUIVRE LA TRAJECTOIRE FIXÉE À L'HORIZON

Thématiques	Mesures C&P 2026 avec effet 2027	Mesures issues de C&P 2027
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	• Infirmiers de coordination (accord France Santé) • Régulation du recours aux soins non programmés (contrôles facturation soins non programmés, PHRV) • Chirurgie hors-bloc	• Amélioration du parcours en soins de réadaptation (dont places d'hébergement temporaire) • Meilleure détection et prévention des maladies respiratoires (BPCO, vaccination anti-pneumocoque)
Produits de santé : pertinence de la tarification	• Baisses de prix sur les produits de santé négociées en CEPS, notamment sur le champ des ASMR IV et V conformément aux études C&P • Mesure pour une meilleure pénétration des génériques, biosimilaires et hybrides (Tiers payant contre biosimilaire)	• Baisses de prix sur les produits de santé négociées en CEPS, notamment sur le champ des ASMR IV et V conformément aux études C&P notamment sur l'oncologie • Promotion des nouveaux biosimilaires et notamment dans les DROM
Régulation sectorielle	• Baisse de tarifs imagerie • Protocole transports et nouvelle convention taxi	• Mise à jour des analyses économiques sectorielles pouvant servir de base à des mesures de régulation (ex : radiothérapie, dialyse,...) • Nouveau protocole Biologie
Amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins	• Campagne et outils de transparence sur le « coût de la santé » • Mise à disposition des PS des informations relatives à la pertinence de leurs prescription (observatoire de la pertinence, datavisualisation,...) • Généralisation de l'ordonnance numérique • Révision règles d'installation des IDEL • Déploiement du nouveau dispositif d'intéressement des étab. de santé • Suppression de la prise en charge des prescriptions des médecins non conventionnés	• Revoir les indications de prise en charge de Vyndaquel • Forfaitisation bilan anémique biologie • Renforcement de la déprescription • Mise en œuvre de la désescalade thérapeutique
Indemnités journalières	• Limitation de la durée de primo-prescription et de renouvellement des arrêts de travail • Accompagnement renforcé pertinence arrêts longs • Amélioration du processus et des outils de signalement employeur	• Mesures de prévention, simplification et fluidification de parcours / accompagnement sur le champ AT/MP • Port du casque obligatoire après 12 ans
Lutte contre les fraudes	• Généralisation tiers payant contre carte vitale • Outils de repérage des fausses ordonnances • Echanges d'information AMO-AMC sur fraude • Développement outils IA sur lutte contre la fraude	• Poursuite de la sécurisation des flux : facturation Sesam Vitale obligatoire, délai de facturation réduit pour les PS, dématérialisation obligatoire des pièces justificatives, ...

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, objectif défini dans le précédent rapport Charges et Produits. 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 est nécessaire d'identifier 2,5 milliards d'euros 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. Le précédent rapport Charges et Produits avait notamment proposé de préserver le dynamisme des taxes comportementales qui ralentissent au fur et à mesure qu'elles atteignent leurs objectifs. A ce titre, la hausse de la taxe sur les boissons sucrées à travers une modification des barèmes dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale participe à la mise en œuvre de cette recommandation.

5.2 Le renforcement de l'articulation entre les assurances maladies pour permettre un accès à l'assurance complémentaire pour tous

En 2024, les administrations publiques, la Sécurité sociale et l'État, couvrent 79,4 % de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM). Les organismes complémentaires prennent en charge 12,8 % en augmentation de 0,3 point et les ménages en financent directement 7,8 % (source : DREES, Les dépenses de santé en 2024). Le reste à charge après remboursement de l'AMO s'élève à 52,5 milliards d'euros, dont 62 % sont couverts par les AMC. L'articulation renforcée entre l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire doit permettre de préserver ce haut niveau de couverture des dépenses de santé tout en assurant l'efficacité des dépenses de santé.

5.2.1 La coalition entre les assurances maladies obligatoire et complémentaire au cœur des actions de prévention

Les dépenses consacrées à la prévention ont enregistré une forte progression ces dernières années, atteignant un montant total de 8,7 milliards d'euros en 2024. Après deux années de forte baisse avec le reflux de l'épidémie de Covid-19 (-35 % en 2023, -24 % en 2022), les dépenses de prévention augmentent de 1 % en 2024. Le financement de ces dépenses est encore aujourd'hui majoritairement assuré par l'Assurance Maladie et l'État (70%), viennent ensuite les entreprises (26%). Les statistiques actuelles ne permettent pas de mesurer l'investissement des organismes complémentaires dont on sait qu'ils jouent un rôle important dans certains pans de la prévention ; la seule donnée disponible concerne le financement des actions de vaccinations avec un financement à hauteur de 17%.

La place des organismes complémentaires en cofinanceurs des activités de prévention s'est renforcée également avec la mise en place d'un co-financement des examens bucco-dentaires (EBD). Depuis le 1er avril 2025, l'EBD est proposé tous les ans aux jeunes de 3 à 24 ans (contre un examen tous les 3 ans précédemment). L'ambition est de suivre plus régulièrement cette génération pour détecter et soigner plus précocement les éventuelles affections bucco-dentaires et assurer une éducation régulière à la santé orale des patients pour éviter les comportements à risque afin de faire émerger de futures générations sans carie

Les résultats observés à date témoignent d'une dynamique très favorable. Sur la période d'avril 2025 à mars 2026 (données régime général, chirurgiens-dentistes libéraux et centres de santé) :

- le taux de recours annuel aux chirurgiens-dentistes des 3 à 24 ans s'élevait à 55,1% en mars 2026 (contre 52,9% en mars 2025) ;
- Le taux de recours annuel des assurés âgés de 3 à 24 ans a augmenté de + 2,2 points.

Par ailleurs, entre avril 2025 et avril 2026, on constate⁴¹⁶ :

- 2,7 M d'EBD ont été remboursés par l'Assurance maladie dont près de 600 000 sur les seuls mois de mars-avril 2026 ;
- 57 % des bénéficiaires du nouvel EBD jeunes font partie des tranches d'âge nouvellement ouvertes ;
- 82 % des bénéficiaires du nouvel EBD jeunes sur cette période n'avaient bénéficié ni d'un examen de prévention ni d'une consultation dentaire dans les 12 mois précédents, quel que soit l'âge du bénéficiaire.

Une période de montée en charge d'une durée de 9 mois a permis l'adaptation des référentiels de la part des complémentaires santé, l'évolution des logiciels des professionnels ainsi qu'un accompagnement des chirurgiens-dentistes, afin de les inciter à adhérer au contrat de tiers payant de l'Inter AMC et à adapter leur pratique de facturation :

- 84 % des chirurgiens-dentistes pratiquant l'EBD avant la réforme ont déjà contractualisé avec l'inter AMC permettant la réalisation du tiers payant (+6 points par rapport à janvier 2026) ;
- 100% des complémentaires santé ont réalisé les démarches permettant aux chirurgiens-dentistes d'adresser une demande de remboursement ;
- Le délai moyen de paiement des EBD côté complémentaire santé est de 2,5 jours.

Les travaux en lien avec les organismes complémentaires se poursuivent pour améliorer de manière continue le dispositif et notamment, en augmentant progressivement l'utilisation des services en ligne de l'inter AMC permettant de vérifier les droits à la complémentaire du patient et de fiabiliser la facturation du professionnel.

⁴¹⁶ données régime général, chirurgiens-dentistes libéraux et centres de santé.

Un niveau élevé de coordination des acteurs impliqués, et plus particulièrement de l'Assurance Maladie obligatoire et complémentaire, est une absolue nécessité pour garantir l'adhésion aux dispositifs de prévention et atteindre nos objectifs en termes d'actions de prévention. Pour garantir cette coordination, l'Assurance Maladie a proposé l'année dernière d'installer une gouvernance de la prévention en santé afin de permettre une coordination nationale comme locale des financeurs de la prévention. Pour aller plus loin, elle propose aujourd'hui de prolonger cette action en construisant en deux ans avec les professionnels de santé, les patients et les organismes complémentaires, une campagne de vaccination pneumocoques d'une même ampleur que la campagne grippe pour les assurés de 65 ans et plus (communication, grand public, mobilisation individuelle des patients, sensibilisation des PS ...).

5.2.2 Le renforcement de l'articulation entre l'AMO et l'AMC : des nouvelles dispositions pour la lutte contre les fraudes

Dans le prolongement des propositions formulées dans le cadre du précédent rapport charges et produits, la loi contre les fraudes sociales et fiscales adoptée par le Parlement le 11 mai 2025 vient donner une base légale aux échanges d'information en matière de lutte contre les fraudes entre les caisses du régime général et les organismes complémentaires. Ce texte est le fruit de plusieurs mois de travaux entre les caisses nationales d'assurance maladie et les représentations des complémentaires santé, sous l'égide de la Direction de la Sécurité Sociale.

Jusqu'à présent, les échanges d'information étaient fortement restreints 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 : ainsi, les résultats des contrôles ou les informations sur l'engagement d'actions contentieuses ne pouvaient pas faire l'objet d'échanges avec les organismes complémentaires.

Les nouvelles mesures introduites permettront de donner une base légale aux échanges croisés de données dans le strict objectif de lutte contre la fraude : ainsi, suite à investigations et lorsque l'importance ou la nature de la fraude présumée le justifie, l'assurance maladie obligatoire communiquera aux organismes complémentaires les informations nécessaires à l'identification des auteurs et des actes ou prestations relatifs aux faits pouvant être de nature à constituer une fraude. Les mêmes échanges sont organisés dans le sens inverse. Il est également prévu l'information des complémentaire santé sur les décisions de déconventionnement des professionnels de santé par l'Assurance Maladie.

Un décret en conseil d'Etat, pris après avis de la Cnil, viendra préciser les modalités opérationnelles de ces échanges : la nature des données échangées, l'importance (notamment au plan financier) et/ou la nature de la suspicion de fraude à signaler. Enfin, le personnel des organismes complémentaires qui recevra ces données personnelles sera soumis au secret professionnel, comme le sont déjà les salariés des caisses d'assurance maladie.

Ainsi, pour l'Assurance Maladie, l'échange de données avec les complémentaires santé est un levier essentiel pour renforcer la lutte contre la fraude, notamment concernant les prestations pour lesquelles la part de l'assurance maladie complémentaire est prépondérante comme le dentaire, l'optique ou les aides auditives.

5.2.3 Favoriser l'accès à la complémentaire santé

Une très large diffusion de l'assurance complémentaires santé mais des inégalités d'accès persistantes

En 2023, 96,6% de la population bénéficie d'une assurance complémentaire, preuve de l'importance de la complémentarité des assurances maladies obligatoires et complémentaires pour assurer la prise en charge des soins. Les contrats dits responsables⁴¹⁷ représentent 96,5% des cotisations versées en 2024 et constituent un pilier de l'accès aux soins pour les assurés (Source : DREES). En effet, les contrats dits « responsables » couvrent notamment 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, d'homéopathie et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré pour lesquels la prise en charge est optionnelle) ainsi que des frais liés au 100% santé (prise en charge du ticket modérateur et de l'écart entre la base de remboursement et le prix limite de vente ou l'honoraire limite de facturation) dans les domaines de

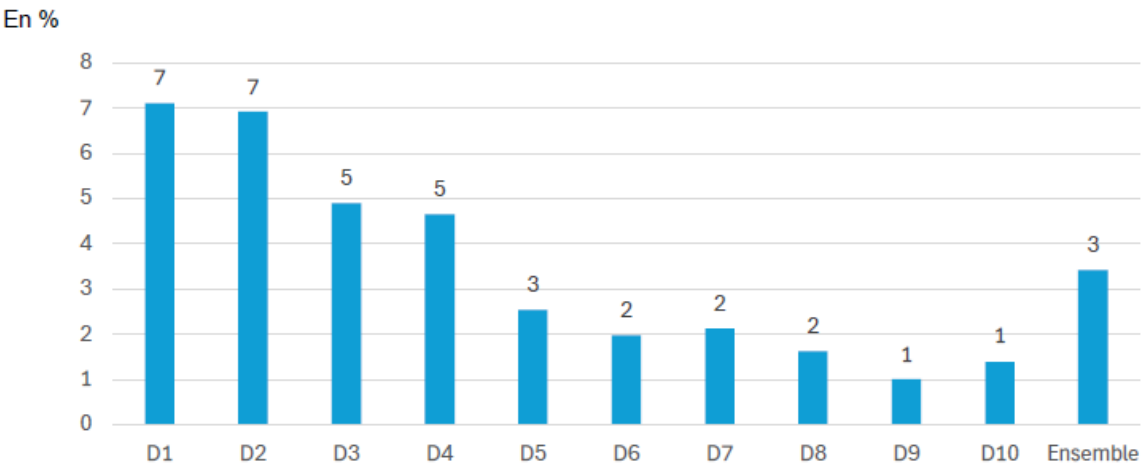
⁴¹⁷ Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné, qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'Assurance maladie afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré et respecte des minima et maxima de prise en charge défini par la loi notamment sur la prise en charge du ticket modérateur.

l’optique, l’audiologie et des prothèses dentaires, ainsi que pour la location de courte durée des VPH et certaines catégories de prothèses capillaires. Ils doivent également couvrir l’intégralité du forfait journalier hospitalier.

Parallèlement, le dispositif de la complémentaire santé solidaire (C2S) joue un rôle important pour permettre la couverture des assurés aux revenus les plus modestes. Plus de la moitié des 10 % de ménages les plus modestes sont couverts par la C2S : 51 % à titre gratuit, 6 % moyennant une contribution financière. Dans le deuxième dixième de niveau de vie, la C2S couvre trois personnes sur dix. Depuis sa création en 2019, les effectifs de la C2S poursuivent leur progression pour atteindre 8,0 millions de bénéficiaires en avril 2026, dont 6,0 millions bénéficient de la C2S gratuite et 1,9 million de la C2S avec participation financière. Dernière statistique disponible en évolution annuelle, les effectifs ont augmenté de 1,9 % entre décembre 2024 et décembre 2025 soit près de 150 000 bénéficiaires supplémentaires. Ce dynamisme est notamment soutenu par les mesures facilitant l’accès aux dispositifs avec une affiliation automatique notamment des bénéficiaires du revenu de solidarité active et d’autres minima sociaux pour laquelle l’Assurance Maladie est mobilisée. Elle continue par ailleurs à promouvoir le dispositif de la C2S au travers d’actions de communication et d’aller vers les populations les plus concernées avec l’ensemble des parties prenantes.

Malgré ces éléments ayant permis de développer la couverture complémentaire santé, tous les bénéficiaires potentiels de la C2S n’y ont pas recours. 3,4 % de la population ne disposait pas d’une couverture par une assurance maladie complémentaire (Source : DREES). Si cette part s’est considérablement réduite depuis 25 ans, elle est relativement stable depuis 2010 et demeure toujours plus élevée chez les plus modestes : 7 % des personnes vivant sous le seuil de pauvreté ne sont pas couvertes ni par la C2S, ni par un organisme complémentaire en 2023. L’absence de couverture s’explique d’abord par des raisons financières, malgré l’existence de la complémentaire santé solidaire (C2S) en faveur des plus modestes : une personne non-couverte sur trois déclare ainsi ne pas avoir les moyens de souscrire à une complémentaire santé. Cette part atteint 41% pour les personnes qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Par ailleurs, 15 % des personnes non-couvertes déclarent ne pas en avoir besoin, 12 % être en cours d’adhésion, et 10 % ne pas penser ou avoir le temps de souscrire à une complémentaire santé⁴¹⁸.

Figure 108 : Part de la population sans couverture complémentaire, selon le niveau de vie, en 2023



Lecture > En 2023, 7 % des 10 % des personnes les plus modestes (D1) ne sont pas couvertes par une complémentaire santé en France hors Mayotte.
Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.
Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Tableau 50 : Motif principal de non-couverture par une complémentaire santé selon la situation vis-à-vis de la pauvreté monétaire, en 2023

Situation	Ne pas en avoir les moyens	Ne pas le souhaiter / en avoir besoin	Être en cours d'adhésion	Ne pas y penser / avoir le temps	Être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une maladie de longue durée	Ne pas savoir comment faire	Autre raison
Ensemble	33,9	15,2	12,2	9,9	8,7	4,9	15,3
Au-dessus du seuil de pauvreté monétaire	30,6	18,9	13,2	8,8	8,6	3,8	16,1
Sous le seuil de pauvreté monétaire	41,3	6,9	9,8	12,4	8,9	7,3	13,4

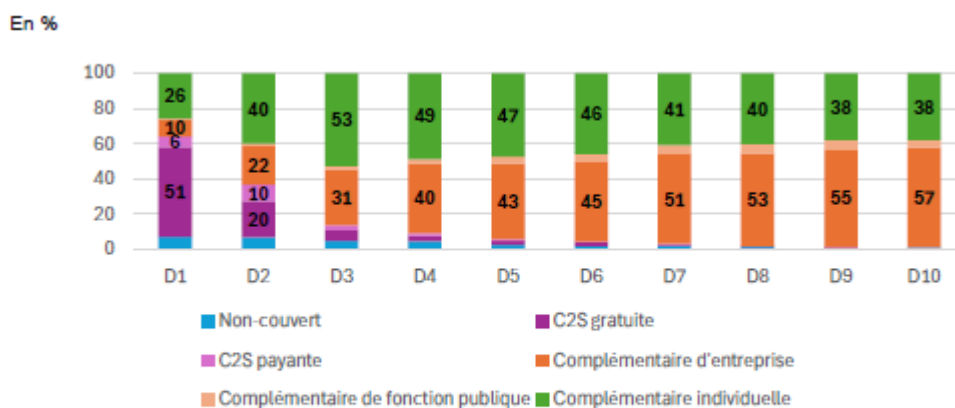
Lecture > En 2023, 41 % des personnes de 16 ans ou plus avec un niveau de vie inférieur au seuil de pauvreté monétaire et non couvertes par une complémentaire santé déclarent ne pas en avoir les moyens financiers.
Champ > France hors Mayotte, personnes de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire et non-couvertes par une complémentaire santé.

⁴¹⁸ En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire santé que les autres, Source DREES.

L'évolution des primes d'assurance complémentaire pour les contrats individuels

Les contrats individuels s'adressent notamment aux assurés les plus précaires et qui sont le plus concerné par les difficultés d'accès à l'assurance complémentaire. Près de la moitié des assurés du 3^{ème} au 6^{ème} décile de niveau de vie sont couverts par une assurance complémentaire individuelle contre uniquement 40% des assurés appartenant du 7^{ème} au dernier décile de niveau de vie. Ces assurés bénéficient en effet des contrats collectifs dans le cadre de leur activité professionnelle.

Figure 109 : Type de complémentaire santé selon le niveau de vie, en 2023



C2S : complémentaire santé solidaire.

Lecture > En 2023, parmi les 10 % des personnes les plus modestes, 7 % ne sont pas couvertes par une complémentaire santé.

Champ > France hors Mayotte, personnes vivant en logement ordinaire.

Source > SRCV 2023, retraitements Drees.

Les primes des contrats individuels ont connu une augmentation soutenue, même si plus modérée que pour les contrats collectifs, entre 2019 et 2023 notamment pour les assurés de 65 ans et plus couverts à plus de 90% par ce type de contrat. Par exemple, elles ont augmenté de 6,9 % entre 2019 et 2023 pour les assurés de 60 ans. Ainsi en moyenne pour un assuré de 60 ans, la prime annuelle moyenne a augmenté de 73 euros entre 2019 et 2023 pour atteindre 1128 € par an. Pour les moins de 60 ans, l'évolution a été plus contenue de 1,5% pour les primes à 20 ans à 3,5% à 40 ans. En collectif, les primes augmentent à un rythme plus soutenu au global : +8 % depuis 2021, contre +3 % entre 2019 et 2021. Ces évolutions s'expliquent par un contexte général d'inflation des dépenses et par un effet à retardement, suite à la crise sanitaire, de la réforme du 100 % santé selon la DREES⁴¹⁹.

Tableau 51 : Evolution des primes moyennes annuelles des contrats individuels par âge entre 2019 et 2023

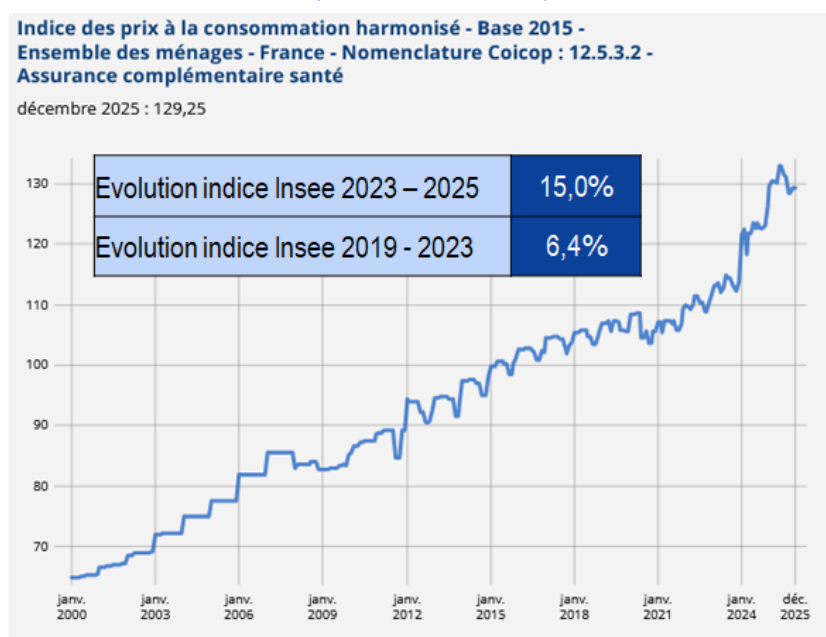
	2019	2023	Evolution en %
À 20 ans	429 €	436 €	1,5%
À 40 ans	715 €	740 €	3,5%
À 60 ans	1 055 €	1 128 €	6,9%
À 65 ans	1 149 €	1 204 €	4,9%
À 75 ans	1 410 €	1 471 €	4,3%
À 85 ans	1 597 €	1 681 €	5,2%

Source : Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé (Enquête OC) depuis 2019

419 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/250923_DATA_organismes-couvertures-compl%C3%A9mentaires-sant%C3%A9

Si ces données permettent de juger de l'évolution de l'ensemble des contrats sur le marché des contrats individuels, les données publiées par l'INSEE dans le cadre de son indice de prix à la consommation permettent de rendre compte de l'évolution des primes des contrats individuels nouvellement proposés (les contrats collectifs ne sont pas inclus dans cet indicateur INSEE). Ainsi, l'indice de prix à la consommation comprend un indice des prix des assurances complémentaires santé. Cet indice mesure les primes à partir de relevés de prix sur Internet d'une centaine de contrats chez 30 organismes complémentaires. Les sept assureurs suivis proposant ces contrats individuels représentent 26 % du CA total du secteur. Les devis sont réalisés pour plusieurs profils différents (âge, sexe, nombre d'enfants, date de naissance, ville, etc.). A partir de cet indice on constate une très forte hausse des primes sur la période récente entre 2023 et 2025 de 15% contre une évolution proche de ce que nous constatons dans les données DREES entre 2019 et 2023 avec une évolution de 6,9%. Une progression quatre fois plus rapide des primes est donc constatée ces deux dernières années. Cette évolution s'explique notamment par la segmentation du marché de la complémentaire santé entre les contrats individuels couvrant les personnes les plus exposées au risque maladie, l'effet du 100% santé sur les populations seniors, et les contrats collectifs qui ont une pris une place plus importance depuis un peu plus de 10 ans avec la généralisation des contrats en entreprises puis dans la fonction publique d'Etat.

Figure 110 : Evolution de l'indice des primes mesurées dans le cadre de l'indicateur Assurance complémentaire santé intégré dans le calcul de l'indice des prix à la consommation pour les contrats individuels



Source : INSEE

Le contenu et la diffusion des contrats responsables

La concurrence entre organismes complémentaires, l'évolution des besoins des assurés et les améliorations de prise en charge (100% santé, véhicules pour personnes handicapées...) ont pu mener à une augmentation des garanties offertes, dans un objectif notamment de distinctions des contrats. Parallèlement, le cadre contraignant du contrat responsable actuel est également souligné par les organismes complémentaires. Par conséquent, des réflexions sont en cours entre les différentes familles composant les organismes complémentaires santé et le ministère en charge de la santé pour faire évoluer le contenu du contrat responsable en adéquation avec les besoins des assurés et la nécessaire flexibilité dans les contrats proposés pour assurer un accès à une complémentaire santé pour tous.

Parallèlement, les contrats proposant strictement les garanties minimales des contrats responsables sont peu diffusés. Dans l'enquête⁴²⁰ sur les contrats les plus souscrits auprès d'une couverture complémentaire santé qui analyse les dix contrats les plus souscrits au sein de chaque organisme complémentaire, seuls dix contrats dans l'ensemble de l'échantillon étudié semblent correspondre à une prise en charge qui correspondrait uniquement aux garanties définies par le cadre des contrats responsables soit 0,9% des contrats étudiés dans l'enquête. Ces contrats présentent pourtant des primes moyennes très largement en dessous de la moyenne des contrats, de 20% à 30% moins élevées selon les âges, et pourraient donc constituer une alternative pour les personnes déclarant ne pas avoir recours à une couverture complémentaire pour des raisons financières. Pourtant ces contrats sont très peu souscrits.

⁴²⁰ <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-aupres-des-organismes-offrant-des-couvertures-complementaires>

Afin de permettre l'accessibilité à la complémentaire santé, il pourrait être envisagé d'identifier un contrat complémentaire santé qui serait proposé par les organismes complémentaires et couvrant strictement les garanties minimales du contrat responsable. Il pourrait être ainsi envisagé de demander aux organismes complémentaires d'en faire la promotion. Ces contrats viendraient s'intégrer dans l'offre de contrats responsables déjà existante et qui représentent la quasi-totalité des contrats aujourd'hui présents sur le marché. Il s'agirait uniquement de compléter cette offre au sein du portefeuille de contrats responsables des organismes complémentaires et d'inciter les organismes complémentaires de faire valoir ces contrats. Cette réflexion doit par ailleurs participer aux travaux globaux sur le contenu des contrats responsables et participer à ouvrir la possibilité de réinterroger ce contenu pour permettre une souplesse dans le niveau de garanties offertes conciliant une réponse adaptée aux besoins des assurés avec une meilleure maîtrise des dépenses. Cela permettrait de disposer d'une variété plus large de contrats « responsables » en réponse aux attentes des assurés et de lutter contre la diffusion de contrats non-responsables. Dans ce cadre, une réflexion pourrait aussi s'ouvrir sur de nouveaux postes de prise en charge, comme les dépassements par exemple réalisés dans le cadre de l'OPTAM.

Propositions soumises au vote du Conseil

Proposition 38 : Aller plus loin dans la sécurisation des flux en liant tout remboursement de soins à l'usage obligatoire des outils de facturation mis à disposition par l'Assurance Maladie

- *Modernisation obligatoire des outils de facturation : rendre obligatoire l'intégration dans le système Sesam-Vitale pour toutes les professions de santé et le respect des dernières normes de facturation d'ici 2028, sous peine de rejet des factures*
- *Dématérialisation systématique des flux : rendre obligatoire la transmission dématérialisée des pièces justificatives (via SCOR) d'ici le 1er janvier 2028 et la vérification des droits en ligne (via ADRI/CDRI) au 1er janvier 2029, pour des contrôles avant paiement*
- *Encadrement des délais de facturation : instaurer un délai limite d'envoi des factures en tiers-payant au-delà duquel le remboursement est refusé par l'Assurance Maladie (6mois)*

Proposition 39 : Généraliser le dispositif tiers-payant contre carte vitale (proposition C&P 2026)

Proposition 40 : Définir et mettre en œuvre les conditions opérationnelles des échanges de données entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé dans le cadre de la lutte contre les fraudes (déploiement mesure PJJ Fraudes)

Proposition 41 : Déployer l'usage des nouveaux outils à base d'intelligence artificielle dans le cadre des actions de LCF, après expérimentations nationales et locales (proposition C&P 2026)

Proposition 42 : Promouvoir un contrat complémentaire santé individuel « strictement responsable »

Liste des figures

Figure 1 : Décomposition des dépenses de la branche maladie en 2025	9
Figure 2 : Structure des recettes de la branche maladie en 2024	10
Figure 3 : Solde de la branche maladie.....	11
Figure 4 : Résultat net des hôpitaux publics depuis 2005.....	11
Figure 5 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2024 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins	16
Figure 6 : Evolution de la dépense remboursée totale (courbes, en millions d'euros), et évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle (barres, en pourcentages) pour une sélection de groupes de pathologies et épisodes de soins, entre 2015 et 2024	18
Figure 7 : Prévalence de la polypathologie selon le sexe, l'âge et le niveau de défavorisation de la commune de résidence	23
Figure 8 : Nombre de domaines ¹ concernés pour l'ensemble des adultes polypathologiques et selon l'âge	26
Figure 9 : Combinaisons de pathologies les plus fréquentes par classe d'âge, selon le sexe, parmi les adultes polypathologiques.....	27
Figure 10 : Nombre de personnes souffrant d'une pathologie chronique en 2030 et 2035 (en millions).....	29
Figure 11 : Prévalence des maladies chroniques d'après la cartographie des dépenses et des pathologies à l'horizon 2030 et 2035	29
Figure 12 : Prévalence des polypathologies à l'horizon 2030 et 2035	30
Figure 13 : Projections des prévalences de quatre pathologies chroniques.....	30
Figure 14 : Dépenses remboursées en 2030 et 2035 (en milliards d'€) selon scénario	32
Figure 15 - Total des dépenses remboursées à l'horizon 2030 et 2035 selon scénario.....	32
Figure 16 : Total des dépenses remboursées des maladies chroniques à l'horizon 2030 et 2035 selon scénario	33
Figure 17 : Part des dépenses de santé dans le PIB	34
Figure 18 : Bénéfices sanitaires et économiques annuels des sept interventions, 2026-2035 et 2026-2050 (moyennes annuelles)	43
Figure 19 : Analyses de la corrélation entre le taux d'anomalie observé et l'indice de position sociale (IPS) des écoles	46
Figure 20 Part des adolescents de 15 ans déclarant des problèmes de santé multiples, 2018 et 2022	49
Figure 21 : Fumeurs quotidiens parmi la population âgée de 15 ans et plus, 2023 (ou année la plus proche)	59
Figure 22 : Distribution des teneurs en sucre des produits mis sur le marché dans l'hexagone (vert) et en Guadeloupe et Martinique (rouge)	71
Figure 23 : Consommation ingérée d'alcool dans les DROM et dans l'hexagone	76
Figure 24 – Ecart de l'imprégnation mercurielle capillaire à la valeur de référence	78
Figure 25 - Nombre de cas de leptospirose et taux d'incidences / 100 000 hab, année début des signes, La Réunion 2014-2024	83
Figure 26: Taux de découverte et infection VIH	87
Figure 27 : Tests Chlamydia, syphilis, hépatite B, VIH	88
Figure 28 : les degrés de l'engagement patient	93
Figure 29. Pourcentage de la population de 65 ans et plus à jour de ses vaccins à fin février 2026	110
Figure 30. Effectifs et prévalences des maladies psychiatriques en 2023 selon l'âge.	112
Figure 31 : Prévalence des traitements anxiolytiques et hypnotiques (hors pathologies) * en 2023 selon l'âge dans la cartographie des pathologies	113
Figure 32 : Structure par âge et par sexe des résidents de 65 ans et plus accueillis en EHPAD en 2023	122
Figure 33 : Part des patients avec HPE IC sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non.....	125
Figure 34 : Part des patients avec HPE Déshydratation sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non	126
Figure 35 : Part des patients avec HPE BPCO sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non	126
Figure 36 : Part des patients avec HPE complications liées au diabète sur l'ensemble des patients, par âge, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non	127
Figure 37 : Evolution moyenne du nombre de séjours et de l'activité* par lit** des hôpitaux publics étudiés, entre 2017 et 2023, par taille d'hôpitaux	132
Figure 38 : Evolution moyenne de l'activité par lit des hôpitaux des groupes « hausse » et baisse » entre 2017 et 2023 indépendamment de l'évolution des ressources en personnels et équipements médicaux, des caractéristiques des patients et des séjours	134
Figure 39 : Evolution moyenne de l'activité par lit des hôpitaux publics entre 2017 et 2023 indépendamment de l'évolution des ressources en personnels et équipements médicaux, des caractéristiques des patients et des séjours.....	137
Figure 40. Répartition de la population selon le zonage médecins généralistes de la commune d'habitation en 2025.....	141
Figure 41. Taux de patients sans médecin traitant au 31/12/2024	141

Figure 42. Pyramides des âges des médecins généralistes en 2024 selon les territoires.	142
Figure 43. File active moyenne et patientèle MT moyenne des médecins généralistes libéraux dans les DROM en 2024	143
Figure 44. Recours aux IDEL selon l'âge dans les DROM en 2024	144
Figure 45. Recours aux masseurs-kinésithérapeutes selon l'âge dans les DROM en 2024	144
Figure 46. Pyramides des âges des médecins généralistes en 2024 selon les territoires	146
Figure 47. Répartition des médecins spécialistes par secteur conventionnel dans les DROM en 2024 et taux d'adhésion à l'OPTAM des médecins de secteur 2 éligibles en 2024	147
Figure 48 : Taux d'alimentation du DMP des médecins généralistes entre octobre 2025 et mars 2026 dans les DROM et moyenne nationale	149
Figure 49. Taux de recours à la téléconsultation en 2025 par territoire (nombre d'assurés ayant eu au moins une téléconsultation remboursée dans l'année pour 100 habitants)	150
Figure 50. Répartition des téléconsultations selon le mode d'exercice du médecin et le lieu d'exercice en 2025	150
Figure 51. Part de spécialistes ayant facturé au moins 1 TC dans l'année : zoom sur 3 spécialités aux niveaux d'usage élevés	151
Figure 52 : Risque des pathologies dans les DROM en comparaison avec la France hexagonale	153
Figure 53 : Risque des cancers dans les DROM en comparaison avec la France hexagonale	154
Figure 54 : Risque de maladies neurologiques dans les DROM en comparaison avec la France hexagonale	155
Figure 55 : Risque d'accident vasculaire cérébral.....	155
Figure 56 : Comparaison des dépenses en France hexagonale et dans les DROM	156
Figure 57 : Dépenses de soins de ville en France hexagonale et dans les DROM	156
Figure 58 : Focus sur les patients diabétiques	157
Figure 59 : Suivi des examens recommandés	158
Figure 60 : Évolution des dépenses de médicaments anticancéreux remboursées brutes et nettes de remises entre 2019 et 2024	165
Figure 61 : Evolution des dépenses nettes facturées sous le code indication I9999	166
Figure 62 : Décomposition annuelle (%) de la croissance entre 2019 et 2024	167
Figure 63 : Evolution annuelle du nombre de patients et des coûts moyens de médicament anticancéreux par patient	168
Figure 64 : Ventilation du nombre d'inscriptions en primo-inscription selon le niveau d'ASMR pour les médicaments en oncologie entre 2019 et 2024	169
Figure 65 : Evolution de la structure des dépenses nettes et du nombre de patients par segment thérapeutique entre 2019 et 2024	172
Figure 66 : Evolution du nombre de patients recevant un médicament anticancéreux (hors traitement intra-GHS) par type de cancer	175
Figure 67 : Evolution du nombre de patients initiés par classe d'âge	176
Figure 68 : Comparaison des coûts de médicament anticancéreux nets l'année d'initiation en 2023 selon la localisation	177
Figure 69 : Evolution et ventilation du nombre de patients selon le type de thérapie	178
Figure 70 : Courbe de concentration des dépenses nettes de médicaments anti-cancéreux selon le prescripteur	179
Figure 71 : Ventilation départementale du ratio de patients sous immunothérapie sur le total des médicaments anticancéreux en 2024	179
Figure 72 : Facteurs de réussite des interventions de déprescription	188
Figure 73 : Différentes méthodes de sevrage progressif avec un nombre et une durée de paliers qui varient	195
Figure 74 : Impact des interventions d'information des patients sur la réduction de l'utilisation des benzodiazépines	196
Figure 75 : Rentabilité opérationnelle en 2023, par secteur	203
Figure 76 : Evolution de la rentabilité opérationnelle (EBE/CA) depuis 2018, par secteur	205
Figure 77 : Rentabilité globale en 2023, par secteur	206
Figure 78 : Rentabilité des capitaux propres en 2023, par secteur	207
Figure 79 : Taux d'endettement en 2023, par secteur	208
Figure 80 : Poids des différents postes dans le total des charges d'exploitation	209
Figure 81 : Ratio EBE/CA de 2020 à 2023 en base 100	210
- Figure 82 - Montants remboursés, remboursables et volume économique des soins de MK depuis 2015	215
Figure 83 - nombre de patients et taux de recours par âge en 2015 et 2024	216
Figure 84 - Structure de la patientèle 2015 et 2025	216
Figure 85 - Nombre moyen de séances par patients	217
Figure 86 - Impact financier attendu pour l'Assurance Maladie Obligatoire des revalorisations conventionnelles	218
Figure 87 - Décomposition de la croissance 2015-2022 et 2022-2025	219
Figure 88 - Concentration des séances en 2025	219
Figure 89 - Honoraires totaux depuis 2014	221
Figure 90 - Honoraires moyens par MK depuis 2014	221

Figure 91 - Honoraires moyens sans dépassements par département en 2024	222
Figure 92 - File active des Masseurs kinésithérapeutes par département en 2024	222
Figure 93 - Nombre de Séances par patient standardisé (Age et ALD) et densité (tout acte).....	224
Figure 94 -carte des densités et des installations	225
Figure 95 - Part des frais de déplacements dans l'activité.....	225
Figure 96 - Dépassements moyens par masseurs-kinésithérapeutes en 2024.....	226
Figure 97 - Part des MK facturant des dépassements et part des patients concernés par département.....	227
Figure 98 - Dépassements moyens par patient en 2024 dans les départements où 20% ou plus des MK ont facturé un dépassement....	227
Figure 99 : Répartition du volume d'actes en accès direct par structure - Année glissante (S2 2024 - S1 2025).....	230
Figure 100 : Détail par structure d'exercice - Année glissante (S2 2024 - S1 2025)	230
Figure 101 : Évolutions des montants d'IJ normales et majorées de 2014 à 2024 (base 100 en 2014)	238
Figure 102 : Évolutions des montants des IJ AT/MP par risque de 2014 à 2024 (base 100 en 2014).....	239
Figure 103 : Répartition des accidents du travail par siège de lésion en 2017 et en 2022 et contributions à l'évolution du nombre de jours d'arrêt.....	240
Figure 104 : Parts des montants IJ 2024 et parts contributives à la croissance 2024/2023 pour les principaux secteurs en NAF2 - Tous risques AT/MP confondus	241
Figure 105 : Comparaison du taux de pénétration des biosimilaires en 2025	247
Figure 106 : Participation et poids de la permanence des soins dans les DROM	249
Figure 107 : Taux de recours à la PDSA en 2024 par âge	249
Figure 108 : Part de la population sans couverture complémentaire, selon le niveau de vie, en 2023	255
Figure 109 : Type de complémentaire santé selon le niveau de vie, en 2023	256
Figure 110 : Evolution de l'indice des primes mesurées dans le cadre de l'indicateur Assurance complémentaire santé intégré dans le calcul de l'indice des prix à la consommation pour les contrats individuels	257

Listes des tableaux

Tableau 1 : Effectifs, dépenses totales, et dépenses moyennes affectées annuelles, décomposées par grands postes de dépenses, en 2024	15
Tableau 2 : Liste des pathologies prises en compte pour la définition de la polypathologie et prévalence parmi l'ensemble des adultes consommateurs de soins en 2024	20
Tableau 3 : Nombre de pathologies repérées et prévalence de la polypathologie en 2024, parmi l'ensemble des adultes et selon le sexe	22
Tableau 4 : Caractéristiques socio-démographiques, dépenses de soins et mortalité annuelles, selon la présence de polypathologie parmi les adultes en 2024	24
Tableau 5 : Effectifs et prévalence des domaines parmi les adultes polypathologiques en 2024	25
Tableau 6 : Prévision d'évolution de la population selon le scénario central de l'INSEE	28
Tableau 7 : Dépenses remboursées par pathologie à horizon 2035 selon scénario	33
Tableau 8 Les sept interventions évaluées	41
Tableau 9 : Paramètres de modélisation des interventions	42
Tableau 10 : Spirométries réalisées en cabinet libéral	62
Tableau 11 : Freins liés au dépistage de la spirométrie	63
Tableau 12 : Eléments récapitulatifs des deux modèles de prise en charge du risque chronique	68
Tableau 13 : Taux de recours aux chirurgiens-dentistes par région à fin mars 2026	73
Tableau 14 : Taux d'imprégnation au mercure	78
Tableau 15 : Bilan de participation aux dépistages des cancers 2025	79
Tableau 16 : Nombre de dépistages pour 1000 affiliés RG entre septembre 2024 et décembre 2025 dans les DROM	87
Tableau 17 : représentation synthétique de la mobilisation de l'expérience des soins et des résultats de santé perçus par les patients dans les systèmes de santé	94
Tableau 18 : Calendrier 2025 simplifié des vaccinations 65 ans et plus	108
Tableau 19 : Estimation des prises en charge moyennes pour l'Assurance maladie	119
Tableau 20 : Part de résidents ayant recours aux services hospitaliers, selon le type de recours en 2018 et 2023	123
Tableau 21 : Caractéristiques des séjours et des résidents en fonction du type de recours	124
Tableau 22 : Part des patients hospitalisés pour une HPE en 2023/2024, selon qu'ils soient résidents en EHPAD ou non	125
Tableau 23 : Part de résidents ayant recours aux urgences non suivies d'hospitalisation, en 2018 et 2023	127
Tableau 24 : Caractéristiques de l'ensemble des EHPAD, en fonction de la part de résidents avec passages par les urgences non suivis d'hospitalisation (classement en percentile)	128
Tableau 25 : Activité*, Nombre de séjours, personnels et blocs opératoires des hôpitaux publics étudiés, par taille, en 2017 et 2023, et leur évolution.	131
Tableau 26 : Case-mix, diversité des hospitalisations et missions connexes aux séjours des hôpitaux publics étudiés, par taille, en 2017 et 2023, et leur évolution.	133
Tableau 27 : Décomposition de l'écart moyen d'activité par lit observée entre 2017 et 2023 (cf. Encadré 22 : Modélisation économétrique de l'activité hospitalière de MCO pour des détails sur le modèle utilisé)	135
Tableau 28 : Différences moyennes entre hôpitaux selon l'évolution de leur activité par lit entre 2017 et 2023	136
Tableau 29. Densités de professionnels de santé libéraux et hospitaliers pour 100 000 habitants en 2025	140
Tableau 30. Structures d'exercice coordonnées conventionnées avec l'Assurance Maladie au 31/12/25	143
Tableau 31. Densités de médecins spécialistes, libéraux et hospitaliers, par spécialité pour 100 000 habitants en 2025	145
Tableau 32 : Prévalences brutes et standardisées des principales pathologies	153
Tableau 33: Décomposition de l'évolution des dépenses remboursées nettes de remises entre 2019 et 2024	167
Tableau 34 : Synthèse des économies générées par ces propositions	182
Tableau 35 Taux de polymédication et de médicaments potentiellement inappropriés (MPI) chez les patients âgés de 75 ans et plus en 2024	186
Tableau 36 Consommations de benzodiazépines en EHPAD sans PUI entre 2013 et 2024	191
Tableau 37 : Nombre d'unités légales privées analysées par secteurs	201
Tableau 38 : Moyennes (écart-types) de chiffre d'affaires et évolutions entre 2018 et 2023, par secteurs	202
Tableau 39 : Montants totaux des produits et charges d'exploitation entre 2018 et 2023	208
Tableau 40 - Principaux indicateurs 2015 -2022 -2025	215
Tableau 41 : Belgique - Tickets modérateurs et taux de remboursement selon le type de prestation	231

Tableau 42 : Belgique - Pathologies ouvrant droit à un taux de remboursement majoré	231
Tableau 43 : Pays-Bas - Pathologies prises en charge à partir de la 21ème séance	233
Tableau 44 : Evolution des principales composantes des indemnités journalières AT/MP	237
Tableau 45 : Montants (en M€) des IJ AT/MP par risque de 2019 à 2024 et évolution annuelle	239
Tableau 46 : Décomposition de la croissance des indemnités journalières AT/MP	242
Tableau 47 : Nombre de certificat médical final	245
Tableau 48 : Montants des préjudices subis et évités dans les caisses d'outre-mer depuis 2020	250
Tableau 49 : Proposition d'économies pour l'année 2027	252
Tableau 50 : Motif principal de non-couverture par une complémentaire santé selon la situation vis-à-vis de la pauvreté monétaire, en 2023	255
Tableau 51 : Evolution des primes moyennes annuelles des contrats individuels par âge entre 2019 et 2023	256

Listes des encadrés

Encadré 1 : Eléments clés de la méthode, dernières évolutions de la cartographie et précautions d'interprétation	12
Encadré 2 : Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses	14
Encadré 3 : Eléments de méthode pour les analyses sur la polypathologie	19
Encadré 4 : Une grande diversité de méthodologies de calcul de rentabilité des actions de prévention de la santé	39
Encadré 5 : Le contenu des actions de prévention des troubles visuels et du langage déployées par l'Assurance Maladie à l'école	47
Encadré 6 : Une approche graduée de la prise en charge en santé mentale	48
Encadré 7 : L'expérimentation Détection et intervention précoce des troubles psychotiques émergents (DIPPE)	53
Encadré 8 La définition de l'alimentation ultra-transformée en Colombie	56
Encadré 9 : La régulation de l'étiquetage alimentaire et de sa publicité	58
Encadré 10 : Un enjeu à venir : articuler les dépistages du cancer du poumon et de la BPCO	61
Encadré 11 : Un exemple de modèle territorial structuré autour de l'IPA	64
Encadré 12 : Eléments de volumétrie risque chronique et pathologies cardio-vasculaires et maladies associées	69
Encadré 13 : Centre d'Examens de Santé (CES) de Guadeloupe, une offre de prévention renforcée et structurée	74
Encadré 14 : Le renforcement des compétences psychosociales comme stratégie de prévention transversale	76
Encadré 15 : Exemple d'action locales soutenues par l'Assurance Maladie dans les DROM	81
Encadré 16 : Freins et leviers identifiés dans la littérature	95
Encadré 17 : Les enseignements des exemples Danois et Gallois	95
Encadré 18 : Eval-santé, plateforme nationale de recueil de l'expérience patient	105
Encadré 19 : prise en charge non médicamenteuse et accompagnement des patients atteints de MAMA	117
Encadré 20 : Le dispositif HT-SH en Ile-de-France	121
Encadré 21 : L'activité hospitalière, de quoi parle-t-on et comment la mesure-t-on ?	129
Encadré 22 : Modélisation économétrique de l'activité hospitalière de MCO	138
Encadré 23 : Mayotte	147
Encadré 24 : Guyane	148
Encadré 25 : Limites méthodologiques dans l'estimation des prévalences et des recours aux soins dans les DROM à partir des données de la cartographie des pathologies et des dépenses	152
Encadré 26 : Source et champs des données analysées dans ce chapitre	165
Encadré 27 : Méthodologie de la décomposition effet prix/patient/intensité/structure	169
Encadré 28 : Définitions des segments thérapeutiques	172
Encadré 29 : Données de cadrage de la Cartographie des pathologies et des dépenses	175
Encadré 30 : Contribution du centre régional de lutte contre le cancer Gustave Roussy	182
Encadré 31 : Les outils intégrés au logiciel du médecin favorisent la déprescription	188
Encadré 32 : Etude BVA : l'ordonnance de déprescription, un levier d'accompagnement des médecins	190
Encadré 33 : Une expérimentation de l'Assurance maladie inspirée de Sleepwell	194
Encadré 34 : Des débats autour du sevrage hyperbolique des psychotropes	195
Encadré 35 : Démarche d'identification de la rentabilité des offreurs de soins privés	200
Encadré 36 : Le nombre de séance par patient : des situations très hétérogènes	219
Encadré 37 : Garantir la pertinence de la prise en charge en biologie via la forfaitisation de certains actes	234
Encadré 38 : Accidents de trajet mettant en cause une bicyclette ou une patinette	239
Encadré 39 : Une expérimentation sur des parcours TMS et RPS pour faciliter la reprise plus rapide du travail	244

Contributions des organisations composant le Conseil de la Cnam



Contribution de France Assos Santé

Rapport Charges et Produits 2027

Le Rapport Charges et Produits 2027 de la CNAM, élaboré avec la contribution du Conseil, apporte cette année encore des analyses riches et documentées sur les défis auxquels notre système de santé est confronté. Dans un contexte marqué par une dégradation durable des comptes sociaux, il met utilement en évidence la nécessité d'engager des transformations structurelles plutôt que de rechercher des économies ponctuelles.

France Assos Santé partage les orientations proposées, fondées sur des leviers structurels tels que la prévention, l'amélioration des parcours de soins, la pertinence des prises en charge, l'engagement des patients et la prise en compte des spécificités des DROM.

La soutenabilité ne peut être appréhendée sous le seul angle de la maîtrise des dépenses. Elle doit aussi garantir un haut niveau de protection, réduire les inégalités d'accès aux soins et améliorer la qualité de vie des personnes malades. Si le rapport dresse des constats riches, ses propositions apparaissent néanmoins parfois en retrait. Nous regrettons également l'absence de mesures sur les restes à charge, et notamment sur les dépassements d'honoraires, malgré les travaux récents du HCAAM soulignant l'urgence d'agir.

Prévention

France Assos Santé partage pleinement l'ambition du rapport de renforcer la prévention, qui constitue le principal levier d'amélioration durable de l'état de santé de la population comme de soutenabilité du système. Nous saluons notamment les propositions visant à rendre le Nutri-Score obligatoire et à développer une information claire sur le caractère ultra-transformé des aliments. Les données scientifiques disponibles démontrent l'efficacité du Nutri-Score pour orienter les choix alimentaires vers des produits de meilleure qualité nutritionnelle. Dans un contexte où ce dispositif fait l'objet de nombreuses remises en cause, son soutien apparaît indispensable.

Nous regrettons en revanche l'absence d'ambition sur la consommation d'alcool, qui demeure le deuxième facteur de mortalité évitable en France après le tabac. Responsable d'environ 41 000 décès chaque année, l'alcool représente également un coût social estimé à près de 120 milliards d'euros par an. Les interventions les plus efficaces sont pourtant aujourd'hui bien documentées. L'instauration d'un prix minimum par unité d'alcool en Écosse a ainsi permis une diminution significative des décès et des hospitalisations attribuables à l'alcool, avec un bénéfice

particulièrement marqué pour les populations les plus défavorisées. Dans ce contexte, l'absence de propositions de la CNAM sur ce sujet apparaît difficilement compréhensible.

Plus largement, une politique de prévention ambitieuse ne peut reposer principalement sur l'information et la responsabilisation individuelle. Les comportements de santé sont largement déterminés par les environnements dans lesquels vivent les personnes : offre alimentaire, stratégies marketing, publicité, environnement numérique, conditions de travail, logement ou encore niveau de revenus. Une politique efficace doit donc agir simultanément sur ces déterminants commerciaux, environnementaux et sociaux de la santé.

Enfin, les politiques de prévention gagneraient à être davantage évaluées du point de vue des usagers. Au-delà des indicateurs d'activité, leur impact devrait être apprécié à travers l'évolution des comportements, la réduction des inégalités sociales de santé, l'amélioration de la qualité de vie et le recours effectif aux dispositifs proposés.

Engagement des patients

France Assos Santé salue la création d'un chapitre spécifiquement consacré à l'engagement des patients. Cette évolution traduit une prise de conscience bienvenue : la qualité et l'efficacité du système de santé reposent également sur la capacité des personnes à être pleinement actrices de leur parcours de soins.

Les propositions relatives au développement des PREMs et des PROMs constituent une avancée positive. Elles permettront de mieux intégrer l'expérience vécue et les résultats rapportés par les patients dans l'évaluation des prises en charge. Toutefois, ces outils ne sauraient constituer une finalité en eux-mêmes. Leur collecte n'a de sens que si elle conduit effectivement à faire évoluer les pratiques professionnelles, les organisations de soins, les modalités de financement et l'évaluation de la qualité.

Nous nous interrogeons par ailleurs sur le recours au Dossier Médical Partagé comme principal support de recueil des PROMs. L'expérience des bilans de prévention montre que les usagers s'approprient volontiers les auto-questionnaires proposés, mais que ceux-ci débouchent encore trop rarement sur un échange avec un professionnel. Sans implication des équipes soignantes et sans intégration dans les parcours de soins, cette modalité risque de susciter des attentes déçues.

L'engagement des patients suppose également que les personnes puissent disposer d'une information accessible, fiable et adaptée pour participer aux décisions qui les concernent. La décision médicale partagée doit devenir un objectif explicite des organisations de soins. Cela implique de donner du temps aux échanges entre professionnels et patients, de développer les outils d'aide à la décision et de reconnaître pleinement l'expertise acquise par les personnes vivant avec une maladie chronique. L'engagement des patients ne se décrète pas ; il repose sur une relation de confiance et sur la capacité des organisations à intégrer la parole des usagers dans leur fonctionnement quotidien.

Plus largement, l'engagement des patients suppose de renforcer la démocratie en santé à tous les niveaux. Les représentants des usagers, les associations agréées et les patients partenaires répondent à des missions complémentaires qui doivent être reconnues et soutenues. Les premiers portent une parole collective et défendent les droits des usagers. Leur participation aux instances, aux démarches qualité et à l'évaluation des politiques publiques ne doit pas être considérée comme une simple obligation réglementaire mais comme un levier d'amélioration de

la pertinence des organisations et de leur acceptabilité. Les transformations du système de santé seront d'autant plus efficaces qu'elles seront construites avec les usagers. Les seconds mobilisent leur savoir expérientiel pour améliorer les pratiques, les parcours et les organisations. L'association de ces différents acteurs, depuis la conception des politiques publiques jusqu'à leur évaluation, constitue un levier d'efficacité des réformes autant qu'une exigence démocratique.

Parcours, personnes âgées et hôpital

France Assos Santé partage les propositions visant à renforcer la coordination des parcours, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Le soutien des équipes de soins spécialisés est indispensable, l'enjeu étant l'accès effectif aux ressources compétentes. Le renforcement de la téléexpertise est à ce titre une attente forte suite aux Assises de la télémédecine. Cependant les pistes du précédent rapport charges et produits concernant l'équipement en médecine générale d'électrocardiogrammes connectés augmentés par IA a pris du retard, l'expérimentation attendant d'être pleinement lancée, nous attendons des actions plus concrètes en lien avec l'urgence de l'amélioration de l'accès aux soins et des besoins de dépistage précoce, d'un point de vue sanitaire et médico-économique. Le projet d'équiper les professionnels de Systèmes d'Aide à la décision médicale prévu devra surmonter les mêmes obstacles pour se concrétiser.

Concernant les personnes âgées, les mesures relatives à la vaccination, au repérage précoce des troubles cognitifs, au dispositif Mon soutien psy, à l'hébergement temporaire en sortie de soins médicaux et de réadaptation ou encore à la prévention des hospitalisations évitables répondent à des besoins largement identifiés.

Ces propositions gagneraient toutefois à s'inscrire dans une approche plus globale des parcours de santé et de vie. Les ruptures de parcours demeurent nombreuses, notamment lors des transitions entre l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social. Nous proposons que toute sortie d'hospitalisation ou de SMR fasse l'objet d'un plan personnalisé associant les professionnels concernés, les aidants et la personne elle-même. Ce plan devrait intégrer les besoins médicaux, médico-sociaux et sociaux, l'adaptation éventuelle du logement, les restes à charge prévisibles ainsi que les solutions de coordination.

France Assos Santé propose également de systématiser la vérification du statut vaccinal lors des bilans de prévention, des consultations de suivi, des entrées et sorties d'hospitalisation ainsi que lors de l'entrée en EHPAD.

S'agissant de l'hôpital, les analyses du rapport sont utiles mais gagneraient à dépasser les seuls indicateurs d'activité. Une évolution des volumes de soins ne permet pas, à elle seule, d'apprécier la qualité de la réponse apportée aux besoins de santé. Toute réorganisation hospitalière devrait être évaluée au regard de ses effets concrets pour les patients : délais d'accès, continuité des parcours, réhospitalisations, maintien de l'autonomie, qualité de vie, PREMs, PROMs, transports induits, restes à charge et impact sur les aidants. Cette approche permettrait d'apprécier les véritables conséquences des réformes au-delà des seuls effets budgétaires.

S'agissant de l'activité hospitalière, les analyses de la CNAM sont innovantes et utiles, mais ne peuvent suffire. Une hausse ou une baisse d'activité ne constitue pas en elle-même un indicateur de bonne réponse aux besoins de santé. Les restructurations, la gradation des soins ou les transformations de l'offre hospitalière doivent être appréciées au regard de leurs conséquences réelles pour les patients.

France Assos Santé propose ainsi que toute évolution importante de l'offre hospitalière fasse systématiquement l'objet d'une évaluation d'impact du point de vue des usagers. Celle-ci devrait intégrer non seulement les effets économiques recherchés, mais également les délais d'accès aux soins, les reports ou renoncements, les distances supplémentaires à parcourir, les coûts de transport, les effets sur les aidants, la continuité des prises en charge, les réhospitalisations évitables, le maintien de l'autonomie, les PREMs et les PROMs.

Cette évaluation devrait également prendre en compte les coûts susceptibles d'être transférés vers d'autres acteurs du système : médecine de ville, secteur médico-social, transports sanitaires, aidants familiaux ou patients eux-mêmes. Une économie réalisée à l'hôpital peut en effet se traduire par des dépenses supplémentaires ou une perte de qualité de vie supportées ailleurs. La pertinence d'une réforme ne peut donc être appréciée uniquement à partir des dépenses hospitalières.

Enfin, France Assos Santé considère que les indicateurs de qualité devraient occuper une place plus importante dans le pilotage de l'hôpital. Au-delà des volumes d'activité, les établissements devraient être davantage évalués sur les résultats obtenus pour les patients : récupération fonctionnelle, qualité de vie, expérience des soins, sécurité, coordination des parcours et réduction des inégalités d'accès. Cette évolution contribuerait à faire converger les objectifs de qualité, de pertinence et de soutenabilité.

DROM

France Assos Santé salue la place consacrée aux DROM dans le rapport. Les propositions relatives à l'alignement des taux de sucre, au diabète, à Mon soutien psy, à la santé sexuelle, aux dépistages et à la prévention chez les enfants répondent à des enjeux majeurs.

Nous rappelons toutefois que les inégalités de santé dans les DROM ne pourront être réduites sans une véritable démocratie sanitaire locale. Les politiques publiques doivent s'appuyer sur l'écoute des usagers, leur participation effective aux décisions et la prise en compte des réalités territoriales. France Assos Santé propose de renforcer les moyens des associations locales et des médiateurs en santé, d'adapter les campagnes de prévention aux langues et aux représentations locales, de développer des actions dans les lieux de vie et de garantir que les solutions numériques ne remplacent pas l'accompagnement humain.

Nous demandons également que les transports sanitaires et les EVASAN soient reconnus comme une composante à part entière du parcours de soins dans les DROM : amélioration des délais de prise en charge par les CGSS, création d'un annuaire des transporteurs, évaluation de la qualité du service rendu, meilleure prise en charge des accompagnants et des frais liés aux séjours en hexagone.

Pertinence des soins, innovation et financiarisation

France Assos Santé partage l'objectif de garantir le « juste soin au juste prix ». Les analyses du rapport, notamment sur l'oncologie et la financiarisation de l'offre de soins, sont riches et documentées. Nous regrettons toutefois que les propositions formulées ne soient pas à la hauteur des constats.

En oncologie, la désescalade thérapeutique constitue une piste intéressante mais insuffisante au regard de la progression attendue des dépenses, près de la moitié des dépenses totales à

l'horizon 2030. France Assos Santé s'interroge également sur le devenir de la proposition du Rapport Charges et Produits 2026 visant à financer les essais de désescalade thérapeutique, absente du rapport cette année.

France Assos Santé propose de compléter ces orientations par l'intégration systématique de données de qualité de vie, de survie globale et de survie sans progression dans les essais cliniques confirmatoires ; des modalités de financement garantissant la pertinence des prescriptions, notamment pour les médicaments de la liste en sus ; le développement des systèmes d'aide à la décision médicale et un renforcement du recours aux recommandations de la HAS.

Nous soutenons les propositions visant à développer la prescription initiale des génériques et des biosimilaires ainsi que la déprescription, la prescription initiale des génériques / biosimilaires est largement préférable à des substitutions notamment en pharmacies d'officine (changement de traitement, pénalisation des personnes malades au travers de la non application du tiers payant ou du remboursement sur la base du médicament générique le plus cher)

Au regard de l'importance de l'iatrogénie médicamenteuse, France Assos Santé propose d'aller plus loin en engageant un programme national de déprescription ciblant en priorité les personnes âgées hyper-polymédiquées.

Les analyses consacrées à la financiarisation sont particulièrement utiles, mais les propositions demeurent limitées. France Assos Santé propose de renforcer l'information des usagers sur les bénéfices et les risques des actes de biologie et de radiologie et de développer les outils d'aide à la prescription afin de favoriser le respect des recommandations de bonnes pratiques.

Enfin, France Assos Santé appelle à une vigilance particulière sur la généralisation du tiers payant contre carte Vitale. Les premiers retours des associations mettent en évidence des refus de délivrance de médicaments à des personnes disposant pourtant de droits ouverts. Une évaluation de ces situations doit être réalisée avant toute généralisation du dispositif

Indemnités journalières

Si aucune nouvelle proposition n'est faite spécifiquement sur les IJ, les développements consacrés aux indemnités journalières restent principalement centrés sur la maîtrise des dépenses. France Assos Santé rappelle que les IJ constituent avant tout un dispositif de protection contre la perte de revenus liée à la maladie. Toute réforme devrait être évaluée au regard de sa capacité à prévenir la précarité et la désinsertion professionnelle. Le rapport gagnerait également à analyser le rôle du défaut d'aménagements raisonnables pour les personnes vivant avec une maladie chronique ou en situation de handicap, qui constitue un facteur évitable d'arrêts de travail et de maintien difficile dans l'emploi.

Les personnes vivant avec une maladie chronique sont particulièrement concernées. Les difficultés de maintien dans l'emploi résultent souvent d'une combinaison de facteurs : accès insuffisant aux soins, absence d'aménagements du poste de travail, manque de coordination entre médecine de ville, médecine du travail et employeurs et règles d'indemnisation parfois désincitative au retour à l'emploi.

Articulation AMO/AMC

S'agissant de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires, France Assos Santé ne partage pas une approche qui ferait de la répartition des prises en charge

entre financeurs un objectif de soutenabilité en soi. Toute évolution doit être appréciée au regard de ses conséquences pour les assurés : restes à charge, cotisations, accès aux soins et lisibilité du système.

La proposition d'un contrat responsable socle obligatoire dans l'offre des organismes complémentaires constitue néanmoins une piste intéressante et permet de garantir une offre de référence lisible et plus accessible, tout en laissant aux organismes complémentaires la possibilité de proposer d'autres niveaux de garanties. Cette mesure nous paraît néanmoins difficile à être mise en œuvre sans l'adhésion des organismes complémentaires qui travaillent par ailleurs sur le panier de soins du contrat responsable. Plus largement, France Assos Santé rappelle que la question du financement ne peut être dissociée de celle de la régulation des prix et des tarifs. Une meilleure articulation entre financeurs ne produira des effets durables que si elle s'accompagne d'actions sur les dépassements d'honoraires, les tarifs libres et les principaux facteurs de renchérissement des dépenses restant à la charge des ménages. Par ailleurs cette proposition ne pourra à elle seule régler les inégalités d'accès à la complémentaire santé, et France Assos Santé réitère sa proposition historiquement de création d'un contrat complémentaire public facultatif, inspiré de la Complémentaire santé solidaire, avec un relèvement significatif des plafonds d'accès et une participation progressive assise sur les revenus.



Contribution de la CFDT au rapport Charges et Produits 2027

Pour la CFDT, **garantir à chacun un accès à des soins de qualité et préserver notre modèle solidaire de protection sociale suppose de construire une stratégie nationale de santé publique ambitieuse et durable.** Fondée sur la prévention, le renforcement de l'offre de soins et l'amélioration des parcours de santé, cette stratégie doit répondre aux besoins évolutifs des populations et aux réalités des territoires afin d'assurer durablement la soutenabilité de notre système de santé.

Prévention, santé mentale et inégalités sociales de santé

La CFDT soutient pleinement l'ambition du rapport de **faire de la prévention la « bataille de la décennie »**. Le développement des actions de prévention constitue une condition essentielle pour améliorer durablement l'état de santé de la population tout en limitant la progression des pathologies évitables. Cette ambition doit se traduire par des actions portant aussi bien sur l'alimentation, la lutte contre les addictions, le repérage précoce des troubles chez l'enfant que sur le dépistage des maladies chroniques.

La CFDT partage l'objectif d'une prévention déployée à tous les âges de la vie et salue les propositions destinées à **renforcer le repérage précoce des troubles visuels, du langage et des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents**. Elle soutient également le développement des compétences psychosociales, le renforcement des actions de prévention en milieu scolaire et l'intervention précoce en santé mentale. Elle souligne également l'importance des **démarches d'« aller-vers »** afin d'atteindre les jeunes les plus éloignés des dispositifs de prévention et de soins, notamment ceux en situation de précarité, d'insertion ou de décrochage scolaire.

Comme évoqué dans la contribution de l'an dernier, la CFDT soutient fermement le Nutri-Score et est favorable à une fiscalité comportementale, à condition qu'elle s'inscrive dans une stratégie globale de prévention.

La CFDT alerte toutefois sur le risque d'une approche de la prévention centrée principalement sur les comportements individuels. **Elle défend une prise en compte pleine et entière des déterminants sociaux de santé.** Les conditions de vie, le niveau de ressources, l'environnement, le logement, l'accès à l'éducation, les conditions d'études, l'insertion professionnelle ou encore l'emploi influencent fortement l'état de santé et expliquent une part importante des inégalités observées. **Les jeunes les plus exposés aux difficultés sociales sont également ceux qui cumulent le plus souvent les obstacles d'accès à la prévention et aux soins.**

La santé mentale des jeunes est elle-même étroitement liée à ces déterminants, qu'il s'agisse de la précarité étudiante, des difficultés de logement, de l'isolement social, des difficultés d'insertion professionnelle ou encore du cyberharcèlement. **La CFDT considère que les réponses doivent mobiliser l'ensemble des acteurs concernés** – Éducation nationale, enseignement supérieur, missions locales, structures d'insertion, associations, Assurance

maladie et collectivités territoriales – afin de construire une prévention cohérente, coordonnée et accessible à tous.

Enfin, **le repérage précoce ne peut produire d'effets sans une offre de soins suffisante. La CFDT demande un renforcement de l'accès aux psychologues, pédopsychiatres, centres médico-psychologiques, BAPU et services de santé étudiante.** Elle demande également qu'une évaluation approfondie du dispositif Mon Soutien Psy soit réalisée afin de mesurer son impact réel sur les délais d'accès aux soins, les inégalités de recours et la qualité des prises en charge. Plus largement, la CFDT souhaite **un renforcement de l'évaluation des dispositifs existants de prévention et d'accompagnement des jeunes** afin d'identifier les écarts territoriaux et sociaux de recours, les ruptures de parcours et les publics qui demeurent hors des radars des politiques de santé.

La CFDT considère également que **les enjeux de santé environnementale doivent occuper une place croissante dans les politiques de prévention.** L'exposition à la pollution de l'air, aux perturbateurs endocriniens, aux nuisances environnementales ainsi que les conséquences sanitaires du changement climatique constituent désormais des déterminants majeurs de santé publique. Le renforcement des actions de prévention doit intégrer pleinement ces enjeux afin de **réduire les expositions, protéger les populations les plus vulnérables et limiter les inégalités environnementales de santé.**

DROM

La CFDT partage globalement les orientations proposées concernant la prévention, la lutte contre le diabète, la santé sexuelle, la télémédecine, la santé mentale, l'amélioration de la qualité nutritionnelle de l'alimentation ainsi que le renforcement du dépistage des maladies infectieuses et vectorielles.

Toutefois, elle considère que **le principal défi demeure celui de l'accès effectif aux professionnels de santé.** Dans plusieurs territoires, et tout particulièrement à Mayotte et en Guyane, les difficultés d'accès aux médecins, aux professionnels paramédicaux et aux spécialistes de santé mentale constituent un obstacle majeur à la réussite des politiques publiques. Les densités médicales y demeurent très inférieures à celles observées dans l'Hexagone. Sans professionnels en nombre suffisant, les dispositifs d'« aller-vers », les parcours coordonnés ou encore les dispositifs de prévention et de prise en charge en santé mentale risquent de demeurer insuffisamment accessibles.

La CFDT appelle à **la définition d'une véritable trajectoire de rattrapage sanitaire pour les DROM**, fondée sur l'attractivité des territoires, le renforcement des infrastructures de santé et la prise en compte des réalités locales. Cette stratégie doit également intégrer les conditions d'exercice des professionnels, les questions de logement, l'accompagnement des familles, le renforcement des équipements et des infrastructures numériques ainsi que la prise en compte des réalités linguistiques, culturelles et sociales propres à chaque territoire. La CFDT considère que le rapport identifie utilement plusieurs difficultés rencontrées dans les DROM mais que les mesures proposées restent en retrait par rapport à l'ampleur des écarts constatés en matière d'accès aux soins, de démographie médicale et d'infrastructures de santé.

Elle estime également que la réponse aux difficultés d'accès aux soins ne peut reposer sur le seul recours au numérique. La télémédecine constitue un outil complémentaire utile pour améliorer l'accès aux soins et faciliter la coordination des parcours. **Elle ne peut toutefois se substituer durablement à la présence humaine sur les territoires**, notamment dans des contextes où la fracture numérique demeure importante.

Enfin, la CFDT regrette également que la périnatalité ne soit pas davantage mise en avant dans les propositions du rapport. Les indicateurs de mortalité infantile et de mortalité maternelle justifient pourtant un effort particulier. **Le renforcement des effectifs de sage-femmes, de personnels de PMI, de pédiatres et de gynécologues-obstétriciens doit constituer une priorité**, notamment à Mayotte, dans le cadre d'une véritable politique de rattrapage en santé périnatale.

Engagement des patients et démocratie en santé

La CFDT partage l'ambition de **mieux intégrer l'expérience et la parole des patients dans l'organisation du système de santé**. Le recueil de l'expérience et des résultats rapportés par les patients constitue un levier d'amélioration de la qualité des soins et des parcours, à condition que ces démarches demeurent simples, accessibles et ne deviennent pas des outils de classement ou de mise en concurrence des acteurs.

Pertinence des soins, accès aux soins et kinésithérapie

La CFDT soutient l'amélioration de la pertinence des soins mais considère **que les recommandations de bonnes pratiques ne doivent pas conduire à des mécanismes automatiques de limitation de la prise en charge des assurés**. Les référentiels de la HAS doivent demeurer des outils d'aide à la décision.

Concernant la masso-kinésithérapie, elle considère que certaines évolutions proposées – meilleure valorisation des situations complexes et des soins à domicile, renforcement du bilan diagnostic kinésithérapique et recours aux référentiels de la HAS – **peuvent améliorer la pertinence des prises en charge**.

En revanche, la CFDT sera attentive et particulièrement vigilante quant aux propositions du rapport évoquant **des dispositifs de plafonnement ou de dégressivité des remboursements**. **En effet, de telles propositions risquent** de pénaliser les personnes atteintes de maladies chroniques, de polypathologies, en perte d'autonomie ou nécessitant des récupérations plus longues, en accroissant les démarches administratives, les restes à charge et le risque de renoncement aux soins. La CFDT ne pourrait soutenir une évolution qui conduirait à dégrader l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables.

En outre, la limitation de certains remboursements pourrait entraîner **un transfert de charges vers les complémentaires santé**, avec pour conséquence une augmentation des restes à charge pour les assurés les moins bien couverts ou ne disposant pas de complémentaire. Or, le nombre de personnes vivant avec des maladies chroniques, des situations de dépendance ou des parcours de soins complexes est appelé à croître dans les prochaines années.

La CFDT soutient également les mesures visant à **fluidifier les parcours de soins, notamment le développement de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes**. Néanmoins, cet accès direct doit rester un levier d'amélioration de l'accès aux soins et ne pas conduire à des parcours moins coordonnés ou à une perte de chance pour les patients, particulièrement dans les territoires déjà confrontés à des tensions d'accès à la médecine de ville.

Financiarisation du secteur de la santé

La CFDT souligne que les enjeux liés à la financiarisation du secteur de la santé demeurent majeurs et que leur prise en compte dans ce rapport apparaît insuffisante au regard du traitement qui leur avait été consacré l'an dernier. **La concentration de l'offre de soins et l'intervention croissante d'acteurs financiers justifient une vigilance renforcée**. Les financements issus de la solidarité nationale doivent rester orientés vers la qualité des soins, les besoins de santé de la population et les conditions d'exercice des professionnels.

La CFDT considère que **la financiarisation ne se limite pas à la présence d'investisseurs dans le secteur de la santé**. Elle interroge également les montages financiers et immobiliers, la captation des financements publics, le développement des plateformes numériques de santé et les phénomènes de concentration de l'offre.

Elle appelle à **poursuivre les travaux sur la transparence économique des acteurs**, la déclaration des rattachements financiers, le suivi de la rentabilité des groupes de santé ainsi que l'évaluation des effets de la financiarisation sur les prises en charge et l'accès aux soins.

Le nombre de plateformes privées de prise de rendez-vous auprès des professionnels de santé ne cesse d'augmenter. Certaines proposent également des services de gestion de données de santé via des espaces numériques dédiés.

Ces plateformes disposent parfois d'un onglet « santé » se positionnant sur le même champ que « Mon espace santé », service piloté par la CNAM. Ces espaces permettent le stockage de données de santé personnelles. Afin de **garantir la protection des assurés sociaux et la sécurité de leurs données**, la CFDT demande que seule la branche Maladie soit chargée de la gestion de ces données sensibles.

Par ailleurs, la prise de rendez-vous et la priorisation des accès auprès des professionnels de santé relèvent d'une **mission de service public**. La CFDT souhaite que ces services soient pilotés par la **branche Maladie**, le cas échéant **en concertation** avec les représentants des fédérations hospitalières, des professionnels de santé libéraux et des usagers.

La CFDT demande que l'Assurance maladie engage **une analyse approfondie des pratiques de gestion des groupes d'officines à capitaux financiers**, en examinant leur conformité aux obligations de service pharmaceutique et leur impact sur la continuité des soins pour les patients. Plus largement, la CFDT soutient les propositions visant à renforcer l'encadrement législatif des prises de participation dans le capital des officines et à préserver l'indépendance effective des pharmacies face aux exigences des investisseurs financiers.

Médicaments et pertinence de la prescription

La CFDT soutient les démarches visant à **améliorer la pertinence des prescriptions et le bon usage des médicaments**. Elle est favorable au développement des génériques et biosimilaires, à la réévaluation régulière des traitements et à la « déprescription » lorsque celle-ci est médicalement justifiée. Ces évolutions doivent s'appuyer sur une coordination renforcée entre professionnels de santé, une information claire et non stigmatisante des patients, sans logique de culpabilisation ou de responsabilisation individuelle. Elles doivent également garantir l'accès aux innovations thérapeutiques apportant un bénéfice réel.

Prestations en espèces et prévention de la désinsertion professionnelle

La CFDT partage le constat de la CNAM sur la progression des dépenses d'indemnités journalières et la nécessité d'agir pour prévenir les arrêts longs ainsi que les situations de désinsertion professionnelle. Toutefois, **cette évolution ne peut être analysée sous le seul angle budgétaire**. La hausse des arrêts de travail résulte de facteurs multiples : vieillissement de la population active, progression des maladies chroniques, faible prise en charge de la santé au travail, conditions de travail dégradées induisant troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux, dégradation de la santé mentale ou encore difficultés d'accès aux soins.

Elle souligne également que la progression des arrêts de travail s'inscrit dans un contexte où **les enjeux de santé au travail demeurent insuffisamment pris en compte dans certaines entreprises**. L'intensification du travail, les transformations organisationnelles insuffisamment accompagnées, les difficultés liées au sens du travail, ainsi que la persistance des troubles musculosquelettiques, des maladies professionnelles, des risques psychosociaux et des situations d'épuisement professionnel contribuent à la dégradation de la santé des travailleurs.

La CFDT soutient les orientations visant à renforcer la coordination entre les médecins traitants, les médecins du travail et les médecins-conseils, ainsi qu'à **développer les dispositifs d'accompagnement des entreprises favorisant le maintien dans l'emploi et le retour au travail lorsque celui-ci est possible**. Cette coordination doit toutefois s'inscrire dans le respect des champs de compétences de chacun et garantir la confidentialité des données personnelles. Par ailleurs, la CFDT souligne la nécessité d'accompagner les entreprises afin de favoriser le maintien en emploi des salariés et de prévenir les situations de désinsertion professionnelle.

Elle rappelle également que **les indemnités journalières représentent avant tout un revenu de remplacement essentiel permettant aux salariés de se soigner sans basculer dans la précarité**. Les réponses apportées doivent donc **privilégier la prévention, l'amélioration des conditions de travail, la santé au travail et la lutte contre la désinsertion professionnelle** plutôt qu'une approche centrée principalement sur la réduction des dépenses.

Grand âge et vieillissement

La CFDT soutient les propositions visant à renforcer la prévention, le repérage précoce et la fluidité des parcours des personnes âgées, notamment en matière de vaccination, de diagnostic

des maladies neurodégénératives, de retour à domicile après hospitalisation et de déprescription lorsqu'elle améliore la qualité de vie. Ces évolutions doivent **respecter les choix des personnes concernées et viser le maintien de l'autonomie.**

Trajectoire financière et solidarité

La CFDT est opposée à toute évolution qui conduirait à accroître les restes à charge ou à renforcer les inégalités d'accès aux soins et à la couverture santé. Elle demeurera attentive aux évolutions concernant l'articulation entre Assurance maladie obligatoire et complémentaires santé.

L'amélioration de l'accès à une complémentaire santé pour les personnes qui en sont aujourd'hui exclues pour des raisons financières **ne peut se traduire par le développement d'une protection sociale à plusieurs vitesses.** C'est pourquoi le renforcement du recours à la Complémentaire Santé Solidaire revêt une importance particulière.

Toute évolution des contrats responsables, doit être évaluée au regard de ses effets sur l'accès aux soins, les restes à charge, les inégalités de santé et la protection effective des assurés. Comme l'an dernier, la CFDT réaffirme que les sujets relatifs au périmètre des contrats responsables relèvent de la compétence des partenaires sociaux et doivent être traités dans le cadre du dialogue social.

La CFDT réaffirme la nécessité d'une gouvernance associant pleinement l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les partenaires sociaux dans le respect des principes de solidarité. Elle réitère également sa demande de **reconnaissance de la protection sociale complémentaire comme Service d'Intérêt Économique Général (SIEG)**, afin de concilier accès aux droits, solidarité, transparence et qualité de la couverture proposée aux assurés.

Enfin, qu'il s'agisse de l'accès aux droits, de la régulation du système ou de la lutte contre la fraude à l'Assurance maladie, la CFDT **privilégie une approche fondée sur la prévention, la transparence, la responsabilisation et la coopération entre acteurs** plutôt que sur une logique essentiellement répressive et stigmatisante.

En conclusion, la CFDT réaffirme que la prévention, l'accès effectif aux soins, la qualité des prises en charge et la solidarité doivent demeurer les piliers des évolutions futures de notre système de santé. Face aux défis démographiques, épidémiologiques, territoriaux et environnementaux **sa soutenabilité exige des réformes structurelles**, au-delà des seules mesures d'économies à court terme. Pour en assurer la pérennité, elle défend **un financement à la fois plus juste, plus efficace et plus durable.** A ce titre, la question des exonérations de cotisations sociales ne peut rester taboue. La CFDT défend également un renforcement des ressources affectées à la Sécurité sociale, notamment via la CSG. À l'inverse, elle s'oppose à tout transfert du financement vers la TVA, qui fragiliserait les principes de solidarité et d'équité sur lesquels repose notre modèle social.

Annexe à la Contribution FO au rapport Charges et Produits 2027

Sur la forme, Force Ouvrière salue la qualité du travail réalisé à travers ce rapport qui, comme chaque année, apporte un éclairage précieux sur notre système de santé. FO souligne également la contribution essentielle des organisations syndicales et des membres du Conseil à l'élaboration de ce document, destiné à nourrir les travaux des pouvoirs publics dans le cadre du prochain PLFSS.

Si plusieurs propositions, notamment en matière de prévention, vont dans le sens d'un renforcement de notre système de santé, FO regrette l'absence d'une véritable vision pluriannuelle ainsi que d'une réflexion plus aboutie sur le pilotage de ces politiques.

Sur le fond, le rapport présente 40 propositions structurées autour de grandes thématiques :

▪ **Soutenabilité des dépenses de l'assurance maladie à l'horizon 2030**

FO regrette que le document mette davantage l'accent sur les charges que sur les produits, et que les pistes d'économies identifiées, ***estimées à 3,9 milliards d'euros***, reposent sur des mesures structurantes dont la présentation tardive interroge.

FO aurait souhaité voir des pistes de financement et notamment que s'ouvre la discussion sur les 80 milliards d'exonérations de cotisations patronales ainsi que sur les montants de la sous-déclaration des accidents du travail qui incombent à la Branche maladie.

FO estime qu'une réflexion plus approfondie sur les leviers de recettes et l'amélioration des produits aurait été nécessaire, plutôt que de privilégier une logique de transfert de charges.

Dans cette perspective, ***environ 2,5 milliards d'euros de recettes nouvelles seraient à trouver à l'horizon 2030***, principalement au travers de transferts de charges dont la logique interroge fortement.

Ainsi, si la prévention est érigée en grande cause décennale, il faut relever que son financement repose à la fois sur l'Assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

FO conteste ces transferts de charges constants vers les complémentaires. La création d'un contrat responsable socle confié aux organismes complémentaires, pouvant conduire à une segmentation accrue du système de soins en créant une médecine à plusieurs vitesses, dans un contexte de dégradation de l'accès aux soins et d'une augmentation du reste à charge pour les assurés, marqué par une forte augmentation des dépassements d'honoraires et les déremboursements de médicaments.

- **Sur la prévention, considérée comme la bataille de la décennie**

- ⇒ ***Dans l'hexagone***

- ✓ Rendre le Nutri-Score obligatoire et y ajouter une information sur le caractère ultra transformé du produit

Pour FO, rendre le nutri-score obligatoire irait dans le sens d'une meilleure information des consommateurs, afin d'être mieux à même d'être acteurs de la prévention de leur santé. S'agissant là encore des recettes une réflexion doit s'engager sur les aliments transformés.

- ✓ Interdire la vente de cigarettes à toute personne née après 2009 et en parallèle réguler les ventes frontalières en lien étroit avec l'Union Européenne.

Pour FO, cette proposition va dans le sens d'une éradication du tabagisme pour les nouvelles générations « sans tabac ». Ces dernières années, la diminution de la consommation de tabac chez les jeunes a été moins forte que précédemment.

- ✓ Confier la réalisation de la spirométrie aux infirmiers au sein des structures d'exercice coordonné pour en faire un point d'entrée du dépistage précoce de la BPCO

FO soutient le renforcement du dépistage précoce de la BPCO et rappelle que la prévention doit être considérée comme un investissement.

Elle appelle à développer la santé publique en milieu professionnel, à définir une véritable stratégie en faveur de la santé des jeunes, notamment sur l'obésité infantile, et à ***mieux intégrer la prévention en matière de santé des femmes dans le rapport « Charges et Produits »***.

- ⇒ ***Dans les DROM***

Il a été constaté que les DROM présentent des indicateurs de santé plus défavorables que l'Hexagone en raison de fortes inégalités sociales, géographiques et environnementales, ce qui limite l'efficacité des politiques de prévention et appelle une action coordonnée dépassant le seul champ d'intervention de la CNAM.

A ce titre des propositions mises en exergue dans le rapport charges et produits sont partagées par FO. Nous avons indiqué quelques points faibles dans nos contributions ainsi que quelques propositions transversales qui peuvent servir au prochain rapport

- **Sur la déprescription et le médicament**

Plusieurs propositions ont été faites à savoir :

- Favoriser la collaboration entre les professionnels de santé et les patients ;

- Renforcer la formation des professionnels de santé à la démarche de déprescription ;
- Sensibiliser les patients aux enjeux et aux bénéfices de la déprescription

Nous sommes partis d'un constat selon lequel, la France figure parmi les pays européens où la consommation de médicaments est la plus élevée. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs.

FO considère que *la politique de déprescription doit s'appuyer sur les institutions publiques, en particulier l'Assurance Maladie*, qui dispose déjà des outils nécessaires pour identifier les situations de sur prescription. Cette démarche doit dépasser une logique exclusivement comptable pour intégrer les enjeux médicaux, éthiques et environnementaux.

Sa réussite repose sur un cadre institutionnel adapté, un temps médical suffisant, une meilleure coordination entre professionnels, des outils d'aide à la décision performants et un accompagnement personnalisé des patients.

FO appelle à renforcer l'interopérabilité entre le DMP, le Dossier Pharmaceutique et l'ordonnancier électronique, à développer des dispositifs d'alerte en cas de risque d'iatrogénie médicamenteuse et à mettre fin à la fragmentation des logiciels de santé.

S'agissant des établissements de santé, FO est favorable à une meilleure traçabilité des déprescriptions dans la lettre de sortie d'hospitalisation. En revanche, FO s'interroge quant à l'obligation de justifier toute re-prescription par le médecin traitant, estimant qu'une meilleure transmission de l'information est préférable à une contrainte administrative susceptible de porter atteinte à l'indépendance clinique des praticiens.

S'agissant de la consultation déprescription au moment de l'entrée en EHPAD

FO considère que c'est un moment particulièrement opportun, et dans ce cadre la mise en place d'une consultation dédiée à la révision des traitements pourrait contribuer à identifier les prescriptions devenues inadaptées, les situations de polymédication ou les risques d'interactions médicamenteuses. Toutefois, FO estime que cette consultation ne doit pas revêtir un caractère automatique ou purement administratif. Cette revue annuelle doit s'inscrire dans une démarche médicale individualisée, associant le médecin coordonnateur, le médecin traitant, le pharmacien, le résident et, lorsque cela est pertinent, ses proches ou représentants.

Enfin d'une manière générale la déprescription doit s'inscrire dans une logique de décision médicale partagée fondée sur l'intérêt et l'information du patient.

▪ **Parcours des personnes âgées**

FO soutient le renforcement de la prévention chez les personnes âgées en mettant l'accent sur la vaccination, la santé mentale et le dépistage précoce. Toutefois, nous avons déploré que la santé

mentale des personnes âgées est un sujet qui reste peu abordé dans les enquêtes publiques et autres baromètres.

Et le dispositif Mon soutien psy est actuellement réservé aux personnes souffrant de troubles légers à modérés. Ainsi, il n'est pour l'heure pas accessible aux personnes qui prennent des benzodiazépines ou hypnotiques depuis plus d'un mois, ainsi qu'aux personnes qui prennent des antidépresseurs depuis plus de six mois.

FO préconise que le programme ICOPE soit ouvert à toutes les personnes de plus de 50 ans qui le souhaitent.

FO demande que la politique conventionnelle intègre la question de la gériatrie et la prise en charge des personnes âgées.

▪ **Engagement Patients**

FO a indiqué que les propositions sont en cohérence avec les principes de médecine personnalisée, de pertinence des soins et d'efficience, à condition que la réduction ou l'adaptation des traitements soit fondée sur des preuves scientifiques solides et n'entraîne aucune perte de chance pour les patients.

Dans ce cadre nous avons proposé que les acteurs de terrain soient légitimes pour contribuer à la construction en vue de favoriser une culture d'apprentissage collectif dont le but de construire une synergie avec les savoirs scientifiques.

▪ **La financiarisation du monde de la santé**

Pour FO la Santé n'est pas un marché comme les autres et qu'elle obéit à d'autres critères que la seule rémunération des actionnaires. Dans ce cadre, nous avons fait plusieurs propositions notamment :

- ✓ Un plafond de participation dans les investisseurs privés à but lucratif,
- ✓ Encadrer le « Sale et Leaseback » car des loyers trop importants fragilisent l'établissement de santé et son objet social, eu égard à la crise que traverse les établissements de personnes dépendantes.

Il est peut-être un peu difficile d'aborder la question des rémunérations des PS dans un chapitre lié à la financiarisation mais il faut aborder cette question quand nous voyons les augmentations très sensibles des marges de certains professionnels de santé qui ressemblent quelques fois à de véritables rentes de situation. De plus les pratiques tarifaires de certaines professions dont le

dépassement d'honoraires n'est plus une option extra-ordinaire mais un principe de rémunération, pèse profondément sur le ticket modérateur.

▪ Parcours de soins dans les DROM

FO soutient les propositions visant à renforcer la prévention et l'accès aux soins dans les DROM, notamment à travers un plan diabète inspiré de l'expérience réunionnaise, le développement de Mon soutien Psy, le renforcement de la télémédecine et une meilleure adhésion des psychologues au dispositif.

Dans ce cadre, FO ***préconise de renforcer la coopération entre l'Assurance maladie obligatoire, les complémentaires santé, les ARS et les CGSS/CSS***, notamment par la création de groupements de coopération sanitaire pour mutualiser les moyens en matière de prévention et d'accès aux soins.

▪ Activités hospitalières

Il est constaté que la prise en charge des patients s'est complexifiée, ce qui suppose de mobiliser davantage des ressources (financières, humaines, Etc..).

Les propositions du rapport peuvent constituer un levier structurant pour renforcer l'efficience territoriale.

FO a donc proposé une cartographie très fine des hôpitaux pour mieux optimiser les dotations.

▪ IJ ATMP

FO ajoute aux propositions existantes :

- ⇒ Campagne de sensibilisation sécurité routière-Cnam sur les mobilités douces,
- ⇒ Valorisation des bonnes initiatives de prévention des risques professionnels en entreprise,
- ⇒ Accentuation des visites de contrôles sur les EPI,
- ⇒ Création de postes de bienveilleurs en entreprise (Type PSSM pour la santé mentale),
- ⇒ Valorisation de la médecine de prévention au travers la politique conventionnelle et dans les cursus de formation

FO rappelle toutefois que la prévention des risques professionnels reste du ressort et de la responsabilité des employeurs.



Contribution de la CGT sur les propositions relatives rapport Charges et produits

La CGT réaffirme son opposition aux principales propositions non consensuelles du rapport *Charges et produits 2026*. Si certaines poursuivent un objectif affiché de maîtrise des dépenses, elles reposent sur une logique de responsabilisation des salarié·es plutôt que sur une action déterminée contre les causes des arrêts de travail : dégradation des conditions de travail, insuffisance de la prévention et défaut de reconnaissance des risques professionnels.

La proposition de bonus-malus appliqué aux employeurs peut sembler pertinente en apparence. Toutefois, en l'état, elle comporte un risque important de développement de dispositifs d'incitation au non-recours aux arrêts maladies (primes d'assiduité, intéressement lié à la présence, contrôle accru par les pairs), qui existent déjà dans certaines entreprises. Un tel mécanisme pourrait ainsi renforcer les pressions exercées sur les salarié·es plutôt que prévenir les atteintes à leur santé.

La CGT s'oppose également à l'instauration d'un jour de carence d'ordre public. Cette mesure pénaliserait l'ensemble des salariés, y compris ceux bénéficiant aujourd'hui de garanties conventionnelles plus favorables. Elle repose sur une présomption injustifiée d'abus, alors que les données mettent avant tout en évidence une dégradation des conditions de travail. En outre, elle favoriserait le présentéisme, au détriment de la santé des salariés comme de la santé publique.

S'agissant des affections de longue durée (ALD), la suppression des ALD non exonérantes ne pourrait être envisagée qu'à la condition de garantir qu'aucun·e patient·e ne perde de droits. La CGT défend au contraire un renforcement de la prise en charge des personnes en ALD, incluant la remise en cause des franchises et participations forfaitaires, un meilleur accompagnement médical ainsi que des actions renforcées de prévention de la désinsertion professionnelle, notamment pour les pathologies liées aux risques psychosociaux.

La création d'un « contrat de prévoyance responsable » ne doit pas reproduire les effets du contrat responsable en complémentaire santé, qui a principalement conduit à un transfert progressif des dépenses de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires, puis vers les salarié·es. Si les arrêts longs doivent être mieux accompagnés, cette évolution ne peut se faire au détriment de l'indemnisation des premiers jours d'arrêt.

La CGT rejette enfin toute réduction des indemnités journalières de courte durée afin de financer une meilleure couverture des arrêts longs. Une telle logique de redéploiement à budget constant diminuerait les droits de la majorité des salarié·es, les arrêts de moins d'un mois étant les plus fréquents.

- **À court terme, la priorité doit être de garantir un maintien de salaire effectif pour l'ensemble des salariés, de renforcer le repérage des entreprises présentant une sinistralité atypique, d'améliorer les dispositifs de contrôle tout en limitant leurs effets contre-productifs et de développer un accompagnement coordonné des arrêts longs. La prévention doit également être renforcée par une action résolue contre les organisations du travail**

pathogènes, une réforme ambitieuse du dispositif de pénibilité et une meilleure connaissance des pathologies d'origine professionnelle. La CGT reste par ailleurs opposée à l'accès du médecin du travail au dossier médical partagé.

- **À moyen terme, il convient de renforcer les politiques de prévention, notamment en matière de risques psychosociaux, de mieux sanctionner les employeurs défaillants en matière de prévention, de lutter contre la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, d'interdire les dispositifs de rémunération fondés sur l'absentéisme ou l'accidentologie et de garantir un financement de la branche AT-MP adapté aux besoins réels des salariés.**
- **À plus long terme, la CGT appelle à une refonte de l'articulation entre les branches maladie et AT-MP afin de mieux intégrer les enjeux de prévention et de réparation. Cette évolution suppose également de mieux identifier l'origine professionnelle des pathologies, de renforcer la formation des médecins prescripteurs et d'intégrer pleinement les conditions de travail parmi les déterminants des politiques de santé.**

Enfin, plusieurs travaux apparaissent indispensables, notamment sur les conséquences du report de l'âge légal de départ à la retraite sur les arrêts maladie selon les catégories socioprofessionnelles et les niveaux de revenus, ainsi que sur l'identification des modes d'organisation du travail les plus pathogènes.

De même, les choix politiques structurels tels que la suppression des CHSCT ou réglementaires tels que les dérogations à l'utilisation des PFAS, de la chlordécone ou de certains pesticides doivent être mieux évalués. Leurs effets impactent la santé au travail et la santé publique.

Une politique efficace de maîtrise des dépenses ne peut reposer sur le contrôle des assuré-es ; elle doit avant tout agir sur les causes structurelles des atteintes à la santé au travail.

Contribution charges et produits

Le rapport Charges et Produits 2027 s'inscrit dans la continuité de celui de l'année précédente. S'il convient de reprendre et de déployer les 25 mesures qui n'ont pas été retenues dans le PLFSS pour 2026, l'accent mis sur la prévention des maladies chroniques, les parcours des personnes âgées ainsi que la réorganisation de notre système de soins apparaît essentiel pour améliorer durablement l'efficacité de notre système de santé.

D'un point de vue méthodologique, la CFTC salue le partenariat avec l'OCDE, qui permet de chiffrer les coûts et les bénéfices des politiques publiques de santé. Cette objectivation renforce la cohérence scientifique des propositions portées par la Cnam. La CFTC souhaite que cette méthodologie soit progressivement étendue à l'ensemble des propositions du rapport Charges et Produits.

Plus largement, la méthodologie d'élaboration du rapport Charges et Produits gagnerait à être davantage intégrée aux travaux du Conseil. La qualité des analyses produites et la constance des rapports publiés ces dernières années devraient conduire les pouvoirs publics à s'appuyer prioritairement sur les propositions de la Cnam. Celles-ci permettent en effet d'agir sur les déterminants structurels de la dépense de santé plutôt que de privilégier des mesures au rendement limité.

À cet égard, l'évolution récente des franchises médicales constitue un exemple. Elles demeurent peu lisibles pour les assurés, fragilisent le contrat social et brouillent la perception du coût réel des soins, pour un rendement financier relativement faible au regard des bénéfices que pourraient produire des politiques de prévention ambitieuses et correctement évaluées.

1. Faire de la prévention la bataille de la décennie

Compte tenu de l'évolution démographique et de la progression des affections de longue durée (ALD), la CFTC partage l'ensemble des propositions visant à renforcer la prévention primaire. Elle soutient notamment l'intensification des campagnes vaccinales, le renfort de la détection et la prise en charge précoce des troubles de santé mentale légers à modérés chez les jeunes ainsi que la généralisation du Nutri-Score obligatoire, complétée par une mention spécifique des produits ultra-transformés et assortie d'une régulation de leur publicité.

La proposition consistant à interdire la vente de tabac aux personnes nées après 2009, afin de créer une « génération sans tabac », répond à un objectif de santé publique que la CFTC partage pleinement. Néanmoins, elle s'interroge sur l'effectivité d'une telle mesure dans le contexte actuel. En effet, le marché parallèle représenterait désormais plus de 50 % des cigarettes consommées en France, selon une étude de KPMG publiée le 3 juin 2026. Dans un marché européen ouvert, la capacité à contrôler efficacement les achats transfrontaliers, à lutter contre les trafics et à garantir le respect du principe républicain d'égalité devant la loi apparaît déterminante pour assurer la réussite d'une telle réforme. La CFTC soutient le renforcement du financement des contrôles par «

clients mystères » relatifs à la vente de tabac et d'alcool aux mineurs. Cette mesure permet d'améliorer l'effectivité de l'interdiction de vente aux mineurs et à renforcer la prévention des conduites addictives dès le plus jeune âge

Enfin, la CFTC soutient la proposition visant à aligner les taux maximaux de sucre autorisés dans les produits alimentaires commercialisés dans les Départements et Régions d'Outre-Mer sur ceux applicables en métropole. Elle propose d'aller plus loin en engageant un plan décennal de réduction progressive du sucre des produits alimentaires, afin d'accompagner durablement l'évolution des habitudes de consommation et de prévenir les maladies chroniques.

Les parcours d'accompagnement préventif en amont des affections de longue durée (ALD) apparaissent particulièrement prometteurs et méritent d'être généralisés lorsque les expérimentations ont démontré leur efficacité, à l'image du dispositif Sésame Jeunes ou de Pré-Diabète. À cet égard, l'implication des infirmiers aux côtés des médecins, au sein de structures de coordination, constitue un levier essentiel pour renforcer le repérage précoce, le suivi des patients et l'accompagnement vers des parcours de prévention adaptés.

Le déploiement de « France Santé » au sein des CPTS et dans le cadre des ACI des maisons de santé pluriprofessionnelles constitue une opportunité pour conforter ces structures de coordination des soins et en faire les principaux vecteurs du déploiement des parcours d'accompagnement préventif.

2. Parcours de soins et qualité de la prise en charge

L'amélioration des parcours de soins passe par une meilleure articulation entre la médecine de ville et l'hôpital. La CFTC estime qu'il est nécessaire de renforcer cette coordination tout en réinterrogeant le modèle hospitalier et son organisation territoriale afin de dépasser un fonctionnement encore trop cloisonné.

La médecine de ville doit constituer le socle de la prise en charge, en particulier pour le suivi des maladies chroniques. Le médecin traitant, appuyé par les professionnels de santé de proximité au sein des structures d'exercice coordonné (MSP, CPTS, centres de santé), doit assurer le suivi des patients et coordonner leur parcours. En parallèle, l'hôpital doit être recentré sur les situations aiguës, les prises en charge spécialisées et les cas les plus complexes.

Cette gradation des soins ne pourra être pleinement efficace qu'à la condition de renforcer les liens entre la ville et l'hôpital, notamment en sécurisant les admissions et les sorties d'hospitalisation grâce à des outils de coordination tels que les équipes de soins spécialisés et la lettre de liaison de sortie. Cette organisation constitue un levier essentiel pour améliorer la qualité des parcours tout en préservant les capacités hospitalières.

La CFTC soutient pleinement la volonté de renforcer l'engagement des patients dans les soins primaires. Le développement du recueil de l'expérience patient ainsi que l'expérimentation du recueil des résultats de santé rapportés par les patients constituent des leviers pertinents pour mieux adapter les parcours de soins, renforcer la qualité des prises en charge et faire du patient un véritable acteur de sa santé.

La CFTEC partage l'objectif de réduire le recours aux benzodiazépines chez les personnes âgées, mais s'interroge sur la capacité du seul dispositif « Mon soutien psy » à répondre efficacement à cet enjeu. Elle préconise, en complément, une campagne nationale de prévention et d'information à destination des proches afin de mieux repérer les signes de la dépression chez les personnes âgées et de favoriser une orientation précoce vers une prise en charge adaptée.

3. Le juste soin au juste prix

La CFTEC partage l'objectif de promouvoir le juste soin à la juste place. Les 1,3 Md€ d'économies prévus sur les dépenses de médicaments constituent un objectif pertinent dès lors qu'ils reposent sur une amélioration de la pertinence des prescriptions, de la qualité des soins et du service médical rendu.

Les anticancéreux, qui représentent près d'un quart des dépenses de médicaments, illustrent pleinement cet enjeu. Lorsque les données scientifiques démontrent qu'une réduction de l'intensité ou de la durée des traitements n'altère pas leur efficacité, la désescalade thérapeutique doit être encouragée. Elle permet à la fois de limiter les effets indésirables, d'améliorer la qualité de vie des patients et de dégager des marges de manœuvre pour financer les innovations thérapeutiques.

La CFTEC soutient également le renforcement des politiques de déprescription. Celles-ci doivent devenir une composante à part entière des parcours de soins, notamment pour les personnes âgées ou polymédiquées. Elles reposent sur une coopération renforcée entre les professionnels de santé, des outils d'aide à la décision et une meilleure sécurisation des transitions entre la ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux. Au-delà de leur impact économique, ces démarches contribuent à prévenir l'iatrogénie médicamenteuse et à garantir une prise en charge plus adaptée aux besoins des patients.

4. Accident du travail et maladie professionnelle

La CFTEC salue le travail conjoint mené par la Cnam et la CAT-MP sur les indemnités journalières. La CFTEC rappelle toutefois que les réformes récentes relatives aux indemnités journalières doivent désormais faire l'objet d'une évaluation avant l'adoption de nouvelles mesures.

La CFTEC insiste également sur la nécessité de prévenir les ruptures de parcours entre les indemnités journalières AT-MP et le passage en incapacité, notamment depuis le plafonnement de leur durée prévu par la LFSS pour 2026. Elle réaffirme l'importance de renforcer l'accompagnement des assurés, de développer les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle et d'améliorer la coordination entre l'Assurance Maladie, les services de prévention et de santé au travail et les entreprises.

5. Lutte contre la fraude et articulation avec les complémentaires

La CFTEC s'oppose fermement à la proposition consistant à conditionner tout remboursement de soins à l'usage obligatoire de la facturation numérique. Si la dématérialisation des procédures constitue un objectif partagé, les outils informatiques demeurent faillibles et des

dysfonctionnements peuvent survenir. Une telle mesure ferait peser un risque de pénalisation injustifiée, tant pour les professionnels de santé que pour les assurés, alors même que ces derniers ne sont pas responsables des défaillances techniques.

La CFTEC s'oppose à une généralisation du tiers payant. Si elle partage l'objectif de garantir un accès aux soins et un remboursement rapide des assurés, elle considère qu'il est également nécessaire de préserver la responsabilisation du patient dans son parcours de soins. Le remboursement constitue un moment de lisibilité sur les dépenses de santé. Il offre également un moyen de contrôle utile, en permettant de vérifier que les actes facturés correspondent bien aux soins effectivement réalisés et de contribuer ainsi à la prévention des fraudes.

La CFTEC est favorable à un accès des organismes complémentaires aux données de santé, à condition qu'il soit strictement encadré, sécurisé et limité à des finalités clairement définies. Le fonctionnement actuel en silos nuit à l'efficacité globale du système, notamment en matière de lutte contre la fraude, de prévention et de pilotage des dépenses de santé.

Un meilleur partage des données permettrait de renforcer la détection des fraudes, aujourd'hui encore trop cloisonnée, mais également de développer des politiques de prévention plus ciblées, fondées sur une meilleure connaissance des parcours de soins. L'intégration des données issues de l'Assurance Maladie et des organismes complémentaires constitue, à ce titre, un levier important pour améliorer le pilotage du système de santé. Cet accès doit toutefois s'accompagner de garanties fortes. Les échanges de données doivent être juridiquement sécurisés, leurs usages strictement limités à des missions d'intérêt général, telles que la prévention et la lutte contre la fraude. En revanche, la CFTEC s'oppose à toute utilisation des données de santé à des fins de sélection des risques, de segmentation des assurés ou de tarification individualisée. L'enjeu n'est donc pas d'ouvrir largement l'accès aux données, mais de construire un cadre clair, transparent et sécurisé, permettant d'en faire un véritable levier d'efficacité au service de la santé publique, dans le respect des principes de solidarité et de protection des assurés.

La CFTEC accueille la proposition de contrat socle avec prudence. Si elle partage l'objectif de faciliter l'accès à une complémentaire santé pour les personnes qui en sont aujourd'hui éloignées pour des raisons financières, elle rappelle que l'intérêt du contrat responsable réside précisément dans sa capacité à être adapté aux besoins des différentes branches professionnelles et des populations couvertes. La création d'un contrat « socle » risque d'uniformiser l'offre et de réduire les marges d'adaptation nécessaires pour répondre aux spécificités de certaines branches.

La CFTEC appelle également à la vigilance quant à une définition trop centralisée du contenu des contrats. De plus, la CFTEC s'oppose fermement à toute évolution visant à renforcer la fiscalisation des contrats de complémentaire santé. Alors que celle-ci est devenue, dans les faits, quasi obligatoire pour les salariés, il apparaît incohérent de la traiter comme un revenu fiscalisable. Aujourd'hui la part de cotisation prise en charge par l'employeur est intégrée au revenu fiscal de référence alors même qu'elle ne constitue pas un revenu effectivement perçu par le salarié. Cette situation interroge le principe même du consentement à l'impôt, les salariés n'ayant pas toujours pleinement conscience des conséquences fiscales de ce mécanisme. Pour cela, la CFTEC propose que la part obligatoire versée par l'employeur (le plancher légal de 50 %) soit exclue du revenu fiscal du salarié, et que seule la part facultative excédant ce plancher y soit intégrée.

Contribution de la CFE-CGC : Rapport Charges et Produits de l'Assurance maladie 2027

La CFE-CGC prend acte des travaux conduits dans la perspective du rapport Charges et Produits de l'Assurance maladie. Cette contribution vise à formuler de premières observations et propositions à partir des éléments déjà présentés au Conseil, notamment sur la trajectoire financière, la cartographie des dépenses, la polypathologie, la prévention, le parcours des personnes âgées, les soins de masso-kinésithérapie en ville, les médicaments, la déprescription et la trajectoire spécifique envisagée pour les DROM. Les documents préparatoires et le rapport laissent apparaître une continuité certaine avec le rapport Charges et Produits précédent. Le rapport poursuit les propositions déjà présentées autour de la prévention, de l'organisation des parcours, de l'engagement patient et du « juste soin au juste prix », tout en les approfondissant par une analyse des dépenses, des projections à moyen terme et une déclinaison territoriale spécifique, en particulier pour les DROM.

La CFE-CGC rappelle au préalable que le rapport Charges et Produits constitue un exercice essentiel de pilotage de la branche maladie. À ce titre, **il ne doit pas être réduit à un instrument d'identification d'économies immédiates**. La soutenabilité financière de l'Assurance maladie est une préoccupation majeure, mais **elle ne peut être atteinte par un désengagement progressif de l'assurance maladie obligatoire, ni par un transfert direct ou indirect de charges vers les complémentaires, les familles ou les assurés**.

Un diagnostic financier préoccupant, qui doit s'inscrire dans une trajectoire pluriannuelle lisible

Le rapport Charges et Produits précédent faisait déjà apparaître une dégradation durable des comptes. Le déficit de la branche maladie s'est élevé à 13,8 milliards d'euros en 2024, après 11,1 milliards d'euros en 2023. Cette évolution confirme que le déficit ne peut plus être analysé comme un simple effet résiduel de la crise sanitaire. Les travaux préparatoires au rapport 2027 confirment la volonté de replacer ces constats dans une trajectoire financière de moyen et long terme.

La CFE-CGC considère que cette situation appelle une **stratégie pluriannuelle claire**. Toutefois, celle-ci doit distinguer ce qui relève d'économies d'efficience, de dépenses évitables, de besoins nouveaux liés à la démographie, de la progression des maladies chroniques, de l'innovation thérapeutique ou encore de choix collectifs assumés. Il ne serait pas acceptable que la recherche d'équilibre se traduise par **une diminution des droits des assurés ou une augmentation indirecte du reste à charge**. Les travaux préparatoires montrent d'ailleurs que la dépense de santé est portée par **des phénomènes de fond** : vieillissement, pathologies chroniques, polypathologie, innovations thérapeutiques, transformation de l'activité hospitalière et besoins croissants de coordination. La réponse ne peut donc pas être uniquement comptable. Elle doit reposer sur une meilleure organisation du système de soins, une prévention réelle, une régulation des prix et des rentes, ainsi qu'une amélioration de la pertinence des parcours.

La CFE-CGC demande que toute proposition d'économie soit accompagnée **d'une analyse complète de ses effets** : impact pour l'Assurance maladie, impact pour les complémentaires, impact pour les assurés, impact pour les professionnels et impact sur l'accès aux soins. Une économie pour la branche maladie ne doit pas être considérée comme vertueuse si elle consiste simplement à déplacer la charge financière.

Cartographie des dépenses et polypathologie : organiser les parcours plutôt que cibler les patients coûteux

Le rapport Charges et Produits précédent abordait déjà la progression des pathologies chroniques, la prévention tertiaire, la coordination des parcours et l'évolution du dispositif ALD. Le rapport 2027 franchit toutefois une étape supplémentaire en isolant la polypathologie comme objet propre d'analyse, au-delà d'une approche par pathologie ou par statut ALD. Les travaux préparatoires confirment ainsi la place centrale des maladies chroniques dans la dynamique des dépenses. Une part importante de la population est concernée par une ou plusieurs pathologies chroniques, lesquelles concentrent une part majoritaire des dépenses de santé. La cartographie des dépenses permet d'identifier les principaux postes de dépenses, mais également les écarts très importants de dépenses moyennes selon les situations de santé. La progression de la polypathologie constitue également un sujet fondamental. Elle concerne les personnes âgées, mais aussi plusieurs millions de personnes de moins de 65 ans. Elle ne peut donc pas être analysée comme un simple effet du vieillissement. Elle renvoie plus largement à la capacité du système de soins à prendre en charge des patients dont les besoins sont multiples, évolutifs et souvent mal couverts par une organisation construite autour de pathologies isolées.

Ce constat appelle une **réflexion sur l'organisation du système de soins**. La polypathologie ne peut être prise en charge efficacement dans un système trop cloisonné, construit autour d'actes successifs, de pathologies séparées et de ruptures entre médecine de ville, hôpital, médico-social et accompagnement social. Ces situations nécessitent une coordination renforcée, un suivi régulier, une attention à la polymédication, une meilleure articulation entre prévention, soins et accompagnement, ainsi qu'une prise en compte du maintien dans l'emploi lorsque les personnes sont encore en activité.

Pour la CFE-CGC, ce diagnostic ne doit en **aucun cas servir de justification à une remise en cause budgétaire des affections de longue durée**. L'enjeu est **d'améliorer la pertinence des parcours, non de réduire mécaniquement le niveau de prise en charge**. Les assurés atteints de pathologies chroniques ou polypathologiques doivent bénéficier d'un accompagnement plus lisible, mieux coordonné et mieux adapté.

La CFE-CGC propose donc de développer des **parcours renforcés pour les patients polypathologiques**, avec un **réfèrent** clairement identifié, une coordination entre les professionnels de ville, l'hôpital et le médico-social, ainsi que des **indicateurs de qualité** portant sur les hospitalisations évitables, les ruptures de suivi, la conciliation médicamenteuse, l'observance, la déprescription pertinente, le maintien de l'autonomie et, lorsque cela est possible, le maintien dans l'emploi.

Prévention : passer d'un affichage général à une politique priorisée, financée et évaluée

La prévention est régulièrement présentée comme un levier majeur de soutenabilité. La CFE-CGC partage cette orientation, à condition qu'elle soit **réellement financée, ciblée et évaluée dans le temps**. Trop souvent, la prévention est invoquée comme principe général sans moyens suffisants, ou utilisée pour faire porter sur l'assuré la responsabilité de son état de santé. Les travaux préparatoires semblent vouloir renforcer l'évaluation du retour sur investissement des politiques de prévention. Cette démarche peut être utile pour prioriser les actions les plus efficaces. Toutefois, la CFE-CGC souligne que toutes les actions de prévention utiles ne produisent pas des effets immédiatement mesurables dans l'année budgétaire. Certaines politiques, notamment en matière de santé mentale, de santé au travail, de nutrition, de santé scolaire, de prévention de la perte d'autonomie ou de réduction des inégalités sociales de santé, doivent être appréciées sur un temps long.

La CFE-CGC souhaite également rappeler la **nécessité d'agir spécifiquement en direction des jeunes en matière de prévention**, alors que les indicateurs de souffrance psychique se dégradent : troubles anxieux et dépressifs, isolement, difficultés d'accès à un suivi adapté, mais aussi arrêts de travail longs chez les jeunes actifs, comme l'ont notamment mis en évidence les travaux récents relatifs aux indemnités journalières.

La CFE-CGC rappelle que la prévention doit être pensée comme une problématique globale. Elle doit agir sur les facteurs de risque, mais aussi sur les conditions de vie, les conditions de travail, l'accès aux soins, les inégalités sociales et territoriales de santé. **Elle ne peut pas reposer uniquement sur l'injonction individuelle**. La vaccination des personnes de 65 ans et plus, la réduction des prescriptions inappropriées, notamment de benzodiazépines, le repérage des troubles cognitifs ou encore la prévention de la perte d'autonomie peuvent permettre d'éviter des complications, des passages aux urgences et des hospitalisations. Ces actions doivent toutefois être conçues **comme des politiques de santé publique, et non comme de simples leviers d'économies à court terme**.

La CFE-CGC propose la mise en place d'un **plan pluriannuel de prévention**, intégrant des indicateurs simples : couverture vaccinale, taux de dépistage, recours à l'éducation thérapeutique, hospitalisations évitables, passages aux urgences évitables, maintien à domicile et maintien dans l'emploi. L'évaluation doit être réalisée à moyen et long terme, car certaines actions de prévention peuvent produire des dépenses immédiates avant de générer des effets positifs sur la santé et les comptes sociaux.

Parcours des personnes âgées : éviter les ruptures sans transférer la charge aux familles

Les premiers travaux sur les parcours des personnes âgées mettent en évidence plusieurs axes : vaccination, santé mentale, réduction des prescriptions potentiellement inappropriées, diagnostic précoce des troubles cognitifs, fluidification des sorties d'hospitalisation et meilleure articulation entre hôpital, SMR, EHPAD, domicile et structures intermédiaires. La CFE-CGC soutient ces orientations lorsqu'elles améliorent réellement la qualité des prises en charge. En

revanche, la fluidification des sorties d'hospitalisation ne doit pas se traduire par une sortie plus rapide **sans solution d'aval**. Elle ne doit pas non plus conduire à reporter sur les proches aidants ou les familles des charges qui relèvent de la solidarité nationale.

Les dispositifs d'hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation peuvent être intéressants s'ils sont suffisamment financés, évalués et articulés avec les filières gériatriques. Cette réflexion doit également intégrer les dispositifs déjà existants d'accompagnement du retour à domicile, notamment Prado, afin d'éviter l'empilement des outils de coordination et de clarifier les responsabilités entre l'Assurance maladie, les établissements, les professionnels de ville, les CPTS et le secteur médico-social. Ils ne doivent pas devenir une réponse par défaut à l'insuffisance de places ou de moyens dans le médico-social. La CFE-CGC demande que **ces dispositifs soient évalués non seulement au regard de leur coût, mais aussi au regard du devenir des personnes** : retour à domicile, réhospitalisation et entrée durable en établissement.

La CFE-CGC soutient également le renforcement des politiques de **conciliation médicamenteuse**, afin notamment de diminuer les risques d'iatrogénie pour les personnes âgées, en mobilisant les pharmaciens, les médecins traitants et les équipes hospitalières. La réduction des prescriptions inadaptées doit s'accompagner d'alternatives effectives, notamment en santé mentale, et ne pas se limiter à une politique de restriction. La déprescription doit être envisagée comme un acte de soin, progressif, accompagné et coordonné, et non comme un outil de rationnement.

Soins de masso-kinésithérapie en ville : améliorer la pertinence sans pénaliser les patients

Les travaux sur les soins de masso-kinésithérapie en ville montrent une progression importante des dépenses sur la dernière décennie, liée à l'augmentation du nombre de patients, du nombre de séances, du nombre de professionnels et aux revalorisations intervenues. Cette progression doit être analysée avec nuance. Elle s'explique en partie par le vieillissement de la population, la progression des pathologies chroniques, les besoins de rééducation, la perte d'autonomie et les transformations des prises en charge. La CFE-CGC considère que ce sujet ne doit pas être traité comme une simple cible d'économies. Les données présentées font apparaître une situation paradoxale : les dépenses augmentent, mais cela ne garantit ni une répartition satisfaisante de l'offre de soins, ni une réponse homogène aux besoins des patients, ni une amélioration suffisante de la situation économique des professionnels.

Il convient donc de travailler sur la pertinence, la régulation territoriale et l'organisation des parcours. La CFE-CGC soutient **l'actualisation des recommandations de bonne pratique**, notamment pour distinguer les prises en charge courtes, les soins post-opératoires, les pathologies chroniques, les patients âgés, les patients en ALD et les situations de rééducation lourde.

Cette exigence de pertinence doit également porter sur le contenu même des pratiques : le développement du recours aux masseurs-kinésithérapeutes, et a fortiori de l'accès direct, ne peut s'accompagner d'un affaiblissement du contrôle scientifique, déontologique et

conventionnel des actes réalisés. Les soins remboursés doivent rester fondés sur des pratiques validées, traçables et articulées avec le parcours de soins.

La CFE-CGC propose également que l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes, lorsqu'il est envisagé, soit **strictement encadré** : périmètre défini, information effective du médecin traitant, transmission du bilan diagnostic kinésithérapique lorsque celui-ci est requis, articulation avec le parcours de soins, référentiels actualisés, recours au médecin en cas d'absence d'amélioration, suivi des effets sur le recours aux soins et contrôle renforcé des pratiques ne relevant pas de soins scientifiquement validés. L'objectif doit être **d'améliorer l'accès aux soins** sans créer de sur-recours ou de développement insuffisamment encadré de prises en charge hétérogènes **relevant davantage du bien-être que du soin remboursé**.

Médicaments, déprescription, rentes : réguler les acteurs économiques avant de solliciter les assurés

La CFE-CGC rappelle que la maîtrise des dépenses **ne doit pas d'abord peser sur les assurés**. Les marges doivent être recherchées prioritairement dans la régulation des prix, la transparence des coûts, la lutte contre les rentes économiques, le bon usage des médicaments, la réduction du gaspillage et la pertinence des prescriptions.

Les travaux préparatoires sur les médicaments confirment une dynamique préoccupante, notamment sur certaines classes thérapeutiques coûteuses et sur les prescriptions générées par les établissements. La progression des dépenses de médicaments, notamment liée à certaines innovations thérapeutiques coûteuses, doit conduire à une exigence accrue sur le niveau de preuve, le progrès thérapeutique réel et le prix demandé.

La CFE-CGC soutient une politique permettant de **garantir l'accès aux innovations utiles, tout en évitant de payer plus cher des produits dont l'intérêt thérapeutique n'est pas démontré à due proportion**. Les travaux sur l'oncologie, les médicaments biologiques, les biosimilaires, les prescriptions hospitalières exécutées en ville et les situations de rentabilité élevée doivent être poursuivis.

La CFE-CGC soutient également le **développement des génériques et biosimilaires** lorsque les conditions scientifiques et médicales sont réunies, ainsi que les travaux relatifs à la désescalade thérapeutique. Ces leviers doivent être mobilisés dans une logique de qualité et de pertinence, et non de moindre soin. La progression des biosimilaires doit notamment préserver la confiance des patients et des professionnels, en évitant les dispositifs ressentis comme punitifs ou purement financiers.

La **déprescription doit également devenir un axe de qualité des soins**. Elle ne peut cependant pas être réduite à une diminution du nombre de lignes sur une ordonnance. Elle suppose du temps médical, une coordination avec les pharmaciens, des outils d'aide à la décision, une information des patients et un suivi. Elle doit être particulièrement développée chez les personnes âgées et les patients polymédiqués, mais toujours dans une logique de soin et d'amélioration de la qualité de vie.

Enfin, la **lutte contre le gaspillage des médicaments et des produits de santé** doit devenir un axe plus important. La réflexion sur les médicaments non utilisés, la réutilisation encadrée de produits non ouverts et non périmés, la déprescription, les outils d'aide à la prescription et l'impact environnemental des prescriptions doit être poursuivie.

DROM : s'inscrire dans une trajectoire de rattrapage concrète, non une variable d'ajustement

Le rapport dessine également une trajectoire spécifique pour les DROM, organisée autour de la prévention, des parcours de soins et du juste soin au juste prix. La CFE-CGC considère que cette orientation est nécessaire. Les DROM connaissent effectivement des difficultés spécifiques : écarts d'espérance de vie, mortalité infantile et périnatale préoccupante, inégalités de prévention et de dépistage, difficultés d'accès aux soins, tensions sur la démographie médicale, contraintes géographiques, enjeux d'évacuation sanitaire, maladies vectorielles, santé sexuelle, diabète, AVC, santé mentale et alimentation. Ces réalités appellent des réponses adaptées à chaque territoire.

La CFE-CGC demande que la trajectoire DROM repose sur une **programmation pluriannuelle**, des **indicateurs spécifiques** et des **moyens identifiés**. Les priorités doivent porter sur le dépistage des cancers, la vaccination, la périnatalité, la santé sexuelle, la lutte contre les maladies vectorielles, l'accès aux soins primaires, le renforcement de l'offre de spécialités, la télémédecine, les filières de recours et l'attractivité des professionnels.

La CFE-CGC insiste également sur la nécessité de mieux connaître les données sanitaires et financières propres aux DROM. Sans données fiables, comparables et actualisées, il est difficile de piloter une politique de santé adaptée. La trajectoire DROM doit donc intégrer un volet de suivi statistique, d'évaluation et d'allocation des moyens.

Propositions essentielles de la CFE-CGC :

- Mettre en place **un suivi annuel des propositions des rapports Charges et Produits** précédents, en distinguant les mesures mises en œuvre, abandonnées, différées ou reprises.
- Exiger, pour chaque mesure d'économie, une **évaluation de l'impact** sur l'Assurance maladie, les complémentaires santé, les assurés, les professionnels et l'accès aux soins.
- Refuser toute mesure qui consisterait à transférer la dépense vers les complémentaires, les familles ou les assurés, sans gain réel pour le système de santé.
- Développer des **parcours renforcés pour les patients polypathologiques**, avec coordination ville-hôpital-médico-social, un référent identifié et des indicateurs de qualité.
- Préserver **le dispositif des ALD** contre toute remise en cause strictement budgétaire ; toute évolution doit viser l'amélioration du suivi et non la réduction des droits.

- Financer un **plan pluriannuel de prévention**, évalué à moyen et long terme, portant notamment sur les maladies chroniques, la santé mentale, la vaccination, le dépistage, la santé au travail et la perte d'autonomie.
- Renforcer la **prévention en santé au travail**, notamment sur les risques psychosociaux, afin d'éviter que l'Assurance maladie supporte les conséquences d'organisations du travail dégradées.
- **Structurer le parcours des personnes âgées** autour de la vaccination, d'un véritable souci de conciliation médicamenteuse, de la déprescription accompagnée, du repérage des troubles cognitifs et de solutions d'aval réelles en sortie d'hospitalisation, en évaluant et en articulant mieux les dispositifs existants d'accompagnement du retour à domicile, notamment « Prado ».
- **Renforcer l'usage du Dossier Médical Partagé et le recueil de l'expérience patient**, à condition que ces outils servent effectivement la coordination des parcours et ne se réduisent pas à de nouveaux indicateurs administratifs.
- **Actualiser les recommandations en masso-kinésithérapie**, développer la pertinence des prises en charge et renforcer la régulation territoriale, tout en respectant les besoins des patients.
- **Réguler plus fortement les prix des médicaments**, favoriser les génériques et biosimilaires lorsque cela est médicalement pertinent, lutter contre les rentes économiques et réduire le gaspillage.
- **Encadrer les prescriptions hospitalières exécutées en ville**, en associant les établissements à la maîtrise pertinente des prescriptions, sans faire peser l'effort sur les patients.
- **Lutter contre le gaspillage des médicaments et des produits de santé** en engageant une réflexion sur les médicaments non utilisés et la réutilisation encadrée de produits non ouverts et non périmés.
- **Déployer une trajectoire spécifique pour les DROM**, fondée sur la prévention, l'accès aux soins, l'attractivité des professionnels et une programmation budgétaire pluriannuelle.
- **Favoriser le développement des expérimentations**, à l'image du programme ICOPE (Integrated Care for Older People conçu par l'OMS).

La CFE-CGC considère que la soutenabilité de l'Assurance Maladie ne se construira pas contre les assurés, mais par une meilleure organisation du système de soins, une prévention réellement financée, une régulation plus ferme des acteurs économiques, une attention constante à l'accès aux soins et une politique de santé adaptée aux réalités sociales et territoriales.

Rapport Charges et produits pour 2027

Contribution du Medef

Le MEDEF partage le diagnostic général posé par la CNAM : **la situation financière de l'Assurance maladie demeure très préoccupante, avec un déficit qui resterait élevé en 2026, à 13,8 Md€**. Dans ce contexte, la soutenabilité financière de la branche constitue un enjeu majeur et impose d'identifier une trajectoire crédible de maîtrise des dépenses.

Le système français demeure protecteur, avec un haut niveau de prise en charge, un reste à charge limité pour les assurés et une capacité d'accès à l'innovation qui doit être préservée. Mais cette protection ne pourra être maintenue qu'à la condition d'engager des **mesures structurelles et volontaristes de maîtrise de la dépense, produisant des effets à court comme à moyen terme**. L'objectif de contenir l'évolution des dépenses au rythme de la richesse nationale et de maintenir un effort annuel d'économies de l'ordre de **3,9 Md€** va donc dans le bon sens, mais ne doit pas conduire à écarter des mesures complémentaires permettant d'aller plus loin.

Le MEDEF partage également les grandes priorités structurantes du rapport : faire de la prévention un levier central, améliorer les parcours de soins, renforcer la qualité et la pertinence des prises en charge, et garantir le juste soin au juste prix. Ces orientations sont les bonnes, à condition d'être traduites en mesures opérationnelles, évaluables et suffisamment puissantes pour infléchir durablement la trajectoire des dépenses. La prévention, en particulier, ne peut plus seulement être affichée comme la « *bataille de la décennie* » : elle doit devenir un véritable outil de pilotage, de ciblage des risques et d'évaluation médico-économique.

Pour autant, **la maîtrise des dépenses ne peut pas reposer sur des mesures conjoncturelles, des hausses de recettes ou de simples transferts de charges** vers les entreprises, les complémentaires santé, les organismes de prévoyance ou les industriels. Mieux associer l'ensemble des acteurs est nécessaire, mais cette association doit viser une meilleure efficacité du système,

La contribution du MEDEF s'inscrit dans une logique de responsabilité : soutenir les mesures qui renforcent la prévention, la qualité, la pertinence, la transparence et la responsabilisation des acteurs, tout en écartant les mesures qui déplaceraient la dépense sans la réduire. L'objectif doit être de transformer les parcours, mieux piloter la dépense et préparer les besoins futurs du système de santé.

1/ Transformer les parcours de soins pour gagner en qualité, en pertinence et en efficacité

La maîtrise des dépenses de santé ne peut reposer durablement sur des mesures de régulation ponctuelles. Elle suppose une transformation de l'organisation des soins, fondée sur la qualité, la pertinence et la coordination des acteurs.

Le numérique en santé doit devenir le socle naturel des parcours et du pilotage. Le MEDEF propose de faire de Mon Espace Santé et du dossier médical partagé le support effectif du suivi des patients, de la coordination entre professionnels et de la pertinence des actes. Une obligation progressive d'alimentation du DMP pourrait être mise en place, en commençant par les documents les plus structurants : comptes rendus d'hospitalisation, résultats de biologie et d'imagerie, prescriptions, données de télésuivi, bilans de suivi des patients chroniques et documents utiles aux parcours de prévention. La consultation du dossier devrait également être progressivement rendue obligatoire avant certaines prescriptions à fort risque de redondance ou d'inutilité, notamment en imagerie, en biologie médicale ou pour certains traitements coûteux, sauf urgence ou impossibilité technique documentée.

La généralisation de l'ordonnance numérique, des outils d'aide à la prescription, des systèmes d'aide à la décision médicale et de la dématérialisation des arrêts de travail constitue également un levier de simplification, de sécurisation et de contrôle. Elle permettrait de limiter les fraudes documentaires, de mieux repérer les prescriptions atypiques et d'intégrer plus efficacement les référentiels de bonne pratique dans les logiciels métiers. À cet égard, le rapport Charges et Produits 2027 pourrait identifier quelques cas d'usage prioritaires de l'intelligence artificielle en santé, avec calendrier de déploiement, indicateurs médico-économiques et gouvernance associant l'Assurance maladie, la HAS, les éditeurs, les professionnels et les représentants des patients.

La qualité et la pertinence des soins doivent devenir le premier levier d'efficience. Chaque euro dépensé doit être évalué au regard du service rendu, des résultats obtenus et de l'impact réel sur l'état de santé des patients. Le développement des indicateurs de résultats rapportés par les patients constitue, à cet égard, un outil utile pour orienter les financements vers les pratiques les plus pertinentes. Un **tableau de bord synthétique** des principaux indicateurs de qualité, de performance et de pertinence du système de santé devrait être suivi dans le temps et faire l'objet d'un point d'étape dans chaque rapport Charges et Produits.

Des marges d'efficience importantes existent également dans la réduction des actes redondants, des prescriptions renouvelées sans réévaluation médicale, des consultations multiples pour un même motif non justifié (nomadisme), et de la polymédication (en particulier chez les personnes âgées). Le MEDEF propose d'actualiser les recommandations de la HAS sur la polymédication, avec une vigilance renforcée dès la cinquième prescription chez les plus de 65 ans, et de construire avec les sociétés savantes, l'Académie nationale de médecine, la HAS et les représentants des patients des indicateurs de qualité des pratiques professionnelles. **Une partie de la rémunération des professionnels pourrait être davantage liée au respect des recommandations de bonnes pratiques.**

Le dispositif des ALD doit, lui aussi, être rendu plus soutenable dans une logique de parcours. Il ne s'agit pas d'engager une mesure de déremboursement indifférenciée, mais de **recentrer le dispositif sur les situations de sévérité médicale avérée et sur les traitements les plus coûteux**. Le MEDEF propose d'actualiser la liste des ALD, de revoir les critères d'éligibilité, d'instaurer une gestion plus dynamique des entrées, des renouvellements et des sorties, d'assurer le **respect de l'ordonnancier bizon** et de **supprimer l'exonération de ticket modérateur** pour les actes ou produits sans lien direct avec l'affection ou dont le service médical rendu est faible et de **supprimer le régime dit d'« ALD non exonérante »** qui entretient une zone intermédiaire peu lisible.

Enfin, le décloisonnement des parcours doit permettre de réduire les hospitalisations évitables. Trop de journées d'hospitalisation sont aujourd'hui prolongées faute d'anticipation du retour à domicile, de disponibilité en soins médicaux et de réadaptation, de coordination avec la ville ou de solution médico-sociale. Les établissements doivent identifier plus tôt les patients susceptibles de sortir, organiser la transmission d'informations vers la ville et s'appuyer davantage sur des référents de parcours. Le développement des prises en charge coordonnées à domicile, des alternatives à l'hospitalisation, du virage ambulatoire et de la coordination en EHPAD doit être accéléré lorsqu'il répond à des critères de qualité, de sécurité et d'efficience.

2/ Mieux maîtriser les dépenses de santé en associant l'ensemble des acteurs

La maîtrise des dépenses ne peut réussir que si elle associe l'ensemble des financeurs et des acteurs concernés. Elle ne doit pas se traduire par des transferts de charges **non maîtrisés** sans impact sur les facteurs de dynamique de la dépense.

S'agissant des complémentaires santé, le MEDEF considère qu'elles doivent être mieux associées à la gouvernance et au pilotage des domaines qu'elles financent largement, notamment le dentaire, l'optique et l'audiologie. Cette association doit porter sur la qualité, la prévention, la régulation des restes à charge et l'évaluation des dépenses. En revanche, toute baisse de

remboursement par l'Assurance maladie obligatoire doit faire l'objet d'une concertation préalable afin d'éviter qu'elle soit mécaniquement compensée par l'AMC, et donc par les entreprises et les salariés via les contrats collectifs. La coordination AMO/AMC doit servir à mieux piloter la dépense, non à organiser un transfert récurrent de charges.

Une révision des contrats responsables doit également être engagée. Leur cahier des charges a été progressivement alourdi, parfois au détriment de la lisibilité, de la maîtrise du coût des couvertures et de la capacité à développer des démarches incitatives en matière de prévention. Il faut redonner davantage de souplesse aux contrats, tout en évitant une solvabilisation automatique de dépenses insuffisamment pilotées.

La maîtrise des indemnités journalières maladie constitue un enjeu central. Elle doit reposer sur la **pertinence des prescriptions, le contrôle ciblé et le retour à l'activité**. Le MEDEF propose de rendre obligatoires, pour les prescripteurs, les motifs d'arrêt et l'affichage des durées de référence prévues par les référentiels scientifiques, intégrées directement dans les logiciels métiers. Les médecins doivent conserver leur liberté d'appréciation selon la situation clinique individuelle, mais les écarts aux durées recommandées doivent être mieux objectivés.

Les contrôles doivent être concentrés sur les situations statistiquement atypiques : gros prescripteurs, arrêts longs, arrêts répétés, entreprises ou secteurs présentant un absentéisme atypique. **La mise sous objectifs** des médecins gros prescripteurs, l'information des professionnels de santé sur les précédents arrêts, la généralisation de l'expérimentation « **SOS IJ** » et l'intervention plus précoce de l'Assurance maladie dans certaines situations doivent être développées. Le MEDEF propose également d'étudier la forfaitisation des IJ sur la base d'un montant journalier unique ou d'un barème simplifié, afin de réduire les coûts de gestion pour l'Assurance maladie, les employeurs et les organismes de prévoyance. **Nous proposons enfin d'instaurer un ou deux jours de carence d'ordre public, non indemnisés par la Sécurité sociale et non pris en charge par les employeurs.**

Le contrôle de l'absentéisme par les employeurs doit enfin être rendu effectif. Lorsqu'une contre-visite conclut à l'absence de justification d'un arrêt, ses conséquences doivent être mieux reconnues en s'assurant de l'arrêt du versement à la fois du complément employeur et des IJ. Les échanges d'informations entre l'Assurance maladie, les employeurs et les organismes de prévoyance doivent être renforcés, dans le respect des compétences de chacun, pour lutter contre la fraude, améliorer le suivi des arrêts et développer les actions de prévention et de retour à l'emploi.

S'agissant des dépassements d'honoraires, le MEDEF ne soutient ni une suppression du secteur 2, contraire à l'équilibre de la médecine libérale, ni une absence de régulation. La priorité doit être de mieux encadrer les pratiques manifestement excessives, de renforcer les incitations à la modération tarifaire, d'améliorer la transparence pour les patients et de favoriser une meilleure répartition de l'offre médicale sur le territoire. Les critères du « tact et mesure » doivent être clarifiés dans le cadre conventionnel. Le secteur 1 et l'OPTAM doivent être rendus plus attractifs plutôt que de pénaliser indistinctement l'ensemble du secteur 2. Une expérimentation encadrée de contractualisation entre organismes complémentaires et médecins pourrait également être ouverte, afin de tester des engagements en matière de modération tarifaire, de qualité et d'accès aux soins.

3/ Préparer l'avenir du système de santé

La prévention doit devenir un levier concret d'amélioration du système de santé. Le MEDEF soutient la **généralisation de la vaccination en entreprise pour les entreprises qui le souhaitent**, notamment contre la grippe, avec une prise en charge intégrale par l'Assurance maladie obligatoire lorsque la vaccination correspond aux priorités nationales de santé publique. Ce levier est particulièrement pertinent dans les secteurs exposés ou en contact avec des publics fragiles.

Plus largement, **l'adhésion de la population aux démarches de prévention doit être renforcée**. La communication annuelle à chaque assuré d'un relevé des soins réalisés et de leur coût, y compris hospitaliers, pourrait contribuer à une meilleure compréhension de la dépense collective. Le remboursement de certains actes pourrait aussi être davantage articulé avec la réalisation d'actions de prévention, sur le modèle des dispositifs existants en santé bucco-dentaire (« M'T dents »).

Les programmes de suivi des patients (« disease management ») atteints de pathologies chroniques doivent faire l'objet d'un bilan exhaustif afin d'en améliorer l'efficacité. Le partage sécurisé et proportionné des données de santé permettrait de mieux cibler, personnaliser et évaluer les actions de prévention, notamment en associant les organismes complémentaires, qui financent une part importante de certains postes de soins et disposent de canaux de contact utiles avec les assurés. Le repérage précoce des fragilités à partir de 65 ans, la prévention de la perte d'autonomie et le maintien d'un accès effectif aux consultations mémoire doivent également être renforcés.

La politique des produits de santé doit concilier bon usage, innovation et souveraineté. La maîtrise de la dépense ne peut reposer principalement sur des baisses de prix ou des clauses de sauvegarde supplémentaires. Elle doit davantage porter sur la pertinence des prescriptions, le développement des génériques et biosimilaires, la déprescription lorsque cela est justifié, l'évaluation médico-économique des innovations et les économies induites par les prises en charge pertinentes. **La lisibilité et la prévisibilité du cadre de régulation** sont indispensables pour préserver l'investissement, la recherche clinique, l'attractivité industrielle et la souveraineté sanitaire.

Enfin, le MEDEF propose d'adopter un pilotage pluriannuel du système de santé. Une loi de **programmation en santé** permettrait de définir les grandes orientations sur plusieurs années, en cohérence avec les évolutions démographiques, épidémiologiques, technologiques et territoriales. L'ONDAM annuel devrait s'inscrire dans une trajectoire pluriannuelle transparente, documentée et débattue, explicitant les hypothèses de tendanciel, les mesures nouvelles, les économies attendues, les investissements nécessaires et les réformes permettant d'améliorer l'efficacité du système. Les décisions conventionnelles, les investissements hospitaliers, les politiques de prévention et les objectifs de santé publique gagneraient ainsi en cohérence et en lisibilité.

4/ Les mesures auxquelles le MEDEF s'oppose

Le MEDEF soutiendra les mesures d'efficacité, de qualité, de pertinence et de responsabilisation des acteurs. **En revanche, il s'oppose aux mesures qui relèveraient d'une logique de transfert de charge plutôt que d'une véritable maîtrise de la dépense. Plusieurs points appellent à ce titre une vigilance particulière.**

Cela vaut d'abord pour les indemnités journalières: bonus-malus sur les arrêts maladie, allongement du délai de carence compensé par l'entreprise, prise en charge du complément employeur au-delà de six mois ou généralisation de la subrogation. Ces mesures ne traiteraient pas les déterminants réels de l'absentéisme et fragiliseraient les équilibres construits par le dialogue social, notamment en matière de prévoyance.

La même vigilance s'impose s'agissant des complémentaires santé. Une meilleure coordination entre AMO et AMC est nécessaire, mais elle ne doit pas devenir le support d'un désengagement de l'Assurance maladie obligatoire, conduisant mécaniquement à reporter la dépense sur les organismes complémentaires, et donc sur les entreprises et les salariés.

Concernant les produits de santé et prestations associées, la régulation ne peut reposer principalement sur des baisses de prix ou des clauses de sauvegarde supplémentaires non justifiées. Une telle approche fragiliserait l'innovation, l'attractivité industrielle et la souveraineté sanitaire, alors que les leviers prioritaires doivent porter sur le bon usage, la pertinence des prescriptions et l'évaluation médico-économique.

Enfin, le MEDEF appelle à éviter toute approche assimilant par principe les acteurs privés de santé à une logique de rente ou de financiarisation. Les comportements abusifs doivent être sanctionnés lorsqu'ils sont avérés, mais ils ne sauraient conduire à jeter le discrédit sur l'ensemble des acteurs privés, qui contribuent à répondre aux besoins des patients, à moderniser l'offre de soins et à améliorer l'efficience collective.

Positions de la CPME / « Les Entrepreneurs » sur le rapport « Charges et Produits pour 2027 » de la CNAM

La prévention et le patient dans son parcours de santé et la qualité des soins qui lui sont donnés sont clairement identifiés comme des axes majeurs de ce rapport charges et produits. Figure également comme un des 4 axes importants de ce rapport la nécessité de mettre en place des actions structurantes pour payer le juste soin au juste prix, sans oublier la poursuite des efforts collectifs pour assurer la soutenabilité des dépenses de l'assurance maladie. « Les entrepreneurs » ne peut que s'en réjouir, mais fallait-il autant de déficit accumulé durant toutes ces années pour que notre système de soins soit considéré comme une responsabilité partagée par l'ensemble de la société ?

Ainsi, la prévention individuelle, collective et prédictive, le parcours de soins en tant que prise en charge globale pluridisciplinaire, la réévaluation thérapeutique dont la déprescription contribuent à une qualité de vie en meilleure santé.

Le virage de la prévention et son retour sur investissement se doit d'être considéré comme un investissement et être clairement identifié comme tel et ne plus être considéré comme une dépense noyée dans l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie.

Les produits et actes médicaux de prévention, mais aussi les actions tout secteur évitent complications, hospitalisations, errances thérapeutiques, déscolarisations, déprofessionnalisations et arrêts maladies.

La lutte contre toutes les addictions (tabac, alcool, stupéfiants, réseaux sociaux, paris en ligne...) et la lutte contre le mal être sous-jacent doit se renforcer et être pleinement intégrée dans le plan santé mentale, grande cause nationale à poursuivre et à étendre.

Une vision plus ambitieuse, au-delà de l'interdiction, pourrait s'appuyer sur des engagements de formation et d'éducation sanitaire dès le plus jeune âge tout en agissant sur les déterminants sociaux économiques.

Pour les Entrepreneurs, largement contributeurs au système de soins, il faut davantage inciter financièrement et encourager les actions qui réduisent les maladies et valoriser les professionnels qui obtiennent de bons résultats en prévention. La prévention devient ainsi un actif économique plutôt qu'une dépense supplémentaire. Une prévention vertueuse diminuerait les dépenses, les entreprises qui investissent pourraient ainsi bénéficier d'allègement lorsque les résultats sont concluants.

La coordination entre acteurs de prévention et leur programme de communication synchronisé pourraient accroître l'impact et le retour sur investissement.

Les innovations doivent être évaluées non seulement sur leur efficacité clinique, mais aussi sur leur impact économique et organisationnel, afin d'apporter une réelle valeur ajoutée.

L'évolution numérique en plein essor doit relever le défi d'une action coordonnée ville-hôpital, entre professionnels de santé et de soins mais aussi être au service d'une santé prédictive et personnalisée. Il devient ainsi possible de prévenir les risques, d'accompagner et de réévaluer au mieux pour une réelle appropriation de sa santé par le patient au cours de sa vie, en développant des outils personnalisés. Le DMP, comme l'ordonnance numérique, devrait être généralisé en imposant une interopérabilité avec les logiciels métiers à toute structure et mon espace santé déployé en tant qu'outil centralisé. Cette centralisation sécurisée augmenterait l'efficacité et diminuerait les fraudes.

La garantie de l'équité en matière d'accès aux soins de qualité doit profiter à l'ensemble de la population et en particulier aux plus fragiles : jeunes, personnes âgées, mais aussi population précaire ou vivant dans des territoires plus démunis. La priorisation de certains secteurs et territoires (comme les territoires ultra-marins, bien pris en compte) doivent être identifiés au travers d'études ou de généralisation d'articles 51.

Toutes les améliorations proposées ne peuvent répondre à l'enjeu de soutenabilité et de solidarité qu'en combattant sans relâche les fraudes, mais également, en poursuivant les efforts en matière de prévention et de maîtrise des arrêts de travail. A ce titre « les Entrepreneurs » regrettent que les conclusions de la mission commune de la CNAM et de la CAT/MP relative aux IJ maladie mais également AT/MP n'aient pas été plus mises en exergue. En effet, La lutte contre la fraude avec le renforcement des données statistiques patients et prescripteurs devraient permettre de dégager des économies, ainsi que le suivi renforcé par le médecin du travail pour des arrêts atypiques, et le recours plus systématique aux dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle.

En matière de prévention, en particulier pour les métiers exposés à des risques spécifiques, il conviendrait d'assurer la mise en place effective des suivis médicaux prévus dans l'ANI santé au travail (comme la visite de mi-carrière), transposés réglementairement et assurés par les SPSTI.

Enfin, une meilleure coordination transversale entre les différents acteurs (SPSTI, CARSAT, DR AGEFIPH, mais également médecins traitants) permettrait également de gagner en efficacité.

Dans le prolongement de la lutte contre la fraude, l'intelligence artificielle avec l'analyse des données et de flux suspects de facturations, d'actes, de produits, et d'arrêts maladie mais aussi avec le croisement de données avec d'autres organismes peut améliorer nettement la précocité et la détection de la fraude.

Les Entrepreneurs veulent sauver le système de santé en réduisant les dépenses et en excluant tout nouveau financement par les entreprises. Cependant ils relayeront et appuieront toute action de prévention et mettront tout en œuvre pour accompagner au mieux nos salariés afin de garantir leur bien-être et favoriser le retour au travail.

Pour illustrer et concrétiser cette position, les « entrepreneurs » proposent les actions suivantes en matière de :

PREVENTION

Prévention par la vaccination et le dépistage

- Redonner confiance dans la science, faire reculer la défiance affichée sur les réseaux en particulier sur la vaccination afin d'élargir les couvertures vaccinales ;
- montrer l'exemple par l'obligation vaccinale des professionnels de santé dans le but de protéger les patients, principalement à l'hôpital et en EHPAD ;
- Déployer et faciliter les préventions existantes dans les écoles, centres ou lieu de soins ou dans d'autres lieux publics, mais aussi sensibiliser sur les lieux de travail ;
- Poursuivre les campagnes de dépistage en fonction de l'âge (cancer du sein, colorectal...) mais aussi lors de campagnes ciblées sur des maladies chroniques (diabète, problèmes cardiovasculaires) ;
- Développer les autotests.

Prévention par la connaissance et la taxation

- Sensibiliser dès le plus jeune âge puis selon l'âge sur la nutrition, l'alimentation saine et durable. Outre le nutriscore, éduquer à la composition des aliments et des produits transformés et à la lisibilité des étiquettes ;
- Taxation des publicités incitant à la consommation de produits pouvant provoquer des conduites addictives et nuire à la santé.

La prévention organisationnelle

- Coordonner les actions au sein des structures ;
- Prévoir un plan de communication partagé sur l'année ;
- Communiquer sur les résultats positifs des programmes de préventions ;
- Inciter plus fortement les professionnels de santé à proposer des entretiens de prévention pendant les campagnes ;
- Définir des populations cibles prioritaires et adapter les programmes de communication et d'intervention.

Prévention et maladies chroniques

- Poursuivre les entretiens de prévention et de bilan de médication, avec un focus particulier sur le diabète et les maladies cardiovasculaires ;
- Généraliser les bilans de médication avec réévaluation à 6 mois dans les EHPAD ;
- Proposer un suivi personnalisé coordonné pour des suivis multidisciplinaires avec des polypathologies ;
- Proposer une information voire une formation sur une prévention secondaire ciblée en groupe sur un ou plusieurs jours sur une période de un ou deux mois pendant un arrêt maladie suite à une hospitalisation par exemple ;

- Analyser l'impact en recueillant des données en vie réel, changements effectués dans le mode de vie, baisse du nombre de médicaments ou baisse de dosage...par point téléphonique ou visio ou par un professionnel de proximité.

PARCOURS de SOINS

Ce parcours, selon les maladies, est plus ou moins complexe et long et de surcroît pas forcément équitable selon les territoires.

Le recours aux urgences est parfois la seule option identifiée par le malade.

Orientation et coordination

- Faciliter l'entrée en soin, proposer des orientations médicales via les MSP et CPTS, dégager des créneaux pour les soins non programmés : cette possibilité est encore méconnue pour beaucoup ainsi que le service d'accès aux soins : rendre cette possibilité plus lisible ;
- Favoriser les équipes mobiles pour certaines prises en charges (EHPAD, soins post hospitalisation) ;
- Favoriser la coordination, entre soignants, entre établissements, entre public et privé: un parcours plus court, moins cher avec un accompagnement pour éviter les rechutes ;
- Optimiser le lien ville - hôpital, pour éviter toute rupture de soin en sortie. Identifier les soignants contact du patient (médecin traitant, infirmier, pharmacie...) ;
- Favoriser un relais intermédiaire si l'offre en aval n'est pas satisfaisante.

Décloisonnement et numérique

- Transmettre ou rendre accessible les données « patients » aux professionnels : ce point doit être vérifié lors de toute prise en charge, pour une prise en charge adaptée et de qualité ;
- Alimenter le DMP et mon espace santé ;
- Garantir une bonne littératie en santé en impliquant l'ensemble des professionnels de santé afin de favoriser l'autonomie, l'adhésion aux soins et la prévention de rechutes ou de complications ;
- Associer les aidants à cette prise en charge et les pairs aidants selon les maladies : un entourage éduqué à la maladie, aux difficultés potentiels d'appropriation par le malade permettra au malade d'être un meilleur acteur de sa propre maladie.

L'engagement patient

- le patient s'engage s'il est en confiance et s'il perçoit la qualité des soins, le soignant de son côté doit également percevoir une amélioration dans sa relation avec le patient mais aussi par un gain dans sa propre pratique ;

- Le recueil des données et leurs publications permet d'analyser et faire progresser les pratiques ;
- Introduire cette notion dans les formations initiales et continues pour faire évoluer les pratiques et intégrer le gain côté patient et soignant ;
- Proposer des changements acceptables aux PS dans leur pratique par un accompagnement par des pairs : faire évoluer des chartes de qualité en chartes d'engagement réciproque patient - soignant comme label de qualité ;
- Expérimenter ces pratiques au sein des MSP, CPTS ou services hospitaliers en accompagnant les professionnels volontaires.

SANTÉ MENTALE et PSYCHIATRIE

- Déstigmatiser pour libérer la parole : communiquer, informer et créer des échanges et débats (dans les écoles, les lieux de soins, les lieux publics et les médias pour les parents , enseignants et personnel encadrants ;
- Alerter sur les consommations de substances dès le collège avec des effets dévastateurs sur la santé mentale. Débanaliser ces consommations, par des campagnes chocs ;
- Faciliter les formations PSSM pour mieux repérer les signes de fragilité et mieux communiquer avec les personnes identifiées ;
- Faire intervenir des pairs ou des pairs aidants dans les classes ;
- Diagnostiquer ce qui relève d'un accompagnement et ce qui nécessite un suivi par un psychiatre, les signes évoluant avec l'âge ;
- Identifier les personnes à risque avec une proposition de suivi d'observation ;
- Prioriser la prise en charge des cas nécessitant des soins.

SOINS PSYCHIATRIQUES

Face aux besoins et au manque de psychiatres et malgré l'aide des infirmiers et des psychologues, il est nécessaire de valoriser cette spécialité.

- Mettre en place des urgences psychiatriques, plateforme ou contact sur l'ensemble du territoire pour garantir un accès aux soins ;
- Revoir la sectorisation qui défavorise les personnes ayant besoin de soins en urgence ou spécifiques, de confirmation de diagnostic, de coordination avec un autre service (ex: addictologie). Les centres experts sont souvent hors secteur et souvent inaccessibles pour les populations rurales ;

- Prévoir d'emblée des rendez-vous de suivi pour éviter les rechutes avec ou sans hospitalisations ;
- Favoriser la coordination sur le territoire entre structures médicales mais aussi avec le médico-social et l'intégration par la réhabilitation ;
- Associer les aidants à la prise en charge ;
- Valoriser les parcours coordonnés et globaux et mettre en place un coordinateur de soins afin de responsabiliser l'ensemble de l'équipe.

INDEMNITES JOURNALIERES /ATMP:

Actions sur les arrêts de travail initiaux et de courte durée :

- Poursuivre le contrôle des plateformes de téléconsultations et du nomadisme médical pour obtenir un arrêt de travail ou une répétition des arrêts ;
- Lutter contre le consumérisme et la banalisation ;
- Poursuivre l'action SOS IJ et la campagne de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable de médecins (MSO/MSAP) systématique pour les gros prescripteurs ;
- Mettre en place un suivi de l'absentéisme de l'assuré, et poursuivre la campagne ciblée vers les entreprises ayant un fort taux d'absentéisme (par des actions de prévention, et d'accompagnement) toujours dans l'esprit de la démarche « d'aller vers » ;
- Sensibiliser les prescripteurs sur des durées type d'arrêts en fonctions des pathologies (HAS) ;
- Evoluer vers 3 jours de carence d'ordre public, non couverts par l'employeur, avec modification du code du travail.

LES DROM : PROPOSITIONS GÉNÉRALES

- Analyse des professionnels de santé (PS) sur les différents territoires avec une projection à 5 ans, pour mesurer l'offre en tenant compte du vieillissement à la fois des médecins et de la population ;
- Analyse des différences entre les départements DROM en termes d'infrastructures afin d'adapter au mieux les propositions au territoire ;
- Favoriser au maximum les activités sur place ou dans les territoires d'outremer : activités de soins, de dépistages et d'analyse (ex: lecture des kits de dépistage du cancer colorectal), téléconsultations, analyses biologiques délocalisées ;

- Mettre en place des essais pilotes de prises en charge pluridisciplinaires sur des thématiques propres à chaque département mais aussi sur un sujet transversal qui pourrait concerner plusieurs départements avec des problématiques similaires ;
- Déployer la téléconsultation ;
- Promouvoir la biologie délocalisée ;
- Inciter la délivrance de biosimilaires dans toutes les officines par la mise en place d'une ROSP.

DROM : PRÉVENTION

- Déployer la vaccination et les dépistages dans l'ensemble des lieux de soins (cabinets infirmiers, pharmacies) ;
- Simplifier les accès aux dépistages et leur exploitation par des ancrages locaux ;
- Inciter les PS à proposer les dépistages ;
- Réaliser des essais pilotes pluridisciplinaire pour diminuer la prévalence du diabète, (dépistage, suivi médical, éducation thérapeutique, diététique et accompagnement) ;
- Proposer des entretiens "DROM" spécifiques à des âges charnières, adolescence, jeune adulte, femme enceinte, adulte.

DROM : PARCOURS DE SOINS

- Garantir un suivi des ALD, médecin, infirmier ou pharmacien, avec un relais médical en présentiel ou à distance selon les possibilités ;
- Déployer le numérique dans les centres de soins, pharmacies, laboratoires ;
- Acculturer la population au numérique avec un accompagnement à la téléconsultation par exemple ;
- Spécialiser des régions où une offre de soins existe et déployer le numérique pour atteindre les populations éloignées du soin.



Rapport CNAM Charges et produits 2027

Contribution U2P

Dans le cadre du rapport « Charges et Produits » 2027 de la CNAM, vous trouverez, ci-dessous, la contribution de l'U2P.

- Trajectoire financière : La trajectoire financière de la Sécurité sociale en France est marquée par un déficit structurel persistant, accentué par les crises successives et le vieillissement de la population. Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) ressort à – 21,6 Md€ selon le projet de loi d'approbation des comptes sociaux définitifs.

La branche maladie porte, à elle seule, plus de 70 % de ce déficit. Le solde de la branche vieillesse s'est dégradé pour atteindre - 7,1 Md€. Seules les branches Famille (+1,2 Md€) et autonomie (+0,1Md€) sont en excédent.

La branche ATMP affiche un déficit de 0,2 Md€, notamment en raison de transferts progressivement pérennisés au fil des années, alors même que les cotisations des entreprises avaient vocation, à l'origine, à soutenir la prévention et à financer la réparation.

Ce qui est inquiétant c'est le creusement de la dette sociale qui est supporté désormais par l'Urssaf Caisse nationale.

Le niveau de dette croissant qui pèse ainsi sur l'Urssaf Caisse nationale contrevient à sa mission qui n'a pas vocation à s'endetter et à porter une dette de long terme. Surtout, la progression de cet endettement conduit à un risque de plus en plus sérieux de crise de liquidité.

Les principaux enjeux pour la branche maladie sont la maîtrise de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), l'amélioration de l'efficacité du système de santé et la recherche d'un équilibre entre soutenabilité financière et maintien de l'accès aux soins.

- Articulation AMO/AMC : L'articulation entre **assurance maladie obligatoire** et **assurance maladie complémentaire** constitue un pilier essentiel de la protection sociale, en combinant solidarité nationale et couverture renforcée. Le système dual reste pertinent : l'AMO assure la prise en charge des risques lourds tandis que l'AMC complète les besoins courants. Toutefois, l'équilibre est fragilisé par plusieurs facteurs : coûts disproportionnés pour les TPE, complexité administrative, faible lisibilité des garanties, instabilité réglementaire et transferts croissants de charges vers les complémentaires. Une évolution est nécessaire : **clarifier les périmètres respectifs, améliorer la coordination entre acteurs publics et privés, stabiliser le cadre juridique et garantir une soutenabilité globale du système**. L'objectif doit être un modèle plus lisible, mieux piloté et plus équitable, sans remettre en cause le principe d'un système dual.

L'U2P est favorable à une évolution de l'articulation AMO/AMC et non à une remise en cause. Elle défend le maintien d'un système dual, fondé sur la complémentarité entre acteurs publics et privés, et ancré dans une gouvernance paritaire.

Le système français d'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaires, structuré autour de la Sécurité sociale, s'est construit progressivement, sans schéma d'ensemble. Il en résulte un modèle complexe, peu lisible, marqué par des chevauchements de financement et des inégalités de couverture.

Une évolution prioritaire consiste à expliciter la répartition des interventions entre AMO et AMC. **Le périmètre du socle obligatoire doit être mieux défini**, afin de limiter les zones de recouvrement actuelles. Dans cette perspective, l'U2P propose l'instauration d'un système de prise en charge progressive (exemple : 50% le 1er jour, 75% le 2ème jour,...), qui constituerait un

levier de régulation essentiel et permettrait aux branches professionnelles de conserver un espace de négociation.

L'articulation entre AMO et AMC doit évoluer vers des modalités plus intégrées, fondées sur la coordination des interventions. À cet égard, les dispositifs associant financement obligatoire et complémentaire autour d'objectifs communs constituent des références pertinentes.

Une articulation plus claire entre AMO et AMC doit contribuer à une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

Enfin, l'évolution de l'articulation AMO/AMC suppose que soit établi un diagnostic complet de soutenabilité de notre système de santé dans sa globalité (indicateurs partagés, évaluation des charges, mode de fonctionnement attendu) ainsi qu'une analyse approfondie de leurs interactions, en vue d'optimiser l'efficacité globale du système. Cela requiert également la mise en œuvre d'une gouvernance partagée ainsi que d'un cadre de prévision et de pilotage pluriannuel.

- Sur la biologie médicale : L'U2P note avec satisfaction la place donnée à la prévention, indispensable pour ralentir la croissance des pathologies chroniques et la croissance de leur coût mais est surprise de constater certaines distorsions dans les données financières relatives à la biologie médicale. Le rapport présente un biais méthodologique en excluant les sociétés holdings, alors qu'elles concentrent l'essentiel de la dette liée aux rachats et aux regroupements des laboratoires. Cette exclusion donne une image incomplète du secteur en sous-estimant son niveau réel d'endettement et en surestimant sa rentabilité. Il est souhaitable que soit effectuée une correction des données ou, à défaut, que soit indiqué un avertissement précisant ces limites. L'U2P note également l'utilisation de données datant de 2023, qui ne tiennent pas compte de la baisse des tarifs et de la hausse des coûts intervenues depuis. Enfin, le chiffre d'affaires est un indicateur inadapté pour mesurer la rentabilité et préconise d'utiliser la valeur ajoutée, jugée plus pertinente et comparable aux autres secteurs économiques.

- Organisation, régulation et optimisation du parcours de soins : En raison d'un effectif réduit, l'absence prolongée d'un salarié déstabilise rapidement l'activité d'une très petite entreprise. Un accompagnement de proximité et simplifié est indispensable, car ces structures ne disposent pas des ressources internes pour mobiliser seules les dispositifs existants.

En ce qui concerne les travailleurs indépendants (artisans, commerçants, professions libérales), l'absence d'employeur et de suivi médico-professionnel systématique les expose à des risques majeurs (perte de chiffre d'affaires, cessation d'activité). Des leviers adaptés doivent être déployés : accès facilité à la prévention (troubles musculosquelettiques, risques psychosociaux), aménagement du travail, solutions de remplacement et modalités de reprise progressive et graduée.

Pour enrayer la dynamique actuelle, l'U2P préconise une action collective et précoce, reposant sur plusieurs piliers :

- **Une gouvernance partagée** : Renforcer la coopération entre le médecin prescripteur, le médecin-conseil et le médecin du travail, tout en associant l'employeur et le salarié pour anticiper les ruptures.
- **Une prévention précoce** : Intensifier les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) dès les premiers mois d'arrêt, période jugée la plus efficace. Le texte valorise les programmes existants de la CNAM (comme *TMS Pros* ou les programmes liés à la santé psychique) pour réduire la sinistralité.

Le maintien dans l'emploi à travers un parcours PDP structuré s'organise autour d'un parcours fluide et coordonné :

- **Le repérage précoce** : Identification des situations à risque par l'Assurance Maladie, le médecin traitant, l'employeur ou la cellule PDP.
- **Le contact et l'orientation** : Prise de contact rapide de l'Assurance Maladie avec l'assuré pour évaluer ses besoins. En cas de complexité, le dispositif SOS // permet un échange direct entre le médecin traitant et le service médical.
- **L'activation d'outils adaptés** : Recours aux visites de pré-reprise, à l'accompagnement social, aux essais encadrés ou à la reprise progressive. Le recours à un second avis spécialisé (psychiatrie, rhumatologie) est encouragé, bien que limité par la pénurie de spécialistes.
- **La prise en charge des cas complexes** : Mobilisation de la cellule PDP du SPSTI pour élaborer un plan de maintien dans l'emploi ou un projet de reconversion professionnelle.
- **Le suivi coordonné** : Maintien d'un suivi pluripartite (salarié, médecin du travail, employeur, Assurance Maladie) jusqu'à la stabilisation de la situation.

Dans une logique de **pertinence du parcours de soins** et de **lutte contre le gaspillage**, la solidarité nationale doit être recentrée sur les actes essentiels, garants des progrès de santé publique et de l'allongement de l'espérance de vie en bonne santé. Parallèlement, la refonte de la carte sanitaire vise à redonner aux professionnels du premier recours — médecins, infirmiers, pharmaciens — un rôle moteur dans l'amélioration de la pertinence des soins, à travers l'élaboration d'accords conventionnels interprofessionnels pouvant intégrer des objectifs chiffrés, notamment en matière de réutilisation de médicaments non utilisés, de dépistage précoce ou de développement des génériques et biosimilaires. Cette démarche doit s'accompagner de la **généralisation du dossier médical partagé**, dont l'alimentation et la consultation systématiques constituent un levier indispensable pour garantir la continuité, la coordination et la qualité des prises en charge. Elle doit également s'appuyer sur le déploiement **d'outils d'aide à la décision médicale**, conformément aux orientations prévues à l'article 80 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, afin d'accompagner les professionnels de santé dans des prescriptions et des parcours fondés sur les meilleures données disponibles. Enfin, l'optimisation du suivi des patients atteints de maladies cardio-métaboliques ou de maladie rénale chronique doit s'appuyer sur l'expertise des biologistes et leur réseau pour améliorer le dépistage, réduire les complications, limiter les hospitalisations et les consultations spécialisées, et diminuer significativement les coûts liés aux phases aiguës et terminales, grâce à une meilleure exploitation des données biologiques existantes.

- Santé mentale des jeunes : la prise en charge de la santé mentale des jeunes nécessite un **accès direct** aux psychologues et une pratique fondée sur l'autonomie professionnelle propre à cette discipline. Le dispositif **Mon soutien psy**, n'est pas suffisamment adapté aux besoins cliniques des publics, notamment en raison de son organisation standardisée, de la limitation du nombre de séances et du rôle central accordé à l'assurance maladie et aux instances médicales. La psychologie relève des sciences humaines et son exercice ne doit pas être placé sous une tutelle médicale ou administrative susceptible de restreindre la diversité des pratiques et la qualité de l'accompagnement proposé aux jeunes.

- Lutte contre la fraude à l'assurance maladie : L'U2P est favorable au renforcement de la lutte contre la fraude, dont les résultats démontrent l'efficacité pour préserver l'intégrité et la soutenabilité de notre système solidaire. L'ampleur des actions engagées atteste d'une réponse proportionnée face aux abus, notamment en matière de faux arrêts de travail et de pratiques frauduleuses dans le secteur de la santé, indispensable pour préserver les ressources publiques.

- les masseurs kinésithérapeutes : Les données de l'Assurance Maladie montrent clairement que le modèle conventionnel actuel n'est plus adapté à la réalité d'une population vieillissante, plus chronique et plus dépendante. Le problème ne réside ni dans les professionnels ni dans leur engagement, mais dans un système de rémunération fondé sur l'acte, devenu incapable de répondre aux enjeux contemporains : **pertinence des soins, autonomisation des patients, accès équitable et attractivité de l'exercice libéral.**

Face à ce constat, les solutions internationales fondées sur la limitation des séances ou la modulation des remboursements apparaissent insuffisantes et parfois contre-productives. À l'inverse, les orientations ci-dessous constituent une réponse cohérente et structurée aux défis démographiques, économiques et territoriaux identifiés.

- **Le renforcement du bilan diagnostic et la création d'un bilan trimestriel.** Donner plus de poids au bilan initial et instaurer un bilan de suivi trimestriel pour adapter la prise en charge en fonction de l'évolution réelle du patient, plutôt que selon des seuils administratifs.

- **La majoration des premières séances de rééducation musculo-squelettique** Mieux rémunérer les épisodes courts où l'éducation, les conseils et l'autonomisation jouent un rôle déterminant, afin d'augmenter les files actives et réduire le nombre moyen de séances.

- **La création d'un forfait patientèle.** Introduire une rémunération complémentaire basée sur le profil du patient (âge, ALD, dépendance, complexité) pour valoriser la coordination, la prévention et l'accompagnement au long cours.

- **La revalorisation des spécificités à forts enjeux de santé publique et l'ouverture encadrée d'espaces de liberté tarifaire.** C'est une réponse à la nécessité de préserver l'attractivité de l'exercice conventionné dans un contexte où les revenus stagnent malgré l'augmentation de l'activité globale.

Les éléments démontrent les limites d'un modèle conventionnel construit pour une population plus jeune, moins chronique et moins dépendante que celle d'aujourd'hui.

L'enjeu n'est plus de limiter les soins mais de transformer les modalités de rémunération afin de favoriser la pertinence, l'autonomisation, l'accès aux soins et l'efficience.

Transformer la rémunération n'est plus une option mais une nécessité pour construire un système plus efficace, plus juste et mieux aligné avec les besoins réels de la population.

Le législateur¹ a confié aux gestionnaires de l'assurance maladie la responsabilité de proposer chaque année au Ministère en charge de la Sécurité Sociale et au Parlement, un rapport sur l'évolution des charges et des produits. Le conseil de la CNAM a donc toute légitimité à y contribuer. La Mutualité Française a salué la démarche engagée par la Direction Générale de la CNAM en 2025 d'associer les organisations membres du conseil à l'élaboration du rapport. Dans ces conditions, elle ne comprend pas l'ajout par la CNAM, sans concertation et en « dernière minute », d'un chapitre structurant sur la soutenabilité des dépenses dont l'intention semble uniquement de justifier l'absence de volonté des pouvoirs publics pour remettre à plat le contrat responsable et les annonces de transferts. De même, la présentation du rapport à la presse par la CNAM avant le vote par le Conseil est tout aussi incompréhensible.

La poursuite de la dégradation des comptes sociaux dans un environnement géopolitique, économique et politique également incertain nous oblige collectivement dans la réalisation du dernier rapport « charges et produits » avant les échéances électorales de 2027. Tout comme la LFSS pour 2027, il ne doit ni être le prétexte à l'inaction, ni céder à la facilité de mesures court-termistes telles que taxes, transferts, alourdissement des franchises ou détérioration des indemnisations des arrêts de travail, sanctionnant les assurés sociaux plutôt que de rechercher leur engagement. Finalement, ces mesures se révèlent attentatoires à l'universalité de la protection sociale.

Convaincue qu'il y a urgence à refonder l'ensemble de notre système de santé et de protection sociale, la Mutualité Française appelle à nouveau à une démarche collective, associant l'ensemble des acteurs, portant sur une réforme structurelle de l'organisation et du financement de la protection sociale. Cette réforme doit dépasser le strict cadre d'une LFSS, et s'intéresser tout à la fois aux recettes et aux dépenses, à la recherche d'efficacité dans un cadre systémique et pluriannuel et à l'investissement durable sur la prévention et l'innovation.

De plus, si chaque acteur du système de santé doit apporter sa pierre à l'édifice, plutôt qu'une responsabilisation « culpabilisante », les mesures proposées devraient davantage tendre vers une responsabilité « positive » outillant la conscientisation et l'engagement de chacun.

Profondément solidaire, notre modèle social ne peut fonctionner durablement que si les citoyens ont confiance dans l'équité des contributions et des prestations. La lutte contre la fraude constitue ainsi un enjeu majeur pour la soutenabilité et la légitimité de notre système de protection sociale. La loi récemment publiée² confirme la légitimité des organismes complémentaires d'assurance maladie au

¹ Loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

² LOI n° 2026-534 du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales

même titre que l'Assurance maladie et au service de la légitimité et de la pérennité de notre système de protection sociale. Rendre cette loi opérationnelle est désormais la priorité.

Notre système de santé s'est nativement construit avec des acteurs publics et privés. Les solutions ne pourront se construire et se mettre en œuvre qu'en tirant le meilleur parti de notre système dual, en associant l'ensemble des parties prenantes et en organisant la mise en cohérence des politiques publiques, santé, prévention, l'éducation, le logement, l'alimentation, l'environnement, le transport... pour appréhender les enjeux liés aux transitions démographiques, climatiques, numériques d'ores et déjà à l'œuvre. La Mutualité Française poursuivra son engagement en ce sens considérant qu'il s'agit de la seule voie à même d'impulser une diminution sensible de la part du déficit des comptes sociaux dans le PIB.

Aussi, et compte tenu de la complexité de ces sujets et de leur interdépendance, nous devons collectivement nous garder de solutions a priori simples et séduisantes. Pour cette raison, la Mutualité Française s'oppose à l'intégration, de manière isolée, dans le rapport « charges et produits » de propositions, nécessairement réductrices, sur l'accessibilité à la complémentaire santé.

De la même manière, les complémentaires santé ne peuvent plus constituer l'amortisseur de la prise en charge des dépenses de santé. Le rapport charges et produits justifie 600 millions de transferts, sans les qualifier explicitement et donc les assumer comme tels, au titre de « l'articulation des financeurs ». Toute discussion sur un éventuel transfert de dépenses vers l'assurance maladie complémentaire ne peut s'engager sans avoir objectivé la répartition effective des dépenses et son évolution sur un périmètre exhaustif. La Mutualité Française continue de dénoncer la vision déformée de ce périmètre des dépenses de santé, relayée dans le rapport³ : exclusion de certaines dépenses prises en charge par les seuls OCAM, dépenses affectées à l'AMO en réalité financées par l'AMC, solde de la taxe de solidarité additionnelle affecté à la CNAM.

Aussi, malgré des propositions intéressantes, pointées ci-après, la Mutualité Française n'apporte pas son soutien au rapport « charges et produits » pour 2027.

➤ **PASSER D'UN SYSTEME QUI FINANCE LA PRODUCTION DE SOINS A UN SYSTEME QUI MAINTIENT EN BONNE SANTE**

Plusieurs propositions du rapport charges et produits pour 2027 poursuivent et amplifient les mesures identifiées pour 2026 : dépistage, vaccinations, addictions, alimentation. La Mutualité Française accueille favorablement les recommandations complémentaires pour 2027 visant à davantage intégrer la prévention dans le parcours santé des personnes âgées d'une part et à prendre en compte les spécificités des DROM d'autre part.

Au-delà, la Mutualité Française estime que la transformation de la prévention suppose de passer d'une logique de dispositifs isolés à une logique de santé populationnelle. Dans cette perspective, les organismes complémentaires apportent une valeur spécifique, complémentaire à celle de l'assurance maladie obligatoire, en permettant d'objectiver le reste à charge, les situations de renoncement ou encore l'impact des actions de prévention. En particulier, la levée des freins à la valorisation secondaire des données de santé, dans un cadre éthique, sécurisé et opérationnel, est un préalable pour développer des actions de prévention secondaire et tertiaire dont l'impact positif est largement documenté.

³ Cf. p. 253 du rapport charges et produits « renforcement de l'articulation entre les assurances maladies pour permettre un accès à l'assurance complémentaire pour tous »

Les propositions du rapport charges et produits nous amènent à converger vers l'évidence que la prévention doit être reconnue comme une prestation pour l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie et être pleinement intégrée dans la tarification des offreurs de soins.

➤ PRODUIRE LES BONS SOINS SELON LES BESOINS PAR L'EFFICIENCE

L'efficience par l'optimisation des dépenses

Chaque euro dépensé doit l'être de manière efficiente. La DREES estime le coût de l'inefficience à quelques 50 milliards d'euros.

L'efficience est donc un levier prioritaire mais qui doit aller de pair avec la qualité des soins. Aussi, à l'inverse d'une logique de réduction comptable et de court terme des dépenses, la Mutualité Française soutient des démarches, visant à améliorer simultanément la pertinence des actes et prescriptions, la qualité des soins, la sécurité des patients, s'appuyant sur des validations scientifiques et médicales (notamment HAS, sociétés savantes...).

Au regard des propositions identifiées dans le rapport « charges et produits » pour 2027 :

- La Mutualité Française abonde dans le sens d'une clarification des prises en charge des pratiques des masseurs-kinésithérapeutes, le rapport relevant qu'actuellement les situations couvertes par un référentiel de la HAS ne représentent que 10 % seulement de l'activité en kinésithérapie en ville. Néanmoins, les réflexions sur le modèle de financement et la répartition AMO-AMC ne peuvent s'engager qu'à l'issue des travaux de la HAS et non pas les précéder comme le suggère le rapport.

Plus globalement, les dépassements d'honoraires ont un impact significatif sur les restes à charge. Alors qu'en 2025, ils s'élèvent à 4,7 milliards d'euros et que le taux de dépassement moyen augmente depuis 2020⁴, la Mutualité Française en appelle à une meilleure maîtrise. Elle fixe cependant un préalable qui est la juste rémunération des professionnels de santé. Il est également nécessaire de privilégier l'implication de tous, entre autres via l'association des assurés sociaux au juste recours aux soins, en les rendant acteurs de leur consommation de soins.

- S'agissant du médicament, la Mutualité Française accueille favorablement :
 - La nécessité d'améliorer la coordination du parcours des personnes âgées pour développer les stratégies de déprescription en combinant éducation thérapeutique, bilans médicamenteux et interactions directes entre pharmaciens, patients et autres professionnels de santé.
 - Le fait de considérer la déprescription en tant que partie intégrante du soin.

Au-delà, les thérapies non médicamenteuses (ex. généralisation d'expérimentations en sport santé) auraient pu donner lieu à des propositions complémentaires.

En outre, en responsabilité, la pertinence, devraient conduire à des prises de position non équivoques sur le déremboursement des médicaments jugés inutiles sur critères scientifiques.

⁴ Rapport HCAAM, juin 2026

L'efficience par l'optimisation des recettes

Cela suppose une distinction claire et nette entre ce qui relève de l'impôt, du système de cotisations et de ce que l'on considère juste de laisser à la charge du patient, afin de fixer le bon niveau de prélèvements. Ceci ne peut se faire qu'au prix d'un véritable pilotage du système, fondé sur une planification et une pluri-annualisation des besoins. La durabilité est aussi affaire de prévisibilité.

L'efficience est de la responsabilité de tous

L'efficience ne peut se construire qu'avec l'ensemble des acteurs du système de santé.

La Mutualité Française appelle ainsi à renforcer le trilogue assurance maladie obligatoire / UNOCAM / UNPS et à réaffirmer que les OCAM ne sont pas uniquement des financeurs mais également des préventeurs et des gestionnaires du risque au service de la santé.

L'efficience passe également par un renforcement des coopérations entre professionnels de santé. Ainsi, la Mutualité Française s'associe à la proposition qui, au regard de la dynamique des indemnités journalières, promeut une meilleure articulation entre médecin traitant, médecin du travail, médecin conseil pour une approche plus globale de la santé au travail.

Par ailleurs, la Mutualité Française partage pleinement le constat posé dans le rapport charges et produits 2027 que le patient doit être acteur de santé et regrette que les propositions ne soient pas plus engageantes. L'expérience patient est en effet un pré-requis à l'engagement du patient. Si l'expérience patient est intégrée dans la certification et le financement des établissements de santé, elle est à développer pour les soins primaires. Les coopérations territoriales d'offeurs de soins et d'accompagnement (CPTS, DAC), l'exercice regroupé (maisons de santé, centres de santé...) constituent une organisation favorable au déploiement. Ce dernier passerait également par des mesures incitatives à intégrer dans le dispositif conventionnel.

➤ PROTÉGER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE PROTECTION SOCIALE EN LUTTANT CONTRE LA FINANCIARISATION

La financiarisation correspond à l'entrée d'acteurs extérieurs à la santé dans les secteurs de soins et d'accompagnement et dont la finalité première est la rémunération du capital investi. Ces logiques financières, favorisées par des choix de sous-financement du système de santé, entrent en contradiction avec les objectifs d'accès aux soins et de qualité des prises en charge. Au-delà des analyses et suivis d'indicateurs préconisés dans le rapport charges et produits pour 2027, la Mutualité Française estime nécessaire de promouvoir un véritable plan d'action :

- Assurer une meilleure effectivité du droit existant (notamment par les mécanismes de régulation),
- Questionner l'accès à certaines activités relevant du service public,
- Utiliser le levier fiscal pour limiter les excédents,
- Contrôler les financements de manière transverse qu'il s'agisse d'aides relevant du budget de l'Etat, des collectivités locales, de la Sécurité Sociale, y compris les fonds à la main des caisses d'assurance maladie.

Contribution de l'Unaf

Rapport Charges & Produits pour 2027

Préambule

L'Unaf tient à remercier l'ensemble des équipes de la CNAM pour la qualité du travail et des analyses effectués dans le cadre de la construction de ce Rapport, en lien avec les échanges menés au sein du Conseil. Néanmoins, l'Unaf a des difficultés pour apprécier l'impact qu'ont pu avoir les contributions des différents membres du Conseil sur l'orientation et l'élaboration des propositions inscrites dans ce rapport, même si nous en partageons la plupart. La méthodologie proposée doit donc continuer à renforcer l'objectif, que nous soutenons, de co-construction du rapport "Charges & Produits".

Concernant la prévention

L'Unaf salue l'engagement de la CNAM concernant la prévention, présente au sein de plusieurs propositions dans le cadre des différents rapports « Charges & Produits ». **L'Unaf est pleinement en accord avec la CNAM lorsque cette dernière affirme que la prévention s'impose comme un levier stratégique prioritaire et un axe central de la solidarité du système de santé.** Les projections présentées dans ce rapport le prouvent.

Ainsi, la politique de prévention et de promotion de la santé devrait être plus volontariste et ambitieuse et s'inscrire dans une vision pluriannuelle. Nous espérons que les années à venir marqueront clairement ce changement de paradigme si nécessaire.

Cette année encore, de nombreuses propositions intéressantes ont été débattues au sein du Conseil et concernent les différents âges de la vie.

Concernant la prévention à destination des enfants et des jeunes, l'Unaf soutient l'ambition de l'Assurance maladie de déployer des actions en complémentarité avec d'autres acteurs, notamment en milieu scolaire.

En ce sens, l'Unaf est favorable au renforcement du repérage précoce des troubles visuels et du langage chez l'enfant, ainsi que la mise en place d'un suivi personnalisé au bénéfice des enfants repérés. Ces démarches s'inscrivent dans l'intérêt de l'enfant et contribuent à lutter contre les inégalités sociales. Dans ce cadre, **l'Unaf n'est pas opposée à ce qu'il n'y ait pas de recueil préalable de l'accord des parents mais une simple information.**

Concernant d'autres actions possibles menées par l'Assurance maladie, il est toujours fondamental de rechercher l'adhésion des parents aux démarches de prévention. Cependant, l'Unaf est consciente de la difficulté de mener des actions lorsque les parents ne répondent pas aux sollicitations des acteurs de prévention. Ainsi, l'Unaf, si elle reconnaît la possibilité pour les parents de ne pas donner leur accord à des actions de prévention en milieu scolaire, défend la possibilité de mettre en place un accord réputé tacite à la suite d'un certain délai, afin de pallier l'éventuelle absence de réponse des parents. Cela faciliterait ainsi le déploiement d'actions en matière de prévention en milieu scolaire.

Par ailleurs, **l'Unaf est satisfaite de voir que la santé mentale des jeunes demeure une préoccupation majeure pour l'Assurance maladie.** L'enquête réalisée par l'Unaf, sur la santé des enfants vue par les parents¹, montrait les difficultés que ces derniers rencontraient dans le cadre du parcours de leurs enfants (ou l'absence de parcours) en santé mentale.

Plusieurs facteurs sont déterminants concernant la santé mentale et le rapport souligne des pistes d'actions que l'Unaf soutient : prévention des violences intrafamiliales, lutte contre l'isolement, formation aux premiers secours en santé mentale, meilleur usage du numérique et des écrans. **Sur ce dernier point, l'Unaf, acteur important et engagé sur ce champ, continuera à collaborer avec l'ensemble des acteurs qui agissent en ce domaine.**

Parmi les autres propositions d'action, **l'Unaf soutient la demande de l'affichage obligatoire du Nutri-Score et l'amélioration de l'information concernant le caractère ultra-transformé de certains produits.**

Enfin, **l'Unaf ne peut qu'appuyer la demande de l'Assurance maladie de renforcer des actions de contrôle "clients mystères" sur la vente de tabac et d'alcool au moins de 18 ans dans le cadre du Fonds de lutte contre les addictions.** L'Unaf a d'ailleurs signé une convention avec le Comité National Contre le Tabagisme (CNCT) pour le développement de telles actions.

Cependant, **l'Unaf déplore l'absence de mesures ambitieuses concernant notamment la lutte contre la consommation d'alcool, particulièrement chez les adolescents mineurs.**

De même, **la prévention des accidents de la vie courante (AcVC) à destination des enfants et des adolescents ne fait l'objet d'aucune mesure alors même qu'il s'agit d'un facteur majeur de risques.** À ce sujet, le Haut Conseil de santé publique vient de publier un rapport qui rappelle la nécessité de développer une politique de prévention multimodale. Pour l'Unaf, la CNAM a un rôle essentiel à jouer et pourrait participer à l'élaboration d'une stratégie

¹ Enquête quantitative : *Le parcours de santé des enfants, vu par leurs parents*, Unaf, novembre 2023.

nationale à ce sujet et contribuer à l'étude des coûts que représentent ces AcVC, pour la société en général et pour l'Assurance maladie en particulier.

Concernant le parcours de soins et la qualité de la prise en charge

L'Unaf, en tant qu'association agréée représentant les usagers du système de santé, prône depuis de nombreuses années le développement d'outils visant à recueillir l'expérience des patients et de leurs familles. **L'Unaf soutient pleinement la proposition visant le renforcement de l'engagement patient, notamment en soins primaires à travers le développement d'outils du type PROMs et PREMs.**

L'engagement des patients passe pareillement par le développement de partenariats. Dans ce cadre, il est essentiel de développer des lieux et des méthodes où l'ensemble des parties prenantes peuvent discuter et élaborer ensemble des solutions dans un processus de co-construction. L'Unaf tient à rappeler que le CNR santé avait esquissé des propositions qu'il serait utile de réanalyser.

Consciente des enjeux liés au vieillissement de la population, l'Unaf partage les objectifs visant à renforcer le dépistage, soutenir le bien-être psychologique, améliorer la pertinence et la coordination des parcours ainsi que réduire les hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées.

En ce sens, **l'Unaf avait pu exprimer son soutien concernant la création d'une communication spécifique au sujet de la vaccination contre le pneumocoque.** La proposition visant une telle construction en 2 ans et en y associant l'ensemble des acteurs, y compris les patients, est pertinente. En effet, il est important que les personnes âgées, en tant que public visé, puissent se sentir concernées par ces communications, ce qui suppose de mobiliser plusieurs canaux d'information. Cela va dans le sens d'une communication directe concernant toute nouveauté dans le parcours de santé des personnes âgées, ce que nous soutenons

Concernant *Mon Soutien Psy*, l'Unaf est favorable à ce qu'il y ait une sensibilisation ou information plus importante des personnes âgées à ce sujet. Le fait d'étendre ce dispositif aux personnes âgées sous traitement de benzodiazépine représente une certaine évolution, mais il serait pertinent d'être plus ambitieux en termes de communication par ailleurs. **La promotion et l'évolution de *Mon Soutien Psy* doit aller de pair avec un nombre croissant de psychologues conventionnés.** Ainsi, la proposition concernant le renforcement du dispositif dans le DROM démontre qu'il y a un intérêt à agir en ce sens afin de répondre à des besoins croissants.

À cela s'ajoute des enjeux de formations afin de tenir compte du niveau d'autonomie des personnes âgées dans le cadre de la mise en œuvre d'un accompagnement personnalisé.

Concernant le juste soin au juste prix

L'Unaf salue l'objectif de l'Assurance maladie de s'engager en faveur de la déprescription, qui participe à la pertinence des soins. En ce sens, l'Unaf est consciente que certaines méthodologies doivent être testées avant d'être essaimées ou étendues à des champs plus larges. Il est cependant regrettable que la proposition principale se limite à la seule déprescription de benzodiazépine. L'Unaf espère que les outils créés auront une visée plus large.

Malgré cela, **le souhait de renforcer un travail commun entre médecin-pharmacien-infirmier, en lien avec le patient va dans le sens d'un dialogue renforcé.** Il est important que le patient lui-même soit acteur de son parcours de santé, y compris concernant l'éventuelle déprescription.

Par ailleurs, **l'Unaf soutient la proposition visant à favoriser la déprescription en établissement, tant à la sortie d'hôpital qu'à l'entrée en EHPAD.** Ce sont des moments clés au cours desquels la discussion concernant la déprescription doit être explicitée, notamment avec le patient ou ses aidants. Cependant, **l'Unaf s'interroge sur la mention d'incitation à ces fins,** il serait pertinent d'en préciser les contours et d'avoir des études chiffrées sur l'impact des incitations et des dispositifs déjà en place, dont notamment les consultations longues à destination des patients de plus de 80 ans.

Concernant la trajectoire financière de l'Assurance maladie

La proposition de promotion d'un contrat complémentaire santé individuel "strictement responsable" semble intéressante en ce qu'elle permettrait d'améliorer la diffusion des contrats responsables en rendant cette offre plus accessible et plus lisible. De même, la mise en place d'un seul et même contrat responsable socle permettrait d'assurer un minimum de garanties.

Cependant, il faut que celui-ci assure **la garantie d'une couverture permettant une prise en charge de qualité, notamment par comparaison avec les offres que les organismes complémentaires continueront de proposer.** Pour l'Unaf, l'enjeu phare de cette proposition est de répondre au besoin des populations les moins couvertes en termes d'accès aux soins et de prévention et de rendre attractif ce contrat "strictement responsable".

Par ailleurs, la mise en place de celui-ci risque d'avoir un certain impact financier, qu'il est nécessaire d'évaluer et de chiffrer. Sans cela, l'accès aux soins ne sera pas facilité par l'existence de ces contrats.

À cela s'ajoute des enjeux de communication, tels que soulignés par le rapport, afin de participer à la compréhension de cette offre par l'ensemble de la population. De manière semblable à ce qui a pu être constaté concernant le 100% santé, il sera important de veiller à ce que ces contrats soit mis en avant et que les garanties soient clairement explicitées. **L'Unaf tient à insister sur la nécessaire implication de l'ensemble des parties prenantes dans le cadre de la délimitation des garanties de ce contrat.**

Enfin, l'Unaf tient à rappeler qu'elle est favorable à la proposition, présente dans le rapport "Charges et Produits" pour 2026, visant à réhausser 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. Il aurait été pertinent pour la CNAM de réitérer cette ambition, qui participe également à une réduction des inégalités d'accès à une couverture complémentaire.



Contribution de Dominique CORONA - UNSA au rapport Charges et Produits 2027

L'UNSA tient à réaffirmer son attachement à l'élaboration du rapport Charges et Produits de l'Assurance maladie, devenu au fil des années un document de référence pour l'ensemble des acteurs du système de santé. Par la qualité de ses analyses, la richesse des données mobilisées et la continuité de sa méthode d'élaboration, il constitue un outil précieux pour éclairer les décisions publiques, nourrir les travaux du Conseil de la CNAM et alimenter le débat sur l'avenir de notre système de protection sociale.

Cette édition intervient dans un contexte particulièrement exigeant. La branche maladie fait face à un déficit qui pourrait atteindre près de 14 milliards d'euros en 2026. Dans le même temps, le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, les difficultés persistantes d'accès aux soins, les tensions sur les ressources humaines en santé ainsi que les fortes inégalités territoriales interrogent durablement la capacité de notre système de santé à répondre aux besoins de la population. À l'approche d'échéances politiques majeures, le rapport Charges et Produits aurait ainsi pu constituer un véritable document d'orientation stratégique pour les prochaines années.

L'UNSA salue le travail réalisé par les services de la CNAM ainsi que la qualité des diagnostics présentés, notamment sur les DROM, la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées ou la pertinence des soins. Toutefois, l'UNSA regrette que plusieurs analyses approfondies ne débouchent pas sur des recommandations à la hauteur des constats dressés. En cette année précédant une échéance présidentielle, l'UNSA estime que le rapport aurait pu contribuer plus fortement au débat public en formulant des orientations plus structurantes sur l'organisation des soins, le financement de l'Assurance maladie ou encore les transformations nécessaires de notre modèle de protection sociale.

L'UNSA regrette également que la question des recettes demeure insuffisamment abordée. Dans un contexte où les besoins de financement augmentent durablement, la soutenabilité de notre système de santé ne peut reposer uniquement sur une meilleure maîtrise des dépenses. La réflexion doit également porter sur les ressources permettant de préserver durablement un financement solidaire de l'Assurance maladie. L'absence de propositions concernant la fiscalité comportementale, la politique d'exonérations de cotisations sociales ou les nouvelles sources de financement constitue une limite importante du rapport.

Le rapport rappelle que la France bénéficie toujours de résultats sanitaires globalement favorables, avec une espérance de vie supérieure à la moyenne européenne et un taux de mortalité évitable parmi les plus faibles d'Europe. Ces résultats témoignent de la qualité de notre système de santé mais ne doivent pas masquer les fragilités qui se développent progressivement : aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé, difficultés d'accès aux soins, progression des pathologies chroniques et tensions financières durables.

Dans ce contexte, l'UNSA considère que le rapport Charges et Produits doit demeurer un véritable outil d'orientation des politiques publiques de santé. Il ne doit pas seulement dresser un état des lieux mais contribuer à préparer les évolutions nécessaires de notre système de santé.

À travers cette contribution, l'UNSA souhaite rappeler les propositions du rapport qu'elle soutient pleinement parce qu'elles participent à l'amélioration de la prévention, de la qualité des soins et de la soutenabilité du système. Elle formule également plusieurs propositions complémentaires qui traduisent les orientations portées par notre organisation syndicale. L'objectif est d'enrichir le débat autour de quatre priorités : investir davantage dans la prévention, garantir une égalité réelle d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, préserver un financement solidaire de l'Assurance maladie et accompagner les transformations du système de santé dans le respect des principes fondateurs de notre protection sociale.

I. Faire de la prévention le premier investissement de notre système de santé

Pour l'UNSA, le développement de la prévention constitue aujourd'hui la réponse la plus efficace pour améliorer durablement l'état de santé de la population tout en assurant la soutenabilité financière de l'Assurance maladie. Face à l'augmentation des maladies chroniques, au vieillissement de la population et aux inégalités sociales de santé, il apparaît indispensable de faire évoluer notre système d'un modèle principalement curatif vers une véritable culture de la prévention.

L'UNSA partage pleinement l'orientation retenue par le rapport consistant à renforcer les politiques de prévention. Les propositions relatives au Nutri-Score, à la lutte contre le tabagisme, à la vaccination constituent des leviers pertinents pour agir sur les déterminants de santé.

Toutefois, l'UNSA estime que ce virage préventif doit être amplifié. La prévention doit désormais être considérée comme un investissement collectif et non comme une dépense. Chaque action permettant de retarder l'apparition des maladies, de prévenir les complications ou de favoriser un vieillissement en bonne santé contribue à améliorer la qualité de vie des assurés tout en limitant les dépenses futures de l'Assurance maladie.

Pour atteindre cet objectif, l'UNSA considère qu'une stratégie nationale de prévention doit être construite autour d'une gouvernance associant l'Assurance maladie, les Agences régionales de santé, l'Éducation nationale, les collectivités territoriales, la médecine du travail, les professionnels de santé et les partenaires sociaux. Cette stratégie doit être accompagnée d'objectifs mesurables, de financements identifiés et d'une évaluation régulière de son efficacité.

L'UNSA soutient les recommandations du rapport visant à améliorer les bilans de santé des jeunes enfants mais estime qu'il est nécessaire d'aller plus loin en reconstruisant une véritable médecine scolaire. Le renforcement des effectifs de médecins et d'infirmiers scolaires, le développement de programmes d'éducation à la santé, la promotion de l'activité physique, de la nutrition, de la santé mentale et la prévention des addictions constituent autant de priorités pour réduire durablement les inégalités sociales de santé.

Enfin, l'UNSA réaffirme son attachement au développement d'une fiscalité comportementale dont une partie des recettes serait directement affectée au financement de la prévention. Cette logique permettrait de créer un cercle vertueux en faisant contribuer les produits ou comportements présentant un risque sanitaire au financement des politiques destinées à améliorer la santé de la population.

II. Garantir une égalité réelle d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire

L'accès aux soins constitue l'un des fondements de notre modèle de protection sociale. Pourtant, les inégalités territoriales demeurent particulièrement marquées et fragilisent le principe d'égalité devant la santé. Les difficultés de démographie médicale, les délais d'accès à certains spécialistes, les renoncements aux soins montrent que tous les assurés ne bénéficient pas aujourd'hui des mêmes conditions d'accès à une prise en charge de qualité.

L'UNSA partage le constat dressé par le rapport : garantir un accès effectif aux soins suppose de dépasser une approche uniforme des politiques de santé pour tenir compte des réalités territoriales. Cette ambition doit s'accompagner d'une mobilisation durable de l'ensemble des acteurs, associant l'Assurance maladie, les Agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les professionnels de santé et les représentants des usagers.

Les DROM : faire de l'égalité d'accès aux soins une priorité nationale

Les analyses consacrées aux départements et régions d'outre-mer constituent l'une des contributions les plus riches du rapport. Elles rappellent que les habitants des DROM sont confrontés à une accumulation de difficultés sanitaires, économiques et géographiques qui justifie une réponse publique spécifique.

Les taux de prévalence de certaines pathologies, les difficultés d'accès aux professionnels de santé, les contraintes liées à l'insularité, la précarité sociale ainsi que les conséquences du changement climatique imposent une politique de santé adaptée aux réalités ultramarines.

Pour l'UNSA il faut notamment :

- Réviser de la loi Lurel afin d'aligner la teneur en sucre des produits commercialisés et/ou fabriqués dans les DROM sur les normes applicables dans l'Hexagone ;
- Créer des plateformes de biologie médicale permettant de réaliser localement les analyses liées au dépistage organisé du cancer colorectal ;
- Prendre en charge intégrale de la vaccination contre la leptospirose, accompagnée d'une diversification des professionnels habilités à vacciner ;
- Renforcer des actions de prévention et de dépistage du VIH ainsi que l'amélioration de l'accès à la PrEP ;

- Développer des équipes mobiles de santé mentale afin de mieux répondre aux besoins des populations les plus fragiles ;
- Améliorer la couverture numérique permettant le développement de la télémédecine, l'accès aux services numériques de l'Assurance maladie tel qu'Améli ou Mon espace santé.

Ces propositions ne pourront produire leurs effets que si elles s'inscrivent dans une stratégie globale de réduction des inégalités territoriales. Pour l'UNSA, les DROM doivent désormais être considérés comme une priorité nationale de santé publique. Chaque assuré doit pouvoir bénéficier d'un accès comparable à la prévention, aux soins, aux innovations thérapeutiques et aux outils numériques, quel que soit son territoire de résidence.

L'UNSA propose ainsi l'élaboration d'un plan national de rattrapage sanitaire des DROM, associant l'État, l'Assurance maladie, les ARS et les collectivités locales. Ce plan devrait fixer des objectifs pluriannuels en matière de démographie médicale, de prévention, de santé mentale, d'accès aux soins spécialisés, de développement du numérique en santé et d'investissements hospitaliers. Il devrait également faire l'objet d'une évaluation annuelle permettant de mesurer les progrès réalisés et d'adapter les moyens mobilisés.

Renforcer la qualité des parcours de soins

L'amélioration de l'accès aux soins ne peut se limiter à la seule question de la démographie médicale. Elle suppose également une meilleure organisation des parcours de santé et une coopération renforcée entre les professionnels. L'UNSA soutient les mesures visant à favoriser les exercices coordonnés, les équipes de soins pluriprofessionnelles et les coopérations entre la médecine de ville, l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les professionnels paramédicaux.

Le développement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des maisons de santé pluriprofessionnelles et des dispositifs d'appui à la coordination constitue un levier essentiel pour améliorer la continuité des prises en charge et limiter les ruptures de parcours.

Mieux accompagner le vieillissement

Le vieillissement de la population impose également d'adapter notre organisation des soins. L'UNSA partage les constats formulés par le rapport concernant la prise en charge médicamenteuse des personnes âgées et la nécessité de renforcer la pertinence des prescriptions.

Elle considère toutefois que cette réflexion doit être élargie à l'ensemble des parcours de prévention de la perte d'autonomie. L'UNSA appelle à renforcer l'accès aux soins de rééducation, notamment à domicile, afin de prévenir les hospitalisations évitables et de retarder les entrées en établissement. La masso-kinésithérapie joue un rôle majeur dans le maintien de l'autonomie des personnes âgées et doit être pleinement intégrée aux politiques de prévention.

Plus largement, le développement de parcours coordonnés associant médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et services d'aide à domicile constitue un enjeu majeur pour améliorer la qualité des prises en charge tout en répondant aux défis démographiques auxquels notre système de santé est confronté.

III. Moderniser le système de santé tout en préservant son modèle solidaire

L'UNSA partage l'objectif du rapport consistant à améliorer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins. Cette modernisation doit toutefois être conduite au bénéfice des patients et des professionnels de santé, sans remettre en cause les principes fondateurs de notre système de protection sociale. L'innovation organisationnelle, numérique ou médicale constitue un levier de progrès à condition qu'elle reste au service de la qualité des prises en charge et de l'égalité d'accès aux soins.

Faire de la pertinence des soins une priorité

Le rapport souligne à juste titre les enjeux liés à la pertinence des prescriptions, en particulier chez les personnes âgées exposées au risque de polymédication. L'UNSA soutient pleinement cette orientation. La déprescription doit désormais être considérée comme une composante à part entière de la qualité des soins. Elle ne consiste pas uniquement à réduire le nombre de médicaments prescrits, mais à garantir que chaque traitement demeure justifié au regard de l'état de santé du patient, de son évolution clinique et du rapport bénéfice-risque.

L'UNSA propose que les outils numériques deviennent de véritables aides à la décision médicale. Les logiciels métiers devraient intégrer des modules d'aide à la prescription et à la déprescription, capables d'identifier les interactions médicamenteuses, les traitements redondants ou inappropriés ainsi que les risques iatrogènes. Ces outils, reposant notamment sur les données du Dossier Médical Partagé, du Dossier Pharmaceutique et, demain, sur les apports de l'intelligence artificielle, doivent accompagner les professionnels sans se substituer à leur expertise.

Dans les EHPAD, l'UNSA préconise la généralisation d'un bilan médicamenteux dès l'entrée du résident, associant le médecin coordonnateur, le médecin traitant et le pharmacien. Ce bilan devrait être renouvelé régulièrement afin d'adapter les traitements à l'évolution de la dépendance et de prévenir les hospitalisations évitables. La mise en place d'indicateurs nationaux de suivi permettrait également d'identifier les pratiques les plus pertinentes et d'accompagner les établissements rencontrant des difficultés.

Garantir la qualité des soins en masso-kinésithérapie

Le rapport met également en évidence plusieurs enjeux concernant la profession de masseur-kinésithérapeute. L'UNSA partage les constats établis mais considère que des évolutions plus ambitieuses sont nécessaires.

La qualité des soins doit demeurer la priorité. L'UNSA appelle au renforcement des contrôles relatifs aux pratiques professionnelles, notamment lorsque les conditions de prise en charge sont susceptibles d'altérer la qualité des soins, comme les pratiques simultanées multi-patients. Elle réaffirme également son opposition aux dépassements d'honoraires illégaux, qui créent des inégalités d'accès incompatibles avec les principes de l'Assurance maladie.

Par ailleurs, le développement de la kinésithérapie à domicile constitue un enjeu majeur de santé publique. Le maintien à domicile des personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques repose en partie sur un accès suffisant aux soins de rééducation. L'UNSA propose qu'un état des lieux territorial des besoins soit réalisé afin d'identifier les secteurs les plus en difficulté et de mettre en place des dispositifs spécifiques favorisant l'intervention des professionnels auprès des publics les plus fragiles.

Enfin, l'UNSA demeure fermement opposée à toute évolution qui conduirait à transférer une partie des remboursements de masso-kinésithérapie vers les organismes complémentaires ou à instaurer une dégressivité des remboursements. Ces orientations remettraient en cause le principe d'un panier de soins solidaire et accentueraient les inégalités d'accès aux soins.

Consolider durablement le financement de l'Assurance maladie

L'UNSA regrette que le rapport demeure relativement discret sur les leviers permettant de renforcer les recettes de la branche maladie. Si la maîtrise des dépenses constitue un enjeu important, elle ne saurait, à elle seule, assurer la soutenabilité de notre modèle. Dans un contexte de déficit durable, il apparaît indispensable d'ouvrir une réflexion plus large sur les ressources de l'Assurance maladie.

L'UNSA réaffirme ainsi la nécessité de renforcer la fiscalité comportementale, notamment sur l'alcool, afin de rapprocher son niveau de celui applicable au tabac. Une partie de ces recettes devrait être affectée au financement des politiques de prévention, conformément au principe selon lequel les comportements les plus à risque doivent contribuer davantage au financement de la santé publique.

Dans le même esprit, l'UNSA soutient la mise en place d'une fiscalité environnementale fondée sur le principe pollueur-payeur, afin de compenser la hausse des coûts due notamment au changement climatique.

L'UNSA demande également que la lutte contre la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles demeure une priorité. Chaque année, plusieurs milliards d'euros sont supportés par la branche maladie alors qu'ils devraient relever de la branche AT-MP. Une compensation intégrale permettrait de rétablir une plus grande équité entre les branches de la Sécurité sociale.

Enfin, l'UNSA estime nécessaire d'engager une réflexion sur la conditionnalité des exonérations de cotisations sociales afin de garantir leur cohérence avec les objectifs de santé publique et de préservation du financement de notre protection sociale.

Renforcer l'accès aux droits et la démocratie sanitaire

L'UNSA regrette que le rapport n'approfondisse pas davantage la question de l'accès effectif à la Complémentaire santé solidaire. L'amélioration de l'accès aux droits constitue pourtant un levier majeur de réduction du renoncement aux soins.

L'UNSA demande que le plafond d'accès à la C2S soit revalorisé au niveau du seuil de pauvreté afin de mieux prendre en compte les réalités économiques. Elle considère également que les demandeurs d'emploi, les retraités modestes et les jeunes ne doivent pas être exclus de dispositifs permettant de bénéficier d'une couverture complémentaire adaptée. Pour ces publics, l'UNSA demande l'accès à la C2S contributive.

Plus largement, la transformation du système de santé ne pourra réussir sans une démocratie sanitaire renforcée. Les associations de patients jouent un rôle essentiel dans l'information, l'accompagnement des personnes malades, la représentation des usagers et l'amélioration continue des parcours de soins. Leur financement, leur reconnaissance et leur participation aux politiques de santé doivent être consolidés.

Le rapport Charges et Produits demeure un exercice indispensable d'analyse et de prospective. L'UNSA salue la qualité des travaux réalisés ainsi que plusieurs orientations qu'elle partage pleinement. Elle considère néanmoins que les défis auxquels notre système de santé est confronté appellent désormais des réponses plus ambitieuses.

À travers cette contribution, l'UNSA réaffirme que la prévention doit devenir le premier investissement de notre politique de santé. Elle appelle également à garantir une égalité réelle d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, en faisant des DROM une priorité nationale de santé publique. Elle défend un financement durable de l'Assurance maladie reposant sur des recettes adaptées aux besoins futurs et rappelle que les transformations du système de santé doivent demeurer guidées par l'intérêt général.

L'UNSA alerte enfin sur les risques liés à la financiarisation croissante du système de santé. Si l'innovation, l'efficacité et la bonne gestion des ressources sont indispensables, elles ne sauraient conduire à faire primer des logiques de rentabilité sur la qualité des soins, l'accès universel à la protection sociale ou les valeurs fondatrices de notre Sécurité sociale.

L'UNSA continuera ainsi à porter, au sein des instances de l'Assurance maladie, une vision exigeante d'un système de santé fondé sur la solidarité, la prévention, la qualité des prises en charge et l'égalité d'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

Rapport charges et produits 2027

Contribution FNATH

Contribution au rapport charges et produits 2027

Liminaires

La FNATH a souhaité réserver l'essentiel de sa contribution aux prestations en espèces qui restent les « grandes oubliées » de la sécurité sociale depuis trop longtemps et spécialement aux IJSS AT-MP, objet d'un chapitre au sein du RCP pour 2027.

Elle s'associe donc à la contribution de France Assos Santé sur les autres thématiques exposées au sein du RCP pour 2027.

Pour autant, avant d'aborder le sujet des IJSS AT-MP, elle soulève deux sujets qui présentent, pour ses adhérentes et adhérents, une importance capitale.

L'enjeu de l'accessibilité

La FNATH rappelle, une nouvelle fois comme pour le RCP 2026, que le système de santé doit garantir un parcours de santé inclusif et favoriser l'autonomie de chacun et spécialement pour la prévention.

Cette exigence est conforme aux engagements internationaux de la France.

Il faut rappeler que le Comité des droits sociaux du Conseil de l'Europe a reconnu la violation par l'Etat français de ses obligations vis-à-vis des personnes en situation de handicap et de leurs familles (obligations internationales et propres responsabilités) dans une décision rendue en décembre 2022. Le Conseil de l'Europe a confirmé que les personnes en situation de handicap sont victimes de discrimination dans l'accès aux soins.

Or, nous sommes dans la phase de construction d'une politique globale de prévention (« virage préventif ») et il serait inacceptable, car constitutif d'une atteinte à l'égalité, que ce soit, une fois encore, une occasion « ratée » pour les personnes en situation de handicap.

Le principe n'appelle pas d'exception ou de dérogation d'autant que le développement du numérique exige une obligation renforcée d'accessibilité des outils et médias qui en seront issus. Malheureusement, il faut faire le constat que tous les outils et médias actuels de l'Assurance maladie restent caractérisés par une carence notable s'agissant du respect des normes d'accessibilité.

La FNATH réitère donc sa demande d'une assurance explicitée que tous les dispositifs de prévention soient pensés et construits, dès à présent, avec l'objectif d'une accessibilité universelle et totale, spécialement dans la communication numérique.

Elle demande notamment que le CNCPH soit consulté dans la phase de construction et la mise en œuvre des outils, dispositifs et médias en rapport avec la prévention.

Pour une politique de prévention interbranche

La FNATH réitère sa proposition d'imprimer une **politique de prévention interbranche et inter-régimes, pluriannuelle, initiée et portée par l'Assurance Maladie**, ce qui permettrait notamment de développer l'efficacité des politiques d'aller vers.

Que l'on pense, par exemple, à la santé mentale des femmes avant/après grossesse ou à la santé mentale des adolescents et des jeunes avec la branche famille, ou encore à la lutte contre la iatrogénie des personnes âgées en EPHAD, aux sorties d'hospitalisations et de SMR pour les personnes âgées, mais également à l'accès aux soins visuels/audioprothétiques en direction des PA/PH accueillies en EPHAD/ESMS avec la branche vieillesse et la branche autonomie.

On ne peut sérieusement continuer à travailler en silos si l'on souhaite obtenir des résultats sur les TMS, les RPS et les cancers professionnels. Il n'y a pas d'efficacité à disposer d'une COG Assurance maladie qui va travailler sur le dépistage des cancers « civils » et une autre COG AT-MP qui, elle aussi, va travailler sur le dépistage des cancers professionnels... N'en déplaise, mais afficher moins de 2000 cas reconnus au titre des MP, y compris hors tableaux, contre plus de 90 000 cancers attribuables à l'activité professionnelle, c'est de fait accepter un impensé en matière de prévention alors que la branche maladie et la branche AT-MP auraient dû, depuis des décennies, travailler en symbiose sur ces questions. Il en est de même des risques psychosociaux.

Il reviendrait, éventuellement, à l'Assurance Maladie, sur la base de ses propres données, de fixer des sujets à proposer et partager avec les autres branches par des politiques ciblées sur tel ou tel objectifs précis dans un cadre pluriannuel.

Il ne semble pas déraisonnable de concevoir des instruments conventionnels, éventuellement de type COG mais *sui generis*, avec les autres branches et le concours de l'Etat précisément sur la thématique de la prévention, assortis d'objectifs réalistes.

Les prochaines négociations des COG Assurance Maladie, Famille, Vieillesse, Autonomie (2027) et AT-MP (2028) devraient être l'occasion d'expérimenter ces propositions pour un travail concerté et contractualisé sur des sujets qui imposent une appréhension transversale.

Ainsi, tous les sujets discutés à propos des personnes âgées (*la vaccination des personnes âgées de 65 ans et +, la santé mentale des personnes âgées, la santé cognitive des personnes âgées, les séjours de longueur atypique en SMR polyvalent et gériatrique ainsi que le recours aux soins hospitaliers des résidents en EPHAD*) gagneraient à être envisagés dans le cadre d'une approche interbranches a minima avec l'Assurance Maladie, Vieillesse, Autonomie.

La FNATH soutient, et notamment au regard du « mur démographique » qui arrive, que tous ces sujets doivent être envisagés dans un cadre interbranche concerté, puis déclinés ensuite au sein de chacune des branches - et des COG - avec des objectifs propres qui viennent répondre à des cibles partagées.

Le rôle de l'Assurance Maladie dans le sujet prévention doit également s'exprimer dans le cadre des ***négociations conventionnelles*** avec les professionnels de santé sous une forme et avec des incitations qu'il reste à identifier. Mais le sujet de la prévention doit, désormais, être systématique même s'il peut, selon la profession concernée, se décliner en programmes différents avec des objectifs dédiés.

Indemnités journalières AT-MP

La FNATH souhaite exprimer son malaise à la lecture du chapitre consacré aux « indemnités journalières AT-MP ».

Il est inacceptable que le sujet de la sous-déclaration des maladies professionnelles ne soit jamais abordé dans ce chapitre - *pas un mot sur le sujet* - alors que ses conséquences sont documentées et constituent un manque à gagner considérable pour la branche maladie.

Il faut rappeler les enjeux avec le rapport triennal de la commission instituée par l’article L. 176-2 du code de la sécurité sociale :

Indicateur		Cas sous-déclarés	Coût moyen annuel	Coût de la sous-déclaration, en M€
Principales affections périarticulaires	Canal carpien	11600 à 32300	3 750	43 à 121
	Tendinopathie de l'épaule et épaule enraidie	29700 à 57400	10 930	325 à 627
	Tendinite du coude	12400 à 33900	6 500	80 à 220
	Tendinite de la main et des doigts	5900 à 8600	5 010	30 à 43
Affections du rachis lombaire		2200 à 12900	12 090	26 à 156
Surdité		12 100	990	12
Dermatoses allergiques et irritatives		15 900	3 330	53
Asthme		160600 à 216400	3 070	493 à 665
BPCO		45800 à 149900	1 130	52 à 169
Asbestoses et plaques pleurales		200 à 800	160	<1
Cancers professionnels		66900 à 99400	9 050	609 à 902
SPLT		21100 à 111200	6 010	127 à 668
Accidents du travail		982 000	80 / 300	160
Ensemble				2009 à 3797

C’est donc un choix politique qui commande d’ignorer sciemment la sous-déclaration des AT-MP et son articulation avec les IJ AT-MP auquel la FNATH ne saurait adhérer.

Il y va des moyens de réduire le déficit de la branche maladie.

Dans ce contexte les chiffres présentés dans ce rapport ne sont pas le reflet de la réalité et il est bien hasardeux de soutenir des constats qui sont biaisés à ce point et sur tous les sujets que ce soit la prétendue baisse de la sinistralité, le « peu » de poids des risques psychosociaux, etc.

Tout autant extraordinaire l’absence de toute référence à l’Avis de l’Anses portant Rapport d’expertise collective de mars 2024 « Tableaux de maladies professionnelles nécessitant une mise à jour ». Là encore, les considérants du rapport charges et produits 2027 sont totalement « hors sol » puisque le régime actuel de reconnaissance des TMP est bien obsolète et loin, par exemple, d’intégrer les connaissances scientifiques récentes, partant la réalité de l’augmentation des IJ AT-MP.

Rien non plus sur l’insuffisance du montant des rentes AT-MP telle que documentée par les travaux de la DREES en 2024 qui démontrent que les victimes d’accidents du travail avec incapacité permanente subissent une perte de revenus d’activité massive et durable et que sans le concours du chômage et de l’aide sociale, les victimes seraient plongées dans une grande précarité. **Si bien que les IJSS constituent encore la seule garantie pour maintenir un niveau de vie décent et protéger**

les victimes d'un AT-MP de l'entrée en pauvreté.

Il est donc totalement imprudent de relever que « *les dépenses de la branche AT-MP sont traditionnellement dévolues à l'indemnisation de l'incapacité permanente* » et d'exposer que désormais les dépenses d'IJ dépassent ce poste précis d'indemnisation alors que les montants des rentes servies sont radicalement insuffisants pour assurer un revenu de remplacement qui protègent les victimes de la précarisation. Il est bien évident que ce constat ignore sciemment la nécessité de revaloriser le montant des rentes ATMP servies. A ce titre, il convient de rappeler les conclusions de la DRESS : « *Le taux de cotisation employeur utilisé pour déterminer les recettes de la branche AT-MP dépend du coût moyen des accidents du travail, calculé par catégorie de gravité en rapportant les dépenses des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) au nombre de sinistres. Puisque l'indemnisation AT-MP ne suffit pas à assurer au ménage d'une victime le même niveau de revenus que celui dont il aurait pu bénéficier en l'absence d'accident, cette étude suggère que le coût moyen d'un accident du travail est sous-évalué.* ».

Pas un mot sur les 130 000 licenciements pour inaptitude médicale qui sont prononcés **tous les ans** par les employeurs, sur les effets du recul de l'âge de la retraite, sur les insuffisances du dispositif pénibilité, sur le taux d'emploi des seniors alors que la population exposée aux arrêts longs est composée des plus de 60 ans.

S'agissant des propositions présentées dans le RCP 2027 si elles méritent considération, elles restent bien trop insuffisantes à résoudre l'enjeu de l'augmentation des arrêts longs. La FNATH demande, depuis 20 ans, un lien fonctionnel et automatique entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil alors que nous en sommes toujours à de l'expérimentation...

Pour autant, la FNATH craint que la politique actuelle s'oriente **vers une consolidation « à tout prix »** des victimes d'un AT-MP en arrêt de travail avec le seul prisme de la maîtrise comptable. C'est, du reste, ce qui est à craindre et à l'œuvre avec les derniers textes législatifs (LFSS), et il s'agira d'ajouter encore à la catastrophe sociale qui est en cours depuis des années et qui a vu exploser le taux de pauvreté.

On sent bien que provoquer la consolidation est la seule réponse en préparation, la seule obsession budgétaire.

Pour la FNATH, la réduction du nombre des IJSS AT-MP de longue durée doit d'abord être contextualisée et liée aux sujets de la sous-déclaration des AT-MP, de la réforme des TMP, du recul de l'âge de départ en retraite et du taux d'emploi des seniors, ce qui passe aussi par la prise en compte des 130 000 licenciements par an au titre de l'inaptitude médicale et surtout par la réforme du dispositif de retraite anticipée au titre des pénibilités.

Il convient également **de peser sur le coût des sinistres** et à cet égard le secteur de la santé, du social et du médicosocial est assez caricatural. Ainsi, contrairement à ce qui est exposé, c'est bien ce secteur qui occupe la première place au titre de sa contribution à la croissance des IJ AT-MP avec 18 % :

Hébergement médicosocial et social : 7,1%

Activités pour la santé humaine : 5,9%

Action sociale sans hébergement : 5,0%

Ce secteur est le plus accidentogène, où la sinistralité est la plus forte, et où les TMS et les RPS sont épidémiques. Selon l'IGAS, dans son Rapport n°2024-095R, « *cette sinistralité a un coût estimé en 2023 à 20 000 équivalents temps pleins (ETP) perdus au titre de l'absentéisme AT-MP soit près de 0,9 Md€.* »

Or, le taux de cotisations reste forfaitaire et dérogatoire pour ce secteur puisqu'il bénéficie d'une tarification collective, quelle que soit la taille des établissements. De même, alors que nul ne saurait aujourd'hui contester le travail et les réussites de l'OP-BTP, rien n'est fait par les pouvoirs publics

pour inciter fortement ce secteur à construire un outil similaire.

La FNATH refuse qu'une fois encore le sujet des prestations en espèces soit envisagé à la suite du rapport charges et produits 2027 sous le seul angle de la seule maîtrise des dépenses.

Elle reprend donc sa contribution communiquée dans le cadre de la récente Mission IJSS de la branche Maladie et AT-MP en la réservant à la branche maladie.

La FNATH demande que les prestations en espèces versées par la branche maladie et AT-MP fassent l'objet d'une attention particulière et qu'elles soient envisagées, à nouveau, comme un instrument privilégié de lutte contre la pauvreté et la précarisation.

Pour des IJSS qui protègent réellement de la pauvreté et des inégalités de statut

Les montants actuels d'IJSS versés aux assurés sociaux, pour beaucoup, ne leur permettent pas, et surtout lorsque l'arrêt se prolonge ou en fonction des statuts des assurés, de se protéger d'une spirale de précarisation. En conséquence, si la question des inégalités entre les statuts est importante et l'harmonisation doit y répondre, on se garde bien de répondre à la question de savoir si les niveaux actuels des IJSS sont suffisants pour s'assurer du risque d'entrer dans la pauvreté... L'ensemble s'inscrit dans un contexte d'explosion du taux de pauvreté parfaitement documenté.

Il convient également d'évoquer les autres prestations en espèces que sont la pension d'invalidité, et l'allocation supplémentaire invalidité. Pour la pension d'invalidité catégorie 1, le montant mensuel moyen s'établit à 550€ en moyenne, puis à 850€ pour la catégorie 2, ce qui reste bien en dessous du seuil de pauvreté. Le montant maximum de l'allocation supplémentaire invalidité versé chaque mois est égal à la différence entre 914,85€ et le montant minimal de la pension d'invalidité (335,29€), ce qui donne 579,56€ maximum par mois, et là encore bien loin du seuil de pauvreté. Ajoutons à cela que l'ASI, contrairement à l'AAH, reste toujours « conjugalisée ». Enfin, sans y revenir, **l'insuffisance du montant des rentes AT-MP** qui plonge les victimes dans une grande précarité.

Mettre fin à la dérive de la sécurité sociale vers une logique d'aide sociale

La dérive de la sécurité sociale vers une logique d'aide sociale en matière de prestations en espèces doit être dénoncée par la branche maladie en ce qu'elle porte une atteinte durable aux principes fondamentaux de la sécurité sociale.

Il en est ainsi de la réforme du cumul des revenus d'activité avec la pension d'invalidité (PI) qui est venue priver de pension tous les assurés dont les revenus cumulés avec la PI dépassent 1,5 PASS. Même philosophie avec, récemment, la modification du plafonnement des revenus d'activités antérieurs pris en compte pour le calcul du montant des IJSS qui réduit de plus de 20 % le montant maximal de ces IJSS pour tous les assurés dont le salaire dépasse 1,4 SMIC.

Cette évolution porte en elle les germes d'une désaffection à l'endroit d'une logique sécurité sociale pour tous ceux qui seront exclus des prestations en espèces (invalidité) ou dont le bénéfice sera minoré (IJSS) au motif pris d'une condition de ressources.

C'est bien, ici, les stigmates de l'aide sociale qui réapparaissent avec force réservant la Sécurité sociale à une frange de la population en oubliant celle qui cotise le plus. Partant, le consentement à la

cotisation et à l'impôt sera réinterrogé, à terme, par ces assurés sociaux et viendra menacer le pacte républicain de la Sécurité Sociale pour tous.

La Sécurité Sociale repose sur un contrat implicite qui lie tous les citoyens « *chacun y contribue selon ses moyens et en bénéficie selon ses besoins* » mais ce principe fondateur semble bien accepter de plus en plus de dérogations en fonction des revenus des assurés sociaux.

Donner des moyens à la politique de prévention de la désinsertion professionnelle

Pour la FNATH, la politique de prévention de la désinsertion professionnelle doit être mesurée à l'aune des 130 000 licenciements pour inaptitude qui sont pratiqués tous les ans par les entreprises...S'agissant de la PDP au sein du réseau Assurance Maladie, s'il faut saluer l'implication des équipes au national, il reste qu'au regard de l'ampleur des besoins, il manque une volonté politique et un sens des responsabilités pour considérer l'efficacité de cette orientation. La PDP est un dispositif pertinent mais il faudrait décupler les moyens qui lui sont consacrés aujourd'hui pour obtenir des résultats appréciables au regard des enjeux. Plus de 100 000 personnes étaient inscrites à Pôle emploi en 2023 et ce chiffre tend à croître au cours de ces dernières années. Fin 2024, on constatait une hausse de 6,6 % des demandeurs d'emploi chez les personnes en situation de handicap.

En outre, la réussite de la PDP implique que l'État accepte d'y consacrer les moyens budgétaires nécessaires et d'ampleur dans les prochaines COG, notamment en portant un effort substantiel sur la création de postes dédiés.

Objectiver les conséquences des choix politiques relatifs à l'âge de la retraite et à la pénibilité

Le refus d'apporter des réponses pertinentes aux enjeux de la pénibilité au travail pour des salariés âgés de 55 ans, et plus encore avec les dernières réformes relatives au recul de l'âge de la retraite, constitue un non-sens dans la gestion des arrêts longs. Les effets de ces choix politiques sur l'augmentation du taux de recours, la durée des arrêts et la charge financière des IJSS de longue durée chez les populations de 60 ans et plus, sont aujourd'hui documentés. Il en est de même des difficultés des entreprises, en France, à ménager une réelle place aux travailleurs âgés et plus encore lorsqu'ils sont accidentés, malades, en situation de handicap.

Dans ces conditions, il n'est pas illégitime, alors que la branche maladie accuse les déficits que l'on connaît, d'engager un travail aux fins d'objectiver la contribution du recul de l'âge de la retraite à l'augmentation des dépenses d'IJSS de longue durée et à l'augmentation des dépenses d'invalidité.

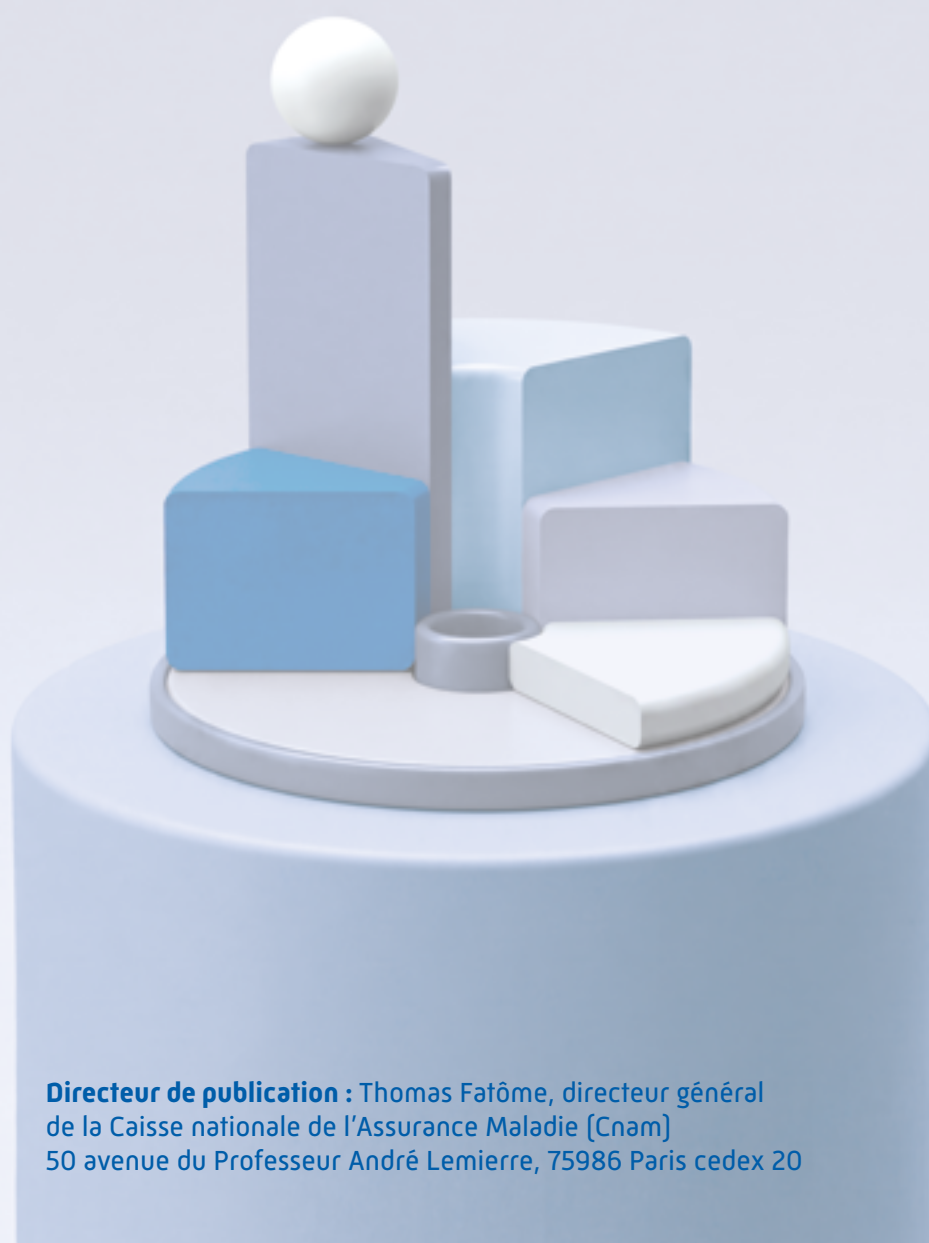
Assumer les conséquences de la sous-déclaration des AT-MP

La FNATH considère que les postures adoptées depuis des années sur le sujet de la sous-déclaration des AT-MP décrédibilisent totalement tant la branche maladie que la branche AT-MP. Alors que ce débat devrait être mené avec courage, apaisement et objectivité, entre la branche maladie et la branche AT-MP, il faut assister, tous les trois ans, à une campagne de dénigrement de la Commission ad hoc et, à ce non-sens, qu'une branche maladie, exsangue de ses déficits, n'évoque jamais les dépenses indues qu'elle doit supporter.

Enfin, et là encore, c'est un choix idéologique de se refuser, s'agissant du débat lié aux IJSS, à évoquer les conséquences de la sous-déclaration des AT-MP en ce qu'elles portent une atteinte directe et immédiate au niveau d'indemnisation des victimes. Or, la sous-déclaration ne constitue pas seulement un problème statistique. Elle produit des effets concrets sur l'orientation des politiques publiques, notamment en matière de prévention. Un risque qui n'est pas reconnu est un risque qui n'est ni financé, ni prévenu, ni réparé. À terme, cette invisibilisation transfère durablement vers la branche maladie, l'assurance chômage, les minima sociaux et les collectivités publiques des charges qui devraient relever de la branche AT-MP.

La FNATH propose que le principe d'un débat annuel sur la sous-déclaration des AT-MP soit engagé au sein du Conseil de la branche maladie en toute transparence et objectivité.

Le rapport Charges et produits est disponible via ce lien 
ou en scannant ce QR code :



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général
de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur André Lemierre, 75986 Paris cedex 20