



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2025

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

Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

ANNEXE 1 Maladie

**RAPPORT D’EVALUATION DES
POLITIQUES DE SECURITE SOCIALE**

MALADIE

Edition 2026

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

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

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

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	7
Chiffres clés	19
1. Données de cadrage	21
1.1. Dépenses de santé	22
1.1.1. Dépenses courantes de santé.....	22
1.1.2. Consommation de soins et de biens médicaux.....	26
1.1.3. Les coûts moyens annuels par pathologie	29
1.2. Mortalité prématurée et causes de mortalité	32
1.3. Espérance de vie.....	34
1.4. Démographie et honoraires des médecins.....	37
1.4.1. Démographie des médecins libéraux et salariés en France	37
1.4.2. Honoraires des professionnels de santé libéraux et leurs déterminants.....	40
1.5. Soins hospitaliers	43
1.5.1. Capacité d'accueil des établissements	43
1.5.2. Dépenses de personnel des établissements de santé.....	47
1.5.3. Effectifs salariés dans les établissements de santé.....	49
1.6. Consommation de soins par habitant.....	52
1.6.1. Consultations de médecins en comparaison internationale	52
1.6.2. Séjours dans les établissements de santé par région, discipline et catégorie d'hospitalisation	54
1.6.3. Recours aux soins et consommation moyenne par âge	58
1.6.4. Recours aux transports sanitaires de ville	62
1.7. Personnes en affections de longue durée	65
1.7.1. Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépenses associées	65
1.7.2. Dépenses d'assurance maladie des assurés en affections de longue durée	68
1.8. Les troubles de santé mentale.....	70
1.9. Couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire.....	74
1.10. Contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus.....	76
2. Objectifs / Résultats	79
Objectif n°1 : Développer la prévention	80
2.1. Réduire les facteurs de risques.....	80
2.1.1. Obésité et surpoids chez l'enfant	80
2.1.2. Prévalence du tabagisme quotidien	82
2.1.3. Consommation d'alcool par habitant	85
2.1.4. Pollution de l'air	87
2.2. Améliorer le dépistage des cancers et des ISTs	90
2.2.1. Dépistage organisé des cancers.....	90
2.2.2. Limiter la propagation du VIH et des IST bactériennes.....	93
2.3. Augmenter la couverture vaccinale	96
2.3.1. Vaccinations des nourrissons inscrites au calendrier vaccinal	96
2.3.2. Vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus et les autres groupes à risque, Vaccination contre la COVID-19.....	99
2.3.3. Vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV)	103
2.4. Prévenir les complications du diabète à travers le suivi des examens recommandés	105
Objectif n°2 : Assurer un égal accès aux soins	107
2.5. Accès aux soins	107
2.5.1. Financement des dépenses de santé	107
2.5.2. Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé	112
2.5.3. Assurés bénéficiant de soins en tiers payant	114
2.5.4. Dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué	116
2.5.5. Dispositif 100 % Santé en optique, audiologie et dentaire	118
2.5.6. Faciliter l'accès à la contraception	121

2.6. Améliorer l'accès au système de santé pour les personnes les plus démunies	125
2.6.1. Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)	125
2.6.2. Renoncement aux soins pour raisons financières	128
Objectif n°3 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé	132
2.7. Garantir une offre de soins adaptée sur tout le territoire.....	132
2.7.1. Inégalités territoriales de répartition des médecins généralistes	132
2.7.2. Inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes	135
2.7.3. Population ayant accès aux soins de médecine d'urgence en moins de 30 minutes	137
2.7.4. Population ayant accès à un médecin traitant	140
2.7.5. Développer le dispositif de télésanté	142
2.7.6. Garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse	146
2.8. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé.....	150
2.8.1. Assurer une juste rémunération dans les établissements de santé.....	150
2.8.2. Revenu des professionnels de santé.....	154
Objectif n°4 : Améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins	156
2.9. Renforcer la coordination de prise en charge ville-établissements de santé	156
2.9.1. Régulation médicale de l'accès à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)	156
2.9.2. Diminuer les recours aux urgences évitables	158
2.9.3. Bénéficiaires de PRADO, le service de retour à domicile	159
2.9.4. Simplifier le parcours santé des usagers et les échanges avec les professionnels de santé avec le déploiement de Mon espace santé.....	161
2.9.5. Développer l'exercice coordonné en ville (maisons, centres de santé et CPTS)	164
2.10. Améliorer la qualité des soins	166
2.10.1. Etablissements certifiés par la Haute Autorité de Santé	166
2.10.2. Atteinte par les médecins traitants des objectifs de santé publique	170
2.10.3. Prévalence des infections associées aux soins	173
2.10.4. Satisfaction et expérience des patients hospitalisés	175
Objectif n°5 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses	179
2.11. Favoriser l'accès aux médicaments tout en maîtrisant leur dépense.....	179
2.11.1. Dynamique des dépenses de médicaments en ville.....	179
2.11.2. Dynamique des produits de santé à l'hôpital	181
2.11.3. Nombre moyen de molécules prescrites par patient	184
2.11.4. Taux de pénétration des médicaments génériques	186
2.11.5. Taux de pénétration des médicaments biosimilaires	189
2.11.6. Consommation d'antibiotiques en ville	191
2.11.7. Pénuries et ruptures de stock de médicaments	193
2.12. Garantir la pertinence des soins hospitaliers	196
2.12.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins dans les établissements.....	196
2.12.2. Performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers	200
2.12.3. Chirurgie ambulatoire.....	203
2.12.4. Transferts des patients vers des unités de soin adaptées	205
2.12.5. Respect de l'objectif de prescriptions hospitalières exécutées en ville	207
2.13. Développer la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie	210
2.13.1. Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie.....	210
2.13.2. Atteinte des objectifs de gestion du risque et maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie	214
2.13.3. Les participations forfaitaires et les franchises médicales	217
Objectif n°6 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie	220
2.14. Limiter la dette des établissements de santé et soutenir l'investissement.....	220
2.15. Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie	223
2.15.1. Equilibre financier de la branche maladie	223
2.15.2. Respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	226
2.15.3. Montants enregistrés dans le cadre des recours contre tiers	228
2.15.4. Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus.....	230
2.16. Assurer la transition écologique du système de santé sur le long terme	232
<i>Liste des sigles utilisés</i>	<i>235</i>

RAPPORT D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHÈSE

Maladie

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

La branche maladie prend en charge près de quatre cinquièmes des dépenses engagées par les Français au titre des soins (*indicateur n°2-5-1*). Elle concourt ainsi de façon décisive au financement de la dépense courante de santé, qui s'établit à 11,4 % du produit intérieur brut en 2024 (*indicateur n°1-1-1*), un niveau élevé au niveau international. La prise en charge par l'assurance maladie est complétée par les complémentaires santé.

Ce rapport détaille la contribution de l'assurance maladie aux politiques de santé autour de **six objectifs principaux** :

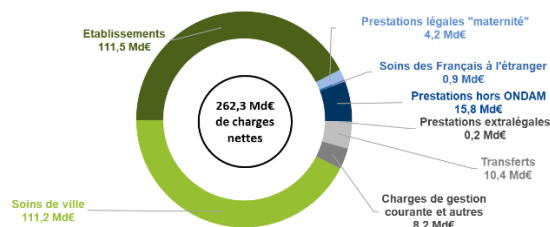
- 1/ développer la prévention ;
- 2/ assurer un égal accès aux soins ;
- 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ;
- 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ;
- 5/ renforcer l'efficacité du système de santé et développer la maîtrise médicalisée des dépenses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

Avant de présenter les résultats des indicateurs selon ces six axes, la synthèse revient sur les dépenses financées par la branche, puis sur les mesures récentes et prévues en matière de politique de santé.

Les dépenses de la branche maladie s'élèvent à 262 Md€ en 2025

La branche maladie a dépensé 262,3 Md€ en 2025. Ces charges couvrent principalement les prestations nettes qui s'élèvent à 227,7 Md€, consacrées aux soins de ville, aux établissements de santé, aux prestations maternité et aux soins des Français à l'étranger. La branche contribue également au financement du fonds d'intervention régional (FIR), du fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS), ainsi que d'autres fonds.

Graphique 1 • Dépenses de la branche maladie en 2025



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, mai 2026.

L'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM) est un objectif interbranche qui concerne cependant principalement la branche maladie¹. En 2025, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 265,4 Md€, soit une sous exécution de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif fixé en LFSS pour 2025 (*Cf. indicateur n°2-15-2*).

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

Plusieurs mesures importantes ont été mises en place dans ce domaine par les lois successives de financement de la sécurité sociale.

Dans la lignée de la réorganisation en 2019 des consultations obligatoires des enfants, les LFSS 2023 et 2024 ont mis en place quatre rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans, et 70-75 ans). Elles visent à prévenir l'apparition de facteurs de risques ou de pathologies spécifiques à chacun de ces âges de la vie. Ces rendez-vous prévention sont intégralement pris en charge par l'Assurance maladie sans avance de frais. En ce qui concerne la santé sexuelle, la LFSS 2022 a permis aux assurés de bénéficier d'une prise en charge intégrale du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), sans prescription. La LFSS 2023 a étendu cette mesure à d'autres infections sexuellement transmissibles dont la liste a été fixée par le décret du 5 juillet 2024 (chlamydia, gonocoque, syphilis et hépatite B).

En matière de contraception, en raison du recul de l'usage de contraceptifs à efficacité élevée, la LFSS 2022 a étendu, à compter de janvier 2022, pour les jeunes femmes de moins de 26 ans, la gratuité sans avance de frais des coûts de contraception et des actes qui y sont liés (auparavant, seules les jeunes filles de moins de 18 ans bénéficiaient de cette prise en charge). De même, La LFSS 2023 a étendu, à compter du mois de janvier 2023, la gratuité de la contraception hormonale d'urgence à toutes les femmes sans avance de frais et sans condition de prescription médicale. Avant cette date, la gratuité était réservée aux jeunes femmes de moins de 25 ans auparavant.

¹ Certaines dépenses dans le champ de l'ONDAM relèvent notamment de la branche autonomie, au sein de l'objectif global de dépenses, qui a atteint 33,0 Md€ en 2025.

En ce qui concerne la prévention des maladies infectieuses et notamment virales, la LFSS 2024 a entériné, en accord avec les annonces du Président de la République en février 2023, l'organisation d'une campagne de vaccination contre le HPV -papillomavirus humain, à l'origine de plusieurs cancers dont celui du col de l'utérus- au collège, dès la rentrée 2024. Une première phase a été lancée à l'automne 2024. Au printemps 2025, une campagne est lancée dans tous les collèges et s'adresse à tous les élèves en classe de 5e qui peuvent se faire vacciner gratuitement, après autorisation parentale. Les médecins, les pharmaciens, les sage-femmes et les infirmiers sont mobilisés.

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

Enfin, concernant la prévention des maladies chroniques, la LFSS pour 2026 a prévu la mise en place de nouveaux parcours de prévention intégrant des prestations non remboursées auparavant, pour prévenir ou retarder l'apparition des maladies chroniques. Cette avancée est complétée par certains dispositifs de parcours coordonné renforcé (PCR) mis en place par la LFSS 2024, dont le premier PCR « obésité complexe chez les adultes » a été lancé le 4 mars 2026. Il a pour objectif de freiner l'obésité et les comorbidités associées et de favoriser la prise en charge globale du patient dans son milieu de vie à travers un programme personnalisé de soins, de prévention et d'éducation thérapeutique, coordonné par un médecin spécialiste de l'obésité en lien avec d'autres professionnels de santé.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui traduit les ambitions de « Ma Santé 2022 », a posé les premiers jalons d'une réforme de notre système de santé. Le Ségur de la santé a accéléré cette dynamique et a permis de revaloriser significativement les métiers de la santé. La transformation de l'hôpital sera poursuivie, conformément aux annonces du Président de la République de janvier 2023.

La LFSS 2022 a poursuivi les engagements du Ségur de la santé. L'ONDAM a ainsi intégré 12,5 Md€ de financement au titre des composantes du Ségur, dont 7,7 Md€ consacrées aux revalorisations salariales des professionnels de santé (hors secteur médico-social). En 2022, il s'agit en particulier de l'extension de la revalorisation socle du Ségur au secteur médico-social ainsi que de la mesure de renforcement de l'attractivité, qui consiste en une revalorisation des grilles de plusieurs métiers de la fonction publique hospitalière, pour 635 M€.

Intégrant la fin de la montée en charge des mesures du Ségur de la santé. En 2024, le Ségur de la santé a occasionné 13,0 Md€ de dépenses au total, dont 10,9 Md€ concernent les revalorisations salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ces mesures spécifiques au secteur de la santé ont été complétées par les mesures de revalorisation accordées aux agents de la fonction publique. Ainsi, la branche maladie a financé la revalorisation du point d'indice de +3,5 % au 1^{er} juillet 2022, puis de +1,5 % en juillet 2023 ainsi que l'attribution de 5 points d'indice supplémentaires à tous les agents à partir de janvier 2024 pour un montant de 3,7 Md€ en année pleine. Ces revalorisations visant à augmenter le pouvoir d'achat des agents de la fonction publique ont été accompagnées de mesures ciblées sur les bas salaires qui ont été les plus touchés par l'inflation, notamment le versement d'une prime de pouvoir d'achat jusqu'à 800 € (670 M€ pour la branche maladie en 2023) et l'attribution de points supplémentaires à hauteur de 9 points (130 M€ pour la branche maladie à partir de 2024).

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

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

Les actions en matière d'accès aux soins ont également consisté à lever les obstacles financiers à l'obtention des produits de santé nécessaires. Ainsi, la réforme « **100% santé** » garantit une prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) et des contrats de complémentaire santé dits responsables sur un panier de soins et d'équipements d'optique, d'audiologie, et dentaire ainsi que pour les véhicules pour personnes en situation de handicap et les prothèses capillaires depuis le 1^{er} janvier 2026. Ces secteurs représentaient les restes à charges et les taux de renoncement aux soins les plus élevés, notamment dans le segment des traitements dentaires où le taux de renoncement est de 5,2 % comparé à 2,0 % de taux de renoncement aux soins médicaux au global en 2024 (*indicateur n°2-6-2*). La réforme a été mise en place progressivement à partir de 2019. Elle s'est traduite par des plafonnements de prix et des baisses de reste à charge, allant jusqu'à une prise en charge intégrale de

l'ensemble des soins et équipements relevant du panier de soins désigné en janvier 2021.

De même, la LFSS 2024 a instauré la gratuité des protections hygiéniques réutilisables pour toutes les jeunes femmes âgées de moins de 26 ans ainsi qu'à toutes les bénéficiaires de la C2S. Cette mesure entrera en vigueur à l'automne 2026.

Au-delà de l'accessibilité géographique et financière, l'accès aux soins dépend également de la disponibilité des produits de santé et de la soutenabilité de leur financement. À ce titre, la politique du médicament constitue un levier central, à la croisée des enjeux d'efficience, de régulation et de sécurité d'approvisionnement.

Dans un contexte de forte dynamique des dépenses de médicaments (+6,8 % en 2024 en brut, après 7,8 % en 2023 et 9,6 % en 2022), le Gouvernement avait engagé plusieurs réformes structurelles visant à concilier accès à l'innovation, sécurité d'approvisionnement et **soutenabilité financière**.

En matière de régulation des prix, le développement des médicaments génériques et des biosimilaires constitue un levier majeur d'action. Pour atteindre l'objectif d'un taux de pénétration de 100 % des génériques dans leur répertoire, fixé dans le cadre de la LFSS pour 2022, plusieurs dispositifs d'incitation ont été mis en place ou renforcés tels que le « tiers payant contre génériques », la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) des pharmaciens, et, depuis l'avenant 9 à la convention médicale de 2022, un mécanisme d'intéressement pour les prescripteurs de biosimilaires, à hauteur de 20 % des économies générées. La LFSS 2024 a également assoupli les conditions de substitution entre médicaments biologiques similaires par les pharmaciens d'officine, dans le cadre de l'intégration au droit commun d'une expérimentation article 51 des modèles incitatifs à la prescription hospitalière de biosimilaires délivrés en ville.

Face aux risques accrus de ruptures d'approvisionnement, la LFSS 2024 a inscrit plusieurs mesures dans la continuité du « décret stock », désormais en vigueur, imposant des obligations minimales de stock pour les médicaments critiques. Elle a en outre prévu la possibilité de production de préparations officinales spéciales en pharmacie, la limitation de la prescription de certains antibiotiques à un test rapide (TROD), et l'interdiction de prescription de certains médicaments en téléconsultation. Ces dispositifs traduisent les recommandations de la mission Borne sur la régulation des produits de santé (rapport d'août 2023).

Ces réformes qui visent à réguler la dépense du médicament présentent un deuxième objectif d'efficience de la dépense de santé, notamment dans une conjoncture marquée par le redressement des comptes sociaux. Elles viennent appuyer plusieurs mesures d'efficience et de responsabilisation (des assurés et des offreurs de soins) via la maîtrise médicalisée des prescriptions, l'encadrement des prescriptions hospitalières coûteuses, et l'augmentation des tarifs des participations forfaitaires et des franchises.

Plusieurs mesures relatives aux arrêts de travail pour maladie et à leur indemnisation ont été prises pour contribuer à la régulation des dépenses d'indemnités journalières (IJ). Il a ainsi été procédé à une baisse du

plafond des revenus pris en compte pour le calcul des IJ de 1,8 Smic à 1,4 Smic, baisse en vigueur depuis le 1^{er} avril 2025. Le déploiement d'un formulaire cerfa sécurisé à l'été 2025 a permis de sécuriser la prescription des arrêts de travail non dématérialisés. La LFSS pour 2026 a poursuivi ces efforts en mettant en place un encadrement des durées de prescription des premiers arrêts de travail et des prolongations d'arrêt de travail. Un décret d'application précise les modalités de cet encadrement. Par ailleurs, la LFSS pour 2024 avait déjà limité à 3 jours la durée des arrêts de travail pouvant être prescrits par un médecin non traitant en téléconsultation.

Plusieurs **négociations conventionnelles structurelles** avec les professionnels de santé en ville ont eu lieu ces dernières années, avec notamment les médecins, les transporteurs sanitaires, les sage-femmes et les masseurs-kinésithérapeutes.

La convention médicale 2024-2029 signée le 4 juin 2024 et dont les effets ont continué à se déployer au cours de l'année 2025, a notamment permis la revalorisation du tarif de consultation chez les médecins généralistes à 30 € depuis le 22 décembre 2024, mais aussi avec des revalorisations ciblées pour certaines spécialités (psychiatres, gynécologues, gériatres, etc.) sur la période décembre 2024 et juillet 2025. Des incitations financières ont également été créées pour soutenir l'installation des médecins dans des zones sous-denses et pour soutenir l'emploi d'assistants médicaux afin de libérer du temps médical.

Un nouvel accord national relatif aux centres de santé a également été signé le 28 août 2025. Il a notamment permis la simplification du dispositif de rémunération forfaitaire spécifique aux centres de santé et la revalorisation de certains indicateurs.

Le déploiement de plusieurs avenants conventionnels s'est également poursuivi en 2025 : l'avenant 1 à la convention nationale avec les pharmaciens d'officine, l'avenant 1 à la convention avec les chirurgiens-dentistes, l'avenant 6 à la convention avec les pédicures-podologues et l'avenant 21 à la convention avec les orthophonistes.

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

Par ailleurs, une réforme du financement des établissements de santé a été engagée dans la LFSS 2024, conformément aux annonces présidentielles du 6 janvier 2023, pour un financement plus équilibré en réduisant la part de financement à l'activité. Ce nouveau modèle prévoit une part structurante de financement des établissements publics et privés de santé reposant sur des objectifs de santé publique et la réalisation de

missions spécifiques. Une part de financement à l'activité est conservée. Cette réforme vise à adapter le financement des établissements de santé en tenant mieux compte de la qualité des soins, de la pertinence des actes et des spécificités de certaines activités hospitalières.

Par ailleurs, la LFSS pour 2025 a inclus une augmentation des financements dédiés aux établissements de santé de +1 Md€ par rapport à la version initiale présentée à l'automne 2024. La LFSS pour 2026 a également inclus une hausse de 3,6 Md€ sur l'Ondam hospitalier, dont une augmentation exceptionnelle de 850 M€ annoncée par le Premier Ministre afin d'assurer la stabilité des tarifs hospitaliers.

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

Objectif n°1 : Développer la prévention

Selon les dernières données internationales disponibles, la France occupe en 2023 le troisième rang parmi les pays de l'OCDE pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le quatrième chez les hommes, avec respectivement 23,6 ans et 19,9 ans (*indicateur n°1-3*). En revanche, la mortalité prématurée, avant 65 ans, est relativement élevée. En 2022, la France se situe légèrement en dessous de la moyenne européenne : 186 décès pour 100 000 habitants contre 201 décès pour 100 000 dans l'UE-27 (*indicateur n°1-2*). Ces résultats sont à mettre en relation avec les conditions de vie et notamment l'exposition à certains facteurs de risques, tels que la pollution de l'air, la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Des actions de prévention pour réduire les facteurs de risque

La sécurité sociale met en œuvre un grand nombre d'actions de prévention au profit des assurés, des programmes d'accompagnement des patients et de participation aux campagnes de prévention ciblées (dépistages du cancer, vaccination antigrippale, etc.), ainsi que des dispositifs conventionnels et d'accompagnement individualisés des professionnels de santé.

Santé publique France estime que 30 % de la mortalité prématurée est imputable aux conduites individuelles, au premier rang desquelles le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation ou le manque d'exercice. En particulier, la prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2023 : elle concerne 18,2 % de la population de 18 à 75 ans (*indicateur n°2-1-2*), même si elle diminue fortement ces dernières années (-11,2 points entre 2016 et 2024).

Face à ce constat, le Gouvernement a renforcé la lutte contre le tabagisme afin de concrétiser les objectifs ambitieux¹ du programme national de réduction du tabagisme 2018-2022 : il a procédé à un relèvement important de la fiscalité, ainsi qu'à la suppression du gel de la fiscalité sur le tabac comme indiqué *supra*. Il a en parallèle intensifié les actions de prévention auprès des populations les plus touchées et promu des dispositifs d'accompagnement de l'arrêt de la consommation en

parallèle de la prise en charge des substituts nicotiniques par l'assurance maladie obligatoire. Le PNLT 2023-2027 a poursuivi ces objectifs en généralisant l'interdiction de fumer à plus d'espaces publics et en interdisant les produits de vapotage à usage unique. Il ambitionne de bâtir la première génération sans tabac à l'horizon 2032 notamment à travers un signal prix fort sur le tabac qui devrait atteindre 13 euros par paquet en moyenne en 2027. Cet objectif, ainsi que les recettes collectées au titre de la taxation spécifique sur le tabac (et les alcools) sont suivis dans le rapport d'évaluation des politiques de financement de la sécurité sociale (Cf. Financement, indicateur n°2-9).

Depuis le début de la décennie 2010, la prévalence moyenne de l'obésité et du surpoids se réduit chez les enfants de grande section de maternelle et chez les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de la surcharge pondérale est la plus importante des classes d'âge étudiées (18 % des élèves de CM2 en 2014-2015, *indicateur n°2-1-1*). La généralisation de l'expérimentation « mission retrouve ton cap » par la LFSS 2022 met en place un parcours pluridisciplinaire (diététicien, psychologue, activité physique) pour les enfants de 3 à 12 ans afin d'éviter la constitution d'une obésité persistante à l'âge adulte et la survenue de complications métaboliques. Par ailleurs, les dernières statistiques européennes disponibles affirment que, la France présente le huitième taux le plus bas d'obésité (16,3 %) parmi les personnes âgées de 18 ans et plus. Ce taux est à comparer à celui de l'Italie, de 7,0 %, le plus bas parmi les pays européens.

En matière de prévention secondaire, la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prévoit de renforcer les programmes de dépistage grâce à des évolutions organisationnelles et technologiques. Elle prévoit également le renfort de la recherche dans le domaine des dépistages afin de disposer de tests plus efficaces, de développer de nouveaux dépistages (cancer du poumon, cancer de la prostate) et d'orienter chacun vers un dépistage plus personnalisé prenant mieux en compte les risques individuels. Le dépistage précoce des cancers permet en effet de limiter la mortalité liée à ces pathologies. A l'horizon 2025, la stratégie vise à dépasser les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage des cancers (70 % pour le cancer du sein, 65 % pour le cancer colorectal, 70 % pour le cancer du col de l'utérus), notamment en levant les inégalités d'accès et de recours au dépistage. A cette fin, elle prévoit la réalisation d'un million de dépistages en plus en 2025, qui viendraient s'ajouter aux 9 millions de dépistages réalisés chaque année. Après une baisse continue depuis de nombreuses années, suivie d'une chute en 2020 liée à la crise sanitaire du Covid-19, les taux de participation/couverture des programmes de dépistage organisés des cancers ont augmenté en 2021, pour atteindre 51 % pour le cancer du sein, 60 % pour le cancer du col de l'utérus et 35 % pour le cancer colorectal. Et après une baisse en 2022, l'année 2023 marque une nouvelle augmentation (quoique marginale) des taux de participation aux dépistages des cancers : le taux est de 48 % pour le cancer de sein, et de 34 % pour le cancer colorectal. (*indicateur n°2-2-1*).

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

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

Un renforcement de la couverture vaccinale

Les résultats relatifs aux actions de prévention par la vaccination sont encourageants. La couverture vaccinale des nourrissons de 92,6 % pour les deux doses du vaccin contre la rougeole, se rapprochant de l'objectif de couverture de 95 %. La couverture est supérieure à 95 % pour le reste des vaccins recommandés (*indicateur n°2-3-1*). Pour rendre efficace la protection collective contre des maladies évitables, l'obligation vaccinale a été étendue pour les enfants de moins de 18 mois, nés à compter du 1^{er} janvier 2018, à onze vaccins, c'est-à-dire les huit vaccins déjà recommandés en sus des trois auparavant obligatoires.

Après une phase d'expérimentation, une campagne de vaccination gratuite contre le papillomavirus humain (HPV) a également été mise place en 2024 pour tous les élèves en classe de 5^{ème} dont les parents souhaitent protéger leurs enfants des cancers liés au HPV. En conséquence, la couverture vaccinale 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans en 2024 (nées en 2009) est estimée à 58,4% soit une augmentation de 10,6 points en comparaison à la couverture vaccinale des jeunes filles de 15 ans en 2022 (nées en 2007). Cette campagne a donc permis de se rapprocher de l'objectif de couverture vaccinale du programme de vaccination fixé à 60 % à l'horizon de 2023 et souligne l'importance de reconduire ces campagnes en milieu scolaire jusqu'à atteindre le nouvel objectif de 80 % à l'horizon 2030 dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe parmi les personnes âgées de plus de 65 ans s'établit à 54 % en 2024-2025 alors que le taux parmi les personnes à risque âgées de moins de 65 ans est de 25 % (*indicateur n°2-3-2*). Après une augmentation lors de la saison 2020-2021 suite à l'émergence du SARS-CoV-2 (COVID-19), la couverture antigrippale chez les personnes à risque de formes sévères est en diminution ces dernières saisons. Elle reste cependant à un niveau supérieur à celui de la saison précédant la pandémie pour les 65 ans et plus. En revanche, chez les moins de 65 ans à risque, les couvertures vaccinales sont à un niveau inférieur aux estimations avant la pandémie depuis la saison dernière.

Enfin, en matière de prévention tertiaire, après une dégradation du suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques dans le suivi du diabète en 2020 en raison de la crise sanitaire, la situation s'est améliorée en 2021 puis en 2023, avec des indicateurs de suivi en augmentation pour tous les examens recommandés, retrouvant ainsi des niveaux supérieurs aux niveaux d'avant-crise en 2019 (*indicateur n°2-4*). Ces résultats sont à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la Cnam, dans le cadre duquel les infirmiers conseillers relaient les recommandations de bonnes pratiques des médecins traitants. Les objectifs de prévention des complications du diabète sont également intégrés aux actions menées avec les professionnels de santé, notamment dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (*cf. infra*). Toutefois, des efforts sont à poursuivre, le suivi étant inégal selon les examens recommandés.

Objectif n°2 : Assurer un égal accès aux soins

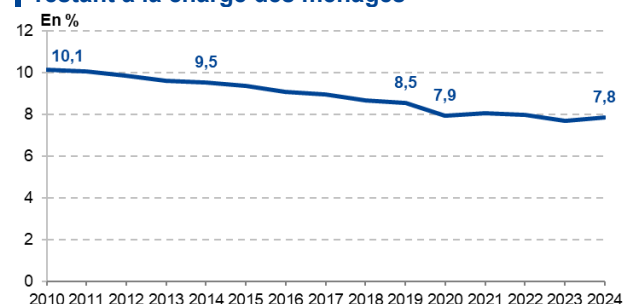
L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur

le territoire, et d'autre part un niveau maîtrisé des dépenses de santé restant à la charge des assurés.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages parmi les plus faibles des pays de l'OCDE : 10,2 % en 2023

Sur le plan financier, le niveau de prise en charge par les administrations publiques (principalement par la sécurité sociale, et à titre secondaire par l'État) est élevé : il s'établit à 79,4 % en 2024, en progression de 1,6 point par rapport à 2014. Ainsi, la part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'établit à 7,8 % en 2024, en légère diminution par rapport à 2019 (- 0,7 point) Sur une période plus longue, la baisse est quasi-généralisée à toutes les composantes de la consommation à l'exception de l'optique médicale du fait d'une pénétration encore limitée du « 100 % santé » et d'une baisse de la prise en charge de l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre (*indicateur n°2-5-1*). Cela s'explique principalement par la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longues durée (ALD) qui découle du vieillissement de la population mais aussi de la plus forte prévalence d'ALD à âge donné. En élargissant le périmètre à la dépense courante de santé au sens internationale, la France figure ainsi parmi les pays de l'OCDE qui consacrent une part importante de leur richesse à la fois aux dépenses de santé et à leur prise en charge publique. En conséquence, le reste à charge des ménages y est l'un des plus bas (10,2 %), juste derrière le Luxembourg et la Croatie (9,7 % et 9,4 % respectivement). Ce niveau de couverture publique fondé sur une logique de solidarité par une mutualisation des risques et un financement proportionnel aux revenus contribue de façon sensible à la réduction des inégalités de niveau de vie.

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



Source : *indicateur n°2-5-1* et Drees, Comptes de la santé 2025.
Champ : Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Les obstacles financiers à l'accès aux soins

Les deux dispositifs historiques d'accès aux soins à destination des populations précaires (CMU-c et ACS) ont fusionné en novembre 2019 pour constituer la complémentaire santé solidaire (C2S). Celle-ci offre une assurance santé complémentaire, prenant en charge la quasi-totalité des frais engagés, sur un large panier de soins (au-delà de la prise en charge des tickets modérateurs en ville et à l'hôpital, en optique, dentaire, aide auditive, mais aussi un grand nombre de dispositifs médicaux antérieurement non pris en charge par l'ACS,

au-delà de la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire). Cette réforme est particulièrement favorable aux personnes âgées (dont les niveaux de primes d'assurance sont élevés) mais aussi aux personnes en situation de handicap (à travers l'accès à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux – fauteuils roulants, pansements, sondes par exemple).

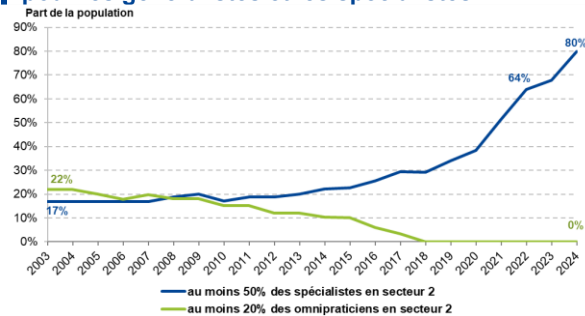
A fin décembre 2025, 7,9 millions de personnes sont couvertes par la C2S pour l'ensemble du territoire et des régimes d'assurance maladie. 6,1 millions bénéficient de la C2SG (sans participation) et 1,9 million de la complémentaire santé participative (C2SP). Cette participation financière s'élève au plus à 1 euro par jour et par personne. Après avoir augmenté au 1^{er} semestre de 2025, les effectifs de la C2SG ont diminué au second semestre, concomitamment aux mêmes évolutions pour les allocataires du RSA (auxquels la C2SG est attribuée automatiquement depuis la LFSS pour 2022). Finalement, les effectifs de la C2SG ont peu progressé entre décembre 2024 et décembre 2025 : + 0,2 %, soit 14 400 bénéficiaires de plus (*indicateur n°2-6-1*). Par ailleurs, les LFSS pour 2022 et 2024 ont mis en place un mécanisme de présomption de droits et l'allègement des démarches de demande de C2S pour les bénéficiaires de certains minima sociaux (ASPA, ASI, AAH, ASS et ACEJ). Ainsi, les flux d'attribution de la C2S aux bénéficiaires de ces prestations ont été dynamiques : environ 5 000 attributions mensuelles pour les bénéficiaires de l'ASPA (près de 120 000 nouveaux bénéficiaires entre 2023 et 2024, avec un taux de couverture de 64 % fin 2024) et une montée en charge progressive pour les bénéficiaires de l'ASI, avec environ 560 bénéficiaires supplémentaires par mois, sur un public d'environ 11 750 allocataires identifiés comme potentiellement éligibles.

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

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

Depuis 2018, dans tous les départements, moins de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres. Néanmoins, l'accès à des spécialistes libéraux à tarifs opposables demeure moins aisé. En 2024, la proportion de la population vivant dans des départements où plus de la moitié des spécialistes définissent librement leurs honoraires (spécialistes de secteur 2) est de 80 %. Elle a augmenté de 58 points entre 2014 et 2024, dont une hausse de 12 points entre 2023 et 2024 due au basculement de quatorze départements au-dessus du seuil de 50 % (*indicateur n°2-5-4 et graphique 3*), avec de fortes disparités en fonction des spécialités.

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



Source : Cnam.

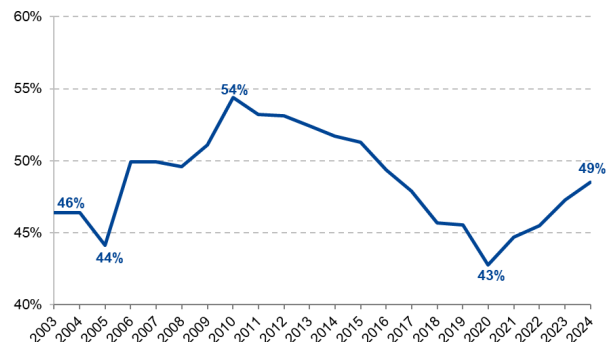
Lecture : en 2024, 80 % de la population réside dans des départements où plus de la moitié des spécialistes exercent en secteur 2 (autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires).

Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 49 % en 2024 (*cf. graphique 4*).

La baisse sur la période 2010-2020 traduit les efforts de l'Assurance maladie et des médecins libéraux pour maîtriser les dépassements tarifaires. Le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place fin 2013 et remplacé ensuite en 2017 par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), a contribué à modérer les dépassements d'honoraires.

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

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



Source : Cnam.

Enfin, les dépassements d'honoraires et tarifaires de certains soins ou dispositifs médicaux représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages, notamment en dentaire, optique et audiologie. En concertation avec les professionnels de ces secteurs, le Gouvernement a défini un panier de soins « 100 % santé » en optique, dentaire et aides auditives pour lequel les assurés bénéficient d'un reste à charge nul après remboursement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. Le taux de pénétration des dispositifs « 100 % Santé » diffère selon les domaines. Au dernier trimestre 2024, il est plus important pour le dentaire (55,2 %) et pour les audioprothèses (32,9 %) que pour l'optique (20,7 %, *indicateur n°2-5-5*).

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

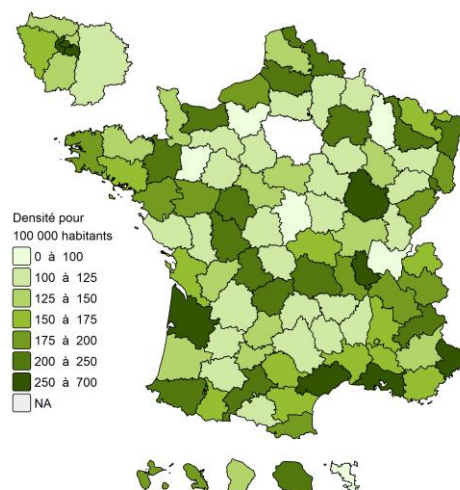
La crise sanitaire a eu un impact majeur sur l'activité des établissements de santé. Les services de réanimation ont été très fortement sollicités dans les régions les plus exposées à l'épidémie et les capacités ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire. À l'inverse, certaines interventions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

La LFSS 2024 a prévu une réforme du modèle de financement des établissements de santé. En plus de la tarification à l'activité (T2A), il est prévu de diversifier les modes de financement en augmentant la part de financements par dotations pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. L'objectif est de parvenir à un mode de financement mixte des établissements de santé : T2A pour les activités standard, dotations spécifiques pour les activités répondant à des objectifs de santé publique, financement mixte pour les activités de soins aigus. En 2024, la SMA a été prolongée mais avec un niveau de référence réduit à 50% (70% en 2023) afin d'accompagner la reprise d'activité des établissements.

Des inégalités de répartition des professionnels de santé persistantes

En 2025, on comptait en France 237 000 médecins généralistes et spécialistes, en forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population mais qui a progressivement ralenti depuis 2006 (*indicateur n°1-4-1*). Même si la densité moyenne de médecins spécialistes (libéraux et salariés) a augmenté en dix ans, les écarts de densité observés se maintiennent, avec un nombre de spécialistes pour 100 000 habitants plus de deux fois plus élevé dans les départements les mieux dotés que dans ceux les moins bien dotés. Les densités les plus élevées correspondent aux départements contenant les grandes agglomérations, avec Paris en tête (702 pour 100 000 habitants), ou au pourtour méditerranéen. Les départements les moins bien dotés sont ceux de Mayotte et de l'Ain (respectivement 37 et 79 spécialistes pour 100 000 habitants). 4 autres départements n'atteignent pas 100 spécialistes pour 100 000 habitants (*indicateur n°2-7-2*).

Carte 1 • Densité de médecins spécialistes en 2025



Sources : RPPS 2025, estimations de population 2025, traitements Drees.

Champ : France entière

L'évolution de la rémunération des professionnels de santé

En 2022, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 743 € : 2 816 € dans le secteur public, 2 661 € dans le secteur privé non lucratif et 2 345 € dans le secteur privé lucratif (cf. *indicateur n°2-8-1*). Les salaires ont connu une hausse de 4,6 % à euros constants entre 2021 et 2022 après 4,5 % entre 2020 et 2021. Ces hausses s'expliquent principalement par le versement de la prime Covid-19 et des premières mesures salariales du Ségur versées en septembre 2020, puis montées en charge en 2021.

En effet, pour augmenter les salaires de deux millions de salariés du secteur sanitaire et médico-social et accompagner la nécessaire transformation des métiers, les pouvoirs publics, et au premier rang la sécurité sociale, ont augmenté leurs dépenses de 12,5 Md€ (montant annuel, après montée en charge) dont 7,7 Md€ pour les professionnels des établissements de santé en année pleine.

Objectif n°4 : Améliorer la qualité de la prise en charge des patients

L'amélioration de la qualité des soins doit s'appuyer sur la promotion des meilleures pratiques, sur la bonne coordination des soins fournis par les différents offreurs de soins, notamment dans les champs ambulatoire et hospitalier, ainsi que sur la formation continue des professionnels de santé.

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

Les programmes d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) des patients après une hospitalisation visent à mieux coordonner la transition de la prise en charge entre hôpital et ville. Initié en maternité en 2010, ce dispositif a été étendu depuis à cinq autres domaines : chirurgie, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, accidents cardio-vasculaires et suivi des personnes âgées. Depuis 2020, le nombre de

patientes ayant bénéficié du PRADO maternité a diminué du fait de la crise sanitaire, mais aussi de la priorisation des volets pathologies chroniques et personnes âgées qui ont augmenté depuis. (*indicateur n°2-9-3*).

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019, modifiée par l'article 98 de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique du 7 décembre 2020, a prévu la mise en place d'un espace numérique de santé. Ce dispositif prolonge et complète le Dossier Médical Partagé (DMP) mis en place en 2016. Ces dispositions législatives ont notamment prévu une création automatique des profils « Mon espace santé » pour les assurés de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire sauf pour ceux s'étant opposés à cette création automatique. Depuis juillet 2019, on constate une progression de l'alimentation du DMP sur mon espace santé. Cette progression s'est accélérée avec l'arrivée des logiciels référencés « Ségur » avec 42,2 millions de DMP alimentés en décembre 2025, en croissance de 41,8 % comparé à février 2024 (*indicateur n°2-9-4*).

Améliorer la qualité des soins

Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer la qualité des soins.

La prévalence des infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (infections nosocomiales) est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. Après avoir baissé de 6,9 % à 5,0 % entre 2001 et 2006, la prévalence des infections nosocomiales s'est stabilisée sur la période 2007-2017 (5,1 % en 2012 puis 5,0 % en 2017), avant d'augmenter en 2022 pour atteindre 5,7 %. Cette augmentation est notamment liée à la prise en compte des cas de Covid-19 nosocomiaux dans l'enquête nationale de prévalence 2022. A noter que la prévalence des patients infectés augmente même après l'exclusion des cas Covid-19 nosocomiaux (*indicateur n°2-10-3*).

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. La certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé (HAS), ainsi que la satisfaction moyenne des patients hospitalisés.

En 2020, la procédure de certification a été profondément réformée afin de renforcer l'adhésion par l'ensemble des professionnels et des usagers à la démarche de certification et de mise en cohérence de l'ensemble des éléments du dispositif : manuel, visite, rapport, processus décisionnel, diffusion publique des résultats. Le référentiel de certification reste universel mais celui-ci se veut aussi adapté en fonction du profil de l'établissement. Ainsi, en plus des critères génériques définis pour tous les établissements s'ajoutent des critères spécifiques qui se déclinent en fonction du type de population pris en charge, des modalités de prise en charge et également des activités de chacun des établissements. La nouvelle certification conserve le compte qualité qui sera structuré en cohérence avec le référentiel. Il est utilisé par les établissements pour les évaluations internes avant visite et en suivi régulier, et par les experts-visiteurs au moment de la visite. La visite, dans ses modalités, s'est fondamentalement changée. Cependant, elle intègre davantage la méthodologie des patients-traceurs. La méthode du patient-traceur permet

d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. La nouvelle procédure de certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins (CQSS) a été lancée en 2021. Au 31 décembre 2025, 90 % des établissements de santé ont obtenu la certification CQSS avec 24 % ayant la mention « Haute qualité des soins » (*cf. indicateur n°2-10-1*).

Par ailleurs, en 2025, la satisfaction moyenne des patients hospitalisés en Médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO) est de 75,2 %, elle est de 80,1 % en chirurgie ambulatoire (CA) et de 77,0 % en soins médicaux et de réadaptation (SMR) (*indicateur n°2-10-4*).

Une majorité d'indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) s'oriente à la hausse pour l'année 2023, traduisant ainsi une amélioration globale des objectifs de santé publique suivis et l'investissement des médecins dans ce domaine. Les résultats 2023 présentent cependant des évolutions contrastées avec des indicateurs en progrès notamment pour la prévention (iatrogénie médicamenteuse, antibiorésistance) et la plupart des indicateurs de suivi des pathologies chroniques tandis que d'autres sont en recul comme la vaccination antigrippale, la surveillance des patients sous anti-vitamine K, la prévention des cancers (sein et colorectal) ou la prescription de statines dans le répertoire générique. Une réforme des rémunérations forfaitaires est prévue dans le cadre de la convention médicale, signée le 4 juin 2024. Un forfait médecin traitant (FMT) viendra ainsi se substituer en 2026 à la ROSP et au forfait patientèle médecin traitant (FPMT) (*indicateur n°2-10-2*).

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

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

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

Un bilan de la maîtrise médicalisée contrasté

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

En 2024, le plan d'action de l'Assurance maladie comportait plus de 100 actions dont l'estimation ex post de l'impact s'élève à environ 1 160 M€, affichant ainsi un taux d'atteinte de 106% des objectifs fixés en LFSS. Hors actions de lutte contre la fraude (impact de 489 M€), les actions relatives aux arrêts de travail sont celles qui ont eu le plus d'impact, avec une économie réalisée de 378 M€, principalement à travers des actions d'accompagnement des prescripteurs et des mises sous accord préalable (*indicateur n°2-13-2*).

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

En matière de médicaments, après trois années d'une croissance dynamique mais inférieure à 4,0 %, les dépenses de médicaments délivrés en officine de ville relevant du régime général (y compris les anciens affiliés au régime des indépendants) ont augmenté rapidement entre 2020 et 2023 avec un taux de croissance annuel moyen de 8,4% en termes bruts (avant remises). Malgré un ralentissement de la croissance en 2024 (+6,8% en 2024), les dépenses de médicaments brutes restent très dynamiques. Elles sont portées par la montée en charge de traitement de l'amylose, diabète, et dermatite atopique initialement délivrés en rétrocession, puis inscrits au remboursement de droit commun et délivrés en officine de ville (*indicateur n°2-11-1*).

Plus globalement, les dépenses des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) relevant de l'ONDAM, en ville et en établissements, ont fortement progressé en 2024, au rythme de +6,3 % en termes bruts. Cette progression est ramenée à +5,7 % après déduction des recettes atténuatives (remises de prix, clause de sauvegarde) (cf. PLACSS pour 2024, Annexe 3).

L'un des moyens de maîtriser les dépenses de médicaments est d'encourager l'usage de génériques et biosimilaires quand ils existent. Après l'atteinte de l'objectif de 90 % de part des génériques dans le répertoire en 2020, cet objectif a été revu à la hausse en 2022 pour viser un taux de pénétration de 100 % des génériques dans le répertoire. Après une stagnation au-dessus de 92 %, la part des génériques dans le répertoire progresse en 2025 pour atteindre 93,9 %. Ce résultat fait suite à la mise en œuvre de différentes mesures depuis juin 2012, comme la généralisation du « tiers payant contre génériques », la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens d'officine, le plan national de promotion des médicaments génériques 2015-2017 et la mesure dite article 66 (LFSS pour 2019) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020. La nouvelle convention signée par les syndicats des pharmaciens et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) le 9 mars 2022 intègre une rémunération liée au bon usage des produits de santé incitant entre autres à une meilleure pénétration des médicaments génériques en se focalisant sur les molécules nouvellement généralisées (*indicateur n°2-11-4*). En ce qui concerne les biosimilaires, bien que leur part reste encore modeste (45 % des volumes de vente des spécialités appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires en 2025, soit 10 points de plus qu'en 2024), leur développement devrait davantage augmenter grâce au dispositif de partage d'économies avec les prescripteurs, ainsi que la rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens au titre de la substitution par des biosimilaires (*indicateur n°2-11-5*).

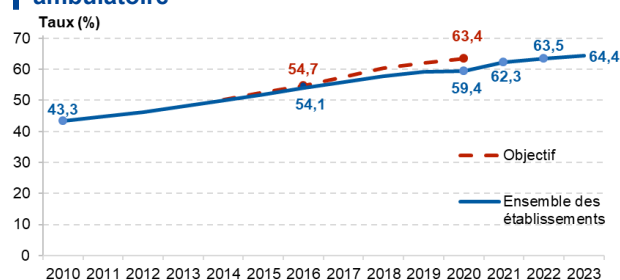
La maîtrise des dépenses d'indemnités journalières maladie (IJ) constitue un autre levier d'action important, dans la mesure où ces indemnités, à destination des salariés en arrêt maladie, représentent plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville de l'ONDAM (*indicateur n°2-13-1*). Les dépenses d'indemnités journalières maladie ont cependant été très dynamiques depuis la crise. Les indemnités journalières hors crise Covid relevant du champ de l'ONDAM ont augmenté de 6,7% pour atteindre 10,5 Md€ en 2023. Ce rythme d'augmentation est dû à la fois à un effet prix (3,4 %) en ralentissement après la fin du contexte inflationniste, ainsi qu'à un effet volume en accélération (+3,2 %) dû principalement à la progression du nombre d'arrêts maladie, en particulier de plus de 3 mois.

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

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

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire (*indicateur n°2-12-3*) contribue également à une meilleure efficience des dépenses de santé. Le taux national de chirurgie ambulatoire est en progression continue passant de 43,3 % en 2010 à 65,0 % en 2025, soit un taux de croissance annuel moyen de 3 %. Le programme repose notamment sur l'amélioration de l'organisation des structures de soins, le renforcement de la coordination des acteurs dans une logique de parcours, le développement de la formation, tout en encourageant l'innovation, ainsi que le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Graphique 5 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



Sources : ATIH, PMSI-MCO

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en court séjour, puis transférés en soins médicaux et de réadaptation (SMR), traduit une meilleure articulation entre soins aigus et SMR, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval (*indicateur n°2-12-4*).

Par ailleurs, les établissements publics hospitaliers ont pour objectif de réaliser des gains dans le secteur des achats, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE), lancé en 2011. En 2025, 292 M€ de gains ont été réalisés (hors énergie), soit 81 % de l'objectif PHARE (*indicateur n°2-12-2*).

Des établissements publics de santé en déficit

En 2024, les comptes financiers des hôpitaux publics ont été clôturés avec un déficit de 2,7 Md€ sur leur budget principal. Ce déficit reflète une situation déficitaire pour toutes les catégories d'hôpitaux publics. Il s'élevait à 660 M€ en 2019.¹

Selon la Drees, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue en 2024 pour la troisième année consécutive et s'établit à 29,9 Md€ après avoir atteint, en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations (31,1 milliards d'euros). Il se stabilise ainsi à son niveau d'avant crise. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette s'établit à 27,9 % des recettes en 2024, après 29,0 % en 2023. Cette diminution régulière s'inscrit dans la tendance engagée depuis le point haut de 2013 (41,6 %). Les investissements des hôpitaux publics représentent 5,5 Md€ en 2024 après 5,6 Md€ en 2023. Après une légère baisse en 2020, l'effort d'investissement marque un rebond depuis 2021 pour atteindre 5,4 % des produits en 2023, le plus haut niveau observé depuis 2015. En 2024, l'effort d'investissement des hôpitaux publics a légèrement diminué, représentant ainsi 5,1 % des recettes (*indicateur n°2-14*).

Cette diminution de l'encours de la dette et la reprise de l'investissement sont permises grâce au Ségur de la santé qui met en œuvre un plan d'investissement de 6 Md€ sur cinq ans dans le système de santé, venant s'ajouter aux 13 Md€ de dotations prévues à l'article 50 de la LFSS pour 2021. Ce dispositif se répartit en deux volets poursuivant deux objectifs :

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

Limiter et prévoir les pénuries de médicaments

La crise sanitaire a également mis en lumière les risques de pénuries de médicaments et de vaccins en France. En 2024, environ 785 médicaments ont fait l'objet d'un signalement de rupture de stock, ou de risque de rupture, à un moment de l'année, en baisse (-3 %) pour la première fois depuis 2016. L'augmentation de signalements entre 2016 et 2023 s'explique en partie par la modification de la classification des molécules en 2022, par le renforcement des obligations déclaratives des laboratoires, mais également par une fabrication des médicaments de plus en plus complexe, à la fois réglementairement et techniquement, du fait d'un morcellement des étapes de fabrication. Elle provient également d'une demande mondiale croissante, notamment de la part de pays émergents, avec des capacités de production qui n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions (*indicateur n°2-11-7*).

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

Durant la décennie 2010-2019, la maîtrise des dépenses avait permis un redressement de la situation financière

de la branche maladie, dont le déficit avait été ramené à 0,8 Md€ en 2018 et 1,5 Md€ en 2019. Entre 2020 et 2022, la crise sanitaire a fortement affecté la branche, qui accuse des déficits de 30,5 Md€, de 26,1 Md€, puis de 21,0 Md€ respectivement.

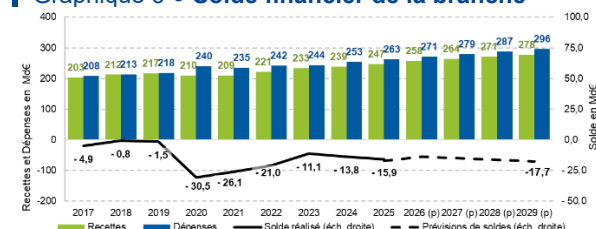
En 2023, la branche maladie a vu son solde se redresser nettement, à -11,1 Md€, sous l'effet de dépenses de crise en très nette baisse (1,1 Md€ après 11,7 Md€). L'amélioration du solde a par ailleurs été soutenue par le transfert pérenne à la branche famille du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post natal, de 2,1 Md€ en 2023.

Après une constante amélioration depuis 2020, le déficit constaté en 2024, bien que moins important que prévu (-13,8 Md€ contre -15,3 Md€ en LFSS pour 2025), s'est creusé, les dépenses étant plus rapides que les recettes (respectivement 3,6% et 2,7%), conséquence directe du dynamisme des dépenses relevant de l'ONDAM, notamment des dépenses de soins de ville et en particulier au titre des indemnités journalières, des actes des médecins spécialistes et des médicaments. Les recettes de la branche ont été tirées par le dynamisme des cotisations (4,2%) malgré la baisse de taux de cotisations de 1 point des employeurs publics (partiellement compensé par l'Etat pour le volet territorial) ; elles ne seraient plus grevées par la croissance des allègements généraux et en particulier de la réduction générale dégressive qui s'est stabilisée en 2024. En revanche, les impôts et taxes affectées à la branche ont faiblement progressé (+1,4%).

En 2025, le déficit s'est encore creusé pour s'établir à 15,9 Md€. La hausse des charges (+3,8 %) a été quasi intégralement portée par les prestations relevant de l'ONDAM (+4,1 %). Les recettes ont progressé de 3,2 %, tirées par une forte croissance des cotisations sociales (+5,6 %), notamment sous l'effet des mesures des LFSS pour 2024 et 2025 sur les allègements généraux (estimées à 2,3 Md€ au total), et par la CSG sur les revenus de remplacement (+3,8 %).

D'après la trajectoire votée en LFSS pour 2026, le déficit se résorberait significativement en 2026 (-13,8 Md€), grâce notamment à l'affectation à la CNAM du gain lié à la compensation des exonérations sur heures supplémentaires (+2,6 Md€) et à la réaffectation de 0,65 point de CSG remplacement au taux plein (+1,4 Md€). À partir de 2026 cependant, le déficit se recreuserait progressivement pour atteindre -17,7 Md€ en 2029, les charges financières liées à l'accumulation des déficits passant de 0,5 Md€ en 2025 à 2,4 Md€ en 2029.

Graphique 6 • Solde financier de la branche



Source : CCSS mai 2026 pour les comptes clos, LFSS 2026 pour les prévisions.

P : prévisions

¹ Périmètre de l'annexe 6 de la LFSS 2026, différent du périmètre Drees présenté dans l'indicateur 2-14.

Lutte contre la fraude et recours contre tiers

Un plan de lutte contre la fraude est mis en place annuellement par l'Assurance Maladie afin de dissuader les fraudes, pratiques fautives et abusives de l'ensemble des acteurs. Depuis 2011, ce plan distingue d'une part, les fraudes et les activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint près de 536 M€ en 2025, en croissance de 10 % par rapport à 2024, dépassant ainsi l'objectif de 400 M€ pour l'année (*indicateur n°2-15-4*). Cette croissance est marquée par la sortie du contexte de crise sanitaire qui avait marqué fortement la mobilisation des équipes de l'assurance maladie, mais également par l'accroissement des outils de détection, de prévention et de sanction de l'ensemble des fraudes à l'assurance maladie permis grâce au plan de lutte contre les fraudes aux finances publiques présenté par le Gouvernement en mai 2023, dans la continuité des dispositions de la LFSS 2023.

Un dernier enjeu mentionné dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « maladie » porte sur la relance de l'utilisation de la procédure de recours contre tiers par les régimes d'assurance maladie. Elle a permis de recouvrer 808,6 M€ en 2025, soit 0,36 % des prestations légales nettes des régimes de base (*indicateur n°2-15-3*).

Conclusion

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

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

Le renoncement aux soins doit continuer à être réduit, et justifie la poursuite des efforts dans ce domaine, *par* l'amélioration de la prise en charge des soins pour les personnes modestes au travers de la mise en place de « la complémentaire santé solidaire » et de la réforme « 100 % santé » visant à assurer un reste à charge nul pour les patients en optique, prothèses auditives et dentaire, et la montée en charge progressive du tiers payant.

L'accès aux soins devrait s'améliorer également à travers une offre renforcée, notamment en luttant davantage contre les pénuries des médicaments à intérêt thérapeutique majeur et en anticipant l'évolution du nombre de médecins libéraux et surtout généralistes dont près de la moitié aujourd'hui ont plus de 55 ans.

Enfin, des actions devront être menées afin d'**améliorer la situation financière du système de santé**, dans l'objectif, notamment, de garantir sa pérennité tout en continuant à développer ses capacités d'investissement



11,4 %

du PIB est consacré à la dépense
courante de santé en 2024

(11,2 % en 2010)

Fiche 1.1.1



146

médecins généralistes pour
100 000 habitants en 2025

(-6 % par rapport à 2012)

Fiche 2.7.1

200

médecins spécialistes pour
100 000 habitants en 2025

(+14 % par rapport à 2012)

Fiche 2.7.2



8 %

des dépenses de santé restent à
la charge des ménages en 2024

(9,5 % en 2014)

Fiche 2.5.1



48 %

des femmes de 50 à 74 ans ont
effectué un dépistage du
cancer du sein en 2023

(-3 points depuis 2010)

Fiche 2.2.1



18 %

en 2024

des 18-75 ans fument du tabac

(-11,5 points depuis 2010)

Fiche 2.1.2

94 % des médicaments délivrés en générique parmi
les produits disposant d'un générique en 2025

(+15 points depuis 2010)

Fiche 2.11.4



57 %

en 2025-26

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

(+1 point depuis 2010-11)

Fiche 2.3.2



65 %

en 2025

des actes chirurgicaux sont
pratiqués en ambulatoire

(+22 points depuis 2010)

Fiche 2.12.3



10,2 %

de baisse de consommation
d'antibiotiques par personne
entre 2013 et 2023

Fiche 2.11.6



15,9

Md€

de déficit pour la branche
maladie en 2025

(30,5 Md€ en 2020)

Fiche 2.15.1

1. DONNEES DE CADRAGE

1.1. Dépenses de santé

1.1.1. Dépenses courantes de santé

La dépense courante de santé accélère légèrement en 2024

En 2024, la dépense courante de santé au sens international (DCSi¹) s'élève à 333 milliards d'euros en France, soit 11,4 % du PIB (*tableau 1*). La DCSi accélère légèrement en 2024 à +3,6 %, après +3,4 % en 2023. Elle progresse à un rythme supérieur à celui observé avant la crise sanitaire (+1,9 % en moyenne par an entre 2014 et 2019).

Les deux principaux postes de la DCSi – la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et les dépenses de soins de longue durée – ralentissent : la CSBM s'élève à

255 milliards d'euros et progresse de 3,7 %, après +4,8 % en 2023, tandis que les dépenses de soins de longue durée atteignent 52,2 milliards d'euros et augmentent de 3,4 %, après +7,3 % en 2023.

Les dépenses de prévention augmentent à nouveau légèrement en 2024, de 0,9 %, après une forte baisse en 2022 et 2023 liée à la chute des dépenses de vaccination et de dépistage pour le Covid-19. Elles s'établissent à 8,7 milliards d'euros en 2024. Les dépenses de gestion du système de santé accélèrent nettement (+4,9 % en 2024 après +2,4 % en 2023), portées par l'Assurance maladie (+3,9 % en 2024, après +0,0 % en 2023) et les organismes complémentaires (+5,8 %, après 4,5 %).

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

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
CSBM	187,6	190,8	195,0	198,3	201,0	205,3	209,0	225,2	234,3	245,7	254,8
Soins de	36,0	36,7	37,5	38,5	39,5	40,9	43,5	44,9	47,0	50,5	52,2
Préventi	5,6	5,7	5,7	6,0	6,2	6,3	9,3	17,5	13,3	8,7	8,7
Gouvern	14,9	14,9	15,1	15,2	15,3	15,1	15,1	15,4	15,7	16,1	16,9
DCSi	244,1	248,2	253,3	258,0	262,0	267,6	277,0	303,0	310,5	321,0	332,6
DCSi (en	11,3	11,3	11,3	11,3	11,1	11,0	11,9	12,1	11,7	11,4	11,4
Evolution	//	1,7	2,1	1,9	1,6	2,1	3,5	9,4	2,5	3,4	3,6

Source : DREES, comptes de la santé.

En 2024, la France se classe au 4^e rang des dépenses de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat au sein des pays de l'OCDE

En 2024², avec une dépense courante de santé au sens international représentant 17,2 % de leur produit intérieur brut (PIB), les États-Unis sont, de loin, en tête des pays de l'OCDE en matière de dépenses de santé. L'Allemagne se classe deuxième, avec 12,3 % de son PIB consacré à la santé, devant l'Autriche (11,8 %) et la France (11,4 %) (*graphique 1*).

En 2024, les États membres de l'UE-27 consacrent en moyenne 10,3 % de leur PIB aux dépenses de santé. Cette moyenne masque des écarts importants entre régions : les pays du Nord-Ouest et du Sud de l'Europe dépensent davantage en part de PIB que les pays de l'Est. La DCSi dépasse 8 % du PIB dans tous les pays d'Europe de l'Ouest et du Sud, à l'exception de l'Irlande (6,9 %) et du Luxembourg (5,9 %). En revanche, la part du PIB consacrée à la santé est inférieure à la moyenne européenne dans l'ensemble des pays de l'Europe de l'Est.

Pour comparer les dépenses moyennes de santé par personne, on peut rapporter la DCSi au nombre

d'habitants. Il convient également de prendre en compte les différences de coûts des services de santé entre pays. C'est ce que permettent les parités de pouvoir d'achat (PPA), fondés sur une comparaison des prix pratiqués dans chaque pays pour un panier de produits et services de santé standards, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant (voir encadré ci-dessous). Les estimations de PPA santé sont exprimées ici en base France : autrement dit les dépenses en PPA santé sont estimées aux prix de la santé en France.

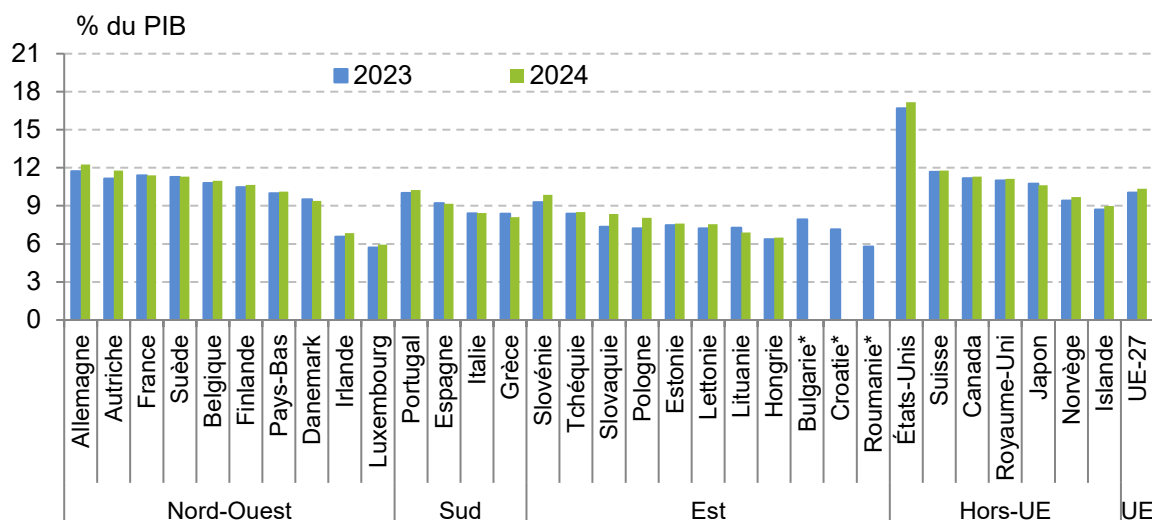
En 2024, parmi les pays de l'OCDE, les États-Unis se classent premiers pour la DCSi par habitant, avec 6 120 € PPA santé, devant l'Allemagne (5 620 €). La France se classe quatrième, avec une dépense de 4 910 € PPA santé par habitant (*graphique 2*), derrière la Suisse (4 970 €), et devant la Tchéquie (4 860 €).

Au sein de l'UE-27, les dépenses de santé s'élèvent à 3 780 € PPA santé par habitant. C'est en Europe de l'Est et en Europe du Sud que l'on trouve les plus faibles dépenses par tête, en deçà de 3 000 € PPA santé (*graphique 2*). La Tchéquie fait figure d'exception : elle présente des prix de santé parmi les plus faibles d'Europe, si bien qu'elle se classe 5^e des pays étudiés, avec 4 860 € PPA santé, derrière la France.

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

² Au niveau international, les dernières données harmonisées disponibles portent sur l'année 2023. Les données 2024 des pays étrangers sont des estimations provisoires, ou à défaut des projections réalisées par l'OCDE à partir des données 2023.

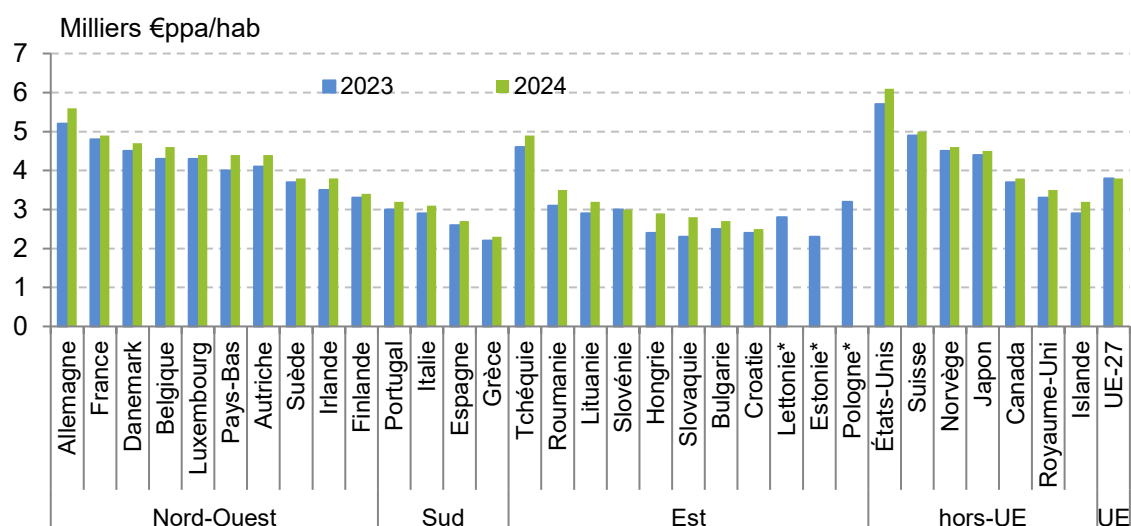
Graphique 1 • Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2023 et en 2024



* Données manquantes en 2024

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

Graphique 2 • Dépense courante de santé au sens international (DCSi) par habitant en 2023 et en 2024



* Données manquantes en 2024

Note : Les parités de pouvoir d'achat santé (PPA santé) utilisées ici proviennent de calculs effectués par l'OCDE sur un panier de produits et services de santé standards pour l'année 2023. Elles permettent de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé.

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

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

Les variations de dépenses entre pays peuvent être dues à des différences liées aux prix des produits et des services achetés, ou à des différences de volume, c'est-à-dire liées à la quantité de biens et services consommés par les individus. C'est pour refléter cette décomposition que l'on utilise les indices de niveaux de prix (*price level indices* en anglais), qui indiquent le ratio des prix d'un même panier de produits et services dans différents pays.

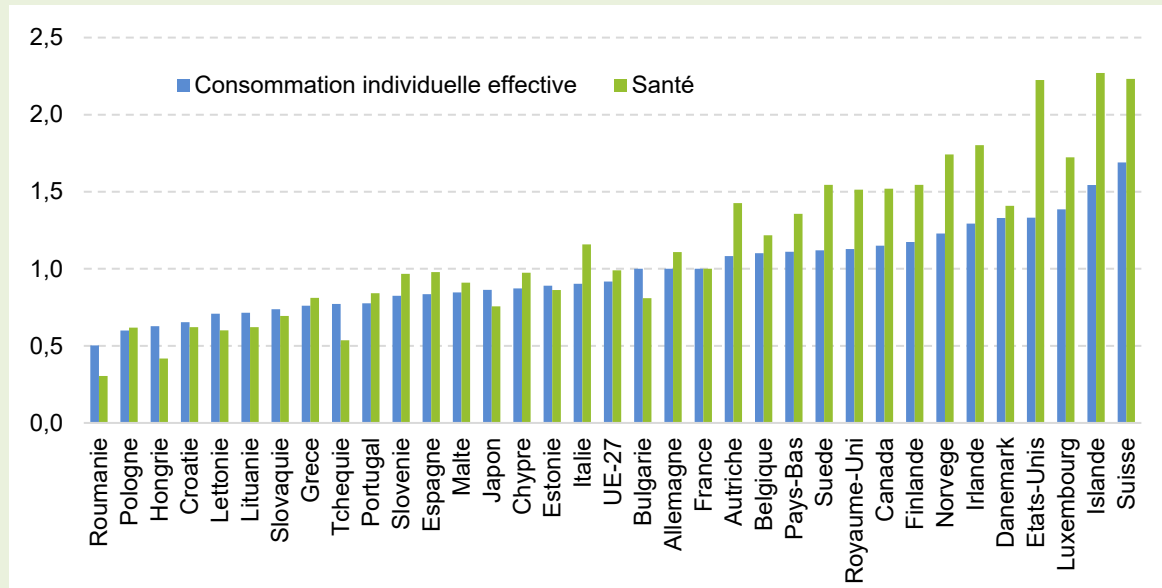
Sur le graphique ci-dessous, deux indices de prix sont présentés : celui de la consommation individuelle effective (qui correspond à l'ensemble des biens et services acquis par les ménages) et celui de la santé (qui correspond à l'ensemble des biens et services de santé acquis par les ménages et comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant). Ces indices permettent d'ajuster les dépenses concernées par les prix, pour apprécier au mieux les différences de volume des produits et services consommés. Les niveaux de prix varient considérablement selon le pays. En règle générale, plus le PIB par habitant est élevé, plus les prix pratiqués seront élevés. Les prix des biens durables (par exemple, les voitures), varient moins que les prix des services (par exemple, l'éducation ou la santé). En effet, ces biens sont soumis à la concurrence internationale ce qui réduit les écarts de prix. Les services, en revanche, sont généralement achetés et produits localement : les niveaux de salaires étant supérieurs dans les pays les plus développés, les prix des services y seront aussi plus élevés.

Les variations de prix entre pays dans le secteur de la santé, secteur relativement intensif en main-d'œuvre, ont donc tendance à être plus prononcées que les différences par rapport à l'économie dans son ensemble. C'est pour cette raison qu'un indice de prix

spécifique à la santé a été utilisé. Il est calculé par l'OCDE à partir d'un panier de produits et services de santé (lui-même inclus dans le panier, plus large, des biens de consommation individuelle).

En utilisant la France comme pays de référence (base 1), les niveaux de prix liés à la consommation individuelle effective en Suisse sont de 1,7, et ceux liés aux biens et services de santé sont de 2,2. Cela signifie que les prix pratiqués en Suisse sont 70 % plus élevés qu'en France pour l'ensemble des biens et services achetés par les ménages et 120 % plus qu'en France pour les biens et services de santé. Les niveaux de prix sont mesurés par les services en charge de la comptabilité nationale des instituts statistiques nationaux.

Graphique • Niveaux des prix d'achat par catégories de biens et services en 2023, base France = 1

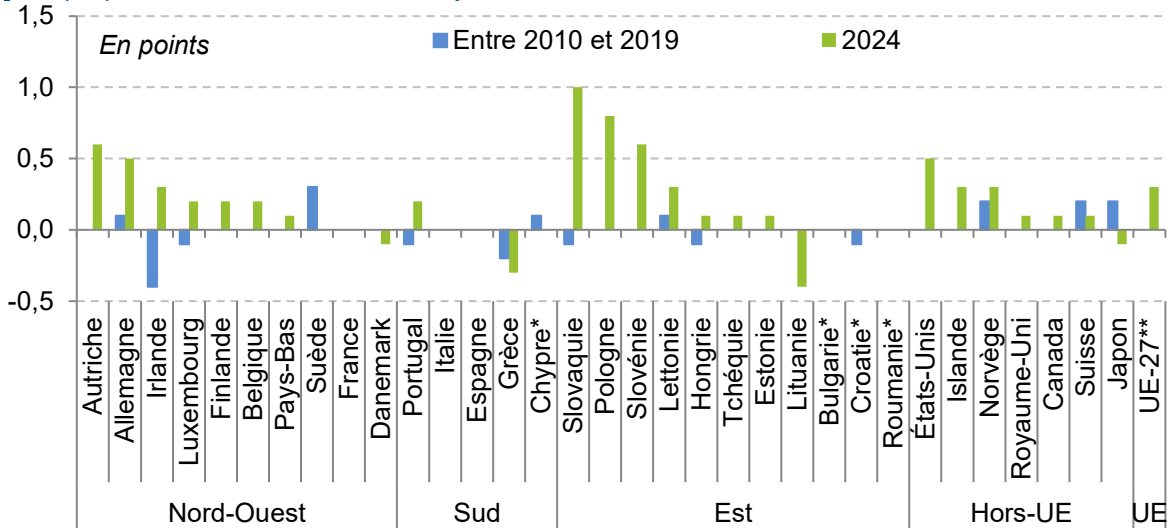


Lecture : Aux États-Unis, en 2023, les niveaux des prix dans le secteur de la santé, avec la France comme pays de référence, s'élèvent à 2,2. Cela signifie que, pour un panier de biens et services de santé similaire, les prix pratiqués aux États-Unis sont 120 % supérieurs à ceux pratiqués en France.

Note : Les niveaux de prix sont mesurés par les services en charge de la comptabilité nationale des instituts nationaux statistiques. Pour plus d'informations, voir Eurostat et OCDE (2012). La table PPA utilisée est celle de l'OCDE qui prend l'UE 27 comme référence ; elle est ajustée pour prendre la France comme référence, puis convertie en euro.

Source : OCDE, Statistiques sur le pouvoir d'achat et les taux de change (2023).

Graphique 3 • Variation de la DCSi en point de PIB



* Données manquantes en 2024.

** Moyenne calculée sur la base des pays pour lesquels les données sont disponibles.

Note : la variation présentée entre 2010 et 2019 est la variation annuelle moyenne sur la période.

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

En 2024, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut progresse en Europe

En moyenne, la DCSi en valeur – c'est-à-dire mesurée en euros courants – a augmenté de 6,5 % en 2024 dans les pays de l'UE-27 (graphique 3). La progression de la DCSi en 2024 est nettement supérieure à sa progression

moyenne annuelle entre 2010 et 2019 dans l'UE-27 (+2,8 %).

Elle augmente dans tous les pays de la zone, plus ou moins fortement selon les régions. La croissance est particulièrement marquée dans les pays de l'Est de l'Europe : +25,6 % en Pologne, +20,3 % en Slovaquie. Elle est plus mesurée dans le reste de l'Europe : de +2,0 % en Grèce à +10,4 % au Luxembourg. Avec 3,6 % de croissance en 2024, la France a l'un des taux de croissance de la DCSi les plus modérés d'Europe, derrière le Danemark (+4,0 %) et l'Allemagne (+7,4 %) et devant l'Italie (+3,3 %). Hors UE, la DCSi en valeur croît de 9,7 % en Islande et de 9,4 % au Royaume-Uni.

Relativement au produit intérieur brut (PIB), la DCSi augmente de 0,3 point dans l'UE-27 en 2024, de 10,0 % à 10,3 %. Elle augmente ou reste stable dans l'ensemble des pays européens, à l'exception de la Lituanie et du Danemark. Elle est stable en France. Au sein de l'UE-27, la DCSi en proportion du PIB est particulièrement dynamique en Slovaquie, en Pologne, en Autriche, en Slovénie et en Allemagne.

En France, comme en moyenne au sein de l'UE-27, la part de la DCSi n'a pas varié entre 2010 et 2019. Quelques pays s'écartent de cette tendance générale : en Suède, la part de la DCSi dans le PIB a augmenté de 0,3 point par an en moyenne sur la période, tandis qu'elle a baissé de 0,4 point par an en moyenne en Irlande.

• Précisions méthodologiques

Dépense courante de santé au sens international (DCSi) :

La dépense de santé au sens international (DCSi) est l'agrégat utilisé dans les comptes de la santé (publiés chaque année par la DREES) pour les comparaisons internationales. Celle-ci inclut la consommation des soins et de biens médicaux (CSBM) ainsi que les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance des systèmes de santé. Cette fiche s'appuie sur des estimations provisoires et des projections de la DCSi pour l'année 2024. De nombreux pays de l'OCDE ont fourni des estimations d'évolution de la DCSi en 2024 ; pour la France, les chiffres de cette fiche sont issus des résultats des comptes de la santé. Pour les pays qui n'ont pas fourni d'estimations provisoires, l'OCDE estime économétriquement l'évolution 2024.

Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

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

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

Pour plus de détails se reporter à la publication « [Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé](#) », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2025.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

1.1.2. Consommation de soins et de biens médicaux

La consommation de soins et de biens médicaux ralentit en 2024

En 2024, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente de 3,7 % en valeur, c'est-à-dire en euros courants. La CSBM ralentit par rapport aux années précédentes (+4,1 % en 2022, +4,8 % en 2023). Elle s'établit à 254,8 milliards d'euros en 2024 (tableau 1), soit 8,7 % du PIB, une part relativement stable depuis 10 ans, hors crise sanitaire. Les soins hospitaliers représentent environ la moitié (47%) de la CSBM en 2024.

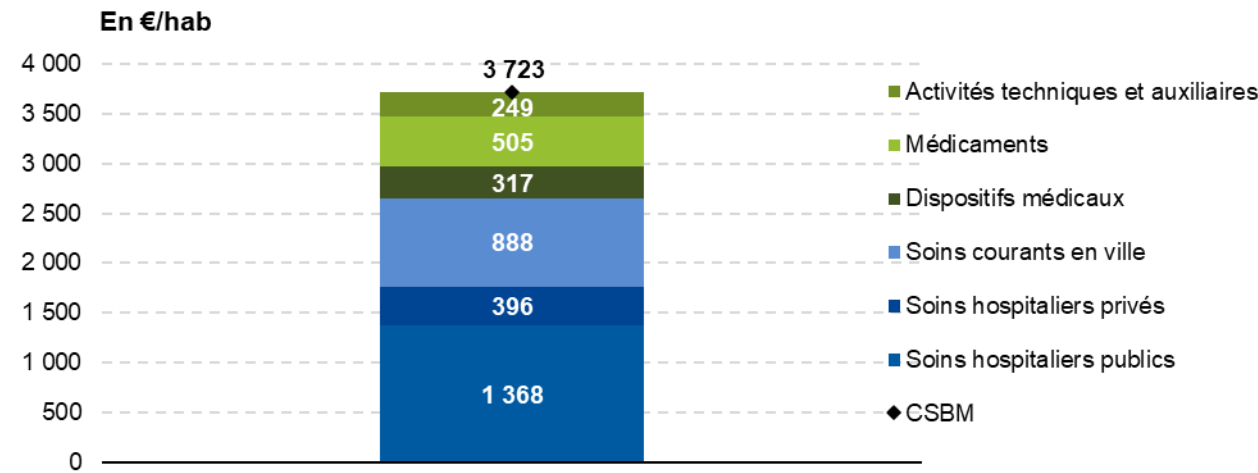
La consommation moyenne de soins et de biens médicaux atteint 3 723 euros par habitant en 2024 (graphique 1), dont 1 368 euros de soins à l'hôpital public et 396 euros de soins hospitaliers privés. Les dépenses de soins ambulatoires (soins de médecins et de sages-femmes, d'auxiliaires médicaux et de dentistes, en cabinet libéral ou en centre de santé, activités techniques et auxiliaires) s'élèvent à 1 137 euros par habitant. La consommation de biens médicaux atteint 822 euros par habitant, dont 505 euros de consommation de médicaments en ambulatoire.

Tableau 1 • Structure de la consommation de biens et de soins médicaux - en milliards d'euros

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Soins hospitaliers	84,8	86,3	88,3	89,8	90,9	92,8	98,8	105,7	110,4	117,1	120,7
Soins hospitaliers publics	65,5	66,6	68,0	69,3	70,0	71,6	76,9	81,7	85,7	91,1	93,7
Soins hospitaliers privés	19,2	19,7	20,2	20,5	20,9	21,2	21,9	24,1	24,8	26,0	27,1
Soins ambulatoires	56,4	57,9	59,6	61,0	62,4	64,3	62,6	68,7	71,2	74,8	77,8
Soins courants en ville	43,6	45,1	46,4	47,4	48,7	50,3	49,3	53,9	55,8	58,3	60,8
Soins de médecins et de sages-femmes	17,8	18,2	18,6	18,8	19,3	19,8	19,4	20,2	21,0	21,6	22,7
Soins d'auxiliaires médicaux	13,7	14,5	15,1	15,6	16,2	17,0	16,8	18,6	19,1	20,1	21,0
Soins dentaires	10,7	10,8	11,0	11,0	11,0	11,1	10,6	12,2	12,5	12,9	13,2
Soins courants en centres de santé	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	2,4	2,5	2,9	3,2	3,6	3,8
Activités techniques et auxiliaires	12,8	12,8	13,2	13,6	13,7	14,0	13,2	14,8	15,4	16,5	17,0
Laboratoires d'analyse	4,2	4,2	4,3	4,4	4,3	4,4	4,4	4,6	4,5	4,7	4,7
Imagerie médicale	4,1	3,9	4,0	4,2	4,2	4,4	4,1	4,5	4,8	5,1	5,5
Transports sanitaires	4,5	4,7	4,9	5,0	5,2	5,1	4,8	5,7	6,1	6,7	6,9
Biens médicaux	46,4	46,6	47,1	47,4	47,6	48,2	47,7	50,8	52,7	53,8	56,2
Médicaments	31,7	31,3	31,3	31,4	30,9	30,6	29,9	30,9	32,5	33,0	34,5
Dispositifs médicaux	14,7	15,4	15,8	16,0	16,7	17,6	17,8	19,9	20,2	20,8	21,7
Optique médicale	6,4	6,6	6,5	6,3	6,6	7,1	6,5	7,5	7,6	8,0	8,3
Dispositifs médicaux hors optique	8,3	8,8	9,4	9,7	10,1	10,5	11,3	12,3	12,6	12,8	13,4
CSBM	187,6	190,8	195,0	198,3	201,0	205,3	209,0	225,2	234,3	245,7	254,8
CSBM (en part du PIB)	8,7%	8,7%	8,7%	8,7%	8,5%	8,4%	9,0%	9,0%	8,8%	8,7%	8,7%

Source : DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 • CSBM en 2024



Source : DREES, comptes de la santé ; Insee pour la population.

La croissance de la CSBM est portée principalement par l'activité en volume en 2024, alors que les prix augmentent peu

En 2024, tous les grands secteurs (soins hospitaliers, soins ambulatoires, biens médicaux) contribuent à la croissance de la CSBM (graphique 2). Les dépenses de soins hospitaliers ainsi que les dépenses de soins courants en ville sont les principaux moteurs de cette croissance.

Les dépenses de soins hospitaliers augmentent de 3,1 % en 2024, et ralentissent par rapport à 2023 (+6,0 %). Cette décélération est la conséquence d'un net ralentissement des prix en 2024 (+0,8 % après +3,8 % en 2023), dû à la baisse des prix de l'énergie. Le ralentissement des prix est plus marqué dans le secteur public (+0,8 % après +4,6 %) que dans le secteur privé (+0,9 % après +1,3 %). L'activité hospitalière est dynamique en volume, en légère accélération par rapport à 2023 (+2,3 % après +2,1 %), principalement due à un rebond du volume d'activité à l'hôpital public (+2,1 % après

+1,6 %), tandis que la croissance de l'activité privée ralentit légèrement en 2024 (+3,2 % après +3,8 %). Au total, les dépenses de soins hospitaliers ralentissent dans le secteur public (+2,9 % après +6,3 %) comme dans le secteur privé (+4,1 % après +5,2 %) en 2024.

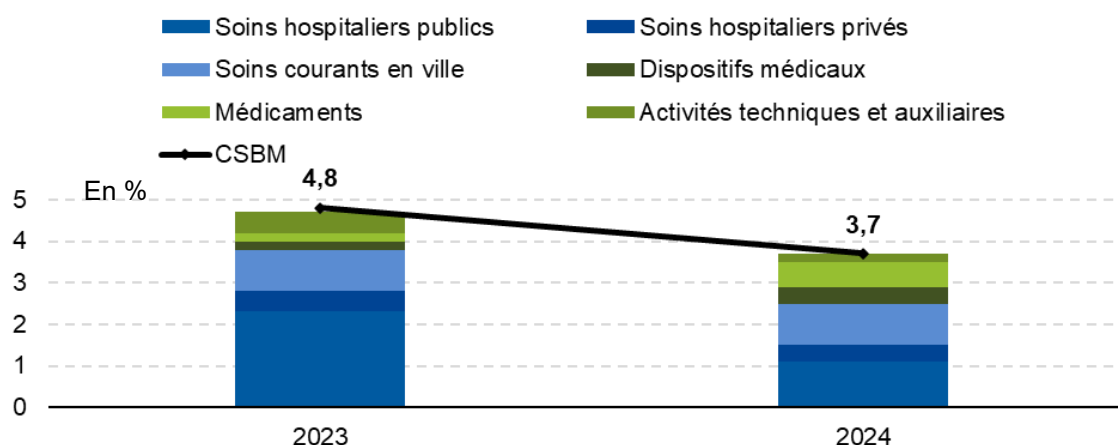
Les **soins courants en ville**, dont la croissance s'élève à 4,3 %, sont portés par un effet volume (+ 1,8 %) et un effet prix (+2,5 %), à la suite de revalorisations tarifaires ayant affecté le coût des soins en 2024.

En 2024, ces revalorisations tarifaires contribuent à l'augmentation des prix des **soins de médecins généralistes** (+4,9 %) et des **soins d'infirmières** (+2,0 %) tandis que les volumes consommés reculent légèrement (-0,8 % pour les médecins généralistes, -0,9 % pour les infirmières). La consommation de **soins de médecins spécialistes** et de **soins de sages-femmes** est quant à elle dynamique (respectivement +5,0 % et +18,6 %). Pour les médecins spécialistes, cette croissance est due à une hausse des volumes de soins consommés (+3,5 %), alors que les prix augmentent peu (+1,5 %). Pour les sages-femmes, la hausse est due à la fois à du volume (+10,6 %) et à du prix (+7,3 %), stimulée par des revalorisations (en premier lieu des forfaits d'interruption volontaire de grossesse (IVG) pratiquées par les sages-femmes en ville) ainsi que par un élargissement du champ de compétences des sages-femmes, qui peuvent réaliser des IVG instrumentales en ville depuis 2023). Les **soins d'autres professions paramédicales** (kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues, psychologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, diététiciens) connaissent également une croissance importante (+7,2 % en 2024), portée par une accélération des prix (+2,8 % après +0,3 % en 2023), alors que les volumes consommés ralentissent légèrement (+4,3 % après 6,8 %). Les **soins dentaires** en cabinet libéral connaissent une croissance bien moindre en 2024 par rapport à ces professions (+2,3 %), alors que les volumes consommés augmentent peu (+0,9 %) et que les prix augmentent de 1,4 %, conséquence de la hausse de 30 % des prix des soins conservateurs déployée en 2024. La croissance des **soins en centre de santé** (majoritairement des soins de médecins généralistes, d'ophtalmologues, d'orthoptistes et de dentistes) est dynamique (+6,2 %), portée par les volumes comme par les prix (qui augmentent respectivement de 4,2 % et de 2,1 %). Cette croissance est le reflet d'une hausse du recours aux centres de santé, dont le nombre a doublé en France entre 2016 et 2024.

Les **dépenses liées aux activités techniques et auxiliaires**, qui rassemblent imagerie médicale, biologie médicale et transports sanitaires, augmentent de 2,9 % en 2024, soit un net ralentissement par rapport à 2023 (+7,4 %). Cette dynamique est la résultante de tendances hétérogènes. Les **dépenses liées à l'imagerie médicale** augmentent de 7,0 % en 2024, portée par les volumes (+8,1 %), alors que les prix diminuent légèrement (-1,0 %). La croissance des **dépenses d'analyses en laboratoire de biologie médicale** fléchit en 2024, diminuant de 0,7 % après avoir augmenté de 3,4 % en 2023. Si le volume de l'activité en laboratoire d'analyses croît de manière soutenue (+8,0 % en 2024), les prix diminuent fortement (- 8,1 %), à la suite d'importantes baisses de tarifs. Les **dépenses de transports sanitaires** ralentissent fortement en 2024 (+2,3 % après +10,4 %) conséquence d'une diminution de l'activité en 2024 (-1,3 %) et d'une accélération des prix (+3,6 % en 2024 après +2,6 %). Au total, les dépenses de **soins ambulatoires** (c'est-à-dire les dépenses de soins courants en ville et d'activités techniques et auxiliaires) ralentissent (+4,0 % après +5,1 %).

La consommation de **biens médicaux** croît de 4,5 % en 2024, après +2,1 % en 2023. Cette accélération est la conséquence d'un ralentissement de la baisse des prix (-1,1 % après -2,1 %) et d'une accélération des volumes (+5,7 % après 4,3 %). Les prix des **médicaments consommés en ambulatoire** baissent en effet moins en 2024 (-2,5 %) qu'en 2023 (-4,6 %). C'est la conséquence d'un moindre dynamisme des remises conventionnelles et des remises d'accès précoce et d'accès compassionnel (hors clause de sauvegarde) en 2024, qui limite la baisse des prix observés. Dans le même temps, les volumes de médicaments augmentent de 7,3 %, portés par le dynamisme de la consommation de médicaments innovants arrivés récemment sur le marché. La consommation d'**optique médicale** augmente de 3,4 % en 2024. Elle ralentit avec les prix (+1,4 % après +2,4 %) et les volumes consommés (+1,9 % après +3,2 %). A l'inverse, les **autres dispositifs médicaux** (matériel médical, produits pharmaceutiques, prothèses, orthèses, audioprothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques) accélèrent nettement (+5,1 % en 2024 après +1,2 % en 2023), alors même que les prix ralentissent (+1,0 % après +2,0 %). C'est la conséquence d'un rebond de la consommation en volume (+4,1 % après -0,8 %), portée par les dispositifs médicaux numériques innovants.

Graphique 2 • Contribution à la croissance de la CSBM en valeur



Source : DREES, comptes de la santé.

En dépit d'un effet prix modéré, la CSBM augmente plus vite que le PIB en valeur

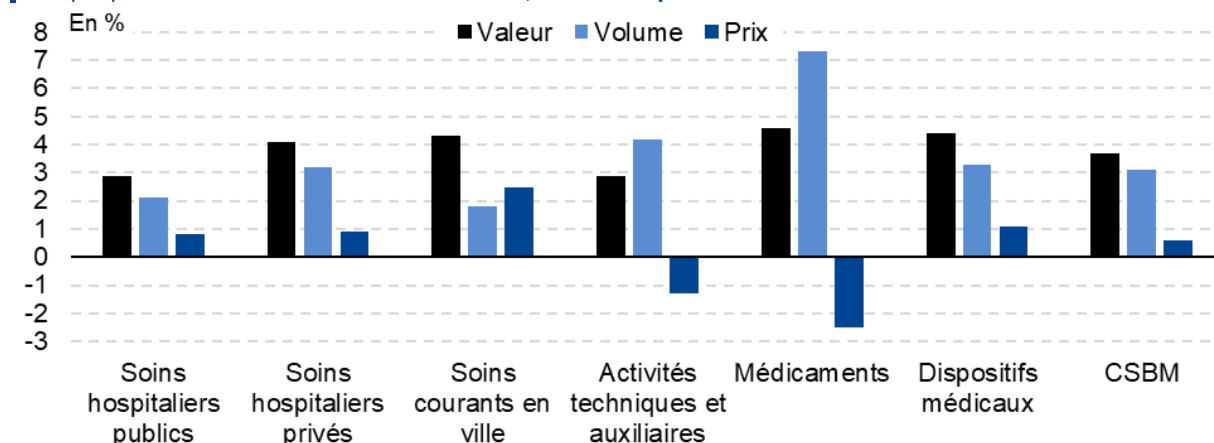
La CSBM augmente de 3,7 % en valeur en 2024 (*graphique 3*). Cette croissance est un peu plus rapide que celle du PIB, qui augmente de 3,3 % en 2024. Elle est particulièrement portée par la croissance des soins hospitaliers privés (+4,1 %), des soins courants en ville (+4,3 %), des médicaments (+4,6 %) et des dispositifs médicaux (+4,4 %), bien plus dynamique que celle du PIB.

La CSBM augmente de 3,1 % en volume et de 0,6 % en prix. Ainsi, les prix de la CSBM augmentent moins que l'inflation, qui s'établit à 2,0 % en 2024.

Aucun des principaux secteurs (soins hospitaliers, soins ambulatoires, biens médicaux) de la CSBM n'enregistre une baisse des volumes de soins ou de biens médicaux consommés. En revanche, les prix des activités techniques et auxiliaires (imagerie médicale, biologie médicale, transports sanitaires) et des médicaments en ambulatoire baissent.

Les soins courants en ville, enfin, sont le seul poste dont les prix augmentent plus vite que l'inflation. De nombreux actes de professionnels de santé exerçant en ville ont en effet été revalorisés par l'Assurance maladie en 2024.

Graphique 3 • Taux de croissance en valeur, volume et prix de la CSBM en 2024



Source : DREES, comptes de la santé.

• Précisions méthodologiques

Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)

La CSBM représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux (médicaments et dispositifs médicaux) et des soins courants. En conformité avec les définitions internationales, elle exclut les dépenses de prévention, de soins de longue durée, et les coûts de gestion du système de santé. La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français. Elle couvre également les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

La CSBM regroupe ainsi :

- La consommation de soins hospitaliers public et privé (y compris les biens médicaux consommés à l'hôpital) ;
- La consommation de soins ambulatoires, soit l'ensemble des soins courants en ville (soins en cabinet libéral et en centre de santé), et les activités techniques et auxiliaires (analyses de biologie médicale, transports sanitaires, imagerie médicale) ;
- La consommation de biens médicaux en ambulatoire (médicaments, optique médicale, audioprothèses, matériel médical et consommables, prothèses et orthèses, véhicules pour personnes handicapées physiques).

Pour plus de détails se reporter à la publication « [Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé](#) », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2025.

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

1.1.3. Les coûts moyens annuels par pathologie

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

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

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

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

Coûts moyens annuels des pathologies, traitements et événements de santé en 2024

Les coûts moyens annuels varient fortement non seulement selon les pathologies, traitements, épisodes de soins considérés, mais également selon que l'on se situe à la phase aiguë/active d'une maladie ou dans une phase chronique/de surveillance.

C'est pour l'**insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)** que le coût moyen annuel est le plus élevé : environ 46 531€ par patient par an en moyenne avec de forts écarts selon les modalités de prise en charge considérées (cf. tableau 1). En effet, le coût moyen est d'environ 68 105€ pour les patients en dialyse, 81 654€ pour ceux ayant été greffés dans l'année et de l'ordre de 14 555€ pour ceux en suivis de greffe. Ne sont pas inclus ici les coûts liés notamment à la prise en charge des complications cardio-neurovasculaires et ni à celle du diabète, comorbidité fréquente, dans la mesure où, en raison de la méthodologie d'affectation des dépenses utilisée, ces coûts sont pris en compte séparément.

On observe aussi des disparités au sein d'autres groupes de pathologies, même si elles sont de moindre ampleur. C'est le cas notamment pour la prise en charge des **pathologies cardio-neurovasculaires** pour lesquelles le coût moyen est d'environ 4 164€ par

patient. Outre les disparités attendues¹ entre les coûts moyens inhérents à la prise en charge de phases aiguës (11 144€/patient en moyenne) et celles des phases chroniques (3 391€ par patient en moyenne), on observe également de forts écarts entre les pathologies en phases aiguës elle-mêmes. Ainsi, le coût moyen de prise en charge est de 10 919€/patient pour le syndrome coronaire aigu, 15 989€/patient pour l'AVC aigu, 8 513€/patient pour l'insuffisance cardiaque aiguë et d'environ 6 119€ pour l'embolie pulmonaire aiguë. Pour les pathologies cardio-neurovasculaires en phase chronique, l'amplitude, en valeur absolue, des variations est moindre : 1 994€/patient pour les troubles du rythme et de la conduction versus 3 317€/patient pour la prise en charge de séquelles d'AVC.

Les disparités sont également importantes pour les **cancers** (8 188€ par an par patient) en particulier entre les phases actives (15 550€ en moyenne) et de surveillances (1 320€ en moyenne). Parmi les cancers en phase active, le coût moyen annuel varie entre 10 079€/patient pour le cancer de la prostate et 28 125€/patient pour le cancer bronchopulmonaire.

Concernant les **pathologies psychiatriques** dont la sévérité a motivé une hospitalisation ou une prise en charge en ALD et pour lesquelles un diagnostic a donc pu être établi à partir des données médicalisées présentes dans les bases (SNIIRAM et PMSI), le coût moyen annuel de prise en charge est estimé à 6 802€, dont 4 308€ (65%) sont induits par les hospitalisations (en établissement psychiatriques principalement). Le coût moyen de prise en charge des troubles psychiatriques, n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de mise en ALD pour ce motif, mais ayant conduit les individus à une consommation régulière (au moins 3 délivrances au cours de l'année) de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques) est d'environ 1 499€ par an. Les coûts moyens des pathologies en lien avec la santé mentale sont cependant sous-estimés car ils n'incluent pas les dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques publics (cf. méthodologie).

Le coût moyen de prise en charge d'une **maternité** est d'environ 8 593€, l'essentiel de ce coût étant induit à parts quasiment égales par les hospitalisations (3 739€, soit 44%) et les prestations en espèces (3 642€, soit 42%) qui correspondent principalement au paiement des indemnités journalières maternité.

On retrouve également des coûts annuels moyens élevés (supérieurs à 2 000€/an en moyenne) pour des **pathologies chroniques** pour lesquelles la consommation de soins de ville est prépondérante. C'est le cas notamment du **diabète** (hors complications cardio-neurovasculaire et IRCT notamment) pour lequel le coût moyen de prise en charge est d'environ 2 572€ par an dont près de 2 100€ pour les soins de ville (81%). C'est également le cas des **maladies inflammatoires/rares/VIH** (5 782€/an) et des **maladies neurologiques** (4 727€/an), ainsi que des **maladies du foie et du pancréas** (2 514€/an).

Pour les autres pathologies, traitements ou états de santé identifiés le coût moyen de prise de charge est majoritairement inférieur à 1 500€/an (individus traités

¹ Les algorithmes de repérage des phases aiguës ou actives des pathologies considérées incluent, dans leur définition, la présence d'une

hospitalisation au cours de l'année ce qui explique en toute logique des coûts plus élevés.

par antalgiques ou anti-inflammatoires de façon chronique et sans pathologie repérée, individus avec une maladie respiratoire chronique autre que la mucoviscidose, individus traités par antihypertenseurs ou hypolipémiants).

Le poids des soins de ville, des soins hospitaliers et des prestations en espèces (indemnités journalières, invalidité) varie selon les pathologies et situations de soins.

Les prestations en espèces représentent un poids important non seulement pour la maternité (cf. ci-dessus) mais également pour les personnes sous traitement régulier par antalgiques ou anti-inflammatoires¹ (46%) mais aussi pour celles traitées par psychotropes (50%).

Les dépenses d'hospitalisation sont évidemment prédominantes dans les hospitalisations hors pathologies repérées, mais aussi dans l'insuffisance rénale chronique terminale (dialyse en centre), les pathologies cardio-neurovasculaires, les cancers, les maladies du foie et du pancréas, la maternité et la santé mentale.

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

Les coûts moyens annuels de prise en charge des grandes pathologies, traitements ou états de santé ont évolué de façon contrastée sur la période 2015-2024

Un seul groupe de pathologies a vu son coût moyen de prise en charge annuel baisser sur la période : celui des

maladies du foie et du pancréas (-4,1%/an). Cette baisse s'explique par la dynamique des dépenses liées aux traitements de l'hépatite virale chronique C (les antiviraux à action directe (AAD) dans les années suivant leur mise sur le marché en 2014 (Evolution de -8,6%/an entre 2015 et 2020).

La majeure partie des groupes a vu son coût moyen de prise en charge annuelle augmenter sur la période mais de façon moins soutenue que la dépense totale moyenne remboursée (+3,2%/an). C'est le cas des maladies respiratoires chroniques (+1,1%/an), des hospitalisations hors pathologies repérées (+1,9%/an), des maladies neurologiques (+2,0%/an), des pathologies cardio-neurovasculaires (+1,9%/an), des maladies inflammatoires, rares ou VIH (+1,9%/an), des traitements du risque vasculaire (+1,8%/an) et des maladies psychiatriques ou traitements psychotropes (+2,9%/an).

Le coût moyen annuel de prise en charge des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires et de la maternité a quant à lui augmenté de manière plus soutenue, d'environ 3,5% par an sur la période (+3,5%/an et +3,6%/an respectivement)

Enfin, les cancers ont vu leur coût moyen de prise en charge augmenter avec un taux de croissance annuel moyen bien supérieur celui de l'ensemble des dépenses (+3,2%/an). Celui-ci s'établit à 5,4%/an au global, et à 4,8% pour les cancers actifs.

Toutefois, ces évolutions moyennes annuelles intégrant l'année 2020 doivent s'interpréter avec précaution, en raison des impacts de la pandémie de covid-19 sur le recours aux soins en 2020.

Tableau 1 • Effectifs et coûts moyens annuels, décomposés par grands postes de dépenses, en 2024 pour différentes pathologies et évolution sur la période 2015-2024

	Effectifs (milliers)	Coût total moyen en 2024	Structure des coûts moyens			Évolution annuelle moyenne du coût moyen 2015-2024
			Soins de ville	Hospitali- sations	Prestations en espèces	
Pathologies cardio-neurovasculaires	5 644	€4 164	44%	47%	8%	1,9%
dont pathologies cardiovasculaires aiguës	434	€11 144	17%	80%	3%	2,2%
dont pathologies cardiovasculaires chroniques	5 503	€3 391	52%	39%	9%	2,2%
Traitements du risque vasculaire (1)	9 032	€825	70%	4%	25%	1,8%
Diabète	4 472	€2 572	81%	8%	11%	1,9%
Cancers	3 584	€8 188	35%	59%	5%	5,4%
dont cancers actifs	1 723	€15 550	33%	64%	4%	4,8%
dont cancers surveillés	1 931	€1 320	63%	15%	22%	3,5%
Maladies psychiatriques ou traitements psychotropes	8 848	€3 289	27%	47%	26%	2,9%
dont maladies psychiatriques	2 987	€6 802	19%	65%	16%	1,1%
dont traitements psychotropes	5 861	€1 499	43%	7%	50%	3,6%
Maladies neurologiques	1 925	€4 727	61%	28%	10%	2,0%
Maladies respiratoires chroniques (2)	4 228	€1 123	58%	28%	14%	1,1%
Maladies inflammatoires, rares et VIH	1 536	€5 782	75%	16%	9%	1,9%
Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)	103	€46 531	29%	69%	2%	0,7%
dont dialyse chronique	57	€68 105	26%	73%	1%	0,8%
dont transplantation rénale	4	€81 654	22%	76%	3%	1,9%
dont suivi de transplantation rénale	42	€14 555	48%	43%	9%	1,2%
Maladies du foie et du pancréas	615	€2 514	45%	43%	12%	-4,1%
Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	79	€5 554	15%	84%	1%	
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire	1 047	€1 426	48%	6%	46%	3,5%
Maternité	1 088	€8 593	14%	44%	42%	3,6%
Hospitalisations hors pathologies repérées	10 594	€4 448	15%	75%	10%	1,9%

Source : Cnam.

Champ : dépenses remboursées, tous régimes.

(1) Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants, hors certaines pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et IRCT.

(2) Hors mucoviscidose.

¹ Patients ayant des traitements antalgiques ou anti-inflammatoires uniquement, à l'exclusion de toute autre situation de soins considérée

dans la cartographie (pathologie chronique, traitement, maternité ou hospitalisation ponctuelle).

• Précisions méthodologiques

Seules sont précisées ici les grandes lignes de la méthodologie ainsi que les informations nécessaires à une bonne compréhension des résultats. Pour plus d'informations, il est conseillé de se reporter à la méthodologie de la cartographie des pathologies et des dépenses développée par la Cnam.

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

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

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

Champ des dépenses : l'ensemble des dépenses remboursées individualisables (i.e. rattachables à un individu) relevant de l'ONDAM, auxquelles ont été ajoutées les prestations en espèce pour maternité et invalidité.

Sont hors champ de l'étude : les postes de dépenses de l'ONDAM non individualisables (MIGAC, FMESP, FAC, FIR...), ainsi que les dépenses du secteur médico-social.

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

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

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

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

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

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

Définition des grandes catégories de dépenses :

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

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

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

Les « traitements psychotropes » regroupent les dépenses affectées au titre des troubles psychiatriques, n'ayant pas entraîné d'hospitalisation ni de mise en ALD pour ce motif, mais les ayant conduit à une consommation régulière de médicaments psychotropes (antidépresseurs, neuroleptiques, anxiolytiques, hypnotiques).

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

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

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

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

Précisions sur les coûts :

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

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

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

- Les « prestations en espèces » regroupent les indemnités journalières versées au titre de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles et de la maternité, les prestations d'invalidité, ainsi que les rentes ATMP de victimes.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

1.2. Mortalité prématurée et causes de mortalité

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies (cf. *Tableau 1*) évolue peu d'une année sur l'autre, mais de manière relativement régulière. Les tumeurs restent, depuis 2004, la première cause de mortalité pour l'ensemble de la population devant les maladies de l'appareil circulatoire, dont la part continue de chuter. En 2023, 637 000 décès ont été enregistrés en France entière, dont 172 000 des suites de tumeurs et 136 000 de maladies circulatoires. Ces deux groupes représentent près de la moitié (48 %) de l'ensemble des décès. Le nombre de décès dus à la Covid-19 recule fortement, passant de 61 000 décès enregistrés en 2021 à 41 000 décès en 2022 et 14 000 en 2023, notamment avec la montée en charge de la vaccination anti-Covid. La part

des morts violentes (accidents, suicides et autres causes externes de décès) augmente sensiblement, représentant un décès sur quinze en 2023.

La part des grands groupes de causes est différente chez les hommes et chez les femmes. Chez les hommes, les tumeurs (30 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (20 %) constituent les deux premières causes de décès. Chez les femmes, les tumeurs sont également la première cause de décès mais avec une part nettement inférieure que chez les hommes (24 %). Cependant, la part des décès pour des maladies de l'appareil circulatoire est supérieur chez les femmes (23 %).

Tableau 1 • Principales causes de décès en 2023

En 2023	Femmes		Hommes		Ensemble	
	Effectifs	en %	Effectifs	en %	Effectifs	en %
Tumeurs	77 000	24	95 000	30	172 000	27
dont Tumeur maligne du sein	13 000	4	-	0	13 000	2
dont Tumeur maligne du côlon, rectum et anus	8 000	3	9 000	3	17 000	3
dont Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon	11 000	3	20 000	6	31 000	5
Maladies de l'appareil circulatoire	72 000	23	64 000	20	136 000	21
dont Cardiopathies ischémiques	11 000	3	19 000	6	30 000	5
dont Maladies cérébrovasculaires	17 000	5	13 000	4	31 000	5
Maladies de l'appareil respiratoire	24 000	8	24 000	8	47 000	7
Maladies du système nerveux et des organes de sens	21 000	7	16 000	5	37 000	6
Causes externes de morbidité et mortalité	19 000	6	26 000	8	45 000	7
dont Accidents de transport	1 000	0	2 000	1	2 000	0
dont Suicides et lésions auto-infligées	2 000	1	7 000	2	9 000	1
COVID-19	7 000	2	7 000	2	14 000	2
Toutes causes	320 000	100	317 000	100	637 000	100

Source : Inserm-CépiDc.

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

Une tendance à la diminution du taux de mortalité prématurée

La mortalité prématurée décrite dans cette deuxième partie de la fiche concerne les décès survenus avant l'âge de 65 ans. L'analyse de la mortalité prématurée est particulièrement informative pour le décideur dans la mesure où il s'agit, pour la plupart des cas, de décès qui auraient pu être prévenus par des actions adaptées. Par exemple, pour la mortalité prématurée liée au cancer, des actions sur les facteurs de risque (notamment le tabac et l'alcool), sur le dépistage et sur la prise en charge du cancer à un stade plus précoce seraient susceptibles de limiter la mortalité prématurée (voir les indicateurs de l'objectif n°1 : Développer la prévention). Afin de contextualiser, le nombre de décès prématurés survenus avant 65 ans s'élevait à 94 959 pour la France entière en 2023, ce qui représente globalement 14,9 % de l'ensemble des décès.

En 2022, le taux de mortalité prématurée standardisé (cf. *précisions méthodologiques*) s'élève à 186 décès pour 100 000 personnes. Après une longue période d'amélioration (-46 décès par 100 000 personnes entre 2005 et 2019), le taux de mortalité standardisé a

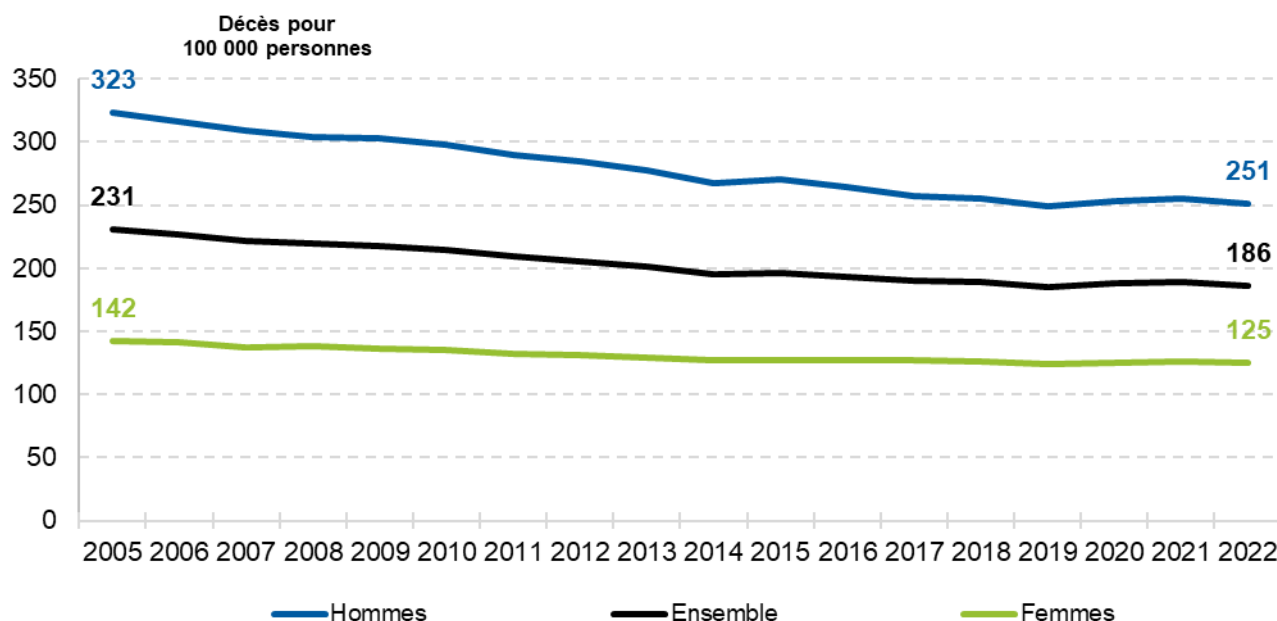
sensiblement augmenté en 2020-2021 en raison des décès liés à la Covid, passant ainsi de 185 en 2019 à 188 en 2020, puis 189 décès pour 100 000 personnes en 2021. Il diminue cependant de nouveau en 2022 avec 186 décès pour 100 000 personnes.

.

Le taux de mortalité chez les femmes (125,2) est très inférieur à celui des hommes (250,7) et ce malgré une baisse du taux de mortalité d'autant plus marquée chez ces derniers (-74 décès pour 100 000 personnes) que chez les femmes (-18 décès pour 100 000 personnes) sur la période 2005-2019. (cf. *Graphique 1*).

La comparaison des taux standardisés de mortalité prématurée dans les pays de l'Union européenne place la France un peu en dessous de la moyenne européenne et de l'Allemagne, mais derrière ses autres voisins européens pour l'année 2022. Le classement de la France est moins bon chez les hommes (15/28) que chez les femmes (14/28) (cf. *Graphique 2*). Les pays ayant des taux de mortalité prématurée nettement supérieurs à la moyenne des pays de l'Europe sont principalement ceux qui ont adhéré depuis peu à l'Union européenne (hormis la Slovaquie, Malte et Chypre).

Graphique 1 • Taux standardisés* de mortalité prématurée



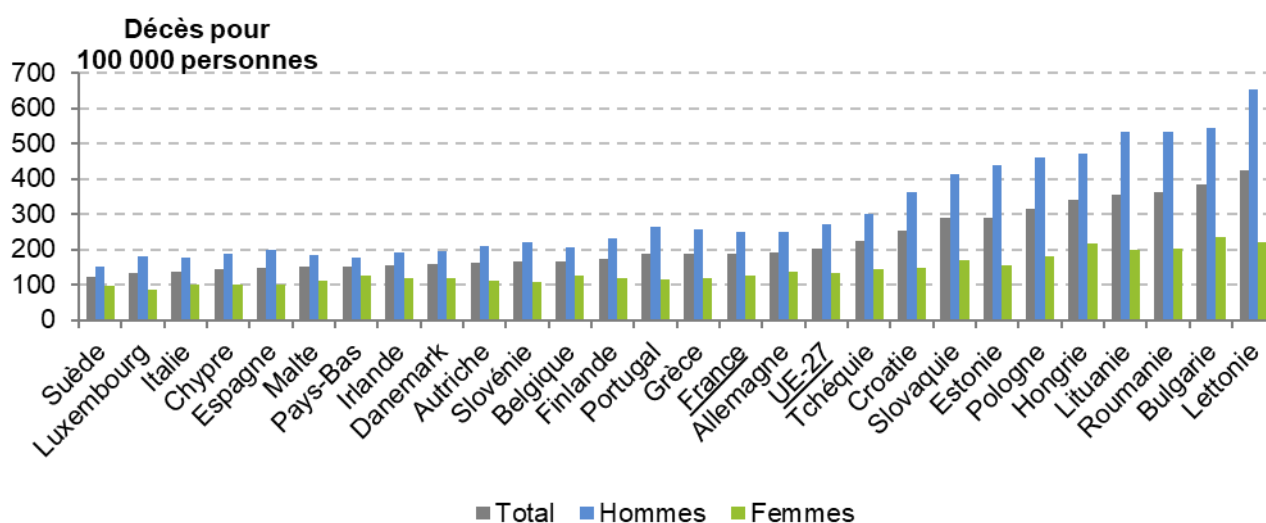
* Taux de mortalité prématurée standardisé : taux de mortalité pour 100 000 personnes que l'on observerait dans une zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence.

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

Champ : France entière pour taux standardisé

Sources : Eurostat

Graphique 2 • Mortalité prématurée dans l'Union européenne en 2022 - Taux standardisés



Source : Eurostat.

• Précisions méthodologiques

Construction de l'indicateur :

Le taux de mortalité prématurée standardisé est un indicateur classique, présent dans de nombreuses bases de données, qui témoigne de la mortalité survenue avant un âge donné, habituellement 65 ans. Cet indicateur est présent (sous forme standardisée) dans les bases d'Eurostat.

Pour comparer globalement la mortalité dans des populations différentes ou entre des périodes différentes, on ne peut utiliser le taux brut de mortalité car il ne tient compte ni des différences de structure d'âge entre différentes populations ni de l'évolution de la structure d'âge au cours du temps. Ainsi, une région dont la population est âgée peut avoir un taux brut de mortalité relativement élevé uniquement du fait de sa structure d'âge. Pour éliminer cet effet de l'âge, on utilise des taux standardisés, en se fondant sur la structure démographique de la population standard européenne.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

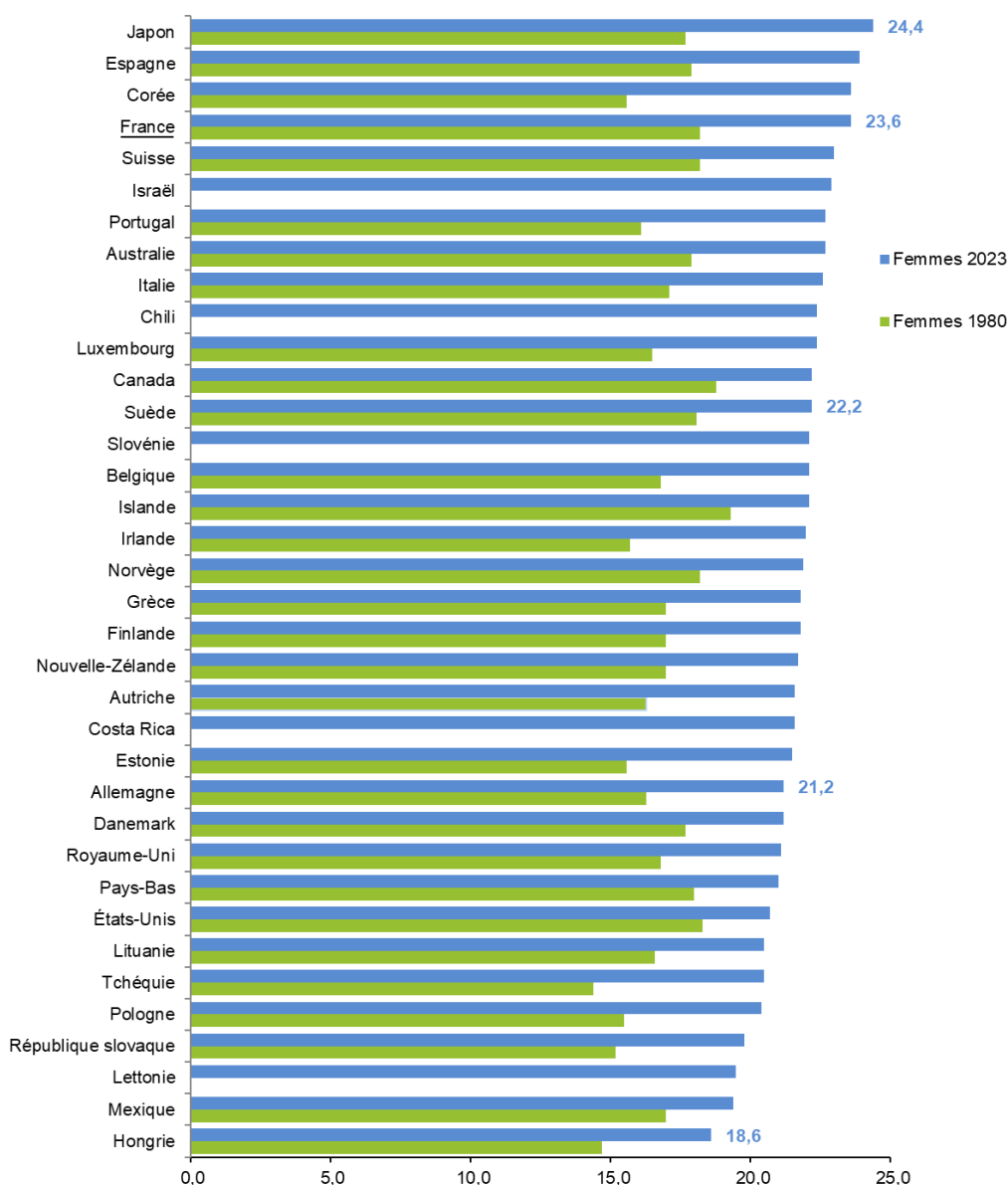
1.3. Espérance de vie

En 2023, la France demeure parmi les pays de l'OCDE où l'espérance de vie à 65 ans est la plus élevée.

En 2023, la France occupe le troisième rang des 38 pays de l'OCDE avec 23,6 ans d'espérance de vie à 65 ans pour les femmes, (cf. graphique 1.a.). Elle reste située derrière le Japon (24,4 ans), et se voit aussi devancée par l'Espagne (23,9 ans), et égalée par la Corée (23,6 ans également). La dernière place est occupée par la Hongrie, avec une espérance de vie à 65 ans de 18,6 ans. La moyenne des pays de l'OCDE en 2023 est de 21,7 ans pour les femmes.

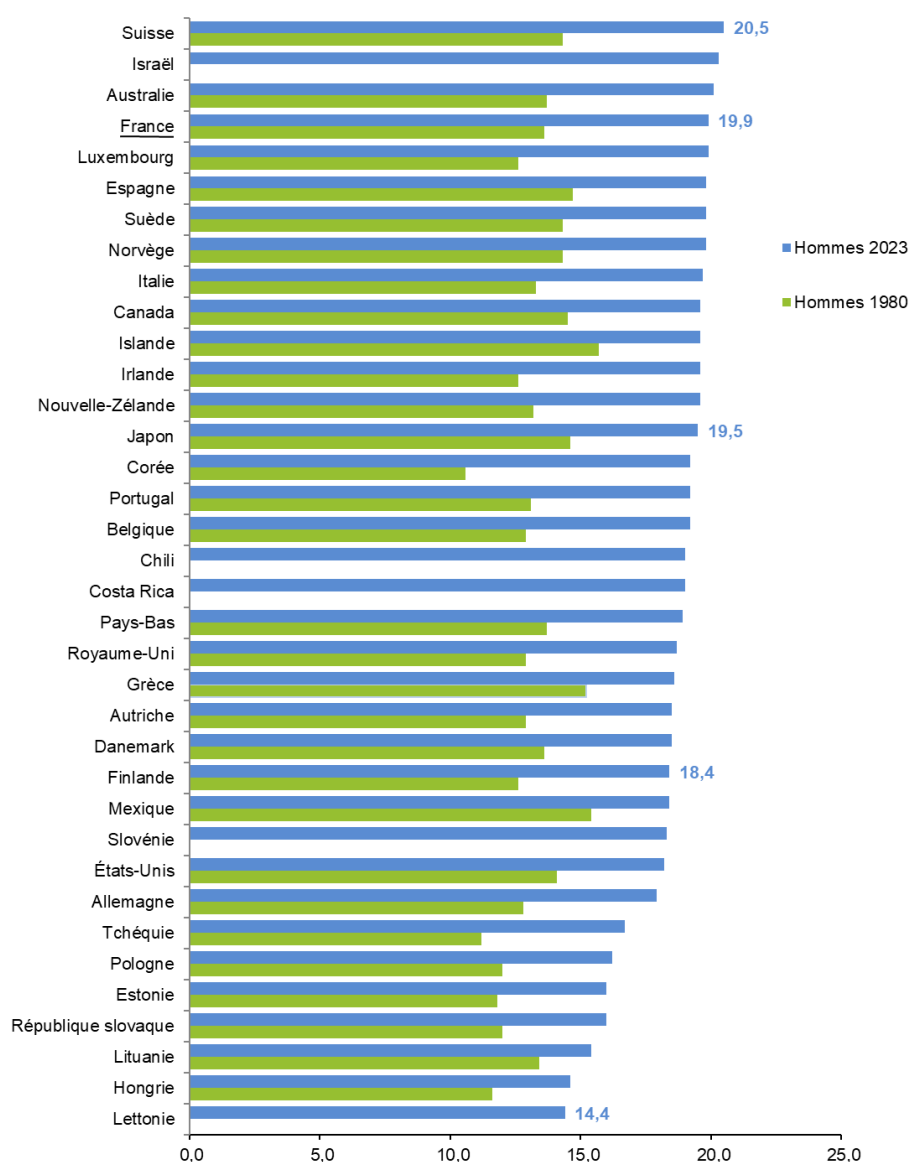
En ce qui concerne les hommes, l'espérance de vie à 65 ans en France reste supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE (19,9 contre 18,5) en 2023. La France occupe ainsi le 4^e rang en termes d'espérance de vie à 65 ans pour les hommes, à égalité avec le Luxembourg. En bas du classement, les espérances de vie des hommes à 65 ans les plus basses se trouvent en Lettonie (14,4 ans), en Hongrie (14,6) et en Lituanie (15,4) (cf. graphique 1.b.).

Graphique 1 • Espérance de vie des femmes à 65 ans en 1980 et 2023
a. Femmes



Source : OCDE

b. Hommes



Source : OCDE

Une augmentation de l'espérance de vie à 65 ans des hommes et des femmes depuis 1960

Depuis 1960, l'espérance de vie à 65 ans a augmenté pour les hommes comme pour les femmes dans tous les pays de l'OCDE (cf. graphique 2). En France, l'espérance de vie a augmenté de 8 ans pour les femmes et de 7,4 ans pour les hommes entre 1960 et 2023. Cette augmentation survient malgré la baisse récente sur la période 2020-2022, sans doute liée à la surmortalité causée par la pandémie Covid.

Selon l'OCDE, le Japon est parmi les pays qui ont enregistré la plus forte progression de l'espérance de vie à 65 ans, alors que la Hongrie fait partie des pays qui ont vu les plus faibles gains d'espérance de vie. L'augmentation de l'espérance de vie résulte de la conjugaison de

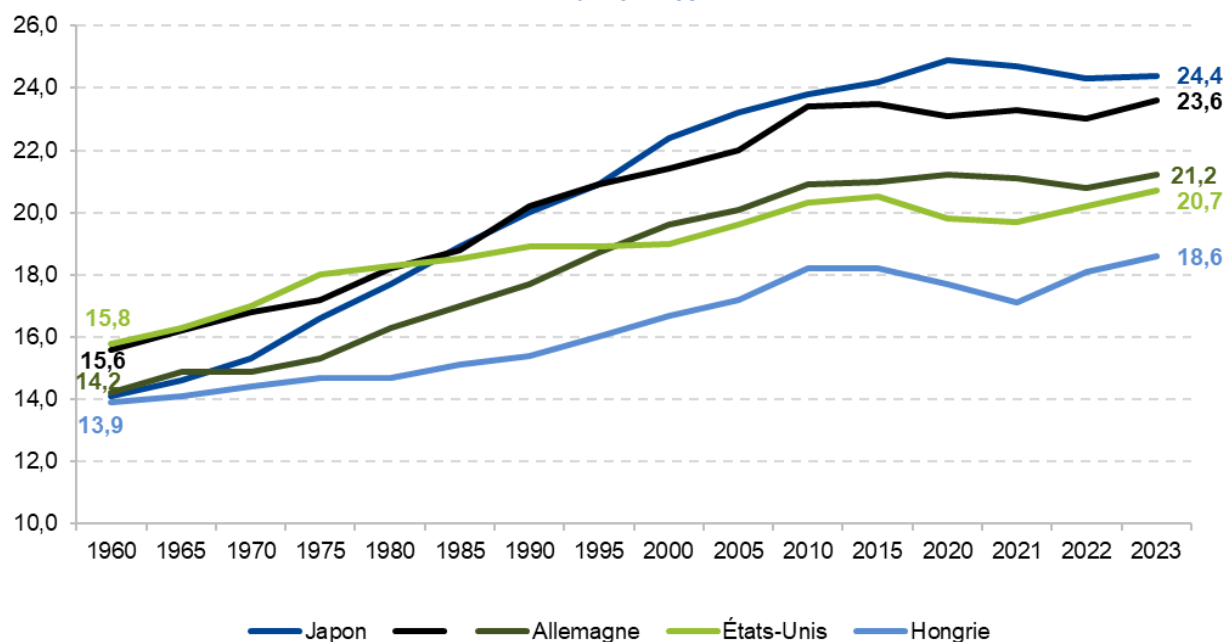
plusieurs facteurs : l'effet des progrès médicaux, l'amélioration des conditions de vie et l'évolution des comportements individuels en matière d'hygiène et de prévention.

Sur toute la période étudiée, les femmes présentent systématiquement une espérance de vie à 65 ans supérieure à celle des hommes, et ce dans les 5 pays suivis. Cet écart de genre, bien documenté, tend cependant à se réduire légèrement dans certains pays ces dernières années.

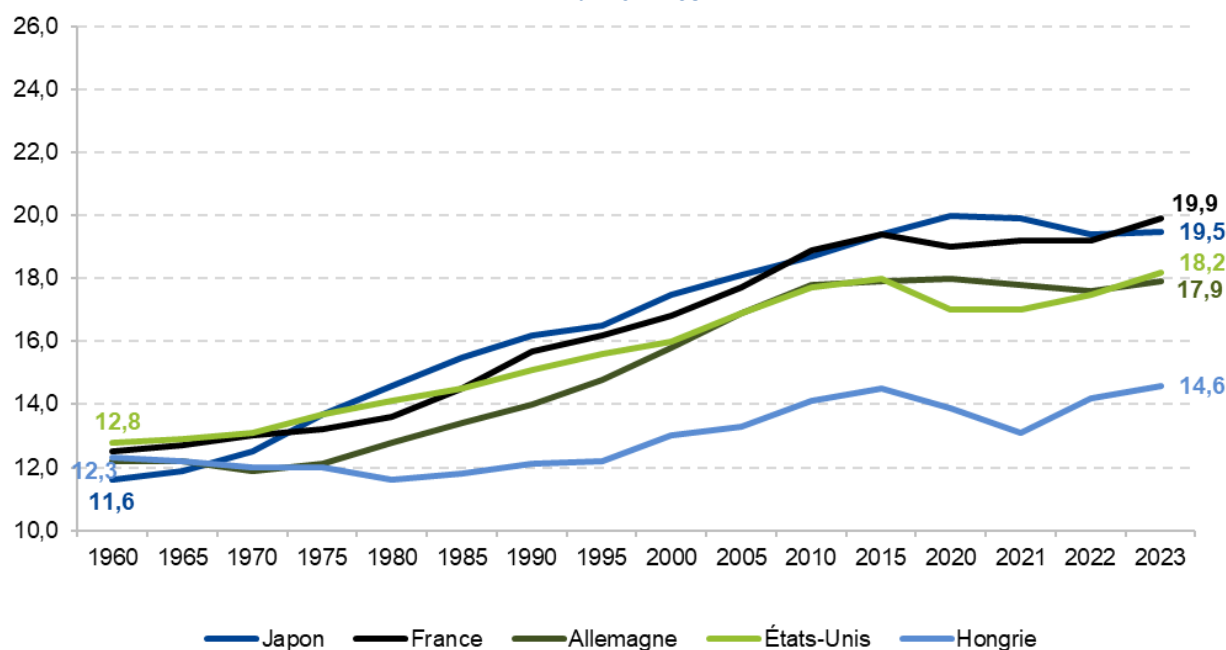
Sur les cinq pays étudiés, l'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes s'est creusé durant les années 1960 et jusqu'aux années 2000 où cet écart s'est stabilisé, sauf aux États-Unis où cet écart s'est plutôt résorbé à partir des années 1980.

Graphiques 2 • Evolution de l'espérance de vie à 65 ans depuis 1960

a. Femmes



b. Hommes



Source : OCDE

• Précisions méthodologiques

Définition :

L'espérance de vie à 65 ans mesure pour une année donnée l'âge moyen des individus d'une génération fictive âgée de 65 ans, qui aurait connu à chaque âge la probabilité de décéder observée l'année considérée. Elle exprime donc le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de 65 ans dans les conditions de mortalité par âge de cette année.

Il peut exister des différences d'espérance de vie selon les pays, de l'ordre d'une année maximum, qui sont liées aux méthodes de calcul de l'espérance de vie propres à chaque pays (pour plus d'indications, se reporter à la publication de l'OCDE, Panorama de la santé).

Pour aller plus loin :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.4. Démographie et honoraires des médecins

1.4.1. Démographie des médecins libéraux et salariés en France

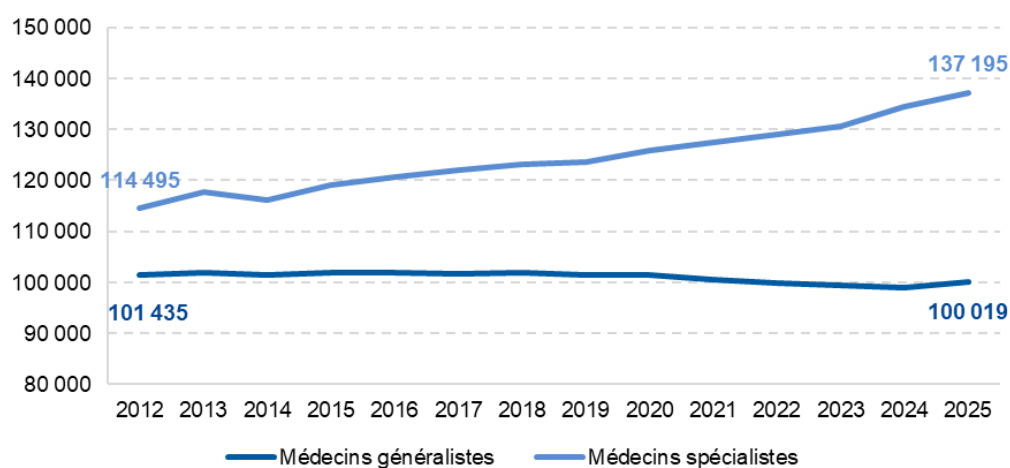
En France, on compte 237 000 médecins (médecins généralistes et spécialistes) actifs occupés au 1^{er} janvier de 2025. En forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population, les effectifs de médecins augmentent à un rythme qui a progressivement ralenti depuis 2006. La densité de médecins s'élève à 346 médecins pour 100 000 habitants en 2025, en légère hausse par rapport au 1^{er} janvier 2024 (341 médecins pour 100 000 habitants).

Sur une période plus longue, la nombre de médecins en France augmente de 7 % entre 2015 et 2025, augmentation sensiblement plus rapide que la dynamique de la population qui elle augmente de 4 %. La densité de médecins augmente légèrement (4 %) sur la période 2015 à 2025.

L'évolution des effectifs de médecins reste cependant contrastée en fonction des catégories de spécialité. Entre 2015 et 2025 le nombre de médecins généralistes baisse légèrement (-2 %) au niveau national alors que le nombre de spécialistes augmente de 15 % (cf. *Graphique 1*).

Les effectifs de médecins devraient continuer à augmenter grâce à la réforme du système d'admission des études de santé de 2020 qui a entre autres supprimé le *numerus clausus* qui limitait le nombre d'étudiants en médecine. Les effectifs d'étudiants en deuxième année de médecine ont augmenté de 20 % entre la rentrée 2020 et la rentrée 2021, année de la réforme des études en santé.

Graphique 1 • Evolution des effectifs de médecins généralistes et spécialistes en France



Sources : RPPS 2025, traitements Drees

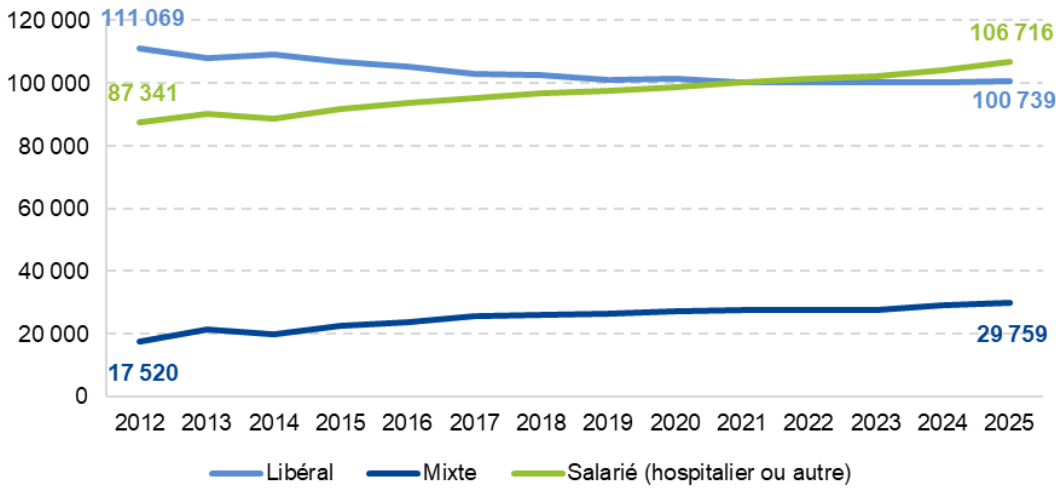
Un exercice libéral en recul au profit de l'exercice salarié et mixte

Le nombre de médecins exerçant exclusivement en libéral est en baisse continue, passant de 111 100 en 2012 à 100 700 en 2025, soit une diminution d'environ 10 %. Le recul est particulièrement marqué jusqu'en 2017 avant de se stabiliser autour de 100 000 à partir de 2020.

Cette baisse survient au profit de la hausse de effectifs en exercice salarié et mixte. L'activité mixte semble en particulier être très attractive, le nombre de médecins en exercice mixte est très dynamique sur la période, passant de 17 500 à 29 700, soit une augmentation de 70 %.

L'exercice salarié s'est également très développé sur la période 2012 à 2025, passant de 87 300 à 106 700 (augmentation de 22 %). Cette progression stable (entre 1300 et 2500 médecins supplémentaires chaque année) était plus prévalente avant 2020 parmi les salariés qui exercent exclusivement en hôpital (public ou privé), mais se concentre de plus en plus chez les salariés qui cumulent des activités salariées différentes dans différents secteurs (médico-social ou autres).

Graphique 2 • Evolution des effectifs de médecins en France par nature de l'exercice



Sources : RPPS 2025, traitements Drees

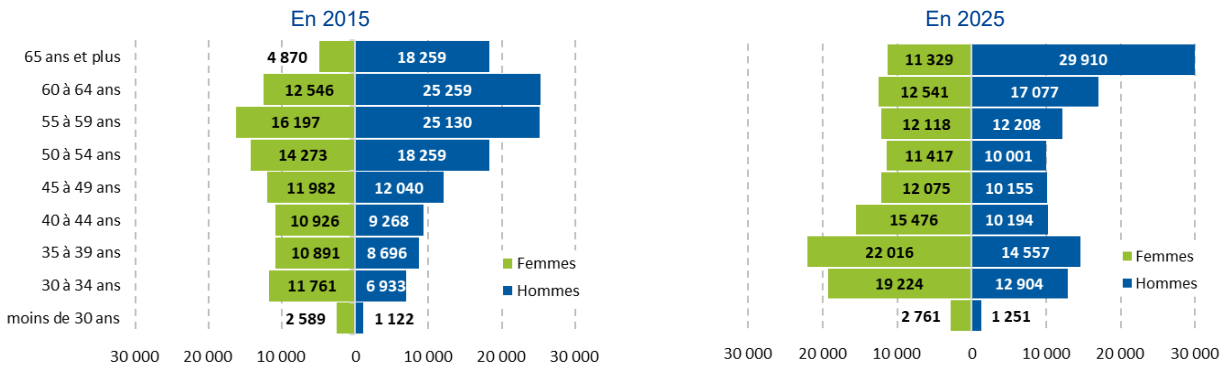
Une profession en féminisation progressive

La profession médicale demeure marquée par une structure d'âge élevée, malgré un rajeunissement sur les dernières années. Parmi les médecins actifs en 1er janvier 2025, près de la moitié (48 %) sont âgés de 50 ans ou plus. Cette proportion était encore plus élevée il y a dix ans : 61 % des médecins étaient âgés de 50 ans ou plus en 2015. Ce rajeunissement s'explique par les départs à la retraite des cohortes nombreuses de médecins avant la baisse du *numerus clausus* (cf. *Précisions*

méthodologiques) en 1977, puis par l'entrée en activité des nouvelles cohortes de plus en plus nombreuses après la hausse continue du *numerus clausus* à partir de 2000.

Ces générations sont marquées par une faible féminisation : parmi les médecins actifs les plus âgés (60 ans et plus) les deux tiers sont des hommes. En contraste, parmi les jeunes cohortes de médecins (moins de 35 ans), les femmes représentent plus de 60 % des effectifs actifs en 2025.

Graphique 3 • Pyramide des âges des médecins actifs, en 2015 et en 2025



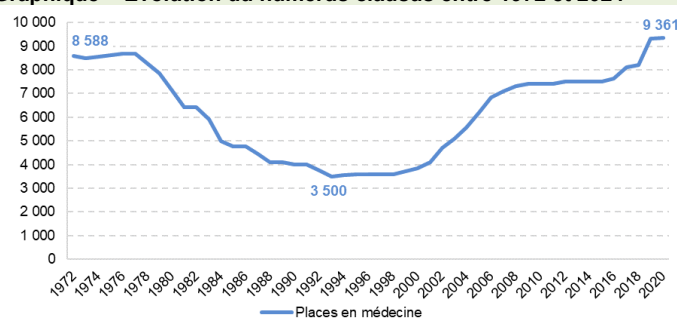
Précisions méthodologiques

Précisions sur le numerus clausus :

Le numerus clausus est un dispositif de régulation qui fixe chaque année, par arrêté ministériel, le nombre maximum d'étudiants autorisés à accéder à une formation, notamment en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique, à l'issue de la première année. Il a été instauré en 1971 dans l'objectif principal est de maîtriser le nombre de professionnels de santé formés, en fonction des besoins estimés du système de santé.

Il a été supprimé en 2020 et remplacé par le *numerus apertus* où désormais, chaque université fixe le nombre de places disponibles en concertation avec les Agences Régionales de Santé (ARS), en fonction des capacités de formation et des besoins en santé du territoire concerné.

Graphique • Evolution du numerus clausus entre 1972 et 2024



Sources des données :

Ces indicateurs sont réalisés à partir du Répertoire partagé des professions de santé (RPPS) qui recense au plan national, mais aussi régional et départemental, les médecins de santé en activité. Le RPPS a remplacé Adeli comme source d'analyse de la démographie des médecins à la Drees depuis le 1^{er} janvier 2012. Avec le RPPS, le conseil de l'Ordre des médecins est désormais le guichet principal pour les professionnels inscrits au tableau. Le RPPS renseigne donc sur l'ensemble des caractéristiques sociodémographiques et professionnelles du médecin telles que déclarées à leur guichet. Les données du RPPS sont élaborées à partir d'une confrontation des données des Ordres, de l'Assurance maladie (la Cnam) et du Centre national de gestion (CNG). Ces données sont établies par la Drees. Les effectifs ainsi dénombrés portent sur les médecins généralistes et spécialistes, libéraux et salariés, exerçant dans le secteur ambulatoire, à l'hôpital ou en centres de santé.

Pour aller plus loin :

Pour plus de détails sur l'analyse de la démographie, se reporter aux rapports de la Drees sur le sujet :

« [Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ?](#) », Dossier de la Drees n°76, mars 2021

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.4.2. Honoraires des professionnels de santé libéraux et leurs déterminants

En 2024, les médecins libéraux actifs à part entière ont perçu en moyenne près de 305 000 € d'honoraires issus de leur activité libérale contre 288 000 € en 2023.

Les omnipraticiens, qui représentent un peu plus de la moitié des médecins libéraux, ont perçu en moyenne 191 000 € d'honoraires en 2024 contre 434 000 € pour les spécialistes et 88 000 € pour les auxiliaires médicaux.

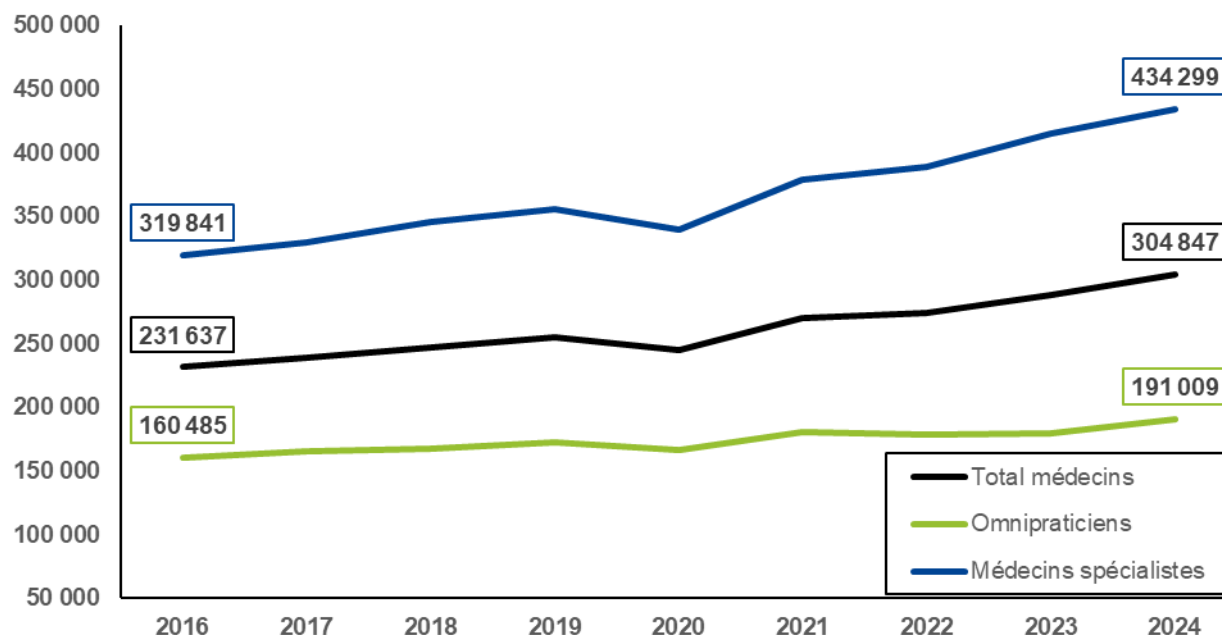
Les médecins spécialistes libéraux ont des niveaux de rémunération très variables selon leur spécialité. En 2024, se trouvent en haut de l'échelle les spécialistes de la radiologie (878 000 €) les ophtalmologues (723 000 €) dont l'activité se compose essentiellement d'actes techniques. La gériatrie et la médecine des maladies infectieuses et tropicales figurent en bas de l'échelle des honoraires (respectivement 143 000 € et 127 000 € en 2024). Il est à noter que les honoraires des médecins ne peuvent pas directement être comparés à leur revenu (*cf. fiche 2.8.2 – Rémunération des professionnels de santé*) puisqu'il est nécessaire de prendre en compte les charges qu'ils leur incombent dont le niveau diffère sensiblement entre spécialités.

Les honoraires des médecins libéraux actifs à part entière connaissent une croissance stable de 3,3% entre 2016 et 2019 puis 3,6% entre 2019 et 2024 avec une hausse sensible entre 2023 et 2024 de 5,9%. Les honoraires des médecins spécialistes libéraux sont les plus dynamiques avec une croissance de 3,6% entre 2016 et 2019 puis 4,1% entre 2019 et 2024, mais celle-ci varie fortement selon leur spécialité. Les allergologues présentent les honoraires annuels moyens les plus dynamiques avec une croissance annuelle moyenne de 7,9% entre 2019 et 2024. Ils sont suivis par les spécialistes de la stomatologie et de l'ophtalmologie (7,8%), de l'anatomo-cytopathologie et par les dermatologues-vénérologues (4,6%). A l'inverse, les honoraires des médecins d'urgence et des maladies infectieuses connaissent des évolutions négatives entre 2019 et 2024 (respectivement -0,3% et -1,8%). Les honoraires des médecins généralistes connaissent un ralentissement de leur croissance passant de 2,5% entre 2016 et 2019 à 2% entre 2019 et 2024 mais un rebond entre 2023 et 2024 de 6,4%.

Graphique 1 • Evolution des honoraires annuels moyens entre 2016 et 2024 des médecins actifs à part entière

Source : AMOS, CNAM, traitement DSS.

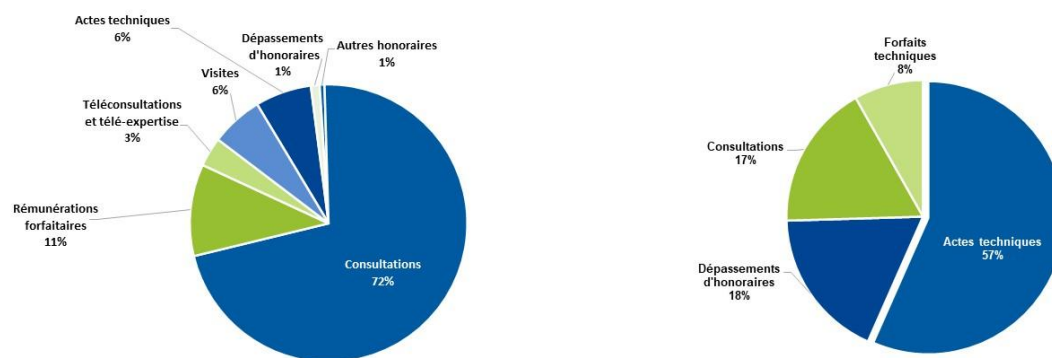
Champ : Ensemble des médecins actifs à part entière entre 2016 et 2024, France entière.



Note de lecture : Les omnipraticiens percevaient en moyenne 191 009 euros d'honoraires en 2024 contre 160 485 en 2016.

La structure des honoraires diffère entre les omnipraticiens et les spécialistes. La majorité des honoraires des médecins généralistes provient des consultations (72%) et des rémunérations forfaitaires (11%). Les honoraires des médecins spécialistes sont en majorité composés d'actes techniques et de consultation (respectivement 57% et 17%) et de dépassements d'honoraires (18%). La part des dépassements d'honoraires est restée stable entre 2016 et 2019 (près de 15%) puis a augmenté entre 2020 et 2024 passant de 14,5% à près de 18%.

Graphique 2 • Décomposition des honoraires des médecins généralistes et spécialistes en 2024



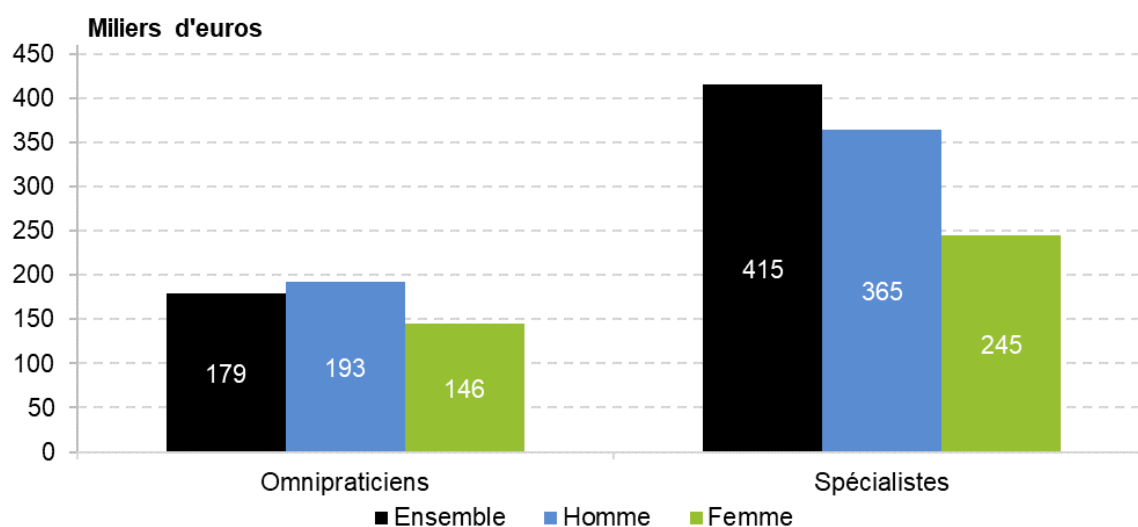
Source : Données de remboursement en date de soins (CNAMTS), AMOS (CNAMTS), traitement DSS.

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

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

En 2021, les données disponibles sur les honoraires des médecins par genre ont mis en évidence que les honoraires moyens perçus par les omnipraticiennes sont 24 % moins élevés que ceux de leurs homologues masculins (soit 47 000 € de différence annuelle, cf. graphique 2). L'écart moyen de rémunération entre hommes et femmes spécialistes est plus important que chez les omnipraticiens, soit de 33 % (120 000 € en moyenne annuelle), sans différence notable entre secteurs d'activité.

Graphique 3 • Honoraires annuels des médecins libéraux (issus de l'activité libérale) en 2021 par genre



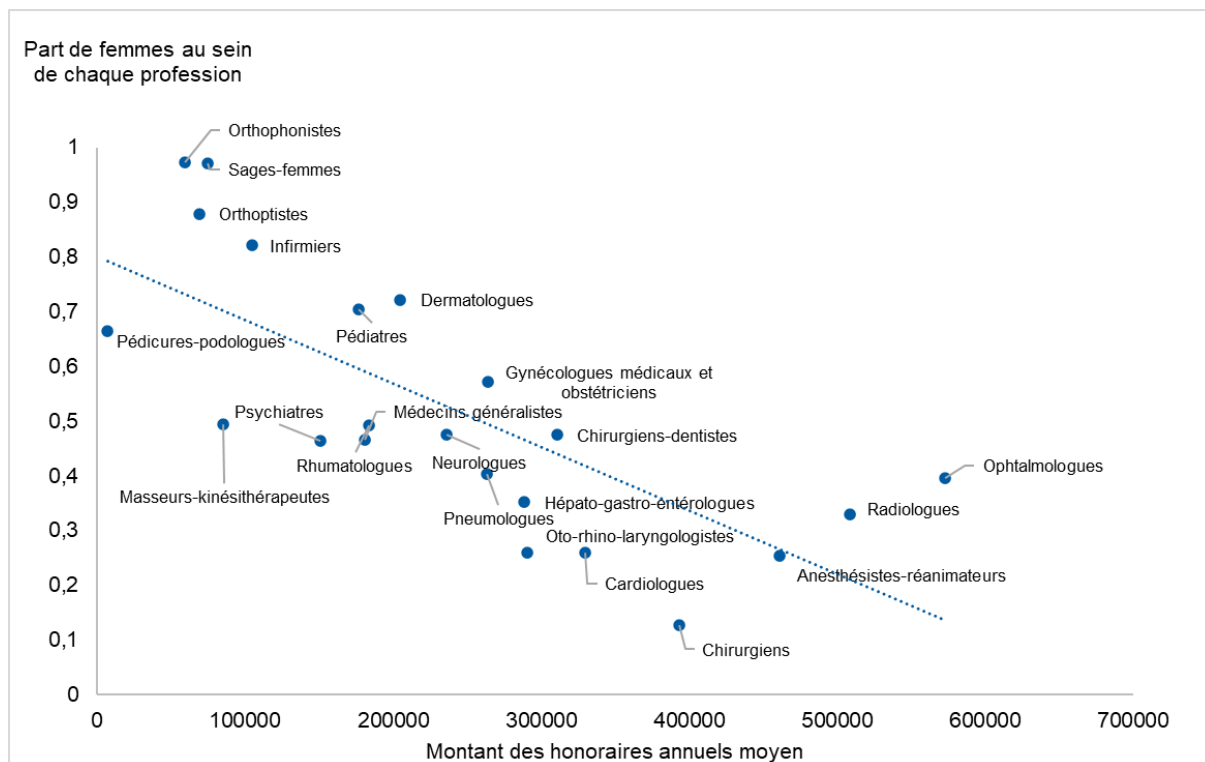
Source : AMOS, CNAM, traitement DSS.

Champ : ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraires au cours de l'année 2021, France entière.

Note de lecture : les honoraires des omnipraticiennes s'élèvent à 146 000€ en 2021 alors que les honoraires des omnipraticiens s'élèvent à 193 000€

Les inégalités de genre se retrouvent également dans la part de femme présente dans chaque profession et le niveau moyen des honoraires qui leur est associé. Ainsi, si elles sont plus de 97% à exercer au sein des sage-femmes (75 000 euros d'honoraire annuels en moyenne), elles ne sont plus que 40% parmi les ophtalmologues (573 000 euros d'honoraire annuels en moyenne), et de 13% parmi les chirurgiens (393 000 euros d'honoraire annuels en moyenne). Une relation décroissante peut être observée entre le niveau d'honoraires moyens et la part de femme présente de chaque profession de santé.

Graphique 4 • Honoraires annuels et part des femmes par profession de santé (issus de l'activité libérale) en 2024



• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les données du graphique 1, 3 et 4 sont issues de la base AMOS (assurance maladie-offre de soins) du Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM).

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

Indications complémentaires :

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

Les **données du graphique 1, du graphique 3 et du graphique 4 divergent** pour plusieurs raisons : ces données ne sont pas de la même année (respectivement 2024, 2021 et 2024) et elles ne reposent pas sur la même base de données. En effet, le graphique 1 repose sur des effectifs APE (voir précisions ci-dessus), tandis que les graphiques 3 et 4 reposent sur l'ensemble des médecins ayant perçu au moins un euro d'honoraire au cours de l'année, ce qui biaise vers le bas le montant moyen des honoraires des médecins libéraux. En effet, la moyenne des honoraires est tirée vers le bas par les médecins s'étant installés ou étant partis en cours d'année, les médecins de plus de 65 ans avec une activité partielle ainsi que les hospitaliers à temps plein.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.5. Soins hospitaliers

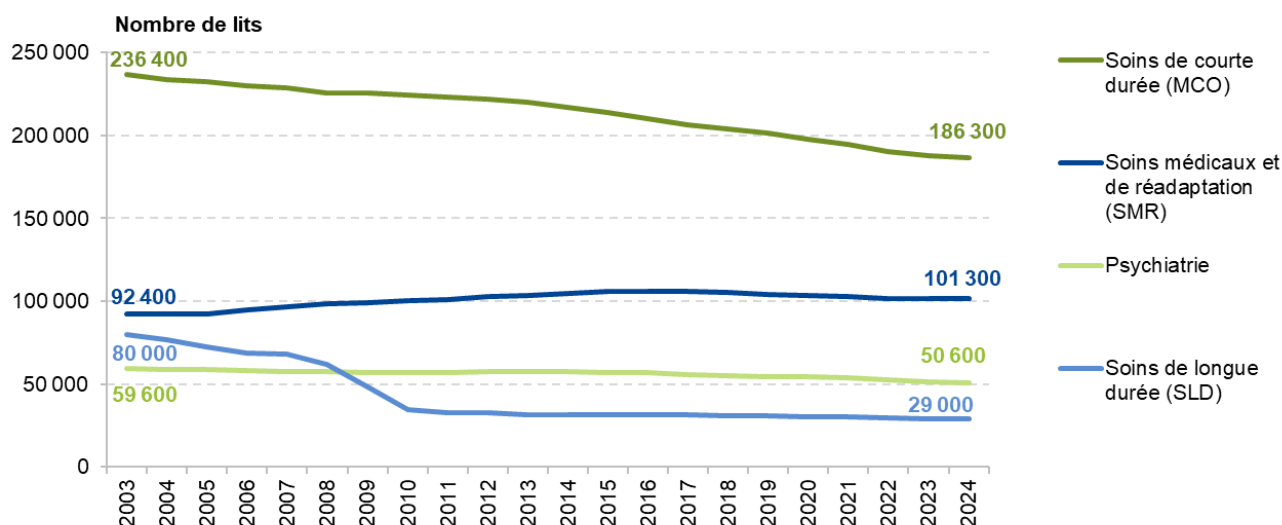
1.5.1. Capacité d'accueil des établissements

En 2024, la baisse de la capacité d'hospitalisation complète est moins forte que les années précédentes

En 2024, le nombre de lits en état d'accueillir des patients diminue de 0,5 % (-2 000 lits en un an), un rythme moins rapide que celui des deux années précédentes (-1,2 % en 2023, -1,8 % en 2022) ou même qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne entre 2013 et 2019). La tendance à la baisse observée depuis plusieurs années reflète la réorganisation de l'offre de soins hospitaliers dans un contexte de « virage ambulatoire », ou de contraintes de personnel ne permettant pas de maintenir les lits. Entre fin 2013 et fin 2024, la baisse cumulée atteint 45 500 lits d'hospitalisation complète, soit -11,0 % en onze ans. L'inflexion observée en 2024 est principalement le fait du court séjour (-0,6 % en 2024, contre -1,4 % en 2023 et -1,5 % en moyenne entre fin 2013 et fin 2019) et de la psychiatrie (-1,0 %, contre -2,6 % en 2023, et -0,9 %

entre 2013 et 2019). En court séjour, la diminution de 2024 est exclusivement due aux cliniques privées (-1 200 lits sur une baisse totale de 1 100 lits). En psychiatrie, la baisse provient au contraire essentiellement du secteur public (-600 lits sur une baisse totale de 500), tandis que le nombre de lits progresse dans les cliniques privées (+100 lits). En moyen séjour, comme en 2023, le nombre de lits est quasi stable (-100 lits, soit -0,1 % en 2024, contre -0,2 % en 2023, et +0,1 % en moyenne entre fin 2013 et fin 2019). En long séjour (soins de longue durée [SLD]), le nombre de lit diminue plus fortement (-300 lits, soit -0,9 % en 2024 comme en 2023, contre -0,5 % en moyenne entre 2013 et 2019), mais uniquement dans le secteur public (-400 lits). Toutes disciplines confondues, l'évolution des capacités d'hospitalisation complète en 2024 est donc le fait des hôpitaux publics (-1 100 lits sur -2 000 lits) et des cliniques privées (-1 000 lits), et non pas des établissements privés à but non lucratif (+100 lits).

Graphique 1 • Lits d'hospitalisation complète



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

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

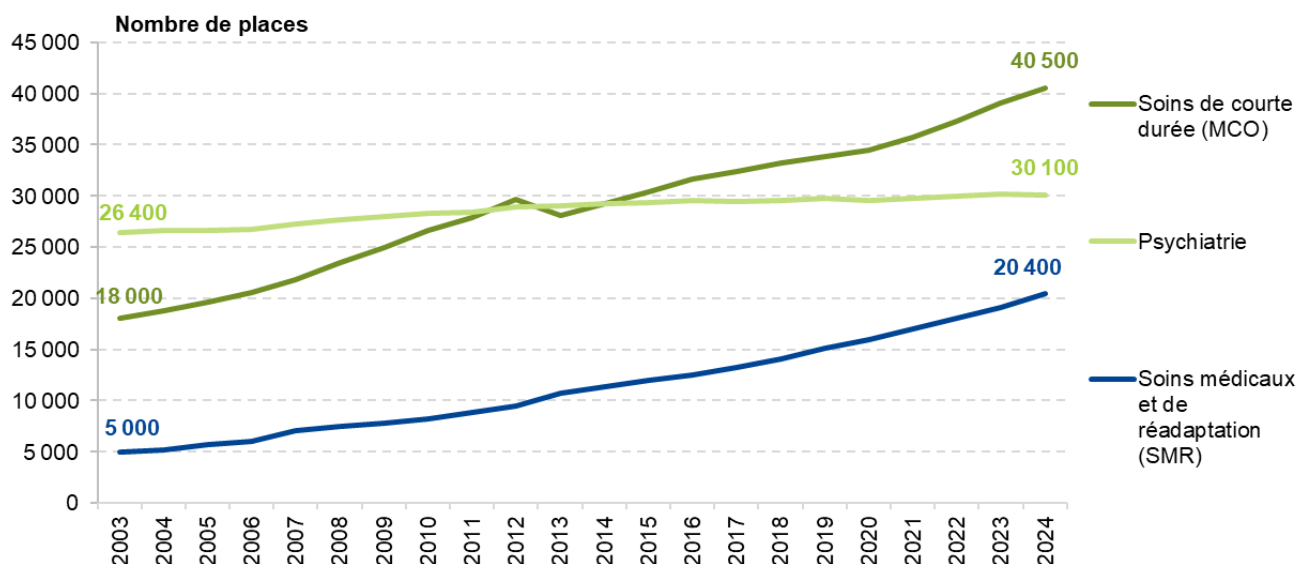
Sources : Drees, SAE 2003-2024 ; traitements Drees.

Les capacités d'hospitalisation partielle poursuivent leur hausse

Depuis la seconde moitié des années 1980, des innovations médicales (techniques, médicamenteuses et organisationnelles) ont transformé les modes de prise en charge, notamment en anesthésie et en chirurgie. Un nombre croissant de procédures évoluent vers des alternatives à l'hospitalisation complète. En conséquence, le nombre de places en hospitalisation partielle progresse régulièrement : entre fin 2013 et fin 2024, 23 400 places ont été créées (+34,6 % en onze ans). En 2024, le nombre total de places d'hospitalisation partielle augmente de 3,1 % (+2 800 places), soit un rythme un peu moins rapide que les années précédentes : +4,0 % en 2023, +3,2 % en 2022, +3,3 % en 2021. La hausse en 2024 reste toutefois supérieure à la croissance moyenne annuelle entre fin 2013 et fin 2019 (+2,5 %). La progression du nombre total de places en 2024 est portée par le dynamisme de l'hospitalisation partielle en court séjour (+1 700 places) et en moyen séjour (+1 100 places). En MCO,

l'augmentation en 2024 (+4,4 %, contre +4,8 % en 2023 et +3,1 % par an entre 2013 et 2019) est en particulier le fait des hôpitaux publics (+1 100 places en 2024, soit +5,6 %). En moyen séjour, la progression du nombre de places reste importante mais moindre que les années précédentes (+5,5 % en 2024, contre +7,3 % en 2023 ou +5,9 % en 2022, et +6,0 % en moyenne annuelle entre fin 2013 et fin 2019). Elle est majoritairement due à l'essor des cliniques privées (+700 places, soit +8,4 %). En psychiatrie, le nombre de places ne s'accroît pas en 2024, alors qu'il augmentait les années précédentes (+1,1 % en 2023 et +0,3 % en 2022, et +0,4 % en moyenne annuelle entre fin 2013 et fin 2019). Tandis que la capacité des établissements du secteur public diminue en 2024 (-300 places), celle du secteur privé augmente (+200 places en cliniques privées et +100 places dans les établissements à but non lucratif). Toutes disciplines confondues, les nouvelles capacités d'hospitalisation partielle en 2024 sont d'abord attribuables aux cliniques privées (+1 200 places sur +2 800 places), puis aux hôpitaux publics (+1 000 places) et aux établissements privés à but non lucratif (+500 places).

Graphique 2 • Places d'hospitalisation partielle



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

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

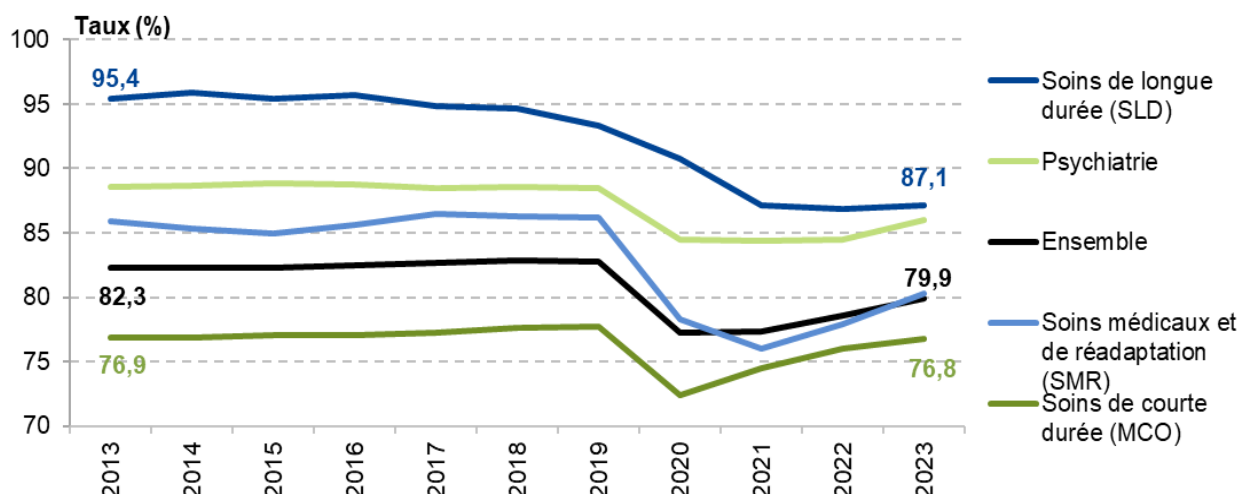
Sources : Drees, SAE 2003-2024 ; traitements Drees.

Le taux d'occupation des lits progresse en 2023

En 2023, le taux d'occupation des lits d'hospitalisation complète, toutes disciplines confondues, est de 79,9 % (graphique 3), en hausse de 1,3 point par rapport à 2022, en raison d'une baisse des capacités (-1,2 %) supérieure à celle des journées d'hospitalisation complète (-0,5 %). C'est le cas pour toutes les disciplines. Comme les années précédentes, c'est en MCO que le taux d'occupation est le moins élevé en 2023 (76,8 %), en hausse de 0,8 point. En SMR, il augmente de 2,4 points et s'élève à 80,3 %, car le nombre de journées d'hospitalisation complète y progresse (+2,9 %), en dépit d'une légère baisse des capacités (-0,2 %). Il augmente également en psychiatrie (+1,5 point), où il atteint 86,0 %. C'est en

SLD qu'il est le plus élevé (87,1 %), il reste stable par rapport à 2022 (+0,2 point). Le taux d'occupation présente de fortes variations selon le statut juridique des établissements et la discipline. Ainsi, en MCO, il est beaucoup plus élevé dans les hôpitaux publics que dans les établissements privés : 83,3 %, contre 74,5 % dans les établissements privés à but non lucratif et 56,1 % dans les cliniques privées. Dans ces dernières, l'écart pourrait provenir de la moindre part des hospitalisations non programmées, donc pouvant se produire le week-end. À l'inverse, en psychiatrie et en SMR, le taux d'occupation est plus élevé dans les cliniques privées. Il s'élève à 92,0 % en psychiatrie et à 88,0 % en SMR, soit respectivement 7 points de plus et 9 points de plus que dans le secteur public. Ces écarts pourraient également être liés aux différences de DMS selon le statut.

Graphique 3 • Occupation des lits



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

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

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

Sources : Drees ; SAE 2003-2023, traitements Drees

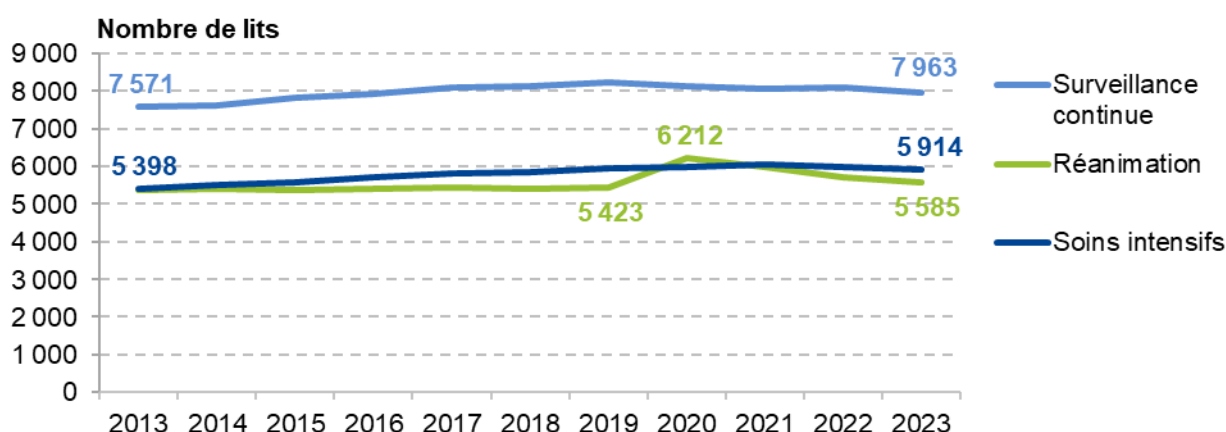
Depuis 2013, tendance à la progression des capacités en soins critiques

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

Au 31 décembre 2023, la France compte 19 500 lits en soins critiques, dont 28,7 % en réanimation, 30,4 % en soins intensifs et 40,9 % en surveillance continue. Le nombre de lits en soins critiques a connu une augmentation régulière, de 1,1 % en moyenne par an, entre fin 2013 et fin 2019, et de 6,9 % au total au cours de la période. Cette hausse est davantage marquée pour les soins intensifs (+10,3 % entre 2013 et 2019) et la surveillance continue (+8,7 %) que pour la réanimation (+1,0 %). Entre fin 2019 et fin 2020, en raison de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, les capacités d'accueil en soins critiques ont

progressé de 3,6 % sur un an, portées par une très forte hausse des lits de réanimation (+14,5 %), pour atteindre le niveau inédit de 20 300 lits fin 2020. Depuis, ces capacités ont baissé de 1,4 % par an en moyenne (-1,4 % en 2023) et ont retrouvé un niveau légèrement inférieur à celui de 2019, avec 19 500 lits fin 2023, contre 19 600 lits fin 2019. Cette évolution correspond principalement à un reflux du nombre de lits de réanimation depuis 2020, qui se maintient toutefois à un niveau plus important qu'en 2019 (+3,0 % fin 2023 par rapport à fin 2019). Le nombre de lits de soins intensifs est resté relativement stable entre 2019 et 2023 (autour de 6 000 lits), alors que le nombre de lits de surveillance continue a légèrement baissé durant la période (passant de 8 200 lits à 8 000 lits).

Graphique 4 • Lits en soins critiques



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

Sources : Drees, SAE 2013-2023, traitements Drees

• Précisions méthodologiques

Définitions :

L'hospitalisation complète est définie comme celle des unités hébergeant des patients pour une durée généralement supérieure à une journée. Elle inclut également, dans les données présentées, les unités fermées le week-end (hospitalisation dite « de semaine »). *L'hospitalisation partielle* concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation complète.

Les *capacités d'accueil* des établissements de santé sont comptabilisées en nombre de lits (dont les berceaux et les couveuses agréés) pour l'hospitalisation complète, et en places pour l'hospitalisation partielle (le nombre de places est égal au nombre de patients pouvant être accueillis simultanément). Il s'agit des lits et places installés au 31 décembre, c'est-à-dire en état d'accueillir des malades, y compris ceux fermés temporairement pour cause de travaux. Leur nombre peut différer de celui des lits et places autorisés, qui ne sont pas nécessairement ouverts.

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

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

Sources des données :

La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé publics et privés installés en France (métropole et DROM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Depuis 2002, les services de santé des armées (SSA) sont intégrés au champ de la SAE.

La SAE produit deux types de données :

- une base dite « administrative » : elle contient les données déclarées par un établissement ou une entité juridique (données validées par l'établissement et les ARS) ;
- une base dite « statistique » : destinée aux études, elle contient des données redressées par la Drees à partir de la base administrative.

Les indicateurs présentés ici sont calculés à partir de la base administrative de la SAE 2024, disponible depuis le 18 juillet 2025. Avec 99,7 % de répondants, cette dernière est quasi exhaustive sur son champ – pour un groupe de cinq établissements non répondants, les capacités ont été imputées en s'appuyant sur celles présentes dans la base statistique de la SAE 2023. Si quelques redressements de cet ordre ont fiabilisé les estimations en vue de cette publication, ces dernières peuvent donc légèrement différer de celles pouvant être obtenues à partir de la base statistique, parue le 3 novembre 2025 : les révisions introduites à cette occasion ne modifient toutefois pas les conclusions présentées.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.5.2. Dépenses de personnel des établissements de santé

En 2024, la croissance des dépenses de personnel des établissements publics continue, portée essentiellement par celle du personnel non médical

Les dépenses de personnel des **établissements publics** (cf. encadré méthodologique) s'élèvent à 64,7 Md€ en 2024, après avoir atteint 62,2 Md€ en 2023, et constituent leur premier poste de dépenses. Elles ont progressé de 4,0 % en 2024, moins dynamiques qu'en 2023 (5,0 %) et qu'en 2022 (5,5 %). Avant la crise Covid, les dépenses progressaient plus faiblement (+1,0 % en 2018).

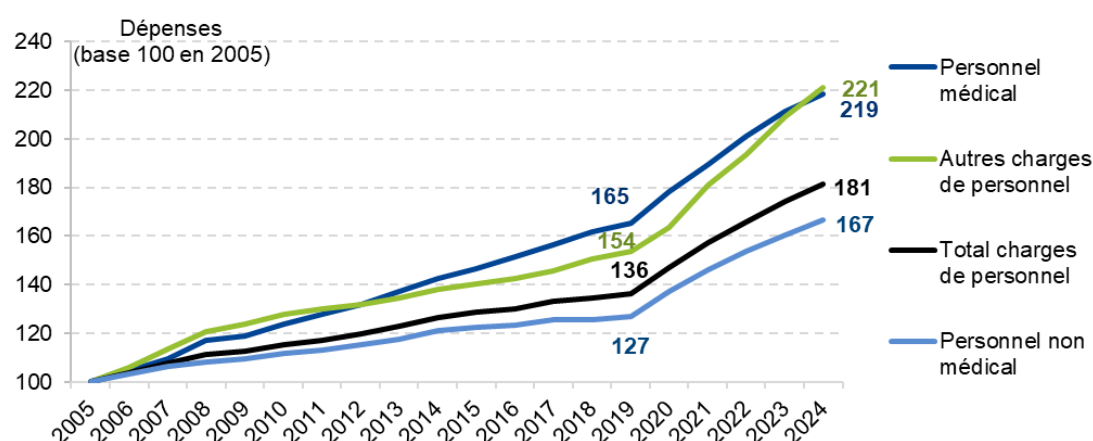
L'augmentation des dépenses de personnel non médical explique les deux tiers de la croissance des dépenses de personnel entre 2023 et 2024 (cf. graphique 2). Les dépenses de personnel médical et les « autres charges de personnel » contribuent toutes deux respectivement à 17,5 % de cette évolution.

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

Sur long terme, la progression des dépenses de personnel médical des hôpitaux publics est plus dynamique que celle du personnel non médical (cf. graphique 1). Entre 2005 et 2024, le taux de croissance moyen est de +4,2 % par an pour les dépenses de personnel médical, contre +2,7 % par an pour celles du personnel non médical.

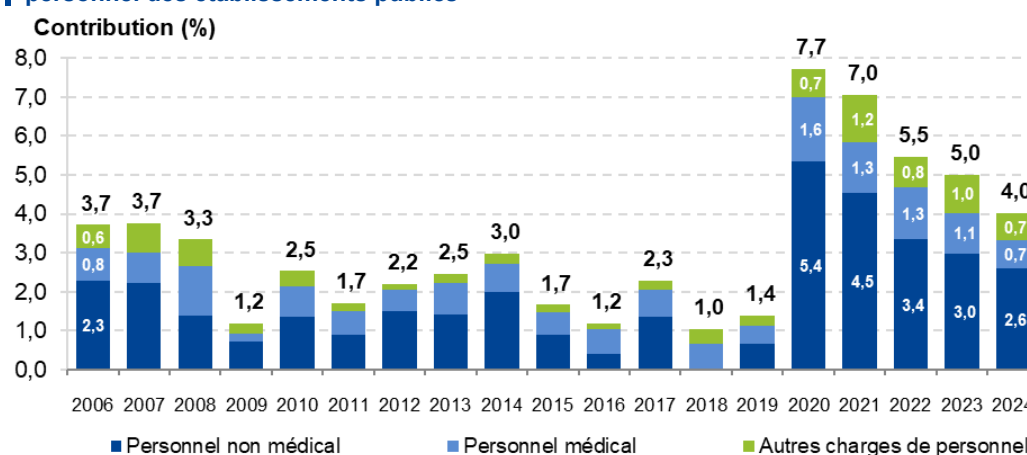
La structure des dépenses de personnel des établissements publics est restée quasiment stable depuis 2019. Ainsi, les dépenses de personnel non médical sont le principal poste et représentent plus des deux tiers des dépenses (67 % en 2024 contre 68 % en 2019, cf. graphique 3). Viennent ensuite les dépenses de personnel médical (21 % en 2023 comme en 2019) puis les autres dépenses (12 % en 2023 comme en 2019).

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



Champ : France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
Sources : DGFIP, traitements DREES.

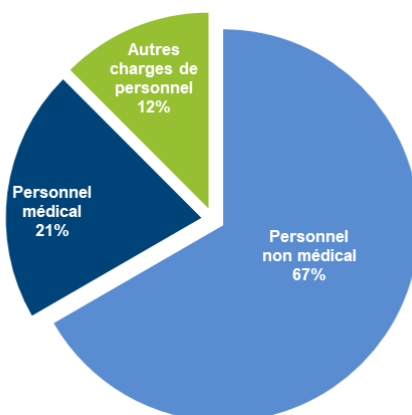
Graphique 2 • Contribution de chaque catégorie de personnel dans l'évolution globale des dépenses de personnel des établissements publics



Note : Les charges de personnel sont définies par le titre 1 de la nomenclature budgétaire M21. Les charges comptabilisées sont celles du budget principal des établissements de santé et du budget annexe correspondant aux unités de soins de longue durée (USLD), de manière à rester sur un champ sanitaire.

Champ : France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors SSA.
Sources : DGFIP, traitements DREES.

Graphique 3 • Répartition des dépenses de personnel dans les établissements publics en 2024



Note : Les charges de personnel sont définies par le titre 1 de la nomenclature budgétaire M21. Les charges comptabilisées sont celles du budget principal des établissements de santé et du budget annexe correspondant aux unités de soins de longue durée (USLD), de manière à rester sur un champ sanitaire.

Sources : DGFIP, base de comptabilité publique, Enquête des comptes financiers de l'ATIH, calculs Drees.

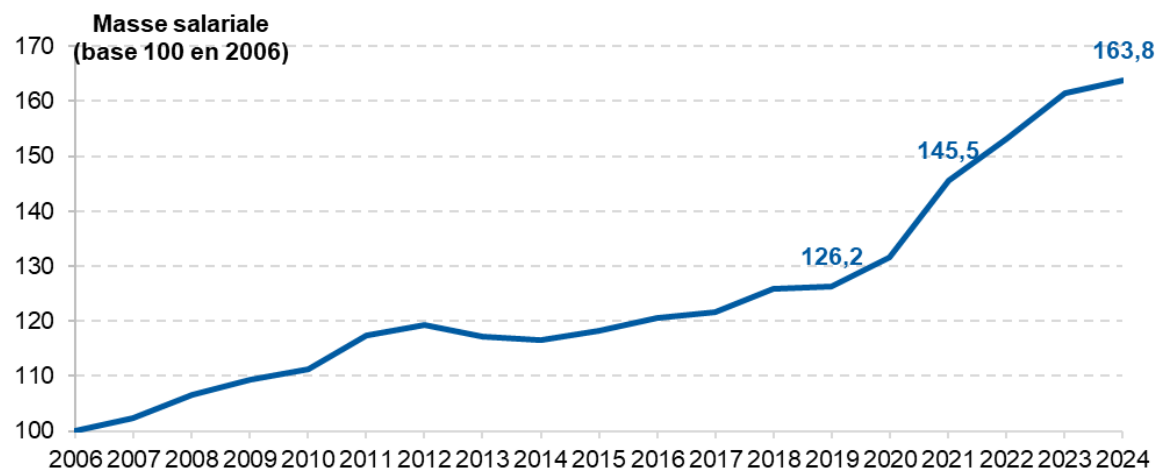
Champ : France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), hors service de santé des armées (SSA).

Les dépenses de personnel des établissements privés à but lucratif progressent faiblement en 2024

Quant aux **établissements privés à but lucratif** (cf. graphique 4), leurs dépenses de personnel progressent de 1,5 % en 2024, contre une

augmentation de 5,4 % en 2023 et après une croissance exceptionnelle de 10,5 % en 2021, toujours en réponse à la crise sanitaire. Avant celle-ci, leurs dépenses de personnel augmentaient plus rapidement que dans les établissements publics (+3,4 % en 2018). Sur la période longue, elles ont augmenté de 2,8 % par an en moyenne entre 2006 et 2024 (contre 3,2 % pour les établissements publics sur la même période).

Graphique 4 • Masse salariale des cliniques privées à but lucratif



Sources : Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES.

Champ : Cliniques privées de France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), présentes dans la SAE

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les données concernant les établissements publics (centres hospitaliers régionaux (CHR) / universitaires (CHU), centres hospitaliers (CH), hôpitaux locaux (HL)) proviennent des remontées comptables des établissements consolidées par la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Les données des établissements privés d'intérêt collectif (Epic) sont quant à elles issues des comptes financiers remontés annuellement par l'Agence technique pour l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Construction de l'indicateur :

Le total des dépenses correspond à l'ensemble des charges d'exploitation du titre 1 du budget principal des établissements et du budget annexe correspondant aux unités de soins de longue durée (USLD), de manière à rester sur un champ sanitaire. Depuis 2006, les comptes de transferts de charges de personnel (6721) et les dépenses de primes d'assurance maladie, maternité et accident du travail (61 681) ne sont plus imputées sur le titre 1 alors qu'elles l'étaient auparavant. Dans un souci d'homogénéisation, elles n'ont pas été intégrées ici.

Les dépenses de personnel non médical sont ventilées sur les comptes 641 et 6451, les dépenses de personnel médical sur les comptes 642 et 6452. Les autres comptes du titre 1 forment la catégorie « autres charges de personnel » et correspondent aux comptes 621, 631, 633, 647 et 648.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

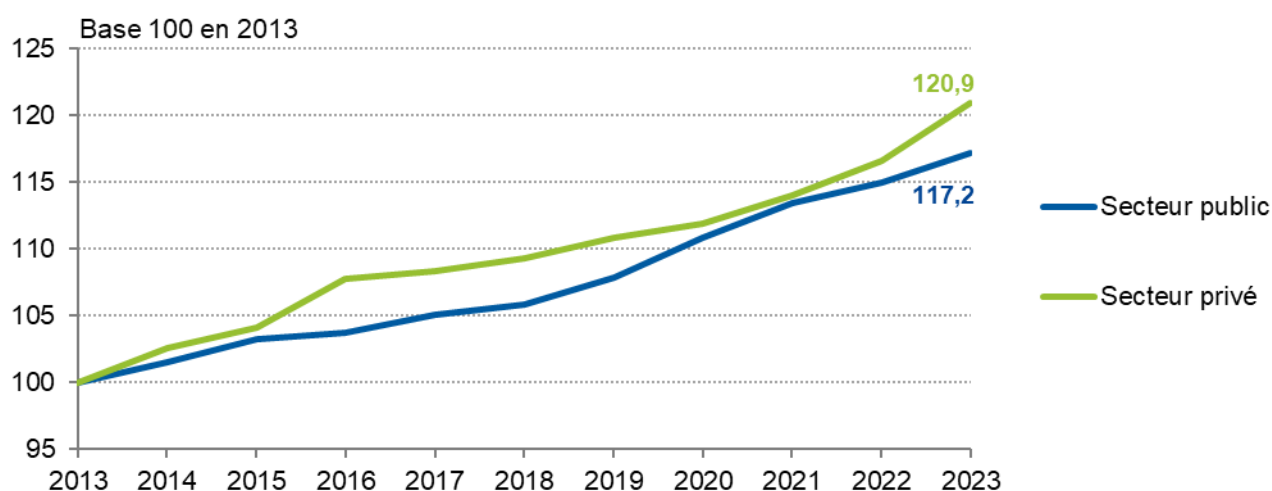
1.5.3. Effectifs salariés dans les établissements de santé

Les effectifs salariés du secteur hospitalier¹, exprimés en personnes physiques en emploi au 31 décembre, ont progressé entre 2013 et 2023, plus rapidement dans le secteur privé (+5,3 %) que dans le secteur public (+3,9 %). En 2020, année marquée par la crise sanitaire, les effectifs salariés du secteur hospitalier public progressent fortement (+1,9 %), alors que ceux du secteur hospitalier privé diminuent légèrement (-0,3 %). Après une hausse plus modérée en 2021 (+0,6 % dans le secteur hospitalier public et +0,7 % dans le secteur hospitalier privé), les effectifs connaissent une diminution de -0,8 % dans le secteur public et une stagnation dans le secteur privé. En 2023, les effectifs repartent à la hausse avec respectivement +1,9 % et +2,3 % d'effectifs.

En 2023, les effectifs médicaux salariés² progressent plus fortement dans le privé que dans le public

Dans le secteur public, les effectifs médicaux salariés ont augmenté de 17,2 % entre 2013 et 2023 (cf. graphique 1), passant de 125 030 à 146 530 personnes physiques salariées au 31 décembre. Cette hausse est plus forte

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



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

En 2023, les effectifs de personnel non médical progressent légèrement dans le public comme dans le privé

Dans le secteur public, les effectifs salariés de personnel non médical des établissements de santé ont augmenté de 2,1 % entre 2013 et 2023, passant de 913 900 à 932 700 personnes physiques salariées au 31 décembre. Après une augmentation au début des années 2010 (+0,8 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2014), une légère baisse des effectifs non médicaux s'est amorcée ensuite jusqu'en 2019 (-0,3 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2019). L'année 2020 enregistre ensuite une progression des

pour les internes (+46,8 %) que pour les médecins et assimilés (+8,8 %) et les sages-femmes (+9,0 %). En 2023, les effectifs médicaux salariés du public progressent par rapport à 2022 (+1,9 %). Cette augmentation se concentre sur les internes (+5,4 %) et les sages-femmes (+1,5 %), les effectifs de médecins et assimilés progressant plus modérément (+0,5 %).

Dans le secteur privé, les effectifs médicaux salariés³ ont connu une progression régulière entre 2013 et 2023. Sur cette période, les effectifs médicaux salariés des établissements privés ont augmenté de 20,9 %, pour atteindre 27 305 personnes physiques présentes au 31 décembre 2023, contre 22 586 en 2013. Les évolutions sont toutefois contrastées selon les professions : les effectifs d'internes enregistrent une très forte hausse (+37,3 %), les médecins et assimilés progressent fortement (+27,0 %) alors que les effectifs de sages-femmes diminuent (-14,1 %) ⁴. En 2023, les effectifs médicaux salariés du privé progressent plus fortement que dans le public (+3,6 %). Cette augmentation est portée par la hausse des effectifs d'internes (+5,0 %) et de médecins et assimilés (+4,3 %).

effectifs de personnel non médical (+1,8 %) (cf. graphique 2).

La progression des effectifs infirmiers entre 2013 et 2023 (+4,3 %) contribue à plus de la moitié de la hausse des effectifs de personnel non médical dans le secteur public. En 2023, la dynamique des effectifs de personnel non médical soignant suit une hausse modérée dans toutes les filières (+2,0 % pour les infirmiers +1,7 % pour les aides-soignants, +1,6 % pour les autres personnels soignants). Quant à la filière administrative et de direction, leurs effectifs ont cru de +0,6 % et +3,1 % pour les autres personnels non soignants.

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

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

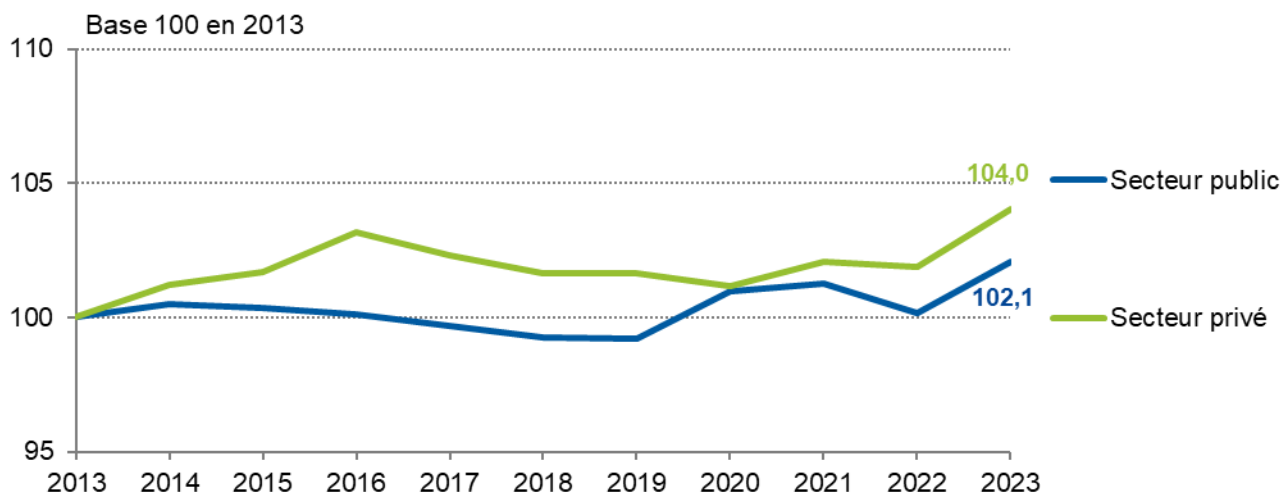
³ Dans le secteur privé, la plupart des médecins exercent à titre libéral. Les effectifs salariés commentés ici ne représentent donc qu'une partie des effectifs de personnels médicaux intervenant dans les cliniques privées.

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

Dans le secteur privé, les effectifs de personnel non médical augmentent de 4,0 % entre 2013 et 2023, passant de 275 800 à 286 930 personnes physiques salariées au 31 décembre. Comme pour le public, cette progression est portée par celle des effectifs d'infirmiers, qui passent de 85 580 à 89 240 salariés au 31 décembre sur la période (+4,3 %).

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

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



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

Sources : Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

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

Le personnel médical représente une part plus importante des effectifs dans le secteur public (13,6 %) que dans le secteur privé (8,7 %), où la plupart des médecins exercent en libéral et ne sont pas comptabilisés dans les effectifs salariés. Dans ces deux secteurs, la part représentée par le personnel médical connaît une augmentation faible mais constante sur la période : en 2013, elle s'élevait à 12,0 % dans le secteur public et à 7,6 % dans le secteur privé.

La majorité du personnel non médical est constitué de personnel non médical soignant, respectivement 59,4 % des effectifs salariés au 31 décembre 2023 dans le public et 66,8 % dans le privé. Les aides-soignants (21,2 % des effectifs du public et 18,5 % du privé) et les infirmiers (24,4 % des effectifs du public et 28,4 % du privé) sont très largement majoritaires au sein de cette catégorie.

Le personnel administratif et de direction représente 13,6 % des effectifs dans les établissements privés et 10,6 % dans les hôpitaux publics (cf. tableau 1).

Tableau 1 • Structure des effectifs salariés au 31 décembre 2023

	Structure des effectifs en 2023 (en %)	
	Secteur public	Secteur privé
Personnel médical	13,6	8,7
Médecins et assimilés	8,6	6,7
Internes, docteurs juniors et FFI	3,7	1,0
Sages-femmes	1,2	1,1
Personnel non médical soignant	59,4	66,8
Infirmiers	24,4	28,4
Aides-soignants	21,2	18,5
Autres personnels soignants	13,8	19,9
Personnel non médical non soignant	27,0	24,5
Filière administrative (dont direction)	10,6	13,6
Autres personnels non soignant	16,4	10,9
Ensemble	100,0	100,0

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

Sources : Insee, Siasp et DADS ; DREES, SAE ; traitements DREES.

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

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

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

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

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

L'ensemble du personnel du secteur hospitalier est inclus dans les calculs, à l'exception des externes, stagiaires, étudiants et apprentis. Sont concernés tous les établissements de santé de France métropolitaine et des DOM. Des compléments et les définitions des différentes filières de professionnels sont disponibles dans les [séries longues « effectifs salariés hospitaliers » de la Drees](#). Le panorama des établissements de santé de la DRESS, édition 2025 propose aussi une analyse (fiche 4) des effectifs salariés. Cependant, cette dernière n'a pas été révisée en avril 2024, comme ont pu l'être les séries longues, induisant la rétropolation des effectifs du secteur hospitalier public de 2003 à 2021 dus au triple changement - déclaratif, applicatif et conceptuel - lors du passage à la nouvelle source administrative de Déclaration Sociale Nominative (DSN) obligatoire pour tous les établissements du secteur public depuis le 1er janvier 2022.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

1.6. Consommation de soins par habitant

1.6.1. Consultations de médecins en comparaison internationale

Le nombre moyen de consultations médicales par habitant est l'un des indicateurs permettant d'apprécier les conditions de recours aux soins en France par rapport aux autres pays. Les consultations retenues dans les comparaisons internationales de l'OCDE sont réalisées par les médecins en cabinet, dans le cadre de visites au domicile des patients ou dans les services de consultations externes des hôpitaux et des cliniques.

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

La France enregistre 5,4 consultations par habitant en 2023. Au sein de l'OCDE, les disparités du nombre de consultations entre pays sont importantes (de moins de 3 consultations annuelles par habitant en Suède à 18 en Corée). Il dépend de différences d'état de santé de la population, de facteurs culturels et de différences structurelles liées à l'organisation du système de soins, notamment en matière d'accès aux soins ou de répartition médecine de ville - hôpital. Le taux de consultations est également déterminé par les modes de rémunération des médecins ou encore la densité médicale. Ainsi, les pays dans lesquels le paiement à l'acte domine ont tendance à enregistrer un plus grand nombre de consultations (Japon, Allemagne, Belgique), alors que ceux dans lesquels l'exercice de la médecine est plus fréquemment salarié ou assorti d'une rémunération à la capitation (forfait par patient) en font relativement moins (Suède, Finlande, Espagne). Ceci ne se vérifie toutefois pas pour tous les pays. Aux Pays-Bas par exemple, la rémunération des médecins se fait principalement à la capitation et ce pays enregistrait 10,1 consultations par habitant en 2023.

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

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

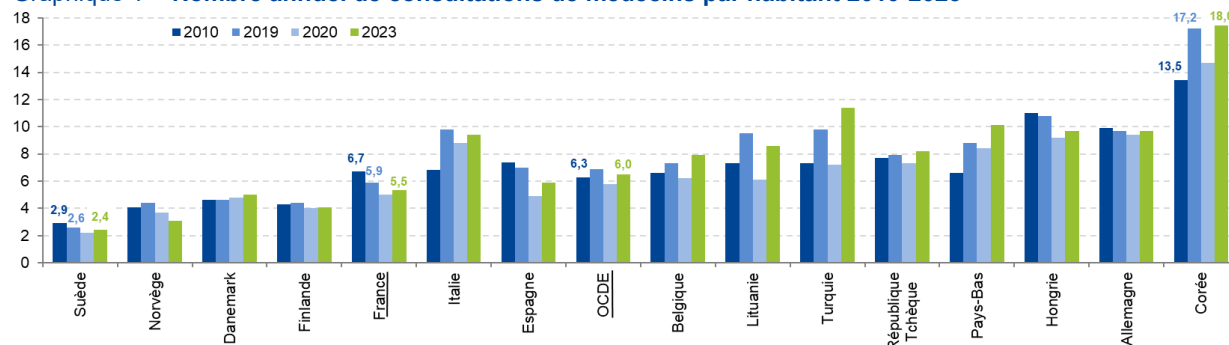
La pandémie a eu un impact substantiel sur la fréquence des consultations médicales. Les confinements, ainsi que les reports de soins programmés, particulièrement marqués lors des premiers mois de 2020, ont contribué à la baisse significative des consultations. A ce phénomène lié à l'offre médicale se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

La grande majorité des pays ont connu une baisse des consultations en 2020, à l'exception du Danemark. Elle est particulièrement marquée en Lituanie (-36 %), en Espagne (-30 %) et en Turquie (-27 %) et bien moindre en Allemagne (-3 %), aux Pays-Bas (-5 %) et en République Tchèque (-8 %). A ce titre, la baisse observée en France (-15 %, soit une consultation de moins par an par rapport à 2019) est proche de celle des pays de l'OCDE en moyenne (-16 %). Il convient de noter que la chute des consultations a été en partie limitée par le développement massif de la téléconsultation dans la même période (exclue de cet indicateur). En 2021, le renouveau aux soins causé par les risques de contaminations à la Covid-19 semble s'estomper. En 2022, les consultations ont totalement repris, atteignant le niveau d'avant crise. En Corée, le nombre de consultations a ainsi dépassé celui d'avant la pandémie, atteignant 18 consultations, tout comme certains pays, tels que les Pays-Bas ou la Turquie. En France, le nombre de consultation en 2023 (5,4 par an) reste sensiblement inférieur à son niveau en 2019 (5,9 par an).

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

Le nombre moyen de consultations par habitant et par an a faiblement augmenté entre 2010 et 2023, passant de 6,3 à 6,5 dans les pays de l'OCDE. De nombreux pays ont connu une baisse s'expliquant avant tout par une diminution depuis la crise sanitaire, qui vient interrompre la tendance à la hausse qui était à l'œuvre depuis 2010 dans la majorité des pays de l'OCDE. Entre 2010 et 2019, le nombre de consultations en Italie, en Turquie et aux Pays-Bas a ainsi augmenté de respectivement +44 %, +34 % et +33 %. Le nombre de consultations en France passe de 6,7 en 2010 à 5,4 en 2023 (cf. graphique 1), ce qui la fait se situer en position médiane. Le faible nombre de consultations par habitant en Suède (2,4 en 2023) s'explique d'après l'OCDE par l'activité des médecins qui se concentrent sur les cas les plus graves ou complexes, les autres patients étant pris en charge par d'autres professionnels de santé comme les infirmiers. Cette différence entre la Suède et la France peut également s'expliquer d'une part, par l'existence d'un système d'orientation téléphonique, en Suède et d'autre part, par la visite préalable d'un généraliste en France donnant droit à de meilleures conditions de remboursement dans la suite du parcours de soins coordonnés, ce qui n'est pas de rigueur en Suède.

Graphique 1 • Nombre annuel de consultations de médecins par habitant 2010-2023



Source : OCDE

• Précisions méthodologiques

Indications complémentaires :

Dans les données Eco Santé de l'OCDE, le nombre de consultations médicales par assuré est défini comme le rapport entre le nombre de contacts avec un médecin (généraliste ou spécialiste) et la population totale. Le nombre de consultations comprend : les visites au cabinet du médecin, les visites faites par des médecins dans des cadres institutionnels (hôpitaux ou cliniques) et les visites à domicile. Les consultations par téléphone en sont en principe exclues, même s'il demeure plusieurs pays où elles sont comprises (par exemple l'Espagne, l'Irlande et le Royaume-Uni).

Des disparités existent également entre pays dans la couverture des différents types de consultations, notamment les consultations dans les services de consultations externes des hôpitaux. Les données des Pays-Bas excluent les consultations pour soins maternels et infantiles. Celles du Portugal excluent les visites aux médecins libéraux, tandis que celles du Royaume-Uni ne prennent pas en compte les consultations de spécialistes en dehors des consultations externes des hôpitaux. En Allemagne, les consultations de médecins ne représentent que le nombre de cas de traitements médicaux selon les règles de remboursement du régime d'assurance-maladie (un traitement ne prend en compte que le premier contact sur une période de trois mois même si le patient consulte plus souvent un médecin). Le nombre de consultations par assuré est donc un indicateur à prendre avec précaution, les écarts observés étant difficiles à interpréter.

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

Sources des données :

Les données sur les consultations proviennent principalement de sources administratives (issues des systèmes d'information des régimes d'assurance maladie, comme le GKV en Allemagne, l'Inami en Belgique, la Cnam en France), bien que dans certains pays, elles soient issues d'enquêtes de santé avec entretien (Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse). Les estimations provenant d'enquêtes auprès des ménages sont en général plus faibles en raison du biais de remémoration et du taux de non-réponse.

Pour aller plus loin :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

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

En 2024, la reprise de l'activité hospitalière post-épidémie se poursuit avec moins de nuitées

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

Sur la période 2015-2024, qui englobe la baisse des prises en charge en 2020 et la légère reprise depuis, le nombre total de journées d'hospitalisation - complètes ou non - en **MCO, SMR et PSY** a diminué de 0,7 % en moyenne par an. **En 2024**, le secteur hospitalier a pris en charge **138,3 millions de journées d'hospitalisation**, soit une augmentation de 1,5 % par rapport à 2023. L'augmentation du nombre de journées par rapport à l'année précédente se stabilise.

Les journées en **MCO** constituent toujours plus de la moitié de l'activité globale (cf. *Graphique 1*) et restent en 2024 en dessous de la valeur de 2015. Dans ce champ d'activité, entre 2015 et 2019, le nombre de séjours a eu tendance à progresser (cf. *Tableau 2*) mais le nombre de journées d'hospitalisation diminuait déjà légèrement, car la durée moyenne de séjour passait de 5,6 à 5,5 nuitées et la part d'hospitalisations sans nuitée augmentait.

L'activité hospitalière en MCO poursuit sa reprise après la baisse de 11,7 % du nombre de séjours en 2020 et dépasse en 2024 son niveau de 2019 avec **20,4 millions de séjours réalisés**. Après une augmentation en 2020, la **durée moyenne de séjour en hospitalisation complète** est revenue en 2021 au niveau de 2019 et s'y maintient encore en 2024 avec **5,5 nuitées** en moyenne par séjour. La part d'**hospitalisations sans nuitée** continue à progresser en 2023 avec **52,5 % des séjours MCO**, contre 40 % en 2015. Au-delà du développement des hospitalisations ambulatoires, la mise en œuvre en mars 2020 de l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires a engendré un déport d'une activité auparavant réalisée en consultation externe vers l'hospitalisation sans nuitée.

Un quart des journées d'hospitalisation concernent le **SMR**, où le nombre de journées a augmenté de 2,6 %) entre 2023 et 2024 (cf. *Graphique 1*), du fait de la progression de l'hospitalisation partielle.

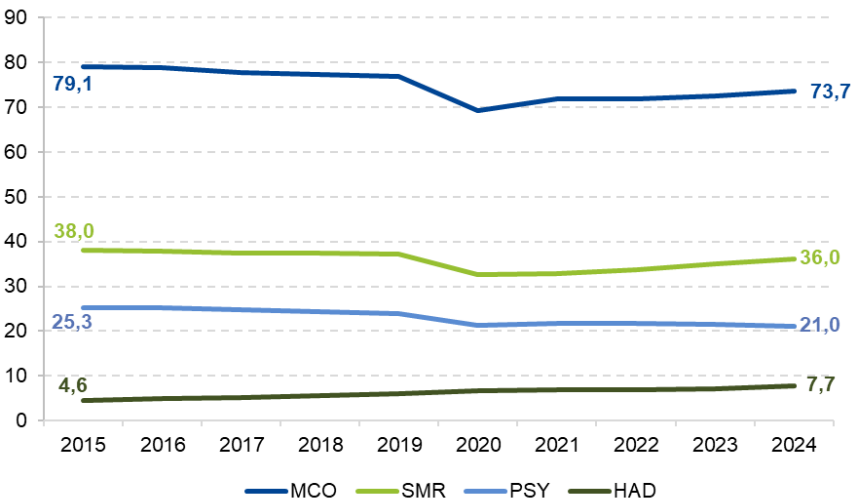
Le nombre de journées réalisées en HAD reprend le rythme de progression annuel observé avant 2020 avec une croissance de 6,9 % en 2024 après une relative stabilité entre 2020 et 2022. Sur l'ensemble de la période 2015-2024, le nombre total de journées d'**hospitalisation à domicile (HAD)** a augmenté chaque année de 5,9 % en moyenne. Le nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète en MCO, SMR et PSY n'a cessé de progresser (+7,4 % en moyenne par an), pour atteindre 70,3 jours en 2024, ce mode de prise en charge ayant fait l'objet de politiques incitatives.

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TCAM** 2015-2019	TCAM** 2015-2024	Évolution 2020-2021	Évolution 2021-2022	Évolution 2022-2023	Évolution 2023-2024
Nombre total de journées* (millions)	147,3	146,9	145,1	144,8	144,2	129,8	133,2	134,1	136,2	138,3	- 0,5%	- 0,7%	+ 2,6%	+ 0,7%	+ 1,5%	+ 1,5%
Nombre de journées d'HAD pour 1 000 journées d'hospitalisation complète en MCO/SMR/PSY	37,1	39,5	42,4	46,4	50,3	61,2	62,9	63,5	67,0	70,3	+ 7,9%	+ 7,4%	+ 2,8%	+ 0,8%	+ 5,6%	+ 4,9%

Source : PMSI, ATIH, champs MCO, PSY, SMR et HAD
*Nombre de journées du séjour = nombre total de nuitées du séjour +1 (exemple : 0 nuitée=1 journée)
**Taux de croissance annuel moyen

Graphique 1 • Nombre total de journées en hospitalisation complète ou partielle, par année et par champ d'activité (en millions)



Source : PMSI, ATIH.

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	TCAM** 2015-2019	Évolution 2020-2021	Évolution 2021-2022	Évolution 2022-2023	Évolution 2023-2024
Nombre de séjours (millions)	18,1	18,6	18,6	18,7	18,9	16,7	18,6	18,9	19,7	20,4	+ 1,1%	+ 11,1%	+ 1,8%	+ 4,2%	+ 3,5%
dont hospitalisation complète (HC)	10,9	10,9	10,8	10,7	10,6	9,3	9,7	9,6	9,6	9,7	- 0,8%	+ 3,5%	- 1,0%	+ 0,2%	+ 1,2%
dont hospitalisation partielle (0 nuitée)	7,2	7,7	7,8	8,1	8,4	7,4	8,9	9,3	10,1	10,7	+ 3,8%	+ 20,7%	+ 4,9%	+ 8,4%	+ 5,8%
Durée moyenne des séjours en HC (nombre de nuitées)	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	5,6	5,5	5,5	5,5	5,5	- 0,5%	- 2,0%	+ 0,5%	- 0,6%	- 0,2%

Source : PMSI, ATIH.

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

En 2024, **63,8 % des séjours de MCO sont réalisés dans des établissements de santé du secteur ex-DG** (publics et privés à but non lucratif).

Le nombre de séjours MCO en établissements de santé du secteur ex-OQN a davantage augmenté que celui des établissements ex-DG entre 2020 et 2024 (respectivement +24,6 % et +20,9 %). En 2024, 71 % des séjours MCO en secteur ex-OQN étaient en hospitalisation partielle, contre 42 % en secteur ex-DG.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est plus courte dans le secteur ex-OQN (4 nuitées en 2024), davantage centré sur l'activité chirurgicale et interventionnelle que le secteur ex-DG (5,9 nuitées), à l'activité majoritairement médicale.

L'écart de DMS entre secteurs est plus marqué en chirurgie (3,5 nuitées en ex-OQN contre 6,3 nuitées en ex-DG) qu'en médecine (5,3 nuitées en ex-OQN contre 6,4 nuitées en ex-DG), tandis qu'il est faible en obstétrique (respectivement 4,1 et 4,8 nuitées).

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

En **SMR**, la progression du nombre de journées en hospitalisation partielle (jour/nuit, ou séances), arrêtée en 2020, augmente encore de 8,4 % cette année avec 5,9 millions de journées, un maximum depuis 2013. Elles représentent ainsi 15,5 % des journées réalisées dans cette discipline.

En **psychiatrie**, les journées d'**hospitalisation à temps complet** ("prise en charge à temps complet dont hospitalisation à temps plein") sont **en baisse constante de 2016 à 2024** (de 18,3 millions à 15,5 millions de journées). En 2024, toutes les autres formes d'activité représentaient 26,1 % des journées facturées dans cette discipline. Leur nombre de journées hors hospitalisation à temps complet est remonté depuis 2020 mais reste inférieur à celui de 2019.

Des disparités régionales toujours marquées en 2024 dans les taux de recours aux soins

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

Pour étudier les disparités de consommation entre régions, des taux de recours ont été calculés en fonction de la population domiciliée dans la région, quel que soit le lieu de réalisation des séjours, pour 10 000 habitants. Ce calcul permet donc de s'affranchir des phénomènes de

fuite et d'attractivité entre régions pour se focaliser uniquement sur la fréquence à laquelle la population recourt à l'hospitalisation (ou à un acte en particulier).

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

La Carte 1.a présente les taux de recours standardisés (en neutralisant les différences de profil par âge et sexe) régionaux en **chirurgie en hospitalisation complète** avec au niveau national un taux de recours de **350 séjours pour 10 000 habitants en 2024**. Déclinés à la maille régionale, ces taux font apparaître des disparités régionales de consommation importantes. Mayotte, la Martinique, la Guadeloupe, la Guyane et l'Île-de-France se situent dans le quart inférieur avec moins de 310 séjours pour 10 000 habitants. Dans d'autres régions (Hauts-de-France, Occitanie, Corse, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur), les taux dépassent 360 séjours pour 10 000 habitants.

Le recours aux soins de **médecine en hospitalisation complète** est plus fréquent qu'en chirurgie, avec **740 séjours pour 10 000 habitants**. Il révèle également des disparités régionales (*cf. Carte 1.b*). La Réunion, les Hauts-de-France et la Guyane présentent des taux de recours de plus de 800 séjours pour 10 000 habitants, alors que Mayotte, la Martinique, la Nouvelle-Aquitaine, l'Occitanie et les Pays de la Loire sont à moins de 690 séjours pour 10 000 habitants.

Taux de recours standardisés en SMR

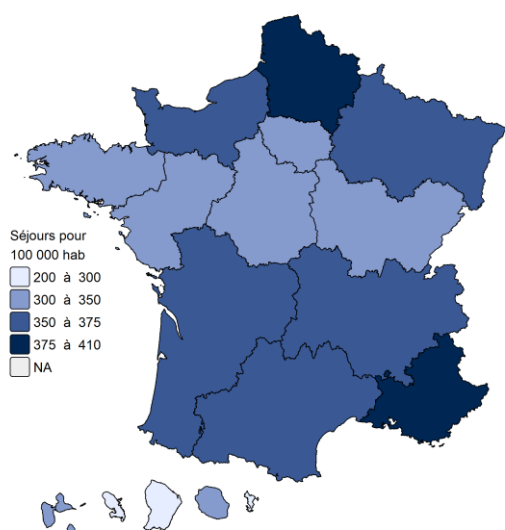
Les taux de recours standardisés en SMR varient aussi fortement selon les régions. Les Pays de la Loire, la Nouvelle-Aquitaine, la Martinique et Mayotte ont des consommations en dessous de 4 600 journées pour 10 000 habitants alors que les populations de la Réunion, la Guadeloupe, la Corse, la Guyane et la Provence-Alpes-Côte d'Azur dépassent 6 500 journées pour 10 000 habitants (*cf. Carte 2*). Le taux de recours national en 2024 est de **5 269 journées pour 10 000 habitants en SMR**.

Taux de recours standardisés en psychiatrie

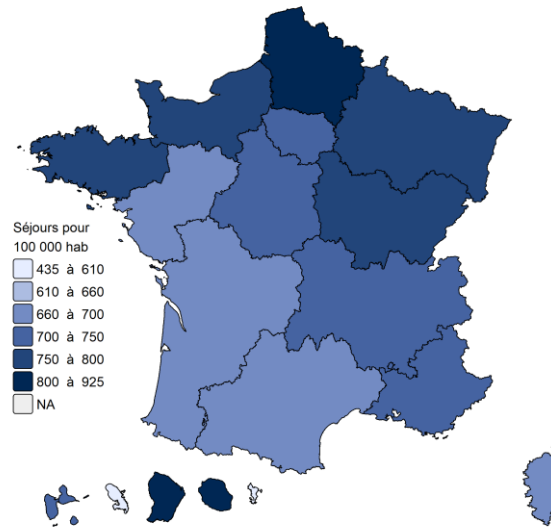
Pour la psychiatrie, les taux de recours sont également contrastés (*cf. Carte 3*). En France métropolitaine, les régions Pays de la Loire et Grand Est ont les taux de recours les plus faibles (respectivement 2 292 et 2 606 journées pour 10 000 habitants). En outre-mer, Mayotte est à 254 journées pour 10 000 habitants tandis que la Guyane, la Réunion et la Guadeloupe sont respectivement à 1 329, 2 715 et 3 015 journées. Les taux de recours aux soins psychiatriques les plus élevés concernent les régions Bretagne, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur, avec des taux supérieurs à 3 700 journées pour 10 000 habitants. Au niveau national, le taux de recours en 2024 est de **3 067 journées pour 10 000 habitants**.

Carte 1 • Taux de recours standardisés, en nombre de séjours en hospitalisation complète pour 10 000 habitants en 2024

1.a Chirurgie

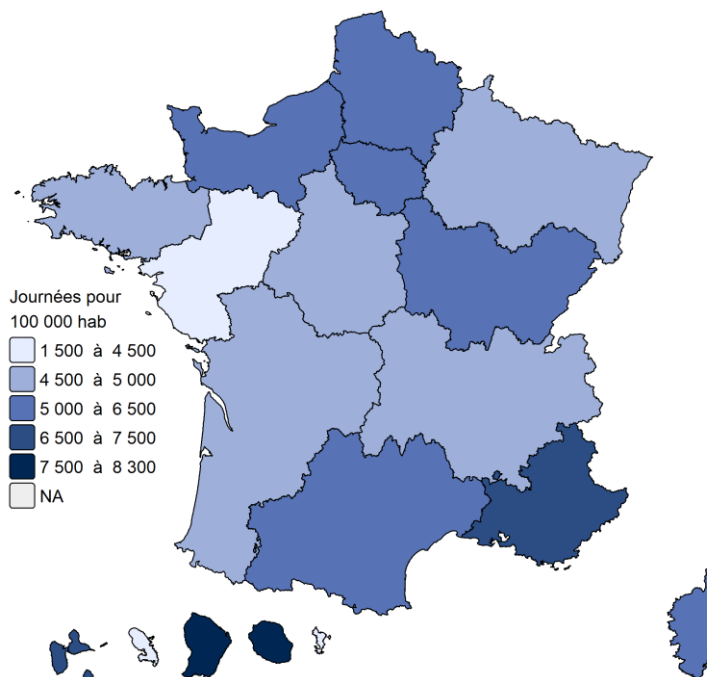


1.b Médecine



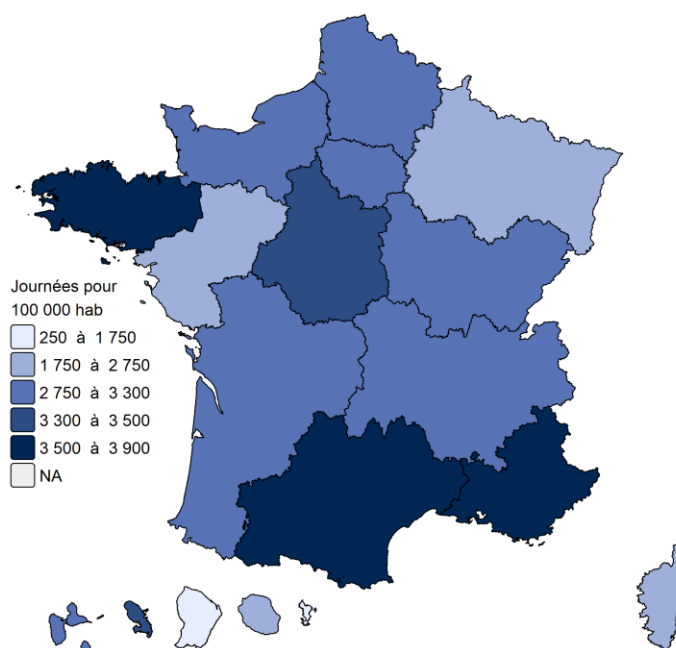
Sources : PMSI, ATIH ; recensement de la population, INSEE.

Carte 2 • Taux de recours standardisés en SMR, en nombre de journées pour 10 000 habitants en 2024



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

Carte 3 • Taux de recours standardisés en psychiatrie, en nombre de journées pour 10 000 habitants en 2024



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

• Précisions méthodologiques

Définitions :

Dans le PMSI-MCO, un séjour d'une durée inférieure à un jour est classé en « *séjour sans nuitée* » quels que soient le diagnostic principal et la vocation de l'unité de prise en charge. L'hospitalisation partielle concerne l'accueil de jour ou de nuit et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire de moins d'un jour. Elle fait partie, avec l'hospitalisation à domicile (HAD), des alternatives à l'hospitalisation à temps complet.

Les *taux de recours régionaux* bruts traduisent le recours à l'offre de soins de la population domiciliée dans la région, quel que soit le lieu de réalisation (au sein d'un établissement de la région ou non). Ils sont calculés pour 10 000 habitants à l'aide des données de population au 1^{er} janvier 2021, dans les limites territoriales des communes au 1^{er} janvier 2025 produites par l'Insee. Ils sont *standardisés* selon la méthode de standardisation directe et correspondent aux taux que l'on observerait si chacune des régions avait la même structure par âge et sexe que la population au niveau national. Les données relatives aux habitants de St Pierre et Miquelon, Wallis-et-Futuna, Polynésie Française et Nouvelle Calédonie ne sont pas prises en compte au niveau national.

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

Sources des données :

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur le ou les diagnostics et sur les actes réalisés pendant le séjour. Les données présentées ici proviennent du PMSI, qu'il s'agisse des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de soins de suite et de réadaptation (SMR), de la psychiatrie ou de l'hospitalisation à domicile (HAD). Sont comptabilisées les activités d'hospitalisation complète ou partielle des établissements de santé ayant fonctionné en 2024, en France métropolitaine et dans les DROM.

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

Références complémentaires utiles : ATIH, [Analyse de l'activité hospitalière 2024](#) ; publications par champ ;

1.6.3. Recours aux soins et consommation moyenne par âge

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

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

En 2024, 85 % des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours au moins une fois à un omnipraticien (libéral ou en centre de santé). Ce recours élevé varie relativement peu avec l'âge : de 81 % pour les 2-16 ans à 93 % pour les 75 à 84 ans. En revanche, concernant les autres professionnels considérés, le recours augmente sensiblement avec l'âge, en particulier pour les auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes et encore plus infirmiers). Ainsi, 74 % des assurés âgés de 75 à 84 ans ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année soit 1,9 fois plus que les patients âgés de 17 à 59 ans.

Le taux de recours aux autres prestations de soins de ville varie tout d'abord selon les postes. Ainsi, en 2024 parmi les personnes ayant eu au moins une consommation de soins de ville ou en clinique privée remboursée par le régime général au cours de l'année, 91 % ont eu une délivrance de médicament, mais seulement 9 % ont eu recours à des transports.

Si pour le poste « médicaments » ce recours varie relativement peu selon l'âge (entre 87 % pour les 2-16 ans et 97 % pour les 0-1 an et les 75-84 ans), pour les autres postes il tend généralement à augmenter avec l'âge. A titre d'exemple, le taux de recours aux analyses de biologie qui est en moyenne (tous âges confondus) de 54 %, passe de 13 % chez les moins de 2 ans à 87 % chez les personnes âgées de 75 à 84 ans. De même, le taux de recours aux produits de la liste des produits et prestations remboursables (comportant notamment les lunettes, les prothèses auditives...) passe de 42 % chez les 2-16 ans à 78 % chez les assurés âgés de plus de 84 ans (l'exception étant les moins de 2 ans pour lesquels le taux est de 50 %).

La diminution du taux de recours observée pour certains postes de soins de ville (soins de spécialistes et honoraires dentaires en particulier) chez les 85 ans et plus comparativement à celui observé chez les 75-84 ans doit cependant être interprétée avec précaution. En effet, les 85 ans et plus sont plus fréquemment hospitalisés ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) que les 75-84 ans ce qui pourrait expliquer, au moins en partie, un moindre recours aux soins de ville (les soins étant réalisés et/ou financés directement par ces établissements).

La dépense moyenne remboursable d'un assuré (consommant) sur le champ des soins de ville (hors actes effectués lors d'un séjour en clinique privée) s'élève en 2024 à 1 533 € (hors dépassements)

La dépense moyenne remboursable est fortement croissante avec l'âge : de 631 € en moyenne pour les assurés de 2 à 16 ans à 4 950 € pour les 85 ans et plus, hormis les 0-1 an pour lesquels la dépense moyenne s'élève à 863 €. Aux âges élevés, les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans dépensent

en moyenne 2,1 fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (2 389 €). Le médicament est le principal poste de dépense de soins de ville (suivi d'assez près par les consultations et visites pour les moins de 2 ans), sauf chez les 85 ans et plus où ce sont les dépenses relatives aux auxiliaires médicaux qui constituent le premier poste de dépenses (40 %) reflétant le recours plus élevé à ces professionnels, devant les médicaments (28 %).

La dépense moyenne remboursée d'un assuré (consommant) sur le champ des soins de ville (hors actes effectués lors d'un séjour en clinique privée) s'élève en 2024 à 1 259 €

La dépense moyenne remboursée est fortement croissante avec l'âge : de 480 € en moyenne pour les assurés de 2 à 16 ans à 4 442 € pour les 85 ans et plus, hormis les 0-1 an pour lesquels la dépense moyenne remboursée s'élève à 592 €. Aux âges élevés, les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans sont remboursés en moyenne 2,2 fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (2 389 €). Le médicament est le principal poste de dépense remboursée de soins de ville (suivi de près par les consultations et visites pour les moins de 2 ans), sauf chez les 85 ans et plus où ce sont les dépenses relatives aux auxiliaires médicaux qui constituent le premier poste de dépenses (41 %) reflétant le recours plus élevé à ces professionnels, devant les médicaments (28 %).

En 2024, 43 % des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours à un établissement de santé

En 2024, en moyenne, 43 % des assurés consommateurs couverts par le régime général ont eu recours à un établissement de santé (établissements sanitaires, tous secteurs/activités confondus) que ce soit dans le cadre d'un séjour, d'actes ou de consultations externes (*cf. tableau suivant*). Ce taux masque également de fortes disparités que ce soit en termes d'âge ou de type d'activité/secteur.

Ainsi, en moyenne, 22 % de la population a eu un séjour en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et ce taux augmente sensiblement avec l'âge (si l'on exclut les moins de 2 ans pour lesquels le taux est de 46 %) : de 9 % pour les 2-16 ans à 41 % pour les personnes âgées de plus de 84 ans. Le recours aux actes et consultations externes est fréquent puisqu'il est en moyenne de 34 %, et il varie avec l'âge (entre 28 % chez les 2-16 ans et 47 % chez les 75-84 ans).

A l'inverse, le recours aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) est très faible (1,5 %) mais augmente avec l'âge, jusqu'à 5 % chez les 75-84 ans et 9 % chez les 85 ans et plus.

La dépense moyenne remboursée en établissements de santé pour un assuré (consommant) s'élève en 2024 à 1 318 €

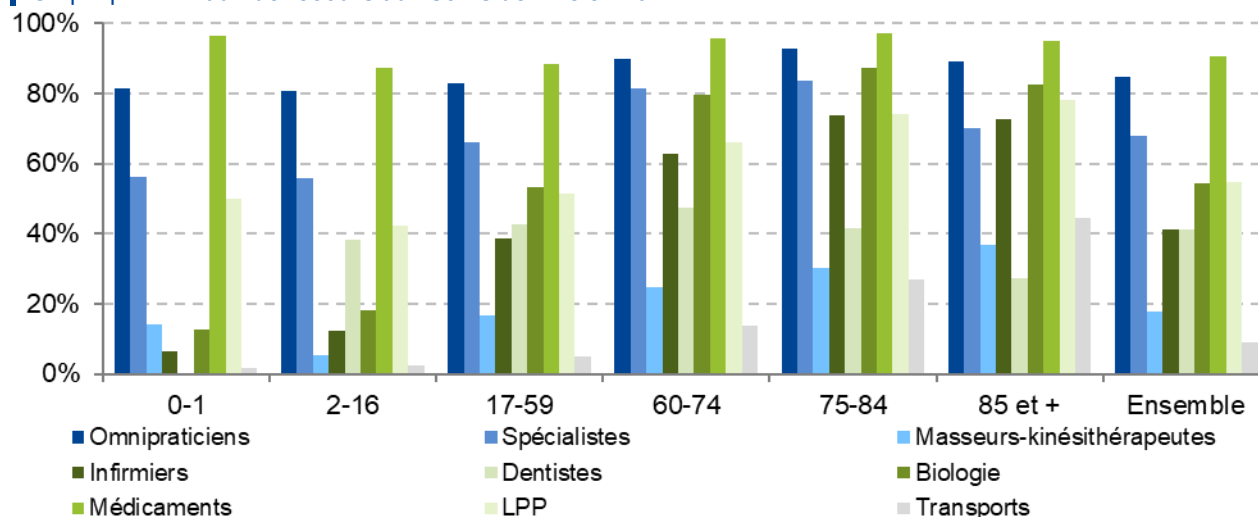
La dépense moyenne remboursée est fortement croissante avec l'âge : mis à part les 0 à 1 an (1 661 €), elle passe de 303 € pour les assurés de 2 à 16 ans à 4 170 € pour les 85 ans et plus. Comme pour les soins de ville, aux âges élevés les écarts sont importants : la dépense moyenne remboursée des assurés âgés de plus

de 84 ans est presque le double de celle des assurés âgés de 60 à 74 ans (2 212 €).

L'essentiel de cette dépense en établissements de santé est liée aux séjours en médecine, chirurgie et obstétriques (71 % en moyenne). Malgré des taux de recours très

faibles (0,6 % et 1,5 % en moyenne tous âges confondus), les dépenses des séjours en psychiatrie et soins de suite et de réadaptation représentent chacun 11 et 10 % des dépenses hospitalières moyennes considérées. Cette répartition varie cependant selon l'âge.

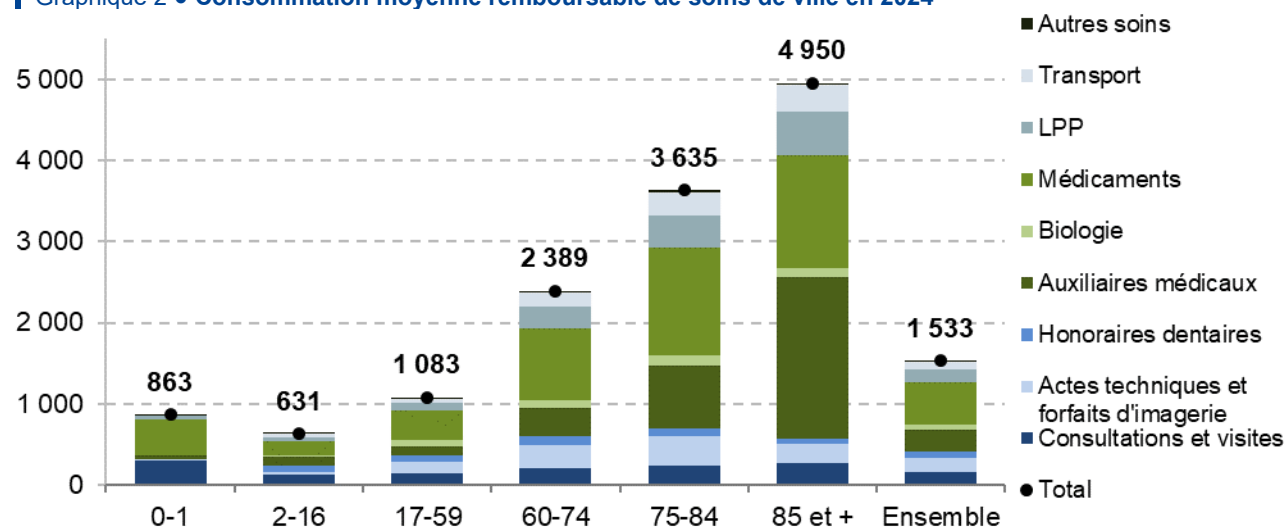
Graphique 1 • Taux de recours aux soins de ville en 2024



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

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

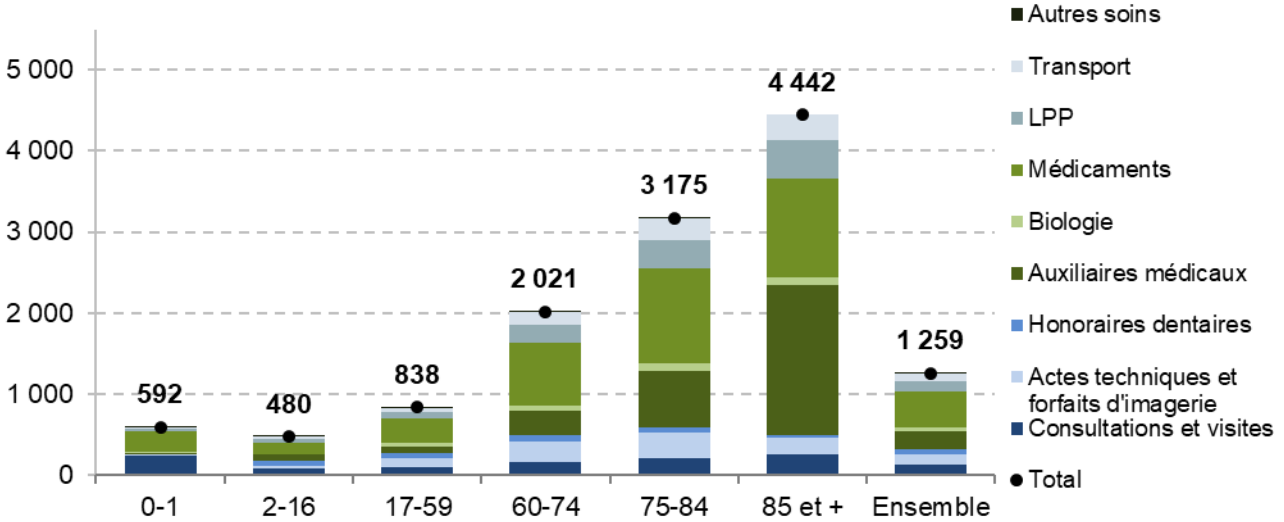
Graphique 2 • Consommation moyenne remboursable de soins de ville en 2024



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

Champ : régime général (y compris SLM et travailleurs indépendants), France entière. Y compris prestations exécutées en centres de santé. Hors prestations effectuées en cliniques privées et actes et consultations externes. Dépenses remboursables (hors dépassements). Les autres soins sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes, des stomatologues, de certains actes des anatomo-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales et d'autres prestations diverses.

Graphique 3 • Consommation moyenne remboursée de soins de ville en 2024



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

Champ : régime général (y compris SLM et travailleurs indépendants), France entière. Y compris prestations exécutées en centres de santé. Hors prestations effectuées en cliniques privées et actes et consultations externes. Dépenses remboursées. Les autres soins sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes, des stomatologues, de certains actes des anatomo-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales et d'autres prestations diverses.

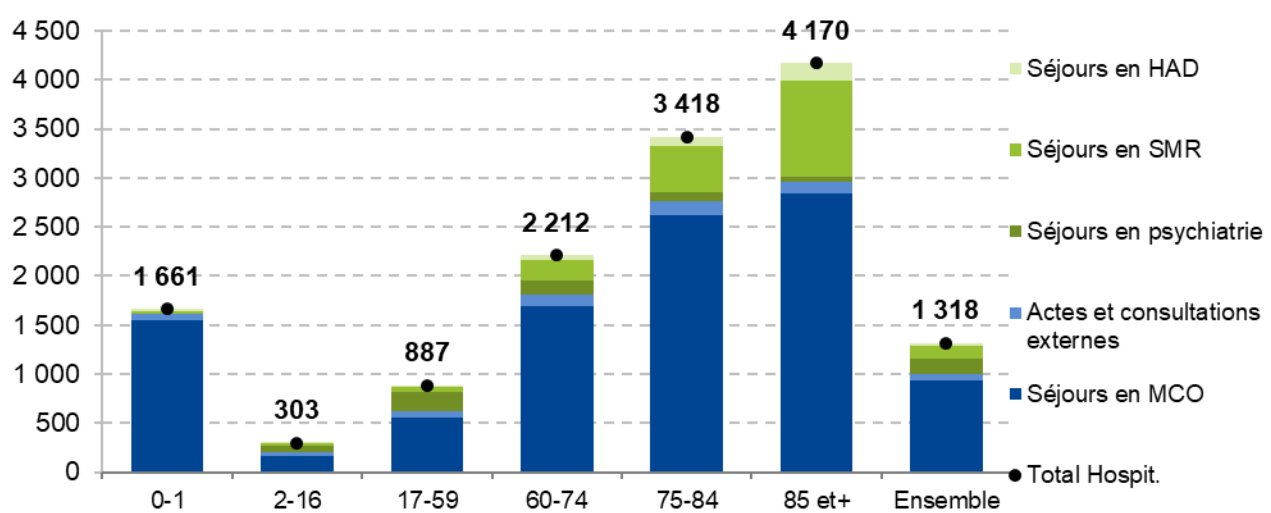
Tableau 1 • Taux de recours aux établissements de santé en 2024

	Tranche d'âge des bénéficiaires						
	0-1	2-16	17-59	60-74	75-84	85 et +	Ensemble
Médecine, chirurgie obstétrique (MCO)	46%	9%	19%	29%	38%	41%	22%
Actes et consultations externes	46%	28%	32%	40%	47%	45%	34%
Psychiatrie	0,1%	0,3%	0,7%	0,5%	0,4%	0,2%	0,6%
Soins médicaux et de réadaptation (SMR) (ex SSR)	0,1%	0,2%	0,7%	2%	5%	9%	1,5%
Hospitalisation à domicile (HAD)	0,5%	0,0%	0,1%	0,3%	0,7%	1,8%	0,2%
Toutes hospitalisations	68%	33%	40%	51%	60%	61%	43%

Source : Cnam, Cartographie G13 (SNDS-DCIR et PMSI).

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

Graphique 4 • Dépense moyenne remboursée en établissements de santé en 2024



Source : Cnam, Cartographie G13 (SNDS-DCIR et PMSI).

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

Remarque concernant les établissements privés de psychiatrie : il y a eu une réforme du financement de ces établissements à compter de 2022. La partie prestation hospitalière du séjour n'est plus facturée pour ces établissements mais est financée par dotation.

Remarque concernant les établissements privés et publics de SMR : il y a eu une réforme du financement de ces établissements à compter de 2024. Elle se traduit par l'introduction d'une nouvelle structure de financement, comprenant les recettes d'activité, une dotation

populationnelle et d'autres allocations spécifiques comme la dotation pédiatrie, les plateaux techniques spécialisés et les pratiques d'expertise.

Par conséquent dans ces deux cas le montant remboursé a dû être estimé à partir des données du PMSI. Par contre le montant de séjour remboursable n'a pas pu être estimé en raison du manque d'informations disponibles dans le PMSI.

Légende : MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, SMR : soins médicaux et de réadaptation (ex SSR), HAD : hospitalisation à domicile.

• Précisions méthodologiques

Définitions :

Le *taux de recours* annuel aux soins (ville ou hôpital) considérés est défini comme le nombre de personnes qui, parmi la population retenue, a bénéficié, au moins une fois dans l'année, du soin relevant de la catégorie considérée.

Le champ retenu pour les soins considérés est celui des soins remboursés relevant des risques maladie, maternité et accidents du travail/maladies professionnelles. Les prestations en espèces (indemnités journalières, pensions d'invalidité) sont exclues.

La population retenue, que ce soit pour le calcul des taux de recours ou des dépenses moyennes par tête, est la population consommatrice protégée par le régime général sur le champ France entière. Elle inclut donc les sections locales mutualistes (SLM) et, à partir de 2019, les nouveaux travailleurs indépendants (ceux qui n'étaient pas affiliés au RSI l'année précédente) et enfin, à partir de 2020, l'ensemble des travailleurs indépendants. La population consommatrice est définie comme la population ayant consommé au moins un soin de ville ou de clinique privée au cours de l'année n. Sont pris en compte les soins réalisés l'année n en considérant la liquidation jusqu'à fin avril de l'année suivante.

Les quatre catégories de professionnels de santé retenues sont : les omnipraticiens (incluant les médecins à exercice particulier), les spécialistes (toutes spécialités médicales et chirurgicales, sans exclusive ni distinction), les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmier(e)s et, parmi ceux-ci, uniquement les professionnels libéraux (hors actes effectués en cliniques privées) ou exerçant en centre de santé.

Dans le cas des soins de ville, la *dépense moyenne* rapporte, pour une classe d'âge donnée, les dépenses remboursables et remboursées (hors dépassements) payées par les assurés ayant consommé des soins dans au moins un des postes retenus (consultations, actes techniques, soins dentaires...) par les effectifs de consommateurs de cette classe d'âge.

Dans le cas des établissements de santé, la *dépense moyenne* rapporte, pour une classe d'âge donnée, non pas les dépenses remboursables mais les dépenses remboursées payées par les assurés ayant consommé des soins dans au moins un des postes retenus (séjour hospitalier en MCO, en psychiatrie...) par les effectifs de consommateurs de cette classe d'âge. La raison en est qu'il y a eu une réforme du financement des établissements privés de psychiatrie à compter de 2022 : la partie prestation hospitalière du séjour n'est plus facturée pour ces établissements mais est financée par dotation. Il y a également eu une réforme du financement des établissements privés et publics de SMR à compter de 2024 : elle se traduit par l'introduction d'une nouvelle structure de financement, comprenant les recettes d'activité, une dotation populationnelle et d'autres allocations spécifiques comme la dotation pédiatrie, les plateaux techniques spécialisés et les pratiques d'expertise. Par conséquent dans les deux cas le montant remboursé a dû être estimé à partir des données du PMSI. Par contre le montant de séjour remboursable n'a pas pu être estimé en raison du manque d'informations disponibles dans le PMSI.

Les honoraires facturés dans les établissements hospitaliers privés ont été exclus des dépenses de soins de ville et ont été au contraire affectés aux dépenses hospitalières. A l'inverse, les honoraires en centres de santé sont affectés aux soins de ville.

Les « autres soins » sont constitués principalement des honoraires des sages-femmes et des stomatologues, des actes codés en P des anatomo-cyto-pathologistes et des honoraires de cures thermales.

Construction de l'indicateur :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

1.6.4. Recours aux transports sanitaires de ville

La consommation de transports sanitaires de ville s'élève à 6,9 milliards d'euros en 2024, en hausse modérée de 2,3 % après trois années de forte croissance. Les dépenses se sont repliées en volume (-1,3 %) et elles augmentent en raison d'un effet prix (+3,6 %).

Depuis dix ans, la part des taxis conventionnés a progressé de 10 points au détriment des ambulances et des véhicules sanitaires légers. Les dépenses de transports sanitaires de ville sont prises en charge par l'Assurance maladie à 93 %, notamment du fait du profil des patients, en général en affection de longue durée.

La consommation de transports sanitaires de ville progresse modérément en 2024

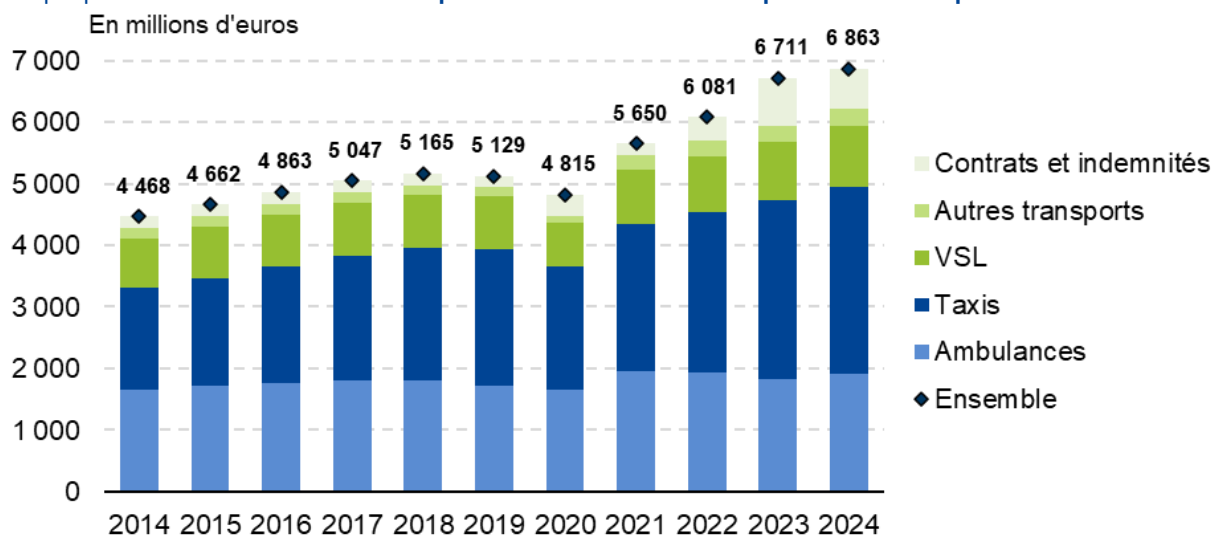
La consommation de transports sanitaires de ville se compose des dépenses relatives aux contrats et indemnités du secteur – parmi lesquelles se trouvent notamment les indemnités de garde ambulancière et la DIPA (dispositif d'indemnisation pour perte d'activité) – ainsi que les dépenses relatives aux trajets de patients.

Plusieurs modes de transports sanitaires de ville sont distingués : les ambulances (qui permettent de

transporter des patients couchés), les véhicules sanitaires légers (VSL, pour transporter des patients assis), les taxis conventionnés et les autres véhicules (véhicules personnels, transports en commun ou autres). Cela exclut les trajets de deux principaux acteurs : les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) qui, en tant que services hospitaliers, sont comptabilisées par les comptes de santé dans les soins hospitaliers publics, et les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

En 2024, la consommation de transports sanitaires de ville s'élève à 6,9 milliards d'euros en valeur, en hausse de 2,3 % sur un an (*graphique 1*), un rythme inférieur à celui du PIB (+3,3 %). Depuis 2021, la consommation de transports sanitaires de ville augmente très fortement (+17,3 % en 2021, +7,6 % en 2022, +10,4 % en 2023), après avoir connu un creux en 2020 (-6,1 %) au début de l'épidémie du Covid-19. En 2024, la hausse de la consommation des transports sanitaires de ville est portée par la hausse des prix (+3,6 %) plus dynamiques qu'en 2023 (+2,6 %), alors que les volumes diminuent de 1,3 %, après une hausse de 7,5 % en 2023 (*graphique 2*).

Graphique 1 • Consommation de transports sanitaires de ville et répartition de la dépense



Source : DREES, comptes de la santé.

Les taxis conventionnés représentent la moitié des dépenses

Globalement, la part des différents modes de transport au sein des dépenses de trajets est stable entre 2023 et 2024.

En 2024, les taxis conventionnés représentent 49 % des dépenses relatives aux trajets (et 41 % du total des transports sanitaires). Les dépenses de taxis conventionnés ont progressé de 4,9 % en 2024 (après +11,6 % en 2023). Les ambulances représentent 31 % des dépenses relatives aux trajets. Elles augmentent de 3,8 % en 2024, après une baisse de 5,2 % l'année précédente. Les dépenses de VSL accélèrent en 2024 (+6,2 % en 2024 après +2,3 % en 2023), et représentent 16 % des dépenses de trajets. Les autres modes de transport représentent 4,5 % des dépenses

relatives aux trajets en 2024, en augmentation de 3,9 % par rapport à 2023.

Entre 2014 et 2024, les dépenses de trajets ont progressé de 3,8 % par an en moyenne en euros courants. Sur le long terme, quatre principaux facteurs contribuent à la hausse des dépenses :

- le vieillissement de la population, qui accroît la demande de transports sanitaires ;
- la hausse des prix dans un contexte macroéconomique inflationniste depuis 2022 ;
- l'augmentation du nombre d'usagers atteints d'affection de longue durée (ALD), exonérés de ticket modérateur. La prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie n'incite pas les patients en ALD à se reporter vers d'autres modes de transports moins coûteux pour

- l'Assurance maladie (transports en commun, véhicule personnel ou véhicule partagé) ;
- un report du transport par VSL au profit des taxis, dont les tarifs sont en moyenne plus élevés.

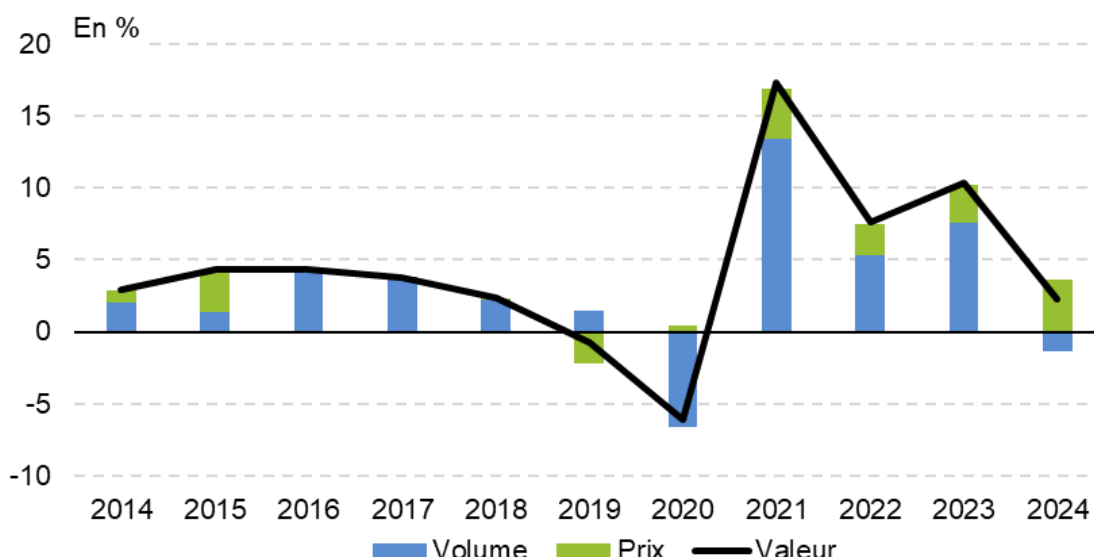
Afin de freiner cette hausse des dépenses, des mesures d'efficacité dans les trois derniers avenants signés entre l'Assurance maladie et les transporteurs sanitaires ont été intégrées. En particulier, de nouvelles incitations financières ont été mises en place pour développer le transport sanitaire partagé. Ce type de transport sanitaire reste assez peu développé en France et s'est même réduit avec la mise en place des mesures de distanciation sociale lors de la crise sanitaire. Les nouveaux avenants prévoient un conditionnement des prochaines revalorisations tarifaires au développement du transport partagé. Les patients sans contre-indication médicale et qui refusent un transport partagé pourraient se voir refuser l'accès au tiers payant.

Les dépenses relatives aux contrats et indemnités ont nettement augmenté depuis 2022

Les contrats et indemnités représentent 646 millions d'euros en 2024. Ces dépenses ont nettement augmenté depuis 2022, avec la mise en place du dispositif de transport urgent pré-hospitalier (TUPH), qui a pris la suite du précédent système de garde ambulancière.

En 2024, elles diminuent significativement du fait de l'extinction progressive des aides transitoires versées par les ARS au cours de la transition vers le nouveau système de garde ambulancière. Au total, elles représentent près de 10 % des dépenses de transports sanitaires de ville.

Graphique 2 • Evolution de la consommation de transports sanitaires de ville



Sources : DREES, comptes de la santé ; Cnam pour les indices de prix.

Du fait des ALD, une prise en charge quasi intégrale des dépenses par la Sécurité sociale

Les dépenses totales de transports sanitaires de ville sont essentiellement prises en charge par la Sécurité sociale : en 2024, celle-ci finance 93,2 % de la dépense (graphique 3), contre 78,7 % pour l'ensemble de la dépense de consommation de soins et biens médicaux. Cette prise en charge élevée s'explique par la part importante des transports exonérés de ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD). À cela s'ajoute la gratuité des transports sanitaires urgents : les transports en ambulances privées demandés par le service d'aide médicale urgente (Samu) sont pris en charge à 100 % depuis 2023.

En 2024, sur les 2,7 milliards d'euros de ticket modérateur des dépenses de transport sanitaires de ville, 2,5 milliards sont financés par la Sécurité sociale en raison des différentes exonérations prévues (au titre des ALD notamment). En mai 2023, le taux de

remboursement légal de la Sécurité sociale a baissé de 10 points, passant de 65 % à 55 %. Du fait des exonérations, cette mesure a eu un effet limité sur le montant de transports sanitaires de ville financé effectivement par la Sécurité sociale en 2024 (environ - 1 %).

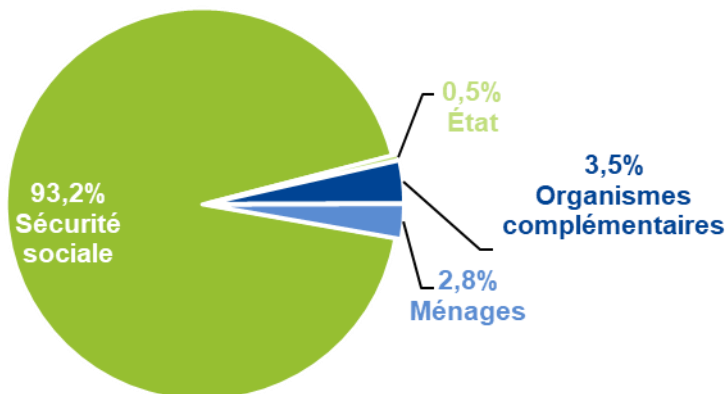
De même, le doublement des franchises médicales en mars 2024 a un effet négligeable sur les dépenses de la Sécurité sociale en transports sanitaires de ville. Même si leur valeur unitaire a augmenté de 2 à 4 euros, leur plafond annuel est resté inchangé (50 euros). Ainsi, le montant de franchises sur des transports sanitaires de ville est passé de 34 millions d'euros en 2023 à 39 millions d'euros en 2024.

La part des dépenses totales financées par les organismes complémentaires est minoritaire. Elle s'établit à 3,5 % en 2024, en hausse de 0,7 point par rapport à 2023 en raison de l'augmentation du taux de ticket modérateur légal en mai 2023, qui, lorsqu'ils sont non-exonérés, sont en grande majorité pris en charge par les organismes complémentaires.

Le reste à charge des ménages s'établit à 195 millions d'euros en 2024, soit 2,8 % des dépenses totales. Il diminue légèrement par rapport à 2023 (-0,2 point). Sur longue période, la part de la dépense de transports

sanitaires de ville à la charge des ménages a augmenté de 1,7 % en 2014 à 2,8 % en 2024. A contrario, celle des organismes complémentaires a diminué, de 4,3 % en 2014 à 3,5 % en 2024.

Graphique 3 • Répartition des dépenses de transports sanitaires de ville par financeur en 2024



Source : DREES, comptes de la santé.

• Précisions méthodologiques

Pour plus de détails se reporter à la publication « [Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé](#) », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2025.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

1.7. Personnes en affections de longue durée

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

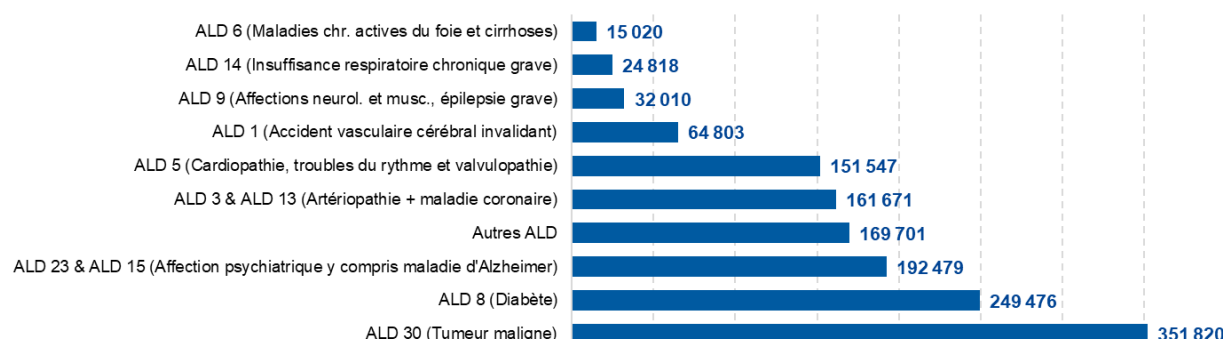
14,0 millions de personnes ont été prises en charge au titre d'une affection de longue durée en 2024

En 2024, 14 millions de personnes (tous régimes) étaient prises en charges pour affection liste (13,6 en 2023), soit 20% de la population couverte. Plus d'1,4 million de nouvelles prises en charge ont été enregistrées en 2024. Le suivi annuel du nombre de personnes en ALD liste représente donc un enjeu majeur.

Un quart des nouvelles ALD concernent des tumeurs malignes

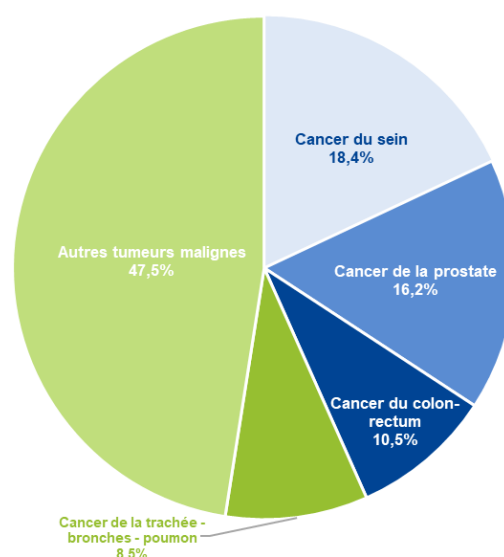
En termes d'incidence, les ALD liste les plus fréquentes sont, comme les années précédentes, celles pour tumeur maligne (ALD 30) et celles pour diabète (ALD 8) qui représentent respectivement 25% et 18% des admissions en 2024. Les cancers du sein, de la prostate, du colon-rectum et de la trachée/bronches/poumons représentent près de la moitié des admissions pour tumeur maligne (47,5%).

Graphique 1 • Nombre d'admissions en ALD liste par affection en 2024



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

Graphique 2 • Décomposition des admissions en ALD30 (tumeur maligne) en 2024



Source : CNAM. Champ : régime général

Quant aux évolutions, le nombre d'admissions en ALD liste, en tous régimes, est passé de 1 470 000 en 2015 à 1 414 000 en 2024. Entre 2015 et 2024, le nombre d'admissions en ALD liste a baissé à un rythme annuel moyen de - 0,4% vs +4,1% sur la période 2006-2011 et

+2,7% sur la période 2011-2015 (chiffres régime général). La tendance à l'augmentation rapide du nombre d'admission en ALD liste à partir de 2014, avec notamment une forte hausse en 2016, s'est inversée à partir de 2017 mais surtout en 2018, pour redevenir

relativement stable jusqu'en 2020. Sur la dernière période, la tendance est repartie à la hausse en 2021 pour rebaisser en 2022 puis repartir de nouveau à la hausse à partir de 2023, ces dernières évolutions en dents de scie étant une probable conséquence de la pandémie de Covid-19.

Tableau 1 • Taux d'évolution annuel des admissions de 2011 à 2024

Nature de l'affection	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution		
	2006/2011	2007/2011	2008/2011	2009/2011	2010/2011	2011/2011	2012/2011	2013/2011	2014/2011	2015/2011	2016/2011	2017/2011	2018/2011	2019/2011	2020/2011	2021/2011	2022/2011	2023/2011	2024/2011	2006/2011	2011/2015	2015/2024
30. Tumeur maligne	-0,2%	5,7%	1,1%	1,4%	3,7%	4,4%	-1,6%	1,3%	3,1%	5,7%	2,5%	1,7%	-0,1%	-0,5%	-4,1%	6,8%	1,3%	4,8%	1,3%	3,3%	2,1%	1,5%
8. Diabète	5,5%	14,8%	4,0%	2,4%	10,4%	-1,8%	1,9%	1,1%	-0,3%	5,0%	0,7%	3,3%	-6,7%	2,1%	3,1%	6,0%	-10,0%	4,6%	2,3%	5,8%	1,9%	0,5%
23 + 15 Affections psychiatriques (y compris maladie d'Alzheimer)	-4,1%	14,5%	5,2%	3,0%	9,5%	1,6%	3,4%	3,3%	5,1%	8,0%	6,2%	-6,5%	-9,7%	-10,6%	-6,8%	7,5%	3,7%	7,8%	-0,1%	6,6%	4,9%	-1,2%
3 + 13 Artériopathie et maladie coronaire	11,6%	6,4%	0,6%	7,0%	8,5%	0,3%	0,6%	0,1%	6,3%	8,9%	5,0%	2,3%	-10,6%	-11,1%	-6,7%	2,8%	-3,4%	4,9%	1,4%	4,5%	3,9%	-1,9%
12. Hypertension artérielle sévère	25,7%	10,7%	-0,2%	11,7%	9,5%	-51,9%	-97,1%	-37,7%	3,6%	10,5%	-3,9%	-33,2%	-43,4%	-32,6%	3,1%	-23,5%	29,8%	-38,8%	-43,0%	-8,2%	-62,2%	-23,7%
5. Cardiopathie, trouble du rythme et valvulopathie	15,5%	9,1%	5,1%	8,1%	12,6%	7,4%	6,4%	4,6%	9,9%	13,7%	5,9%	3,5%	-11,5%	-12,0%	-4,6%	2,4%	-0,6%	5,7%	-1,8%	8,4%	8,6%	-1,7%
14. Insuffisance respiratoire chronique grave	13,3%	13,9%	-1,5%	12,6%	9,6%	-4,6%	-3,0%	0,7%	6,3%	8,6%	-9,2%	-17,2%	-12,5%	-11,3%	-8,8%	-14,3%	2,5%	5,8%	0,7%	5,7%	3,0%	-7,4%
1. Accident vasculaire cérébral invalidant	3,3%	10,8%	8,5%	9,4%	10,2%	4,2%	6,1%	11,2%	8,0%	12,3%	11,1%	2,9%	-10,8%	-9,2%	-1,8%	2,4%	-3,4%	0,9%	-0,9%	8,6%	9,4%	-1,2%
9. Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	4,9%	7,8%	2,2%	1,1%	8,8%	1,9%	6,3%	6,5%	7,8%	12,2%	12,8%	8,5%	-9,7%	-8,6%	-7,0%	1,2%	-7,6%	4,9%	1,9%	4,3%	8,2%	-0,7%
6. Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	-3,4%	7,2%	-0,6%	-1,6%	3,2%	-2,3%	-0,1%	-0,8%	0,7%	6,0%	9,2%	4,6%	-14,9%	-11,2%	-16,1%	-2,1%	-2,7%	3,6%	-2,2%	1,1%	1,4%	-3,9%
Autres affections	2,1%	8,1%	3,5%	5,1%	8,1%	7,1%	3,1%	5,6%	8,2%	9,3%	2,9%	3,2%	-7,1%	-0,7%	1,3%	4,4%	-8,0%	5,8%	2,3%	6,4%	0,4%	0,3%
Total	5,7%	9,7%	2,5%	4,9%	8,3%	-4,1%	-4,2%	2,6%	4,8%	8,2%	6,7%	4,4%	-12,5%	-4,8%	-4,8%	4,1%	-2,3%	5,9%	1,1%	4,1%	2,7%	-0,4%
Total hors ALD 12						2,4%	1,7%	2,7%	4,8%	8,1%	6,8%	4,5%	-12,5%	-4,8%	-4,8%	4,1%	-2,3%	5,9%	1,1%	4,3%	2,7%	-0,4%

Source : CNAM - DSES.
Champ : régime général jusqu'en 2015, tous régimes (cartographie G13) à partir de 2016

L'année 2017 avait été, en terme d'admissions en ALD liste, l'année qui avait fait suite à la mise en œuvre de la simplification de la déclaration des ALD en 2016 (cf. précisions méthodologiques). Celle-ci s'était traduite par un retour à un taux d'évolution annuel plus mesuré (+4,4% vs + 6,7% en 2016).

Du fait de cette simplification, on pouvait en effet s'attendre à une augmentation temporaire du nombre d'admissions suivie d'une nouvelle stabilisation. Il apparaît, avec le recul, que le processus de simplification a facilité la déclaration et la prise en charge sur un an ou deux de pathologies dont l'exonération n'avait pas été demandée par le passé, le patient étant généralement pris en charge pour une autre ALD. La baisse des admissions constatée en 2018 (-12,5%) et 2019 (-4,8%) signifiait un retour aux niveaux d'admission avant réforme.

Après une hausse de 4,1% en 2021, une baisse en 2022 (-2,3%) puis une nouvelle nette hausse en 2023 (+5,9%), on a observé en 2024 une faible augmentation du nombre d'admissions (+1,1%), traduisant peut-être la fin des perturbations causées sur l'offre de soins par la pandémie de Covid-19.

Le nombre d'admissions en ALD 6 (maladies cirrhotiques actives du foie et cirrhose) a baissé entre 2018 et 2022, ce qui correspond probablement à la baisse du nombre de cas d'hépatite C suite à la diffusion des nouveaux antiviraux à action directe (arrivée sur le marché en 2014, généralisation des indications à toutes les personnes

ayant une hépatite C chronique en 2017). Cette baisse s'est arrêtée en 2023 (hausse de 3,6 %) mais la tendance est de nouveau à la baisse en 2024 (-2,2%).

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

En 2024, le nombre de bénéficiaires ayant au moins une ALD liste a augmenté de 2,3% par rapport à 2023. Parmi les ALD liste les plus fréquentes, des évolutions toujours soutenues ont été observées pour l'ALD 9 Affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave (+4,0%), mais également pour des ALD très fréquentes comme l'ALD 8 Diabète (+3,3%), l'ALD 5 Cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie (+2,7%) et le regroupement des ALD 3 et ALD 13 Artériopathie, maladies coronaires (+2,1%). Toutefois, l'impact de ces augmentations sur l'évolution globale de la prévalence des ALD liste est tempérée par la baisse régulière sur l'ALD 12 HTA (-8,3%).

En dehors de l'ALD 12, le nombre d'ALD liste a augmenté de 2,5% en 2022. L'ALD ayant le plus contribué à cette augmentation est l'ALD 8 (diabète), suivi des « autres ALD », des affections psychiatriques y compris Alzheimer (ALD 15 et ALD 23) des artériopathies et maladies coronaires (ALD 3 et ALD 13) et de l'ALD 5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie).

Tableau 2 • Prévalence des ALD liste par affection, en 2024

Nature de l'ALD	2023	2024	Evolution 2024/2023	% dans le total des ALD 2024	Contribution à la croissance 2024
30 Tumeur maligne	2 660 500	2 683 546	0,9%	16,0%	6,0%
8 Diabète	3 756 129	3 881 251	3,3%	23,1%	32,6%
23 & 15 Affection psychiatrique y compris maladie d'Alzheimer	2 144 793	2 193 463	2,3%	13,1%	12,7%
3 & 13 Artériopathie + maladie coronaire	2 314 860	2 363 279	2,1%	14,1%	12,6%
12 Hypertension artérielle sévère	261 086	239 377	-8,3%	1,4%	-5,6%
5 Cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie	1 643 028	1 686 738	2,7%	10,1%	11,4%
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	375 518	377 481	0,5%	2,3%	0,5%
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	556 475	560 309	0,7%	3,3%	1,0%
9 Affections neurol. et musc., épilepsie grave	468 740	487 701	4,0%	2,9%	4,9%
6 Maladies chr. actives du foie et cirrheses	180 551	179 240	-0,7%	1,1%	-0,3%
Autres ALD	2 025 422	2 118 977	4,6%	12,6%	24,3%
Total ALD liste	16 387 102	16 771 362	2,3%	100,0%	100,0%
Total hors ALD 12	16 126 016	16 531 985	2,5%		
ALD liste non identifiée	3 574	3 462	-3,1%		
Ensemble (y compris ALD liste non identifiée)	16 390 676	16 774 824	2,3%		
Nombre de bénéficiaires en ALD liste (1)	13 647 203	13 983 356	2,5%		

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

(1) Un patient peut avoir plusieurs ALD liste

• Précisions méthodologiques

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

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

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

- les ALD dites à déclaration simplifiée bénéficiant d'un accord de principe du service du contrôle médical après engagement du médecin rédacteur du protocole de soins : il s'agit des ALD liste à l'exception des ALD liste concernées par la déclaration argumentée. Un contrôle a posteriori est prévu 6 à 12 mois après réception du protocole de soins.

- les ALD dites à déclaration argumentée reposant sur le maintien du contrôle a priori par le service du contrôle médical :

- l'insuffisance respiratoire chronique grave (ALD 14), pour laquelle un taux plus élevé de refus a été constaté ;

- les maladies métaboliques héréditaires (ALD 17), dont la complexité nécessite une gestion particulière relevant le plus souvent de l'avis d'un comité d'experts ;

- l'hypertension artérielle (HTA) sévère qui n'est plus une ALD liste, mais peut bénéficier, en prolongation, de l'exonération du ticket modérateur ;

- les hors liste, la polypathologie.

De façon générale, il convient d'être prudent dans l'interprétation des évolutions observées qui ne peuvent s'expliquer sous un angle purement épidémiologique (augmentation de la prévalence de l'obésité par exemple) ou démographique (vieillesse de la population).

Comme le montrent les évolutions observées ces dernières années, le nombre d'admission en ALD liste est très sensible aux modifications des règles médico-administratives mais aussi à toutes actions ou programmes nouveaux visant à dépister plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible.

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

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

Les pathologies chroniques les plus sévères expliquent la plus grande partie de la croissance des dépenses d'assurance maladie. C'est parmi ces pathologies, dont le traitement est le plus coûteux, que l'on constate les progressions d'effectifs les plus rapides. En 2024, 14,5 millions de personnes sont prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD), tous types confondus, avec une augmentation de 2,3% par an en moyenne depuis 2015, un rythme largement supérieur à celui des autres assurés.

En raison de cette évolution, les dépenses consacrées au dispositif ALD croissent à un rythme beaucoup plus élevé que l'ensemble des dépenses de santé et leur part dans l'ensemble des dépenses de santé s'accroît d'année en année.

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

En 2024, les dépenses remboursées par l'assurance maladie¹² relatives aux assurés en ALD sont estimées à près de 143,2 milliards d'euros sur un total de 210,7 milliards d'euros soit 68,0 % des dépenses remboursées alors qu'en 2023, la part de cette dépense représentait 67,4% (cf. graphique 1). Les dépenses remboursées aux assurés en ALD connaissent une augmentation moins forte en 2024 (+6,0%) qu'en 2023 (+6,9 %). Contrairement, aux dépenses des assurés non ALD enregistrant une hausse en 2024 (+3,2%) par rapport à 2023 (-0,7 %). Une partie de ces évolutions s'explique de par les revalorisations tarifaires pour la consultation des médecins (+1,5€), pour les transporteurs sanitaires (novembre 2023), pour les auxiliaires médicaux (début 2024), ainsi que par l'impact de l'inflation sur les revalorisations successives du SMIC pour les indemnités journalières. La fin d'année 2023 connaît également une baisse du taux de remboursement des soins dentaires (mi-octobre) et l'année 2024 a été marquée par le doublement des franchises médicales (mars) et des participations forfaitaires (mi-mai). De plus, sur le champ des établissements sanitaires, l'année 2024 connaît à nouveau une hausse tarifaire permettant de financer des mesures de revalorisations salariales et d'attractivité pour les

professionnels des hôpitaux. La hausse des tarifs concerne également l'hospitalisation à domicile

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

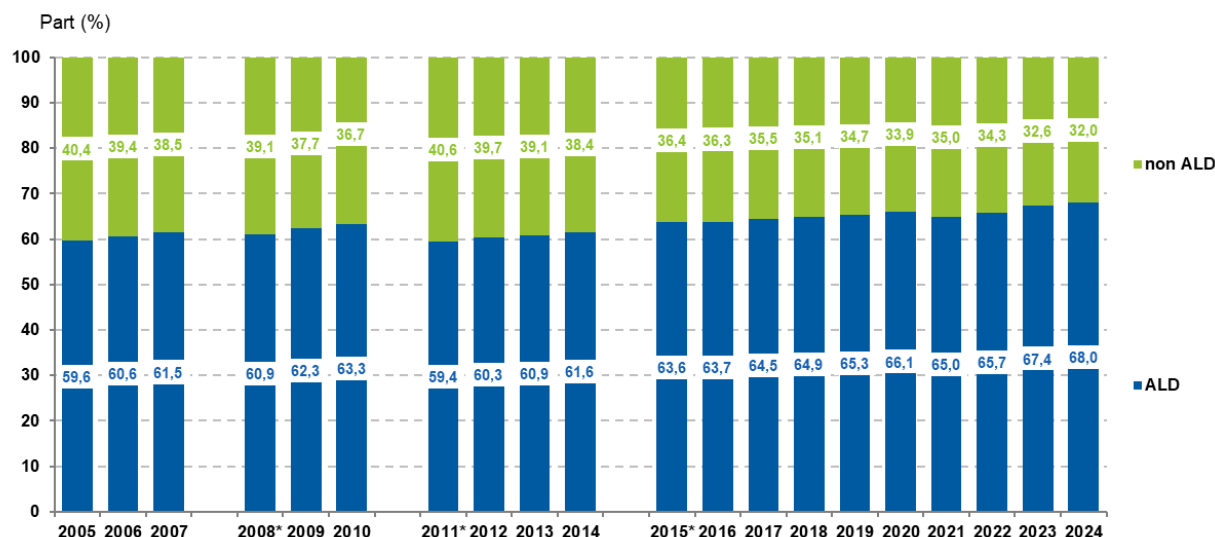
Les évolutions sociodémographiques de la population accroissent les facteurs de risque qui pèsent sur elle. Le vieillissement a un effet indéniable sur l'accroissement du nombre de cas de pathologies lourdes. Les évolutions des modes de vie augmentent de leur côté les risques de survenue de certaines pathologies chroniques. L'exemple emblématique en la matière est le fort accroissement du nombre de patients atteints de diabète, pathologie qui renvoie à des causes héréditaires mais également, entre autres facteurs, à l'accroissement de la sédentarité, à l'évolution de l'alimentation et au développement de l'obésité.

La meilleure prise en charge des pathologies chroniques contribue également à l'accroissement des dépenses de santé. Les soins apportés aux patients s'améliorent au fil du temps. Ainsi, les dépistages précoces permettent de traiter les pathologies avec de meilleures chances d'endiguer leur progression et prolongent ainsi l'espérance de vie des patients atteints, avec la conséquence paradoxale d'amplifier encore la croissance des effectifs en ALD. L'innovation rapide rend par ailleurs disponibles de nouveaux traitements plus performants, qui permettent de traiter plus de patients et de prévenir de manière plus fiable les complications qui surviennent. Enfin, grâce à un meilleur suivi de leur état de santé, les patients souffrant d'une pathologie chronique lourde sont mieux couverts par le dispositif ALD.

Afin de mieux rendre compte de l'évolution de la prise en charge des maladies chroniques, la Cnam a procédé à une analyse qui repose sur une meilleure connaissance par grand type de pathologie et de besoin de soins et non plus uniquement sur la répartition des dépenses selon qu'elles sont prises en charge ou non au titre d'une ALD (voir rapport sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie au titre de 2027).

¹² Les dépenses d'assurance maladie intègrent les rentes de victimes ATMP pour la période de 2015 à 2024

Graphique 1 • Structure des dépenses de l'assurance maladie de 2005 à 2024



Source : Cnam.

2008* : la méthodologie d'estimation des dépenses a été modifiée. Les valeurs ne sont pas directement comparables avant et après cette date. Il en est de même à partir de 2011 puis à partir de 2015 où l'on passe des données extrapolées tous régimes à des données tous régimes. Périodes avec méthodologie distincte: 2005-2007, 2008-2010, 2011-2014 et 2015-2024 (cartographie G13).

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Les données sont issues de la Cnam, extraites du Système National des Données de Santé (SNDS) comprenant en autres les bases du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et également du PMSI pour la période 2011-2024.

Les méthodologies d'estimation des dépenses liées aux ALD sont différentes selon la période observée (2005-2007, 2008-2010, 2011-2014 et 2015-2024), et ne sont par conséquent pas directement comparables.

À partir de 2008, la méthode d'estimation est modifiée car issue des bases exhaustives (et non plus basée sur un échantillon représentatif). À partir de 2011, les données sont issues des travaux de cartographie des dépenses par pathologie. Les données 2012 à 2024 prennent en compte les améliorations méthodologiques apportées à la cartographie (amélioration notamment du chaînage des assurés en cas de changement de régime, prise en compte des dépenses ambulatoires des établissements psychiatriques mais aussi des évolutions dans les données relatives à l'ONDAM pour la réalisation d'extrapolations sur la période de 2011 à 2014 et la prise en compte des dépenses de l'ensemble des régimes ainsi que des rentes de victimes ATMP à partir de 2015). Les années 2012 à 2024 n'intègrent plus la prestation « rémunération médecin traitant patient ALD ». Cette modification fait suite à la création en 2018 du « forfait patientèle médecin traitant », prestation au caractère non individualisable, qui englobe notamment la « rémunération médecin traitant patient ALD ». Les années 2017 à 2024 comportent notamment les évolutions suivantes, relatives à certains postes de dépenses :

- En lien avec la réforme des établissements de SMR¹³ prévoyant la mise en place de la « Dotation Modulée à l'Activité (DMA) » à compter du 01/03/2017 jusqu'en 2023, la méthodologie relative aux dépenses de la cartographie a évolué, afin de prendre en compte la DMA dans les dépenses individuelles de séjours de SMR. A compter de 2024, les dépenses des séjours hospitaliers en établissements privés de SMR (réforme de financement) sont pour une partie estimées à partir des dotations par établissement et des données du PMSI.
- Les dépenses des séjours hospitaliers en établissements publics de PSY et SMR, de même que celles en établissements privés de PSY à compter de 2022 (réforme de financement) et SMR (2024) sont estimées à partir des dotations par établissement et des données du PMSI.
- L'intégration, à partir de 2017, dans la liste en sus des établissements publics et privés de MCO des médicaments sous ATU/APAC¹⁴ et post ATU délivrés au cours des séjours de MCO, se traduit par un élargissement du champ du poste de dépense liste en sus. En effet, ces médicaments étaient auparavant financés par une enveloppe MERRI (« dotation spécifique au titre des missions d'enseignement, recherche, référence et innovation ») hors champ de la cartographie.
- En 2017, la base de données remontant les factures des ACE n'est pas complète pour les ACE des établissements de l'AP-HP. Par conséquent, une baisse de l'évolution annuelle globale des dépenses du poste ACE s'observe en 2017.

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

Précisions sur le champ de la méthode pour 2011-2024 : tous postes de l'ONDAM hors rémunération du médecin traitant + IJ maternité et invalidité, hors dépenses (non individualisables) relevant des MIGAC, FMESPP, FAC, FIR et hors dépenses relevant de l'ONDAM médico-social.

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

¹³ Soins médicaux et de réadaptation (avant 2022, SSR : Soins de suite et de réadaptation)

¹⁴ Depuis le 1er juillet 2021, les Accés Précoces et Accés Compassionnels (AP/AC) ont pris le relai des Autorisations Temporaires d'Utilisation (ATU) et des RTU).

1.8. Les troubles de santé mentale

La santé mentale, enjeu majeur de santé publique

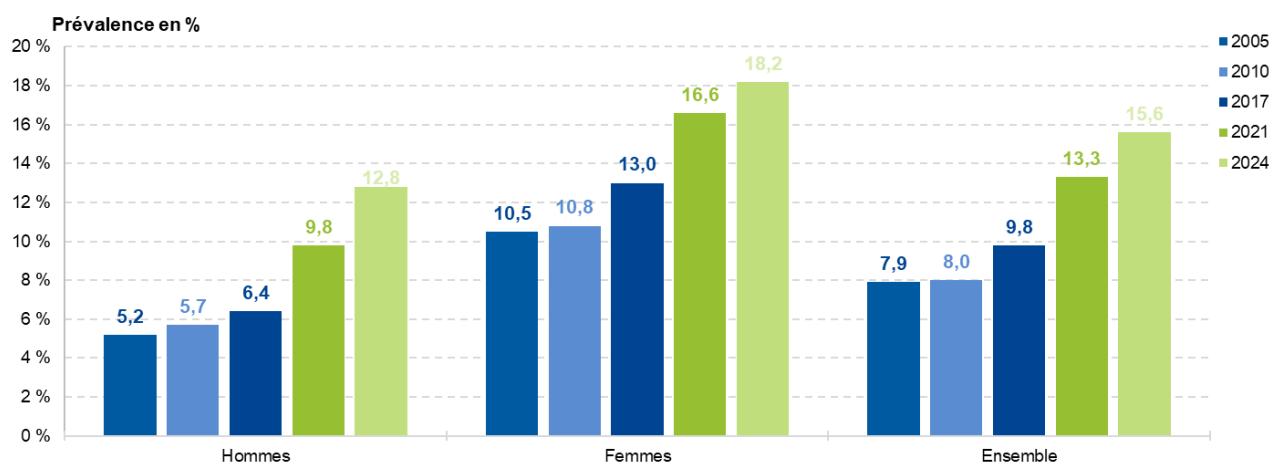
Selon l'OMS, la santé mentale est un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La santé mentale a été désignée comme Grande Cause nationale en 2025 en France et a été prolongée pour l'année 2026. En effet, un Français sur quatre sera confronté à un trouble psychique au cours de sa vie. Dans ce contexte, plusieurs priorités émergent, tels que la lutte contre la stigmatisation, l'amélioration de l'accès aux soins et à l'information, ainsi que le renforcement des actions de prévention. La santé mentale présente un enjeu majeur de bien-être global mais surtout de santé publique, allant bien au-delà de l'absence de troubles psychiatriques.

Une dégradation de l'état de santé mentale

Depuis 2005, le nombre d'épisodes dépressifs caractérisés (EDC) est en constante hausse passant de 7,9 % à 15,6 % en 2024. Cette augmentation est d'autant plus présente entre 2017 et 2021 où la prévalence a augmenté de 3,5 points de pourcentage. La prévalence de l'EDC se concentre principalement chez les femmes, avec un écart de 5,4 points avec les hommes en 2024.

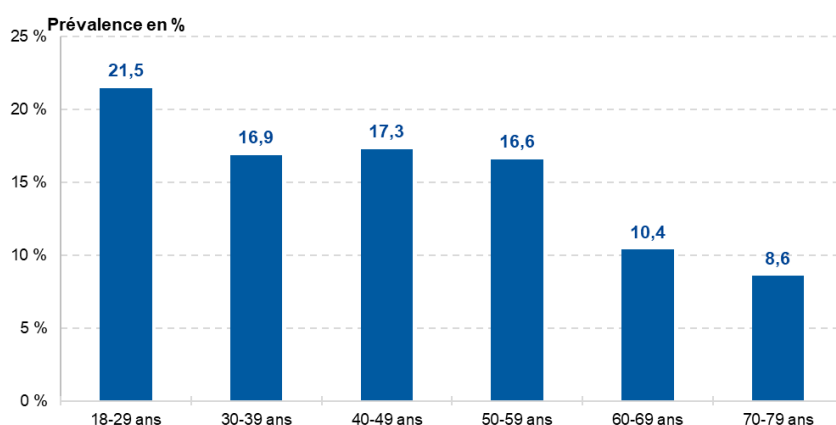
En 2024, les 18-29 ans sont la tranche d'âge avec la prévalence des EDC la plus élevée, à 21,5 % contre 15,6 % pour l'ensemble des 18-79 ans. Cette prévalence s'établissait à 20,8 % chez les 18-24 ans en 2021 et avait plus que doublé depuis 2010 (l'évolution de la prévalence des EDC de cette tranche d'âge en 2024 n'est pas mesurable en raison de la modification des intervalles d'âge de l'enquête intervenue après 2021).

Graphique 1 • Evolution de la prévalence des EDC en France, par sexe, entre 2005 et 2024



Champ : EDC déclarés au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, chez les 18-75 ans, entre 2005 et 2024, France Métropolitaine.
Sources : Santé Publique France.

Graphique 2 • Prévalence des EDC en France, par tranche âge en 2024



Champ : EDC déclarés au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, chez les 18-79 ans, en 2024, France Métropolitaine.
Sources : Santé Publique France.

Une diminution du taux de suicide en 2023

En baisse constante depuis le milieu des années 1980, le taux de suicide paraît avoir atteint un niveau plancher au tournant de la décennie 2020. Une première hausse du taux de suicide relevée en 2018 était en grande partie due à l'amélioration de la collecte des données, mais celui-ci a augmenté depuis, jusqu'en 2023 où il

enregistre une diminution. Le taux de décès par suicide est ainsi légèrement inférieur en 2023 (13,0 pour 100 000 habitants) à ce qu'il était en 2022 (13,5) et 2021 (13,2).

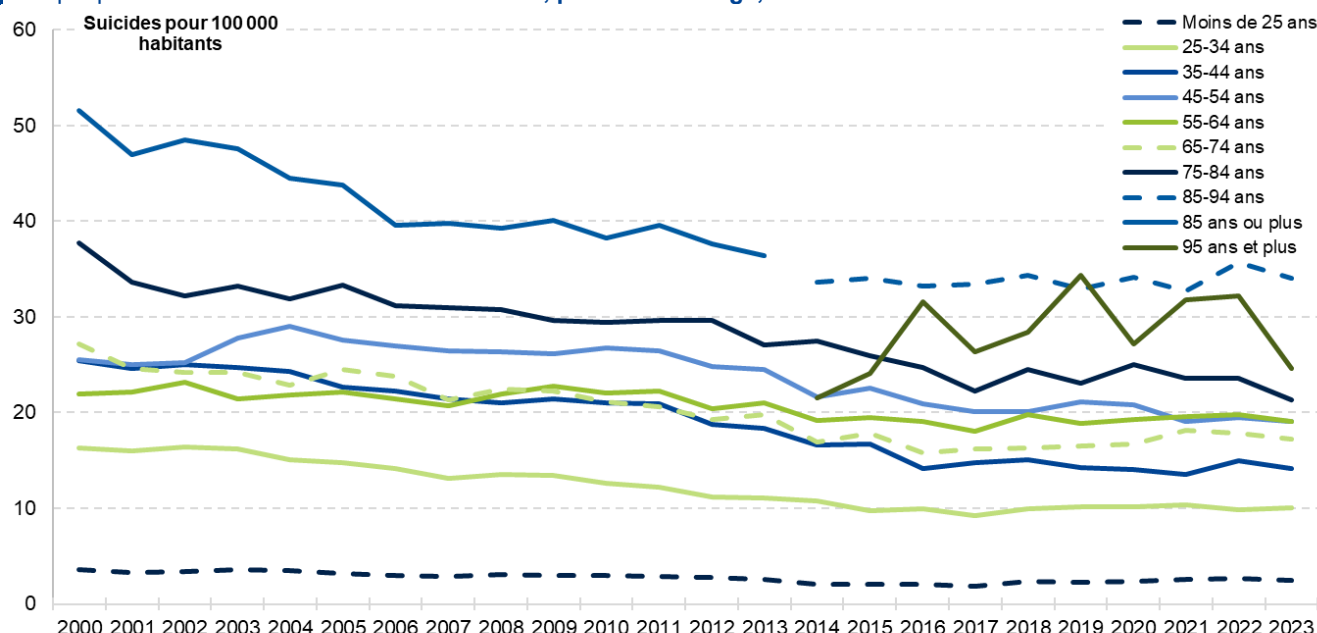
Les taux de suicide augmentent nettement avec l'âge, passant de 2,5 chez les moins de 25 ans à 34 pour 100 000 chez les personnes âgées de 85 à 94 ans. Cette forte hausse chez les plus âgés concerne surtout

les hommes, malgré une baisse de leur taux de suicide entre 2022 et 2023 de -0,9 contre seulement -0,3 chez les femmes. Cela montre que le risque de suicide dépend fortement du sexe et de l'âge.

Le suicide est toujours multifactoriel, et de nombreux facteurs peuvent expliquer cette vulnérabilité accrue avec l'âge : les souffrances physiques et psychiques, la perte d'autonomie, les maladies graves, les deuils successifs (décès du conjoint), ou encore la baisse des

ressources financières. D'autres éléments comme l'isolement social ou les conditions de vie difficiles en établissement jouent également un rôle important. Malgré l'importance du phénomène chez les personnes âgées, le sujet reste peu discuté ou reconnu collectivement. À l'inverse, les suicides de jeunes, bien que moins nombreux, attirent davantage l'attention de la société.

Graphique 3 • Taux bruts de suicide en France, par tranche d'âge, entre 2000 et 2023



Note • Il y a une rupture de série : en 2018, à la suite de la réforme des certificats de décès.

Lecture • En 2023, le taux brut de mortalité par suicide des personnes âgées de 95 ans ou plus est de 24,6 pour 100 000 habitants, contre 2,5 chez les moins de 25 ans.

Champ • France. Décès de personnes d'au moins un an, dont la cause est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).

Sources • Inserm-CépiDc ; Insee, recensement de la population.

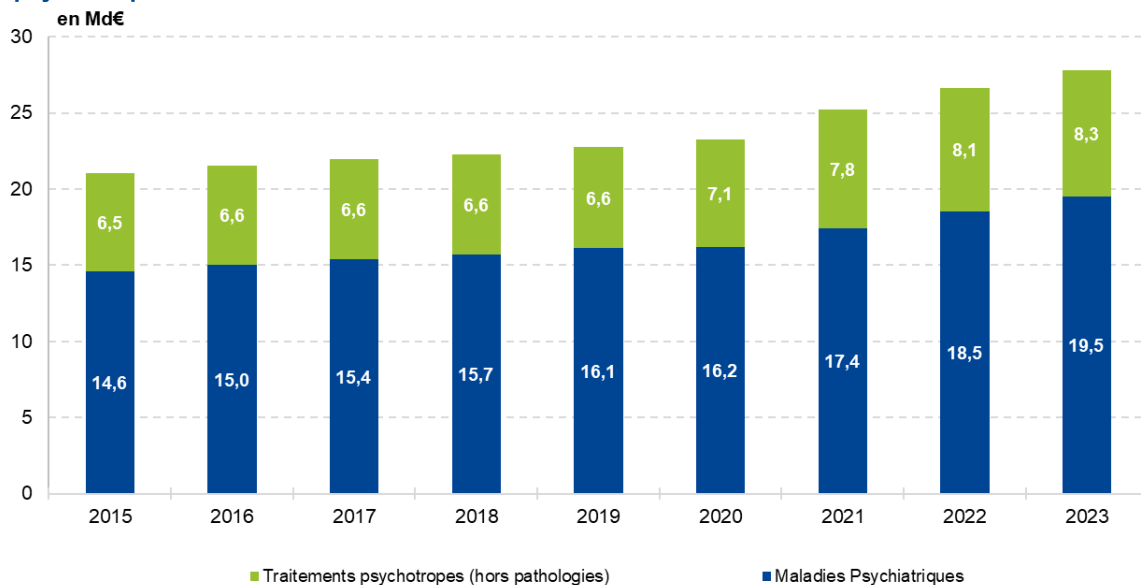
Une prise en charge devenue essentielle

En 2023, les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et de l'humeur représentaient les dépenses les plus élevées dans le champ des maladies psychiatriques, principalement en raison des séjours hospitaliers. Ces pathologies concernaient 1,9 millions de personnes, avec une dépense moyenne individuelle élevée, atteignant 11 500 euros pour les troubles psychotiques. Plus de la moitié de cette dépense était liée à l'hospitalisation en établissement psychiatrique.

En parallèle, les traitements psychotropes prescrits à des patients sans diagnostic psychiatrique codé engendraient des dépenses moyennes individuelles plus faibles (entre 930 et 1 100 euros), mais un coût total élevé du fait d'un grand nombre de patients (5,7 millions). Ces dépenses concernaient surtout les produits de santé, les soins paramédicaux et les indemnités journalières. À noter, pour les traitements neuroleptiques, une part importante de la dépense est allouée aux pensions d'invalidité, ce qui les distingue des autres traitements psychiatriques.

Au total, les dépenses remboursées pour les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes ont augmenté de 5,5 Md€ en 5 ans, passant de 22,3 Md€ en 2018 à 27,8 Md€ en 2023, illustrant une croissance soutenue des besoins de prise en charge en santé mentale. Cette hausse reflète également l'augmentation de la prévalence des EDC.

L'évolution de la consommation de médicaments psychotropes est jugée particulièrement préoccupante par l'Assurance Maladie chez les 12-25 ans. En 2023, on comptait 936 000 adolescents et jeunes adultes consommateurs de psychotropes (+144 000 depuis la crise sanitaire). La consommation d'antidépresseurs a ainsi augmenté de 60 % entre 2019 et 2023 chez les 12-25 ans. Les filles représentent 62 % de cette tranche d'âge ayant reçu une délivrance de psychotropes. Un autre fait marquant concerne les jeunes : les 12-25 ans restent globalement moins consommateurs de médicaments que les autres tranches d'âge : ils ne représentent que 6 % des remboursements de médicaments en 2023, bien qu'ils constituent 17 % de la population. Toutefois, depuis la crise sanitaire de 2020, leur consommation médicamenteuse progresse rapidement. Leurs dépenses pharmaceutiques ont augmenté de 31 % entre 2019 et 2021, contre 8 % pour l'ensemble de la population, puis de 26 % entre 2021 et 2022 (contre 9 %), et encore de 11 % entre 2022 et 2023 (contre 8 %), atteignant 1,5 Md€.

Graphique 4 • Evolution des dépenses remboursées liées aux maladies psychiatriques et aux traitements psychotropes

Champ : Tous régimes - France entière
Source : Cnam

Plus de 1 million de patients ont eu recours au dispositif Mon soutien psy

Mon soutien psy est un dispositif mis en place par l'Assurance maladie depuis avril 2022, à la suite d'une expérimentation menée entre 2018 et 2022. Il vise à améliorer l'accès à un accompagnement psychologique pour les personnes ayant des troubles psychiques légers à modérés.

Ce dispositif permet, après orientation par un médecin (ou une sage-femme depuis décembre 2023), ou en accès libre depuis juin 2024, de bénéficier de 12 séances remboursées chez un psychologue conventionné. Il s'adresse aux personnes âgées de 3 ans et plus.

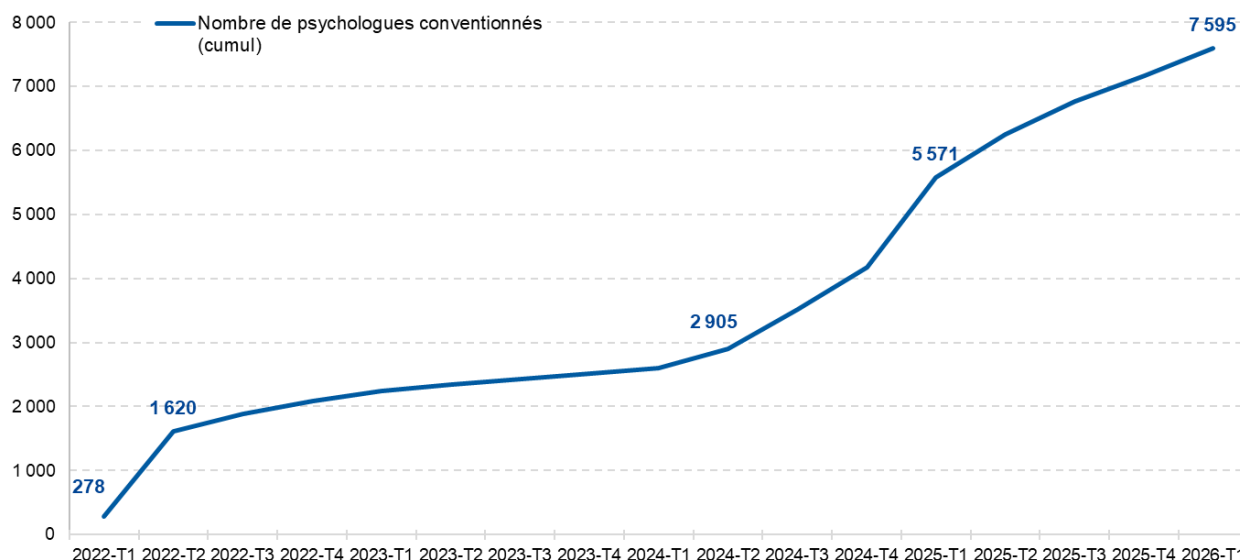
Ce dispositif a pour but de structurer et rendre plus lisible l'offre de soins psychologiques remboursés par l'Assurance maladie. Mon soutien psy a permis à plus de 1 million de patients d'accéder à des soins en santé mentale depuis son lancement en 2022. Le dispositif a évolué significativement depuis juin 2024 passant de 8 à 12 séances par an. Le nombre de nouveaux

bénéficiaires du dispositif a presque doublé entre la fin de l'année 2023 et celle de 2024. Cette montée en charge du dispositif s'accompagne également d'une dynamique côtés professionnels : près de 7 600 psychologues sont désormais conventionnés (T1 2026). En 2024, ils représentaient 14 % des psychologues libéraux ou mixtes recensés par la Drees. L'évolution du nombre de psychologues candidats montre une nette reprise à partir d'avril 2024, avec une forte hausse des candidatures en mai et juin 2024, probablement liée aux annonces d'évolution du dispositif, notamment l'augmentation du nombre de séances remboursées.

Par ailleurs, 80 % des psychologues conventionnés sont des femmes, et l'âge moyen est de 50 ans. Si une grande majorité (89 %) exerce en zone urbaine, le dispositif est également représenté dans les zones rurales (11 %), participant à une meilleure couverture territoriale.

Enfin, le taux de déconventionnement reste très faible (6 %), traduisant une certaine stabilité des professionnels engagés dans le dispositif.

Graphique 5 • Evolution du nombre de psychologues conventionnés au dispositif



Source : CNAM

• Précisions méthodologiques

Précisions particulières :

Un épisode dépressif caractérisé (EDC) se caractérise par au moins un symptôme principal, accompagné d'au moins trois symptômes secondaires, avec un retentissement sur les activités habituelles.

Symptômes principaux :

- Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir, pratiquement toute la journée et presque tous les jours ;
- Vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu l'intérêt pour la plupart des choses, pratiquement toute la journée et presque tous les jours.

Symptômes secondaires (pendant au moins les deux semaines) :

- Se sentir épuisé ou manquer d'énergie plus que d'habitude ;
- Avoir pris ou perdu au moins 5 kg ;
- Avoir plus que d'habitude des difficultés à dormir ;
- Avoir beaucoup plus de mal que d'habitude à se concentrer ;
- Avoir un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inapproprié ;
- Avoir beaucoup pensé à la mort ;
- Avoir perdu de l'intérêt pour la plupart des choses comme les loisirs, le travail ou les activités qui donnent habituellement du plaisir (seulement si symptôme principal de tristesse).

Retentissement des symptômes sur la vie quotidienne avec une perturbation des activités habituelles (pendant au moins les deux semaines, perturbation faible, modérée ou importante) :

- EDC léger : la personne interrogée présente au moins un symptôme principal associé à 3 ou 4 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation faible des activités habituelles ;
- EDC modéré : la personne interrogée présente au moins un symptôme principal associé à 3 ou 4 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation modérée ou importante des activités habituelles, ou à 5 à 7 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation faible ou modérée des activités habituelles ;
- EDC sévère : la personne interrogée présente au moins un symptôme principal associé à 5 à 7 symptômes secondaires donnant lieu à une perturbation importante des activités habituelles.

NB : l'agitation et le ralentissement psychomoteur, qui font partie de la liste des symptômes du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV), ne sont toutefois pas mesurés par le CIDI-SF.

Construction de l'indicateur :

Le taux brut de suicide correspond au nombre de suicides rapporté au nombre de vivants.

Pour aller plus loin :

- [Episodes dépressifs : prévalence et recours aux soins. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024.](#) Novembre 2025. Santé publique France
- [Rapport du Gouvernement au Parlement, Evaluant le dispositif « Mon soutien psy ».](#) Avril 2025.
- [Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie - Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre.](#) 6ème rapport. Février 2025. Drees

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DSS

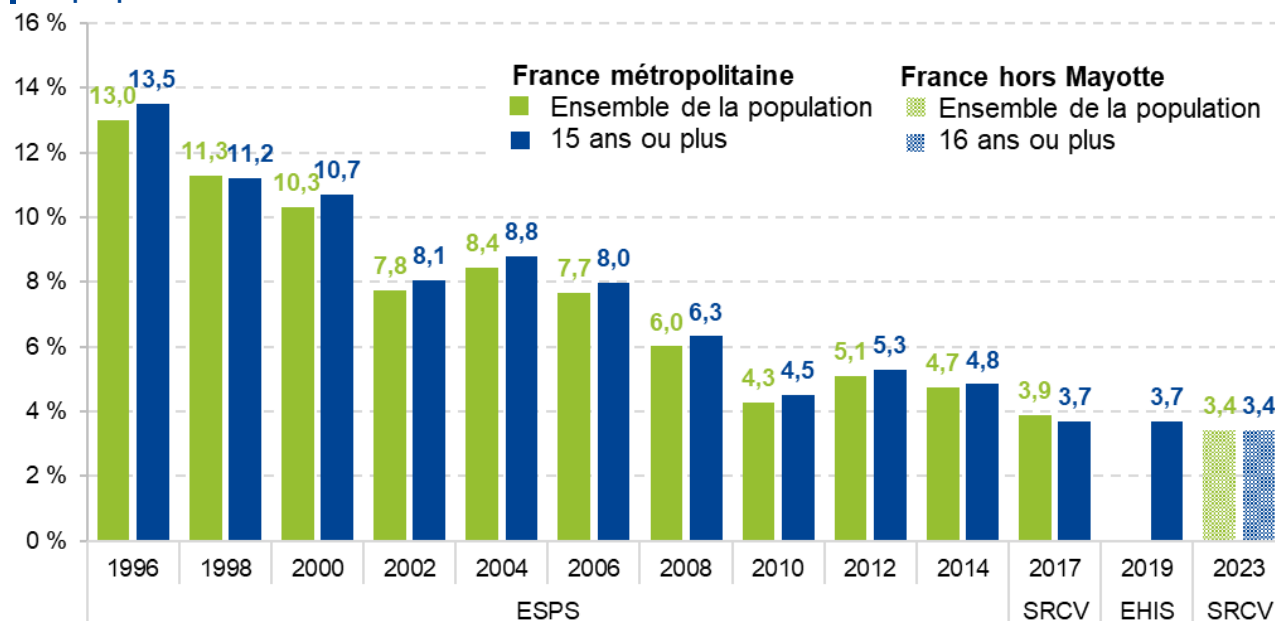
1.9. Couverture de la population par l'assurance maladie complémentaire

En 2023, 96,6 % de la population en France hors Mayotte bénéficie d'une complémentaire santé selon l'enquête annuelle Statistiques sur les ressources et les conditions de vie. Malgré l'existence de dispositifs publics en faveur des individus les plus pauvres, la non-couverture reste élevée parmi les chômeurs ainsi que parmi les 20 % d'individus au niveau de vie le plus faible. Les contrats d'entreprise, qui sont en moyenne plus couvrants que les contrats individuels et qui bénéficient d'un meilleur rapport qualité/prix, concernent les deux-tiers des salariés (secteurs privé et public confondus). À l'opposé, plus de 90 % des retraités sont couverts par un contrat individuel. La généralisation en 2016 de la complémentaire santé d'entreprise des salariés du secteur privé a contribué à réduire légèrement le taux de non-couverture de la population, notamment pour les salariés précaires. L'extension de ce dispositif aux salariés de la fonction publique à partir du 1^{er} janvier 2025 devrait permettre une nouvelle baisse de la non-couverture dans les enquêtes à venir.

En 2023, 96,6 % de la population en France hors Mayotte bénéficie d'une complémentaire santé

Selon l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), 96,6 % de la population résidant en France hors Mayotte bénéficie d'une complémentaire santé en 2023¹. Le taux de personnes sans complémentaire santé, qui s'élève à 3,4 %, a peu varié depuis 2017. Il atteignait 4,3 % à 5,1 % entre 2010 et 2014 selon les enquêtes Santé et Protection sociale (ESPS) (cf graphique 1). L'absence de complémentaire santé concerne une faible proportion de la population depuis de nombreuses années. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a contribué à cette tendance à partir de 2016 (Pierre, 2022a et 2022b ; Fouquet, 2020), mais c'est au début des années 2000, avec l'introduction de la CMU-C et de l'ACS, que la non-couverture a le plus diminué en France : alors que 13,0 % de la population française ne bénéficiait pas d'une complémentaire santé en 1996, 7,8 % n'était pas couverte en 2002 et 6 % en 2008.

Graphique 1 • Évolution du taux de non-couverture entre 1996 et 2023



EHIS : enquête santé européenne ; ESPS : enquêtes Santé et Protection sociale ; SRCV : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie.

Lecture : En 2023, 3,4 % de la population française hors Mayotte déclare ne pas être couverte par une complémentaire santé.

Champ : France métropolitaine (1996 à 2019), France hors Mayotte (2023).

Sources : Pierre (2022a) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; Drees, EHIS

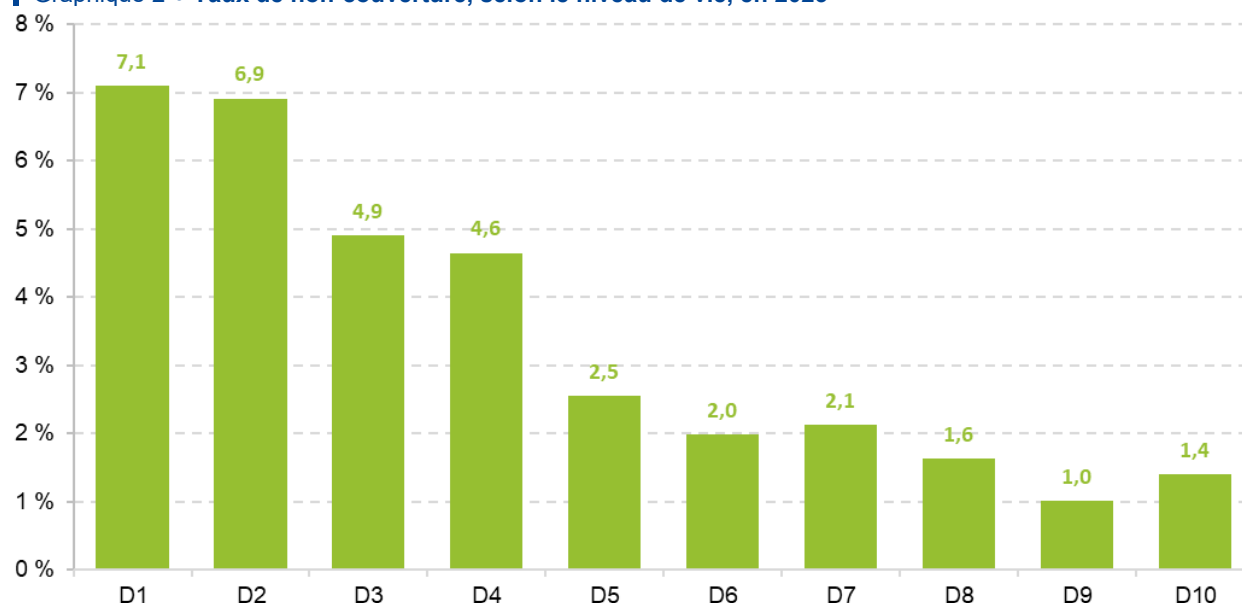
¹En Guadeloupe, Martinique, Guyane et à La Réunion, 95 % des personnes sont couvertes.

L'absence de complémentaire santé toujours plus fréquente en 2023 parmi les plus précaires

Si le taux de personnes sans complémentaire santé est relativement faible en population générale, une telle situation concerne toujours plus spécifiquement, en 2023, les personnes les plus modestes. 7 % des personnes appartenant aux premier et deuxième

dixièmes de niveau de vie sont concernées par l'absence d'une complémentaire santé¹ (cf graphique 2). C'est le cas de 5 % de ceux appartenant aux troisième et quatrième dixièmes. À partir du cinquième dixième, le taux de personnes sans complémentaire santé est toujours inférieur à celui de l'ensemble de la population.

Graphique 2 • Taux de non-couverture, selon le niveau de vie, en 2023



Lecture : En 2023, 7,1 % des 10 % des personnes les plus modestes (D1) ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, SRCV.

Les dispositifs publics de soutien à la souscription d'une complémentaire santé

De nombreux dispositifs publics ont été instaurés pour favoriser la couverture par une complémentaire santé et améliorer la couverture assurantielle de la population. Dès 1979, les décideurs publics ont cherché à étendre les contrats d'entreprise en introduisant des exonérations de cotisations sociales et d'impôts. Les exonérations d'impôts ont ensuite été généralisées aux travailleurs indépendants en 1994 par la loi Madelin, en contrepartie de leur souscription à un contrat individuel. Plus récemment, l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 a rendu obligatoire la couverture par une complémentaire santé financée en partie par les employeurs à l'ensemble des salariés du secteur privé, à compter du 1^{er} janvier 2016. La généralisation de la complémentaire santé au sein de la fonction publique est par ailleurs instaurée progressivement depuis 2025. En parallèle, deux dispositifs ont été introduits pour les

personnes les plus précaires, en 2000 et en 2005. Le premier, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), permettait de bénéficier à titre gratuit d'une couverture de l'ensemble de leurs tickets modérateurs (TM) et de ne pas se voir appliquer de dépassements d'honoraires. Le second, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), proposait aux personnes modestes dont les revenus dépassaient les seuils d'éligibilité à la CMU-C, de bénéficier d'un chèque réduisant le coût de la prime d'un contrat de complémentaire santé, et, depuis 2013, les exemptait des dépassements d'honoraires pour leurs consultations de médecins. En novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont fusionné au sein d'un dispositif unique simplifié, la complémentaire santé solidaire (C2S) (cf Fiche 2-5-1). Les différentes aides socio-fiscales associées à ces dispositifs contribuent à maintenir un niveau élevé de couverture dans la population, mais elles sont réparties de façon inégale.

• Précisions méthodologiques

Pour aller plus loin :

[En 2023, les personnes sous le seuil de pauvreté restent bien plus souvent sans complémentaire que les autres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Drees

¹La grande majorité des personnes appartenant aux 10 % des individus avec les niveaux de vie les plus bas sont théoriquement éligibles à la complémentaire santé solidaire (C2S). L'absence de couverture peut s'expliquer par un phénomène de non-recours aux droits ainsi que par

une variation des revenus entre la période prise en compte pour déterminer l'éligibilité à la C2S (douze mois précédant la demande) et celle de l'enquête SRCV (année 2022).

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

Par le jeu des différents financements qu'elles appellent auprès des assurés, et des prestations qu'elles leur versent en cas de maladie, qui peuvent être pensés en termes de transferts monétaires, les assurances maladie obligatoires (AMO) et complémentaires (AMC), ont un effet sur la distribution des revenus des ménages. Il est ainsi intéressant de mesurer l'ampleur de cette redistribution à l'œuvre au sein des opérations d'assurance maladie.

L'assurance maladie de base constitue un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations qui affecte les revenus des ménages, et dont en conséquence il est pertinent d'étudier les propriétés redistributives. La question du traitement des cotisations et des prestations d'assurance maladie complémentaire est moins évidente, dans la mesure où l'adhésion à ces dispositifs résulte en partie des décisions volontaires des individus (à l'exception des contrats collectifs à adhésion obligatoire), et que l'AMC peut être considérée comme offrant des prestations contributives (i.e. le niveau des prestations dépend du niveau des contributions). Elle n'a donc en principe pas à être analysée en termes d'impact sur la distribution des revenus. Cependant, eu égard dans un premier temps à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de neuf Français sur dix disposent d'une telle couverture) ; dans un second temps à l'existence de dispositifs favorisant l'accès à une complémentaire santé (CMU-C et ACS, remplacées depuis 2019 par la complémentaire santé solidaire (CSS)) ; dans un troisième temps à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires majeures entre les assurés ; on peut considérer que son intervention doit être également prise en considération dans un bilan redistributif de l'assurance maladie prise globalement.

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

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

croissante de la couverture procurée par les types de contrats dont ils disposent.

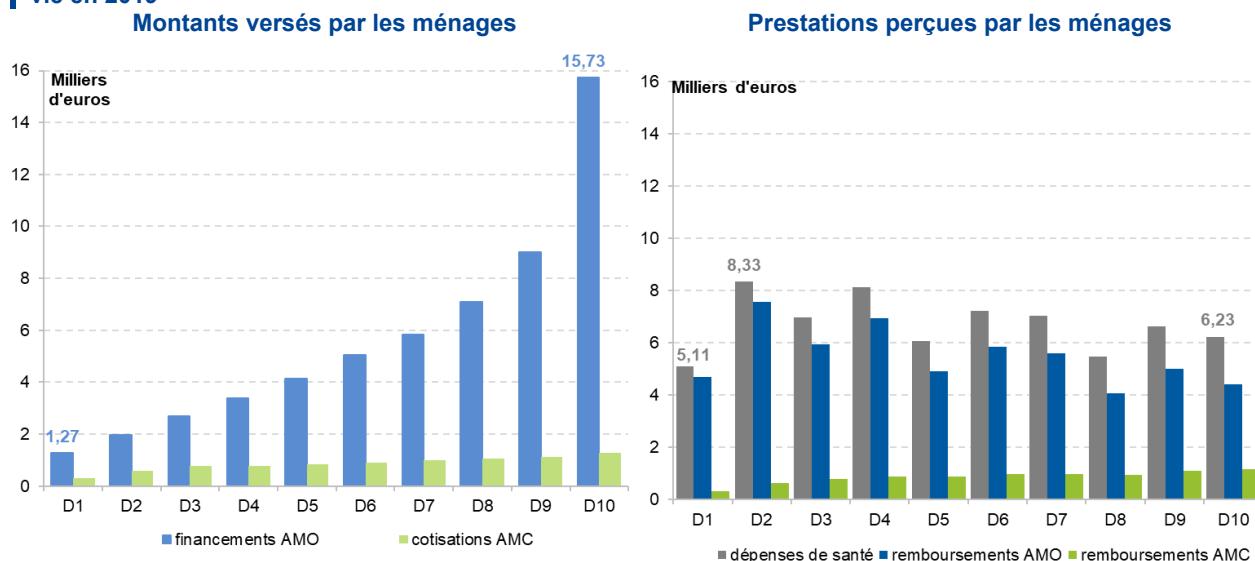
Des contributions aux régimes d'assurance maladie obligatoire progressives avec le revenu

Les prélèvements acquittés par les assurés au titre de leurs couvertures de base et complémentaire maladie contribuent aussi à la redistribution des revenus. Les contributions aux régimes d'assurance maladie obligatoires incluent la part des cotisations sociales à la charge des employeurs et des non-salariés (hors la part correspondant au financement des indemnités journalières), et la part de contribution sociale généralisée (CSG), ainsi que celle des taxes indirectes (TVA, accises sur le tabac et l'alcool) affectées au risque maladie. En y ajoutant d'autres sources de financement telles que la taxe sur les salaires ou la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), le champ des contributions individualisables couvre environ 93 % des recettes de la branche maladie en 2022. Ces contributions des assurés sont dans l'ensemble progressives avec le revenu, en raison des règles d'exonération, de la modulation des taux de CSG pour les revenus de remplacement et les revenus du patrimoine, et des allègements de cotisations sociales patronales pour les bas salaires. Néanmoins les taxes indirectes s'avèrent à l'inverse être régressives.

Les versements aux dispositifs de couverture complémentaire maladie, de montants beaucoup plus faibles, augmentent - mais nettement plus faiblement - avec le niveau de vie (cf. *graphique 1, partie gauche*). Ils sont notamment plus faibles dans le premier décile qui compte une proportion plus importante de bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite (ex CMU-C), laquelle assure une prise en charge presque complète des soins, mais également de personnes non couvertes par une complémentaire santé.

La contribution de l'assurance maladie à la redistribution des revenus ne se restreint toutefois pas à son effet sur la distribution des revenus disponibles. On peut en effet estimer qu'un système de santé accessible et de qualité permet à des personnes en mauvais état de santé de se soigner et par suite d'améliorer leur productivité et leurs opportunités de participation à l'activité économique. De la sorte, l'assurance maladie réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire. Il demeure cependant sur ce point des marges de progression dans l'égalité d'accès aux soins, notamment préventifs

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



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

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

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

• Précisions méthodologiques

Sources des données :

Ces indicateurs sont construits par la Drees grâce au modèle de microsimulation Ines-Omar 2019, issu du rapprochement de deux outils de microsimulation :

- le modèle Omar (Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charges), développé par la Drees, qui permet de simuler à un niveau individuel les prestations en nature d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et donc les restes à charge, et à un niveau ménage les cotisations d'assurance complémentaire. Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017 produite par l'Insee et pseudo-appariée à l'Enquête européenne sur la santé (EHIS) 2014 réalisée par Drees, l'Irdes et l'Insee (pour les moins de 15 ans), l'enquête EHIS 2019 (pour les 15 ans ou plus), l'appariement de l'EHIS avec les données du Système national de données de santé (SNDS), et les informations récoltées dans l'Enquête auprès des organismes complémentaires 2019 sur leurs contrats les plus souscrits (enquête OC) menée par la Drees.

- le modèle Ines, développé par la Drees, l'Insee et la Cnaf, qui permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'assurance maladie obligatoire, y compris celles payées par les employeurs. Le principe du modèle de microsimulation Ines consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Caisse nationale d'allocations familiales et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

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

Indications complémentaires :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2. OBJECTIFS / RESULTATS

2.1. Réduire les facteurs de risques

2.1.1. Obésité et surpoids chez l'enfant

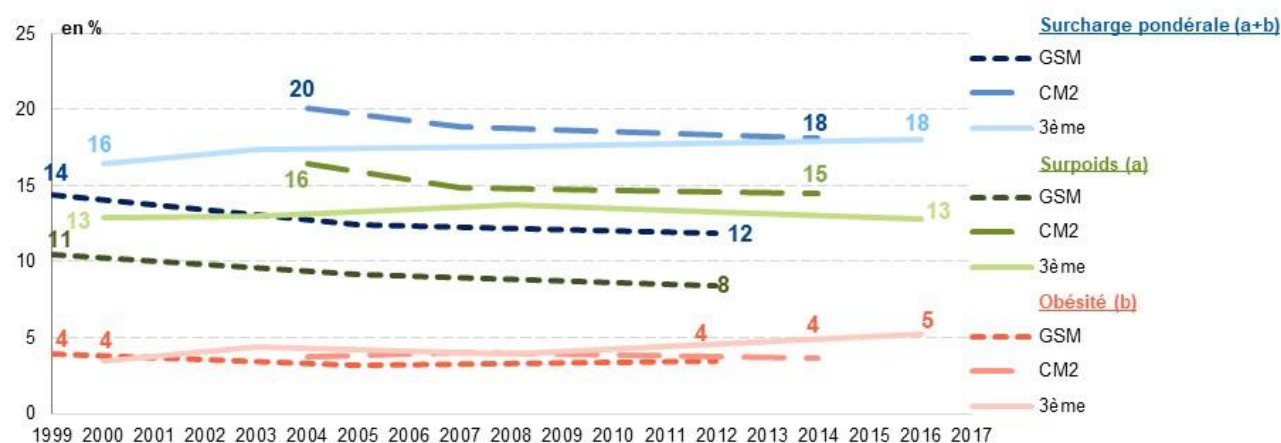
Finalité Le surpoids et l'obésité sont fréquemment associés à un risque accru de morbidité (pathologies cardiovasculaires, diabète, cancers, syndrome métabolique) et de mortalité. Chez l'enfant, l'obésité sévère est associée à des troubles orthopédiques, métaboliques et endocriniens, à des conséquences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

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

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

D'après les enquêtes nationales de santé réalisées en milieu scolaire, 12 % des enfants en grande section de maternelle (GSM), 18 % des enfants en CM2 et 18 % des adolescents scolarisés en classe de troisième sont en surcharge pondérale (surpoids ou obésité) ; les chiffres relatifs aux adolescents sont plus anciens que pour les autres classes d'âge (cf. tableau 1). L'obésité à proprement parler (selon les normes de l'*International Obesity Task Force* (IOTF)) concerne entre 3,5 % et 4 % des enfants de chaque niveau (grande section de maternelle, CM2, 3^{ème}). En grande section de maternelle, le surpoids est moins fréquent que chez les élèves de CM2 ou de troisième. L'enquête réalisée en 2012-2013 auprès des enfants de 5-6 ans montre que 3,5 % des enfants sont obèses et 8,4 % en surpoids. À cet âge, les filles sont plus fréquemment en surpoids (10 %) que les garçons (7 %) alors que les prévalences d'obésité sont proches (respectivement 3,8 % et 3,2 %). L'enquête réalisée en 2014-2015 auprès des enfants de CM2 montre que 7 % des enfants sont obèses et 15 % sont en surpoids. 15 % des filles sont en surpoids contre 14 % des garçons et 4 % sont obèses contre 3 %. L'enquête réalisée auprès des élèves de 3^{ème} en 2016-2017 montre que 5 % des adolescents sont obèses et 13 % sont en surpoids. 15 % des filles sont en surpoids et 5 % sont obèses. Parmi les garçons, 12 % sont en surpoids et 5 % sont obèses.

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



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

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

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

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

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

Compte tenu de leur structure sociale, les écoles relevant de l'éducation prioritaire ont plus d'enfants en surcharge pondérale : c'est le cas de 16 % des enfants scolarisés en GSM en zone d'éducation prioritaire¹ (ZEP), contre 12 % dans les autres établissements publics hors éducation prioritaire et 8 % dans les écoles privées. De même, en 2014-2015, 25 % des enfants de CM2 en éducation prioritaire² sont en surcharge pondérale contre 18 % dans les autres établissements publics hors éducation prioritaire et 14 % dans les écoles privées. Concernant les élèves de 3^{ème}, en 2016-2017, 25 % des élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire sont en surcharge pondérale contre 17 % des élèves non scolarisés en éducation prioritaire. Ces disparités reflètent notamment des différences de modes de vie (sédentarité) et de consommation alimentaire selon le milieu social.

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

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

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

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

⁽¹⁾ le groupe socioprofessionnel des parents est défini comme le groupe social le plus élevé parmi les deux parents. Ce mode de calcul diffère des précédentes éditions et les résultats ne peuvent donc pas être comparés entre eux.

Construction de l'indicateur Pour trois classes d'âge - enfants de grande section de maternelle, élèves de CM2, et élèves de troisième - les indicateurs retenus sont la proportion d'enfants obèses, la proportion d'enfants en surpoids et la proportion d'enfants en surcharge pondérale qui est la somme des enfants en surpoids et des enfants obèses.

Le poids et la taille des adolescents ont été mesurés le jour de l'examen. L'indicateur utilisé pour évaluer la corpulence est l'indice de masse corporelle (IMC) qui correspond au rapport entre le poids (en kg) et le carré de la taille (en mètre).

Contrairement aux adultes pour lesquels il existe une valeur seuil unique de l'IMC pour définir la surcharge pondérale ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) et une pour l'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$), chez l'enfant les seuils évoluent avec l'âge et le sexe du fait des variations de la corpulence survenant au cours de la croissance. Les seuils retenus dans cette étude pour établir le surpoids et l'obésité sont ceux des tables de références établies pour les enfants par un groupe de travail réuni sous l'égide de l'OMS : l'International Obesity Task Force (IOTF). Ces seuils de référence internationaux ont été définis pour chaque sexe et à chaque âge entre 2 et 18 ans.

Précisions méthodologiques Cet indicateur s'appuie sur des données issues des enquêtes nationales de santé en milieu scolaire organisées conjointement par la Drees et la DGS du Ministère chargé de la santé, la DGESCO et la DEPP du Ministère chargé de l'éducation, et Santé publique France. Ces enquêtes sont menées par les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale alternativement auprès des élèves de trois classes d'âges : les enfants scolarisés en grande section de maternelle, en CM2 ou en troisième (générale, technologique, insertion ou SEGPA). Compte tenu du fait que les enquêtes sont réalisées actuellement tous les six ans pour une même catégorie d'âge, l'indicateur ne peut pas être mis à jour globalement tous les ans.

Pour plus de détails sur les commentaires de cet indicateur, se reporter aux publications Études et résultats n°155, n°250, n°283, n°313, n°322, n°573, n°632, n°737, n°853, n°920 et n°1122 de la Drees.

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

¹ Depuis la rentrée 2006, l'éducation prioritaire repose sur de nouveaux critères et un nouveau découpage, mais afin d'assurer la comparabilité avec les enquêtes antérieures, l'enquête 2012-2013 utilise l'ancien découpage, connu sous le terme de zone d'éducation prioritaire (ZEP). Les enfants scolarisés en ZEP représentent 12 % de l'ensemble des enfants de grande section de maternelle.

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

2.1.2. Prévalence du tabagisme quotidien

Finalité Avec près de 68 000 décès chaque année, le tabac est la première cause de mortalité évitable. Le coût pour la société de cette consommation est estimé à 156 Md€ par an (estimation pour l'année 2019 et en prenant en compte uniquement les 13 millions de fumeurs quotidiens). Les pouvoirs publics mettent en œuvre de nouvelles mesures pour réduire la consommation de tabac dans le cadre du programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, en articulation avec les ARS et les programmes régionaux de santé. Une attention particulière est accordée aux enfants et adolescents par le déploiement de programmes de renforcement des compétences psycho-sociales, en partenariat avec le ministère de l'éducation nationale, les rectorats, dans l'enseignement agricole, pour les jeunes confiés à la protection judiciaire de la jeunesse ou à l'aide sociale à l'enfance. De même, le soutien à l'arrêt du tabac est une priorité pour les populations en situation de précarité à faible revenu ou statut socio économiquement modeste, en raison de très fortes inégalités sociales selon le revenu ou l'activité. Les mesures visant à réduire le tabagisme sont présentées dans un paragraphe dédié (cf. infra).

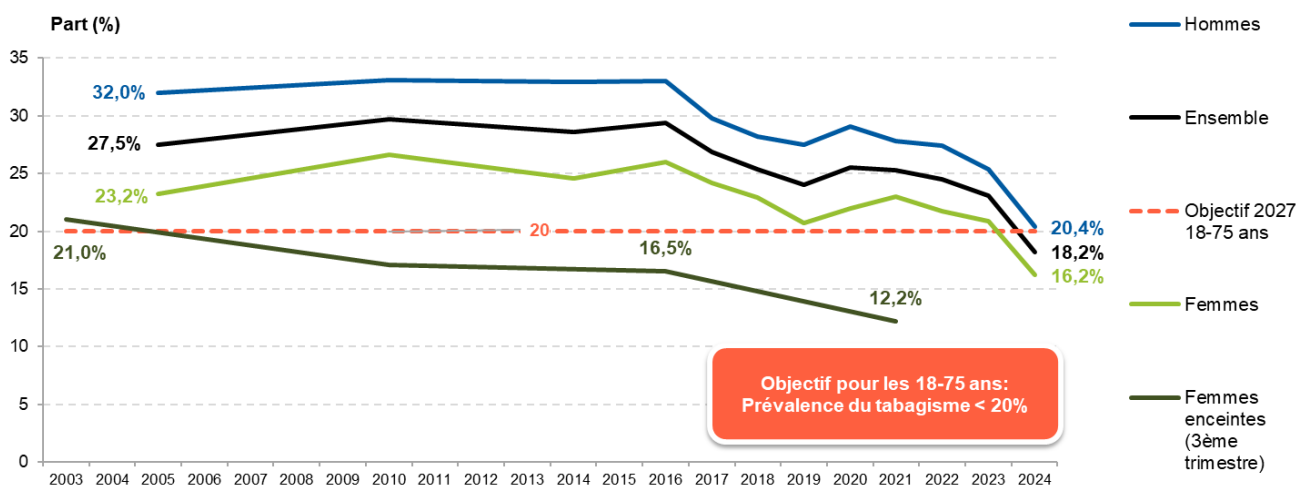
Résultats Les données concernant la prévalence du tabagisme quotidien sont présentées en part de la population.

Chez les jeunes de 17 ans, la prévalence du tabagisme quotidien a baissé significativement entre 2017 et 2022 de 25,1% à 15,6%, de même pour l'expérimentation du tabac (cf. graphique 2). La tendance à la baisse du tabagisme chez les jeunes, observée depuis les années 2000, est rapportée aussi bien chez les filles que chez les garçons de 17 ans, mais l'usage quotidien reste cependant plus souvent le fait des garçons (17,0 % contre 14,2 % des filles).

Chez les adultes (18-75 ans), le tabagisme quotidien est en nette baisse par rapport à 2021, passant de 25 % en 2021 à 18,2 % en 2024, atteignant ainsi déjà l'objectif fixé pour 2027. Cette baisse s'inscrit dans une tendance initiée depuis 2016, avec 4 millions de fumeurs en moins en dix ans. Cette prévalence reste toutefois trop élevée et se traduit par des inégalités sociales marquées : elle est 2,1 fois plus élevée parmi les ouvriers que parmi les cadres (25,1 % contre 11,8 % chez les 18-79 ans) et 3 fois plus élevée parmi les personnes qui perçoivent leur situation financière comme difficile que parmi celles qui se déclarent à l'aise financièrement (30 % contre 10,1 %). Par ailleurs, le tabagisme quotidien est plus fréquent dans trois régions (Grand Est, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur) par rapport au reste de la France.

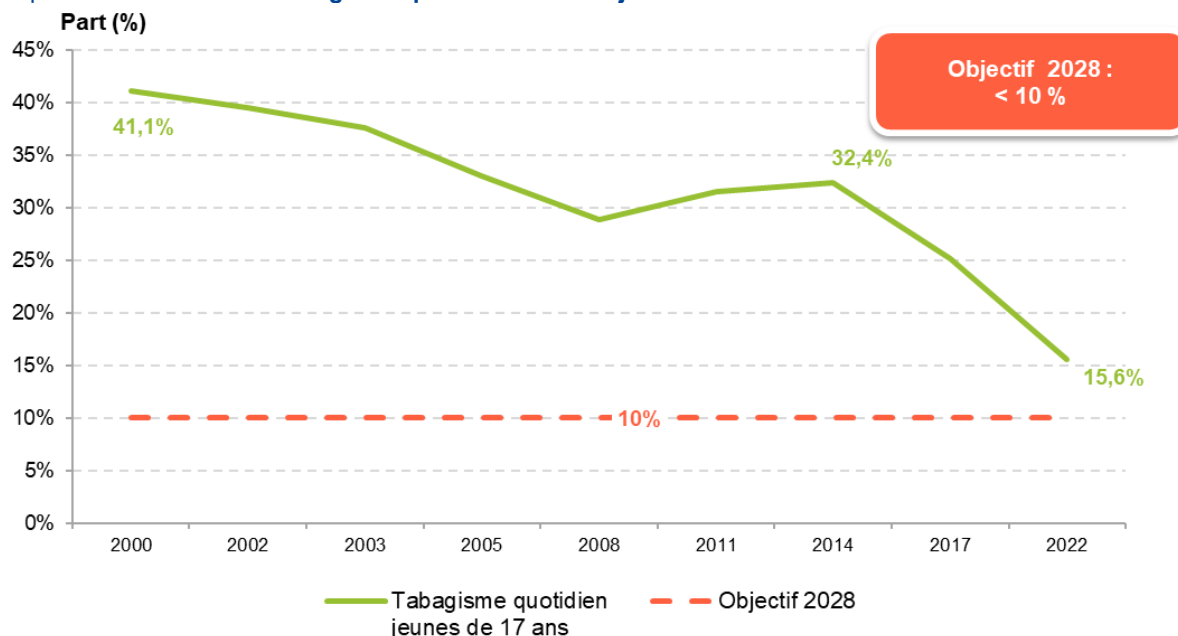
Grâce à l'enquête nationale périnatale en 2021, il est observé que la proportion des femmes déclarant une consommation de tabac au 3^e trimestre est en diminution par rapport à la précédente enquête (12,2 % en 2021 contre 16,5 % en 2016).

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



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

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

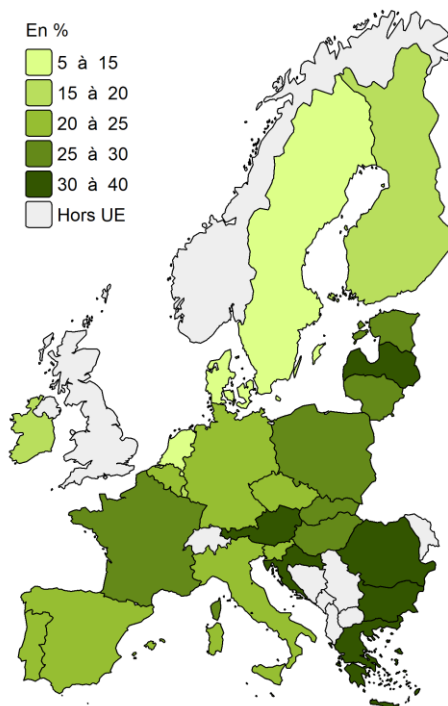


Sources : Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)

Concernant le vapotage, la prévalence du vapotage quotidien s'élevait à 6.5 % parmi les 18-75 ans versus 6.1 % en 2023, proportion non significativement différente mais en augmentation depuis 2016 (2.5 %). L'usage de la cigarette électronique à 17 ans est aussi en très nette progression entre 2017 et 2022 : l'usage quotidien a triplé, progressant de 1,9 % à 6,2 %.

La prévalence du tabagisme en France est l'une des plus élevées des pays de l'OCDE (Eurobaromètre 2023) pour les consommateurs occasionnels et quotidiens de 15 ans et plus : 27 % soit au-dessus de la moyenne européenne à 24% alors que la Suède est à 8%, les Pays Bas 11%, le Danemark 14% et l'Irlande 16%.

Carte 1 • Prévalence du tabagisme chez les plus de 15 ans, en comparaisons européennes (en %)



Source : OCDE

Mesures visant à réduire le tabagisme

Face à cette prévalence qui demeure élevée et aux inégalités sociales qui restent marquées, un arsenal de leviers - économiques, sanitaires et sociaux - est mobilisé dans le cadre du programme national de lutte contre le tabac (PNLT) 2023-2027, lancé en novembre 2023. Il vise une ambition : atteindre la première génération débarrassée du tabac (moins de 5 % des jeunes de 18 ans fumeur quotidien) en 2032. Il comprend 5 engagements : protéger les jeunes du tabagisme ; accompagner les fumeurs, en particulier les plus vulnérables ; préserver notre environnement de la pollution liée au tabac ; transformer les métiers du tabac et lutter contre les trafics ; améliorer la connaissance sur les dangers liés au tabac et les interventions pertinentes.

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

Précisions sur l'indicateur : L'exercice prévision/réalisation est très largement dépendant de l'évolution des mesures de lutte contre le tabac, telle que la réglementation sur les espaces sans tabac ou l'évolution de la taxation des tabacs et des cigarettes.

Les données sont issues du Baromètre de Santé publique France (réalisé tous les ans depuis 2016 puis tous les 2 ans à partir de 2024) pour la population générale, de l'enquête nationale périnatale pour les femmes enceintes (dernière édition en 2021), et de l'enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD) pour les adolescents de 17 ans (dernière édition en 2022).

À partir de 2024, une nouvelle méthode a été mise en œuvre afin d'améliorer la qualité des statistiques produites : une enquête reposant sur un tirage au sort d'individus dans les fichiers démographiques sur les logements et les individus de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Fideli) et sur un protocole de collecte multimode (internet et téléphone). L'enquête interroge les personnes âgées de 18 à 79 ans résidant en France hexagonale, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion. En 2024, 34 940 personnes ont répondu à l'enquête.

Au-delà du mode de collecte (multimode internet et téléphone), la méthode d'enquête a également été modifiée en ce qui concerne le tirage au sort des individus invités à participer, le protocole de contact et les traitements post-collecte. Ces changements ont permis d'améliorer la participation à l'enquête et d'obtenir des estimations de meilleure qualité, mais invitent à interpréter avec précaution les évolutions (notamment par rapport aux résultats des précédents Baromètres Santé). Les résultats présentés ici ont été ajustés pour les 18-75 ans afin de permettre la comparaison avec les précédents Baromètres Santé, mais pour la prochaine prévalence du Baromètre Santé 2025, ils seront présentés en 2026 pour les 18-79 ans.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DGS

2.1.3. Consommation d'alcool par habitant

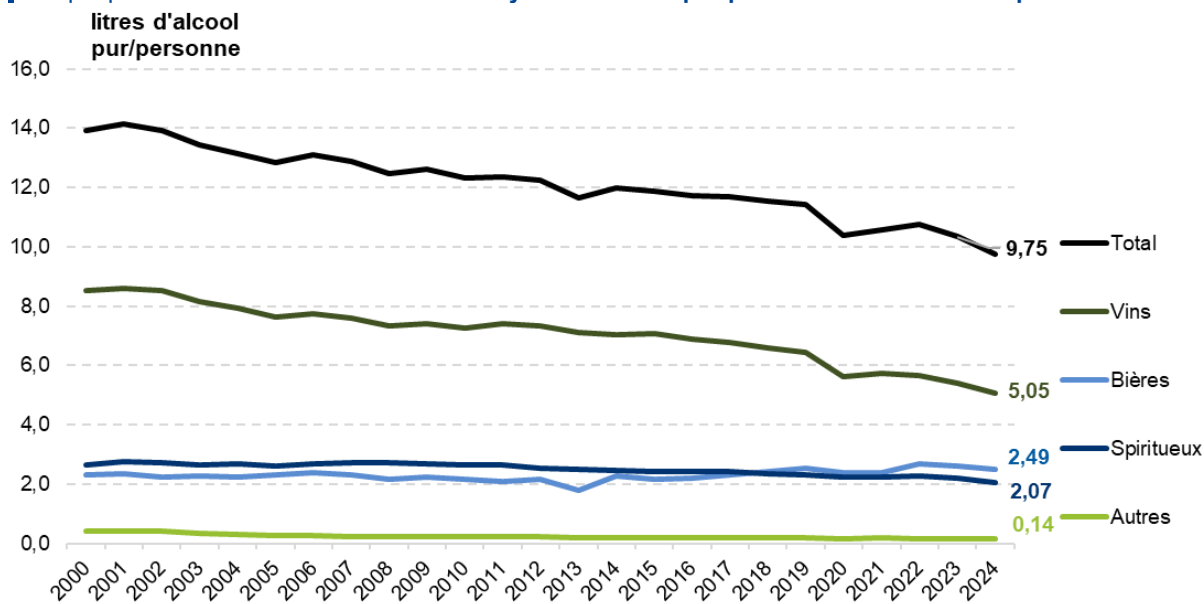
Finalité Comme le tabac, l'alcool est un facteur de morbidité majeur. La diminution de la consommation d'alcool des plus de 15 ans constitue une priorité de santé publique réaffirmée dans la Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027 et dans la stratégie décennale cancer 2021-2030.

Malgré une diminution régulière de la consommation moyenne d'alcool pur par français de 15 ans et plus, l'alcool est la deuxième cause de mortalité évitable : 41 000 décès par an (dont 16 000 cancers). Il représente également le deuxième facteur de risque de cancer après le tabac : 28 000 nouveaux cas de cancer par an dont 8 000 cancers du sein et il s'agit de la première cause de handicap mental à la naissance non génétique (1/1000 des naissances), du fait de l'alcoolisation fœtale. Enfin, l'alcool pèse sur les finances publiques et sur le système de santé, en représentant un coût social estimé à 102 Md€ par an en 2019¹. Ce coût social reste très élevé comparé aux recettes fiscales dégagées par les taxes sur les alcools qui s'élèvent à près 4 Md€ (cf. indicateur Financement n°2-9).

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

Résultats Le rythme de diminution de la consommation d'alcool sur le territoire français, assez rapide au début des années 2000, s'est ralenti depuis 2005. Entre 2013 et 2014, la quantité d'alcool consommée a augmenté de 0,3 litre équivalent d'alcool pur. Ceci est dû exclusivement à une augmentation de la consommation de bière (de 1,8 litre d'alcool pur en 2013 à 2,3 litres en 2014) dont la diminution particulièrement forte en 2003 s'explique par l'augmentation des taxes prévues par la LFSS 2013. En 2018, la consommation moyenne d'alcool pur s'élève à 11,6 litres en équivalent d'alcool pur et elle continue de diminuer en 2019, où elle s'élève à 11,4 litres équivalent d'alcool pur, jusqu'à 9,75 en 2024².

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



Source : Insee/OFDT

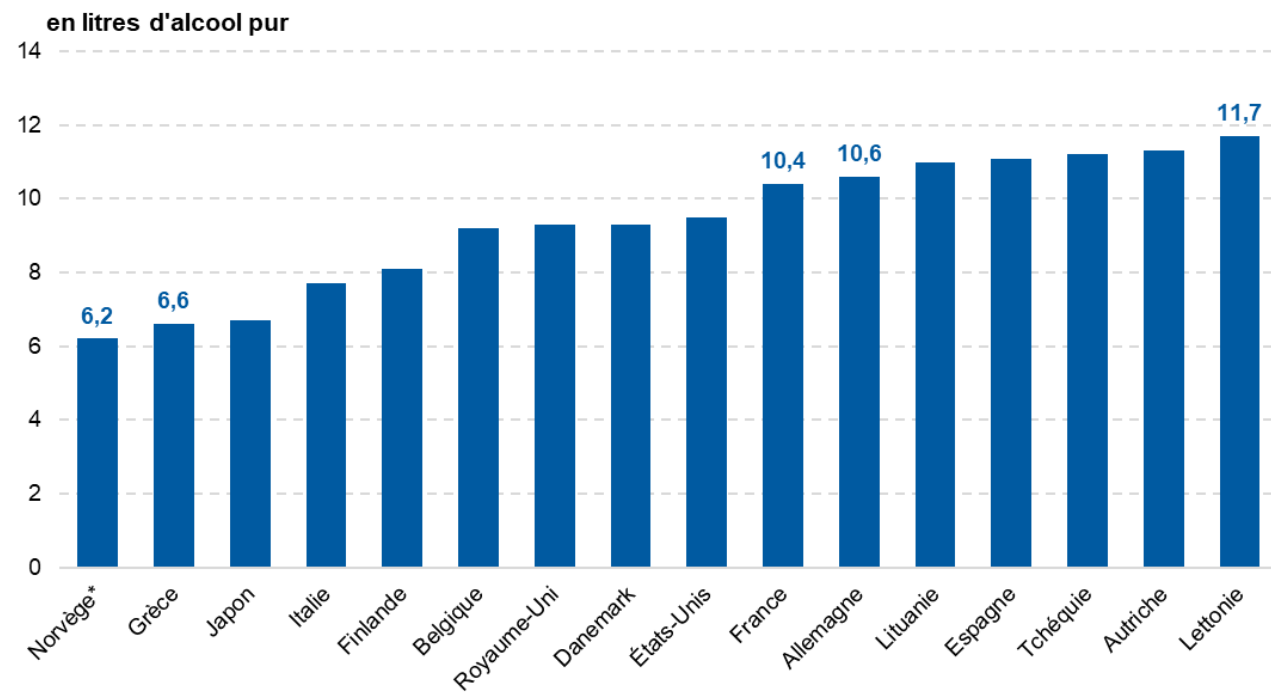
Note : La catégorie « Autres » comprend certains produits intermédiaires (boissons alcoolisées contenant un mélange d'alcool fermenté et d'alcool distillé) ainsi que les cidres et les poirés. Les vins doux naturels et les vins de liqueurs qui sont techniquement des produits intermédiaires ont été comptés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

¹ OFDT : Le coût social des drogues : estimation en France en 2019 | OFDT

² La consommation d'alcool et ses conséquences en France en 2024 | OFDT

En 2024, la France est le septième pays de l'OCDE en termes de consommation d'alcool par habitant (10,4 L d'alcool pur) ce qui la place à des niveaux proches de ceux des pays de l'Est (Lettonie, Pologne, République Tchèque, Lituanie).

Graphique 2 • Consommation annuelle moyenne d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus en comparaisons internationales, en 2024



Sources : OCDE, 2025
* donnée entre 2022 et 2024 selon les pays

Sources des données Les données de consommation proviennent de l'Office français des drogues et tendances addictives (OFDT) et de l'OCDE. Les données relatives à la mortalité et au nombre de cancers léaux attribuables à la consommation d'alcool datent respectivement de 2019 et 2015 (BEH du 19 février 2019).

Construction de l'indicateur La consommation d'alcool pur moyenne par habitant de 15 ans et plus se déduit du nombre de litres d'alcool pur vendus en France rapporté au nombre d'habitants âgés de 15 ans et plus.

Précisions méthodologiques L'indicateur est construit à partir des statistiques fiscales, complétées par des estimations de l'autoconsommation déterminées dans le cadre d'un groupe de travail rassemblant des experts en collaboration avec l'Insee. L'alcool étant soumis à des droits de consommation (droits d'accises) fondés sur les volumes, il est donc possible de reconstituer les quantités d'alcool consommées à partir des montants de recettes fiscales. Les quantités d'alcool exportées par la France ne sont pas soumises à ces droits (en France) et ne sont donc pas incluses dans ces chiffres. Le calcul repose également sur des évaluations du degré moyen d'alcool des différentes catégories de vins et de cidres. Toutefois, l'estimation des quantités d'alcool qui échappent à la taxation s'accompagne de marges d'incertitudes non négligeables (de l'ordre de 2 % à 3 % des quantités totales). De plus, la quantité d'alcool soumise à taxation constitue un indicateur de consommation moyenne de l'ensemble des personnes présentes sur le territoire français, y compris les non-résidents (les touristes principalement). De même, les achats de ces personnes viennent gonfler les chiffres de consommation d'alcool des Français. La non-prise en compte des achats d'alcool des Français à l'étranger vient en partie réduire cette surestimation. Les touristes viennent en très grand nombre en France mais la plupart n'y séjournent que pour une courte durée. Des calculs effectués à partir de statistiques de nuitées d'hôtel des étrangers montrent, ainsi, que la contribution des touristes à la consommation sur le territoire français représente au plus 2 % des quantités totales d'alcool.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DGS

2.1.4. Pollution de l'air

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

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

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

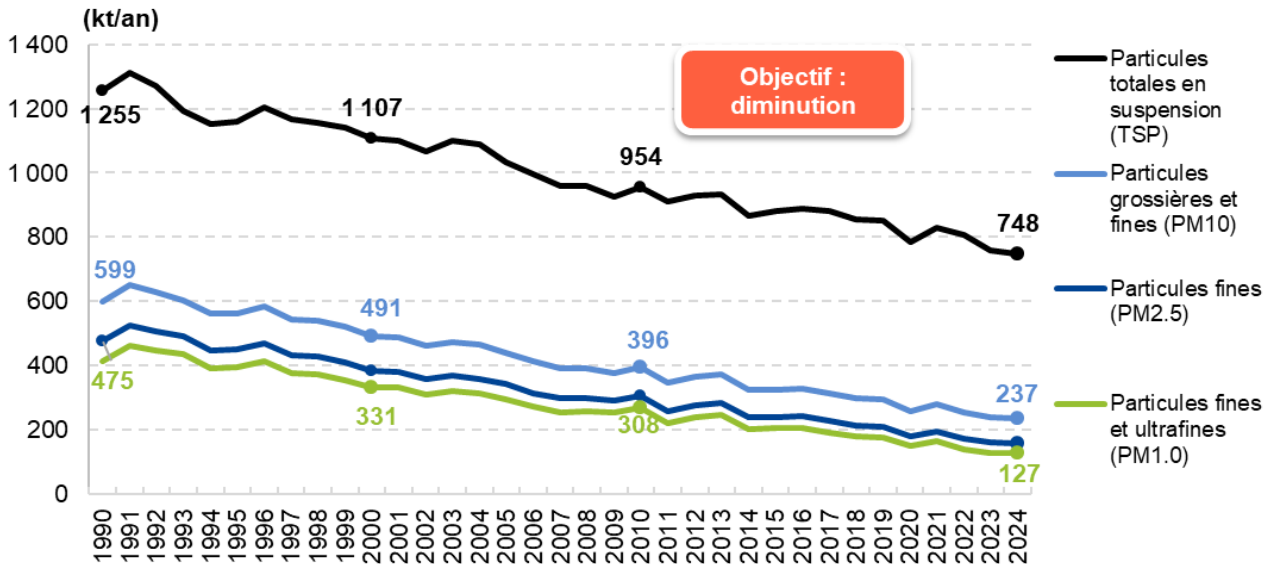
Résultats Le niveau des émissions de particules totales en suspension (TSP) est globalement en baisse depuis 1990. Tous les secteurs d'activité contribuent aux émissions de TSP. Les principaux secteurs émetteurs au cours de la période sont l'agriculture/sylviculture, notamment du fait des travaux des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

Lors des dernières années, la tendance générale révèle une baisse continue des émissions totales de particules qui, bien que plus lente, suit la tendance historique observée depuis 1990. Ainsi, au cours des 30 dernières années, les émissions de TSP ont diminué de 40 %, et les émissions de particules fines et ultrafines d'environ 69 % (cf. graphique 1). Certains secteurs comme le transport routier ou le résidentiel/tertiaire sont en constante diminution de leurs émissions de particules. Cependant, les émissions des autres secteurs ont plutôt tendance à stagner ces dernières années.

Les creux d'émissions observés s'expliquent généralement par des phénomènes temporaires : crise économique en 2009, douceur du climat en 2011 et 2014 (moindre recours au chauffage et donc à la combustion). Les mesures de confinement mises en place au printemps 2020 pour limiter la propagation de la Covid-19 ont à ce titre entraîné une réduction de l'exposition de la population à la pollution (baisse du trafic, diminution de la production...). Un recul des émissions nationales de TSP de 8 % est ainsi observé entre 2019 et 2020. D'après l'évaluation quantitative d'impact sur la santé (EQIS) réalisée par Santé Publique France, 2 300 décès liés aux PM ont été évités, montrant l'impact de la pollution de l'air sur la santé.

Enfin, les émissions de TSP pourraient augmenter dans les prochaines années du fait de l'évolution du climat et du développement de la combustion de la biomasse, qui est plus émettrice de particules que les combustibles auxquelles elle se substitue généralement (fioul, gaz naturel). En effet, dans le cadre de la lutte contre le changement climatique, les politiques publiques soutiennent un accroissement de la biomasse dans le mix énergétique tout en lançant un plan d'actions visant à réduire les émissions de particules fines dans l'air (PM_{2,5}). Les particules fines représentent 30 % des émissions annuelles du chauffage au bois prévues sur la période 2020 – 2030. Notons que la rigueur de l'hiver 2021 a d'ailleurs déjà entraîné une augmentation des consommations de biomasse du secteur résidentiel (+14% de consommations de bois-énergie pour le résidentiel entre 2020 et 2021), et donc des émissions de PM_{2,5} notamment pour le chauffage résidentiel (+11%). Toutefois, le niveau d'émission de 2021 reste inférieur de 3 % à celui de 2019, avant la crise sanitaire et les données de 2024 esquissent une baisse de 19,2 % des particules fines dans l'air (PM_{2,5}) par rapport à 2021.

Graphique 1 • Emissions de particules dans l'air

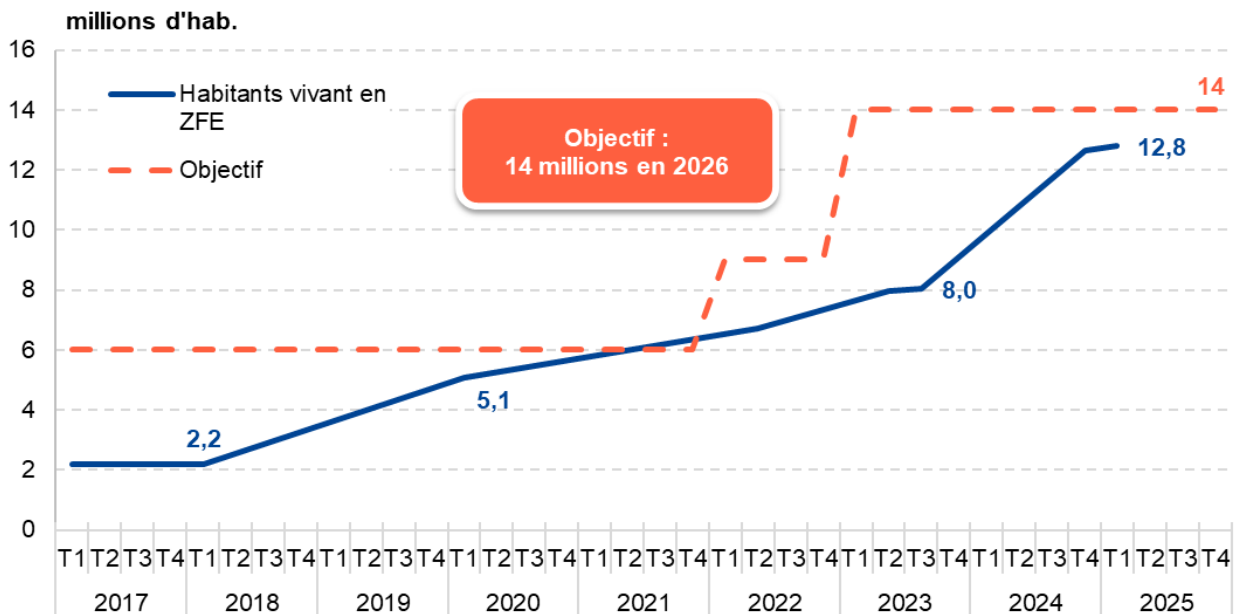


Note de lecture : En 2024, on estime le nombre de TSP émises en France à 748 kt. 34 ans auparavant, elles étaient de 1255 kt.

Source : Citepa édition 2024 - inventaire national d'émissions de gaz à effet de serre et de polluants atmosphériques - citepa.org

Afin de limiter les expositions, certaines collectivités territoriales ont mis en place des zones à faibles émissions mobilité (ZFEm), dans lesquelles la circulation des véhicules les plus polluants est interdite. En 2021, deux nouvelles ZFE ont été créées (Rouen et Reims) et s'ajoutent aux trois premières ZFE (Paris, Grenoble et Lyon). Début 2022, quatre ZFE supplémentaires viennent compléter cette liste (Saint-Etienne, Nice, Toulouse et Strasbourg). 25 ZFE sont actuellement (au 1^{er} janvier 2025) actives sur le territoire national. Enfin, le projet de loi climat et résilience, prévoit de créer une trentaine de nouvelles ZFEm et de mettre en place une ZFEm dans les agglomérations de plus de 150 000 habitants d'ici fin 2024. Ainsi, 12,8 millions de personnes vivent dans une zone à faible émissions mobilité au 1^{er} janvier 2025 (cf. graphique 2). Ce chiffre a été multiplié par 5,8 depuis 2017, l'objectif étant d'atteindre 14 millions d'habitants dans des ZFE d'ici à décembre 2026.

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



Note de lecture : En 2025, 12,8 millions de personnes vivaient dans une zone à faibles émissions en France. Pour 2026, l'objectif s'élève à 14 millions de personnes vivant dans ces ZFE.

Source : Baromètre de l'action publique

Précisions méthodologiques

Les particules sont différenciées selon leur diamètre :

- les particules totales en suspension (appelées TSP pour l'acronyme anglais Total Suspended Particles) regroupant l'ensemble des particules en suspension dans l'air, quelle que soit leur taille,
- les PM₁₀, particules dont le diamètre aérodynamique est inférieur ou égal à 10 µm (microns),
- les PM_{2,5}, particules dont le diamètre aérodynamique est inférieur ou égal à 2,5 µm,
- les PM_{1,0}, particules dont le diamètre aérodynamique est inférieur ou égal à 1,0 µm,
- les particules ultra fines (PUF), particules dont le diamètre est inférieur à 0,1 µm,

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

Pour aller plus loin

Citepa, « Gaz à effet de serre et polluants atmosphériques : Bilan des émissions en France de 1990 à 2024 » rapport national d'inventaire / format secten, édition 2024

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.2. Améliorer le dépistage des cancers et des ISTs

2.2.1. Dépistage organisé des cancers

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

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

Résultats Après une baisse continue depuis de nombreuses années, suivie d'une chute en 2020 liée à la crise sanitaire du Covid-19, le taux de participation au programme de dépistage organisé des cancers du sein était de 46,5 % en 2022-2023, en baisse par rapport à 2021-2022 (cf. graphique 1). Le taux de couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus est stable depuis 2021 et était de 59,5 % en 2020-2022, malgré une baisse du nombre de dépistages réalisés en 2020 (données non présentées) (graphique 2). S'agissant du dépistage du cancer colorectal, le taux de participation au programme est stable depuis 2020 et s'élevait à 34,2 % en 2022-2023 (cf. graphique 3). Pour ces trois programmes, les indicateurs de participation ou de couverture restent en deçà des objectifs européens fixés.

Concernant le dépistage organisé du cancer du sein : 2,6 millions de femmes ont effectué une mammographie de dépistage organisée en 2023. Le taux national de participation pour la période 2022-2023 est de 46,5 %, soit 44,8 % pour l'année 2022 et 48,2 % pour l'année 2023.

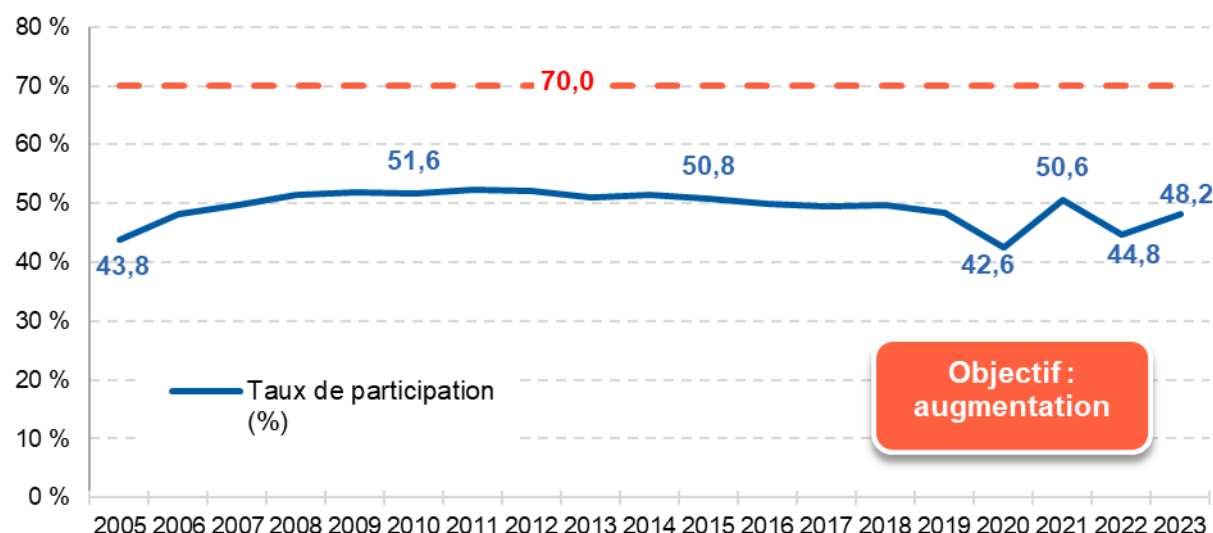
Après avoir augmenté jusqu'en 2011-2012 pour atteindre un pic à 52,3 %, la participation au programme est en diminution depuis 10 ans, pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions. En 2020, en raison du premier confinement et de la fermeture des CRCDC, le taux de participation avait nettement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

En 2022-2023, la participation est de 46,5 %, inférieure à celle de 2021-2022 (47,7%). Sur les dernières années, l'interprétation de l'évolution du taux de participation reste complexe en raison de l'impact de l'épidémie de Covid-19 qui continue de perturber le rythme d'envoi des invitations à participer au programme de dépistage organisé.

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

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

Graphique 1 • Graphique 1 • Participation au programme national de dépistage organisé du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans (taux standardisés)

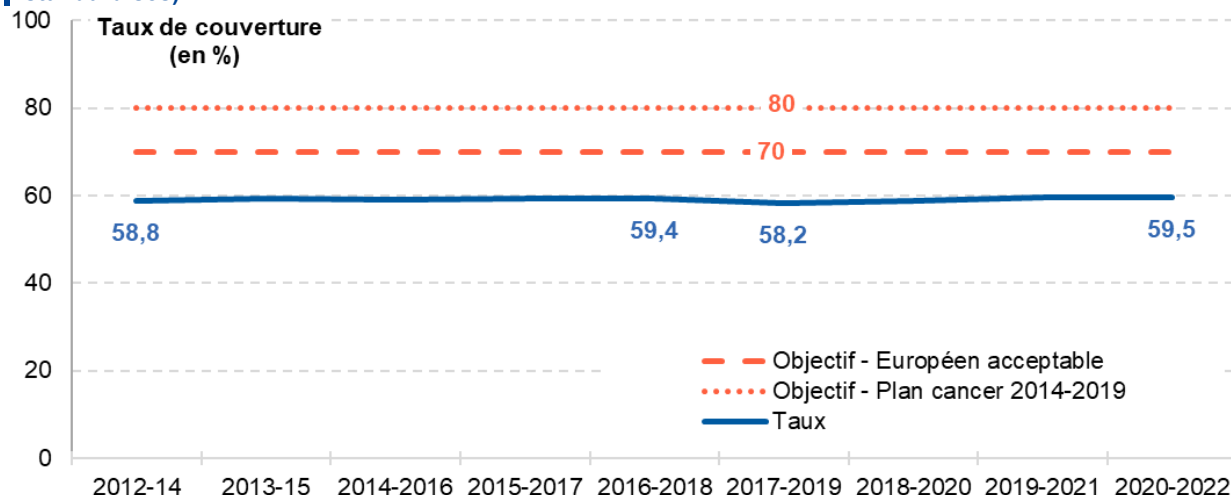


Sources : Données issues des CRCDC et Insee (ELP). Exploitation Santé publique France 2024 (standardisation sur la population française Insee 2009 (projections de population Omphale, scénario central, 2007-2042))

Concernant le cancer du col de l'utérus (cf. graphique 2), le taux de couverture national pour l'ensemble des femmes âgées de 25 à 65 ans est de 59,5 % pour la période 2020-2022 et varie selon les départements. Le taux de couverture brut par tranche d'âge quinquennale au niveau national le plus élevé est observé au sein de la tranche d'âge la plus jeune (25-29 ans, 67,0 %), puis diminue de manière importante à partir de 45 ans, pour atteindre 46,9 % chez les femmes âgées de 60 ans à 65 ans.

La proportion de femmes de 30 à 65 ans dépistées par la méthode du test HPV (recommandation HAS 2019) augmente rapidement : elle était de <1 % en 2019, de 22,8 % en 2020 et de 87,2 % en 2022. Pour les femmes âgées de 30 à 34 ans, cette montée en charge reste la moins rapide. 85,4 % des tests réalisés sur cette tranche d'âge en 2022.

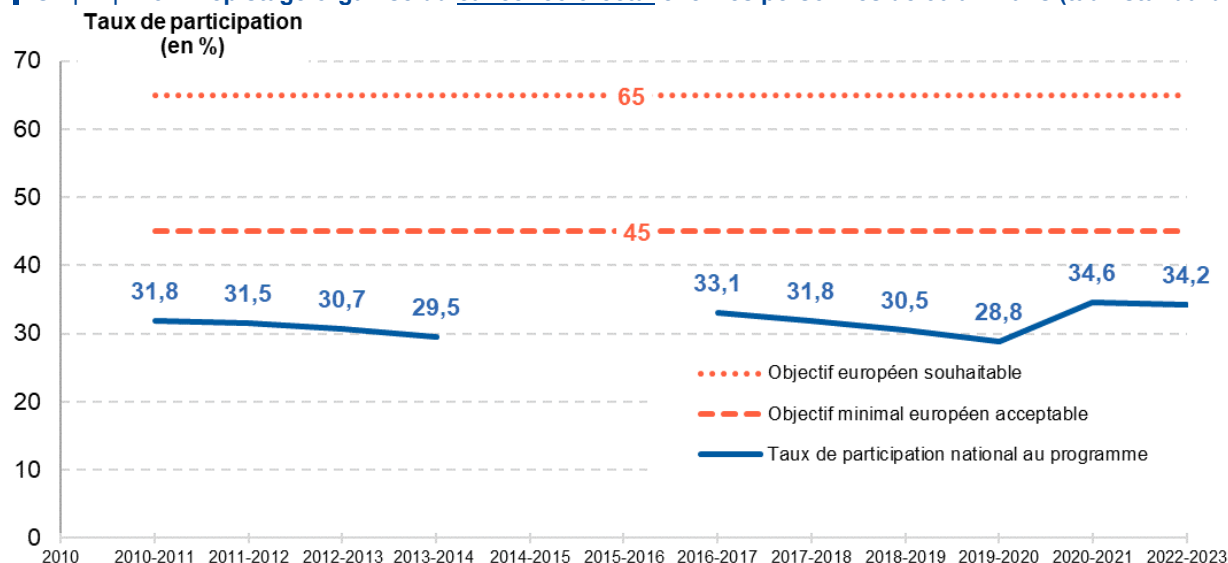
Graphique 2 • Couverture de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes de 25 à 65 ans (taux standardisés)



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

Dépistage du cancer colorectal : 6,2 millions de personnes ont réalisé un test de dépistage, quel qu'en soit le résultat (positif, négatif ou non analysable), ce qui représente un taux de participation-population éligible standardisé sur l'âge de 34,2 % pour la période 2022-2023. Ce taux est stable depuis 2020 mais toujours en-deçà du standard européen acceptable de 45 %. Ce taux de participation reste plus élevé chez les femmes (35,4 %) que chez les hommes (32,8 %), il augmente avec l'âge et varie selon les départements.

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



Sources : Données issues des CRCDC et Insee (ELP). Exploitation Santé publique France 2024 (standardisation sur la population française Insee 2009 (projections de population Omphale, scénario central, 2007-2042))
Note : ruptures de série entre 2015 et 2016 (cf. construction de l'indicateur)

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

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

Précisions pour le cancer colorectal :

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

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

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

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

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

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

Pour aller plus loin :

Rogel A, Plaine J. Bulletin. Cancers. Dépistages organisés. [Les 20 ans du programme national de dépistage organisé du cancer du sein : bilan des invitations et de la participation](#). Édition nationale. Octobre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 10 p. Directrice de publication : Caroline Semaille

Audiger C, Plaine J. [Participation au programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus Période 2014-2023. Bulletin](#). Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 11 p., juillet 2024

Quintin C. Bulletin. Dépistages organisés. [Participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal, période 2022-2023 et évolution depuis 2010](#). Édition nationale. Mai 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 10 p

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

2.2.2. Limiter la propagation du VIH et des IST bactériennes

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

La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 a également fixé comme cibles pour 2030 de réduire l'incidence des infections sexuellement transmissibles (IST) bactériennes les plus fréquentes et notamment la syphilis, les gonococcies et les infections à *Chlamydia trachomatis*.

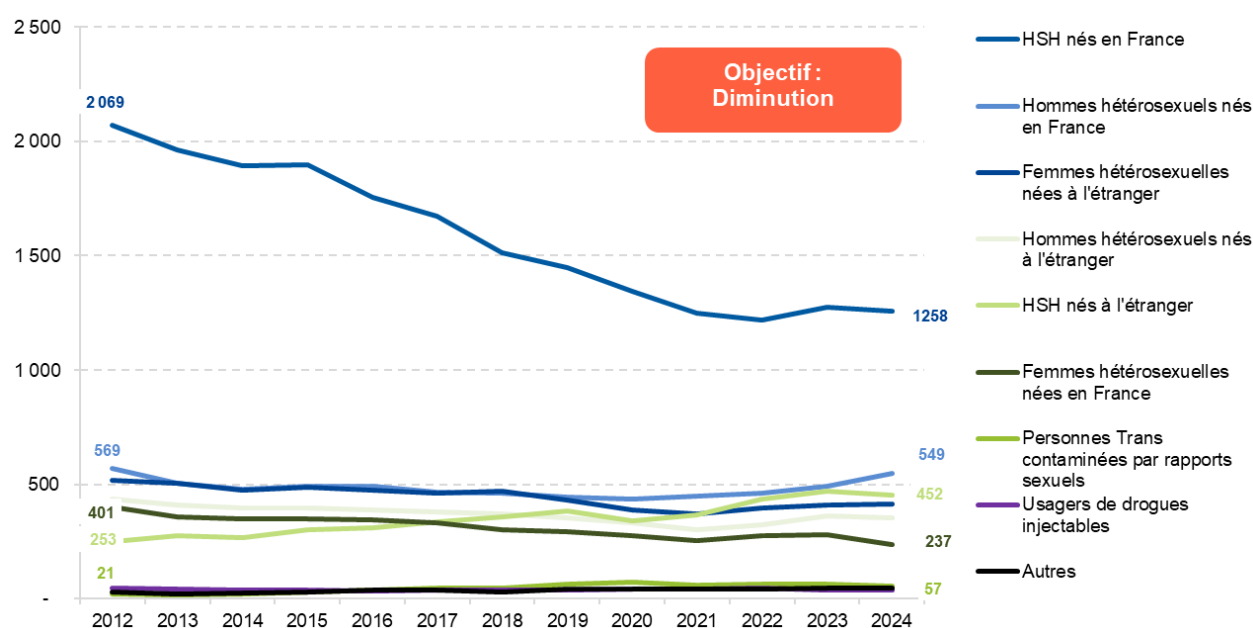
Résultats L'estimation de l'incidence du VIH est actualisée chaque année depuis 2023 en isolant les contaminations survenues en France. Cette restriction est importante, puisque parmi les personnes nées à l'étranger ayant découvert leur séropositivité en France en 2024, il a été estimé que 53% avaient été contaminées avant leur arrivée en France. Le nombre de personnes nouvellement contaminées par le VIH en France a ainsi été estimé à 3 385 [IC95% : 3 089-3 681] en 2024 (cf. graphique 1), soit un taux d'incidence rapporté à la population de 4,9 pour 100 000 habitants. L'incidence du VIH a diminué entre 2012 et 2021, en lien avec une diminution chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (HSH) nés en France, et malgré une augmentation chez les HSH nés à l'étranger. Depuis 2021, l'incidence s'est stabilisée, les intervalles de confiance qui sont larges en 2024 ne permettant pas de parler d'augmentation.

A partir des 3 749 découvertes de séropositivité en 2024, déclarées au 30 juin 2025 (nombre brut), le nombre total de personnes ayant découvert leur séropositivité en 2024 a été estimé à 5 125 [IC95% : 5 003-5 247] (cf. graphique 2). L'augmentation observée jusqu'en 2023 fait suite à une diminution importante en 2020 liée à l'épidémie de Covid-19 et résulte de la conjonction d'évolutions très différentes selon les populations. Cette augmentation s'est interrompue avec une stabilisation en 2024.

En 2023, les nombres de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis*, de gonococcie ou de syphilis ont été estimés respectivement à 55 000, 23 000 et 5 800. Ils continuent d'augmenter sur les années récentes, et ceci est particulièrement vrai pour les gonococcies, notamment chez les hommes (cf. graphique 3). Concernant les infections à *Chlamydia trachomatis*, cette augmentation ne concerne plus que les hommes (cf. graphique 4). Quant au nombre de diagnostics de syphilis, il augmente dans les deux sexes (cf. graphique 5).

En termes de prévention, la stratégie repose sur une approche de prévention combinée qui vise à articuler, au mieux et en fonction des besoins de chacun, les outils disponibles : préservatif, dépistage répété et régulier du VIH et des autres IST, recours aux traitements préventifs du VIH (traitement post-exposition-TPE-, prophylaxie pré-exposition-PrEP- et « treatment as prevention »-Tasp-), traitement adapté des IST bactériennes, vaccination. Concernant la PrEP qui permet d'éviter une contamination par le VIH, sa diffusion se poursuit mais a tendance à se ralentir. Le nombre total de personnes sous PrEP était de 67 505 au 1^{er} semestre 2025, soit une augmentation de +11% par rapport au 1^{er} semestre 2024 (dernier point de situation publié par Epi-Phare). L'ouverture de la primo-prescription de la PrEP à la médecine de ville depuis le 1^{er} juin 2021 a eu un impact important, puisque la majorité (53% des renouvellements et 51% des initiations de PrEP au 1^{er} semestre 2025 ont été prescrits par des médecins libéraux.

Graphique 1 • Incidence pour 100 000 habitants du VIH en France par année de contamination

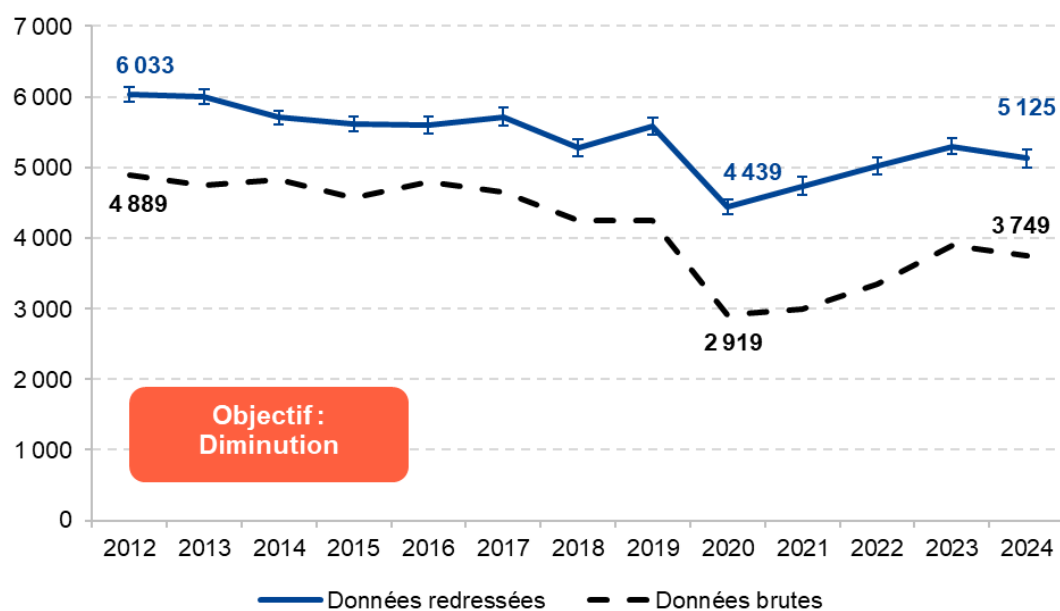


HSH : Hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes

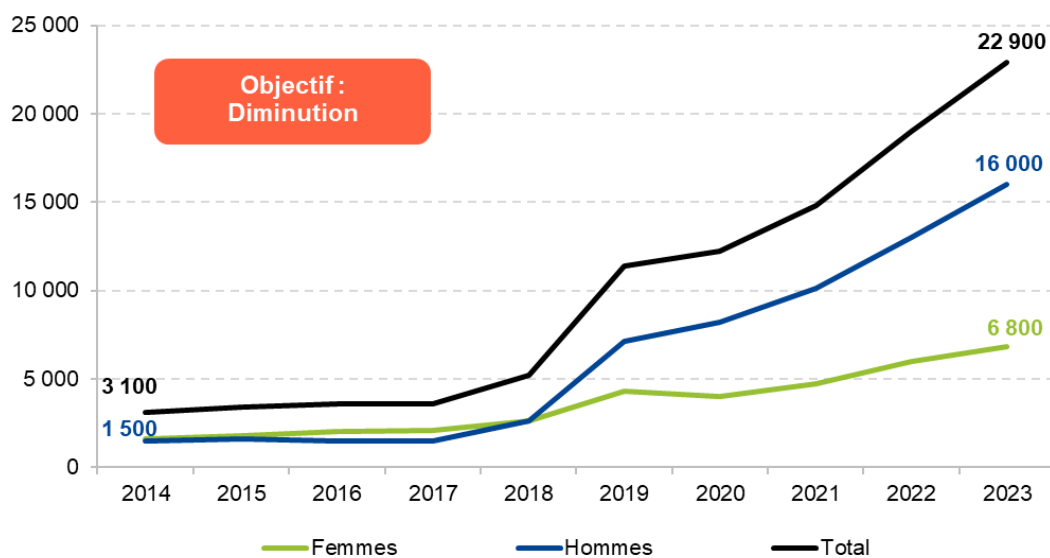
Source : Santé publique France, nombre de contaminations par le VIH en France par année, données estimées au 30/06/2026

Champ : France entière

Graphique 2 • Nombre de découvertes de séropositivité VIH

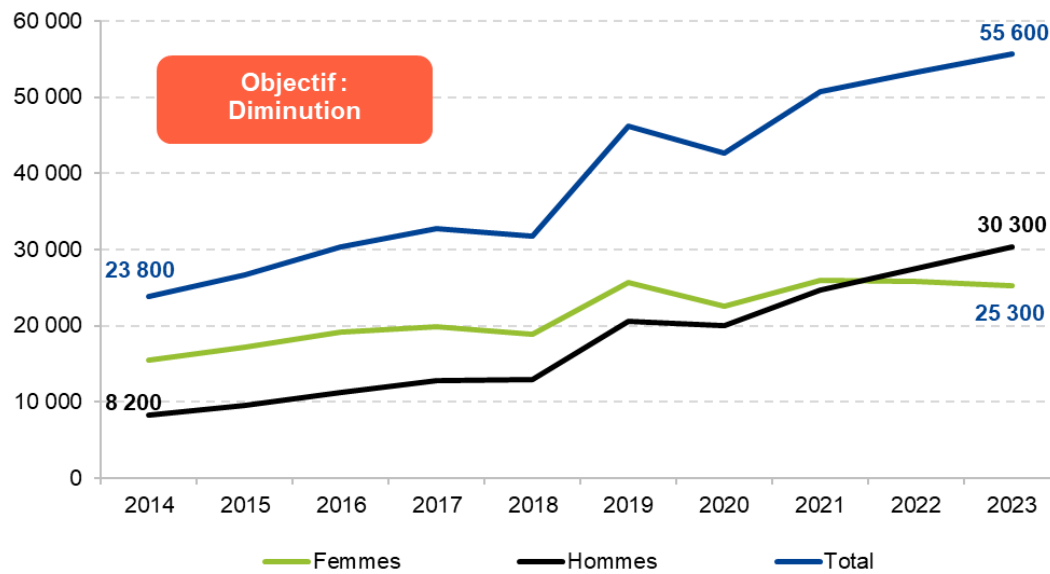


Source : Déclaration obligatoire du VIH, données brutes et corrigées au 30/06/2025
 Champ : France entière

Graphique 3 • Nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à gonocoque au moins une fois dans l'année

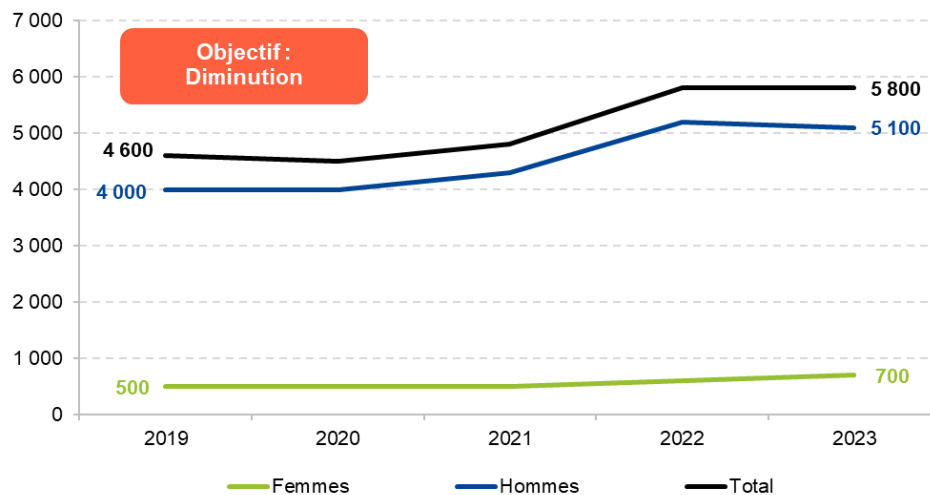
Source : SNDS, données du secteur privé, exploitation Santé publique France, août 2024
 Champ : France entière

Graphique 4 • Nombre de personnes diagnostiquées pour une infection à Chlamydia trachomatis au moins une fois dans l'année



Source : SNDS, données du secteur privé, exploitation Santé publique France, août 2024
Champ : France entière

Graphique 5 • Nombre de personnes diagnostiquées pour une syphilis au moins une fois dans l'année



Source : SNDS, données du secteur privé, exploitation Santé publique France, août 2024
Champ : France entière

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

2.3. Augmenter la couverture vaccinale

2.3.1. Vaccinations des nourrissons inscrites au calendrier vaccinal

Finalité

Dans le cadre de la lutte contre les maladies infectieuses, le calendrier vaccinal établit chaque année les obligations et recommandations de vaccination chez le nourrisson : type de vaccination, nombre de doses et âges aux injections. Les vaccinations obligatoires intégrées dans le calendrier de vaccination du nourrisson incluent, depuis 2018, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite (DTP), la coqueluche, les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* (Hib), la rougeole, la rubéole, les oreillons, l'hépatite B, les infections invasives à méningocoque C et les infections à pneumocoque. Ces 11 vaccinations sont obligatoires pour l'entrée en collectivités pour les nourrissons nés depuis le 1^{er} janvier 2018.

Depuis le 1^{er} janvier 2025, la vaccination tétravalente ACWY est devenue obligatoire pour tous les nourrissons jusqu'à l'âge de 2 ans (y compris pour ceux ayant déjà été vaccinés contre le méningocoque C) avec un schéma à deux doses : une dose à l'âge de 6 mois suivie d'une dose de rappel à 12 mois. Une vaccination de rattrapage contre les méningocoques ACWY est recommandée de façon transitoire pour les jeunes enfants de 2 ans à 4 ans révolus (5^e anniversaire), y compris pour ceux qui ont déjà été vaccinés contre le méningocoque C.

La vaccination des nourrissons contre le méningocoque B recommandée depuis juin 2022 est devenue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2025. Le schéma vaccinal est d'une première dose à 3 mois, une deuxième à 5 mois et une dose de rappel à 12 mois. Le rattrapage vaccinal est recommandé jusqu'à l'âge de 24 mois. Un rattrapage est également recommandé de façon transitoire pour les jeunes enfants de 2 ans à 4 ans révolus (avant le 5^e anniversaire).

Depuis avril 2023, la vaccination des nourrissons contre le rotavirus est recommandée pour tous les nourrissons âgés de 6 semaines à 6 mois, selon un schéma vaccinal à deux doses par voie orale (à 2 et 3 mois de vie) pour le vaccin monovalent (ROTARIX®) et à trois doses par voie orale (à 2, 3 et 4 mois de vie) pour le vaccin pentavalent (ROTATEQ®).

Les vaccins relatifs à ces pathologies font l'objet d'un remboursement (65 %) de la part de l'assurance maladie, à l'exception du vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons qui est remboursé à 100%.

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

Le rôle du médecin traitant et du pédiatre dans la participation à la vaccination est prépondérant. La convention médicale, fixait en 2025 (avant son remplacement par le Forfait médecin traitant (FMT) en 2026), dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'objectif d'une couverture à 2 doses de 100 % (objectif intermédiaire 75%) des nourrissons de moins de 2 ans pour la vaccination ROR et une couverture d'au moins une dose de vaccin anti méningocoque C de 100 % (objectif intermédiaire 75%) pour les nourrissons de moins de 18 mois.

La vaccination contre la tuberculose n'est plus obligatoire depuis 2007. Elle est recommandée à partir de l'âge de 1 mois, idéalement au cours du 2^{ème} mois, et jusqu'à l'âge de 15 ans chez tout enfant présentant un risque élevé de tuberculose c'est-à-dire : né dans un pays où la tuberculose est fortement présente ; et/ou dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ; et/ou devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ; et/ou ayant un cas de tuberculose récente (moins de 5 ans) dans sa famille ; et/ou résidant en Guyane ou à Mayotte ; et/ou résidant en Île-de-France et/ou dans toute situation jugée à risque d'exposition au bacille tuberculeux par le médecin : conditions de logement défavorables, conditions socio-économiques précaires, contact régulier avec des adultes originaires d'un pays où la tuberculose est fortement présente.

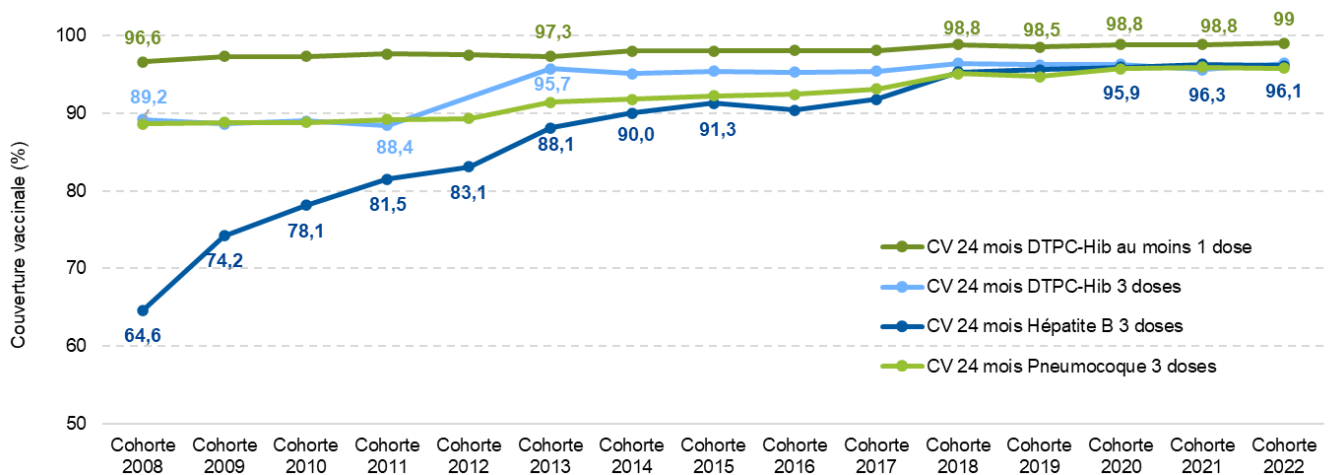
Pour les enfants nés en Guyane ou à Mayotte ou pour les enfants ayant un membre de leur entourage atteint d'une tuberculose récente (moins de 5 ans), la vaccination est recommandée avant la sortie de la maternité.

La vaccination contre la tuberculose est possible dans les centres de PMI (pour les enfants jusqu'à 6 ans), les centres de lutte antituberculeuse (CLAT) et les centres de vaccination publics.

Résultats

Il est observé une augmentation de toutes les couvertures vaccinales des enfants âgés de 24 mois entre les cohortes de naissance 2008 et 2022, avec en particulier un impact positif de l'extension de l'obligation vaccinale du nourrisson, appliquée à partir de la cohorte de naissance 2018. On observe ces dernières années une stabilisation à des niveaux très élevés, supérieurs à 95 %, des couvertures vaccinales contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, les infections à *Haemophilus influenzae* de type b (DTPC-Hib) (au moins 1 dose et 3 doses) et contre l'hépatite B (3 doses). La couverture vaccinale contre les infections à pneumocoque 3 doses augmente de 94,7 % pour la cohorte 2019 à 95,8 % pour la cohorte 2022.

Graphique 1 • Evolution des couvertures vaccinales (%) diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, *Haemophilus influenzae b (au moins 1 dose et 3 doses), hépatite B (3 doses) et pneumocoque (3 doses) à 24 mois, France, cohortes 2008-2022**

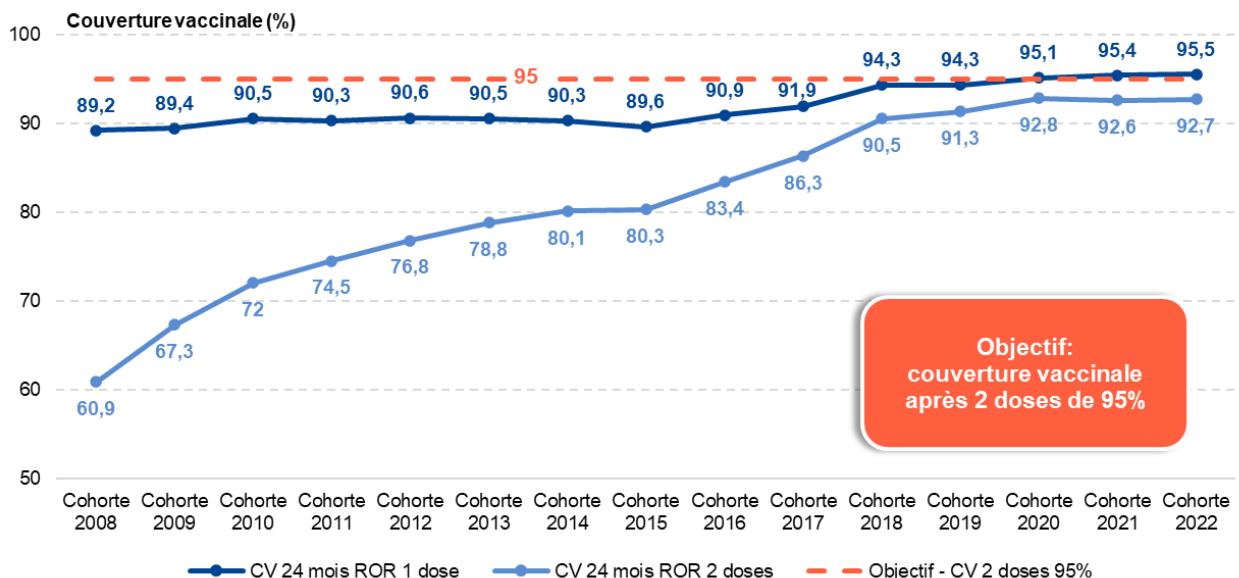


* Les vaccinations diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche et *Haemophilus influenzae b* étant recueillies séparément pour les cohortes 2008 à 2017, les couvertures vaccinales affichées correspondent à celles de la valence *Haemophilus influenzae b*, considérant que cela prend également en compte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

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

Les couvertures vaccinales rougeole, oreillons et rubéole (ROR) continuent de légèrement progresser pour la première et deuxième dose et atteint respectivement 95,5% et 92,7%. Dans le contexte marqué par la recrudescence récente des cas de rougeole en France, il convient de rappeler que la couverture vaccinale pour la deuxième dose est toujours en dessous de 95 %, objectif à atteindre en vue de l'élimination de la rougeole.

Graphique 2 • Evolution des couvertures vaccinales (%) rougeole oreillons et rubéoles (ROR) (1 dose et 2 doses) à 24 mois, France, cohortes 2008-2022



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

La couverture vaccinale contre les méningocoques ACWY à 8 mois pour la première dose est estimée à 88,2 % pour la cohorte 2025. Pour la cohorte 2024, la couverture vaccinale contre le méningocoque C à 8 mois était estimée à 88,6 %. Cette très légère baisse pourrait s'expliquer par l'évolution des recommandations, la première dose du vaccin tétravalent ACWY étant recommandée un mois plus tard (à 6 mois) que celle du vaccin monovalent (à 5 mois).

La couverture vaccinale contre le méningocoque ACWY à 21 mois avec au moins une dose est estimée à 80,3 % pour la cohorte 2024. En comparaison, pour la cohorte 2023, la couverture vaccinale contre le méningocoque C à 21

mois était estimée à 88,6 %. Il est possible que les enfants nées avant 2025, soumis uniquement à l'obligation vaccinale contre le méningocoque C en vigueur de 2018 à 2024, n'aient pas systématiquement/nécessairement bénéficié d'une vaccination par le vaccin ACWY. Pour ces enfants nés en 2024, la couverture vaccinale contre le méningocoque C calculée à 21 mois en tenant compte des vaccinations réalisées avec les vaccins monovalent (C) et tétravalent (ACWY) s'élève à 91,3%.

La couverture vaccinale contre le méningocoque B au moins une dose à 8 mois est estimée à de 96,8 % au niveau national pour les nourrissons de la cohorte 2025, première cohorte pour laquelle l'obligation vaccinale s'applique, soit une hausse de 14,9 points par rapport à la cohorte précédente et de 22,1 points par rapport à la cohorte 2022.

La couverture vaccinale contre le méningocoque B 3 doses à 21 mois est estimée à 66,3 % au niveau national pour les nourrissons de la cohorte 2024, soit un gain de 31,2 points par rapport à la cohorte 2022.

La couverture vaccinale contre le rotavirus au moins 1 dose à 8 mois est estimée 54,9%, soit un gain de 24,0 points pour les nourrissons de la cohorte 2025, par rapport à la couverture de la cohorte 2023 (première cohorte pour laquelle la vaccination était recommandée). **La couverture vaccinale contre le rotavirus schéma complet à 8 mois** est estimée à 44,2% pour la cohorte 2025, soit un gain de 20,4 points par rapport à la couverture de la cohorte 2023.

Ces données ont été publiées dans l'édition nationale du Bulletin Vaccination 2026, mise à disposition lors de la Semaine de la vaccination²¹.

Construction de l'indicateur

L'indicateur est estimé à partir des données issues des certificats de santé du 24^{ème} mois (CS24) ou du Système National des Données de Santé (SNDS-DCIR). C'est le rapport du nombre de nourrissons à un âge donné ayant reçu le nombre de doses requises (selon le calendrier vaccinal établi et publié par le Ministère chargé de la santé chaque année) sur le nombre de nourrissons de cet âge.

Précisions méthodologiques

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

La validation nécessaire des données et le circuit de remontée de ces données expliquent que ne sont actuellement connues que les couvertures vaccinales jusqu'en 2024 (cohorte de naissance 2022). En raison du changement du calendrier vaccinal en 2013, les données pour les doses de rappel contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche et les infections invasives à *Haemophilus influenzae b* ne sont pas exploitables pour l'année 2014. A partir de l'année 2015, le rappel correspond à 3 doses de vaccin.

Les estimations de couvertures vaccinales pour les vaccins contre le méningocoque B, contre les méningocoques ACWY et contre le rotavirus sont produites à partir des données de remboursement de vaccins issues du SNDS-DCIR. Elles sont définies comme les rapports des nombres de nourrissons ayant reçu à 8 mois une dose de vaccin et de nourrissons ayant reçu à 21 mois au moins 1 dose pour les infections à méningocoques ACWY ou 3 doses pour les infections à méningocoques B sur le nombre de nourrissons du même âge affiliés à un régime d'assurance maladie et ayant reçu au moins une dose de vaccin pentavalent ou hexavalent.

La couverture vaccinale schéma complet contre le rotavirus est définie comme les rapports des nombres de nourrissons ayant reçu deux doses de vaccins monovalent (ROTARIX®) ou trois doses de vaccin pentavalent (ROTATEQ®) sur le nombre de nourrissons du même âge affiliés à un régime d'assurance maladie et ayant reçu au moins une dose de vaccin pentavalent ou hexavalent.

Le SNDS contient les données de la quasi-totalité des régimes. D'autres estimations faites à partir du SNDS ainsi que des estimations régionales sont publiées chaque année en avril à l'occasion de la semaine européenne de la vaccination dans le [bulletin Vaccination par Santé publique France](#).

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

²¹ Vaccination des enfants, adolescents et jeunes adultes. Données 2025. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 29 p., avril 2026

2.3.2. Vaccination contre la grippe chez les personnes de 65 ans et plus et les autres groupes à risque, Vaccination contre la COVID-19

Vaccination contre la grippe

En France hexagonale, 2,5 millions de personnes sont, en moyenne, concernées chaque année par une infection grippale. La grippe peut entraîner des complications sévères chez les sujets à risque (notamment les personnes âgées ou sujets fragilisés par une pathologie chronique sous-jacente). La grippe se manifeste le plus souvent sous forme d'épidémies saisonnières (généralement entre novembre et avril dans l'hémisphère nord).

Finalité La mortalité liée à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus). La grippe est un problème de santé publique du fait des nombres importants de malades et de décès. L'objectif pour la vaccination antigrippale fixé par l'OMS est d'atteindre une couverture vaccinale supérieure à 75 % dans les populations à risque de formes graves. La vaccination est actuellement notamment recommandée chez les personnes à risque suivantes : les personnes âgées de 65 ans ou plus, les résidents en établissement de soins de suite ou en établissement médico-social quel que soit leur âge, les personnes atteintes par certaines pathologies susceptibles d'être décompensées par la grippe (à partir de l'âge de 6 mois), les personnes avec un IMC supérieur à 40 kg/m², les femmes enceintes, l'entourage des nourrissons de moins de 6 mois présentant des facteurs de risque de grippe grave ainsi que certains professionnels dont les professionnels de santé. La vaccination peut être proposée à tous les enfants âgés de 2 à 17 ans révolus.

En Europe, la couverture vaccinale des personnes âgées de 65 ans ou plus était de 41,4 % en 2018, de 48,2 % en 2022 et variait selon les pays. Elle était, en 2022, de 8,6 % en Pologne, de 18,3 % en Autriche, de 43,3 % en Allemagne, 56,8 % en France, de 58,1 % en Italie, 69,5 % en Espagne, 75,4 % en Espagne et 75,8 % au Portugal ([Vaccination rate of older population at 48.2% in 2022 - Actualités - Eurostat](#))

Le rôle du médecin traitant dans la participation à la vaccination est prépondérant. La convention médicale, fixe, dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), l'objectif d'un taux de couverture de ≥ 42 % (objectif intermédiaire : 27 %) des patients de 16 à 64 ans en affection de longue durée (ALD) ciblés et de ≥ 61 % (objectif intermédiaire : 49 %) des personnes âgées de 65 ans et plus.

Ces dernières années, les compétences vaccinales des professionnels de santé ont été étendues en termes de prescription et de vaccination ([Décret n° 2023-736](#) du 8 août 2023). Pour l'administration du vaccin contre la grippe saisonnière, il peut ainsi notamment être noté que : les médecins peuvent prescrire et vacciner toute personne ainsi que les sages-femmes (immunodéprimés exclus) ; les infirmiers peuvent prescrire (après une formation préalable) et vacciner les personnes majeures, vacciner les enfants de 11 ans et plus (sans prescription médicale préalable de l'acte d'injection) et vacciner les mineurs jusqu'à 10 ans inclus sur prescription médicale ; les pharmaciens peuvent prescrire (après une formation préalable) et vacciner les personnes majeures et les mineurs de 11 ans et plus; les étudiants de 3^e cycle en étude de médecine et de pharmacie peuvent vacciner sous la supervision d'un maître de stage (uniquement personnes de 11 ans et plus pour les étudiants en pharmacie). Les biologistes médicaux (médecins, pharmacien) ont également des compétences vaccinales dépendant de leur formation initiale.

Vaccination contre la COVID-19

La vaccination contre la COVID-19 cible toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes âgées de plus de 6 mois, atteintes de comorbidités ayant un risque élevé de forme grave de la maladie, les personnes immunodéprimées, les femmes enceintes, les résidents en Ehpad (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et USLD (Unité de soins de longue durée), ainsi que les personnes vivant dans l'entourage ou en contacts réguliers avec des personnes immunodéprimées ou vulnérables aux formes graves de l'infection, y compris les professionnels de santé. Le vaccin disponible est le vaccin Comirnaty®, vaccin à ARN messager (Laboratoire Pfizer-BioNTech).

Précisions sur la prise en charge

Vaccination contre la grippe

Les patients âgés de moins de 65 ans porteurs d'une pathologie considérée à risque ainsi que les personnes âgées de 65 ans et plus, reçoivent un bon de prise en charge pour se procurer le vaccin gratuitement. Les femmes enceintes et les personnes présentant une obésité morbide sont également incluses dans la population cible de la vaccination. Elles ne reçoivent pas de bon de prise en charge mais celui-ci peut être édité par un médecin ou un pharmacien. Le vaccin est gratuit pour les personnes à risque. Les vaccins contre la grippe saisonnière font l'objet d'une prise en charge de la part de l'assurance maladie (65 %). Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sur la santé (FNPEIS) prend en charge la partie restant à charge (35 %) pour les populations cibles.

Vaccination contre la COVID-19

Les vaccins contre la COVID-19 ne sont pas inscrits dans le droit commun. Ils ne sont pas remboursés, mais relèvent d'un stock état et sont fournis gratuitement à l'ensemble des personnes se faisant vacciner.

Résultats

Vaccination contre la grippe

Dans les populations à risque

Pour la saison 2025-2026, la couverture vaccinale contre la grippe au 28 février 2026 a été estimée à 49,6% chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination ; à 56,7% chez les personnes de 65 ans et plus (Parmi elles, 28,8% se sont fait vacciner avec un vaccin préférentiellement recommandé pour les personnes de 65 ans et plus : Efluelda® ou Fluad®), à 28,9 % chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque. Ces couvertures vaccinales sont supérieures à celles estimées pour la saison 2024-2025 : + 3,1 points chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination, + 3,0 points chez les personnes de 65 ans et plus, + 3,6 points chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque (graphique 1). Cette augmentation de couverture vaccinale dans toutes les catégories de personnes ciblées par la vaccination, est observée pour la première fois depuis la pandémie de COVID-19. Les couvertures vaccinales contre la grippe étaient en diminution depuis la saison 2020-2021. L'ensemble des indicateurs des précédentes saisons sont décrits dans le Bulletin Vaccination 2025.

La couverture vaccinale contre la grippe reste très éloignée de l'objectif d'une couverture à 75 % des populations à risque de forme grave de grippe, malgré les campagnes annuelles en faveur de la vaccination.

Chez les résidents des établissements sociaux et médico-sociaux et les professionnels de santé

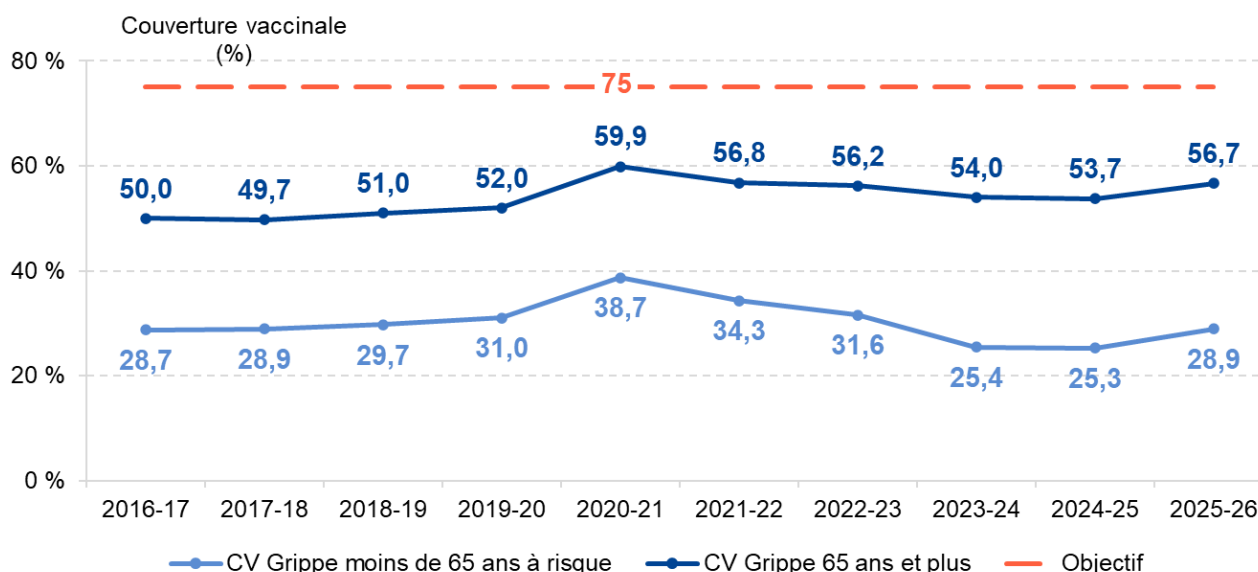
Concernant les estimations de couvertures vaccinales contre la grippe chez les résidents et les professionnels exerçant en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) incluant les Ehpad, une enquête ad-hoc a été réalisée auprès de ces établissements pour les saisons 2024-2025 et 2025-2026.

Lors de la saison 2024-2025, 82,7 % [intervalle de confiance à 95% : 82,2 – 83,3] des résidents en Ehpad et 21,0% [20,4-21,7] des professionnels exerçant en Ehpad étaient vaccinés contre la grippe. Les couvertures vaccinales variaient en fonction des catégories professionnelles (médecins : 56,3 % [48,5-64,2], infirmiers : 34,2% [32,6-35,8], aides-soignants : 19,3% [18,4-20,2]. Les données de la saison 2025-2026 seront diffusées sur le site de Santé publique France à l'automne 2026 en suivant [ce lien](#).

La couverture vaccinale contre la grippe des professionnels exerçant en milieu hospitalier, est suivie par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sur les infections associées aux soins. Le renseignement est obligatoire pour les établissements depuis 2023.

En 2025 (données hiver 2023/2025), la couverture vaccinale antigrippale reste toujours très faible par rapport à l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé (75 %). Une médiane nationale de 20 % a été calculée pour 2199 établissements. Le taux 2025 (20 %) prend un point par rapport au taux 2024 (19 %). Le taux médian de couverture vaccinale varie fortement entre catégories professionnelles hospitalières. Il est le plus faible parmi les agents de services hospitaliers qualifiés (11,3 %) et le plus élevé parmi les médecins (36,3 %).

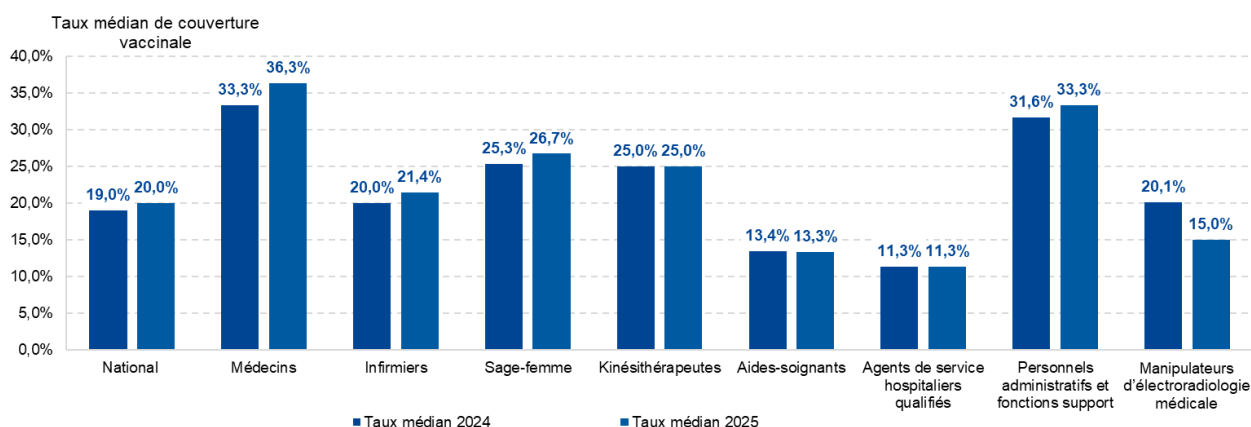
Graphique 1 • Couvertures vaccinales (%) contre la grippe chez les personnes à risque âgées de moins de 65 ans et chez les personnes âgées de 65 ans et plus, France, saisons 2016-2017 à 2025-2026



CV grippe moins de 65 ans à risque : ces estimations n'incluent pas les personnes avec obésité morbide ni les femmes enceintes qui ne reçoivent pas de bon de prise en charge.

Source : SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, données mises à jour au 28/02/2026.

Graphique 2 • Couverture vaccinale (%) contre la grippe par catégorie professionnelle hospitalière



Source : HAS - Résultats nationaux des mesures 2024 et 2025

Vaccination contre la COVID-19

La couverture vaccinale contre la COVID-19 au 28 février 2026 a été estimée à : 14,2 % chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination, à 16,8 % chez les personnes de 65 ans et plus et à 6,5 % chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces couvertures vaccinales sont inférieures à celles estimées pour la saison 2024-2025 : -4,1 points chez l'ensemble des personnes à risque ciblées par la vaccination, -4,9 points chez les personnes de 65 ans et plus et -1,7 point chez les personnes âgées de moins de 65 ans à risque.

Ces estimations sont très probablement sous-estimées en raison de possibles administrations en établissement non renseignées dans le SNDS (Voir le paragraphe « Construction des indicateurs »).

Les couvertures vaccinales chez les professionnels de santé ne peuvent pas être estimées à partir des données du SNDS.

Concernant les estimations de couvertures vaccinales contre la COVID-19 chez les résidents et les professionnels en Ehpad, une enquête ad-hoc a été réalisée auprès des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Les résultats de cette enquête seront publiés d'ici juin 2025 sur le site internet de Santé publique France en suivant [ce lien](#).

Lors de la saison 2024-2025, 63,6 % [62,4-64,8] des résidents en Ehpad étaient vaccinés contre la COVID-19 et 4,3% [3,9-4,7] des professionnels exerçant en Ehpad. Les données de la saison 2025-2026 seront diffusées sur le site de Santé publique France en septembre 2026 en suivant [ce lien](#).

Construction des indicateurs

Vaccination contre la grippe

Les indicateurs sont constitués par le rapport entre :

- le nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin antigrippal pendant la campagne annuelle de vaccination sur le nombre d'assurés sociaux ou d'ayant droits âgés de 65 ans ou plus ;
- le nombre de personnes de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante ou souffrant d'asthme ou de BPCO ayant bénéficié d'un bon de vaccination et pour lesquelles il y a eu délivrance d'un vaccin antigrippal pendant la campagne annuelle de vaccination sur le nombre d'assurés sociaux ou d'ayant droits de moins de 65 ans ayant une ALD exonérante ou souffrant d'asthme ou de BPCO ayant bénéficié de l'envoi d'un bon de vaccination.

Pour les professionnels de santé des établissements de santé, l'indicateur mesure la part des effectifs vaccinés saisis par les établissements, parmi les effectifs totaux issues des bordereaux Q20, Q22 et Q23 de la SAE

Vaccination contre la COVID-19

Le mode de suivi des couvertures vaccinales contre la COVID-19 a évolué : jusqu'à la saison 2023-2024, les couvertures étaient suivies grâce aux vaccinations renseignées dans l'outil Vaccin COVID. Désormais, les couvertures vaccinales sont suivies par le remboursement de l'acte de vaccination dans le SNDS. Ces dernières couvertures sont certainement sous-estimées du fait du possible non-enregistrement des actes de vaccination dans la base des remboursements notamment lorsque les vaccinations ont été réalisées dans les établissements sanitaires ou médico-sociaux incluant les Ehpad ou par certains professionnels vaccinateurs.

Le niveau de sous-estimation ne peut cependant être évalué.

Précisions méthodologiques

Depuis la saison grippale 2016-2017, les estimations ont été réalisées par Santé publique France à partir des données du SNDS (Système National des Données de Santé) pour la quasi-totalité des régimes (environ 99 % de la population). Les personnes à risque âgées de moins de 65 ans sont repérées dans la base de données parce qu'elles bénéficient d'une ALD ou pour celles atteintes d'asthme ou de BPCO via un algorithme basé sur leur consommation de médicaments.

Les estimations pour les sujets de moins de 65 ans sous-estiment très probablement la réalité dans la mesure où certaines personnes à risque (mais dans une proportion inconnue) peuvent se faire vacciner contre la grippe sans avoir recours à leur bon, en particulier dans un cadre professionnel. De plus, ces estimations n'incluent pas notamment les femmes enceintes ni les personnes présentant une obésité morbide, qui font partie des cibles vaccinales mais ne sont pas repérées dans la base de données et ne bénéficient pas de l'envoi d'un bon de vaccination.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Sante publique France, Haute autorité de Santé

2.3.3. Vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV)

L'infection à papillomavirus humain (HPV), sexuellement transmissible, est le principal facteur de risque du cancer du col de l'utérus. La grande majorité des personnes sexuellement actives sont infectées au cours de leur vie, mais l'élimination du virus est le plus souvent spontanée. La persistance de l'infection liée à certains HPV à haut risque oncogène peut aboutir à la survenue de lésions précancéreuses qui peuvent évoluer vers des cancers. Il est estimé que 6 400 cancers annuels en France sont attribuables aux HPV, soit près de 2 % des cancers incidents.

La vaccination contre les infections à Papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour les filles et les garçons âgés de 11 à 14 ans avec un schéma à 2 doses à cinq mois d'intervalle (M0-M5).

La vaccination est recommandée chez les jeunes filles depuis 2007 et chez les jeunes garçons depuis 2021.

Finalité Les cancers les plus fréquents sont le cancer de l'utérus chez les femmes, ainsi que le cancer de l'anus et les cancers de la sphère ORL pouvant affecter les hommes et les femmes. De nombreux pays ayant introduit la vaccination contre les HPV ont montré son efficacité en population pour prévenir les infections à HPV et les lésions précancéreuses. La vaccination contre les infections à HPV est recommandée en population générale depuis 2007 chez les jeunes filles et chez le jeune garçon depuis le 1^{er} janvier 2021. L'objectif affiché de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est d'atteindre 60 % de couverture vaccinale contre les HPV chez les adolescentes en 2023 et 80 % en 2030. Les vaccins contre les HPV font l'objet d'un remboursement (taux : 65 %) de la part de l'assurance maladie.

Résultats La couverture vaccinale 1 dose chez les jeunes filles de 15 ans en 2025 (nées en 2010) est estimée à 61,6 % soit une augmentation de 7,0 points en comparaison à la couverture vaccinale des jeunes filles de 15 ans en 2023 (nées en 2008).

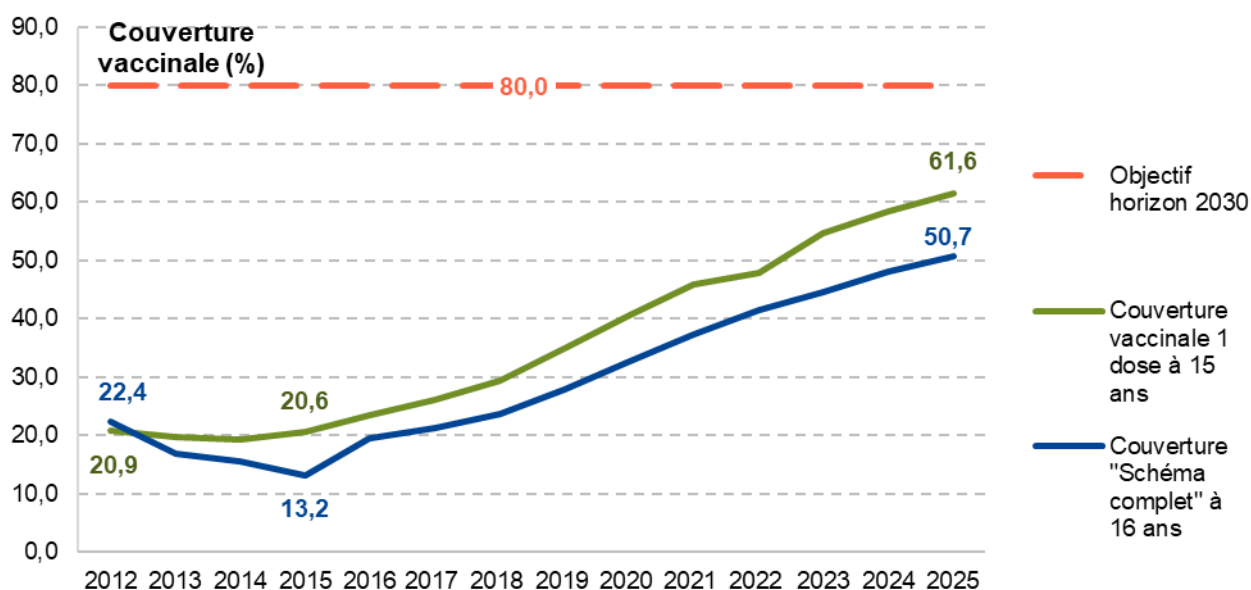
La couverture vaccinale 2 doses (schéma complet) chez les jeunes filles de 16 ans en 2025 (nées en 2009) est estimée à 50,7 %, soit une augmentation de 6,0 points en comparaison à la couverture vaccinale des jeunes filles de 16 ans en 2023 (nées en 2007).

Si les couvertures ont constamment progressé, leur trajectoire reste inférieure à l'objectif fixé par la Stratégie décennale : 60 % en 2023 et 80 % à l'horizon 2030.

En 2025, la couverture vaccinale 1 dose à 15 ans pour les garçons nés en 2010 est estimée à 46,0 %, soit une augmentation de 20,1 points en comparaison avec les garçons nés en 2008.

La couverture vaccinale 2 doses à 16 ans (schéma complet) est estimée à 32,1 % pour les garçons nés en 2009. Elle est estimée à 16,3 % pour les garçons nés en 2007, soit une augmentation de 16,3 points.

Graphique 1 • Evolution des couvertures vaccinales contre le papillomavirus chez les filles de 15 ans (1 dose) et 16 ans (schéma complet*)



Source : SNDS-traitement par Santé publique France

*Le schéma complet correspond à 3 doses pour les jeunes filles nées avant 2000 et 2 doses pour les années suivantes

Source : Données SNDS-DCIR, traitement Santé publique France, données mises à jour au 31/12/2025

Des campagnes nationales de vaccination contre les HPV ont été menées dans les collèges publics et privés volontaires au cours des années scolaires 2023-2024, 2024-2025 et 2025-2026. Les bilans des campagnes 2023-2024 et 2024-2025 ont été publiés sur le site internet de Santé publique France²²²³.

En 2024-2025, la campagne ciblait les filles et les garçons élèves de 5e, majoritairement nés en 2012 et âgés de 12 ans. Le nombre d'enfants vaccinés contre les HPV dans les collèges a été estimé à 116 541 (contre 191 816 lors de la campagne précédente). À l'issue de la campagne, en tenant compte des vaccinations réalisées en ville et au collège, la couverture vaccinale contre les HPV pour au moins une dose a été estimée à 54% chez les filles et à 43% chez les garçons nés en 2012. Une augmentation de 16 points chez les filles et de 14 points chez les garçons a ainsi été observée par rapport à la mesure pré-campagne. Pour la campagne 2023-2024 cette augmentation était respectivement de 24 points et de 22 points, chez les garçons et les filles. Pour deux doses, la couverture vaccinale a été estimée à 35 % chez les filles nées en 2012 et à 27 % chez les garçons de la même cohorte. Il est observé, entre le début et la fin de la campagne, une augmentation de 16 points chez les filles et de 13 points chez les garçons.

La progression d'environ 15 points de la couverture vaccinale observée pendant la campagne de vaccination 2024-2025 témoigne de l'efficacité du déploiement de la campagne en milieu scolaire pour faire progresser les niveaux de couverture vaccinale contre les HPV. Cette campagne a permis de se rapprocher de l'objectif intermédiaire de 60 % de couverture vaccinale fixé pour 2023 dans le cadre de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030). Elle souligne l'importance de reconduire ces campagnes en milieu scolaire pour atteindre l'objectif final de 80 % à l'horizon 2030²⁴.

Les données de couverture vaccinale contre les infections à HPV ont été publiées dans le Bulletin Vaccination, édition nationale pour la semaine de la vaccination²⁵.

Construction de l'indicateur

L'indicateur est le rapport du nombre de jeunes filles ou de jeunes garçons ayant reçu une première dose de vaccin à l'âge de 15 ans ou un schéma complet à l'âge de 16 ans sur le nombre de jeunes filles ou de jeunes garçons de cet âge affiliés à un régime d'assurance maladie.

Précisions méthodologiques

L'estimation des couvertures vaccinales HPV est effectuée à partir des données de remboursements de vaccins contenues dans le Système National des Données de Santé (SNDS-DCIR) qui contient les données de la quasi-totalité des régimes d'assurance maladie. Elle est calculée chaque année. La couverture vaccinale a été estimée à partir des données mises à jour au 31 décembre 2025.

Du fait des campagnes de vaccination au collège pour la vaccination HPV depuis la saison 2023-2024, et sans le renseignement exhaustif des vaccinations ainsi réalisées dans le SNDS-DCIR, les estimations de couvertures vaccinales ne devront plus pouvoir être estimées sur la base de cette source de données à compter de la cohorte 2011.

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

²² Bilan de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2023-2024 en France. Le point sur, Janvier 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 6 p.

²³ Bilan de la deuxième campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) menée au collège dans les classes de 5e au cours de l'année scolaire 2024-2025 en France. Le point sur, Décembre 2025. Saint-Maurice : Santé publique France, 9 p.

²⁴ Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : des progrès pour tous, de l'espoir pour demain. Institut national du cancer

²⁵ Vaccination des enfants, adolescents et jeunes adultes. Données 2025. Bulletin. Édition nationale. Saint-Maurice : Santé publique France, 29 p., avril 2026

2.4. Prévenir les complications du diabète à travers le suivi des examens recommandés

Finalité Le nombre de personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète a été estimé à plus de 3,8 millions en France en 2023, soit 5,6 % de la population²⁶. A structure d'âge équivalente, la prévalence est 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes¹. Elle augmente avec l'âge, atteignant un taux maximal chez les 75-79 ans. Les complications potentielles du diabète étant nombreuses²⁷ et graves (infarctus du myocarde, cécité, insuffisance rénale chronique terminale, amputation d'un membre inférieur...), le suivi des patients diabétiques constitue un enjeu de santé publique majeur. La loi de santé publique de 2004 avait fixé un objectif d'amélioration de la surveillance médicale de l'ensemble des personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète, afin de réduire la fréquence des complications du diabète. Ainsi, 80 % des personnes atteintes d'un diabète devaient bénéficier à l'horizon de 2008 des recommandations de bonnes pratiques cliniques émises par l'ALFEDIAM/SFD (association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques / Société francophone du diabète), l'Afssaps/ANSM (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé devenue en 2012 l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) et la HAS (Haute autorité de santé).

Le suivi du diabète inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année, l'HbA1c permettant d'évaluer le niveau de contrôle de la glycémie sur les quatre derniers mois. Il prévoit également la réalisation annuelle d'un bilan lipidique, ainsi que le dépistage précoce des complications du diabète, en particulier cardiaques (par un électrocardiogramme de repos) et rénales (par un dosage de la créatininémie et la recherche d'albumine dans les urines). La recherche de complications ophtalmologiques (par un examen du fond d'œil) est recommandée tous les 2 ans. Les indicateurs de suivi de cet objectif sont donc des indicateurs de bonne pratique.

Résultats

Tableau 1 • Taux de personnes atteintes d'un diabète bénéficiant des examens recommandés

Part des patients diabétiques ayant effectué, en libéral, au cours de l'année :	2010	2013	2016	2019	2020	2021	2022 (1)	2023 (1)	Objectif
Au moins 3 dosages de l'hémoglobine glyquée (Hb1Ac)	41,8	50,6	54,0	55,9	52,5	55,3	52,2	56,3	Augmentation
Au moins un dosage de la créatinine	80,6	84,4	85,7	89,2	88,5	89,0	83,0	89,8	
Au moins un dosage de la microalbuminurie	26,6	29,9	31,4	42,0	40,9	40,5	40,0	43,5	
Au moins un dosage des lipides	71,9	74,3	74,5	76,9	76,3	77,8	74,4	80,4	
Au moins une consultation en cardiologie ou un ECG	34,2	35,1	36,2	37,5	36,2	36,8	36,6	38,0	
Au moins une consultation dentaire	34,4	36,2	37,2	38,3	34,1	38,3	39,3	40,6	
Au moins une consultation d'ophtalmologie/2 ans	60,9	62,3	62,3	64,1	62,6	62,6	64,2	65,4	

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

Après l'impact de la crise sanitaire sur le suivi des examens recommandés, la situation s'est améliorée avec des indicateurs en augmentation. Ainsi, en 2023, la proportion de personnes ayant bénéficié d'au moins un dosage des lipides a augmenté de 3,5 points par rapport à 2019 et a dépassé le seuil de 80%. Malgré une augmentation du taux de consultations dentaires annuelles de 2,3 points et de consultations d'ophtalmologie biennales de 1,3 point, seules respectivement 40,6% et 65,4% des personnes ont bénéficié de ces suivis en 2023. Le taux de dosage de la microalbuminurie a augmenté de 1,5 point par rapport à 2019 mais il n'est effectué que pour 43,5% des personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète. Enfin, en 2023, les proportions de dosages d'HbA1c, de la créatine et de suivi cardiologique ont très légèrement dépassé le niveau d'avant la crise sanitaire.

²⁶ Santé publique France, Geodes, <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

²⁷ Fosse Edoth S, Mandereau Bruno L, Regnault N. (2015), « Le poids des complications liées au diabète en France en 2013 ». Synthèse et perspectives. Numéro thématique. Journée mondiale du diabète 2015. Suivi « du diabète et poids de ses complications sévères en France ». Bull Epidemiol Hebd. 2015 (34-35) : 619-25.

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

Précisions méthodologiques La population traitée pharmacologiquement pour un diabète a été définie par le remboursement à au moins trois dates différentes de traitements antidiabétiques (classe ATC A10) dans l'année pour les conditionnements normaux. Pour les personnes ayant eu au moins un grand conditionnement dans l'année, le nombre de délivrances est ramené à 2. A partir de 2022, cet algorithme a été adapté afin de tenir compte de l'extension de l'autorisation de mise sur le marché de certaines classes thérapeutiques d'antidiabétiques, notamment les iSGLT2 (ATC A10BK), à l'insuffisance cardiaque et rénale indépendamment du diabète de type 2. Ainsi, les personnes sous monothérapie d'iSGLT2, c'est à dire n'ayant eu que des délivrances d'iSGLT2 sans aucune autre délivrance d'un traitement antidiabétique d'une autre classe thérapeutique, ont été exclus.

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

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

2.5. Accès aux soins

2.5.1. Financement des dépenses de santé

Finalité Les régimes obligatoires d'assurance maladie et, pour une contribution plus modeste, le budget de l'État et les collectivités locales, concourent de façon décisive à la prise en charge des dépenses de santé au moyen d'une mutualisation des risques individuels de maladie. L'évolution de leur contribution au financement de l'ensemble des dépenses de santé fournit donc un indicateur agrégé des conditions de l'accès aux soins de la population, même s'il ne rend pas compte des inégalités qui peuvent exister au niveau individuel et selon le poste de soins.

Résultats La répartition du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) entre les régimes obligatoires, l'État, les organismes complémentaires et les ménages évolue de la manière suivante :

Tableau 1 • Répartition du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en %

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Sécurité sociale	76,0	77,3	78,6	79,0	79,1	78,7
État	1,8	2,8	0,9	0,7	0,7	0,7
Organismes complémentaires	12,7	12,0	12,5	12,3	12,5	12,8
Ménages	9,5	7,9	8,0	8,0	7,7	7,8

Source : DREES, comptes de la santé

En 2024, la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques diminue

Entre 2014 et 2024, le **taux moyen de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par les administrations publiques (Sécurité sociale et État)** a augmenté de 1,6 point. Cette hausse s'explique notamment par la progression tendancielle des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longues durée (ALD), qui découle du vieillissement de la population. Hors hôpital public, les exonérations de ticket modérateur au titre d'ALD représentent 16,1 milliards d'euros de dépenses par les administrations publiques en 2024. Les dépenses exceptionnelles de la Sécurité sociale ont augmenté fortement pendant la crise sanitaire du fait de la compensation de perte de revenus pour les professionnels, et des dépenses de prévention. Si la sortie de la crise sanitaire a entraîné la clôture de ces dispositifs, la part des dépenses financées par les administrations publiques se maintient en 2024 à un niveau élevé (79,4 %).

Les administrations publiques sont également les premiers financeurs pour chaque grand poste de la CSBM en 2024 : 93,9 % des dépenses de soins hospitaliers, 67,8 % des soins ambulatoires, 76,6 % des médicaments en ambulatoire et 44,8 % des dispositifs médicaux. La part du financement des administrations publiques est stable à l'hôpital et les médicaments depuis 2022, et augmente de 0,6 point par rapport à 2023 pour les dispositifs médicaux.

En 2024, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale baisse de 0,4 point par rapport à 2023. Cette diminution s'explique par la baisse du taux de remboursement des soins dentaires en octobre 2023 (de 37,6 % à 36 % en 2023) et le doublement des participations forfaitaires et franchises médicales non pris en charge par l'Assurance maladie. Ainsi, la Sécurité sociale prend en charge 72,6 % des dépenses de soins des médecins et sages-femmes en 2024, contre 73,8 % en 2023.

La part des dépenses financées par l'État reste stable en 2024, à 0,7 %. Ces dépenses s'établissent à 1,8 milliard d'euros, dont 1,2 milliard pour le financement de l'Aide médicale de l'État (AME), et 0,4 milliard pour les hôpitaux militaires, et 0,1 milliard pour la prise en charge du reste à charge des invalides de guerre.

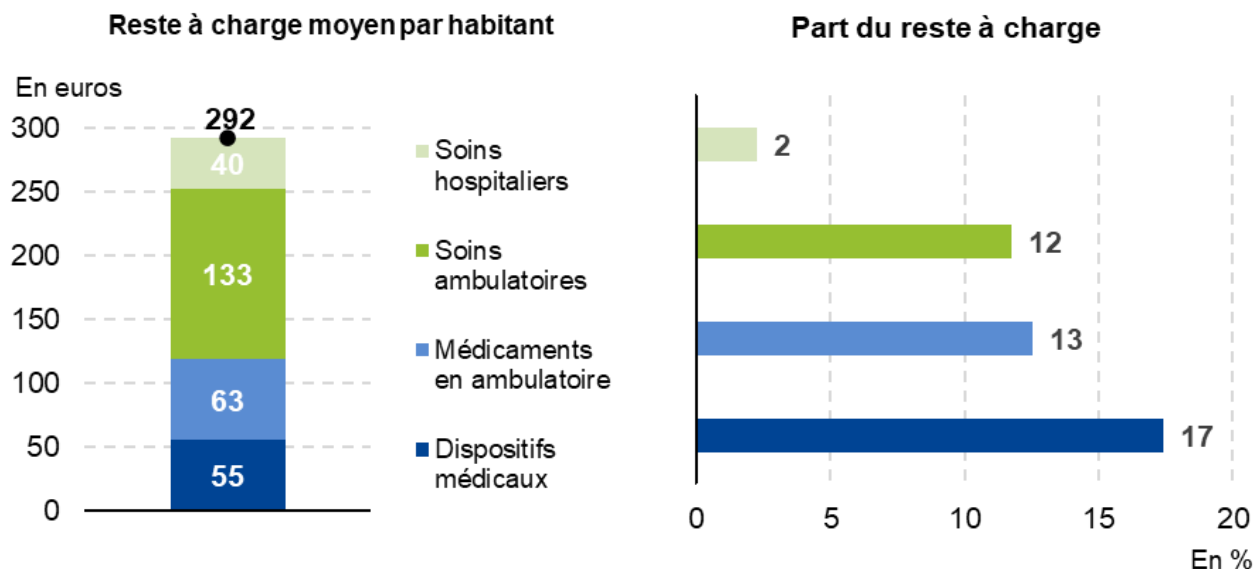
La part financée par les organismes complémentaires (OC) augmente de 0,3 point entre 2023 et 2024, pour atteindre 12,8 % de la CSBM. Les dépenses des OC ont augmenté de 6,1%, tirées par les soins ambulatoires hors biens médicaux et par les soins dentaires. À la suite de la baisse du taux de remboursement des soins dentaires par l'Assurance maladie mis en place en 2023, la part des soins dentaires financée par les OC a augmenté à 48,5 % en 2024 (contre 45,8 % en 2023). La part des OC dans le financement des autres soins ambulatoires (principalement des soins de médecins et d'auxiliaires médicaux) est passée de 14,2 à 14,8 % entre 2023 et 2024.

En 2024, les ménages financent directement 7,8 % de la CSBM. Cette part (appelée taux de reste à charge, ou RAC) augmente légèrement (+0,1 point) par rapport à 2023, mais reste inférieure au taux avant la crise sanitaire (8,5 % en 2019). La hausse est portée par le RAC sur les soins en cliniques privées (+0,8 point, à 6,7 %) et sur les soins de médecins et de sages-femmes (+0,7 point, à 9,3 %). Le taux de RAC des soins d'auxiliaires médicaux augmente de 0,8 point (17,7 % en 2024), notamment pour les soins de kinésithérapeutes (20,0 % en 2024, +2 points par rapport à 2023) qui pratiquent davantage de soins non remboursables. De plus, le doublement des franchises médicales sur les soins d'auxiliaires médicaux et de médecins, aux transports sanitaires, aux médicaments, et aux activités de laboratoire, quasiment jamais prises en charge par les complémentaires santé, ont augmenté le reste à charge sur ces soins de

35,1 % entre 2023 et 2024. À l'inverse, la part croissante des affections de longue durée, entièrement prises en charge par la Sécurité sociale, et la légère baisse du taux de RAC sur les dispositifs médicaux (-0,6 point), portée par le dispositif 100 % santé, contribuent à limiter la hausse du reste à charge. Sur les autres grands postes de financement, le RAC est stable en 2024 : 2,2 % pour l'hôpital, contre 2,1 % l'année précédente, 4,4 % pour les biens médicaux après 14,6 %.

Le reste à charge moyen par habitant s'élève en 2024 à 292 € (*graphique 1*), dont 40 € pour les soins hospitaliers, 118 € pour les biens médicaux et 133 € pour les soins ambulatoires. Au sein du reste à charge des soins ambulatoires, 31 € proviennent de soins de médecins et sages-femmes, 54 € de soins des auxiliaires médicaux, et 30 € de soins dentaires.

Graphique 1 • Montant moyen du reste à charge par habitant, et part du reste à charge par poste de la CSBM



Source : DREES, comptes de la santé ; Insee pour la population

Sur l'agrégat plus large de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), le reste à charge des ménages s'élève à 10,2 % en 2024, comme en 2023. Le taux de RAC est plus élevé que sur le champ plus restreint de la CSBM, principalement en raison de l'inclusion dans le champ de la DCSi des soins de longue durée (SLD), dont le reste à charge s'élève à 26,5 %. Les soins de longue durée représentent 41 % du reste à charge des dépenses de santé au sens large (DCSi), alors qu'ils ne pèsent que 16 % des dépenses.

En France, comme en Allemagne et en Europe de l'Est, les dépenses de santé sont principalement prises en charge par des assurances publiques obligatoires

Pour tous les pays membres de l'OCDE considérés, les **régimes obligatoires** de financement de la santé (État, Assurance publique obligatoire et assurance privée obligatoire) couvrent plus de la moitié des dépenses courantes de santé (de 59 % en Lettonie à 86 % en Allemagne et en Suède¹) [*graphique 2*]. Schématiquement, trois systèmes de financement des dépenses de santé prédominent.

Dans les pays scandinaves, au sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un **service national de santé** financé par l'impôt (*voir encadré*). Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé. Cette part dépasse 80 % en Suède, au Danemark, en Islande et au Royaume-Uni. Dans ces pays les résidents sont couverts automatiquement, qu'ils contribuent ou non au financement du service national de santé, et le parcours de soins est très encadré.

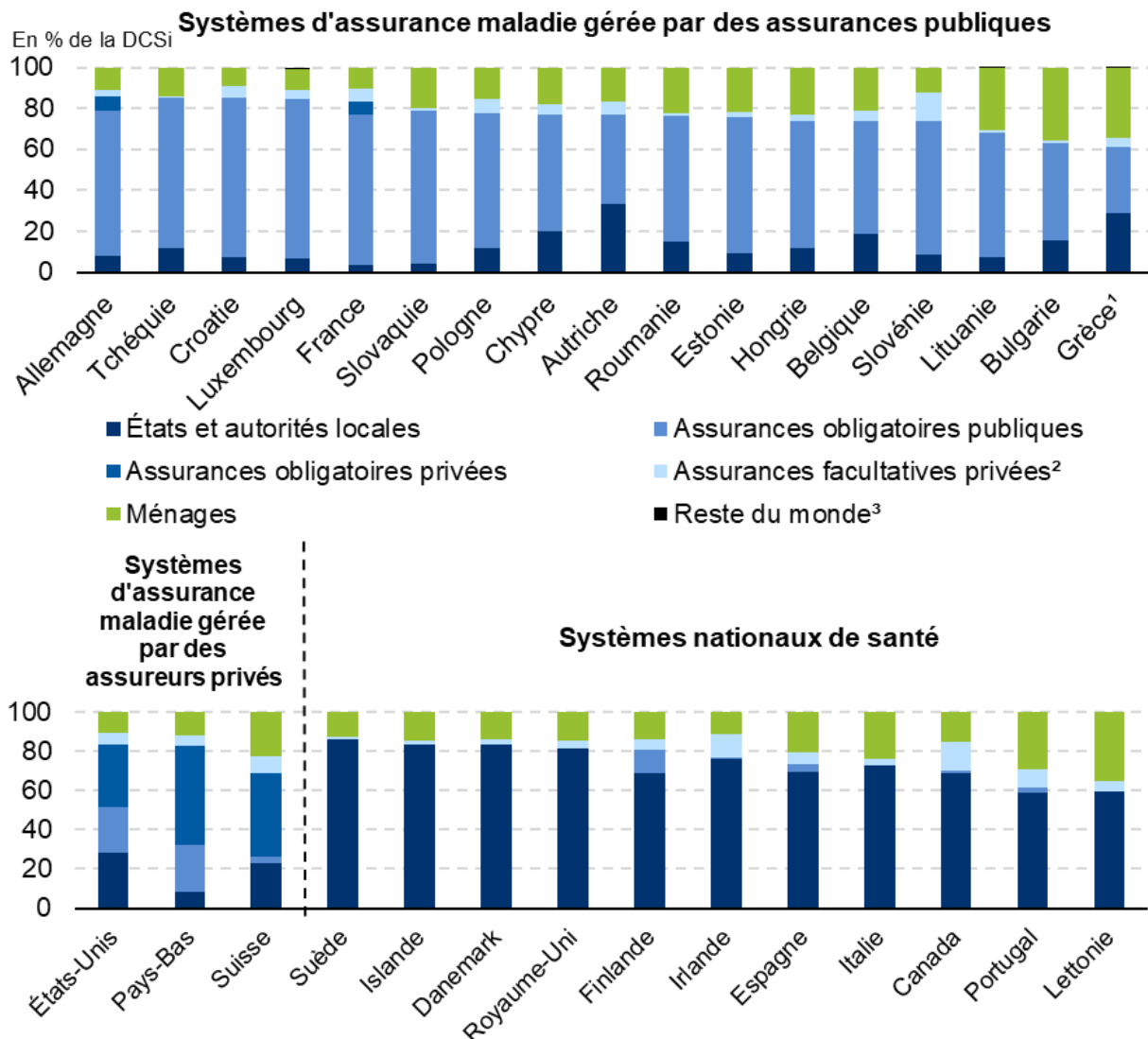
Dans les **systèmes d'assurance maladie gérée par des assurances publiques**, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité et l'affiliation est obligatoire. Ainsi, en Allemagne, en Tchéquie, en France, en Slovaquie, en Croatie ou au Luxembourg, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie publique en 2023 (73 % en France). Les dépenses de santé sont dès lors remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics.

Enfin, les États-Unis, la Suisse et les Pays-Bas, ont confié la gestion du système d'assurance maladie à des **assureurs privés** mis en concurrence. L'État intervient toutefois afin de pallier les défaillances du marché. Aux États-Unis, depuis 2014, le Patient Protection and Affordable Care Act (ou « Obamacare ») oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. Si l'obligation fédérale a été supprimée en janvier 2019, les assurances publiques à destination des plus modestes (Children's Health Insurance Program, Medicare, Medicaid) ont

¹ Les données sur le financement des dépenses de santé en comparaison internationale portent sur 2023 (dernière année disponible).

été maintenues. Les assurances obligatoires privées financent 32 % des dépenses de santé aux États-Unis en 2023. Aux Pays-Bas et en Suisse, l'État oblige tous les résidents à contracter une assurance santé (dans une logique universelle), définit le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. La part des dépenses de santé financées par les assurances obligatoires privées est de 51 % aux Pays-Bas et 42 % en Suisse en 2023.

Graphique 2 • Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2023



1. La Grèce est ici classée parmi les pays où le système d'assurance maladie est géré par des assurances publiques, car celles-ci financent près d'un tiers des dépenses de santé, soit une part supérieure à celle financée par l'État.

2. Et autres dispositifs facultatifs.

3. Le reste du monde correspond en grande partie au financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents. Cette part, qui demeure très marginale, concerne surtout le Luxembourg (1 % de la DCSI), la Lituanie et la Grèce (moins de 1 % de la DCSI).

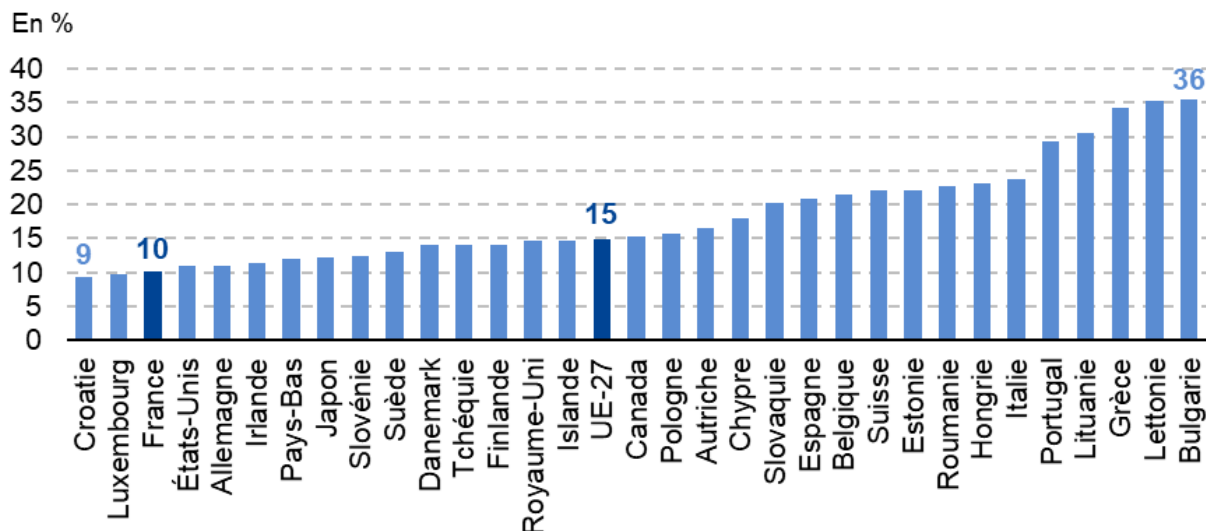
Lecture : En France, en 2023, la DCSI est financée à 4 % par l'État et les autorités locales, à 73 % par les assurances obligatoires publiques, à 6 % par les assurances privées obligatoires, à 7 % par les assurances privées facultatives et à 10 % par les ménages. Sources : DREES, comptes de la santé pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

La France a le troisième RAC le plus faible en proportion de la DCSI après le Luxembourg et la Croatie

En 2023, dans l'Union européenne à 27 (UE-27), 15 % de la DCSI reste à la charge des ménages (*graphique 3*). Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (34 % en Grèce, 29 % au Portugal et 24 % en Italie) et dans les pays de l'est de l'Europe, en particulier en Bulgarie, en Lettonie et en Lituanie (respectivement 36 %, 35 % et 30 %). En 2023, la France a un RAC parmi les plus faibles de l'UE-27 (10,2 %), juste derrière la Croatie (9,4 %) et le Luxembourg (9,7 %). Treize pays ont une part de la DCSI restant à la charge des ménages inférieure à 15 %.

Exprimé en euros PPA santé¹ et par habitant, le RAC des ménages est particulièrement élevé en Suisse, en Bulgarie et en Belgique (respectivement 1 070, 1 000 et 970 € PPA santé par habitant). Dans l'UE-27, il s'établit en moyenne à 580 € PPA santé par habitant. Au sein des pays d'Europe de l'Ouest, c'est au Luxembourg que le RAC en euros PPA santé par habitant est le plus faible (390 € PPA santé par habitant), suivi de l'Irlande (400 € PPA santé par habitant) et de la France (440 € PPA santé par habitant). Le RAC est de 210 € PPA santé par habitant en Croatie, 480 € PPA santé au Royaume-Uni, 580 € PPA santé en Allemagne, 610 € PPA santé en Espagne et 620 € PPA santé aux États-Unis.

Graphique 3 • Reste à charge des ménages concernant les dépenses courantes de santé au sens international en 2023



Lecture : En France, le RAC dans la DCSi s'élève à 10,2 % en 2023.

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

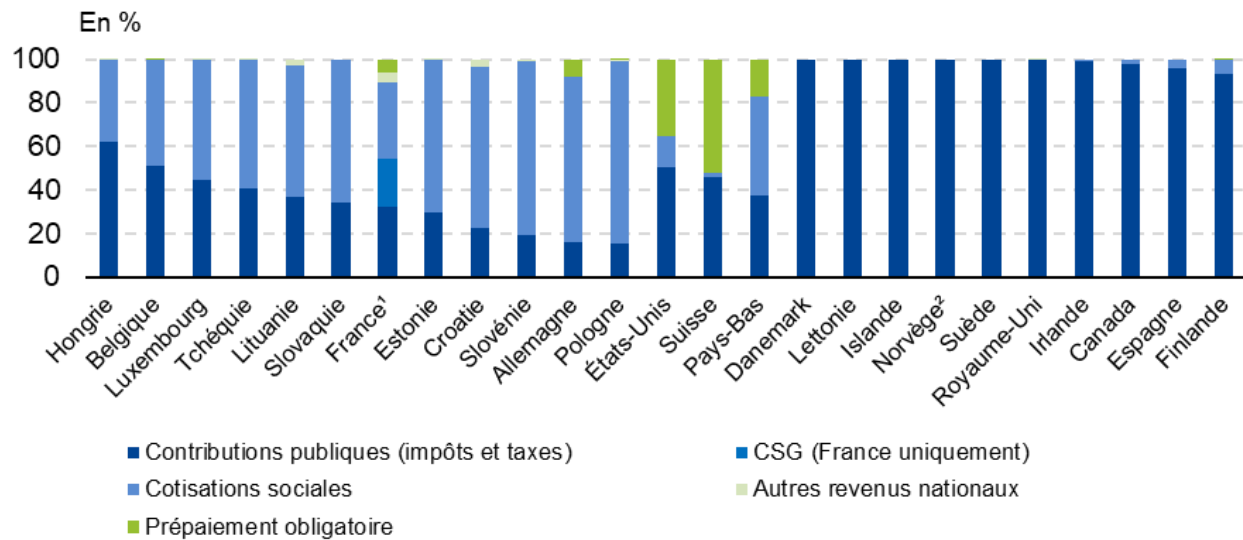
Encadré Les régimes obligatoires de santé sont généralement financés par des prélèvements obligatoires (cotisations et contributions sociales, impôts et taxes)

Les dépenses de santé sont généralement financées par des cotisations sociales, des contributions publiques (impôts et taxes), des prépaiements volontaires (primes d'assurance) ou d'autres ressources nationales et/ou revenus de l'étranger. Cette partie porte uniquement sur les recettes des régimes obligatoires, qu'ils soient privés ou publics. La structure des recettes de ces régimes varie selon le système d'assurance maladie en place (*graphique 4*). Dans les systèmes nationaux de santé, les impôts et les taxes constituent l'essentiel des recettes des régimes obligatoires. Cette part atteint même 100 % au Royaume-Uni, en Lettonie et dans les pays scandinaves.

Dans les systèmes d'assurance maladie, les cotisations sociales occupent une place bien plus importante que dans les systèmes nationaux de santé. Elles représentent même plus de 50 % des ressources des régimes obligatoires dans la plupart des pays étudiés et financent jusqu'à 84 % de ces régimes en Pologne. Dans les systèmes nationaux de santé comme dans les systèmes d'assurance maladie, les prépaiements obligatoires représentent une part marginale des ressources des régimes obligatoires ; à l'inverse, aux Pays-Bas, en Suisse et aux États-Unis (systèmes à assurances privées), les primes d'assurance constituent une part importante des ressources (entre 17 % aux Pays-Bas et 52 % en Suisse). Une partie de ces primes demeure souvent à la charge de l'employeur et, dans certains cas, peut également être subventionnée par l'État. En France, les cotisations sociales représentent 35 % des recettes des régimes obligatoires. La CSG, qui est un impôt portant sur l'ensemble des revenus et qui est intégralement affecté à la protection sociale, en représente 22 %. Le reste est financé principalement par d'autres impôts (32 %).

¹ La France est ici utilisée comme pays de référence, ce qui signifie que tout euro en PPA santé correspond à un euro dépensé en France pour les produits et biens de santé.

Graphique 4 • Les recettes des régimes obligatoires selon le financement public en 2023



1. Les données pour la France sont issues du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale ainsi que des chiffres-clés de la Sécurité sociale (DSS, 2024). Elles concernent uniquement la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie. La segmentation entre les différents types de financement des régimes privés obligatoires n'est pas disponible et se limite aux seuls régimes publics obligatoires. La part des assurances privées obligatoires dans le financement des soins a été ajoutée dans la catégorie « Prépaiement obligatoire », les organismes complémentaires étant essentiellement financés par ceux-ci.

2. Données 2022.

Note : La catégorie « Contributions publiques » inclut les transferts issus des revenus nationaux de l'administration publique, les transferts d'origine étrangère distribués par l'administration publique et les transferts directs étrangers. En France, les contributions publiques comprennent les contributions sociales diverses, impôts, taxes et autres transferts.

Lecture : En France, en 2023, la branche maladie du régime général de l'Assurance maladie est financée à 35 % par les cotisations sociales, à 32 % par les contributions publiques et à 22 % par la CSG, à 6 % par les prépaiements obligatoires et à 5 % par d'autres revenus nationaux.

Sources : DSS, 2024 pour la France ; OCDE, Eurostat et OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) pour les autres pays.

Précisions méthodologiques Les données sont issues des comptes nationaux de la santé, produits par la DREES. Ils font l'objet de révisions méthodologiques périodiques, afin de prendre en compte les nouvelles sources disponibles et d'affiner les estimations.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est un agrégat plus large des comptes de la santé. Il s'agit de la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé directement par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif (institutions à but non lucratif), les entreprises, etc. Son périmètre est défini dans le *System of Health Accounts* (SHA) conjoint à l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance du système de santé, les dépenses de prévention ; elle comprend aussi la consommation de soins de longue durée, dans une acception large.

Pour plus de détails, se reporter à la publication « [Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé](#) », DREES, Collection Panoramas de la DREES - Santé, septembre 2025.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.5.2. Taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé

Finalité Le taux d'effort mesure la part du revenu disponible consacré par les ménages à leurs frais de santé. Outre le montant demeurant à la charge des ménages après remboursements de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes complémentaires (AMC), ils doivent aussi s'acquitter de primes pour se couvrir par une assurance maladie complémentaire. Ne sont pas incluses ici les dépenses non présentées au remboursement de la Sécurité sociale, telles que les soins de médecines douces ou les médicaments achetés sans ordonnance. Le taux d'effort se fonde sur une approche ménage plutôt qu'au niveau individuel, ce qui permet de tenir compte de la mutualisation du risque, des ressources et des dépenses au sein d'un même ménage. Il s'interprète comme la charge financière directe qui pèse sur les ménages en matière de dépenses de santé, mais n'inclut pas leur financement indirect de l'AMO *via* les cotisations sociales, taxes et impôts.

Résultats Le reste à charge moyen après remboursements de l'AMO et de l'AMC est de 387 € par an et par ménage, soit un taux d'effort direct moyen de 4,5 % en 2019.

Tableau 1 • Dépenses, reste à charge annuel moyen et taux d'effort, par dixième de niveau de vie, en 2019

Dixième de niveau de vie	Dépense présentée au remboursement	Dont dépassements d'honoraires et liberté tarifaire	Primes payées aux organismes de couverture complémentaire	Reste à charge annuel moyen par ménage après AMO et AMC	Taux d'effort	Objectif
D1 (moins de 11 900 € / an)	5 105 €	253 €	399 €	201 €	5,5%	Limitation du taux d'effort
D2 (11 900 € – 14 900 €)	8 328 €	330 €	776 €	247 €	5,3%	
D3 (14 900 € - 17 400 €)	6 971 €	416 €	993 €	299 €	5,6%	
D4 (17 400 € - 19 700 €)	8 110 €	484 €	949 €	306 €	4,7%	
D5 (19 700 € - 22 000 €)	6 062 €	486 €	1 033 €	310 €	4,5%	
D6 (22 000 € - 24 500 €)	7 225 €	644 €	1 114 €	419 €	4,4%	
D7 (24 500 € - 27 600 €)	7 045 €	750 €	1 216 €	468 €	4,3%	
D8 (27 600 € - 32 000 €)	5 476 €	782 €	1 255 €	495 €	3,9%	
D9 (32 000 € - 40 200 €)	6 634 €	890 €	1 340 €	524 €	3,5%	
D10 (plus de 40 200 €)	6 232 €	1 083 €	1 465 €	640 €	2,6%	
Ensemble	6 724 €	605 €	1 047 €	387 €	4,5%	

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

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

Note de lecture : En 2019, un ménage appartenant au premier dixième de niveau de vie (D1) devait s'acquitter de 201 € en moyenne de reste à charge après remboursements par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire, et de 399 € de primes versées aux organismes complémentaires, y compris la participation au dispositif de complémentaire santé solidaire (CSS), chèque ACS et participation de l'employeur déduits. Rapporté au revenu disponible ce montant représente un taux d'effort de 5,5 %.

Le reste à charge moyen après remboursements de l'AMO et de l'AMC est croissant en fonction du niveau de vie (de 201 € pour les ménages du premier dixième à 640 € pour ceux du dernier). Les primes de complémentaire santé directement payées par les ménages sont aussi croissantes en fonction du niveau de vie (de 399 € pour les ménages du premier dixième à 1 465 € pour ceux du dernier). Cependant, la part du revenu disponible qui est consacrée à ces dépenses de santé diminue fortement avec le niveau de vie: de 5,5 % du revenu disponible moyen pour les ménages appartenant au premier dixième de niveau de vie à seulement 2,6 % pour les 10 % des ménages les plus aisés.

Malgré l'existence de dispositifs d'aide à la couverture complémentaire pour les plus modestes, le non-recours à ces dispositifs est fréquent en raison d'un manque de connaissance et de difficultés administratives, de sorte que, conjugué à un niveau de vie très bas, le taux d'effort du premier dixième s'avère élevé.

Il convient également de noter que les résultats présentés sont issus d'enquêtes principalement antérieures à la réforme de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), remplacées par la complémentaire santé solidaire (CSS). Cette dernière, mise en place progressivement à partir du 1^{er} novembre 2019, vise à augmenter le taux de recours au dispositif d'aide à une complémentaire santé des personnes les plus modestes, et ainsi à améliorer le niveau de prise en charge de leurs soins.

De même ces résultats sont antérieurs à la plupart des mesures de la réforme dite « 100 % santé » mise en place progressivement entre 2019 et 2021. Cette réforme a permis l'accès à un panier de biens intégralement remboursés pour les bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable, en optique, dentaire et audioprothèses.

Enfin, le financement indirect de l'AMO, *via* les cotisations sociales, taxes et impôts, n'est pas pris en compte dans le calcul du taux d'effort. Contrairement aux primes à l'AMC, les contributions aux régimes d'AMO sont progressives avec le revenu (fiche 1. 9).

Construction de l'indicateur L'indicateur est, pour chaque dixième de niveau de vie, la somme du reste à charge moyen des ménages après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes complémentaires (AMC) et de la prime versée au titre de l'AMC (y compris taxes mais chèque de l'aide au paiement d'une complémentaire santé et participations de l'employeur aux contrats d'entreprise déduits), divisée par le revenu disponible (net de tout prélèvement obligatoire) annuel moyen des ménages.

Dans les éditions antérieures à 2022, l'indicateur était le rapport entre le reste à charge et le revenu disponible, la prime AMC étant retranchée de ce dernier. Il a été modifié en 2022 pour correspondre à sa définition usuelle.

Précisions méthodologiques

Sources des données :

Le reste à charge des ménages par décile de niveau de vie après intervention de l'assurance maladie et des organismes complémentaires a été calculé par la Drees grâce au modèle de microsimulation Ines-Omar 2019, issu du rapprochement de deux outils de microsimulation :

- le modèle Omar (Outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charges), développé par la Drees, qui permet de simuler à un niveau individuel les prestations en nature d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et donc les restes à charge, et à un niveau ménage les cotisations d'assurance complémentaire. Omar est lui-même le regroupement de plusieurs sources de données : l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017 produite par l'Insee et pseudo-appariée à l'Enquête européenne sur la santé (EHIS) 2014 réalisée par Drees, l'Irdes et l'Insee (pour les moins de 15 ans), l'enquête EHIS 2019 (pour les 15 ans ou plus), l'appariement de l'EHIS avec les données du Système national de données de santé (SNDS), et les informations récoltées dans l'Enquête auprès des organismes complémentaires 2019 sur leurs contrats les plus souscrits (enquête OC) menée par la Drees.

- le modèle Ines, développé par la Drees, l'Insee et la Cnaf, qui permet de simuler, pour chaque ménage, les cotisations d'assurance maladie obligatoire, y compris celles payées par les employeurs. Le principe du modèle de microsimulation Ines consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Caisse nationale d'allocations familiales et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

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

Indications complémentaires :

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

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.5.3. Assurés bénéficiant de soins en tiers payant

Finalité Le tiers payant dispense de l'avance de frais des soins par l'assuré sur la part obligatoire remboursée par l'assurance maladie. Ce dispositif favorise ainsi l'accès aux soins en limitant la participation financière à la charge de l'assuré.

Précisions sur le dispositif Une mise en œuvre progressive est prévue par la loi. L'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé modifié par l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 prévoit la mise en place d'un tiers payant généralisable sur la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire :

- après avoir bénéficié, dès le 1^{er} juillet 2016, d'une prise en charge en tiers payant sur proposition de leurs professionnels de santé, les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD) pour les soins en rapport avec l'ALD ou couverts au titre du risque maternité bénéficient de droit du tiers payant depuis le 31 décembre 2016. Ce droit a été codifié au sein de l'article L. 162-1-21 du code de la sécurité sociale ;
- depuis le 1^{er} janvier 2017, les professionnels peuvent pratiquer, sur la base du volontariat, le tiers payant à tous leurs patients.

Parallèlement à ce dispositif, la loi impose une garantie de paiement pour les professionnels. Dans ce cadre, l'assurance maladie et les complémentaires santé se sont engagées à mettre en place des procédures techniques simples et transparentes pour offrir aux professionnels :

- une garantie de paiement pour protéger les professionnels de santé de tous les risques liés aux évolutions de parcours et de changement de droits des assurés ;
- des engagements en matière de délais de paiement assortis de pénalités versées au professionnel de santé en cas de non-respect de ces délais par les organismes d'assurance obligatoire ;
- la simplicité de suivi des paiements et une liberté d'organisation dans leur mise en œuvre du tiers payant afin de ne pas obérer sur le temps médical ;
- un accompagnement renforcé par les conseillers informatiques et un service d'assistance dédié mis en place par l'assurance maladie obligatoire.

La réglementation définissait déjà certains cas dans lesquels les patients bénéficient du tiers payant, sur la seule part obligatoire remboursée par l'assurance maladie ou sur le montant total de l'acte (parts obligatoire et complémentaire).

- Les cas les plus fréquents de dispense d'avance de frais concernent les soins en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle et les soins dispensés à un bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS – ex-CMU-C).
- Les honoraires perçus pendant une hospitalisation dans un établissement sous convention avec l'Assurance Maladie (pour la part obligatoire et, le cas échéant, pour la part complémentaire) sont également facturés en tiers payant.
- La réglementation prévoit aussi une dispense d'avance de frais pour certains actes : actes de prévention dans le cadre de dépistage organisé, prescription de contraceptifs ou d'examens biologiques à une mineure de moins de 15 ans, examens de prévention bucco-dentaire aux enfants ou adolescents âgés de 6, 9, 12, 15, 18, 21 ou 24 ans, aux femmes enceintes dans certaines conditions, etc...

Enfin, depuis le 1^{er} juillet 2015, le tiers payant intégral (TPI) est également proposé aux patients disposant de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS), dès lors qu'ils ont souscrit un contrat complémentaire sélectionné par le ministère de la Santé, figurant sur la liste des offres établie par celui-ci. En dehors de ces cas, les professionnels de santé gardent la faculté de facturer leurs honoraires en tiers payant à leurs patients (*cf.* tableau *infra*).

Résultats Les données suivantes dressent un état des lieux des pratiques de tiers payant en 2025 en soins ambulatoires (donc hors hospitalisations qui font systématiquement l'objet d'une dispense d'avance de frais) au regard des données obtenues sur la même période en 2016, soit avant l'entrée en vigueur de la loi en juillet 2016. Elles sont exprimées en pourcentages du nombre d'actes facturés en tiers payant. Près de dix ans après la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé, de premières observations peuvent être faites.

Tableau 1 • Taux de tiers payant par motif et catégorie de médecins pour la partie régime obligatoire

Taux de tiers payant en nombre d'actes	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectif
Cas obligatoires											
CMUC/CSS*	98,4%	98,6%	98,7%	98,7%	98,2%	98,4%	98,4%	98,4%	98,5%	98,8%	100 %
Omnipraticiens	98,8%	99,0%	99,0%	99,1%	98,7%	98,8%	98,7%	98,7%	98,8%	99,0%	
Spécialistes	97,5%	97,8%	98,0%	98,0%	97,5%	97,8%	97,8%	98,0%	98,2%	98,4%	
Risque AT-MP	97,8%	98,0%	98,1%	98,2%	98,4%	98,7%	98,7%	98,7%	98,7%	98,9%	
Omnipraticiens	97,5%	97,7%	97,8%	98,0%	98,3%	98,6%	98,6%	98,6%	98,7%	98,9%	
Spécialistes	98,2%	98,4%	98,5%	98,6%	98,6%	98,8%	98,8%	98,8%	98,8%	98,8%	
ACS*	85,9%	91,8%	94,1%	95,1%	95,8%	-	-	-	-	-	
Omnipraticiens	88,1%	93,3%	95,2%	96,0%	96,7%	-	-	-	-	-	
Spécialistes	82,8%	89,8%	92,6%	93,8%	94,6%	-	-	-	-	-	
Autres Cas **											
ALD (soins en rapport)	72,6%	81,1%	85,6%	87,6%	89,9%	91,4%	92,3%	93,3%	94,3%	95,1%	Augmentation
Omnipraticiens	68,8%	79,1%	84,4%	86,8%	89,4%	91,5%	92,5%	93,6%	94,6%	95,5%	
Spécialistes	78,2%	84,1%	87,3%	88,9%	90,5%	91,3%	92,1%	93,0%	93,9%	94,7%	
Maternité	45,9%	56,6%	66,1%	70,1%	73,8%	76,1%	78,6%	80,9%	83,6%	86,4%	
Omnipraticiens	60,1%	72,1%	79,4%	83,2%	84,9%	86,6%	87,8%	88,6%	89,9%	91,1%	
Spécialistes	41,6%	51,8%	61,6%	65,2%	69,8%	72,2%	75,2%	78,1%	81,4%	84,8%	
Autres cas non obligatoires	25,6%	28,0%	30,5%	32,5%	37,2%	41,1%	42,6%	44,7%	48,2%	52,3%	
Omnipraticiens	17,6%	20,4%	23,0%	25,1%	31,5%	36,3%	36,0%	35,8%	38,8%	42,6%	
Spécialistes	33,4%	35,0%	37,3%	39,1%	42,2%	45,2%	48,2%	51,7%	55,4%	59,4%	
Ensemble des assurés	43,4%	47,3%	50,2%	52,1%	56,0%	58,7%	59,6%	61,5%	64,2%	67,3%	
Omnipraticiens	40,6%	45,5%	48,6%	50,5%	55,4%	58,6%	58,1%	58,6%	60,9%	63,7%	
Spécialistes	46,4%	49,3%	51,9%	53,7%	56,5%	58,8%	61,1%	64,1%	67,1%	70,3%	

* depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacés par la Complémentaire Santé Solidaire (CSS). La catégorie ACS 2020 comptabilise les anciens contrats ACS non échus. La catégorie CMUC/CSS comptabilise les patients CMUC jusqu'à fin 2019, les patients CSS depuis.

** le tiers payant est obligatoire pour les ALD et les bénéficiaires de l'assurance maternité depuis le 1er janvier 2017 (et facultatif en 2016)

Source : Cnam, SNDS. Support d'entrée : feuilles de soins papier et feuilles de soins électroniques.

Champ : date de liquidation, régime général, France entière.

En 2025, sur l'ensemble des soins médicaux, le taux de tiers payant en nombre d'actes est de 67,3 %, en hausse de près de 24 points par rapport à 2016, et de 11,3 points par rapport à l'année 2020.

Pour les **cas obligatoires avant la loi de modernisation de notre système de santé**, ces taux sont proches de 100 % pour les patients bénéficiaires de la CSS (ex CMU-C, 98,8 %) ou ceux pris en charge par le risque professionnel - accident du travail ou maladie professionnelle (98,9 %).

Pour les **patients atteints d'une ALD (pour les soins en rapport avec l'ALD) ou couverts au titre du risque maternité**, l'analyse des données montre une hausse sensible de la pratique du tiers payant entre 2016, date à laquelle la dispense d'avance de frais était facultative pour eux, et 2025, neuf ans après la mise en place du tiers payant obligatoire. Les taux de pratique du tiers payant s'élèvent ainsi en 2025 à 95,1 % pour les soins en rapport des patients en ALD (contre 72,6 % en 2016 et 58,1 % en 2015) et 86,4 % pour les femmes enceintes (versus 45,9 % en 2016).

En ce qui concerne les **cas sans obligation réglementaire**, le taux de tiers payant en 2025 a doublé par rapport à celui observé en 2016, avec 52,3 % contre 25,6 %.

Selon les différentes catégories de médecins, le taux de tiers payant des omnipraticiens (*i.e.* les généralistes et médecins à exercice particulier) est de 63,7 % (en hausse de 23 points par rapport à 2016) et celui des spécialistes s'élève à 70,3 % (+24 points).

Construction de l'indicateur Le taux des actes facturés en tiers payant rapporte le nombre d'actes facturés en tiers payant à l'ensemble du nombre d'actes facturés et présentés au remboursement à l'assurance maladie. Sont exclus du champ, les actes liés aux dépenses d'hospitalisation qui font systématiquement l'objet d'une dispense de frais.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.5.4. Dépassements tarifaires : répartition des médecins de secteur 2 et taux moyen de dépassement pratiqué

Finalité L'intérêt de cet indicateur est de suivre dans le temps l'évolution des dépassements pratiqués par les médecins libéraux. L'évolution du taux de dépassement des médecins en secteur 2 permet de cerner le poids de ces dépassements par rapport aux honoraires remboursables. La part de la population résidant dans des départements où la proportion de médecins en secteur 2 est importante permet d'avoir une approche du niveau et de l'évolution du risque relatif à d'éventuelles difficultés d'accès, dans des délais raisonnables, à des médecins de secteur 1.

Précisions sur le dispositif Plus de 99 % des médecins libéraux sont conventionnés car ils ont passé un accord avec l'assurance maladie, ce qui permet aux assurés qui les consultent d'être remboursés sur la base des tarifs opposables.

Un médecin en secteur 1 est un médecin qui applique les tarifs opposables. Il ne peut facturer de dépassements d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'une exigence particulière du patient ou en cas de soins non coordonnés. En contrepartie, une partie de ses cotisations sociales est prise en charge par l'assurance maladie. Un médecin en secteur 2 fixe lui-même ses tarifs (ces praticiens sont cependant tenus au respect des tarifs opposables pour leurs patients bénéficiaires de la CMU complémentaire et depuis le 1^{er} janvier 2013, pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé - cf. *indicateur n°2-6-1*). C'est avec « tact et mesure », et sous le contrôle des instances de l'ordre des médecins, que peuvent être pratiqués des dépassements d'honoraires par les médecins conventionnés qu'ils soient de secteur 1 ou 2. Face au nombre important de médecins ayant choisi le secteur 2, celui-ci a été restreint en 1990 aux anciens chefs de clinique qui s'installent pour la 1^{ère} fois en libéral. Aujourd'hui, il faut disposer d'un certain nombre de titres pour pouvoir prétendre exercer en secteur 2. Depuis le début des années 2000, la part des médecins de secteur 2 s'accroît de nouveau, notamment dans les spécialités chirurgicales.

En 2013, en application de l'avenant 8 à la convention médicale conclue en octobre 2012, les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant à un contrat d'accès aux soins (CAS) s'engagent à geler les dépassements d'honoraires et à maintenir à *minima* la part de l'activité réalisée à tarifs opposables. En contrepartie, l'assurance maladie prend notamment en charge partiellement leurs cotisations sociales et améliore le remboursement des frais de soins. En 2016, 8 761 médecins de secteur 2 ont souscrit à un contrat d'accès aux soins, soit 28 % des médecins de secteur 2. La convention médicale de 2016 a légèrement modifié les règles et le nom du dispositif : l'option pratique tarifaire (Optam) est proposée pour l'ensemble des médecins de secteur 2 et les chirurgiens et les obstétriciens se voient proposer une option spécialement conçue pour eux, l'Optam-CO. Ce dispositif consiste à encourager les médecins de secteur 2 à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs opposables ; en contrepartie, ces médecins bénéficient des tarifs de remboursement de leurs actes alignés sur ceux des médecins exerçant en secteur 1 (permettant à leurs patients de bénéficier d'un meilleur niveau de remboursement) et d'une valorisation de l'activité réalisée aux tarifs opposables (sans dépassements). Ce dispositif est entré en vigueur en 2017. La convention médicale de 2024 a inclus les anesthésistes au dispositif, devenu OPTAM-ACO. A fin 2024, 17 293 médecins de secteur 2 ont adhéré aux dispositifs OPTAM/OPTAM-ACO. Cela représente 52,7% des médecins éligibles à l'OPTAM/OPTAM-ACO.

Résultats La part de la population suivant la répartition des médecins, omnipraticiens et spécialistes, en secteur 2 est présentée ci-dessous :

Tableau 1 • Part de la population suivant la répartition des médecins, omnipraticiens et spécialistes, en secteur 2

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024(p)	Objectif
Part de la population résidant dans les départements où :																			
au moins 20% des omnipraticiens exercent en secteur 2	19,7%	18,0%	18,0%	15,3%	15,3%	12,0%	12,1%	10,4%	10,0%	5,9%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
au moins 50% des spécialistes exercent en secteur 2	16,8%	18,9%	20,0%	17,0%	18,9%	18,7%	20,1%	22,1%	22,7%	25,5%	29,3%	29,1%	34,1%	38,4%	51,3%	64,0%	67,7%	79,9%	Réduction
Taux de dépassement des médecins en secteur 2	49,9%	49,6%	51,1%	54,4%	53,2%	53,1%	52,4%	51,7%	51,3%	49,3%	47,9%	45,7%	45,5%	42,8%	44,7%	45,5%	47,3%	48,5%	
Taux de dépassement des actes avec dépassement (*)					78,3%	79,1%	78,7%	79,2%	80,4%	83,0%	82,0%**	81,1%**	81,8%**	82,3%	84,6%	84,8%	87,1%	88,6%	
Part de l'activité réalisée au tarif opposable (*)					32,1%	32,9%	33,4%	34,7%	36,2%	37,5%	38,6%	40,4%	41,5%	43,4%	43,4%	43,0%	42,6%	42,7%	Augmentation

Source : Cnam, SNIR (2006-2014), AMOS (2015-2024) sauf (*) données DCIR.

Champ : France métropolitaine, médecins actifs à part entière sauf (*) ensemble des médecins de secteur 2 – France entière.

(**) Rupture de série liée à un changement de source de données – cf. rubrique « construction de l'indicateur ». (p) : données provisoires

Note : dès lors que le taux de spécialistes en secteur 2 dépasse les 50,0%, la population entière du département bascule dans la catégorie, expliquant les effets massifs certaines années.

Depuis 2018, concernant les omnipraticiens, il n'y a plus de département où plus de 20 % des omnipraticiens libéraux exercent en secteur 2. C'est une évolution notable par rapport à 2007 où près de 20 % de la population résidait dans un département avec plus de 20 % d'omnipraticiens en secteur 2. L'accès aux spécialistes libéraux reste quant à elle moins favorable : en 2024, 79,9% de la population réside dans des départements où au moins 50% des spécialistes pratiquent des honoraires libres, en nette augmentation du fait du basculement de quatorze départements vers une proportion de spécialistes en secteur 2 supérieure à 50% concernant plus de 8 millions de personnes (Allier, Ariège, Corrèze, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Creuse, Eure et Loire, Gard, Ile-et-Vilaine, Morbihan, Moselle, Pas de Calais, Somme et Vendée). De plus, aucun nouveau département n'est passé sous cette proportion en 2024. Ces évolutions reflètent pour partie celles du nombre de spécialistes exerçant en secteur 2. En 2024, la part des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 continue de baisser pour atteindre 1,9 % du nombre total d'omnipraticiens, confirmant la nette diminution constatée entre 2004 et 2024 (-10,6 % par an). En revanche, la proportion de spécialistes conventionnés en secteur 2 a augmenté constamment entre 2004 et 2024 avec une hausse de plus de +24,5 points sur cette période et de près de +2,4 points entre 2023 et 2024 (38 % en 2004, 43% en 2013 et 62% en 2024 – pour les spécialistes APE de France Métropolitaine).

En ce qui concerne leur répartition géographique, les médecins de secteur 2 (omnipraticiens et spécialistes) se concentrent surtout dans les régions à forte densité urbaine, plus de deux tiers de ceux-ci (42%) se trouvant dans quatre régions : 26,3 % des médecins du secteur 2 exercent en Île-de-France, 14,1 % en région Auvergne et Rhône-Alpes, 11,5 % en région PACA et 9,9% en Nouvelle Aquitaine en 2024.

Plus précisément, 12,3% des omnipraticiens conventionnés en secteur 2 de France métropolitaine exercent à Paris, ce département hébergeant 3,1% de la population métropolitaine et 7,9% des omnipraticiens Parisiens sont en secteur 2.

Pour les médecins spécialistes, cette proportion est plus élevée et concerne un plus grand nombre de départements : au moins un spécialiste sur deux est conventionné en secteur 2 dans 59 départements, nombre en forte augmentation par rapport à 2023 (dont 25 départements à plus de 60% de spécialistes de secteur 2 : Paris, Hauts-de-Seine, Rhône, Yvelines, Val de Marne, Gironde, Bas-Rhin, Alpes-Maritimes, Haute-Savoie, Savoie, Val d'Oise, Seine-et-Marne, Ain, Marne, Haut-Rhin, Côte-d'Or, Deux-Sèvres, Indre et Loire, Essonne, Charente-Maritime, Seine Maritime, Pyrénées-Atlantiques, Loire, Isère, Bouches du Rhône ; dans 34 départements, les effectifs de spécialistes de secteur 2 s'établissent entre 50% et 60%). Ces 59 départements hébergent 80% de la population métropolitaine. En 2009, cette proportion était de 17 % et seuls sept départements comptaient plus de 50 % de spécialistes en secteur 2.

Il faut toutefois noter qu'une proportion élevée de médecins omnipraticiens ou spécialistes en secteur 2 dans un territoire donné ne constitue pas en soi un indice de difficulté d'accès aux soins pour des raisons financières, si par ailleurs la densité totale de médecins est telle dans ce territoire qu'elle garantisse un nombre suffisant de praticiens exerçant en secteur 1 compte tenu de la population. Ainsi, si dans les Alpes-Maritimes par exemple, la proportion de médecins spécialistes de secteur 2 est particulièrement élevée (plus de 7 spécialistes de secteur 2 actifs à part entière sur dix en 2024), l'abondance globale de médecins spécialistes fait que le nombre de spécialistes exerçant en secteur 1 pour 100 000 habitants reste supérieure à la médiane nationale : la densité de spécialistes de secteur 1 en France métropolitaine est de 21 en 2024 ; elle est de 30 dans les Alpes-Maritimes.

Le taux moyen de dépassement des honoraires constaté en France métropolitaine pour les médecins en secteur 2 atteint 48,5 % en 2024, en augmentation par rapport à 2020, année marquée par la pandémie de Covid ; ce taux est toutefois en diminution de -5,9 points par rapport à 2010 mais néanmoins en augmentation constante depuis 2020. Il varie fortement selon les spécialités : inférieur à 35 % pour les cardiologues (21,7 %), les pneumologues (22,3 %) et les radiologues (34,3 %), il est de 62,6 % pour l'ensemble des chirurgiens et dépasse les 56,8 % pour les gynécologues.

Enfin, 42,7% de l'activité réalisée par les médecins de secteur 2 ne donne pas lieu à dépassement (+10,6 points depuis 2011). Ce pourcentage reste quasiment stable en 2024. Le taux de dépassement des actes avec dépassement est de 88,6 % en 2024.

Construction de l'indicateur On observe dans chaque département de France métropolitaine la proportion de praticiens conventionnés en secteur 2 (et de secteur 1 avec droit à dépassement permanent) ainsi que la population résidente. Quand la part de médecins en secteur 2 est supérieure à 20 % pour les omnipraticiens, ou à 50 % pour les spécialistes, on prend en compte la population concernée. Le taux de dépassement moyen rapporte le montant des dépassements pratiqués par les médecins actifs à part entière en secteur 2 et secteur 1 avec droit à dépassement permanent à celui des honoraires sans dépassement (y.c. forfaits).

Le taux de dépassement des actes avec dépassement rapporte les dépassements pratiqués aux honoraires sans dépassements des seuls actes tarifés avec dépassement (hors forfaits). La source (Dcir – France entière) pour calculer ce taux a changé par rapport à 2017, ce qui explique des niveaux légèrement différents. La part de l'activité à tarifs opposables rapporte les honoraires sans dépassement des actes pratiqués sans dépassement à l'ensemble des honoraires sans dépassement perçus (hors forfaits).

Précisions méthodologiques Les données sont issues de la Cnam à partir de deux sources : le système national inter régimes des professions de santé (SNIR-PS) jusqu'en 2014, de AMOS qui remplace le SNIR-PS à partir de 2015 et les données de consommation inter-régimes (DCIR). Les effectifs observés concernent d'une part, les omnipraticiens (généralistes et praticiens à mode d'exercice particulier) et d'autre part, les spécialistes, en activité à part entière (APE) et exerçant en France métropolitaine. Il s'agit de données tous régimes, calculées sur le champ France métropolitaine.

Les seuils de 20 % et 50 % sont conventionnels. Si on ne peut en tirer de conclusions directes, ils paraissent néanmoins adaptés à l'examen de la proportion relative d'omnipraticiens et de spécialistes en secteur 2. L'intérêt de l'indicateur réside surtout dans son évolution dans le temps.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.5.5. Dispositif 100 % Santé en optique, audiologie et dentaire

Finalité La réforme du « 100 % Santé » vise à améliorer l'accès aux soins en supprimant les barrières financières pour les patients. A compter de 2019, certains équipements et soins sont progressivement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, dans le domaine de l'optique, de l'audiologie et du dentaire. L'indicateur de taux de pénétration des équipements « 100 % Santé » mesure leur part dans le total des équipements et soins délivrés, en comparaison aux objectifs fixés par le Gouvernement. Un indicateur complémentaire estime le nombre de porteurs d'aides auditives en France et un autre donne le nombre de consommateurs des paniers 100% Santé dans chaque secteur.

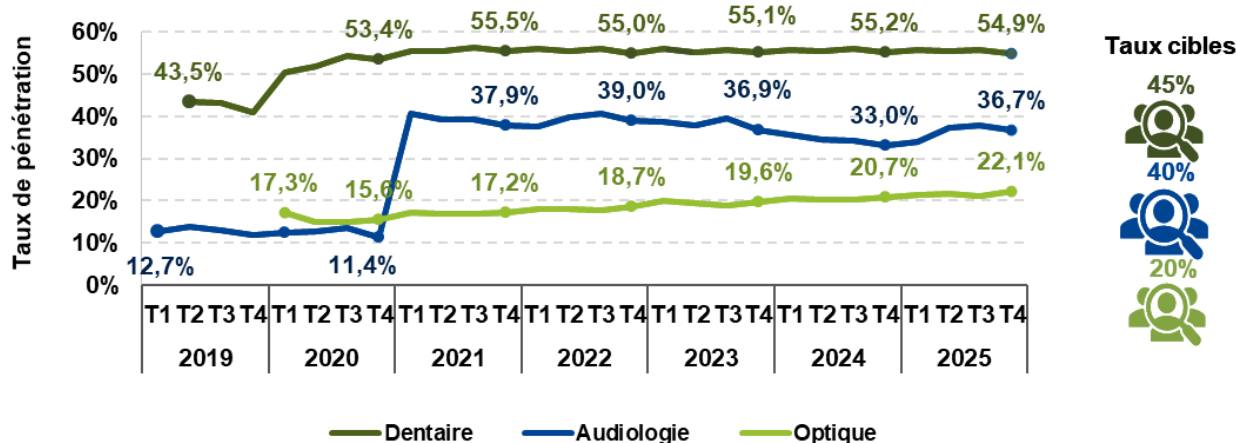
Résultats Le taux de pénétration des dispositifs « 100 % Santé » (cf. *Précisions méthodologiques*) diffère selon les secteurs. Il est plus important pour le dentaire et les audioprothèses avec respectivement 54 ;9 % et 36 ;7 % des équipements relevant du dispositif au dernier trimestre 2025 que pour l'optique avec 22,1 % des équipements relevant du dispositif. Les objectifs fixés par le Gouvernement étaient de 20 % pour l'optique, 40 % pour l'audiologie et 45 % pour le dentaire (cf. *Graphique 1*).

En optique, le taux de pénétration des équipements 100% Santé a augmenté progressivement au cours des premières années de la réforme (15,7 % en 2020, 17,1 % en 2021, 18,5 % en 2022), pour atteindre l'objectif au premier semestre 2024 (20,5 %). Depuis, le taux de pénétration continue sa progression et dépasse l'atteinte de l'objectif. Le nombre de consommateurs du panier 100% Santé a augmenté de 4 % par rapport à l'année précédente et représente 21 % des effectifs totaux du secteur de l'optique en 2025, une augmentation de 6 points par rapport à 2020, date de la mise en forme de la réforme du secteur de l'optique (cf. *Tableau 2*).

Concernant le secteur dentaire, le taux de pénétration du panier 100 % Santé augmente fortement entre 2019, année de lancement du dispositif, et 2020 au moment de l'entrée en vigueur complète du dispositif (cf. *Précisions sur le dispositif*). Depuis 2021, ce taux demeure inchangé et reste autour de 55%. En termes d'effectifs le nombre de consommateurs d'équipements 100 % baisse légèrement (-2%) entre 2024 et 2025 après plusieurs années de quasi stabilité des effectifs. (cf. *Tableau 2*).

Pour les audioprothèses, le taux de pénétration est resté très faible en 2019 et en 2020 lors des étapes intermédiaires de la réforme, mais a fortement augmenté au moment de la mise en œuvre complète du dispositif (39,1 % en 2021) restant stable en 2022 (39,2 %). À partir de 2023 la part des aides auditives sans reste à charge diminue progressivement pour atteindre 32,9% au quatrième trimestre de 2024, soit une baisse de 5 points de pourcentage par rapport à 2021 (cf. *Graphique 1*). En 2025, une augmentation est constatée puisque le taux de pénétration est de 36,7% au quatrième trimestre. Cette hausse intervient quatre ans après la montée en charge complète du dispositif qui correspond au délai de renouvellement pour la prise en charge des appareils auditifs. De même, le nombre de consommateurs du panier 100 % Santé, qui avait très fortement augmenté en 2021 : il a été multiplié par cinq par rapport aux années précédentes, avait diminué en 2024 (-12% % par rapport à 2023), augmente de nouveau en 2025 (+15% par rapport à 2024)(cf. *Tableau 2*).

Graphique 1 • Taux de pénétration des dispositifs 100 % Santé



Source : SNDS-DCIR

Note : en dates de soins, remboursements jusqu'en février 2026

Champ : France entière, tous régimes, Professionnels de Santé libéraux conventionnés pour le dentaire

Tableau 1 • Nombre de porteurs d'appareils auditif en France

Année	Millions de porteurs d'appareils auditifs*	Evolution (%)
2016	2,0	
2017	2,2	11%
2018	2,4	10%
2019	2,7	9%
2020	2,9	8%
2021	3,3	15%
2022	3,7	13%
2023	4,1	11%
2024	4,5	9%

Source : SNDS-ESND.

Champ : France entière, tous régimes.

**Estimation basée sur l'historique de consommation disponible à partir de l'échantillon du Système national des données de santé dénommé ESND couvrant la période entre 2008 et 2024. Ces chiffres sont susceptibles d'être modifiés à la marge en raison de l'évolution de l'ESND d'une année à l'autre et des factures qui peuvent arriver en retard, et/ou des régulations qui affectent principalement l'année la plus récente.

Note méthodologique : Dans les versions précédentes, les données pour la période 2016-2020 étaient basées sur l'EGB. Un changement de méthodologie a été opéré afin d'harmoniser l'ensemble des données, toutes les années étant désormais estimées sur la base de l'ESND. Les données pour 2022 ont également été révisées, car elles se limitaient à tort aux assurés en vie en 2023.

Note de lecture : En 2024, 4,5 millions de français sont porteurs d'un appareil auditif en France.

Tableau 2 • Nombre d'assurés consommant des équipements 100 % Santé et total par secteur

Année	Audiologie			Optique			Dentaire		
	100% santé	Total	Part (%)	100% santé	Total	Part (%)	100% santé	Total	Part (%)
2019	58 000	440 000	13%				1 927 000	5 121 000	38%
2020	56 000	444 000	13%	2 022 000	13 371 000	15%	2 614 000	4 813 000	54%
2021	299 000	769 000	39%	2 522 000	15 305 000	16%	3 186 000	5 664 000	56%
2022	302 000	777 000	39%	2 714 000	15 289 000	18%	3 179 000	5 687 000	56%
2023	286 000	758 000	38%	3 009 000	16 013 000	19%	3 195 000	5 784 000	55%
2024	253 000	740 000	34%	3 230 000	16 352 000	20%	3 177 000	5 806 000	55%
2025	292 000	740 000	39%	3 364 000	16 222 000	21%	3 127 000	5 786 000	54%

Source : SNDS-DCIR

Champ : France entière, tous régimes

Note : en dates de soins, remboursements jusqu'en février 2026

Note de lecture : En 2022, 2 714 000 personnes ont consommé au moins un équipement d'optique appartenant au panier 100 % Santé au cours de l'année.

Précisions sur le dispositif La réforme du « 100 % Santé » a connu une mise en œuvre échelonnée de 2019 à 2021.

En premier lieu, les prix limites des équipements et soins « 100 % Santé » sont progressivement plafonnés, permettant aux assurés de bénéficier d'un reste à charge maîtrisé :

- Sur l'audiologie : les aides auditives « 100 % Santé » sont ainsi proposées à un prix inférieur ou égal à 950 € à partir de 2021 (contre 1 300 € en 2019), tandis que la base de remboursement de la Sécurité sociale a augmenté pour atteindre 400 € (contre 199,71 € avant réforme).

- Sur les soins dentaires : les soins prothétiques dentaires « 100 % Santé » ainsi que certains soins appartenant au panier de soins à reste à charge maîtrisé (couronne, prothèse transitoire, bridge, etc.) ont été soumis à des prix limites de vente. Ainsi, deux tiers des actes prothétiques dentaires sont plafonnés, contre un tiers à prix libres. L'objectif initial du gouvernement est qu'au moins 45 % des soins et appareils dentaires soient couverts obligatoirement par l'assurance maladie et les complémentaires santé sans frais pour les assurés. Le principe est de garantir l'accès de tous à des matériaux (céramo-métallique, céramique full zircon, etc.) dont la qualité esthétique est adaptée à la localisation de la dent (distinction des dents « visibles » et celles « non visibles »).

- Sur l'optique : des prix limites de vente sont appliqués sur un ensemble de montures et de verres du panier de soins « 100 % Santé » avec des garanties de choix et de qualité.

En second lieu, les contrats complémentaires santé responsables doivent obligatoirement couvrir les paniers de soins « 100 % Santé » en optique médicale, aides auditives et soins prothétiques dentaires. En pratique, les équipements « 100 % Santé » sont donc garantis sans reste à charge dès lors que le patient est couvert par un contrat responsable et ce depuis 2020, pour les lunettes « 100 % Santé » et certains soins prothétiques dentaires (couronnes et bridges) et depuis 2021, pour les aides auditives.

Précisions méthodologiques Les données proviennent du DCIR/SNDS. Le taux de pénétration représente la part d'équipement 100 % Santé délivrés sur le total des équipements délivrés pour une période donnée. Pour l'optique, cela correspond à la part d'équipement complet (verres + montures) comprenant au moins un équipement 100 % Santé parmi l'ensemble des équipements complets délivrés (verres + montures). Le nombre de consommateurs d'équipements 100 % Santé équivaut au nombre de consommateurs distincts d'équipements relevant du panier 100 % Santé sur une période donnée.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DSS

2.5.6. Faciliter l'accès à la contraception

Finalité La Stratégie nationale de santé sexuelle (SNSS) 2017-2030 a notamment pour objectif « d'améliorer la santé reproductive » (axe III). Elle ambitionne plus particulièrement « d'améliorer l'accès à la contraception notamment par la mobilisation du cadre conventionnel » et de « réduire d'un tiers les grossesses non prévues et non désirées ». Elle fixe également un objectif de 5 % de part de contraceptions définitives (vasectomie et stérilisation tubaire) dans l'ensemble des méthodes contraceptives. La feuille de route 2021-2024 de déclinaison de la SNSS comportait ainsi une action 16 qui vise à « garantir l'accès à la contraception » à travers différentes mesures étendant la prise en charge à 100% des moyens contraceptifs.

Extension de la prise en charge de la contraception L'extension de la gratuité de la contraception aux jeunes femmes de moins de 26 ans a été motivée par le recul de l'usage de contraceptifs ayant une efficacité élevée (efficacité de plus de 90 %) chez les 18-25 ans, souvent lié à des raisons financières. Pour cette raison, depuis le 1^{er} janvier 2022, l'assurance maladie prend en charge à 100 % et sans avance de frais le coût de la contraception et les actes qui y sont liés (une consultation par an avec un médecin ou une sage-femme et les examens biologiques potentiels).

En pratique, les jeunes femmes de moins de 26 ans peuvent accéder sans frais aux consultations de médecin ou de sage-femme, examens ou actes médicaux en lien avec la contraception, ainsi qu'aux différents types de contraception ouverts au remboursement sur prescription en pharmacie (pilules hormonales de 1^{ère} ou de 2^e génération, dispositifs intra-utérins ou stériles, implants contraceptifs hormonaux, progestatifs injectables, diaphragmes et contraception d'urgence hormonale). Pour les femmes de 26 ans et plus, ces contraceptifs sont remboursés à 65 % par l'Assurance Maladie dans les conditions habituelles.

Par ailleurs, depuis 2018, femmes et hommes ont accès à un remboursement à hauteur de 60 % pour une liste de préservatifs sur prescription en pharmacie. Une prise en charge de 100% pour les moins de 26 ans sans prescription a été mise en place depuis janvier 2023 pour cette même liste de préservatifs.

Prise en charge à 100% de la contraception d'urgence pour toutes et tous

La contraception d'urgence hormonale est désormais prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais en pharmacie pour toutes et tous les assurés sociaux depuis janvier 2023. Jusqu'à cette date, la contraception d'urgence n'était prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie que pour les femmes de moins de 26 ans avec une ordonnance et pour les moins de 18 ans sans ordonnance. Pour les femmes de 26 ans et plus, la contraception d'urgence hormonale était prise en charge à 65 % par l'Assurance maladie sur prescription.

En dehors des pharmacies, la contraception d'urgence hormonale peut également être obtenue gratuitement :

- Dans les centres de santé sexuelle : les femmes majeures sans couverture sociale peuvent se procurer les médicaments de contraception d'urgence sans prescription médicale et de façon anonyme ;
- Dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites et des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) : les médicaments nécessaires à la contraception d'urgence peuvent être délivrés sans prescription médicale et de façon anonyme ;
- Dans les établissements d'enseignement du second degré : les infirmiers scolaires peuvent délivrer aux élèves mineures et majeures une contraception d'urgence ;
- Dans les services de santé étudiants : les infirmiers peuvent délivrer aux étudiantes (en général majeures) la contraception d'urgence.

Résultats

Le nombre de femmes ayant consommé au moins un contraceptif remboursable au cours d'une année donnée varie légèrement depuis 2017, passant de 5 464 000 à 5 477 000 en 2024 (cf. Graphique 1), pour un total de 173 M€ de dépenses remboursées par l'assurance maladie en 2021. Bien que le nombre de femmes concernées par le remboursement de la pilule soit en recul (-517 000 en 7 ans), ce mode de contraception représente toujours la majorité des contraceptifs remboursés, concernant 4 231 000 femmes en 2024. Bien que le préservatif externe, dit masculin, reste minoritaire parmi les contraceptifs remboursés, il est observé une forte hausse du recours depuis la prise en charge de son remboursement en décembre 2018.

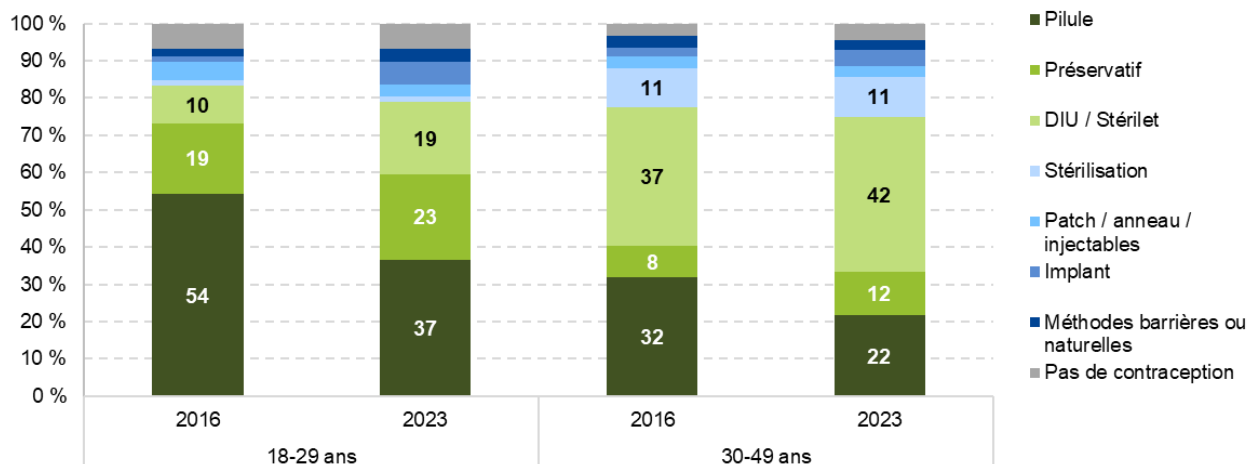
Cette augmentation du recours s'est poursuivie suite à la mise en œuvre de la mesure de prise en charge à 100% sans ordonnance des préservatifs pour les moins de 26 ans en janvier 2023. En 2024, 13,5 M¹ de préservatifs ont été délivrés avec une prise en charge à 100% chez les moins de 26 ans.

En élargissant à l'ensemble de la population, en 2024, sur un total de 787 000 bénéficiaires d'une prise en charge des préservatifs, les femmes représentent près de 69% des bénéficiaires totaux (542 000, cf. graphique 2). Alors que les femmes représentaient 93 % des bénéficiaires en 2022, la mise en place du remboursement sans ordonnance en janvier 2023 a fortement impacté la répartition des bénéficiaires entre hommes et femmes (-24 points pour les femmes entre 2022 et 2024).

¹ Données assurance maladie

D'après les premiers résultats de l'enquête Contexte des sexualités en France¹, en 2023, la couverture contraceptive des femmes de 18 à 49 ans concernées² reste stable depuis 2016 (9 % d'entre elles n'utilisent aucune méthode). L'usage de la pilule poursuit sa baisse amorcée en 2005, passant de 55,8 % cette année-là à 26,8 % en 2023, une baisse accélérée après la polémique sur les pilules de 3^e et 4^e génération en 2012. Le DIU devient la méthode la plus utilisée (27,7 %), suivi du préservatif (18,6 %), tandis que les méthodes naturelles et barrières restent minoritaires (7,5 %). Chez les 18-29 ans, la pilule demeure la première méthode (36,6 % en 2023), mais en forte baisse (-17,7 points depuis 2016), au profit du DIU (19,3 %) et du préservatif (22,3 %). Le taux de femmes sans contraception a presque doublé, atteignant 8,7 %. Chez les 30-49 ans, la pilule recule également (21,7 %), tandis que le préservatif progresse (16,6 %). Enfin, chez les adolescentes de 15 à 17 ans, la pilule reste majoritaire (48,4 %), suivie du préservatif (30 %), mais 13 % ne recourent à aucune contraception.

Graphique 1 • Nombre de femmes ayant consommé au moins un contraceptif remboursable



Source : Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE 13 novembre 2024

Concernant la contraception définitive, d'après un état des lieux publié en février 2024 par EPI-PHARE fondé sur les données du SNDS³, il apparaît que le nombre de vasectomies pratiquées en France augmente de façon importante depuis 2010, la prévalence des vasectomies annuelles dépassant le nombre de stérilisations féminines pour la première fois depuis 2021. En 2022, trois stérilisations masculines ont en effet été pratiquées pour deux stérilisations féminines. Ceci s'explique non seulement par la forte augmentation de la vasectomie en France, mais aussi par une baisse des demandes de stérilisation féminine, notamment par suite de l'arrêt de commercialisation des implants Essure® en 2017.

En 2023, 12,8 % des femmes âgées de 18 à 49 ans déclarent avoir vécu une grossesse non désirée au cours des cinq dernières années, soit une augmentation de près de 4 points par rapport à 2016 (8,9 %). Cette hausse peut en partie s'expliquer par des différences dans la formulation des questions posées lors des enquêtes. Toutefois, en comparant une question identique sur la dernière grossesse des cinq dernières années, le taux de grossesses non souhaitées passe de 28,9 % en 2016 à 34,7 % en 2023.

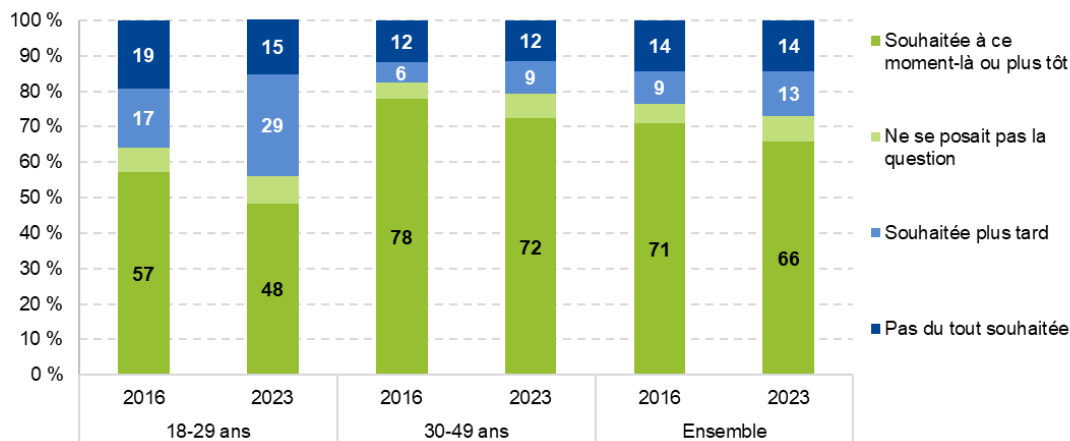
Les jeunes femmes de 18 à 29 ans sont particulièrement concernées, avec 51,8 % des dernières grossesses jugées non désirées, contre 27,8 % chez les femmes de 30 à 49 ans.

¹ Premiers résultats de la grande enquête nationale « Contexte des sexualités en France 2023 » - Salle de presse de l'Inserm

² Femmes ayant eu des rapports hétérosexuels dans l'année, non enceintes, non stériles et qui ne souhaitent pas être enceinte

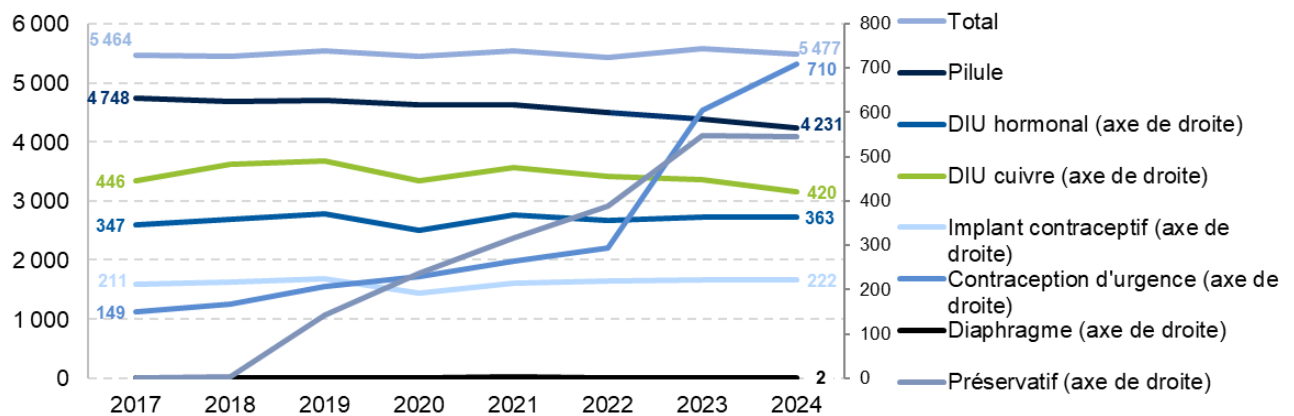
³ La vasectomie en France entre 2010 et 2022 (epi-phare.fr)

Graphique 2 • Grossesses non souhaitées



Source : Premiers résultats de l'enquête CSF-2023 Inserm-ANRS-MIE 13 novembre 2024

Graphique 3 • Nombre de femmes ayant consommé au moins un contraceptif remboursable



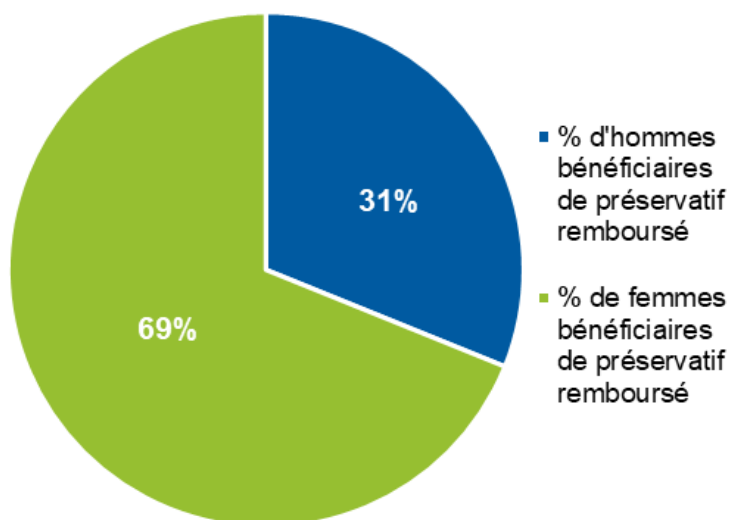
Note : Les chiffres présentés sont arrondis au millier.

Note de lecture : En 2024, 5 477 000 patientes avaient consommé au moins une méthode contraceptive remboursable au cours de l'année. La majorité des contraceptifs remboursés sont des pilules, remboursées pour 4 231 000 patientes.

Source : SNDS, calculs DSS, données en dates de soins, remboursements jusqu'en décembre 2024 inclus.

Champ : France entière, tous régimes, ensemble des femmes

Graphique 4 • Pourcentage de bénéficiaires distincts de préservatifs remboursés par genre en 2024



Précisions méthodologiques

L'enquête « Contexte des sexualités en France 2023 » (CSF-2023) est la quatrième étude d'envergure sur la sexualité des Français, après celles de 1970, 1992 et 2006. Elle vise à analyser l'évolution des pratiques, des relations et des représentations sexuelles, tout en prenant en compte les transformations sociales, juridiques et technologiques récentes. L'étude s'appuie sur une méthodologie robuste combinant questionnaires téléphoniques et en ligne, ainsi qu'un volet de dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST). Menée auprès de 31 518 personnes âgées de 15 à 89 ans en France métropolitaine et dans les territoires ultramarins, elle permet d'évaluer l'impact des conditions de vie, du numérique et des évolutions normatives sur la sexualité et la santé sexuelle. Les résultats fourniront des indicateurs clés pour la stratégie nationale de santé sexuelle à l'horizon 2030.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGS et DSS

2.6. Améliorer l'accès au système de santé pour les personnes les plus démunies

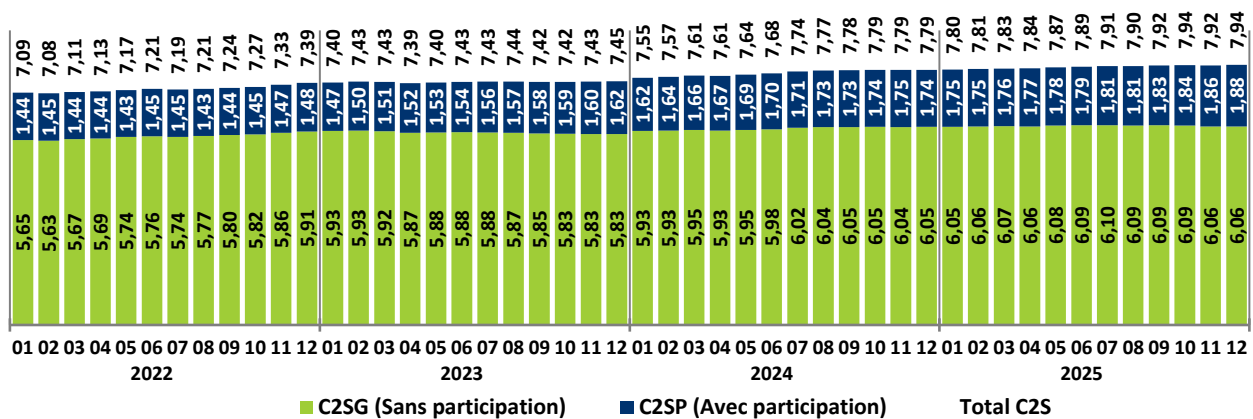
2.6.1. Bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Finalité Pour limiter les barrières financières à l'accès aux soins, une offre de complémentaire santé solidaire (C2S) a été mise en place en 2019. À partir d'un panier de soins commun, la C2S se décline en deux dispositifs : la complémentaire santé solidaire gratuite (C2SG) et la complémentaire santé solidaire avec participation (C2SP). Cet indicateur présente ces complémentaires et les populations couvertes. La C2S est issue de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), créée en 2000 et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) qui a été créée en 2004, pour les personnes dont les revenus étaient légèrement supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C. (cf. *précisions méthodologiques*).

Résultats Fin décembre 2025, 7,94 millions de personnes sont couvertes par un des deux dispositifs de la complémentaire santé solidaire (C2S). Depuis octobre 2019, le dernier mois qui a précédé la mise en place de la C2S, le nombre de personnes couvertes par un contrat a progressé de 856 400 bénéficiaires (+12,1 %), dont un tiers (286 300 bénéficiaires) pour la C2SG (+5,0 % par rapport à l'ex. CMU-C) et les deux tiers (572 100 bénéficiaires) pour la C2SP (+43,9 % par rapport à l'ex. ACS).

Graphique 1 • Personnes couvertes par une complémentaire santé solidaire (C2S), gratuite et avec participation

Effectifs en millions



Sources : régimes d'Assurance maladie pour la C2S et la C2SP

Fin décembre 2025, 6,06 millions de personnes sont couvertes par la C2SG (cf. *graphique 1*). Après avoir augmenté au 1^{er} semestre, les effectifs de la C2SG ont diminué au second semestre, concomitamment aux mêmes évolutions pour les allocataires du RSA. Au final, les effectifs de la C2SG ont très peu progressé entre décembre 2024 et décembre 2025 : + 0,2 %, soit 14 400 bénéficiaires de plus.

Les bénéficiaires de la C2SG peuvent choisir le mode de gestion de leurs droits : régime de protection maladie obligatoire (RO) ou organisme de protection maladie complémentaire (OC), inscrits sur une liste gérée par la direction de la sécurité sociale ; 95,6 % d'entre eux optent pour la gestion par le régime de protection maladie obligatoire à fin décembre 2025, soit 0,3 point de plus par rapport à fin décembre 2024.

La C2SP protège 1,88 million de personnes fin décembre 2025 (cf. *graphique 1*). Le nombre de bénéficiaires de la C2SP a augmenté de 7,7 % entre décembre 2024 et décembre 2025. Cette évolution s'inscrit dans la continuité de la mesure de présomption de droit à la C2SP pour les bénéficiaires de l'ASPA, parallèlement à la progression du nombre d'allocataires de l'ASPA et de l'AAH.

Comme la C2SG, la C2SP peut être gérée par le régime obligatoire d'assurance maladie (C2SP RO) ou par un OC (C2SP OC). La part de couverture des régimes obligatoires atteint 82,1 % à fin décembre 2025, en augmentation de 2,3 points par rapport à fin décembre 2024.

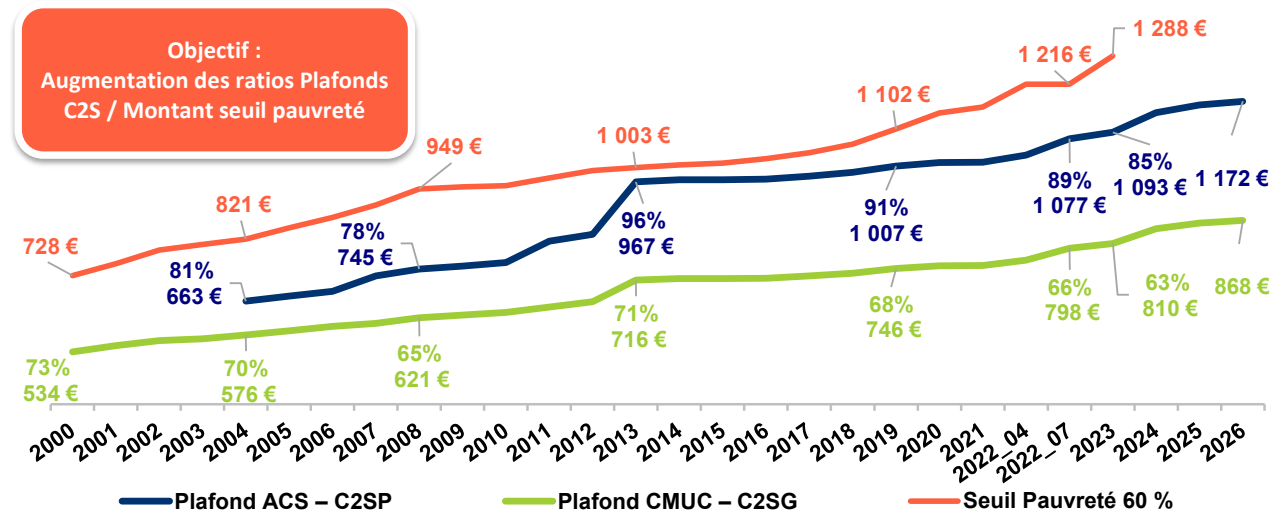
L'ouverture des droits à la C2S nécessite d'avoir des ressources inférieures à un certain seuil. Le plafond annuel de ressources de la C2SG a été fixé à 10 421 € pour une personne seule, en métropole, au 1^{er} avril 2026, modulable en fonction de la composition du foyer du demandeur. Le plafond pour accéder à la C2SP est fixé sur la base du plafond de la C2SG +35 %, soit à 14 069 € pour une personne seule, en métropole.

Le plafond pour bénéficier de la CMU-C était initialement fixé à une valeur proche de 75 % du seuil de pauvreté (égal à 60 % du revenu médian). L'écart s'était progressivement creusé entre le plafond CMU-C et le seuil de pauvreté, le plafond CMU-C n'atteignant plus que 65,4 % de ce seuil en 2008 (cf. *graphique 2*). Le relèvement du plafond au 1^{er} juillet 2013 a permis de ramener le plafond de ressources à un peu plus de 70 % du seuil de pauvreté. Toutefois, en 2023, avec un

ratio de 62,9 % par rapport au seuil de pauvreté, le plafond de la C2SG est descendu au niveau le plus bas observé depuis la création de la CMU-C en 2000.

Le plafond de l'ACS a été réglementairement défini à partir de celui de la CMU-C. Parallèlement aux augmentations du plafond de la C2SG, le ratio CMU-C / ACS a été relevé à plusieurs reprises, ce qui a permis de faire converger progressivement le plafond de l'ACS vers 96% du seuil de pauvreté en 2013. Depuis 2013, le ratio du plafond de la C2SG par rapport au seuil de pauvreté à 60% du revenu médian baisse progressivement et se situe en 2023, à 84,5 % du seuil de pauvreté à 60 %.

Graphique 2 • Rapport entre les plafonds CMU-C / C2SG, de l'ACS / C2SP et le seuil de pauvreté à 60 %



Seuil de pauvreté en euros courants, à 60 % du revenu médian

Source : INSEE, Fonds CMU-C / DSS.

Champ : France métropolitaine

Note de lecture : le ratio présenté constitue une approximation ; des décalages existent entre la mesure des ressources retenue pour établir le seuil de pauvreté et celle retenue pour le plafond de ressources de la C2SG / C2SP. Le dernier seuil de pauvreté connu est celui de 2023, alors que le plafond de la C2SG / C2SP a augmenté depuis.

Le plafond C2S a été revalorisé deux fois en 2022 : en avril, de 1,8 %, conformément aux règles annuelles de revalorisation en rapport avec l'inflation, en juillet, de 4 %. Cette revalorisation exceptionnelle avait pour but de maintenir en deçà du plafond les allocataires de l'AAH et de l'ASPA, suite à une forte revalorisation des minima sociaux.

Les profils des bénéficiaires diffèrent en fonction des dispositifs. La C2SG couvre un peu plus de femmes (52 %) que d'hommes, à l'instar de la population générale, et protège une population jeune : 41 % des bénéficiaires ont moins de 20 ans, contre 7 % pour les plus de 60 ans (à partir de 62 ans, les bénéficiaires des minima sociaux tels que le RSA sont assez rapidement orientés vers une allocation retraite). La C2SP couvre majoritairement des femmes (57 % *versus* 52 % pour la population générale). Les personnes de 20 à 40 ans sont très minoritaires (16 % *versus* 24 % pour la population générale). Le revenu minimum assuré à une personne ayant cessé toute activité fait basculer son allocataire vers la C2SP, où les plus 60 ans, rassemblant 38 % des bénéficiaires, sont surreprésentés de 10 points de plus que la population générale. Cette part importante des plus de 60 ans contribue à la féminisation de la C2SP.

Ces différences de profils doivent également être mises en regard des politiques publiques visant à faciliter l'accès à la C2S et à lutter contre le non-recours. Ainsi, plusieurs dispositifs de simplification ont été mis en place : attribution automatique de la C2S gratuite pour les allocataires du RSA (2022), simplification de la base ressources, et mise en œuvre d'une « présomption de droit » à la C2S avec participation pour les bénéficiaires de l'ASPA (2022), de l'ASI (2024) ou encore de l'AAH (2025). Ces mesures s'accompagnent d'un renforcement des échanges de données entre administrations et d'une simplification des démarches pour les assurés, visant à réduire les obstacles administratifs au recours et à sécuriser l'ouverture des droits. Les mesures de simplification en direction des allocataires de minima sociaux présentent un bilan positif. S'agissant du RSA, depuis février 2022, les foyers qui effectuent une demande en ligne se voient systématiquement proposer la C2S gratuite en fin de procédure et, sauf opposition, celle-ci leur est automatiquement attribuée sous réserve d'éligibilité au RSA. Cette automatiser s'est traduite par une nette amélioration du recours : le taux de recours à la C2S gratuite des allocataires du RSA est estimé à 80 % en 2023 et devrait encore avoir progressé en 2024 et 2025. Les flux d'attributions ont fortement augmenté, passant d'environ 2 500 par mois en 2021 à 14 000 en moyenne à partir du deuxième trimestre 2022, avec un pic à près de 20 000 début 2023, puis une remontée à environ 23 000 fin 2024. Au total, 172 837 foyers allocataires du RSA ont ouvert un droit à la C2S en 2023 (soit environ 306 000 assurés), et 217 573 en 2024 (soit 434 344 assurés), confirmant l'effet significatif de la mesure sur l'accès au dispositif. Les exemples de l'ASPA et de l'ASI illustrent aussi ces avancées : pour ces publics, l'envoi automatique d'un courrier d'information et la possibilité d'effectuer une demande sans déclaration de ressources ont permis une augmentation du recours, avec environ 5 000 attributions mensuelles pour l'ASPA, soit près de 120 000 nouveaux bénéficiaires entre 2023 et 2024. Sur cette période, environ 145 000 personnes sont entrées dans le dispositif de l'ASPA, et près de 64 % des allocataires en bénéficient de la C2S fin 2024, ce qui permet de mieux apprécier l'ampleur du recours au regard des effectifs concernés. Pour l'ASI, plus récemment, la montée en charge du dispositif a permis de couvrir en moyenne environ 560 personnes supplémentaires par mois sur le second semestre 2024 et le premier semestre 2025 ; cette progression s'inscrit dans un public d'environ 11 750 allocataires déjà identifiés comme

potentiellement éligibles avant la réforme, ce qui donne un ordre de grandeur des gains de couverture attendus. Au total, l'évolution des effectifs de la C2S doit être appréhendée conjointement à travers celle des effectifs des allocataires de minima sociaux et l'impact des mesures de simplification de l'accès au dispositif. Ces deux dimensions sont complémentaires : si la dynamique des publics éligibles joue un rôle structurant, les politiques de lutte contre le non-recours, notamment à travers les dispositifs de présomption de droit et les démarches d'« aller-vers », contribuent directement à l'augmentation du recours et peuvent expliquer des hausses d'effectifs à court terme après leur mise en œuvre.

Les dépenses de la C2SG sont intégralement financées par la taxe de solidarité additionnelle (TSA) acquittée par les OC. Pour la C2SP, le financement est mixte, entre TSA et participations des bénéficiaires. Ces derniers versent une participation mensuelle établie en fonction de leur tranche d'âge, dans la limite de 30 € par mois. Pour la C2SP gérée par les OC, un montant forfaitaire par personne protégée est parallèlement versé aux organismes pour couvrir les frais de gestion, de 7 € depuis 2022 par personne et par trimestre.

Le nouveau circuit de financement de la C2S, mis en place au 1^{er} janvier 2023, a généré un transfert vers les régimes de la quasi-totalité de la dépense des OC.

En 2025, la dépense au titre du panier de soins pour la C2S (C2SG + C2SP) a été de 4,12 Md€, dont 4,11 Md€ pour les régimes obligatoires et 0,01 Md€ pour les OC.

Le montant des participations reçues par les bénéficiaires de la C2SP a été de 0,39 Md€, dont 0,3 Md€ pour les régimes et 0,09 Md€ pour les OC.

Le montant des frais de gestion versé aux OC pour la C2SP a été de 0,01 Md€.

En tenant compte de différentes régularisations, portant sur les charges et les produits, le montant prévisionnel de TSA versé au Fonds C2S, pour l'exercice 2025, est de 3,77 Md€.

La C2S permet la prise en charge sans avance de frais du ticket modérateur pour les soins de ville et à l'hôpital, du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, et des dépassements de tarifs, dans la limite 100 % santé, pour l'optique et les prothèses auditives et les soins prothétiques dentaires (sauf une meilleure prise en charge pour les réparations et l'orthodontie pour les enfants de moins de 16 ans). Par ailleurs, le bénéficiaire de la C2S est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € et des franchises médicales. Pour les soins courants (hors optique, prothèses dentaires et auditives), les professionnels de santé sont tenus de ne pas appliquer de dépassement, sauf en cas d'exigence particulière de l'assuré.

L'offre du 100 % santé est plébiscitée par ces bénéficiaires de la C2S. En 2024, le taux de pénétration des appareils auditifs du panier sans reste à charge était de 88 % pour les bénéficiaires de la C2S, contre 32 % pour les assurés hors C2S. Pour l'optique, le 100 % santé a représenté une évolution qualitative conséquente par rapport au panier de soins initial de CMU-C / C2S. De fait, la proportion d'équipement d'optique relevant du 100 % santé est de 98 %. Ce taux est stable depuis 2021.

Précisions méthodologiques

Passage de la CMU-C et de l'ACS à la C2S : Créée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est venue compléter les remboursements des régimes obligatoires. Ce dispositif offrait, sous condition de ressources et de résidence stable et régulière, l'accès à une complémentaire santé gratuite pendant un an.

La CMU-C a été remplacée par le dispositif plus large de la Complémentaire santé solidaire au 1^{er} novembre 2019. Ce nouveau dispositif offre les mêmes prestations que la CMU-C. Sa particularité est de s'ouvrir aux personnes éligibles à la CMU-C, sous la forme de la Complémentaire santé solidaire sans participation (C2S) mais aussi aux personnes éligibles à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé solidaire (ACS), sous la forme de la Complémentaire santé solidaire avec participation (C2SP). Dans le cas de la C2SP, les personnes bénéficient de la même couverture que les bénéficiaires de la C2SG, mais en acquittant une participation financière mensuelle, calculée selon l'âge de chaque bénéficiaire, mais dans la limite de 30 € par mois.

L'ex Fonds de la complémentaire santé solidaire a été fermé au 31 décembre 2020. Le suivi des flux financiers est assuré depuis le 1^{er} janvier 2021 par un Fonds spécifique créé au sein de la CNAM.

La mesure de simplification du dispositif, en application de l'article 45 de la LFSS 2022, permet la prise en charge directe par l'assurance maladie des dépenses de la complémentaire santé solidaire effectuées en tiers-payant intégral, depuis le 1^{er} janvier 2023. Il en résulte la suppression de la facturation des parts complémentaires réalisés en tiers-payant intégral par les organismes d'assurance maladie (AMO) auprès des organismes complémentaires (AMC), ainsi que l'arrêt de la déduction des parts complémentaires prises en charge en tiers-payant intégral par les organismes complémentaires (AMC) lors des déclarations TSA.

Construction de l'indicateur Les effectifs pour la C2SG tous types de gestion et la C2SP gérée par les régimes obligatoires sont transmis par les régimes obligatoires et les sections locales mutualistes gestionnaires.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.6.2. Renoncement aux soins pour raisons financières

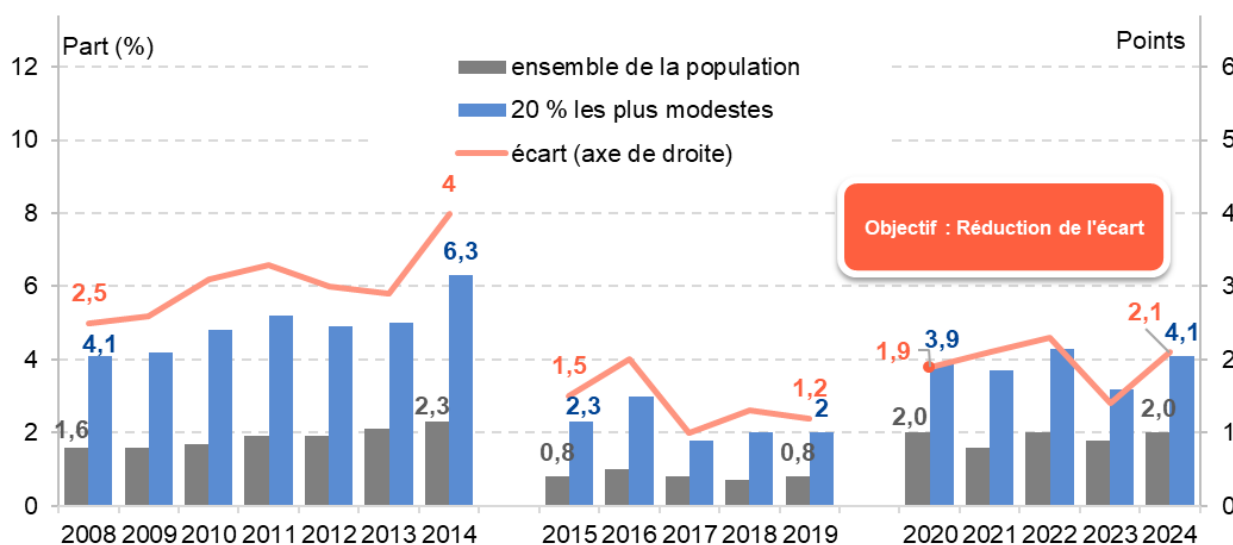
Finalité L'accessibilité financière des soins est jugée satisfaisante lorsque deux conditions sont remplies : les restes à charges sur les soins consommés sont faibles et un faible niveau de vie ne conduit pas à un risque plus élevé de renoncer aux soins. Le premier critère est évalué à travers les fiches « Limiter le reste à charge des ménages » (n°2-5). Le second est mesuré à l'aide de l'indicateur de renoncement présenté dans cette fiche.

Caractéristiques des besoins de soins non satisfaits (approche Eurostat) Le renoncement aux soins pour raisons financières est mesuré dans l'enquête SILC – SRCV (*Statistics on Income and Living Conditions* – Statistiques sur les Ressources et les Conditions de Vie), via la notion de « besoins de soins non satisfaits ». Il est mesuré comme la part des personnes âgées de 16 ans ou plus ayant déclaré avoir renoncé pour raison financière à des soins médicaux alors qu'elles en éprouvaient le besoin, rapportée à l'ensemble de la population de 16 ans et plus (qu'ils aient déclaré ou non éprouver un besoin de soin dans l'année). Il est mesuré d'une part pour les soins dentaires et d'autre part pour les examens ou traitements médicaux (hors soins dentaires).

Mesurer les besoins de soins et l'éventuel renoncement est un exercice délicat, d'une part car la notion de besoins de soins n'est pas perçue de la même façon par les répondants, d'autre part, parce que le taux estimé de renoncement aux soins est très sensible à la formulation de la question posée. Ainsi, en raison de deux changements de formulation, en 2015 puis en 2020, il n'est pas possible de comparer d'une part 2014 (et années précédentes) et 2015, et d'autre part 2019 et 2020 (et années suivantes).

Résultats

Graphique 1 • Examens ou traitements médicaux non satisfaits pour raisons financières



Source : SILC- SRCV 2008 – 2024.

Champ : France métropolitaine jusqu'en 2021, France hors Mayotte à partir de 2022. Population âgée de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire.

Note de lecture : en 2024, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à des examens ou traitements médicaux (hors soins dentaires) alors qu'elles en avaient besoin, rapporté à l'ensemble de la population, s'élève à 4,1 % chez les 20 % les plus modestes, soit 2,1 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Notes : La question sur le renoncement dans l'enquête SRCV a connu une rupture de série en 2015 puis en 2020 : voir précisions méthodologiques ci-dessous. Les résultats sont peu sensibles à l'exclusion des DROM et donc à la rupture de champ entre 2021 et 2022 : hors DROM, le renoncement s'élève toujours en 2024 à 4,2 % chez les 20 % les plus modestes, soit 2,2 points de plus que dans l'ensemble de la population.

La part des personnes confrontées à des besoins d'examens ou de soins médicaux non satisfaits pour raisons financières rapportée à l'ensemble de la population âgée de 16 ans et plus augmente entre 2008 et 2014, à raison de 0,1 à 0,4 point par an, passant ainsi de 1,6 % en 2008 à 2,3 % en 2014.

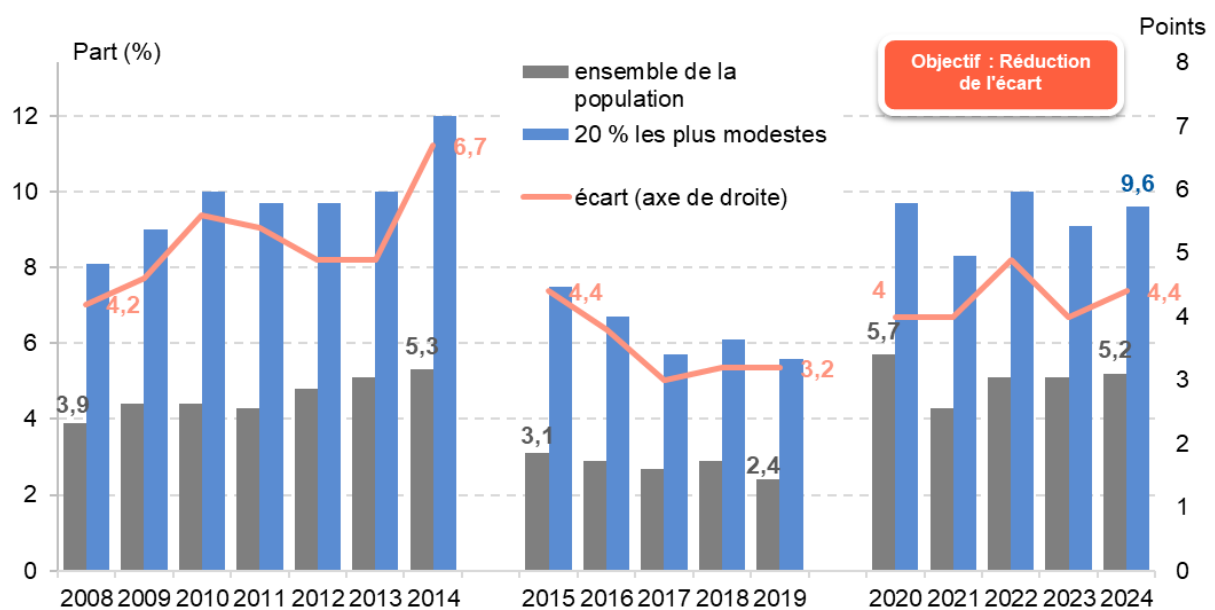
À partir de 2015, date à laquelle la modification du questionnaire conduit à une première rupture de série (cf. précisions méthodologiques), la part de la population qui déclare n'avoir pas pu satisfaire pour raisons financières un besoin d'examen ou de soin médical est quasi stable jusqu'en 2019.

Le renoncement des plus modestes à des examens ou traitements médicaux pour raisons financières est plus élevé que pour l'ensemble de la population. Entre 2008 et 2014, la part d'individus ayant renoncé pour raisons financières à des examens ou traitements médicaux chez les 20 % les plus modestes progresse plus vite que pour l'ensemble de la population, de sorte que l'écart augmente, de 2,5 points en 2008 à 4,0 points en 2014. De 2015 à 2019, l'écart entre les plus modestes et l'ensemble de la population se stabilise.

En 2020, à la suite d'une nouvelle rupture de série, les taux de renoncement des examens ou traitements médicaux pour raison financière de l'ensemble de la population et des plus modestes atteignent respectivement 3,9 % et 2,0 % ; soit un écart de 1,9 points. Il n'est pas possible de savoir s'il y a eu une réelle augmentation ni du taux de renoncement, ni de l'écart entre celui des plus modestes et celui de l'ensemble de la population, ou si toute la hausse entre 2019 et 2020 provient du changement dans la formulation de la question.

Sur la période 2020 à 2024, la part de la population déclarant n'avoir pas pu satisfaire un besoin d'examen ou de traitement médicaux pour raisons financières, rapportée à l'ensemble de la population âgée de 16 ans et plus, est relativement stable et oscille entre 1,8 et 2 %, tandis que celle mesurée sur les 20 % les plus modestes oscille entre 3,2 % et 4,3 %. L'écart entre le taux des plus modestes et celui de l'ensemble de la population est également relativement stable et oscille entre 1,4 et 2,3 pour atteindre 2,1 points en 2024¹.

Graphique 2 • Traitements dentaires non satisfaits pour raisons financières



Source : SILC- SRCV 2008 – 2023.

Champ : France métropolitaine jusqu'en 2021, France hors Mayotte à partir de 2022. Population âgée de 16 ans ou plus vivant en logement ordinaire.

Note de lecture : en 2024, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à des traitements dentaires alors qu'elles en avaient besoin, rapporté à l'ensemble de la population, s'élève à 9,6 % chez les 20 % les plus modestes, soit 4,4 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Notes : La question sur le renoncement dans l'enquête SRCV a connu une rupture de série en 2015 puis en 2020 : voir précisions méthodologiques ci-dessous. Les résultats sont peu sensibles à l'exclusion des DROM et donc à la rupture de champ entre 2021 et 2022 : hors DROM, le renoncement en 2024 est de 9,8 % chez les 20 % les plus modestes, pour un écart de 4,6 points avec l'ensemble de la population.

La part des personnes confrontées à des besoins non satisfaits pour raisons financières, rapportée à l'ensemble de la population, est plus importante pour les soins dentaires que pour les examens et traitements médicaux, du fait de restes à charge plus élevés pour ces soins. Entre 2008 et 2014, elle croît et l'écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population augmente, de 4,2 points en 2008 à 6,7 points en 2014.

Le taux de renoncement en soins dentaires pour raisons financières s'est réduit ensuite entre 2015 et 2019 sur l'ensemble de la population comme sur la population des 20 % les plus modestes. Si un écart entre les plus modestes et l'ensemble de la population persiste, il a tendance à se réduire sur la période également.

Comme pour les examens et traitements médicaux, les taux de renoncement en soins dentaires sont plus élevés en 2020 qu'en 2019, sans qu'il soit possible de quantifier l'effet du changement de formulation. Sur la période 2020 à 2024,

¹. Jusqu'en 2021, les enquêtes couvrent uniquement la France métropolitaine. À partir de 2022, leur périmètre s'étend aux départements d'outre-mer, à l'exception de Mayotte. L'exclusion des DROM a peu d'impact sur les résultats : en leur absence, en 2024, le taux de renoncement reste à 4,2% chez les 20 % les plus modestes, soit 2,2 point de plus que dans l'ensemble de la population.

le taux de renoncement sur l'ensemble de la population oscille entre de 4,3 % à 5,7 %, tandis que celui des 20 % les plus modestes oscille entre 8,3 % et 10,0 %. L'écart entre les taux de renoncement des 20 % les plus modestes et de l'ensemble de la population est en 2024 de 4,4 points¹.

Construction de l'indicateur L'indicateur est la différence entre le taux de renoncement pour raison financière des 20 % les plus modestes et celui de l'ensemble de la population. Il est défini comme la part de la population déclarant au moins un besoin non satisfait d'examen ou de traitement médical pour raisons financières au cours des douze derniers mois, rapporté à l'ensemble de la population d'intérêt (soit l'ensemble des personnes âgées de 16 ans ou plus, ou simplement les 20 % les plus modestes, qu'ils aient un besoin de soin ou non). Cet indicateur est complété par une mesure équivalente sur les besoins non satisfaits en soins dentaires. Une baisse de l'indicateur s'interprète ici comme une diminution des inégalités sociales de renoncement aux soins pour raisons financières.

Précisions méthodologiques L'enquête annuelle SILC-SRCV fournit à un rythme annuel des informations sur les besoins non satisfaits. Les données les plus récentes portent sur 2023

L'enquête EU-SILC (*European Union - Statistics on income and living conditions*), coordonnée par Eurostat, concerne la quasi-totalité des pays membres de l'Union Européenne, et vise à collecter des données individuelles sur les revenus, l'exclusion sociale et les conditions de vie. L'enquête française, assurée par l'Insee, couvre la France (métropolitaine jusqu'en 2021, puis hors Mayotte depuis 2022). Le principe consiste à interroger le même échantillon de ménages plusieurs années de suite (quatre années depuis 2020 et neuf années précédemment). Chaque personne âgée de 16 ans ou plus appartenant au ménage interrogé se voit proposer un questionnaire individuel.

À la suite de modifications du questionnaire, les niveaux de renoncement ne sont pas comparables entre les sous-périodes : 2008-2014, 2015-2019 et 2020-2024. Pour pouvoir distinguer les personnes sans besoin de soin de celles n'ayant pas renoncé, une question filtre sur le fait d'avoir « eu besoin de voir un médecin au cours des 12 derniers mois » a été introduite en 2015. Cette question filtre a pu conduire à exclure certaines personnes qui n'auraient pas consulté de médecin sur la période prise en compte. En effet, la distinction entre un besoin identifié et un besoin réalisé a pu ne pas être perçue par certains enquêtés et le fait d'avoir « eu besoin de voir un médecin » être compris comme « avoir vu un médecin ». Le renoncement a pu ainsi être sous-estimé, et ce d'autant plus pour les plus précaires qui sont légèrement plus nombreux que le reste de la population à ne pas du tout consulter de médecin alors que leurs besoins de soins sont plus importants. Ceci pourrait expliquer la baisse de l'écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population en 2015. Afin de limiter l'effet de sous-déclaration lié à cette question filtre, celle-ci a été supprimée en 2020 et remplacée par une question à trois modalités, pour éviter d'exclure du décompte des personnes ayant renoncé à des soins et n'ayant pas vu de médecin sur la période considérée.

Les modifications apportées au questionnaire ne permettent pas d'isoler l'évolution réelle des besoins non satisfaits de l'effet imputable au changement de formulation entre 2014 et 2015, et entre 2019 et 2020. Les travaux de Legal et Vicard² (2015) puis Lapinte (2023) préconisent ainsi de mesurer des évolutions entre deux années uniquement à partir d'enquêtes réalisées dans les mêmes conditions de collecte. Ainsi, dans l'enquête SRCV-SILC, le renoncement aux soins est analysé, jusqu'en 2014, avec la question :

⇒ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? »

⇒ « Si oui, parmi les raisons suivantes, quelle est la principale pour laquelle vous y avez renoncé ? » :

1. « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher » ; 2. « Le délai pour un rendez-vous était trop long, il y avait une file d'attente trop importante » ; 3. « Je n'avais pas le temps en raison de mes [ses] obligations professionnelles ou familiales » ; 4. « Le médecin était trop éloigné, j'avais des difficultés de transport pour m'y rendre » ; 5. « Je redoute d'aller voir un médecin, de faire faire des examens ou de me soigner » ; 6. « J'ai préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes » ; 7. « Je ne connaissais pas de bon médecin » ; 8. « Pour d'autres raisons ».

En 2015, si la question sur les motifs du renoncement est restée identique, elle est précédée non plus d'une seule question mais de deux qui s'articulent de la façon suivante :

⇒ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu besoin de voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux ? »

Si la réponse à cette question est « oui », la question suivante est posée :

⇒ « Avez-vous vu un médecin ou reçu des soins médicaux chaque fois que vous en avez eu besoin ? »

1. « Oui, j'ai vu un médecin ou reçu un soin médical chaque fois que j'en ai eu besoin » ; 2. « Non, j'ai renoncé à voir un médecin ou à recevoir un soin médical au moins une fois ».

En 2020, une unique question réunit les deux précédentes, avec toujours l'objectif de distinguer trois populations :

⇒ « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous dû renoncer à un examen ou traitement médical dont vous aviez besoin ? »

¹ Jusqu'en 2021, les enquêtes couvrent uniquement la France métropolitaine. À partir de 2022, leur périmètre s'étend aux départements d'outre-mer, à l'exception de Mayotte. L'exclusion des DOM a peu d'impact sur les résultats : en leur absence, en 2024, le taux de renoncement est de 9,8 % chez les 20 % les plus modestes, pour un écart de 4,6 points avec l'ensemble de la population.

² A partir d'un split sample sur le baromètre d'opinion de la Drees de 2013, Legal, R. Vicard, A. (2015, juillet). Renoncement aux soins pour raisons financières. DREES, Dossiers Solidarité Santé, 66.

Lapinte, A., (2023, août). « La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions – Suivi dans le temps et impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins », Drees Méthodes, 10.

1. Vous n'êtes pas concerné car vous n'avez pas eu besoin d'examen ou de traitement médical, 2. Oui, vous avez dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin, 3. Non, vous n'avez pas dû renoncer à un examen ou à un traitement médical dont vous aviez besoin

De plus, le renoncement tel qu'il est mesuré dans l'enquête ne permet pas d'estimer l'intensité ni la gravité des soins non demandés : les personnes qui ont renoncé une fois dans l'année à consulter pour un problème de santé mineur et celles qui ne sont pas allées chez le médecin plusieurs fois durant la période pour une maladie ou une blessure plus grave sont considérées de la même façon. Enfin, déclarer avoir renoncé à des soins présuppose avoir identifié un besoin. Et là encore, il y a des différences de perception entre les personnes, notamment selon les catégories sociales.

Quelles que soient les formulations retenues dans les différents millésimes de SRCV, les individus qui déclarent avoir renoncé à des soins doivent ensuite préciser la raison principale parmi 8 motifs proposés, dont la raison financière. La formulation de ces items est restée stable depuis 2014. Le taux de renoncement pour raisons financières correspond alors à la part des personnes déclarant un besoin non satisfait qui indiquent le motif financier comme principal motif de renoncement.

Le taux de renoncement peut être distingué en fonction de ses différentes composantes. Tous motifs confondus, en 2024, la part des personnes déclarant avoir renoncé à des examens ou à des traitements médicaux (hors soins dentaires) dans les douze derniers mois est de 6,7 % contre 6,3 % en 2023. La part de personnes déclarant n'avoir pas eu besoin d'examens ou de traitements médicaux diminue elle de 10,9 % à 9,1 % entre 2023 et 2024. Par conséquent, la part de personnes déclarant n'avoir pas eu à renoncer à des soins dont ils avaient besoin a augmenté de 82,7 % à 83,2 %. La raison financière conserve la première place des motifs évoqués, un peu moins d'un tiers des motifs (29,2 % en 2024, et 28,9 % en 2023). Ainsi, le taux de renoncement pour raisons financières correspond à 2,0 % (29,2 % de 6,7 %). Par définition, plus le nombre de personnes exprimant un besoin de soins est faible, plus le taux de renoncement ainsi défini diminue (une personne n'exprimant aucun besoin ne renonce pas). Une autre approche consisterait à mesurer le renoncement non plus sur l'ensemble de la population âgée de 16 ans ou plus, mais uniquement parmi celles ayant déclaré un besoin. Ce taux, calculé de cette manière, serait mécaniquement plus élevé et équivaldrait à 2,2 % en 2024. En 2023, la part des personnes ayant renoncé indiquant comme principal motif « autre raison » a légèrement augmenté par rapport à 2022 et passe de 13,1 % à 12,6 %.

Tous motifs confondus le renoncement aux soins dentaires semble en légère augmentation sur la période : 8,4 % en 2020, 9,2 % en 2021, 8,9 % en 2022, 9,6 % en 2023 et 10,0 % en 2024. En 2023 comme en 2024, plus de la moitié des individus ayant déclaré avoir renoncé à un soin dentaire avance le motif financier comme raison principale (51,4 % en 2024 et 52,6 % en 2022). Le taux de renoncement pour raison financière est ainsi de 5,2 %. Comme 15,2 % des personnes interrogées déclarent n'avoir eu aucun besoin dentaire, ce taux calculé uniquement parmi les personnes exprimant un besoin, serait plus élevé et équivaldrait à 6,1 %.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DREES

2.7. Garantir une offre de soins adaptée sur tout le territoire

2.7.1. Inégalités territoriales de répartition des médecins généralistes

Finalité Garantir un égal accès aux soins dans les territoires est une priorité du gouvernement, qui s'est traduite par l'adoption de plusieurs mesures.

Le *numerus clausus* a été supprimé et remplacé par un nombre minimum obligatoire de médecins à former pour chaque université (*numerus apertus*). Plusieurs réformes visent à gagner du temps médical : délégation de compétences et partage de tâches avec les autres professions de santé, développement de la pratique avancée, incitation des médecins en fin de carrière à poursuivre leur activité par le biais du cumul emploi-retraite, financement de postes d'assistants médicaux, encouragement de l'innovation technologique.

L'accès aux soins a été renforcé, notamment par la révision de plusieurs arrêtés de zonages régionaux relatifs aux médecins généralistes, le déploiement des dispositifs d'aller-vers médicaux comme les médicobus, la mise en place de consultations solidaires dans le cadre du dispositif « Un médecin près de chez vous » du Pacte de lutte contre les déserts médicaux, le soutien à l'ouverture de cabinets médicaux secondaires en zones sous-denses, l'instauration d'une 4^{ème} année de médecine générale avec des stages ambulatoires en zones sous-denses et la généralisation de l'accès à la télémedecine, qui bénéficie aux populations dans les territoires déficitaires en médecins. La coordination des professionnels de santé, par le biais du déploiement des MSP et des CPTS, a été encouragée pour faire face aux défis auxquels est confronté notre système de santé.

Le réseau France Santé, dont le processus de labélisation est en cours et devrait atteindre 2000 lieux d'ici mi-2026 et 5000 à l'horizon 2027, a permis d'améliorer la lisibilité et la qualité de l'offre de soins en proposant des consultations accessibles en 48H lorsque l'état de santé le nécessite, 5 jours sur 7 et sans dépassements d'honoraires pour les patients.

Enfin, la dernière convention médicale renove les aides financières ponctuelles à l'installation en zones sous-denses disponibles à partir du 1^{er} janvier 2026, avec des montants versés au nouveaux médecins fixés respectivement à 10.000€ et 5.000€ et attribue des aides pérennes via la majoration du forfait patientèle médecin traitant dans les zones d'intervention prioritaire (ZIP), qui font partie des zones sous-dense au sens du 1^o de l'article L.1434-4 du code de la santé publique.

Ces zones sous-denses sont identifiées selon la méthodologie de construction du zonage médecin, dont l'indicateur préconisé aux ARS pour la détermination des zones sous-denses est l'accessibilité potentielle localisée (APL, cf. infra), produit par la DREES. Le suivi de cet indicateur permet d'observer l'évolution de la situation des zones dans lesquelles l'accès aux médecins généralistes est le plus difficile et permet de formaliser les inégalités territoriales de répartition de ces professionnels de santé. Compte tenu des perspectives en matière de démographie médicale¹, en particulier de la baisse continue du nombre de médecins généralistes libéraux en activité, il est probable que cet indicateur se dégrade dans les années à venir. L'objectif est donc de contenir la hausse ou de stabiliser la part de la population vivant dans des zones sous-denses, grâce notamment au déploiement des mesures mentionnées ci-dessus qui permettront, à terme, d'augmenter la ressource en médecine générale, notamment dans les territoires qui souffrent le plus de difficultés d'accès aux soins.

Résultats La part de la population résidant dans un territoire de vie-santé dont la valeur de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C./an/hab.) est présentée ci-dessous :

Tableau 1 • Population résidant dans un territoire de vie-santé dont l'APL aux médecins généralistes de moins de 65 ans est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C./an/hab.)

	2015	2016	2017	2018	2019	2021*	2022**	2023	Objectif
Part de la population résidant dans un territoire de vie-santé où l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant	6,6%	8,2%	11,3%	13,4%	15,1%	20,8%	21,7%	24,7%	Contenir la hausse pour arriver à une stabilisation
APL moyen des territoires de vie-santé dont l'APL est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2	2	
APL moyen	3,8	3,7	3,6	3,5	3,5	3,4	3,3	3,3	

*Les données 2020 ne sont pas représentatives compte tenu du contexte de crise sanitaire et n'ont donc pas été incluses.

**Rupture de série liées à des changements méthodologiques – cf. « Précisions méthodologiques » ci-dessous.

Champ : Médecins généralistes libéraux (y compris certains médecins à exercice particulier) de moins de 65 ans et médecins exerçant en centres de santé, France entière, hors Mayotte.

Sources : SNIIRAM 2015-2023, CNAM ; populations municipales 2013-2022, Insee ; distancier Metric, Insee ; calculs DREES et DGOS

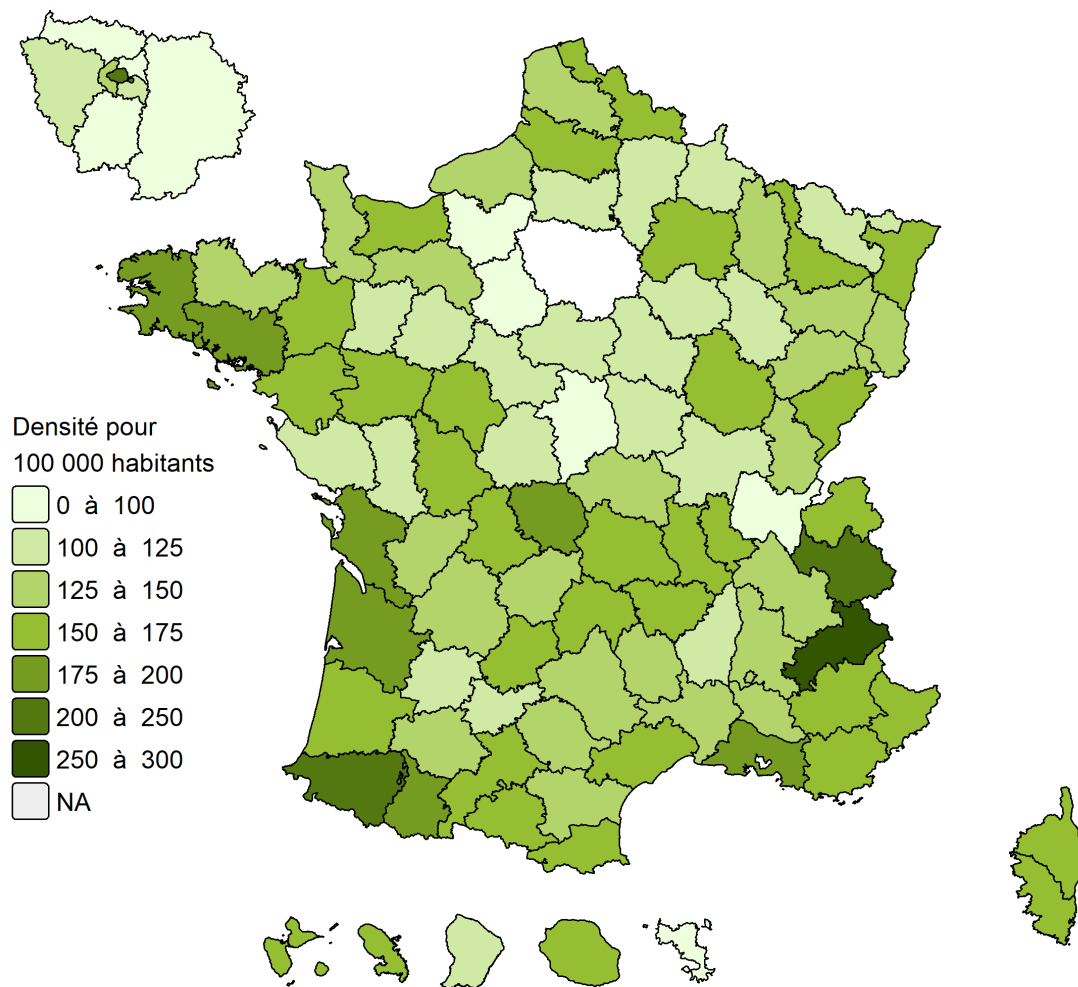
Les densités départementales des généralistes

En 2025, en France, la densité moyenne de médecins généralistes est de 146 pour 100 000 habitants. Le département le mieux doté en médecin généralistes est les Hautes-Alpes avec 288 médecins pour 100 000 habitants. A l'inverse, hors

¹ Bachelet M. et Anguis M. (2017), « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée, et plus souvent salariée », n° 1011, Etudes et Résultats, Drees, mai.

Mayotte (39 généralistes pour 100 000 habitants), l'Eure-et-Loir, suivie par l'Eure comptent moins de 90 généralistes pour 100 000 habitants.

Carte 1 • Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2025



Source : RPPS 2025, estimations de population 2025, Insee ; traitements Drees. ©IGN 2022

Construction de l'indicateur L'indicateur d'APL est calculé au niveau communal, puis agrégé au niveau du territoire de vie-santé : l'APL du territoire de vie-santé est calculé comme la moyenne des indicateurs d'APL des communes qui le composent, pondérée par la population (standardisée par l'âge) de chaque commune. Seuls les médecins de moins de 65 ans sont pris en compte. En effet, les praticiens les plus âgés sont susceptibles de partir à la retraite rapidement et ne constituent donc pas une offre que l'on peut considérer comme pérenne. La méthodologie fixée par l'arrêté du 01/10/2021 laisse une latitude significative aux ARS dans la construction de leur zonage pour répondre notamment aux spécificités locales. Celles-ci ont la possibilité de tenir compte de l'indicateur APL, mais peuvent également intégrer d'autres indicateurs de leurs choix afin de les aider à déterminer les zones sous-denses.

Le territoire de vie-santé est la maille d'action retenue dans le cadre du zonage médecins. Il est construit, non pas selon les limites administratives, mais en fonction de l'accès aux équipements et services les plus fréquents au quotidien et reflète ainsi l'organisation des déplacements courants sur un territoire à une échelle supra-communale. Il correspond, selon les cas, à :

- un bassin de vie Insee (i.e. le plus petit territoire au sein duquel les habitants ont accès aux équipements et aux services les plus fréquents) ;
- un territoire de vie (i.e. un redécoupage des bassins de vie Insee trop densément peuplés, selon la même logique d'accès aux équipements) ;
- un arrondissement municipal pour Paris, Lyon et Marseille ;
- une commune dans les bassins de vie densément peuplés des DROM, hors Mayotte pour lequel l'APL n'est pas calculable par manque de données et qui est considérée comme entièrement sous-dense.

Les données relatives aux médecins et à leur activité sont issues de la base Sniiram (Système National d'Informations Inter-Régimes de l'Assurance Maladie) de la Cnam. Les données de consommation de soins par tranche d'âge, permettant de standardiser la population, sont issues de l'EGB (Echantillon Général des Bénéficiaires) de la Cnam. Les données de population ainsi que le distancier sont fournis par l'Insee. Enfin, les calculs sont réalisés par la DREES et la DGOS.

Précisions méthodologiques L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été mis en place par la DREES et l'IRDES en 2012 ; il est depuis calculé et publié par la DREES régulièrement. Cet indicateur permet de dépasser une des limites principales des indicateurs usuels de densité, l'effet frontière : il prend en effet en compte l'offre et la demande des territoires environnants et s'affranchit de l'hypothèse sous-jacente forte des indicateurs de densité qui est de considérer que les professionnels ne reçoivent que des patients résidant dans le même territoire que celui où ils exercent et réciproquement. Calculé au niveau de chaque commune et agrégeable à tout niveau supra-communale, cet indicateur tient également compte du niveau d'activité des professionnels de santé et des besoins de soins de la population, estimés par la consommation de soins par classe d'âge. Il est exprimé en nombre de consultations et visites accessibles par an et par habitant standardisé (C./an/hab.). Ainsi, si l'APL d'une commune est égal à 3, cela signifie qu'un habitant de ce territoire a accès en moyenne à 3 consultations par an, compte tenu du nombre de médecins installés dans le territoire et dans les territoires voisins, de leur activité, de la population environnante et de sa structure par tranche d'âge.

Il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation de l'évolution des indicateurs d'APL. La standardisation de la population dans la construction de l'indicateur permet de comparer l'accessibilité entre des territoires ayant des besoins en soins différents dus à des structures par âge de leur population différentes. Un poids est attribué à chaque tranche d'âge quinquennale, proportionnel à la consommation de soins moyenne de la tranche d'âge auprès de la profession de santé considérée. La standardisation ainsi effectuée ne permet pas de comparer l'accessibilité entre deux millésimes en tenant compte de l'évolution des besoins en soins due au vieillissement global de la population. En conséquence, l'interprétation de l'évolution de l'accessibilité sur une longue période est à étudier avec prudence.

En outre, des changements méthodologiques ont été introduits dans le calcul de l'APL pour les années 2022 et 2023 par rapport aux anciens millésimes. Ces changements sont relatifs (i) au champ des prestations prises en compte pour calculer les besoins de soins de la population, (ii) au calcul de l'activité, qui s'effectue par professionnel de santé plutôt que par cabinet, et (iii) à la modification des bornes d'activité des médecins exerçant en centre de santé. De ce fait, la comparaison avec les anciens millésimes d'APL doit être évitée afin d'éviter le biais méthodologique.

Pour la profession de médecin, les zones sous-denses sont réparties en 2 catégories conformément à la méthodologie nationale :

- les zones d'intervention prioritaire (ZIP), les plus fragiles ;
- les zones d'action complémentaire (ZAC), fragiles mais à un niveau moindre que les ZIP.

La détermination des ZIP et des ZAC par les ARS s'effectue dans le respect de seuils de population fixés dans l'arrêté ministériel.

Cette méthodologie d'identification des zones sous-denses pour la profession de médecin a été actualisée en octobre 2021 par arrêté ministériel après une vaste consultation auprès des représentants des professionnels, des usagers, des collectivités territoriales et des ARS. Une nouvelle actualisation est prévue en 2025, avec la publication d'un nouvel arrêté ministériel.

A la suite de la publication de cette nouvelle méthodologie, les ARS mèneront des travaux pour modifier l'identification de leurs zones sous-denses et publier une nouvelle cartographie. A terme, la démarche favorisera le déploiement cohérent des mesures visant à renforcer la présence médicale dans les territoires. Parmi elles, les nouvelles aides financières de l'assurance maladie, incluant une subvention à l'installation mais également des financements pour ouvrir un cabinet secondaire ou effectuer des consultations avancées en zones sous-denses, le contrat d'engagement de service public (CESP) ou encore le contrat de début d'exercice (CDE).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Direction générale de l'offre de soins et DSS

2.7.2. Inégalités territoriales de répartition des médecins spécialistes

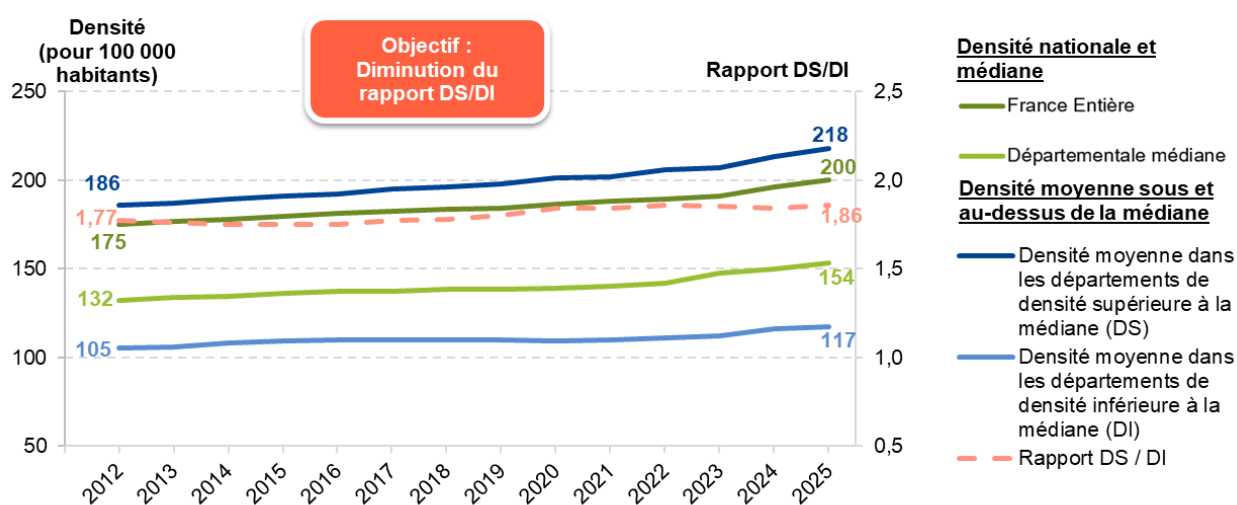
Finalité Les professionnels de santé ne sont pas uniformément répartis sur le territoire, certains départements étant mieux ou moins bien dotés que la moyenne nationale.

La comparaison de la densité moyenne de médecins spécialistes dans les départements de densité respectivement inférieure et supérieure à la densité départementale médiane est une mesure de l'hétérogénéité du nombre de ces médecins, rapporté à la population, sur le territoire et de suivre son évolution. Au 1^{er} janvier 2025, la densité de médecins spécialistes en France est de 200 médecins pour 100 000 habitants, avec des disparités départementales importantes : de moins de 40 médecins spécialistes pour 100 000 habitants à Mayotte, puis 79 dans l'Ain jusqu'à près de 300 dans le département du Rhône et plus de 700 à Paris.

Résultats Au 1^{er} janvier 2025, la densité de médecins spécialistes est en très légère augmentation par rapport à l'année précédente (200 pour 100 000 habitants contre 196 en 2024). La densité moyenne de la moitié des départements les mieux lotis s'élève à 218 spécialistes pour 100 000 habitants. Cet indicateur augmente moins vite dans la moitié des départements les moins bien dotés et s'établit à 117 spécialistes pour 100 000 habitants début 2025.

L'ampleur de ces évolutions restant relativement limitée, les caractéristiques générales de la répartition géographique des médecins spécialistes (libéraux et salariés) sont peu modifiées. La densité moyenne de spécialistes reste ainsi deux fois plus élevée dans la moitié des départements les plus dotés que dans la moitié des moins bien dotés.

Graphique 1 • Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2025



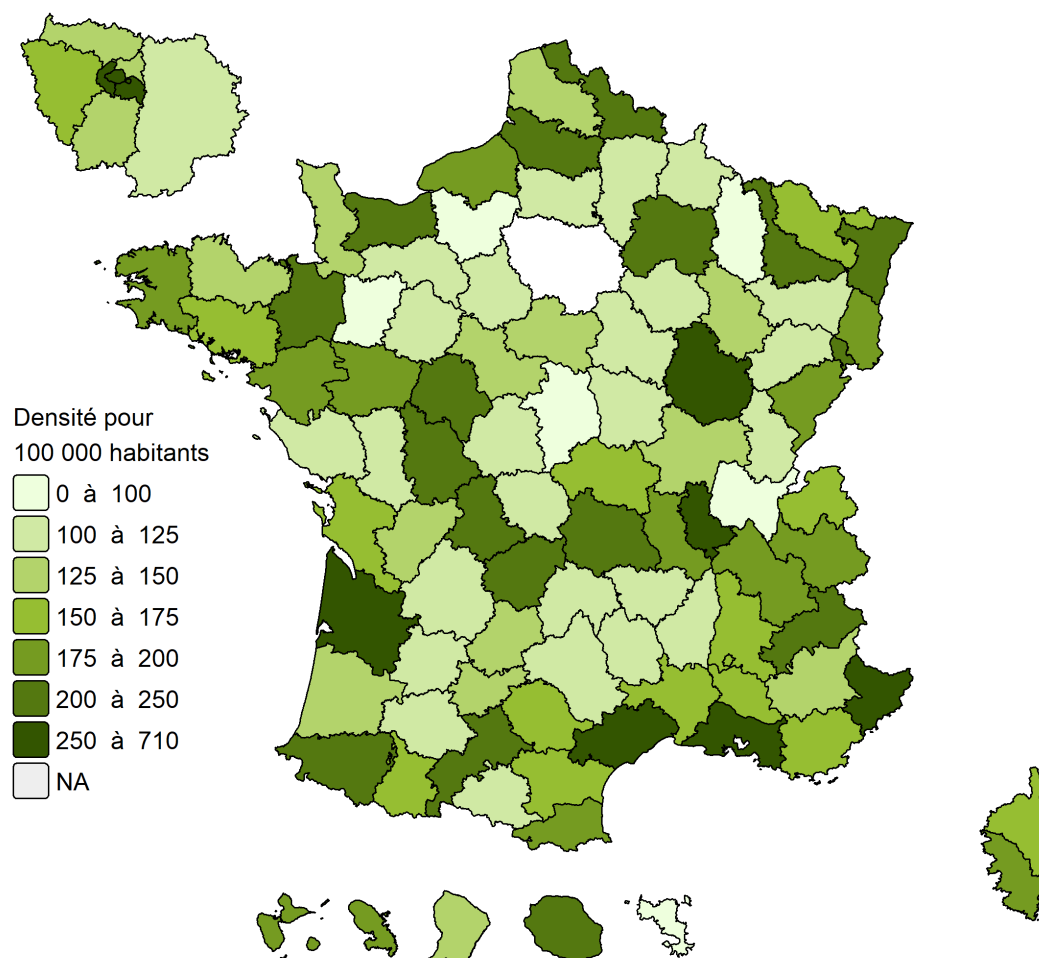
Sources : 2012-2025 RPPS, traitements DATA-DGOS ;
Champ : France entière.

Note de lecture : au 1^{er} janvier 2025, en France métropolitaine et dans les DROM, la densité nationale médiane de médecins spécialistes est de 200 médecins spécialistes pour 100 000 habitants. La moitié des départements ont une densité supérieure à 154 médecins pour 100 000 habitants (médiane). Dans ces départements, la densité est en moyenne de 218 médecins pour 100 000 habitants (contre 117 dans les départements dont la densité est inférieure à la médiane).

Les densités départementales des spécialistes

En 2025, la densité moyenne de médecins spécialistes en France s'élève à 200 pour 100 000 habitants. Paris est le département le mieux pourvu, avec un nombre exceptionnel de 702 spécialistes pour 100 000 habitants. D'autres départements bien dotés, comme le Rhône ou les Alpes-Maritimes, affichent des densités élevées autour de 295 spécialistes pour 100 000 habitants. À l'opposé, en dehors de Mayotte, qui compte seulement 37 spécialistes pour 100 000 habitants, c'est l'Ain qui présente la plus faible densité, avec 79 spécialistes pour 100 000 habitants.

Carte 1 • Densité de médecins spécialistes pour 100 000 habitants au 1er janvier 2025



Source : RPPS 2025, estimations de population 2025, Insee ; traitements Drees. ©IGN 2022

Construction de l'indicateur La densité départementale de spécialistes est définie comme le nombre de médecins spécialistes (hors généralistes) au 1^{er} janvier dans ce département rapporté à sa population à cette même date. Elle est exprimée pour 100 000 habitants. La densité départementale médiane est la valeur en dessous de laquelle se situe la moitié des départements français. L'indicateur de densité moyenne de spécialistes dans les départements où la densité est inférieure (resp. supérieure) à la densité départementale médiane est égal à la moyenne pondérée des densités des départements de densité inférieure (resp. supérieure) à la médiane.

Précisions méthodologiques L'indicateur est calculé par la DREES. Le champ est constitué par l'ensemble des médecins spécialistes, quel que soit leur mode d'exercice (libéral ou salarié). Les résultats sont obtenus jusqu'en 2011, à partir du répertoire administratif Adeli auquel tous les médecins sont tenus de s'inscrire. À partir de 2012, cet indicateur est calculé à partir des données du Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS). Ce changement de source conduit à une rupture de série et empêche d'interpréter l'évolution entre 2011 et 2012. En 2020, la série 2012-2020 a été reprise pour en améliorer le calcul. En 2024, la série a été reprise pour tenir compte des statistiques de population les plus récentes. Les chiffres diffèrent donc légèrement de ceux publiés les années précédentes, sans que le sens du message ne change.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.7.3. Population ayant accès aux soins de médecine d'urgence en moins de 30 minutes

Finalité Cet indicateur vise à mesurer si la réponse au besoin de soins de médecine d'urgence de la population est proposée sur tout le territoire dans un délai raisonnable.

L'accès aux soins de médecine d'urgence en moins de trente minutes est un objectif qui repose sur l'ensemble des effecteurs de médecine d'urgence : structure des urgences (SU), antenne de médecine d'urgence, structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), organisation sur certains territoires d'un réseau de médecins correspondants du SAMU (MCS). Sont ainsi prises en compte toutes les solutions qui peuvent être déployées localement, dans le respect des exigences de qualité, pour répondre aux besoins de soins de médecine d'urgence de la population.

Chaque effecteur de soins de médecine d'urgence a une modalité particulière de fonctionnement :

- Les structures des urgences (SU) sont des points d'accueil des patients pour toute situation relevant de la médecine d'urgence ouverts en continu. Les antennes de médecine d'urgence, dont le déploiement a débuté fin 2025, sont également des points d'accueil des patients pour toute situation relevant de la médecine d'urgence, mais non ouverts en continu. En effet, ils sont accessibles sur une plage horaire préalablement définie, d'au moins 12 heures par jour, tous les jours de l'année. Au 1^{er} janvier 2026, on dénombre 602 implantations de SU et 7 implantations d'antennes de médecine d'urgence sur le territoire ;
- Les structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont des unités mobiles hospitalières, composées d'un conducteur ambulancier, d'un infirmier et d'un médecin, déclenchées à la demande et sous la supervision de la régulation médicale du service d'aide médicale urgente au sein du service d'accès aux soins (SAMU/SAS) pour prendre en charge des patients en état d'urgence vitale. Si les SMUR ont deux moyens de transport, il sera tenu compte dans le calcul du transport terrestre mais pas du transport hélicoptéré (héliSMUR). Les antennes de SMUR sont une modalité dérogatoire de SMUR placée hors d'un établissement de santé autorisé à faire fonctionner une SMUR. Au 1^{er} janvier 2026, on dénombre 459 implantations de SMUR, dont 67 antennes de SMUR sur le territoire ;
- Les médecins correspondants du SAMU (MCS) sont des médecins de premier recours, formés à l'urgence, qui interviennent en avant-coureur des SMUR (c'est-à-dire dans l'attente de l'arrivée du SMUR, celui-ci étant déclenché concomitamment), sur demande de la régulation médicale du service d'aide médicale urgente au sein du service d'accès aux soins (SAMU/SAS). Ils sont déployés dans des territoires identifiés comme à plus de trente minutes de trajet d'une SMUR dans lesquels l'intervention rapide d'un MCS constitue un gain de temps et de chance pour le patient. L'intervention du MCS est ainsi déclenchée de manière systématique et simultanée à l'envoi d'une SMUR. Il prend en charge le patient dans l'attente de l'arrivée de la SMUR, en lien continu et permanent avec le SAMU/SAS, qui adapte les moyens de transport aux besoins du patient identifiés par le MCS. On dénombre 336 MCS en activité au 1^{er} janvier 2025.

L'indicateur présenté prend en compte les structures de médecine d'urgence en activité au 1^{er} janvier 2026 pour les SU, les antennes de médecine d'urgence, les SMUR (hors héliSMUR) et les antennes SMUR. Pour les MCS, les données datent du 1^{er} janvier 2025.

Pour affiner cet indicateur, il est proposé de distinguer l'accès diurne de l'accès nocturne aux soins de médecine d'urgence. Début 2026, les antennes de médecine d'urgence et les antennes de SMUR ne sont pas toujours ouvertes en H24 (les MCS étant comptabilisés comme une implantation en continu) donc les deux cartes sont similaires. Toutefois, les antennes de médecine d'urgence étant en cours de déploiement, il n'y a pas encore de différence significative jour/nuit. A l'avenir, l'indicateur proposera donc une moyenne entre le temps d'accès en journée et le temps d'accès de nuit.

Résultats Début 2026, 97 % de la population accède en moins de 30 minutes à des soins de médecine d'urgence, en prenant en compte toutes les possibilités : SU, SMUR (hors vecteur hélicoptéré), antenne de SMUR et MCS.

Tableau 1 • Part de la population selon le temps d'accès aux soins de médecine d'urgence

	% de la population selon le temps d'accès à :		Objectif
	SU/SMUR	SU/SMUR/MCS	
Moins de 30 minutes	95%	97%	maintien ou hausse
30 minutes et plus	5%	3%	maintien ou hausse

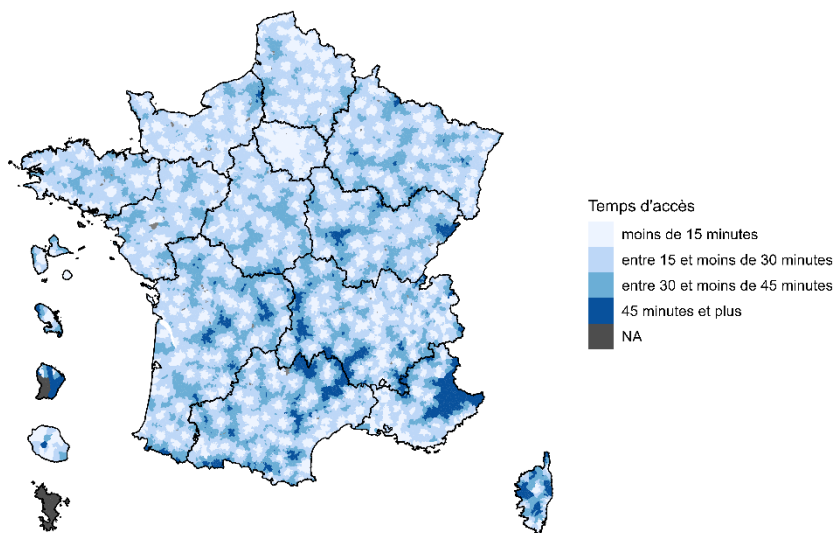
Sources : offre de médecine d'urgence (ARS et DGOS), démographie (INSEE, 2022), découpage administratif (IGN, 2025), réseau routier (OpenStreetMap, 2024), calculs (outil de cartographie de Urg'ARA).
Champ : France métropolitaine et DROM (hors Mayotte).
Précision : les îles non accessibles par la route n'ont pas été prises en compte dans le calcul.

La prise en compte des données les plus à jour sur les implantations de SU et de SMUR permet d'évaluer que, début 2026, 95 % de la population se situe à moins de 30 minutes d'une SU ou d'une SMUR.

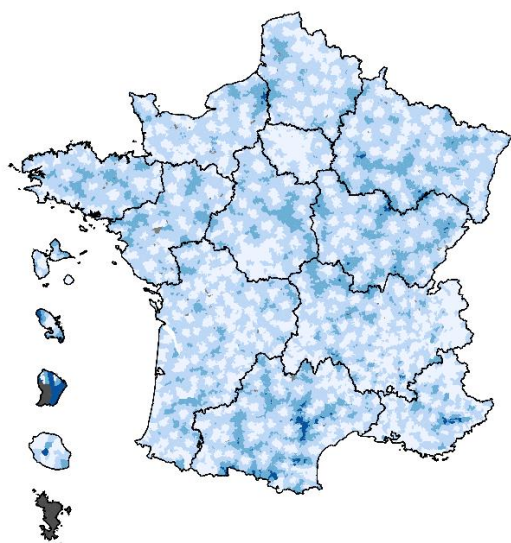
Les MCS permettent à 1,4 million de personnes, réparties sur un peu plus de 2 900 communes, de passer sous la barre des 30 minutes d'accès à des soins de médecine d'urgence. Ces communes passant sous le seuil de 30 minutes se répartissent sur 10 régions, principalement en Nouvelle-Aquitaine (29%), en Auvergne-Rhône-Alpes (24%) et en Occitanie (18%).

Cartes • Temps moyen d'accès aux soins de médecine d'urgence les plus proches au 1^{er} janvier 2026

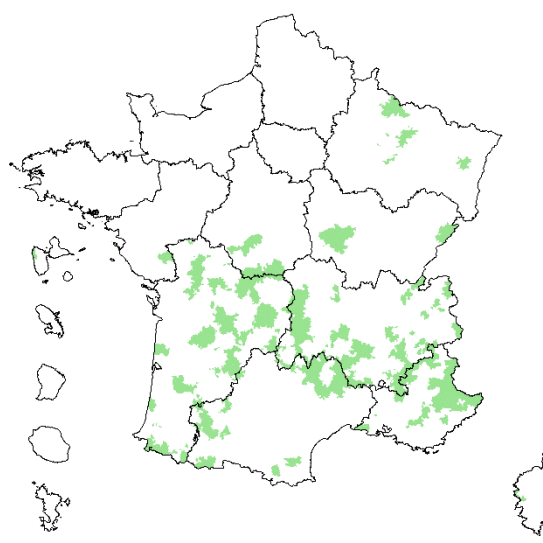
SU et SMUR



SU/SMUR et médecins correspondants du SAMU (MCS)



Communes passant sous la barre des 30 minutes grâce aux MCS



Sources : offre de médecine d'urgence (ARS et DGOS), démographie (INSEE, 2020), découpage administratif (IGN, 2024 pour la métropole et 2023 pour les DROM), réseau routier (OpenStreetMap, 2024), calculs (outil de cartographie de Urg'ARA).

Construction des indicateurs Les données utilisées pour calculer les temps d'accès à la médecine d'urgence ont été fournies par les ARS et consolidées par la DGOS. La méthodologie utilisée est la suivante :

- Toutes les SU, y compris les SU pédiatriques, toutes les antennes de médecine d'urgence et toutes les SMUR (hors vecteur hélicoptère), y compris les antennes de SMUR, sont prises en compte, sauf les implantations saisonnières (SU, SMUR et antenne de SMUR) ;
- Toutes les implantations de MCS sont considérées comme des implantations en continu ;
- Pour les MCS, les implantations sont localisées à la mairie de la commune sur laquelle sont positionnés leur cabinet par faute d'information sur leur emplacement précis. Toutes les autres structures (SU, SMUR, antenne de SMUR) sont localisées à leur position exacte ;
- Les temps d'accès sont calculés pour un trajet en voiture entre la mairie de chaque commune et les structures de médecine d'urgence via le réseau routier. Ces valeurs sont obtenues avec le service de matrice de OSRM, qui exploite des données du réseau routier d'Openstreetmap. Cette méthode connaît une limite, celle de « lisser » le temps d'accès infra-communal. Ainsi, les habitants d'une même commune auront tous le même temps d'accès, ce qui parfois ne traduit pas les difficultés d'accès dans les communes très étendues et/ou très peuplées.

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DGOS

2.7.4 Population ayant accès à un médecin traitant

Finalité Depuis 2004, à la suite de l'adoption de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, chaque assuré doit s'inscrire dans un « parcours coordonné » et désigner un médecin traitant, chargé d'assurer un premier niveau de recours aux soins, de filtrer et d'orienter les demandes de soins spécialisés.

Le médecin traitant est l'acteur pivot dans l'organisation de la prise en charge globale du patient en collaborant avec d'autres professionnels de santé pour garantir un parcours de soins coordonnés. Il assure un suivi médical régulier de sa patientèle en tenant à jour les dossiers médicaux et joue un rôle clé dans la prévention des maladies en recommandant des examens réguliers et des interventions adaptées. Ces missions s'inscrivent dans une politique de santé visant à décloisonner les différents secteurs (soins de ville, hospitaliers, médico-sociaux) et à promouvoir une médecine dite "de parcours", favorisant une prise en charge globale et continue des patients.

Dès lors, le recours direct à la plupart des spécialistes, ainsi qu'à d'autres médecins généralistes hors parcours coordonné, entraîne une diminution du remboursement des consultations pour le patient. Toutefois, cette règle prévoit cinq exceptions, précisées à l'article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale. De plus, son application implique que chaque patient, en particulier les adultes, puisse trouver un médecin acceptant d'assurer ce rôle, ce qui soulève un enjeu d'accessibilité dans certaines zones sous-dotées en professionnels de santé.

S'agissant spécifiquement des patients atteints d'affections longues durées (ALD), le médecin traitant établit le protocole de soins en collaboration avec les autres médecins qui suivent le patient, ce qui permet aux patients de bénéficier d'une prise en charge financière adaptée par l'Assurance Maladie. Le médecin traitant collabore avec des professionnels pour la prise en charge des patients atteints d'ALD, notamment avec les infirmiers référents et les pharmaciens correspondants.

Résultats La part de patients ayant déclaré un médecin traitant est présentée ci-dessous :

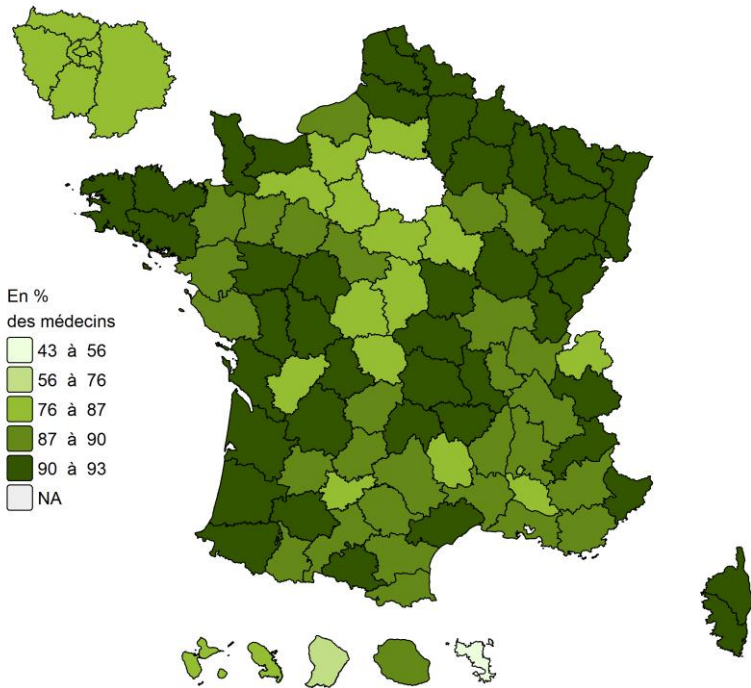
Tableau 1 • Part des patients ayant déclaré un médecin traitant

	sept-22	juin-23	déc-23	juin-24	sept-24	juin-25	Cible
Part de patients avec un médecin traitant	88,50%	88,40%	88,69%	88,60%	88,28%	88,56%	100%

Champ : Patients de plus de 16 ans consommant dans l'année, tous régimes, hors territoires d'outre-mer, avec médecin traitant.

Sources : CNAM ; calculs DGOS.

Carte 1 • Part des patients ayant déclaré un médecin traitant par département



Entre septembre 2022 et septembre 2024, la part de patients avec un médecin traitant est restée plutôt stable, avec quelques oscillations sur la période et une baisse globale de 0,22 point de pourcentage, passant de 88,50 % à 88,28 %. Des différences infrarégionales peuvent être observées, avec par exemple un taux de 82,89 % dans le Cher et de 92,49 % dans le Bas-Rhin. En 2025, cette part atteint 88,56 %, soit une légère hausse de 0,28 point de pourcentage par rapport à septembre 2024. Si la cible des 100 % n'est pas encore atteinte, elle demeure l'objectif pour l'année 2026.

l'échelle départementale, 65 sur 101 départements présentent des taux d'évolution positifs entre septembre 2024 et juin 2025.

La part de patients en affection de longue durée (ALD) avec un médecin traitant est également présentée ci-dessous :

Tableau 2 • Part de patients en affection de longue durée (ALD) avec un médecin traitant

	sept-22	juin-23	déc-23	mai-24	juin-24	sept-24	juin-25	Cible
Part de patients en affection de longue durée (ALD) avec un médecin traitant	93,99%	94,93%	95,82%	95,80%	95,60%	95,45%	96,10%	100%

Champ : Patients de plus de 16 ans en ALD consommant dans l'année, tous régimes, hors territoires d'outre-mer.
Sources : CNAM ; calculs DGOS.

Entre septembre 2022 et septembre 2024, la part des patients en ALD disposant d'un médecin traitant est passée de 93,99 % à 95,45 %. Sur cette période de deux ans, cette progression représente ainsi une hausse de 1,46 point de pourcentage. Après une augmentation constante jusqu'en décembre 2023 (95,82 %), période qui correspond au pic du suivi, la part des patients tend à diminuer légèrement et semble se stabiliser autour de 95,5 % en 2024. En juin 2025, cette part se situe à 96,1 %, marquant une reprise de la progression après la stabilisation observée en 2024, tout en demeurant légèrement en deçà de l'objectif cible fixé à 100 %.

Construction de l'indicateur L'accès à un médecin traitant pour l'ensemble des patients de plus de 16 ans et l'accès à un médecin traitant spécifiquement pour les patients en affection de longue durée (ALD) font l'objet d'un suivi dans le cadre de la politique prioritaire du gouvernement (PPG) « Améliorer l'accès aux soins dans tous les territoires par la coopération entre les professionnels de santé », avec l'objectif d'atteindre une couverture de 100 % en 2026. La PPG est mesurée depuis septembre 2022.

Le premier indicateur mesure la part de patients de plus de 16 ans consommant dans l'année tous régimes hors territoires d'outre-mer, avec un médecin traitant (exprimée en %). Il est calculé en prenant le nombre de patients de plus de 16 ans consommant dans l'année tous régimes hors territoires d'outre-mer avec un médecin traitant, rapporté à la même population avec et sans médecin traitant. Les données sources sont issues du Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) et du Fichier national des professions de santé (FNPS).

Le second indicateur mesure la part des patients en ALD ayant déclaré un médecin traitant (exprimée en %). Il est calculé en prenant le nombre de patients de plus de 16 ans consommant dans l'année tous régimes hors territoires d'outre-mer en ALD avec médecin traitant rapporté à la même population avec et sans médecin traitant. Les données sources sont également issues du SNIIRAM / FNPS.

Précisions méthodologiques L'indicateur est piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et repose sur les données issues notamment de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Direction générale de l'offre de soins

2.7.5. Développer le dispositif de télésanté

Finalité La télésanté est composée de deux domaines d'activité : la télémedecine, pour les activités réalisées à distance par un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste) et le télésoin, pour les activités réalisées à distance par un pharmacien ou un auxiliaire médical. Selon sa définition juridique¹, la télémedecine comprend ainsi cinq actes médicaux distincts, parmi lesquels figure la téléconsultation permettant à un professionnel médical de réaliser une consultation à distance avec un patient, seul ou accompagné d'un professionnel de santé ou d'un psychologue.

Avant la crise sanitaire liée au Covid-19, le recours à la téléconsultation était limité en France. Toutefois, son usage s'est considérablement développé à partir de 2020. Ainsi, une étude de la DREES, publiée en décembre 2022, estime que le nombre de téléconsultations effectuées par des médecins généralistes libéraux est passé de 800 000 en 2019 à 13,5 millions en 2020, avant de redescendre à 9,4 millions en 2021. Les médecins généralistes salariés en centres de santé ont également intensifié leur recours à la téléconsultation, avec 600 000 actes en 2020 et 1,1 million en 2021. Le rapport *Charges et Produits pour 2025* de l'Assurance maladie confirme cette dynamique d'essor en comptabilisant 12,5 millions d'actes facturés par les médecins libéraux, les sage-femmes et les centres de santé en 2022 et 11,6 millions en 2023. Toutefois, il souligne également une tendance à la décroissance et à la stabilisation du volume de téléconsultations après 2020. En effet, le nombre de téléconsultations facturées a diminué de 32 % entre 2020 et 2023 et ne représente en 2023 que 3,2 % de l'ensemble de l'activité de consultation totale du secteur libéral (comprenant les omnipraticiens généralistes ainsi que les médecins à exercice particulier, les spécialistes et les centres de santé) comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport sur la téléconsultation d'avril 2025. Les données les plus récentes indiquent une inversion de cette tendance à partir de 2024 avec 13,9 millions d'actes facturés à l'Assurance maladie obligatoire, soit une hausse de 20 % par rapport à 2023. Sur le seul premier trimestre 2025, 3,9 millions d'actes ont été facturés.

La téléconsultation constitue un levier essentiel pour améliorer l'accès aux soins, en particulier dans les zones sous-dotées où le nombre de professionnels de santé est contraint et les délais de rendez-vous allongés. Son développement fait ainsi l'objet d'un suivi spécifique dans le cadre des politiques prioritaires du gouvernement (PPG). Le premier concerne le taux d'appropriation des téléconsultations par les médecins en ville (exprimé en % des médecins de ville ayant facturé au moins une téléconsultation). Le second porte sur le nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours de soins.

L'analyse de l'évolution du pourcentage de médecins ayant recours à la téléconsultation permet ainsi d'évaluer l'appropriation de cet outil du point de vue du professionnel médical.

Résultats

Taux d'appropriation des téléconsultations par les médecins généralistes libéraux

Le pourcentage de médecins généralistes libéraux ayant facturé une téléconsultation entre 2023 et 2025 est présenté ci-dessous :

Tableau 1 • Pourcentage de médecins généralistes libéraux ayant facturé une téléconsultation entre 2023 et 2025

	mars-23	mai-23	juin-23	sept-23	mars-24	juin-24	sept-24	déc-24	mars-25	juin-25	sept-25	déc-25	Cible
Pourcentage de médecins de ville ayant facturé une téléconsultation	28,62%	29,00%	28,48%	28,45%	29,00%	29,00%	29,00%	29,00%	29,00%	29,00%	30,00%	30,00%	35%

Champ : Médecins généralistes libéraux, France entière.
Sources : CNAM ; calculs DGOS.

Depuis 2023, le recours à la téléconsultation par les médecins de ville est resté stable, autour de 29 % des médecins ayant facturé au moins une téléconsultation. Les données de l'indicateur de la PPG corroborent celles du rapport *Charges et Produits pour 2025*, qui met en évidence une diminution progressive du volume des téléconsultations facturées entre 2020 et 2023 : après un pic de 17,1 millions en 2020 (toutes spécialités confondues), le nombre d'actes est passé à 13,2 millions en 2021, 12,5 millions en 2022 et 11,6 millions en 2023, soit une baisse de 32 % en trois ans. Les données les plus récentes indiquent une inversion de cette tendance à partir de 2024 : 13,9 millions d'actes ont été facturés à l'Assurance maladie obligatoire cette année-là, soit une hausse de 20 % par rapport à 2023. De plus, sur le premier trimestre 2025, 3,9 millions d'actes ont été facturés.

¹ Article L. 6316-1 du code de la santé publique.

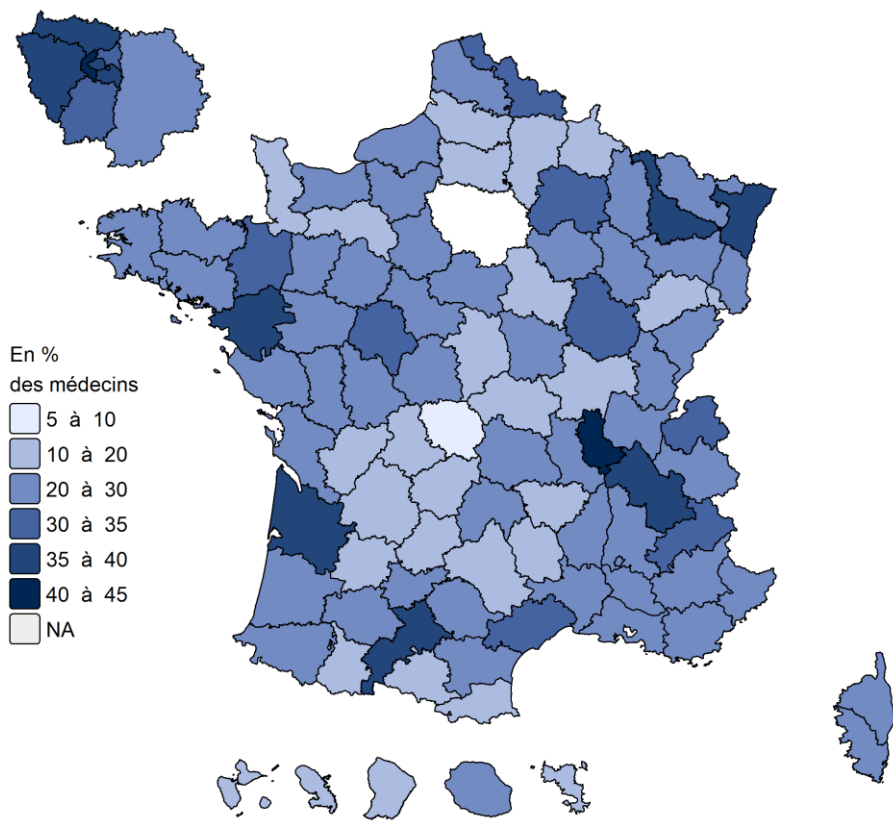
Tableau 2 • Répartition des départements en fonction de la cible de l'indicateur de la politique prioritaire du gouvernement

Tranches de pourcentage de médecins facturant des téléconsultations	Inférieur à 35% en septembre 2024	Supérieur ou égal à 35% en septembre 2024	Inférieur à 35% en décembre 2025	Supérieur ou égal à 35% en décembre 2025
Nombre de départements	90	11	89	12

Champ : Médecins généralistes libéraux, France entière.
Sources : CNAM ; calculs DGOS.

La politique prioritaire du gouvernement fixe un objectif national de 35 % de médecins généralistes libéraux ayant recours à la téléconsultation. Ce tableau présente la répartition des départements en fonction de l'atteinte de cette cible, permettant ainsi d'évaluer l'adoption de la téléconsultation sur le territoire, une pratique qui présente des disparités locales. Toutefois, cette cible étant une moyenne nationale, elle ne constitue pas une obligation à l'échelle départementale. Entre septembre 2024 et décembre 2025, le nombre de départements atteignant le seuil de 35 % est ainsi passé de 11 à 12, soit une légère progression.

Carte 1 • Pourcentage de médecins généralistes libéraux ayant facturé une téléconsultation par département (données de décembre 2025)



Nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours

Finalité Cet indicateur s'intéresse au nombre de patients atteints d'une pathologie chronique ayant bénéficié d'actes de télésanté dans leur parcours de soins. Comme présenté en introduction, la télésanté s'entend comme l'ensemble des actes de télémedecine et de télésoin.

L'analyse de l'évolution de cet indicateur permet d'évaluer l'intégration des outils de télésanté dans le suivi des patients chroniques. En mesurant le recours à ces dispositifs, il devient possible d'identifier les tendances d'adoption ainsi que les disparités territoriales. Cet indicateur contribue ainsi à apprécier l'impact des politiques publiques en matière de télésanté, du point de vue du patient.

Résultats Le nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours entre 2023 et 2025 est présenté ci-dessous :

Tableau 3 • Nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours entre 2022 et 2025

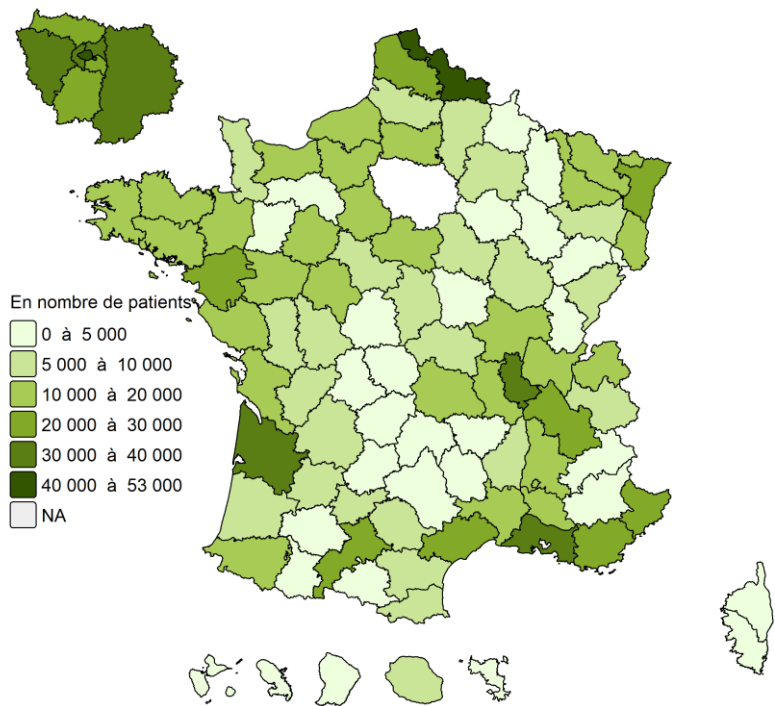
	mars-22	juin-23	sept-23	déc-23	mars-24	juin-24	sept-24	déc-24	mars-25	juin-25	sept-25	déc-25
Nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours	792 676	828 449	856 491	893 847	959 758	920 079	982 244	1 075 380	1 176 572	1 195 121	1 195 893	1 273 949

Champ : Patients en affection longue durée (ALD), France entière.

Sources : CNAM ; calculs DGOS.

Ainsi, ces données montrent une progression continue du nombre de patients concernés. Entre mars 2022 et décembre 2024, le nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté est passé de 792 676 à 1 075 380, soit une hausse de 35,7 %. Les données récentes confirment cette tendance : entre décembre 2024 et décembre 2025, le nombre de patients concernés a augmenté d'environ 18,5%, passant de 1 075 380 à 1 273 949 soit 198 569 suivis en plus. Cette progression reflète un recours croissant aux actes de télésanté pour la prise en charge des pathologies chroniques, visible au niveau territorial dans la majorité des départements, traduisant une intégration plus marquée de ces dispositifs dans l'offre de soins.

Carte 2 • Nombre de patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours par département (données de décembre 2025)



Construction de l'indicateur L'indicateur est calculé par individu et par trimestre, quel que soit le nombre de lieu d'exercice. La localisation est fonction du lieu d'exercice principal. Il permet ainsi d'évaluer le développement des téléconsultations en analysant le taux d'appropriation de cette pratique par les médecins généralistes libéraux. Cet indicateur offre une vision globale de l'adoption de la téléconsultation sur le territoire, en mettant en lumière les disparités potentielles entre les différentes zones géographiques.

Précisions méthodologiques L'indicateur est piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et repose sur des données issues de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam). Son suivi permet d'alimenter les analyses sur l'évolution du recours à la téléconsultation et d'évaluer l'impact des mesures mises en place pour favoriser son développement par les médecins – dans ce cas précis généralistes libéraux.

Construction de l'indicateur L'indicateur est calculé trimestriellement en fonction du nombre de patients atteints d'une pathologie chronique, c'est-à-dire des patients reconnus en affection de longue durée (ALD), ayant bénéficié d'au moins un acte de télésanté, quelle que soit sa nature, au cours des six derniers mois.

Précisions méthodologiques L'indicateur est piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et repose sur des données issues de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam). Son suivi permet d'alimenter les analyses sur l'évolution du recours à la téléconsultation et d'évaluer l'impact des mesures mises en place pour favoriser son développement par les patients.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Direction générale de l'offre de soins

2.7.6. Garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse

Finalité La Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 fixe pour objectif de « réduire les grossesses non prévues et non désirées » (axe III, objectif 2) et d'améliorer l'accès à l'IVG, avec un objectif de 90 % des demandes d'IVG prises en charge dans un délai de 5 jours. Dans ce but, la loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement prolonge notamment le délai légal d'avortement de 12 à 14 semaines de grossesse, pérennise l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse en ville de 5 à 7 semaines de grossesse, et étend la compétence de la pratique des IVG instrumentales aux sages-femmes dans le cadre hospitalier. Cette loi a pour but de garantir l'accès à l'IVG et de pallier les inégalités territoriales dans l'accès à l'avortement, soulignées dans le [rapport d'information parlementaire](#) de septembre 2020.

La commission des affaires sociales du Sénat a mené en 2024 une mission d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) en France. Son rapport met en évidence des difficultés persistantes et des inégalités territoriales, notamment une concentration rapide de l'offre hospitalière et une offre en ville insuffisante¹.

Des disparités géographiques importantes sont constatées, avec certaines zones éloignées de plus d'une heure de tout service d'IVG, rendant l'accès particulièrement difficile pour les mineurs et les populations précaires, notamment en milieu rural et en outre-mer. Par ailleurs, la liberté de choix de la méthode abortive est parfois limitée en raison d'une offre insuffisante.

Face à ces constats, la commission a proposé dix mesures pour améliorer l'accès à l'IVG. Elles visent à renforcer l'implication des professionnels de santé en ville, garantir une offre hospitalière complète, mieux évaluer les difficultés d'accès grâce à des indicateurs précis, et améliorer l'information des femmes tout en luttant contre la désinformation en ligne.

Le 4 mars 2024, le Parlement réuni en Congrès à Versailles a voté l'inscription dans la Constitution de la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse faisant de la France le premier pays au monde à inscrire dans sa Constitution la liberté de recourir à l'IVG.

Résultats

En 2024, 251 270 interruptions volontaires de grossesse (IVG) ont été enregistrées en France, ce qui représente un taux de recours de 17,3 IVG pour 1 000 (‰) femmes âgées de 15 à 49 ans. Si ce taux est relativement stable en France métropolitaine (16,7‰, après 16,3‰ en 2023), il ne progresse pas, mais reste élevé dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) [32,2‰, après 32,3‰].

Dans les établissements de santé, le nombre d'IVG reste stable, atteignant 138 960 en 2024, tandis que le recours aux IVG hors établissement s'est accéléré depuis 2021, avec 112 310 interventions (+10 438 par rapport à 2023), représentant ainsi 45 % du total.

La répartition des méthodes a également évolué : les IVG médicamenteuses connaissent un développement important, représentant désormais 80 % de l'ensemble (contre 31 % en 2000 et 68 % en 2019). En ville, les sages-femmes pratiquent de plus en plus d'IVG, réalisant plus de la moitié des interventions hors établissement. La téléconsultation et les IVG instrumentales en centres de santé restent très marginales, ne représentant que 0,7 % du total.

Les disparités territoriales persistent : les taux de recours standardisés selon l'âge varient du simple au double en métropole (de 12,6‰ en Pays de la Loire à 23,1‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur) et du simple au triple dans les DROM (de 16,7‰ à Mayotte à 46,7‰ en Guadeloupe). Dans certaines régions, plus de la moitié des IVG se déroulent hors établissement (63 % en Corse, 79 % en Guyane). Enfin, en métropole, plus de 80 % des femmes réalisent leur IVG dans leur département de résidence².

Dans les établissements de santé, trois IVG sur quatre sont effectuées avant 10 semaines d'aménorrhée (SA). Depuis l'allongement de la durée légale pour les IVG en établissement de santé, passée de 14 à 16 SA, les IVG dites tardives, réalisées à partir de 12 SA, représentent 9,8 % du total des IVG hospitalières. La proportion d'IVG concernées par cette extension du délai légal est estimée à 2 à 3 % des IVG hospitalières, soit 1 à 2 % de l'ensemble des IVG.

Le secteur public assure désormais 93,0 % des IVG réalisées en établissement de santé, tandis que le secteur privé non lucratif en réalise 3,3 %. Ainsi, la part des IVG effectuées dans les établissements de santé privés à but lucratif ne représente plus que 3,7 % du total des IVG hospitalières, contre 32 % en 2001 et 19 % en 2010.

En France métropolitaine, 83 % des IVG ont lieu dans le département de résidence des femmes concernées. Le recours à une IVG hors département peut parfois relever d'un choix personnel, pour plus de confidentialité ou pour une facilité d'accès (par exemple si le système de soins d'un département voisin est plus proche ou si le département de prise en charge correspond au lieu de travail). Cependant, cet indicateur, et surtout ses variations, peut également refléter des difficultés d'accès à l'IVG dans certaines zones géographiques.

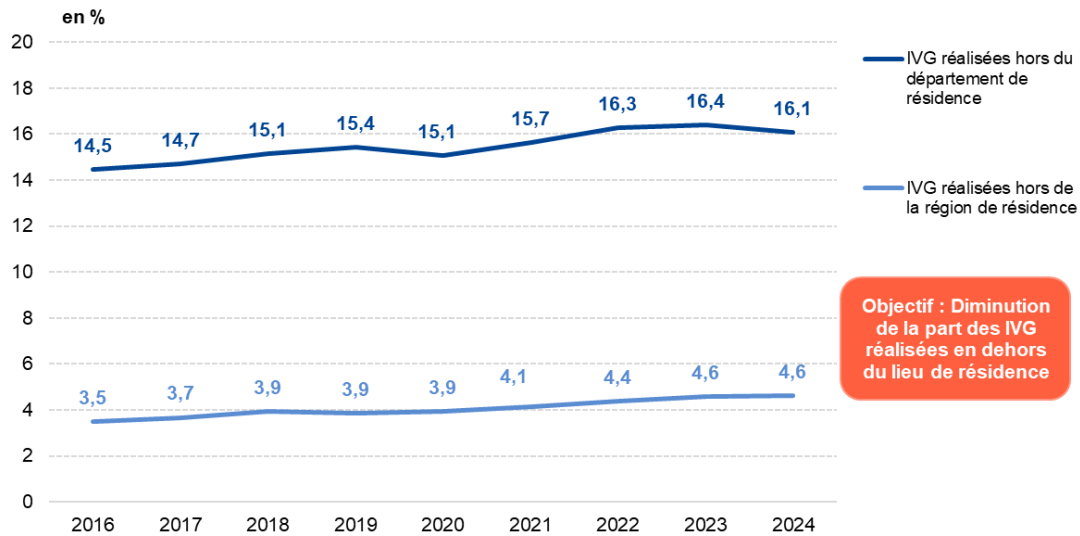
À l'échelle nationale, ce taux reste stable depuis plusieurs années, mais il varie selon le département, allant de 55 % à 96 %, en fonction notamment de l'offre de soins locale et de celle des départements voisins. Sur un territoire plus large, 95 % des femmes réalisent leur IVG dans leur région de résidence³.

¹ Accès à l'IVG | Sénat

² En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

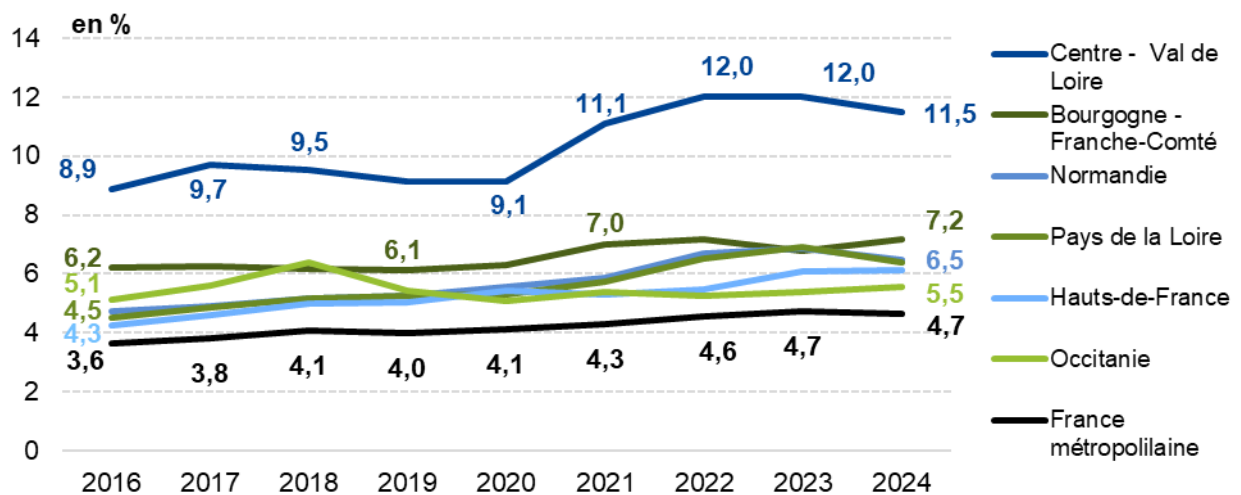
³ En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Graphique 1 • Part des IVG réalisées en hors du lieu de résidence



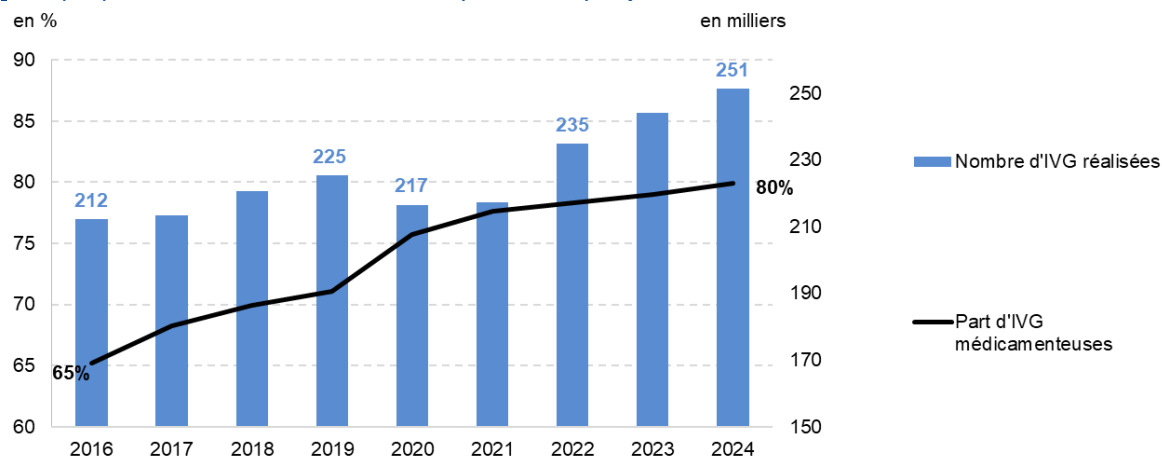
Source : Données Drees, Nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG), décliné selon différents critères.

Graphique 2 • IVG réalisées hors du département de résidence pour les régions dont la part est supérieure à la moyenne nationale



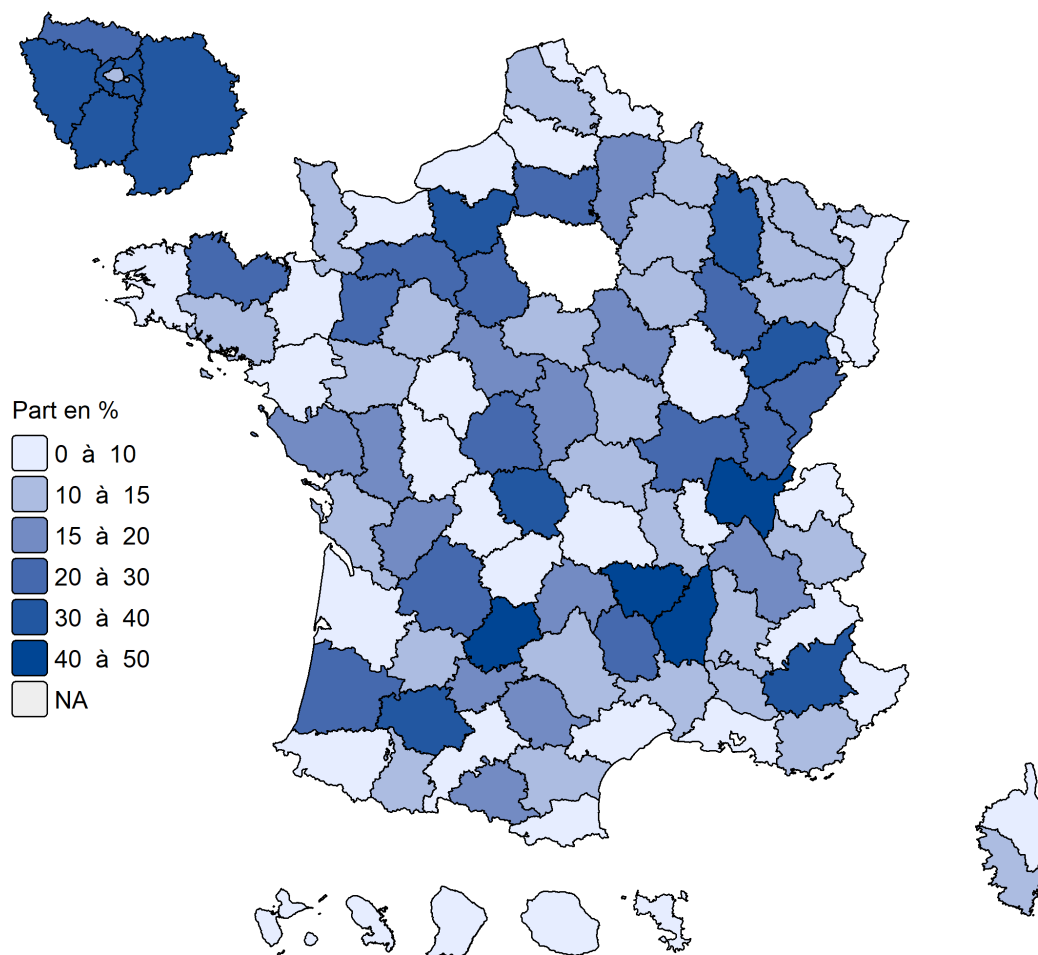
Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2025

Graphique 3 • Nombre d'IVG réalisées (en milliers) et part d'IVG médicamenteuses



Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2025

Carte 1 • Part des IVG réalisées hors du département de résidence en 2024



Source : DREES, « Interruption volontaire de grossesse », édition 2025

Précisions méthodologiques Les données sur le nombre d'IVG réalisées et la part d'IVG réalisée hors du département de résidence proviennent de la publication annuelle de la DREES sur l'IVG.

Pour les IVG hospitalières, le département de résidence est déclaré par la patiente lors de l'hospitalisation. Pour les IVG réalisées hors hospitalisation (en ville), il s'agit du lieu de résidence déclaré à l'Assurance Maladie.

Les IVG pour lesquelles le lieu de résidence est inconnu ont été classées au lieu de leur réalisation lorsque cela était possible à partir de 2017, d'où une diminution du nombre de "non-résidents" par rapport aux années précédentes. Les taux de recours ont été calculés en rapportant les IVG concernant des femmes de 15 à 49 ans (y compris les âges inconnus, sauf pour les indicateurs par âge) aux femmes résidentes de 15 à 49 ans. Il faut noter que pour une part non négligeable des IVG réalisées hors établissements hospitaliers un NIR spécifique anonyme IVG est utilisé et qu'il ne permet de connaître ni l'âge des femmes concernées ni leur département de domicile. Selon les recommandations de la CNAM (circulaire 49/2003) ces IVG ne devraient concerner que des mineures. Le taux de recours est donc probablement sous-estimé parmi les femmes de 15 à 17 ans.

L'enquête « [un jour donné](#) » a été conduite entre mai et juillet 2019, à l'initiative du Ministère des Solidarités et de la Santé. Son but était de recueillir des données quantitatives sur le délai d'accès à l'IVG, défini comme le délai entre le premier contact des femmes souhaitant réaliser une IVG avec un professionnel de santé et la réalisation de l'acte.

Les ARS ont sollicité les établissements de santé de leur région réalisant des IVG avec un questionnaire, et ont recueilli le délai d'accès à l'IVG des femmes présentes « un jour donné » pour la réalisation d'IVG médicamenteuse ou instrumentale.

La densité départementale de centres de santé sexuelle a été calculée en fonction du nombre de centres dans chaque département pour 100 000 résidents âgés de 15 à 49 ans.

Pour aller plus loin :

« [Rapport d'information sur l'accès à l'interruption volontaire de grossesse](#) », 2020, fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes par Mme Battistel et Mme Muschotti, députées

« [Interruptions volontaire de grossesse](#) », publication annuelle de la DREES, édition 2023

« [Femmes et hommes, l'égalité en question](#) », publication de l'INSEE, édition 2022

« [Accès à l'IVG](#) », rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, 2024

« [En 2024, 251 270 IVG ont eu lieu en France, dont 80 % sont médicamenteuses](#) », publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 2025

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGS

2.8. Assurer une juste rémunération aux professionnels de santé

2.8.1. Assurer une juste rémunération dans les établissements de santé

Finalité Afin de renforcer l'attractivité des métiers du secteur sanitaire et médico-social, les carrières et rémunérations des personnels qui soignent et accompagnent les personnes malades ou fragiles ont été revalorisées. Pour augmenter les salaires de deux millions de salariés du secteur sanitaire et médico-social et accompagner la nécessaire transformation des métiers, les pouvoirs publics, au premier rang desquels la sécurité sociale, ont augmenté leurs dépenses de 12,5 Md€ (montant annuel, après montée en charge) dont 7,7 Md€ pour les professionnels des établissements de santé. Cinq étapes peuvent être distinguées : les accords du Ségur de la santé à proprement parler en 2020, les accords de la branche de l'aide à domicile (BAD) en octobre 2021, les accords dits « Laforcade » en mai 2021, leur prolongement dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 et enfin les revalorisations décidées lors de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social en 2022 (dites « Castex »), étendant les hausses de rémunération aux professionnels socioéducatifs des établissements sociaux et médico-sociaux. Au-delà du Ségur et de ses suites, les professionnels de santé ont aussi bénéficié des mesures d'attractivité de la « mission flash » annoncées dès le début de l'année 2023, pour 1,1 Md€, ainsi que des mesures générales, notamment de hausse du point d'indice, de juillet 2022 pour 2,2 Md€ et les mesures salariales du 12 juin 2023 dites « Guérini » pour 1,7 Md€ en année pleine.

Résultats En 2022, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 743 € : 2 816 € dans le secteur public, 2 661 € dans le secteur privé non lucratif et 2 345 € dans le secteur privé lucratif (cf. *Tableau 1*). Le salaire médian des personnels des établissements de santé est de 2 403 € dans le secteur public, de 2 221 € dans le secteur privé non lucratif et de 2 084 € dans le secteur privé lucratif (cf. *Graphique 1*). Les salaires ont connu une hausse de 4,6 % en euros constants en 2022, c'est-à-dire déduction faite de l'inflation. Pour le personnel non médical hospitalier, la prime « Ségur » est versée sous forme de complément de traitement indiciaire (CTI), d'un montant net mensuel de 183 euros pour le secteur public et le secteur privé à but non lucratif, et de 160 euros pour le secteur privé à but lucratif, à partir de décembre 2020. Pour le personnel médical exerçant à temps plein en établissement de santé public, l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) est portée à 700 euros bruts mensuels à partir de septembre 2020, puis à 1 010 euros bruts mensuels à partir de décembre 2021. Cependant, elle est moins élevée qu'entre 2019 et 2020 (+5,7 % en euros constants), où elle était également portée par le versement, en 2020, de la prime exceptionnelle Covid-19, qui pouvait aller jusqu'à 1 500 euros sur l'année. C'est parmi les professions les plus qualifiées que les salaires sont les plus dispersés (cf. *Tableau 2*). En outre, les salaires augmentent avec l'âge, même si cette hausse est moindre dans le secteur privé lucratif (cf. *Graphique 2*).

Tableau 1 • Salaires mensuels nets moyens en EQTP des personnels des établissements de santé en 2022

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public	Secteur privé non lucratif	Secteur privé lucratif	Ensemble
Personnel administratif	2 300	2 500	2 200	2 300
Personnel soignant	2 500	2 300	2 200	2 500
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 300	2 200	2 000	2 300
Personnel médico-technique	2 700	2 400	2 300	2 600
Personnel technique et ouvrier	2 300	2 400	2 200	2 300
Personnel médical	6 100	6 400	5 100	6 100
Contrats aidés	1 400	1 400	1 700	1 400
Ensemble ¹	2 800	2 700	2 300	2 700

EQTP : équivalent temps plein.

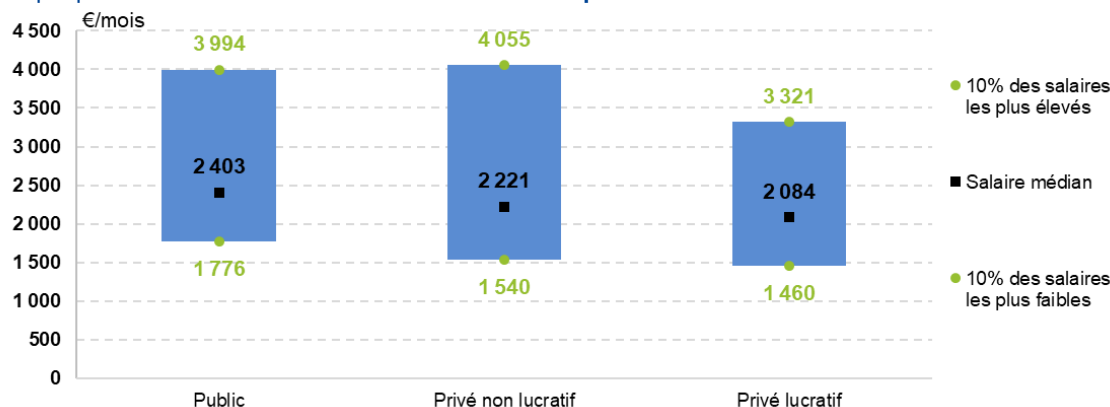
1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note > La catégorie « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources > Insee, BTS 2021-2022, Siasp 2021-2022, traitements DREES.

Graphique 1 • Salaires mensuels nets en EQTP des personnels des établissements de santé en 2022



EQTP : équivalent temps plein.

1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants. Y compris les contrats aidés.

Note > La catégorie « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources > Insee, BTS 2022, Siasp 2022, traitements DREES.

Tableau 2 • Salaires mensuels nets moyens par EQTP en 2022 par catégorie socioprofessionnelle et secteur

Catégories socioprofessionnelles regroupées	Secteur public		Secteur privé à but non lucratif		Secteur privé à but lucratif		Ensemble	
	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)	Salaire 2022 (en euros)	Évolution 2021-2022 (% en euros courants)
Personnel administratif	2 300	+3,0	2 500	+2,4	2 200	+3,2	2 300	+2,9
Cadres de direction	9 400	+2,0	7 400	+8,2	6 700	+7,8	7 600	+5,8
Cadres de gestion	4 500	+1,5	3 700	+0,1	4 000	+1,3	4 200	+0,7
Professions intermédiaires (directeurs des soins, adjoints des cadres, assistants médico-administratifs)	2 400	+1,4	2 100	+2,9	2 200	+2,6	2 300	+1,8
Employés (adjoints administratifs, permanenciers auxiliaires de régulation médicale)	2 000	+6,6	1 900	+0,9	1 800	+3,0	1 900	+5,4
Personnel soignant	2 500	+6,2	2 300	+3,7	2 200	+4,5	2 500	+5,7
Personnel d'encadrement du personnel soignant	3 500	+5,6	3 600	+1,6	3 600	+3,6	3 600	+4,8
Infirmiers	2 800	+7,4	2 500	+4,2	2 500	+5,0	2 800	+6,8
Aides soignants et agents de service hospitaliers	2 300	+11,3	1 900	+3,9	1 800	+4,5	2 200	+8,0
Rééducateurs	2 500	+5,6	2 400	+2,4	2 300	+1,3	2 500	+3,8
Psychologues	2 500	0,0	2 600	+0,5	2 400	+2,0	2 500	+0,2
Personnel éducatif et social (professions intermédiaires)	2 300	+1,7	2 200	+2,2	2 000	+1,9	2 300	+1,7
Personnel médico-technique	2 700	+5,5	2 400	+4,6	2 300	+2,5	2 600	+5,2
Professions intermédiaires (cadres de santé, techniciens de laboratoire, manipulateurs)	2 700	+5,6	2 400	+4,3	2 300	+2,9	2 600	+5,2
Employés (aides de laboratoire, aides d'électroradiologie, aides de pharmacie)	2 100	+0,1	1 900	+3,6	2 000	-5,0	2 000	-0,8
Personnel technique et ouvrier	2 300	+3,4	2 400	+2,4	2 200	+0,9	2 300	+3,3
Ingénieurs et cadres techniques	3 600	+2,5	3 500	+0,3	3 200	+0,8	3 500	+2,1
Professions intermédiaires (techniciens ou techniciens supérieurs)	2 600	+4,0	2 400	+1,5	2 400	-0,6	2 600	+3,6
Ouvriers	2 000	+4,1	1 900	+2,8	1 900	+2,7	2 000	+4,0
Personnel médical	6 100	+4,3	6 400	+4,2	5 100	+8,0	6 100	+4,5
Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens	6 500	+3,6	6 700	+3,8	5 900	+5,4	6 500	+3,7
Sages-femmes	3 500	+13,8	3 400	+12,8	3 200	+12,0	3 400	+13,6
Contrats aidés	1 400	+4,3	1 400	+5,0	1 700	+10,1	1 400	+5,1
Femmes	2 700	+5,2	2 500	+4,0	2 300	+4,7	2 600	+5,0
Hommes	3 300	+3,6	3 300	+3,5	2 700	+4,6	3 200	+3,7
Ensemble hors personnel médical¹	2 500	+4,9	2 300	+3,9	2 200	+4,1	2 400	+4,7
Ensemble hors contrats aidés¹	2 800	+4,8	2 700	+3,9	2 300	+4,7	2 700	+4,6
Ensemble¹	2 800	+4,8	2 700	+3,4	2 300	+4,7	2 700	+4,6

EQTP : équivalent temps plein.

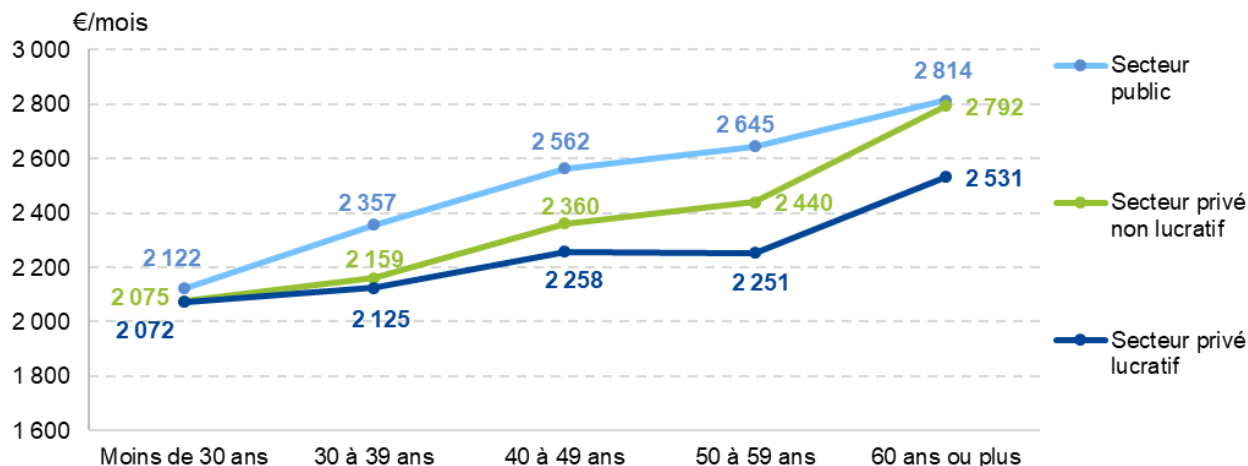
1. Y compris les personnels non ventilés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Note > La catégorie « personnels non ventilés » n'est pas présentée dans la structure des effectifs, mais leurs salaires sont pris en compte dans le calcul du salaire moyen.

Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA et les contrats aidés, hors internes, externes, stagiaires et étudiants.

Sources > Insee, BTS 2021-2022, Siasp 2021-2022, traitements DREES.

Graphique 2 • Salaire moyen mensuel net en EQTP par tranche d'âge pour le personnel non-médical, en 2022



"EQTP : équivalent temps plein.

Note > Hors internes et externes, hors contrats aidés.

Champ > Salariés de France (non compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > Insee, BTS 2022, Siasp 2022, traitements DREES."

Précisions méthodologiques

Champ France entière (excepté Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), hors stagiaires, internes et externes et y compris contrats aidés. La présente étude porte sur les établissements dont l'activité économique principale relève des activités hospitalières (code NAF 8610Z) ou ayant la catégorie juridique « établissement d'hospitalisation » (7 364). Pour le secteur hospitalier, les établissements de la fonction publique hospitalière ayant une activité complémentaire à celles des hôpitaux, comme les activités de blanchisserie, teinturerie de gros (code NAF 9601A) ou les services de restauration (code NAF 5629B), sont également pris en compte. Tous les salariés hospitaliers sont concernés, qu'ils soient fonctionnaires, contractuels ou membres du personnel médical. Pour le personnel hospitalo-universitaire, seules les heures effectuées dans la fonction publique hospitalière sont prises en compte ; leur activité d'enseignement et de recherche et la rémunération qui y est associée sont comptabilisées dans la fonction publique de l'État et ne sont pas intégrées ici.

Méthode L'évolution des sources pour le secteur privé – remplacement progressif de la déclaration annuelle de données sociales (DADS) par la déclaration sociale nominative (DSN) depuis 2016 – a entraîné une refonte complète de la chaîne de traitements statistiques, rendant impossibles les comparaisons directes des données de salaire d'un millésime à un autre. À la différence de l'Insee, qui recalculait les données en niveau chaque année, la DREES avait choisi une autre méthode, qui consistait à appliquer les évolutions annuelles calculées pour chaque millésime aux niveaux de 2015 (dernière année de l'ancienne chaîne de traitement, choisie comme année de base) par agrégat diffusé. La refonte étant désormais terminée, les données en niveau sont à nouveau exploitées, à la différence des précédentes éditions de cette fiche traitant des millésimes 2016 à 2018. Il en résulte des différences minimales de niveau concernant les salaires 2018.

Sources Cette fiche est élaborée à partir des données présentées dans le panorama DREES : « Les établissements de santé – Edition 2025 ». Ces données proviennent de différentes bases de données (DADS, DSN, Siasp...) et sont traitées par la DREES.

La déclaration annuelle de données sociales (DADS) est une formalité déclarative que doit accomplir toute entreprise employant des salariés. Dans ce document commun aux administrations fiscales et sociales, les employeurs fournissent annuellement et pour chaque établissement un certain nombre d'informations relatives à l'établissement et aux salariés (la nature de l'emploi et la qualification, le montant des rémunérations versées, etc.). La déclaration sociale nominative (DSN) est une nouvelle source de données mensuelles qui remplace progressivement la plupart des déclarations sociales, dont les déclarations annuelles de données sociales (DADS). Le système d'information des agents du secteur public (Siasp) exploite en particulier les informations contenues dans cette déclaration sur le champ de la fonction publique. Il intègre des concepts et des variables caractéristiques du secteur public, liés notamment au statut de l'agent (grade, échelon, indice, etc.). La Base Tous Salariés (BTS) exploite également les informations issues des DADS et DSN remplies par les employeurs, et retraitées par l'Insee. Les salaires sont estimés à partir du Siasp pour les hôpitaux publics et de la BTS pour les cliniques privées.

Définition

Le salaire annuel net moyen est calculé à partir du salaire net fiscal disponible dans les déclarations annuelles de données sociales (DADS) ou la déclaration sociale nominative (DSN). Il est net de toutes cotisations sociales, y compris la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Il ne comprend pas les participations (qui ne sont pas imposables). Les calculs sont effectués sur l'ensemble des postes, qu'ils soient à temps complet ou à temps partiel. Les effectifs sont convertis en équivalent temps plein (ETP) au prorata de leur durée

de présence et de leur quotité travaillée. Les salaires de chaque poste sont pondérés par leur poids en EQTP pour le calcul des moyennes. Ces EQTP propres au calcul des salaires sont très légèrement différents des ETP utilisés pour la mesure de l'emploi. Sont exclus certains postes correspondant à des éléments de rémunération annexes, ou des postes dont la rémunération horaire est manifestement incohérente. Par exemple, un poste occupé durant six mois à temps plein et rémunéré 10 000 € compte pour 0,5 ETP, rémunéré 20 000 € par an. Un poste occupé toute l'année avec une quotité travaillée de 60 % et rémunéré 12 000 € compte pour 0,6 ETP rémunéré 20 000 € par an. Le salaire annuel net moyen est obtenu en pondérant les salaires annualisés des postes par le nombre d'ETP.

Pour en savoir plus

- [Fiche 3.4](#) Les revalorisations salariales des secteurs sanitaire, médicosocial et social de la commission des comptes de la sécurité sociale CCSS – juillet 2022
- [Fiche 08](#) - Les salaires dans les établissements de santé du Panorama de la DREES sur les établissements de santé

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.8.2. Revenu des professionnels de santé

En 2024, le revenu moyen mensuel net des professionnels de santé varient entre 2 900€ pour les pédicures podologues et les orthophonistes à plus de 9 800€ pour les chirurgiens-dentistes. Le revenu mensuel net moyen de l'ensemble des médecins libéraux conventionnés est de 9 700 et varie fortement entre spécialité.

Les métiers médicaux et paramédicaux nécessitent tous des études supérieures, allant de 3 ans pour un diplôme d'infirmier, de pédicure-podologue ou d'orthoptiste, à 5 ans pour un kinésithérapeute, orthophoniste, 6 ans pour être sage-femme et plus de 8 ans d'études pour devenir médecin, dentiste ou pharmacien. Les données disponibles sur les revenus salariés permettent de faire la comparaison à niveau d'études comparables. À défaut d'avoir les revenus de diplômés de Bac +5, le revenu moyen des cadres est utilisé comme indicateur.

Les infirmiers sont mieux rémunérés que les autres professions paramédicales et des personnes diplômées d'un bac +3 avec un revenu moyen de 4 200€ net par mois.

La rémunération des masseurs-kinésithérapeutes (3 800€ net par mois) est légèrement inférieure à celle des personnes diplômées au minima d'un bac+3 et des infirmiers et inférieure à la rémunération moyenne des cadres.

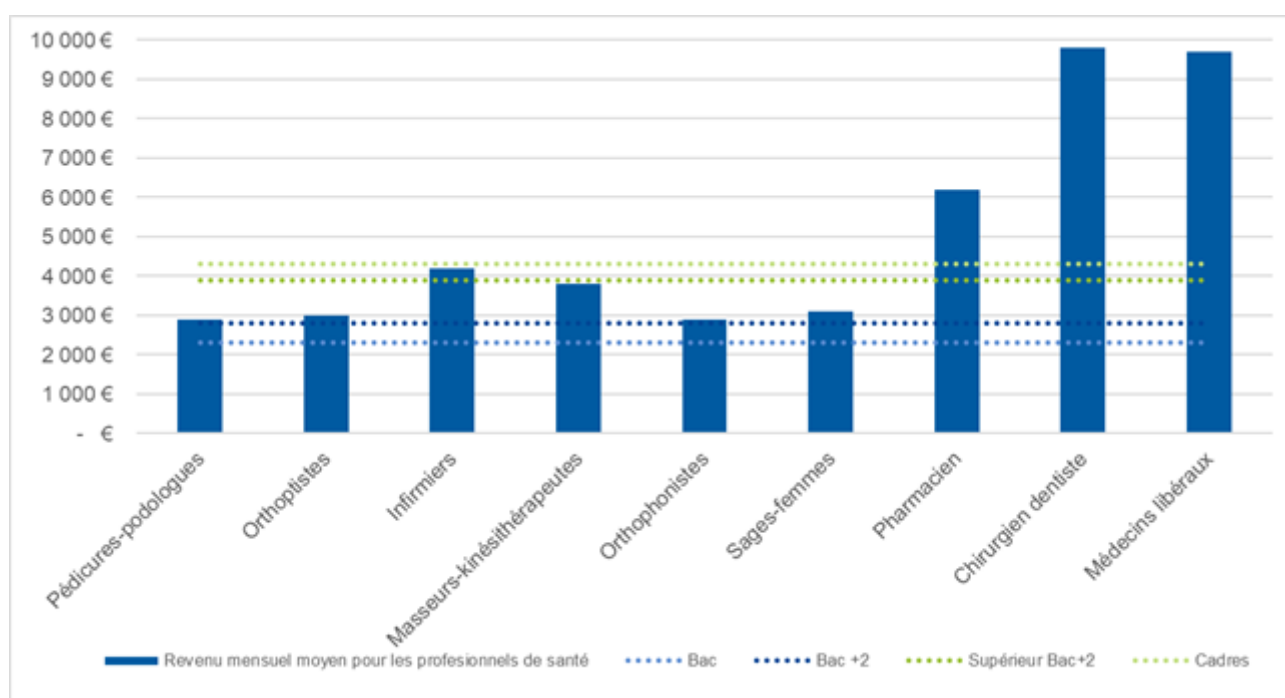
Les orthoptistes, orthophonistes et podologues gagnent moins que les salariés diplômés au minima d'un bac +3 mais plus que la moyenne des salariés diplômés d'un bac +2. À noter que les orthophonistes, titulaires d'un bac +5, gagnent des revenus légèrement inférieurs à ceux des orthoptistes (2 900 € contre 3 000 €), dont la formation dure 3 ans.

Les sage-femmes sont en bas de l'échelle de rémunération des professionnels médicaux ; avec une moyenne de 3100 € mensuels pour 6 années d'études. Cette profession gagne 20 % de moins que les personnes diplômées au minimum d'un Bac+3 et 28 % de moins que les cadres.

Ainsi, comparativement à leur niveau d'étude, les sage-femmes et les orthophonistes sont relativement peu rémunérés.

Les médecins libéraux, les pharmaciens et les chirurgiens-dentistes gagnent substantiellement plus que le reste de la population diplômée et des cadres. Ainsi, en moyenne, le revenu des médecins libéraux est de 9 700 € mensuels, de 9 800€ pour les chirurgiens-dentistes et de 6 200€ pour les pharmaciens.

Graphique 1 • Revenus nets mensuels des professionnels de santé libéraux en 2024 et comparaison à la moyenne des salariés, par niveau de diplôme en 2022



Sources: Insee, Champ : Insee (France hors Mayotte, ensemble des salariés hors élus et apprentis stagiaires, salariés agricoles et salaires versés par des particuliers-employeurs), CARMF (professionnels de santé libéraux, France entière), CARPIMKO (auxiliaires médicaux, France entière), ACOSS (professionnels de santé libéraux, France entière). Note de lecture : En 2024, les orthophonistes ont des revenus annuels moyens de 2 900 €, entre la moyenne des Bac +2 (2 800 €) et celle des Bac +3 et plus (3 900 €). Les professions sont classées par niveau d'étude.

En s'intéressant plus précisément au revenu des médecins, d'importantes disparités existent entre spécialités.

Parmi les hauts revenus, la cancérologie est la spécialité la mieux rémunérée (30 500 € de revenu mensuel), suivie par les anesthésistes (17 500 €), les ophtalmologues (16 700 €) puis les radiologues (16 100 €). Parmi les spécialités les moins bien rémunérées se trouvent : la médecine générale (7 400€ de revenu mensuel net), la pédiatrie (7 200€), l'endocrinologie (6 600€).

Graphique 2 • Revenus nets mensuels des médecins libéraux en 2023

Spécialité	Revenu net d'activité moyen mensuel
Cancérologie	30 500 €
Anesthésie réanimation	17 500 €
Ophtalmologie	16 700 €
Radiologie Imag,médicale	16 100 €
Chirurgie	15 800 €
Path,cardio vasculaire	13 800 €
Gastro entérologie hépatologie	13 200 €
Oto rhino laryngologie	11 600 €
Médecine vasculaire	11 500 €
Pneumologie	10 900 €
Gynécologie obstétrique	10 700 €
Neurologie	10 100 €
Biologie médicale	8 900 €
Dermato vénérologie	8 600 €
Rhumatologie	7 900 €
Psychiatrie	7 700 €
Médecine générale	7 400 €
Pédiatrie	7 200 €
Endocrinologie et métabolisme	6 600 €

Source : Données de revenus des médecins libéraux (CARMF).

Champ : Médecins cotisant à la CARMF dont la spécialité compte plus de 700 médecins.

La difficulté de la comparaison entre travail libéral et salarié repose sur plusieurs facteurs qui ne sont pas pris en compte. En effet, le nombre d'heures travaillées pour un libéral ne sont pas encadrées et peuvent varier considérablement par rapport à un travailleur salarié. D'autres facteurs tels que la sécurité de l'emploi, la recherche de clientèle, la responsabilité ou la pénibilité ne sont pas pris en compte et faussent la comparaison. Le revenu salarial de l'INSEE est la somme de tous les salaires perçus par un individu au cours d'une année donnée, nets de toutes les cotisations sociales, de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Ces revenus salariés moyen des Bac+2, Bac+3 et cadres sont ceux de l'année 2022, ce qui pourrait biaiser la comparaison avec les revenus des professionnels médicaux et paramédicaux. Le revenu des médecins (CARMF), ainsi que des auxiliaires médicaux (CARPIMKO) des sage-femmes et des dentistes (CARCDSF) et des pharmaciens (CAVP), sont issus de leurs déclarations des revenus non-commerciaux.

Les données des études précédentes présentaient les déclarations des bénéfices non commerciaux (BNC) ce qui ne permet pas une comparaison dans le temps des données. Cependant, le BNC reflète de moins en moins fidèlement la réalité des revenus médicaux, notamment avec le développement des nouveaux modes de rémunération comme les ROSP, les forfaits structure. Le revenu net d'activité indépendante est un revenu global qui regroupe plusieurs sources, dont les bénéfices non commerciaux (BNC), les revenus de gérance et les primes

Les données de la fiche relatives au revenu des médecins s'appuient sur des données publiques issues de la CARMF. Certaines spécialités ont été retirées de l'étude, parce que les données sur les effectifs n'étaient pas disponibles ou inférieure à 700. Ainsi, l'allergologie, l'anatomie cytologie pathologiques, la génétique médicale, la gériatrie, la gynécologie médicale, la gynécologie médicale et obstétrique, l'hématologie, la médecine des maladies infectieuses, la médecine légale, la médecine interne, la médecine nucléaire, la médecine physique et de réadaptation, la médecine d'urgence, la néphrologie, la Santé publique et médecine sociale, les spécialités non précisées ne sont pas présentes dans tous les calculs.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.9. Renforcer la coordination de prise en charge ville-établissements de santé

2.9.1. Régulation médicale de l'accès à la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

Finalité

Le rôle de la régulation médicale est d'assurer l'orientation de chaque appelant vers la juste prestation médicale que son état requiert : aide médicale d'urgence, médecin de PDSA, prescription thérapeutique, simple conseil médical, etc. Elle permet de rationaliser le recours aux soins en le limitant aux seules interventions jugées pertinentes par le médecin régulateur. La régulation a ainsi été conçue comme la pierre angulaire du dispositif de PDSA.

L'acte régulé réalisé par le médecin de permanence est valorisé par une rémunération supérieure à un acte non sollicité par la régulation. En contrepartie, en ne sollicitant le médecin de garde que pour les cas le justifiant médicalement, la régulation doit générer une baisse de l'activité réalisée en période de PDSA. La régulation garantit ainsi la qualité et l'efficacité du dispositif de permanence des soins financé par l'assurance maladie.

Précisions sur le dispositif

La PDSA est un dispositif qui doit permettre la prise en charge des demandes de soins non programmés par les médecins de garde en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, soit :

- de 20 h à 8 h les jours ouvrés,
- les dimanches et les jours fériés,
- en fonction des besoins de la population, le samedi à partir de midi et les veilles ou lendemains de jours fériés lorsqu'ils précèdent ou suivent un week-end.

L'enjeu du dispositif est d'apporter une réponse aux demandes de soins non programmés sur ces horaires particuliers, de façon adaptée aux besoins sur tout le territoire, sans diminution de la qualité des soins, tout en évitant d'accroître le recours aux structures de médecine d'urgence des hôpitaux pour des soins relevant d'une prise en charge ambulatoire. Dans chaque région, l'organisation de la permanence des soins est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé au sein d'un cahier des charges. Chaque département est divisé en territoires de permanence sur lesquels sont organisées les gardes des médecins. Le nombre et les limites de ces territoires sont fixés en concertation avec l'ensemble des acteurs, en fonction de données géographiques, démographiques, de l'offre de soins existante et des modalités de gardes retenues.

Le dispositif de PDSA repose sur une régulation médicale téléphonique préalable à l'accès au médecin de permanence. En pratique, cette régulation est assurée, soit par les centres de réception et de régulation des SAMU-Centre 15, au sein desquels la participation des médecins libéraux peut être organisée, soit par des centres de régulation libérale extérieurs au SAMU et interconnectés avec celui-ci, s'ils ont signé une convention avec l'établissement de santé gestionnaire du SAMU, approuvée par le directeur général de l'ARS. Afin d'harmoniser les pratiques de régulation médicale des professionnels sur l'ensemble du territoire, la Haute Autorité de Santé (HAS) a produit en 2011 des recommandations de bonnes pratiques professionnelles destinées à constituer une référence en matière d'organisation et de fonctionnement des structures en charge de cette activité.

Résultats La part des actes régulés sur le total des actes réalisés aux heures de PDSA évolue de la manière suivante :

Tableau 1 • Part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA)

%	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Objectif
Part des actes régulés aux horaires de PDSA	54%	58%	58%	60%	62%	62%	71%	71%	72%	72%	73%	73%	71%	70%	66%	69%	59%	Augmentation

Source : Source : SNDS, DCIR - Tous régimes

La part des actes régulés dans l'activité réalisée aux horaires de permanence des soins, de 59% en 2024 est inférieure à 2023 et reste en dessous des chiffres relevés depuis 2014. Après une période de montée en charge, les actes régulés sont devenus majoritaires dans l'activité aux heures de permanence depuis 2008. Le ratio s'est maintenu autour de 60 % entre 2009 et 2013, a connu en 2014 une forte augmentation, a continué à augmenter très légèrement jusqu'en 2019, puis a progressivement diminué depuis 2020 avec une forte accélération de cette baisse en 2024.

La progression des années 2014 à 2019 s'est expliquée notamment par la montée en charge de l'installation des dispositifs de régulation libérale venus renforcer les équipes des centres 15 des SAMU dans la gestion des appels qui relèvent de la PDSA. Une participation des médecins libéraux à la régulation des appels est désormais organisée dans la quasi-totalité des départements. La diminution constatée ces 5 dernières années ne correspond pas à une diminution de l'organisation de la régulation de l'accès à la PDSA.

On constate la persistance de disparités régionales sur cet indicateur qui varie en France métropolitaine, de 32 % à 94 % d'actes régulés en 2024. Dans la plupart des régions, on observe une diminution plus ou moins importante de la part des actes régulés par rapport aux années précédentes. Cependant, dix régions métropolitaines ont maintenu un niveau de régulation supérieur à 75% en 2024.

La part des actes non régulés correspond en 2024 à 41 %, en augmentation depuis 2020.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce taux résiduel et l'augmentation depuis 2019 :

- le maintien d'une prise en charge de certains patients par leurs médecins traitants sur certaines plages horaires de PDSA (au-delà de 20h en semaine et au-delà de midi le samedi) ;
- une réorientation des patients se présentant dans les structures de médecine d'urgence vers les maisons médicales de garde (sur la base de conventions entre l'établissement et la MMG) ;
- un recours direct à certaines maisons médicales de garde, identifiées par les patients comme points « permanents » d'accès au médecin de garde, souvent par méconnaissance du dispositif de régulation et dont l'accès n'est pas toujours physiquement régulé ;
- un recours direct à certains effecteurs de PDSA spécialisés (de type SOS médecins) ;
- un recours à des structures de soins non programmés (de type cabinets à horaires élargis) qui se développent fortement ces dernières années notamment dans les régions avec la part d'actes non régulés la plus forte.

Construction de l'indicateur

L'indicateur est calculé comme le rapport du nombre d'actes régulés par la régulation médicale de PDSA, au nombre total d'actes de médecine de ville effectués sur la période de PDSA.

Les actes régulés sont recensés à partir des facturations des actes par les médecins : chaque acte de PDSA préalablement régulé donne lieu à une majoration spécifique de l'honoraire du médecin de permanence, prévue par la convention médicale et identifiée pour l'assurance maladie par une cotation particulière de la nomenclature générale des actes professionnels.

Les consultations et visites réalisées aux horaires de PDSA mais non déclenchées par la régulation médicale de PDSA font quant à elles l'objet d'une cotation distincte, donnant lieu aux majorations habituelles des déplacements et consultations de week-ends et de nuits, sous réserve que les actes correspondent à des situations urgentes. La convention médicale 2024-2029 arrêtée le 20 juin 2024, et qui s'est appliquée à partir du 23 décembre 2024, a recentré les prises en charge non régulées aux horaires de PDSA, sur les réelles situations d'urgence en clarifiant les règles de facturations. Elle a également rappelé les règles tarifaires aux horaires de la permanence des soins, notamment l'inscription au tableau de garde et la régulation médicale préalable des consultations pour coter la majoration PDSA. Ces mesures devraient entraîner une hausse de la part des actes régulés à partir de 2025.

Précisions méthodologiques

Les données nécessaires pour le calcul de l'indicateur sont extraites du SNDS par la CNAM.

Dans la mesure où les cotations d'actes ne font pas l'objet de contrôles par croisement avec les données de la régulation, la fiabilité des données de cet indicateur dépend de la qualité et de la précision du codage des actes par le médecin. Un biais méthodologique pourrait donc résider dans d'éventuelles cotations d'actes non régulés indûment facturés comme des actes régulés, ou inversement.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.9.2. Diminuer les recours aux urgences évitables

Finalité

Objectif : diminuer les passages évitables dans les structures de médecine d'urgence en agissant en amont par l'amélioration de l'accès aux soins non programmés en ville

Précisions sur le dispositif

Les soins non programmés (SNP) sont des soins qui ne relèvent pas de la médecine d'urgence mais pour lesquels une prise en charge par un professionnel de santé est souhaitable en moins de 48 heures. Or, confrontés à ce type de besoin, lorsque leur médecin traitant n'est pas disponible et qu'aucun médecin n'a pu être trouvé, les patients s'orientent souvent vers les urgences, contribuant à leur engorgement. Il importe donc d'améliorer l'accès aux soins non programmés pour contribuer à désengorger les urgences.

La stratégie du ministère de la santé pour améliorer l'accès aux soins non programmés se déploie depuis 2019 dans la continuité du Pacte de refondation des urgences. Elle porte notamment sur :

- la mise en visibilité de l'offre de SNP existante accessible lorsque le médecin traitant n'est pas disponible, par une cartographie en ligne sur santé.fr,
- des campagnes de communication sur les bons réflexes en cas de besoin de SNP (1- recours au médecin traitant / 2- Cartographie SNP / 3- Appel au 15 avant d'aller aux urgences),
- la mise en place du service d'accès aux soins (SAS),
- ou encore le renforcement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA).

En parallèle de ces chantiers nationaux, les ARS sont encouragées à mener des actions locales sur la base de diagnostics territorialisés des besoins en SNP.

Pour les aider à déployer ces plans d'action et évaluer les résultats obtenus, un outil, élaboré par l'ARS PACA, permet depuis 2022 de calculer, pour toutes les communes et territoires de CPTS de France, les passages aux urgences qui auraient pu être pris en charge en ville à l'aide d'un indicateur appelé « passages relevant potentiellement de la ville » (PRPV). Cette donnée permet de cibler les efforts des acteurs concernant l'amont des urgences sur les zones où l'indicateur est le plus élevé. Pour ce faire, l'outil présente un **nombre annuel de PRPV en se basant pour cela sur les diagnostics réalisés aux urgences, ainsi qu'un taux rapporté à la population du territoire. Plusieurs typologies de PRPV sont proposées dont les PRPV relatifs à la traumatologie. En regard de ces indicateurs territoriaux PRPV, sont positionnées les offres de SNP de ville, référencées sur la carte des lieux de soins sur santé.fr.**

L'évolution annuelle des PRPV, bien que multifactorielle, constitue un indicateur de résultat de l'efficacité de la politique publique d'accès aux soins non programmés dans son ensemble. Parmi ses mesures phares, **la généralisation du SAS en 2024** constitue un jalon important, dont les effets devront se matérialiser par une baisse des PRPV partout sur le territoire national.

Le résultat de ces efforts, ciblés sur les efforts les plus en difficulté, doit être une diminution des PRPV aux différentes échelles, y compris au plan national.

Résultats

L'indicateur est calculé comme le rapport du nombre de PRPV annuel au nombre de passages aux urgences. L'objectif est de diminuer ce pourcentage.

Part des PRPV parmi les RPU (%)					Objectif
2020	2021	2022	2023	2024	Diminution
40,70%	42,40%	42,90%	42,10%	41,40%	

Construction de l'indicateur

Les PRPV sont construits à partir des RPU. La méthodologie mise en place dans le cadre de l'outil PACA et repris depuis par la DGOS permet de quantifier la complexité des passages et de qualifier les passages relevant potentiellement d'une prise en charge en ville par un médecin généraliste.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.9.3. Bénéficiaires de PRADO, le service de retour à domicile

Le service de retour à domicile (PRADO) a été initié par l'assurance maladie en 2010 pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital – ville. Il consiste à organiser la sortie du patient après une hospitalisation. En pratique, un conseiller de l'assurance maladie (CAM) rencontre le patient, déclaré éligible par l'équipe médicale hospitalière, pendant son hospitalisation. Il lui propose de le mettre en relation avec son médecin traitant et les professionnels de santé de son choix qui le prendront en charge à son retour à domicile dès que l'hospitalisation n'est plus jugée nécessaire par l'équipe soignante. L'objectif est de proposer aux assurés, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, les conditions optimales de suivi au moment du retour à domicile après hospitalisation.

Finalité Initialement, le service a été déployé sur les sorties de maternité à partir de 2010, puis a été étendu aux interventions de chirurgie orthopédique à partir de 2012. En 2016, le service a été généralisé à l'ensemble de la chirurgie. Depuis 2013, il est également proposé aux patients atteints de pathologies chroniques : d'abord pour l'insuffisance cardiaque (IC), puis en 2015 pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). En 2017, deux expérimentations ont été lancées : l'une à destination des patients hospitalisés pour accident vasculaire cérébral (AVC) et l'autre à destination des personnes de 75 ans et plus. Ces deux volets ont été généralisés en 2020. Actuellement six volets sont donc généralisés : maternité, chirurgie, IC, BPCO ; AVC et personnes âgées.

Dans le contexte de la Covid 19, les conseillers de l'Assurance maladie ont accompagné la sortie de patients Covid après leur hospitalisation en MCO et en SSR (près de 8 000 patients concernés en 2021). Ils ont également été affectés aux plateformes de contact tracing et à la mission « d'aller vers » pour la vaccination Covid. Cette activité a été priorisée compte tenu de l'importance de l'épidémie.

L'Assurance Maladie entend désormais recentrer en priorité le programme vers les patients atteints de pathologies chroniques, notamment dans le champ des maladies cardio-vasculaires et associées et pour les patients en situation de fragilité sur le plan socio-économique, afin d'accompagner les sorties d'hospitalisation les plus complexes. Ce dispositif est susceptible d'évoluer pour s'adapter au mieux aux besoins repérés et à l'offre de soins existante.

Résultats Différents indicateurs sont construits pour chaque volet. Ils sont comparés entre la population qui bénéficie du service PRADO et une population témoin qui n'en a pas bénéficié.

PRADO maternité a concerné plus d'une naissance sur deux jusqu'en 2019. Depuis 2021, ce chiffre a évolué du fait de la priorisation de l'accompagnement des sorties précoces puis de la priorisation des pathologies chroniques et des personnes âgées de plus de 75 ans, en parallèle de l'augmentation des sages-femmes libérales et du déploiement des sages-femmes référentes pour toutes les parturientes. Le Prado était disponible dans près de 270 maternités (57 %). Désormais l'Assurance Maladie mesure le taux de suivi du couple mère enfant par une sage-femme et par un médecin généraliste dans les délais prévus par les référentiels de la HAS.

Sur le plan sanitaire, une évaluation externe réalisée par la société CEMKA avait montré qu'en 2019, après une sortie précoce, le suivi des taux de ré-hospitalisation (mère et enfant) montre un taux inférieur à la population témoin pour la mère (à 0,42 % vs 0,49 %, $p = 0,0124$) et pour l'enfant (à 0,95 % vs 1,12 %, $p < 0,0001$) dans les 7 jours qui suivent le retour à domicile.

Ce volet diminue régulièrement au fur et à mesure que le suivi ambulatoire des mères progresse, avec le déploiement en particulier des sages-femmes référentes pour les futures mères au niveau des territoires. Un suivi attentif de l'accès des femmes à ces dispositifs est par ailleurs réalisé alors que le nombre d'adhésions Prado maternité diminue d'année en année.

Pour les volets **PRADO pathologies chroniques (Insuffisance cardiaque, BPCO et AVC)**, l'objectif est de favoriser le respect des recommandations en vigueur pour la prise en charge de la maladie et de diminuer la fréquence des ré-hospitalisations et de décès. Depuis 2016, la généralisation de PRADO IC et BPCO est en cours. En 2025, près de 35 000 adhésions à PRADO IC dans plus de 450 établissements et plus de 9 400 adhésions à PRADO BPCO dans plus de 330 établissements ont été recensées. En 2025, le Prado AVC continue son déploiement avec plus de 16 000 adhésions dans près de 200 établissements (près de la moitié disposant d'une UNV).

Pour **PRADO insuffisance cardiaque**, une étude de suivi de la consommation de soins en 2020 a mis en évidence l'intervention plus précoce du médecin généraliste (9,7 j vs 17,7 j) et de l'infirmier(e) (4,4 j vs 10,9 j) pour les patients PRADO au regard de la population témoin, avec une consultation du cardiologue, réalisée à 33 j. Par ailleurs, le recours aux médicaments recommandés dans le traitement de l'insuffisance cardiaque est plus fréquent chez les patients adhérents à PRADO, en particulier pour le taux de recours à la trithérapie (béta-bloquant/diurétique/IEC ou ARA2) (37 % vs 32 %).

L'étude médico-économique issue de l'évaluation externe (EY, PHE, PKCS) du volet insuffisance cardiaque associe des dépenses moyennes pour les patients Prado supérieures de 959 € (8 012 € Prado vs 7 053 € témoin) en lien avec une augmentation de la fréquence des visites chez les professionnels de santé (généraliste et spécialistes) ainsi qu'une augmentation de la fréquence des examens complémentaires et délivrance des médicaments, comme le préconise les recommandations de la HAS et de la Société Française de Cardiologie. Le taux de décès à 6 mois des patients Prado par rapport à la population témoin est significativement inférieur (15,7 % vs 17,5 %).

Pour **PRADO BPCO**, selon les résultats de l'évaluation externe menée par CEMKA de 2020 à 2023, les patients ayant bénéficié du programme ont été significativement plus nombreux que les patients contrôles à avoir eu recours aux professionnels de santé dans l'année qui a suivi l'hospitalisation « index » : médecin généraliste ou médecin traitant à 7 jours (62,4 % chez les cas Prado versus 41,1 % chez les contrôles, $p<0,0001$), pneumologue à 2 mois (40,9 % chez les cas Prado versus 32,9 % chez les contrôles, $p<0,0001$), infirmière libérale à 2 mois (88,4 % chez les cas Prado versus 66,6 % chez les contrôles, $p<0,0001$), kinésithérapeute à 1 mois (65,5 % chez les cas Prado versus 38,5 % chez les contrôles, $p<0,0001$).

A 6 mois, la dépense moyenne d'un patient Prado BPCO est de 280 € supérieure à celle d'un témoin (14 988 € Prado vs 14 708 € témoin) en lien avec l'augmentation du recours au professionnel de santé recommandé au décours du séjour, bien que les coûts liés à la ré-hospitalisation soient moindres pour Prado.

Pour **PRADO Chirurgie**, près de 44 000 patients ont pu bénéficier du dispositif en 2025. Le service est généralisé à l'ensemble du territoire et plus de 500 établissements le proposent (soit dans plus de 2/3 des établissements cible). Depuis 2016, le service est étendu à tout type de chirurgie et une action « fragilité osseuse » peut être proposée dans le cadre de PRADO chirurgie orthopédique. Les résultats de l'évaluation externe (EY, PHE, PKCS) de ce volet conduite en 2020 ont permis de calculer une dépense moyenne inférieure de 217 € par patient Prado (2 268 € Prado vs 2 485 € témoin) en lien avec une baisse des coûts liée au passage en soins de suite et de réadaptation (SSR).

Pour **PRADO Personnes Agées**, plus de 24 000 patients de 75 ans et plus ont été accompagnés par le programme en 2025. Ces adhésions sont réalisées dans plus de 430 établissements France entière.

Tableau 1 • Adhésion des établissements au dispositif et taux d'acceptation des patients

		Indicateurs	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Maternité (Sortie Standard et Sortie Précoce)	Sortie Précoce	Objectif initial d'adhésions	435 000	-	-	-	-	-	-	-	-
		Nombre d'adhésions	434 167	453 485	402 695	201 068	102 379	61 600	41 926	25 229	16 226
		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	92%	94%	94%	93%	92%	90%	91%	90%	80%
		Objectif initial d'adhésions	35 000	60 412	95 927	-	-	-	-	-	-
		Nombre d'adhésions	42 953	86 314	126 827	96 525	67 984	45 445	26 978	13 336	5 791
		Taux d'acceptation (1)	100%	100%	100%	100%	100%	91%	89%	90%	86%
Chirurgie		Objectif initial d'adhésions	45 000	68 909	80 687	Pathologies chroniques, chirurgie et personnes âgées: 113 983	Pathologies chroniques, chirurgie et personnes âgées: 60 010	Pathologies chroniques, chirurgie et personnes âgées: 113 983	-	-	-
		Nombre d'adhésions	56 710	69 392	82 325	50 391	59 350	78 565	78 776	60 585	43 947
		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	94%	92%	91%	94%	92%	90%	88%	86%	91%
		Objectif initial d'adhésions	20 000	22 753	27 519	-	-	-	-	-	60 000
Pathologies chroniques	Insuffisance cardiaque	Nombre d'adhésions	11 901	19 667	25 521	16 638	21 223	33 526	42 675	51 836	60 445
		Nombre d'adhésions	10 223	14 865	18 075	11 320	13 423	19 564	24 355	29 579	34 984
		Nombre d'adhésions	2 845	4 802	5 978	2 966	3 109	4 871	6 099	8 367	9 415
	BPCO	Taux d'acceptation ⁽¹⁾	96%	97%	96%	98%	97%	97%	98%	97%	97%
		Objectif initial d'adhésions	-	Phase d'expérimentation	1 000	-	-	-	-	-	-
	AVC	Nombre d'adhésions	-	-	1 468	2 352	4 691	9 091	12 221	13 890	16 046
		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	-	-	ND	97%	96%	96%	96%	98%	98%
		Objectif initial d'adhésions	-	Phase d'expérimentation	5 000	-	-	-	-	-	-
Personnes Agées		Nombre d'adhésions	-	-	3 138	3 429	7 087	14 741	19 909	23 329	24 308
		Taux d'acceptation ⁽¹⁾	-	-	ND	98%	98%	98%	98%	98%	97%

Sources : données Outils-multi Volets (OMV), 2017 à 2021, PradoConnect 2022 à 2023, SNDS 2024-2025
DGOS/DAS/DPPC

Construction des indicateurs Les patients ayant bénéficié de PRADO sont identifiés dans le SNDS à partir de leur identifiant anonyme, et comparés à une population témoin. Sont ensuite étudiées leurs hospitalisations dans le PMSI MCO, puis leur consommation de soins de ville dans le DCIR, ainsi que leurs consultations externes en établissement public dans le PMSI.

La population témoin est sélectionnée dans le PMSI MCO :

- sur les critères d'éligibilité à PRADO (actes CCAM au cours du séjour pour la chirurgie/ GHM pour la maternité/ diagnostic principal pour IC et BPCO) ;
- parmi les patients hospitalisés en MCO n'ayant pas participé à PRADO.

Elle est appariée sur des critères pertinents (âge, sexe, sévérité, [...]). Pour que les deux populations (témoin et PRADO) soient comparables, seuls les patients remplissant les critères d'éligibilité – définis pour chaque volet – sont étudiés dans la population des patients ayant bénéficié de PRADO. En effet, certains patients ne répondant pas strictement aux critères d'éligibilité intègrent le service sur décision médicale.

Ces deux populations sont comparées afin d'évaluer les effets du service sur le recours aux soins et sur les objectifs en termes de santé publique. L'évaluation est faite sur 6 mois après la sortie de MCO, et éventuellement sur des périodes intermédiaires en fonction de l'existence de recommandations ou préconisations.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.9.4. Simplifier le parcours santé des usagers et les échanges avec les professionnels de santé avec le déploiement de Mon espace santé

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

« Mon espace santé » est un carnet de santé numérique pour toute la population, qui comprend 4 fonctionnalités socles :

- Le dossier médical (issu du dossier médical partagé créé en 2016) ;
- Une messagerie sécurisée de santé permettant des échanges sécurisés entre professionnels de santé et patients (s'appuyant sur le système MSSanté préexistant et permettant déjà les échanges entre professionnels de santé),
- Un agenda de santé,
- Un catalogue d'applications référencées.

Lancé en 2022, le catalogue de services de Mon espace santé couvre des applications à destination des usagers pour des usages variés. Il permet à chacun d'identifier des outils utiles, fiables et de confiance pour faciliter le suivi de sa santé et faciliter son parcours de soins. Le catalogue de services de Mon espace santé regroupe aujourd'hui 45 applications mobiles et sites web, gratuits ou payants, développés par des acteurs publics ou privés. La première application tierce avec échanges de données a été référencée et autorisée à alimenter des données de glycémie dans Mon espace santé en septembre 2025.

Mon espace santé est un coffre-fort numérique qui permet aux usagers de stocker ses documents de santé en toute sécurité, depuis 2025 c'est également un outil d'appui à la prévention. A ce titre, l'agenda de « Mon espace santé » regroupe l'ensemble des examens de dépistage, des vaccinations obligatoires ou recommandées avec des rappels à leur approche pour penser à prendre rendez-vous.

Quatre ans après son lancement, Mon espace santé propose à ses utilisateurs un ensemble complet et varié de fonctionnalités qui facilitent le suivi de leur santé au quotidien. Au 1 janvier 2026, 24,2 millions de profils ont été activés, soit plus d'un assuré sur trois parmi les 69,4 millions de comptes « Mon espace santé » ouverts. Le taux d'opposition des assurés à la création de cet espace est inférieur à 1,6 %. En termes d'usage, 7,8 millions d'usagers ont téléchargé l'application mobile et près de la moitié des usagers y reviennent chaque mois.

Résultats Fin juin 2021, la création des DMP a été stoppée de manière à préparer l'arrivée de « Mon espace santé » avec le principe de création automatique sauf opposition (opt-out).

Les premiers effets du déploiement des logiciels référencés Ségur se sont concrétisés à partir de fin 2023 avec une croissance continue du rythme des alimentations de « Mon espace santé ».

La grande majorité des professionnels alimente aujourd'hui le DMP en routine :

- 2 médecins de ville sur 3 versent des documents ;
- 90% des établissements de santé y transmettent des documents, avec notamment 2 lettres de liaison sur 3 qui sont ainsi envoyées systématiquement ;
- près de 40% des comptes rendus d'examen de biologie et d'imagerie y sont déposés ;
- 75% des vaccinations effectuées par les pharmaciens y sont renseignées

(cf. *tableau 1 et graphique 1*).

Le nombre de consultations de « Mon espace santé » a triplé entre le début de l'année 2024 et la fin de l'année 2025, conjointement au doublement du nombre de documents alimentés de cet espace par les professionnels de santé (cf. *respectivement les tableaux 2 et 1*).

En outre des indicateurs d'usage sur l'alimentation du DMP sont intégrés aux dispositifs d'incitation mis en place dans les conventions négociées avec les syndicats de professionnels de santé (convention médicale de 2016, accord national avec les centres de santé, convention nationale avec les pharmaciens). C'est encore le cas dans la nouvelle convention médicale avec la dotation numérique (DONUM), qui remplace le forfait structure à partir de 2026.

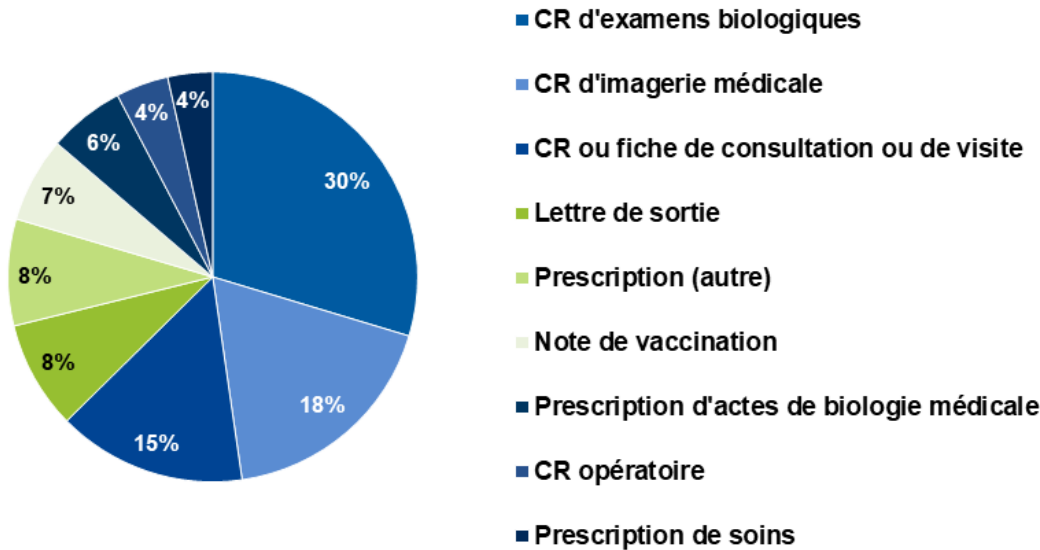
Concernant le développement de la prévention dans Mon espace santé, au cours de l'année 2025, le produit a été enrichi de messages de prévention personnalisés : conseils ciblés en fonction de l'âge, du sexe et des habitudes de vie ; d'un parcours de suivi de grossesse pour mieux guider et informer les futures mères (80 000 futures mamans ont initié leur parcours) ; et d'une amélioration continue du carnet de santé de l'enfant.

Tableau 1 • Nombre d'alimentation de « Mon espace santé » par les professionnels de santé, en 2025, en millions

	Nombre de DMP alimentés			Nombre de Documents alimentés		
	déc-25	févr-24	Evolution	déc-25	févr-24	Evolution
Tous secteurs d'activité hors Patients	42,2	29,8	41,8%	424,8	179,2	137,1%
Tous secteurs d'activité hors Patients et SI-DEP	42,2	29,6	42,3%	424,5	178,8	137,4%
Professionnels libéraux	31,3	19,2	62,9%	131,4	55,7	136,0%
Médecins	27,3	18,1	51,0%	116,0	52,7	120,3%
Centres de Santé	0,4	0,1	264,1%	1,1	0,3	333,4%
Etablissements sociaux et médico-sociaux	0,4	0,1	364,3%	5,1	1,2	329,2%
Etablissements sanitaires	17,6	11,8	48,9%	101,4	55,4	83,0%
Etablissements sanitaires hors SI-DEP	17,6	11,6	51,9%	101,4	55,0	84,3%
Laboratoires de biologie médicale	14,0	8,7	59,7%	174,6	63,9	173,3%

Source : Cnam/DIONIS
Valeurs sur les 12 derniers mois glissants
Note de lecture : Entre février 2024 et décembre 2025, le nombre de DMP alimentés par les professionnels de santé, tous secteurs d'activité, au cours des 12 mois précédents a augmenté de 41,8 % et le nombre de documents alimentés a progressé de 137,1%.

Graphique 1 • Top 10 des alimentations de Mon espace santé par type de document, en 2025



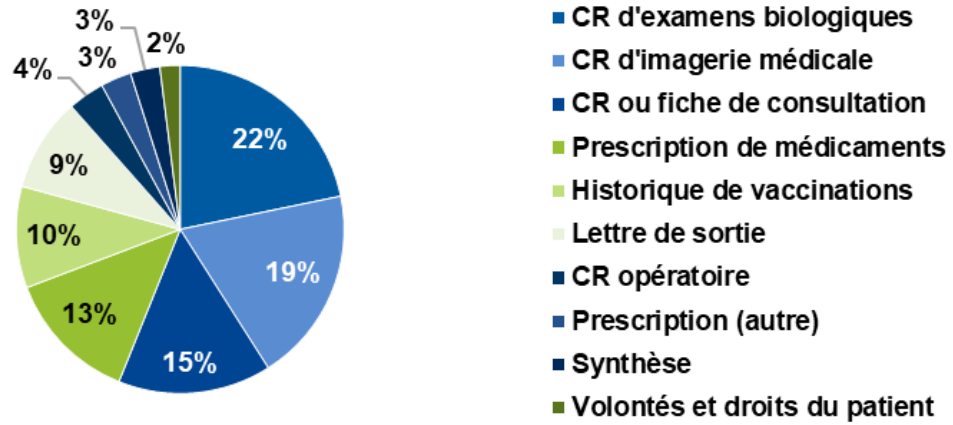
Source : Cnam/DIONIS , Valeurs sur les 12 derniers mois glissants au 31/12/2025
Note de lecture : sur l'année 2025, 30% des documents alimentés dans MES DMP sont des compte-rendu d'examen de biologie.

Tableau 2 • Nombre de consultations de « Mon espace santé » en 2025, en milliers

	Nombre de DMP consultés			Nombre de Documents consultés		
	déc-25	févr-24	Evolution	déc-25	févr-24	Evolution
Tous secteurs d'activité hors Patients	2 981,8	784,9	279,9%	7 466,5	1 620,1	360,9%
Professionnels libéraux	2 726,6	742,7	267,1%	6 755,3	1 533,9	340,4%
Médecins	2 383,9	718,1	232,0%	6 154,8	1 491,9	312,6%
Centres de Santé	55,8	6,5	755,2%	148,5	15,8	837,2%
Etablissements sociaux et médico-sociaux	21,8	2,9	660,0%	66,5	6,2	977,8%
Etablissements sanitaires	132,4	11,8	1017,3%	435,9	33,1	1216,6%
Laboratoires de biologie médicale	1,0	0,5	101,6%	2,6	1,0	153,4%

Source : Cnam/DIONIS
Valeurs sur les 12 derniers mois glissants
Note de lecture : Entre février 2024 et décembre 2025, le nombre de DMP consultés par les professionnels de santé, tous secteurs d'activité, au cours des 12 mois précédents, a augmenté de 279,9 % et le nombre de documents consultés a progressé de 360,9%.

Graphique 2 • Type de documents consultés, en 2025, par les professionnels de santé sur « Mon espace santé »



Source : Cnam/DIONIS

Champ : tous secteurs d'activité, hors patients sur les 12 derniers mois

Note de lecture : sur l'année 2025, 22% des documents alimentés dans MES DMP sont des compte-rendu d'examens de biologie médicale.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.9.5. Développer l'exercice coordonné en ville (maisons, centres de santé et CPTS)

Finalité L'exercice coordonné des soins vise au regroupement des acteurs de la santé aux seins d'organisations (communautés professionnelles territoriales de santé, CPTS) et/ou de structures (maisons et centres de santé), permettant ainsi les prises en charge coordonnées pluriprofessionnelles (successives ou conjointes).

Il vise à répondre à deux enjeux. D'une part, garantir l'accessibilité aux soins à tous, notamment dans un contexte de vieillissement de la population, en faisant de l'exercice isolé une exception en 2023, en doublant le nombre de maisons de santé et centres de santé pluriprofessionnels et en affichant un objectif de couverture en CPTS à **100 % de la population d'ici la fin de l'année 2024**. D'autre part, améliorer la qualité des prises en charge médico-soignantes en ville et renforcer l'intérêt des médecins pour les soins de premiers recours et les zones moins attractives. Il améliore de façon prouvée les prises en charge (vaccination, diabète, obésité, maladies cardio-vasculaires) ; permet une diminution de la consommation de soins (jusqu'à -2,3 %) et est un facteur d'attractivité pour les jeunes médecins. Il permet des files actives majorées de 13 à 15 % par rapport à un exercice isolé.

Afin de remplir au mieux ces enjeux, l'ordonnance publiée le 12 mai 2021 a permis d'apporter des réponses aux besoins des professionnels afin d'**adapter le modèle juridique et fiscal des CPTS et des MSP**. Un processus accélérateur a été lancé pour accompagner le déploiement des CPTS et augmenter le nombre de signataires de l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI). Parallèlement, des aides à la création de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ont été mises en place, portées par les collectivités, les ARS et les CPAM, afin de soutenir leur développement. L'objectif est d'atteindre, d'ici 2027, 4 000 MSP et 700 centres de santé sur l'ensemble du territoire.

Résultats Au 31 décembre 2025, on recense **2 981 MSP** (cf carte 1) et **729 Centres de santé** (cf carte 2).

En décembre 2025, on recense **829 CPTS** tous niveaux de maturité confondus (c'est-à-dire ayant au moins un des trois niveaux de formalisation – lettre d'intention validée, projet de santé validé ou contrat ACI signé), couvrant ainsi **92,6 %** de la population. **738** d'entre elles avaient signé leur ACI.(cf. tableau 1)

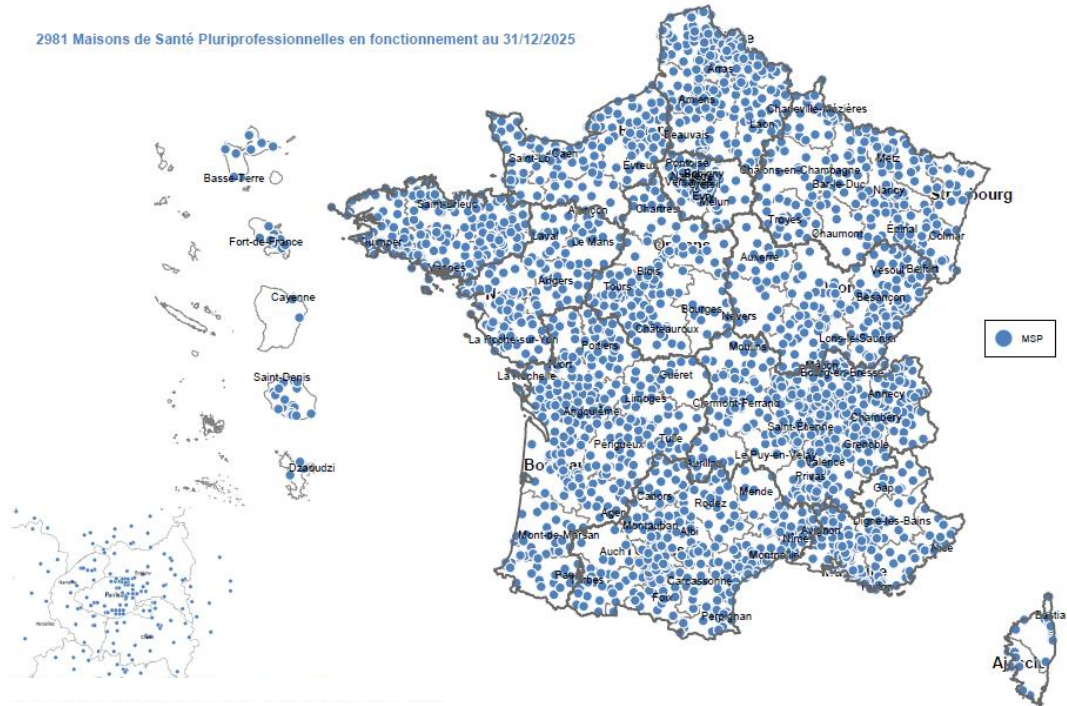
Tableau 1 • Niveau de maturité des CPTS et couverture du territoire en décembre 2025

Statut	Nb CPTS	Couverture*
CPTS en fonctionnement (Contrat ACI signé)	738	85,9%
CPTS prochainement en fonctionnement (Projet de santé validé)	25	1,9%
CPTS en cours de création (Lettre d'intention validée)	66	4,8%

Source : DGOS

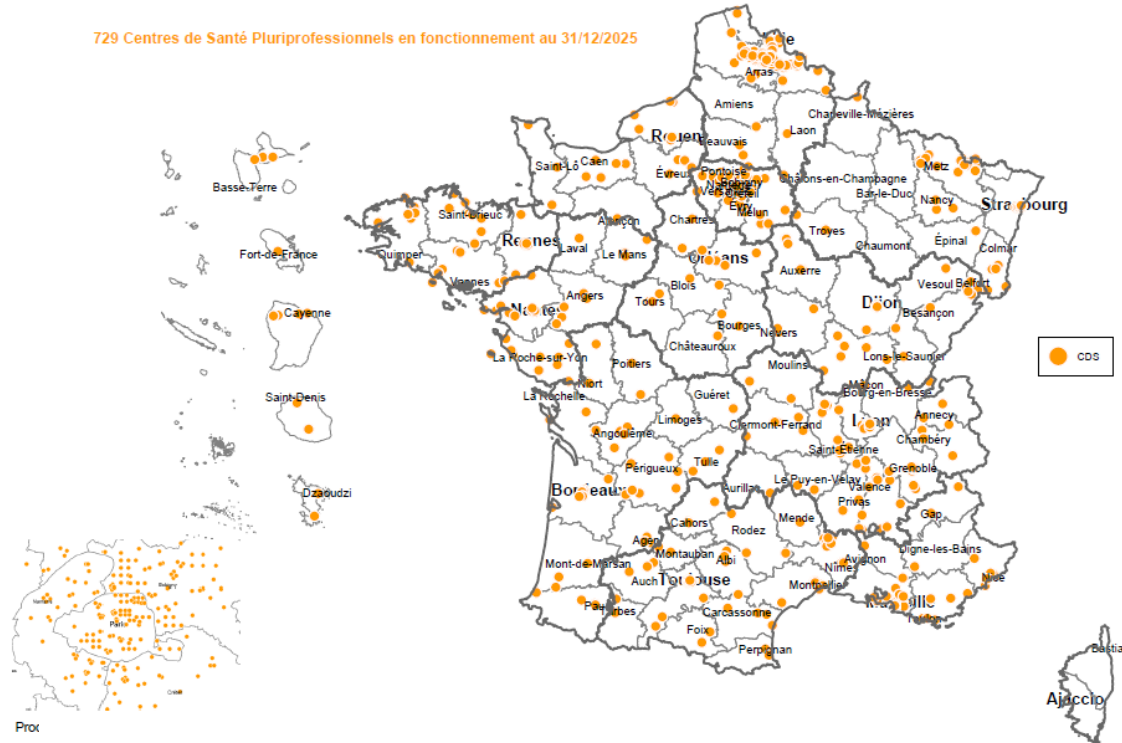
*Part de la population couverte par une CPTS avec ACI signée

Carte 1 • Maisons de santé pluriprofessionnelles en fonctionnement au 31 décembre 2025

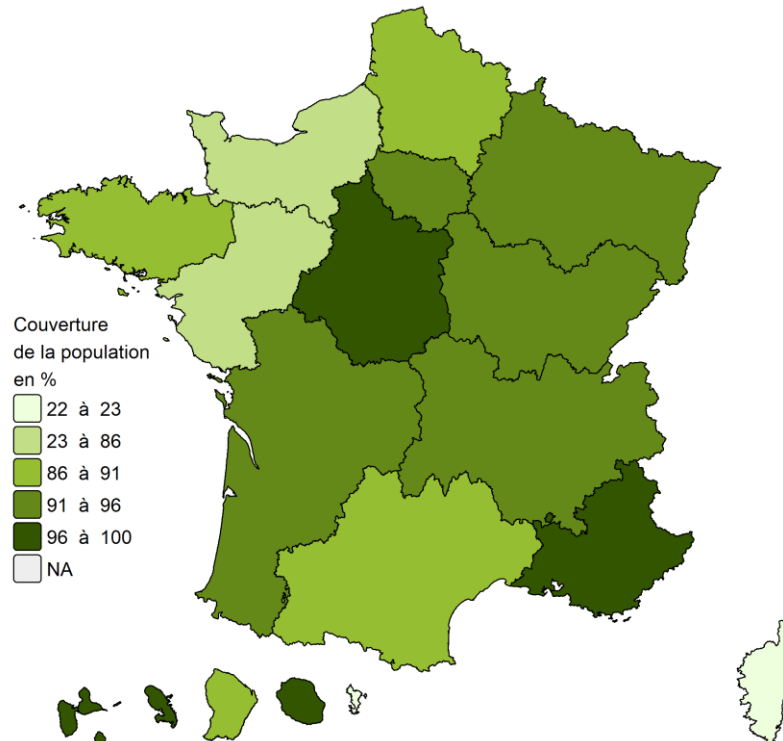


Source : ATIH/observatoire des recompositions/retraitement DGOS
Champ : France entière

Carte 2 • Centres de santé pluriprofessionnels en fonctionnement au 31 décembre 2025



Carte 3 • Communautés Professionnelles Territoriales de Santé au 31 décembre 2025



Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.10. Améliorer la qualité des soins

2.10.1. Etablissements certifiés par la Haute Autorité de Santé

Finalité La certification pour la qualité des soins : cet indicateur vise à s’assurer que les établissements de santé français soient pleinement engagés dans une démarche d’amélioration et d’évaluation de la qualité des soins. Une évaluation indépendante obligatoire de certification est conduite en France depuis plus de 20 ans par la Haute autorité de santé à partir de critères nationaux (cf. *construction de l’indicateur*). Le 5^e cycle de la certification des établissements de santé pour la qualité et la sécurité des soins a été lancé en 2021 (5^e cycle : 2021-2025).

Les 3 ambitions pour le développement du dispositif de certification de ce 5^e cycle étaient :

- Médicaliser : évaluer les résultats obtenus au plus près du patient avec une culture davantage axée sur les résultats pour le patient ;
- Simplifier la démarche de certification pour la qualité et la sécurité des soins en étant au plus proche des pratiques des professionnels de soins ;
- S’adapter aux évolutions de l’offre de soins des territoires, de la société, des technologies et des bonnes pratiques.

Le barème des niveaux de certification du 5e cycle de certification est détaillé dans le tableau 1 ci-après.

Tableau 1 • Barème des niveaux de certification du 5^e cycle de certification

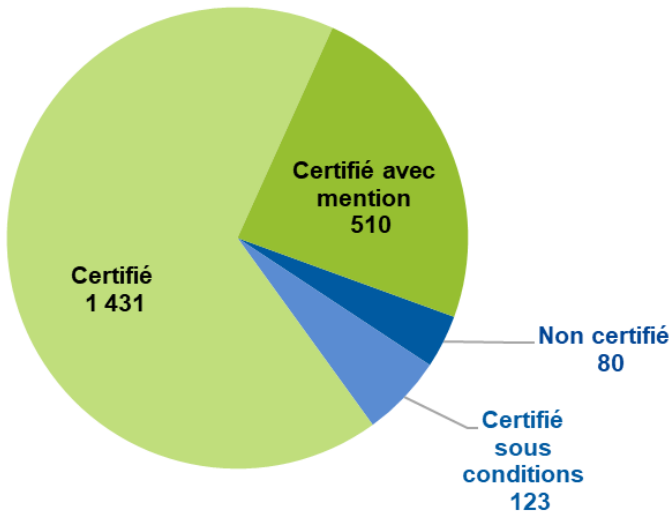
Appréciation	Impact et suivi des décisions
Certification avec mention « Haute Qualité des soins »	L'établissement est certifié. La HAS l'encourage à poursuivre la dynamique engagée
Certification	
Certification sous condition	L'établissement n'est pas certifié. Il ne le sera que s'il en œuvre les améliorations attendues dans un délai d'un an
Non-certification	La HAS prononce une décision de non-certification dans le cas où un établissement de santé présente des manquements en termes de qualité et de sécurité

Résultats

Au 31 décembre 2025, 2 144 établissements de santé engagés dans une démarche de certification dans le cadre du 5^e cycle, disposaient de leur niveau de certification, à la suite de la visite au sein de leur établissement. La répartition des décisions pour ces établissements est la suivante (cf. Graphique 1) :

- 1 941 (90 %) sont certifiés, dont 510 (24%) avec la mention « Haute Qualité des soins » ;
- 123 (6 %) sont certifiés sous conditions ;
- 80 (4 %) sont non certifiés.

Graphique 1 • Répartition des décisions prises au titre du 5^e cycle



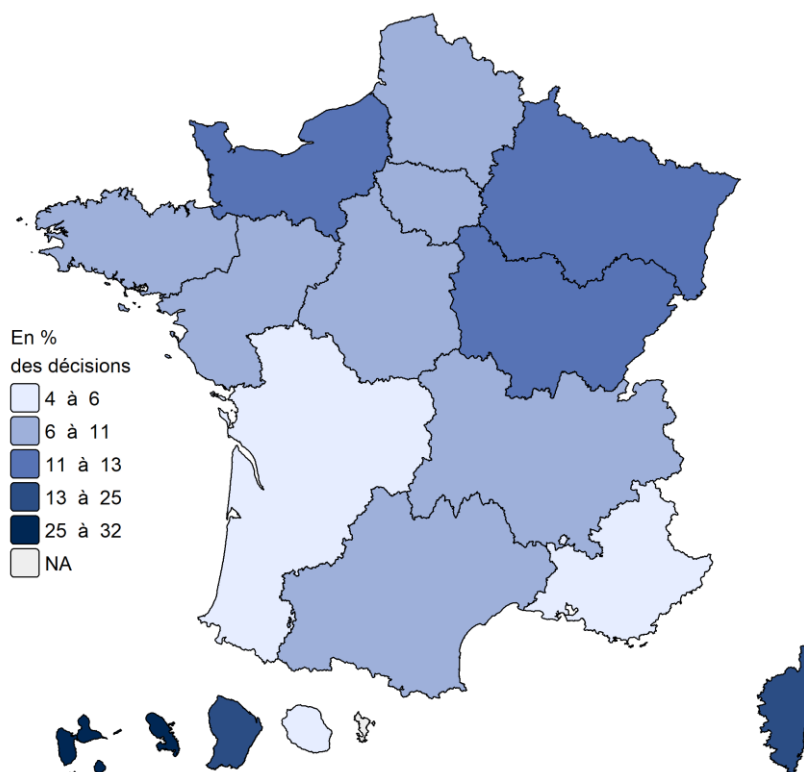
Source : HAS, Données de la certification au 31 décembre 2025.

Avec 90% d’établissements certifiés, la dynamique de ce 5^e cycle centrée sur les résultats et les patients semble être diffusée au sein des établissements de santé.

Zoom

Une hétérogénéité du niveau de qualité et de sécurité des soins est observée au niveau du territoire français au cours du 5^e cycle. Certaines régions comme la Bretagne, la Réunion, l'Occitanie et la Provence-Alpes-Côte d'Azur comportent une majorité d'établissements ayant reçu des décisions certification favorables. Cependant, d'autres régions affichent des taux de non-certification plus élevés que la moyenne nationale : la Corse, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane. Une amélioration notable de la situation de ces régions au cours du cycle, démontre l'effet levier du référentiel de certification.

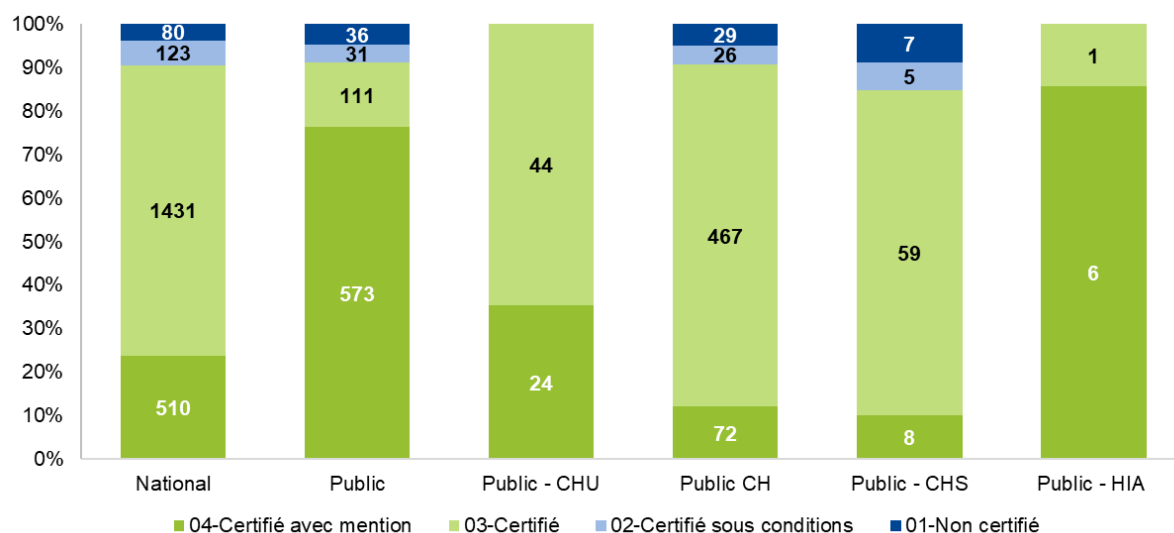
Cartographie 1 • Cartographie des décisions prises au titre du 5^e cycle.



Source : HAS, Données de la certification au 31 décembre 2025.

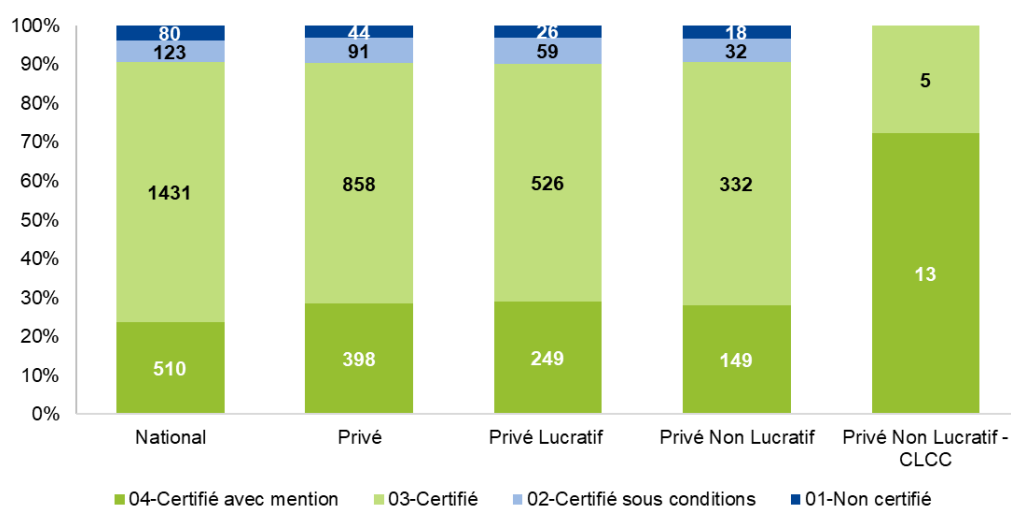
Des disparités du niveau de certification sont observées selon le type d'établissement : les centres hospitaliers et centres de lutte contre le cancer obtiennent des meilleurs résultats et sont plus nombreux à obtenir la mention « Haute qualité des soins » que les autres établissements. A fin décembre 2025, un taux de non-certification inférieur au taux national est observé que ce soit pour les établissements publics ou les établissements privés (Graphiques 2 et 3).

Graphique 2 • Répartition des niveaux de décision de certification des établissements publics de santé



Source : HAS, Données de la certification au 31 décembre 2025.

Graphique 3 • Répartition des niveaux de décision de certification des établissements privés de santé



Source : HAS, Données de la certification au 31 décembre 2025.

Au titre du 5^e cycle, on comptabilisait 363 établissements de santé certifiés sous conditions en première visite et 246 établissements pour lesquels une seconde visite a été réalisée pendant le 5^e cycle. Près de 85% de ces établissements ont mis en œuvre une dynamique d'amélioration leur permettant d'obtenir, à la suite de la deuxième visite, une certification simple voire une certification avec mention (respectivement 173 et 35 établissements de santé).

Une seconde visite a pu être réalisée dans le cadre du 5^e cycle pour 26% des établissements non certifiés en première visite. Les premiers résultats semblent encourageants mais devront être ré-évalués lorsque l'ensemble des résultats seront disponibles.

Construction de l'indicateur Le premier cycle de la certification incitait à la mise en œuvre de démarches qualité et au développement d'une culture de l'évaluation dans les établissements de santé. Le deuxième cycle, compte tenu de la maturité progressivement acquise par les établissements, intègre l'évaluation des pratiques professionnelles. Le troisième cycle a été pensée et développée pour permettre une certification plus continue et efficiente. Elle intègre la notion de pratiques exigibles prioritaires et tient compte du résultat des indicateurs généralisés par la HAS. Son objectif est d'apporter une réponse pertinente et équilibrée aux attentes des usagers, des professionnels de santé et des pouvoirs publics. Le quatrième cycle (V2014) porte l'approche de la démarche qualité par la gestion des risques et introduit de nouvelles méthodes d'évaluation (patient traceur et audit système) et de suivi des risques (compte-qualité). Pour le 5^e cycle, la HAS a fixé trois ambitions : médicaliser et mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge du patient ; simplifier la démarche ; valoriser l'insertion territoriale des établissements de santé et la construction de parcours de soins. Par ailleurs, la certification se fixe 4 enjeux : l'engagement des patients, la culture de l'évaluation de la pertinence et du résultat, le travail en équipe et l'adaptation aux évolutions du système de santé.

Dès septembre 2025, la HAS engagera un 6^e cycle de certification qui s'inscrit dans la continuité du 5^e. Le 6^e cycle de la certification prendra appui sur référentiel optimisé qui vise 3 ambitions : renforcer les exigences sur des enjeux clés, s'adapter aux priorités de santé publique et faire du patient un partenaire des professionnels de santé pour sa prise en charge individuelle et à l'échelon collectif pour les structures de soins.

Précisions méthodologiques Tous les établissements de santé publics et privés sont obligatoirement soumis à la procédure de certification. Dans la grande majorité des cas, une visite correspond à une entité juridique, donc à un établissement. Dans quelques cas (AP-HP, Hospices civils de Lyon, etc.), les établissements peuvent préférer, compte tenu de leur taille et de la diversité de leurs activités, entrer dans la procédure par site géographique ou par groupements. De même, quand des fusions entre établissements sont envisagées à court terme entre deux établissements, ces derniers peuvent faire le choix d'entrer ensemble dans la procédure et de bénéficier d'une visite commune.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : HAS

2.10.2. Atteinte par les médecins traitants des objectifs de santé publique

Finalité Mise en place au 1^{er} janvier 2012, la Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) a été reconduite avec de nombreuses évolutions dans la convention signée en 2016. L'objectif est de renforcer la pertinence du dispositif et de continuer à améliorer la qualité des pratiques médicales en actualisant les indicateurs de bonnes pratiques en matière de santé publique au regard des référentiels en vigueur.

Pour la ROSP Médecin traitant de l'adulte, 17 indicateurs ont été introduits en 2016, 4 ont été sensiblement modifiés et 8 ont été reconduits de l'ancienne convention. La partie de la ROSP antérieurement consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au forfait structure¹ et au forfait patientèle². La nouvelle ROSP se recentre donc sur l'amélioration de la qualité des soins et des pratiques en matière de santé publique.

À partir du 1^{er} janvier 2026, un nouveau forfait médecin traitant (FMT) unique, annuel et s'appuyant sur une logique individualisée par patient, se substitue à la ROSP et au FPMT (forfait patientèle médecin traitant). Issue de la convention médicale 2024, la refonte des rémunérations forfaitaires vise à les simplifier, les revaloriser et les renforcer, afin de conforter le rôle-clé des médecins traitants dans le suivi préventif et la prise en charge de leur patientèle.

Précisions sur le dispositif de la ROSP en 2025 Les indicateurs et les objectifs sont déterminés en cohérence avec les objectifs de santé publique et tiennent compte des avis, référentiels et recommandations des autorités sanitaires (HAS, ANSM) et des recommandations internationales.

Le dispositif de la ROSP repose sur le suivi de 29 indicateurs couvrant trois volets :

1. Le suivi des pathologies chroniques : 8 indicateurs dont 2 déclaratifs,
2. La prévention : 12 indicateurs dont 2 déclaratifs,
3. L'optimisation et l'efficacité des prescriptions : 9 indicateurs.

Pour ces indicateurs, la rémunération est modulée selon le volume de la patientèle et tient compte à la fois de la progression et de l'atteinte des objectifs. Chaque indicateur est indépendant. Les médecins perçoivent une rémunération correspondant à leur progression vers l'objectif cible.

Une majorité d'indicateurs de la ROSP s'orientent à la hausse pour l'année 2025, traduisant ainsi une amélioration globale des objectifs de santé publique suivis et l'investissement des médecins dans ce domaine.

Les résultats 2025 présentent cependant des évolutions contrastées avec des indicateurs en progrès notamment pour la vaccination grippe, les dépistages de la maladie rénale chronique chez les patients diabétiques et hypertendus et l'antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD tandis que d'autres sont en recul comme la surveillance d'un traitement par anti vitamine K, la prévention du cancer du col de l'utérus et l'indicateur sur l'ézétimibe.

Résultats Les tableaux suivants retracent pour chaque volet, l'évolution des indicateurs au regard des objectifs fixés, en considérant simultanément la convention de 2011 et celle de 2016.

Le suivi des pathologies chroniques

Concernant le suivi du diabète, deux des trois indicateurs sont en hausse par rapport à l'an dernier, +0,9 point sur le fond d'œil et +2,4 points sur le dépistage de la maladie rénale chronique chez le diabétique. L'indicateur relatif aux dosages d'HbA1c est stable par rapport à 2024.

L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus progresse à nouveau (+2,0 points) : 54% des PS dépassent l'objectif cible.

Sur le suivi des patients à risque cardio-vasculaire, la prévention secondaire du risque cardio-vasculaire progresse de +0,2 point (patients avec antécédent de maladie coronaire ou AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2) tandis que la surveillance des traitements par anti vitamine K continue de baisser (-2,6 points).

¹ Le forfait « structure », créé lors de la convention médicale 2016, vient remplacer les précédents indicateurs de la ROSP qui portaient sur l'organisation du cabinet, et constitue désormais une rémunération forfaitaire à part entière, indépendante de la ROSP, qui peut être versée à tout médecin libéral.

² Le forfait « patientèle médecin traitant » (« FPMT »), lui aussi défini lors de la convention médicale 2016, se substitue aux différentes rémunérations forfaitaires versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (MPA, FMT, RMT). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP.

Tableau 1 • Suivi des pathologies chroniques – évolution des indicateurs

Suivi des pathologies chroniques	Indicateurs	2011	2016	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectifs inter-médiaires	Objectifs cibles	PS au dessus de l'objectif cible en 2025
Hémoglobine glyquée HbA1c	Part des patients diabétiques ayant eu au moins 2 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	45,9%	55,1%	79,0%	78,7%	79,4%	79,7%	76,9%	78,9%	78,4%	80,7%	81,1%	81,2%	74%	92%	23%
Suivi ophtalmologique	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation d'ophtalmologie ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre	61,3%	62,7%	62,9%	62,0%	65,8%	68,1%	67,0%	67,0%	68,6%	70,5%	72,2%	73,1%	61%	76%	45%
Dépistage maladie rénale chronique chez le patient diabétique	Part des patients MT de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire			31,0%	34,9%	40,9%	43,4%	42,5%	42,2%	43,3%	45,7%	47,3%	49,7%	21%	59%	41%
Dépistage maladie rénale chronique chez le patient hypertendu	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie ou de microalbuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire			7,0%	9,0%	22,3%	24,8%	24,6%	25,4%	27,4%	29,9%	31,6%	33,6%	10%	28%	54%
Prévention secondaire du risque cardio-vasculaire	Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2			44,2%	43,6%	43,7%	43,9%	44,1%	44,9%	45,8%	46,2%	46,6%	46,8%	38%	56%	18%
Surveillance d'un traitement par anti vitamine K	Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins autant de dosages de l'INR dans l'année que de délivrance d'AVK			79,0%	80,2%	85,5%	84,1%	80,4%	79,8%	77,5%	76,3%	74,8%	72,3%	80%	96%	13%

Champ : médecins éligibles, actifs et conventionnés. Résultats à fin décembre de chaque année.

Note de lecture : en 2025, l'objectif intermédiaire de 61% concernant le suivi ophtalmologique a été atteint en moyenne et 45 % des professionnels de santé dépasse même l'objectif cible de 76 %.

[Violet] Changement de définition entraînant une modification de formule de calcul

La prévention

Les deux indicateurs de vaccination grippe sont très bien orientés avec une hausse de 5 points par rapport à l'an dernier.

Parmi les trois indicateurs de prévention du cancer, le dépistage du cancer du colorectal évolue favorablement (+2,4 points), le dépistage du cancer du sein est stable, tandis que le dépistage du cancer du col baisse de 2,1 points.

Les indicateurs de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse sont stables par rapport à l'an passé.

Sur l'antibiothérapie (indicateurs décroissants), l'indicateur d'antibiothérapie chez les 16-65 sans ALD baisse de 4,8 points tandis que celui sur l'antibiorésistance est en hausse de 1,6 point.

Tableau 2 • Prévention – évolution des indicateurs

Prévention	Indicateurs	2011	2016	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectifs inter-médiaires	Objectifs cibles	PS au dessus de l'objectif cible en 2025
Grippe 65 ans et +	Part des patients 65 ans et plus vaccinés contre la grippe saisonnière	57,8%	52,7%	52,9%	52,9%	55,3%	56,4%	64,2%	61,2%	60,1%	56,1%	54,3%	59,3%	49%	61%	47%
Vaccination antigrippale du sujet à risque	Part des patients de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	35,4%	33,7%	31,2%	31,2%	33,3%	34,9%	40,9%	37,0%	33,6%	28,9%	25,2%	30,3%	27%	42%	11%
Cancer du sein	Part des patientes de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	64,9%	62,3%	67,3%	66,1%	66,4%	66,2%	63,2%	63,4%	64,6%	64,2%	64,5%	64,4%	62%	74%	16%
Cancer du col de l'utérus	Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années	58,7%	55,9%	56,9%	56,8%	56,1%	55,0%	53,4%	53,7%	54,6%	56,2%	53,5%	51,4%	52%	65%	5%
Cancer colorectal	Part des patients de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années			22,9%	29,1%	28,1%	30,8%	30,5%	34,3%	35,6%	35,0%	35,8%	38,2%	26%	55%	8%
Patient âgé sous psychotropes	Part des patients de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins 2 psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) (1)			5,3%	5,0%	4,8%	4,6%	4,5%	4,4%	4,3%	4,2%	4,2%	4,1%	10%	3%	46%
Durée de traitement par benzodiazépines hypnotiques	Part des patients ayant initié un traitement par BZD hypnotiques et dont la durée de traitement est > 4 semaines (1)			41,6%	40,9%	42,4%	41,0%	42,9%	43,7%	43,2%	42,9%	42,9%	42,8%	47%	30%	21%
Durée de traitement par benzodiazépines anxiolytiques	Part des patients ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines (1)			15,1%	15,0%	14,8%	14,3%	15,0%	15,2%	14,4%	14,0%	13,9%	13,6%	19%	9%	24%
Antibiothérapie des 16-65 ans sans ALD	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients de 16 à 65 ans et hors ALD (1)	45,7	38,6	39,5	36,1	35,8	32,9	24,3	23,3	27,2	26,5	27,4	22,7	45%	20%	57%
Antibiorésistance	Part des patients traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique, céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération, fluoroquinolones) (1)			43,2%	39,5%	36,9%	34,7%	34,7%	34,4%	33,2%	31,4%	30,8%	32,3%	52%	32%	58%

Champ : médecins éligibles, actifs et conventionnés. Résultats à fin décembre de chaque année.

(1) Indicateurs à objectifs décroissants

[Violet] Changement de définition entraînant une modification de formule de calcul

L'optimisation et l'efficacité des prescriptions

Les indicateurs de prescription dans le répertoire de statines et d'anti hypertenseurs sont en légère baisse (respectivement -0,8 et -0,3 point) tandis que l'indicateur général de prescription progresse de 0,4 point.

La progression de la prescription de biosimilaires se poursuit pour s'établir à 51,9% de boîtes prescrites (+3,4 points).

Sur l'efficience des prescriptions, l'indicateur sur les hormonémies thyroïdiennes est bien orienté (+2,9 points) tout comme l'indicateur décroissant sur les inhibiteurs de la pompe à protons (-1,9 point).

Seul l'indicateur décroissant sur l'ézétimibe est à nouveau mal orienté (+3,1 points).

Tableau 3 • Optimisation des prescriptions - évolution des indicateurs

Prescriptions	Indicateurs	2011	2016	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectifs inter-médiaires	Objectifs cibles	PS au-dessus de l'objectif cible en 2025
Statines	Part de prescriptions de statines réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	38,2%	71,8%	90,3%	90,7%	98,1%	97,0%	95,4%	93,5%	90,8%	87,6%	95,1%	94,3%	84%	94%	68%
Antihypertenseurs	Part de prescriptions d'antihypertenseurs réalisées sur les molécules disposant d'un générique (en nombre de boîtes) sur les 12 derniers mois	64,1%	83,2%	86,5%	88,5%	92,7%	95,3%	93,3%	94,7%	95,8%	96,0%	97,1%	96,8%	83%	90%	96%
Autres traitements	Indice global de prescription dans le reste du répertoire sur les 12 derniers mois			47,1%	62,2%	62,3%	64,7%	61,0%	59,8%	65,6%	68,0%	68,6%	68,9%	59%	69%	56%
Biosimilaires de l'insuline glargine	Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine sur les 12 derniers mois			0,2%	2,8%	9,1%	19,7%	26,8%	32,6%	38,6%	44,2%	48,5%	51,9%	4%	40%	63%
Traitement par inhibiteurs de la pompe à protons	Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec codéivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS					30,9%	30,1%	30,8%	32,6%	30,8%	29,8%	29,6%	27,7%	38%	17%	28%
Traitement par ézétimibe (1)	Part des boîtes d'ézétimibe parmi les boîtes d'ézétimibe + statine prescrites par le MT à ses patients MT					11,0%	12,0%	13,5%	15,4%	18,2%	21,4%	24,5%	27,6%	13%	4%	4%
AAP	Part des patients traités par aspirine à faible dosage parmi les patients traités par antiagrégants plaquettaires	82,0%	87,2%	87,2%	87,9%	88,4%	88,9%	89,2%	89,7%	90,2%	90,5%	90,8%	91,2%	83%	92%	48%
Traitement par metformine chez le diabétique de type 2	Part des patients diabétiques traités par metformine			80,6%	81,4%	82,3%	83,0%	83,6%	83,6%	81,8%	83,5%	83,3%	83,2%	76%	90%	23%
Hormonémies thyroïdiennes	Part des patients ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH			86,7%	89,1%	90,7%	91,0%	91,1%	91,0%	90,9%	91,1%	92,8%	95,7%	90%	99%	27%

Champ : médecins éligibles, actifs et conventionnés. Résultats à fin décembre de chaque année.

[Violet] Changement de définition entraînant une modification de formule de calcul

Rémunérations versées pour 2025

Au total, 62 303 médecins sont ainsi rémunérés dans le cadre de la ROSP médecin traitant de l'adulte pour un montant total de 280,8 millions d'euros en 2025 (après 272,1 millions pour 62 954 médecins rémunérés en 2024).

Le montant moyen de rémunération augmente ainsi, passant de 5 218 euros en 2024 à 5 383 euros en 2025 pour les médecins généralistes et à exercice particulier.

Construction des indicateurs

Les indicateurs sont calculés à partir des résultats des médecins traitants remontés *via* le système national des données de santé (SNDS) géré par la Cnam. Seuls les résultats des indicateurs cliniques calculés à partir du SNDS sont présentés ici. Les indicateurs déclaratifs renseignés directement par le médecin ne sont pas présentés.

Précisions méthodologiques

Les seuils et objectifs cibles et intermédiaires ont été modifiés à compter du 12/2017 (avenant 6 de la convention médicale).

En 2020, afin d'éviter que les évolutions atypiques des indicateurs, déconnectées des pratiques des médecins, n'aient un impact sur la ROSP, des ajustements limités avaient été décidés par la Commission paritaire nationale des médecins afin de corriger les effets dus à la crise. Des coefficients de majoration ont ainsi été appliqués à la rémunération du médecin pour la ROSP médecin traitant de l'adulte afin de neutraliser les évolutions des indicateurs tout en conservant l'effet de l'augmentation de la patientèle médecin traitant.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

2.10.3. Prévalence des infections associées aux soins

Finalité Depuis 1996, des enquêtes nationales de prévalence (ENP) des infections associées aux soins (IAS) et des traitements anti-infectieux (AI) sont réalisées dans les établissements de santé (ES) et dans les établissements médicaux sociaux (EMS), environ tous les 5 ans. Ces ENP s'inscrivent dans le cadre de projets européens respectivement « Point prevalence survey in acute care hospitals » (PPS) et « Healthcare-associated infections in long-term care facilities » (HALT) pour les ES et EMS pilotés par l'ECDC (European center for disease prevention and control) et auxquelles la France fournit une partie de ses données. Au niveau national ces enquêtes sont coordonnées par Santé publique France en lien avec le réseau de prévention des infections associées aux soins (Repias) et, au niveau régional, réalisée en collaboration avec les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias).

Ces ENP ont pour objectif de produire des données de référence à différentes échelles géographique (européenne, nationale, régionale, locale) sous la forme d'indicateurs de prévalence des IAS et des traitements AI en ES et en EMS, d'en décrire les caractéristiques selon les caractéristiques des établissements et les patients ou résidents, et d'en évaluer l'évolution temporelle. Ces résultats permettent d'orienter et d'évaluer les politiques nationales et régionales de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

En 2022 une nouvelle ENP a été mise en œuvre dans 1 155 ES (soit un taux de participation de 42,5 %) et 151 676 patients ont été inclus. Les précédentes ENP en ES avait été réalisées en 2017, 2012, 2006, 2001.

Par ailleurs, en 2024, une nouvelle ENP est en cours de réalisation dans les EMS et cible les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et les établissements accueillants des adultes handicapés. Les résultats seront disponibles en 2025. Les précédentes ENP en EMS avait été réalisées en 2016 et 2010.

Résultats de l'ENP 2022 en établissement de santé

Prévalence des patients infectés :

La prévalence des patients infectés est un pourcentage correspondant au nombre de patients présentant au moins une infection associée aux soins un jour donné pour 100 patients hospitalisés présents.

En 2022, la prévalence des patients infectés (PPI) était égale à 5,71 % (IC95 % [5,45-5,99]), plus élevée que celle estimée en 2017 (4,98 % (IC95 % [4,62-5,36])). Elle était également plus élevée que celle observée en 2012 (5,05 %) ou 2006 (4,97 %). L'analyse multivariée, après ajustement sur les caractéristiques des patients, a montré une augmentation significative de la PPI entre 2017 et 2022 ($p=0,002$).

Après avoir exclu les COVID-19 nosocomiaux, de manière à être comparable avec les sites infectieux pris en compte en 2017, la PPI en 2022 était égale à 5,35 % (IC95 % [5,11-5,60]). Les COVID-19 nosocomiaux représentaient la moitié de l'augmentation de la prévalence des patients infectés entre 2017 et 2022. Autrement dit, le pourcentage d'évolution de la PPI entre de 2017 et 2022 était égal à +14,7 % alors qu'il était égal à +7,5 % après exclusion des COVID-19 nosocomiaux. Après exclusion des COVID-19 nosocomiaux et après ajustement sur les caractéristiques des patients, l'analyse multivariée ne mettait pas en évidence de différence significative entre les PPI des enquêtes de 2017 et 2022 ($p>0,05$).

Globalement, l'augmentation de la PPI s'observait à la fois chez les patients présentant au moins un facteur de risque d'infection (être âgé de 65 ans et plus, avoir eu une intervention chirurgicale depuis l'admission, avoir une affection engageant le pronostic vital à 1 ou 5 ans, être immunodéprimé, avoir une affection maligne) et chez les patients ne présentant pas de facteur de risque d'infection.

Tableau 1 • Prévalence des patients avec au moins une infection associée aux soins par catégorie d'établissement de santé.

Catégorie d'établissement de santé	2001	2006	2012	2017		2022	
	n=305 656	n=358 353	n=300 330	n=80 988		n=151 676	
	Prévalence	Prévalence	Prévalence	Prévalence	IC 95 %	Prévalence	IC 95 %
CHR/CHU	8,79%	6,73%	7,50%	7,41%	[6,51-8,43]	8,58%	[7,99-9,20]
CH/CHG *	7,04%	5,17%	5,13%	4,95%	[4,61-5,32]	5,65%	[5,33-6,00]
Cliniques MCO	4,62%	3,63%	4,00%	5,02%	[3,91-6,43]	4,99%	[4,56-5,46]
Hôpitaux d'instruction des armées (HIA)	6,91%	5,87%	7,30%	7,47%	[5,63-9,85]	7,87%	[5,72-10,73]
Centres de lutte contre le cancer	10,66%	9,34%	10,00%	15,18%	[12,95-17,70]	15,86%	[13,94-17,99]
Soins médicalisés (de suite) et de réadaptation	8,95% **	5,90% **	5,30%	4,63%	[3,94-5,42]	5,31%	[4,79-5,89]
Soins de longue durée			5,10%	2,32%	[1,04-5,07]	4,01%	[3,07-5,23]
CHS (établissements psychiatriques)	2,51%	1,84%	1,30%	1,10%	[0,77-1,57]	1,44%	[1,00-2,08]
Total	6,87%	4,97%	5,10%	4,98%	[4,62-5,36]	5,71%	[5,45-5,99]

n : Effectif de patients inclus dans l'enquête.

* Inclus les établissements de catégorie Hôpitaux Locaux pour les enquêtes 2001, 2006 et 2012.

** Données présentées pour l'ensemble des établissements de soins de suite et de réadaptation et de longue durée.

Sources : Santé publique France, Enquêtes nationales de prévalence, France, 2001, 2006, 2012, 2017, 2022.

*** Pour l'ENP 2017 et 2022, les enquêtes sont réalisées en prenant en compte un plan de sondage avec stratification des établissements selon la catégorie des établissements, leur taille et la région. Les prévalences sont des estimations avec leur intervalle de confiance à 95 % indiqué entre crochet : cela signifie que 95 % des valeurs de prévalence observée dans les établissements sont comprises entre les bornes supérieure et inférieure de l'intervalle de confiance.

Pour aller plus loin :

Sur le site de Santé publique France : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins>

Principaux résultats de l'enquête nationale de prévalence 2022 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissement de santé : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/enquetes-etudes/principaux-resultats-de-l-enquete-nationale-de-prevalence-2022-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissement-de-s>

Résultats de l'enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements de santé, mai-juin 2017 : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/enquetes-etudes/enquete-nationale-de-prevalence-des-infections-nosocomiales-et-des-traitements-anti-infectieux-en-etablissements-de-sante-mai-juin-2017>

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

2.10.4. Satisfaction et expérience des patients hospitalisés

Finalité L'amélioration de la qualité des soins a longtemps été centrée sur le respect des bonnes pratiques cliniques et organisationnelles évalué par les professionnels. La mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients permet de porter un regard complémentaire.

Depuis janvier 2015, la Haute Autorité de Santé développe des indicateurs de qualité et de sécurité des soins produits à partir du regard-patient. Elle met en œuvre le dispositif national de mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients nommé « e-Satis ». Ce dispositif, obligatoire pour un grand nombre d'établissements de santé, permet de recueillir et mesurer la satisfaction et l'expérience des patients hospitalisés dans un établissement de santé de façon continue. Il est à l'origine de la production des indicateurs nationaux de résultats issus d'une évaluation du point de vue des patients. Les résultats obtenus complètent ceux des indicateurs de qualité et de sécurité des soins de la HAS issus d'une évaluation par les professionnels.

Actuellement sont recueillies la satisfaction et l'expérience du patient hospitalisé plus de 48 heures en médecine-chirurgie-obstétrique (e-Satis +48 h MCO), en chirurgie ambulatoire (e-Satis CA), en SMR (e-Satis SMR), et en psychiatrie adulte (depuis mars 2025). Les travaux sur l'HAD ont abouti en 2022 à un questionnaire validé mais le calcul d'un indicateur de qualité et de sécurité des soins n'est pas possible en raison du volume d'activité en HAD au regard du profil des patients à interroger en HAD. En 2026, la mesure de l'expérience rapportée par les patients sur l'hygiène des mains sera réalisée pour la première fois. Fin 2025, le questionnaire spécifique à la mesure de l'expérience rapportée par les patientes en maternité a été expérimentée, sa validation est attendue pour 2026. La mesure de l'expérience rapportée par les patients pris en charge dans une structure des urgences (e-Satis Urgences) est en cours de développement et sera expérimentée en 2026.

Les résultats des indicateurs validés sont diffusés publiquement sur Qualiscope et en open data. Ils sont pour certains d'entre eux utilisés dans le dispositif d'incitation financière pour l'amélioration de la qualité depuis 2018.

Résultats En 2025, le score national de satisfaction et d'expérience des patients hospitalisés plus de 48h en Médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO) est de 75,2 %, il est de 80,1 % en chirurgie ambulatoire (CA) et de 77,0 % en soins médicaux et de réadaptation (cf. *tableaux*). Ce niveau de satisfaction et d'expérience progresse chaque année. Quel que soit le type d'établissement, des actions d'amélioration sont à mener sur l'organisation de la sortie. En effet, le score de satisfaction et d'expérience associé à ce critère est le plus faible.

Par ailleurs, la part des établissements classés A a augmenté de 19 points pour le MCO entre 2016 et 2025 et de 50 points pour la chirurgie ambulatoire entre 2018 et 2025. Elle a progressé de 25 points en SMR depuis 2021. (cf. *graphiques*).

En 2025, plus de 6,5 millions d'e-mails ont été envoyés. Le taux de réponses des patients (% de patients répondants complètement au questionnaire une fois le mail envoyé) aux enquêtes en ligne e-Satis, qui évaluent leur expérience et satisfaction tout au long de la prise en charge hospitalière, est de l'ordre de 25 %. Il s'agit d'un bon taux pour une enquête de satisfaction.

Ainsi, 1,453 millions de patients ont répondu : plus de 566 000 en MCO plus de 48h, plus de 829 000 avaient été pris en charge en chirurgie ambulatoire, et plus de 56 000 en SMR. A noter que neuf patients sur 10 qui débutent le questionnaire le terminent, en 10 minutes en moyenne.

Depuis 2024, la Haute Autorité de santé a ouvert la nouvelle plateforme de restitution de tous les résultats issus d'e-Satis. Co-construite avec un groupe de représentants d'usagers et de professionnels de la qualité et de la sécurité des soins, la plateforme répond aux besoins récurrents exprimés par les établissements de santé. Parmi les nouvelles fonctionnalités, un algorithme d'intelligence artificielle classe automatiquement les commentaires des patients pour faciliter leur analyse.

Tableau 1 • Satisfaction des patients hospitalisés en médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO)

Scores de satisfaction (sur 100)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
+48h Médecine Chirurgie Obsétrique	Globale et d'expérience	72,7	73,2	73,3	73,4	73,4	73,3	73,4	74,3	74,8	75,2
	Accueil	72,7	73,1	73,4	73,4	72,7	71,0	71,7	73,5	74,7	75,3
	Prise en charge Infirmier/Aide soignant	80,7	81,1	81,1	81,2	81,6	81,5	81,4	81,9	82,0	82,2
	Prise en charge Médecin/Chirurgie/Sage-Femme			80,5	80,6	80,9	80,9	81,2	81,7	82,3	82,6
	Chambre et repas	66,7	67,2	67,3	67,4	68,4	68,3	67,9	-	-	-
	Chambre	-	-	-	-	-	-	-	73,0	73,5	73,6
	Repas	-	-	-	-	-	-	-	58,8	59,3	59,8
	Organisation de la sortie	62,6	63,0	63,4	63,6	63,7	64,0	64,0	65,0	65,4	65,8

Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis +48h MCO

Tableau 2 • Satisfaction des patients hospitalisés en chirurgie ambulatoire (CA)

Scores de satisfaction (sur 100)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Chirurgie Ambulatoire	Globale et d'expérience			76,4	76,4	77,6	77,7	78,0	78,9	79,5	80,1
	"Avant hospitalisation pour une chirurgie ambulatoire"			80,4	79,5	81,6	81,7	82,0	82,7	83,4	83,9
	Accueil			79,9	80,0	80,7	80,6	80,8	81,6	82,3	82,8
	Prise en charge			83,1	83,1	84,2	84,3	84,5	85,0	85,5	85,9
	Chambre et collation			72,5	72,4	73,6	73,6	73,7	74,1	74,5	75
	Organisation de la sortie			68,0	68,6	69,7	69,9	70,5	71,8	72,8	73,6

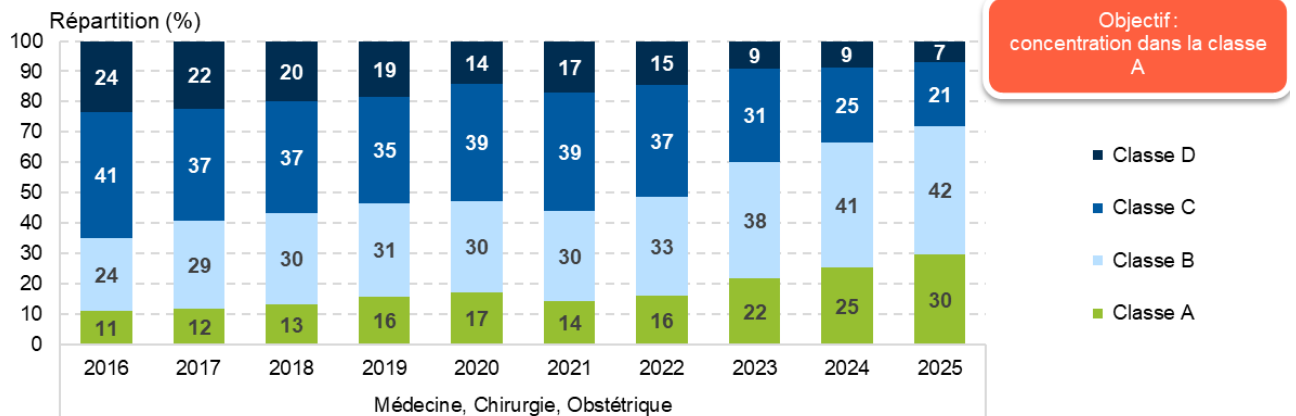
Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis CA

Tableau 3 • Satisfaction des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation (SMR)

Scores de satisfaction (sur 100)		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Soins médicaux et de réadaptation	Globale et d'expérience						73,6	74,8	75,7	76,7	77,0
	Accueil						79,9	81,4	82,4	83,4	83,8
	Prise en charge						77,1	78,3	79,0	80,1	80,3
	Lieu de vie						72,4	74,4	76,6	77,7	77,9
	repas						66,5	66,5	66,2	66,3	66,7
	Organisation de la sortie						66,0	66,8	67,9	69,2	69,4

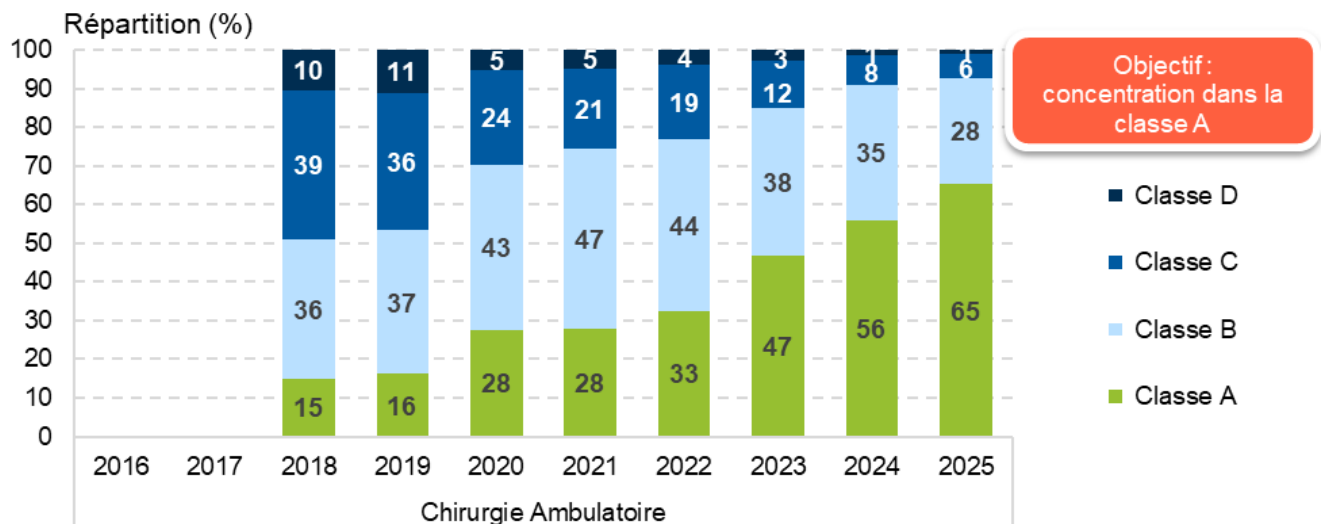
Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis SMR

Graphique 1 • Classement des établissements de médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO)



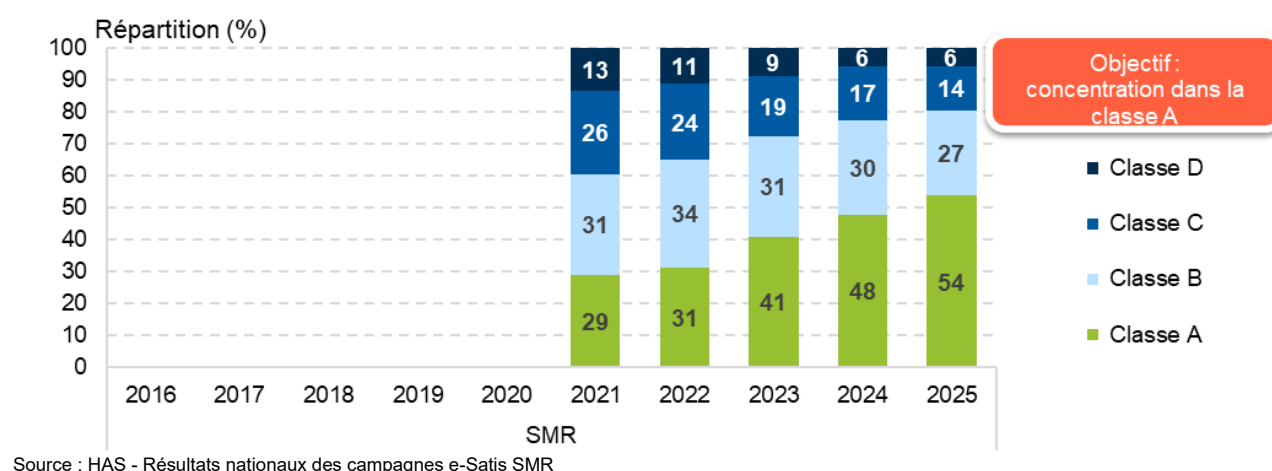
Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis +48h MCO

Graphique 2 • Classement des établissements de chirurgie ambulatoire (CA)



Source : HAS - Résultats nationaux des campagnes e-Satis CA

Graphique 3 • Classement des établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR)



Construction de l'indicateur La mesure de type e-Satis est réalisée sur la base d'un questionnaire, spécifique à chaque type d'hospitalisation, adressé aux patients par courriel deux semaines après la fin de leur séjour. Les questionnaires e-Satis permettent au patient de donner son avis sur l'ensemble des étapes de son parcours dans l'établissement de santé. Par exemple pour le questionnaire concernant la chirurgie ambulatoire :

- la phase de préparation avant l'hospitalisation : consultation pré-opératoire et informations reçues sur l'opération ;
- l'accueil : accessibilité, livret d'accueil, identification du personnel, horaires de visite, etc. ;
- la prise en charge : information, décision médicale partagée, délais d'attente, respect de l'intimité/confidentialité, écoute et soutien, gestion de la douleur, etc. ;
- la chambre et ses repas ;
- l'organisation de sa sortie : organisation, informations reçues sur les médicaments et les suites.

Un score brut est calculé pour chaque patient à partir des réponses au questionnaire sous la forme d'une note sur 100. Une moyenne des questionnaires est réalisée pour obtenir le résultat de l'établissement : ce score représente la note moyenne de satisfaction globale et d'expérience donnée par les patients sur l'ensemble de leur parcours, de l'accueil à la sortie de l'établissement. On obtient donc un score de satisfaction globale et d'expérience brut.

Ensuite, pour permettre la comparaison entre les établissements de santé :

- chaque score est ajusté en fonction des réponses renseignées par le patient concernant sa satisfaction vis-à-vis de la vie en général et l'amélioration de son état de santé suite au séjour dans l'établissement. Ces deux variables explicatives du niveau de satisfaction du patient, indépendantes de la qualité, intègrent un modèle d'ajustement qui, appliqué au score brut, permet d'obtenir un score ajusté de sa satisfaction globale ;
- le score ajusté de satisfaction globale et d'expérience est produit pour les établissements qui ont un minimum de 30 questionnaires-patients exploitables. En dessous de 30, le nombre de réponses est considéré insuffisant pour permettre la comparaison inter-établissements et la diffusion publique.

A partir des questionnaires est donc calculé un indicateur diffusé publiquement : il s'agit d'un score ajusté de satisfaction globale et d'expérience par établissement. Il est le résultat de la perception du patient, mais aussi de son expérience réelle dans l'établissement, ce qui permet une vision complémentaire d'autres dispositifs d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins déjà mis en œuvre.

Enfin, quatre classes spécifiques de chaque mesure sont définies à partir des résultats de la première campagne nationale de manière à classer les établissements de façon relative. L'objectif est que les établissements se concentrent avec le temps dans la classe A. Pour les établissements sont produits également des résultats détaillés supplémentaires, restitués sur la plateforme nationale e-Satis et non diffusés publiquement. Ces résultats sont disponibles au fil de l'eau, et à une échelle plus fine.

Précisions méthodologiques Après plusieurs étapes de validation scientifique menées dans le cadre d'un groupe de travail, et cela pour chaque secteur, les mesures sont ensuite réalisées en continu. Les campagnes de recueil se déroulent sur environ douze mois.

La HAS prend en compte les caractéristiques de l'activité de chaque établissement pour définir le statut de leur participation au dispositif. Ainsi la participation est obligatoire ou facultative suivant le volume d'activité des établissements (au regard des données du PMSI de l'année n-1).

Le contrôle qualité porte sur :

- La régularité des dépôts de courriels sur la plateforme = un fichier déposé au minimum par mois (possibilité d'un mois sans dépôt sur la période début campagne – fin de campagne).

- Le volume de courriels déposés par rapport au nombre de patients concernés = minimum de 10 % de courriels déposés.

Pour aller plus loin

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/guide_methodologique_esatis_2019.pdf

Les résultats produits sont diffusés publiquement par établissement de santé sur le site HAS avec QualiScope et en open-data (<https://www.data.gouv.fr>), utilisés dans le dispositif de certification des établissements de santé, et notamment dans le dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ). La HAS a diffusé ces résultats de manière agréée sur son site :

- [Haute Autorité de Santé - IQSS - e-Satis : mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés](#)
- [Haute Autorité de Santé - Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés + 48h en MCO \(e-Satis +48h MCO\)](#)
- [Haute Autorité de Santé - Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés pour une chirurgie ambulatoire \(e-Satis MCOCA\)](#)
- [Haute Autorité de Santé - Mesure de la satisfaction et de l'expérience des patients hospitalisés en soins médicaux et de réadaptation \(e-Satis SMR\)](#)
- [Haute Autorité de Santé - IQSS - e-Satis PSY : Mesure de l'expérience rapportée par les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie adulte](#)

Organisme responsable de la production de l'indicateur : HAS

2.11. Favoriser l'accès aux médicaments tout en maîtrisant leur dépense

2.11.1. Dynamique des dépenses de médicaments en ville

Finalité En 2025, les dépenses de médicaments délivrés en officine de ville représentent plus de 10 % des dépenses totales de l'assurance maladie entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et un peu moins de 25% des dépenses de l'assurance maladie pour les soins de ville avant remises et clause de sauvegarde. Ces dernières années, les politiques menées en matière de baisses de prix et de diffusion des génériques ainsi que les politiques visant à augmenter l'efficacité des prescriptions et améliorer la prise en charge médicamenteuse des patients ont conduit à modérer l'évolution des dépenses de médicaments en ville. Néanmoins, les sept dernières années sont marquées par une sensible hausse des dépenses de médicaments délivrés en officine de ville. Les indicateurs présentés ici incluent uniquement les dépenses de médicaments délivrés en officine de ville, qu'elles soient prescrites en ville ou à l'hôpital. Ils ne comprennent donc pas les dépenses de médicaments rétrocédés (dispensés par les pharmacies hospitalières aux patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit habituel des pharmacies en ville).

Résultats Malgré un ralentissement de la croissance en 2025 (+5,6 % en 2024 contre 6,0 % et 2023), les dépenses de médicaments du régime général avant remises et clause de sauvegarde (y compris les anciens affiliés au régime des indépendants) restent dynamiques. La croissance est portée en 2025 notamment par l'arrivée du vaccin contre le zona : Shingrix® recommandé aux personnes de 65 ans et plus et personnes à risques accrus de zona ; qui porte 400M€ de données remboursées à lui seul.

Tableau 1 • Taux de croissance des dépenses de médicaments en ville

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Effet prix	-4,3%	-8,0%	-5,4%	-1,9%	-2,7%	-3,3%	-3,8%	-4,3%
Effet ticket modérateur	0,8%	0,6%	1,5%	1,1%	0,5%	0,5%	0,4%	-0,3%
Effet volume et structure	7,5%	11,3%	6,5%	8,3%	12,3%	11,1%	9,7%	10,7%
Taux de croissance global	3,7%	3,0%	2,3%	7,4%	9,8%	8,0%	6,0%	5,6%
<i>Part des prescriptions hospitalières</i>	37,9%	40,1%	42,0%	44,4%	46,3%	48,0%	49,1%	49,2%

Source : données CNAM : dépenses remboursées par l'assurance maladie, en date de remboursement, données brutes,, hors vaccins grippe, hors PdS hors forfaits, hors covid

Champ : Régime général + anciens affiliés RSI, France entière, y compris sections locales mutualistes.

Les dépenses de médicaments en ville ont fortement progressé ces trois dernières années, portées par le passage de médicaments hospitaliers en ville

L'effet prix, évolution des prix unitaires entre deux années, reste négatif en 2025. L'impact des baisses de prix s'élève à -4,3 % en 2025, contre -3,8 % en 2024.

L'effet volume et structure correspond à la hausse du nombre de boîtes consommées de médicaments ainsi qu'à la modification de la structure de consommation de ceux-ci (substitution de molécules peu chères vers des molécules onéreuses et inversement). Il a été particulièrement important ces cinq dernières années (+10,7 % en 2025 et +9,7 % en 2024, 8,3% en 2021).

Le taux de prise en charge des dépenses de médicaments en ville a diminué de -0,3 % en 2025. Cette baisse tendancielle du taux de remboursement effectif est en rupture avec la croissance observée depuis 2018. La tendance historique à la hausse est portée par l'augmentation de la prévalence des ALD et la hausse du nombre de médicaments remboursés à 100%. La baisse du taux de remboursement en 2025 est principalement liée à l'arrivée de Shingrix®, remboursé à 65% qui réduit mécaniquement le ticket modérateur global.

Une dynamique importante des prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville

Il convient de noter que la part des prescriptions hospitalières exécutées en officine de ville, qui représentait plus du quart de la dépense jusqu'en 2012, en représente plus du tiers depuis 2015 et pratiquement la moitié en 2025 (49,2 % de la dépense en 2025). Structurellement, les prescriptions hospitalières de médicaments connaissent des croissances plus dynamiques que celles de la ville, car les classes de médicaments qui la composent sont associées à des pathologies lourdes (cancer, sclérose en plaques, polyarthrite...), pour lesquelles les traitements sont coûteux et sujets à des innovations thérapeutiques importantes.

Une dépense pharmaceutique globale au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE

S'agissant du niveau de dépenses en produits pharmaceutiques par habitant en comparaison internationale, la France se situe à la 7ème place dans le classement des pays de l'OCDE (ces dépenses incluent l'automédication) en 2021. Le niveau des dépenses de médicaments en France s'élève à 828 \$ en parité de pouvoir d'achat en 2021, contre 1 448 \$ aux États-Unis, pays de l'OCDE avec la dépense la plus élevée par habitant. La moyenne des pays de l'OCDE est de 669 \$ en parité de pouvoir d'achat. Au niveau européen, la France se place en 4ème position derrière l'Allemagne (1 040 \$), la Suisse (959 €) et l'Autriche (843 €).

Construction de l'indicateur Le taux de croissance global des dépenses de médicaments entre deux années N-1 et N se décompose en 4 effets et se calcule de la manière suivante :

$$(1 + \text{taux de croissance globale}) = (1 + EP) * (1 + EVS) * (1 + TM) - 1$$

Avec EP= Effet prix, EVS=Effet volume et structure, TM= ticket modérateur.

L'effet prix correspond à l'évolution des prix unitaires entre n-1 et n des spécialités vendues en n (nb : l'effet générique est maintenant inclut dans l'effet prix, il correspond à la diminution de la dépense d'une année sur l'autre liée à la substitution d'un princeps par son générique (moins cher)).

L'effet ticket modérateur correspond à l'évolution du taux de remboursement moyen par l'assurance maladie lié à la déformation de la structure de la population « consommatrice » entre patients de droit commun et patients bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur.

Enfin, l'effet de volume et de structure rend compte de la hausse du nombre de boîtes de médicaments consommé, ainsi que de la modification de la structure de consommation de ceux-ci (substitution de molécules peu chères vers des molécules onéreuses et inversement, ou déformation de la consommation vers des médicaments mieux remboursés).

Précisions méthodologiques Les calculs relatifs à cet indicateur sont effectués par la DSS à partir des éléments fournis par la CNAM. Les données de dépenses de médicaments délivrés en officine de ville proviennent des statistiques mensuelles du régime général et du régime social des indépendants en date de remboursement, France entière y compris les sections locales mutualistes. Les dépenses prises en compte dans cet indicateur ne comprennent pas les médicaments de la rétrocession hospitalière délivrés dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé. Les évolutions sont celles du régime général, y compris les anciens affiliés au régime social des indépendants (RSI), qui représentait sur le poste « médicament » environ 92 % de la dépense en ville en 2024, et donne une approximation du dynamisme des dépenses totales de l'assurance maladie sur le poste médicaments. Les résultats obtenus sont bruts des effets calendaires.

La dépense remboursée de médicaments issue de prescriptions hospitalières est calculée en rapportant les dépenses de pharmacie prescrites par les établissements publics et les hôpitaux privés sans but lucratif participant au service public hospitalier (PSPH) et délivrées en ville aux dépenses remboursées de pharmacie totales délivrée en ville. Ces données sont extraites de Médic'AM.

Les données OCDE sont des données de dépenses pharmaceutiques, y compris l'automédication, par tête à prix courants et en parité de pouvoir d'achat. Elles font partie des tableaux-clés de l'OCDE.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.11.2. Dynamique des produits de santé à l'hôpital

Finalité Le présent indicateur a pour objectif de suivre l'évolution des dépenses nettes d'assurance maladie de médicaments et dispositifs médicaux implantables (DMI) financés en supplément des groupes homogènes de séjour (GHS) et de mesurer l'impact des actions de maîtrise des dépenses mises en œuvre pour les réguler.

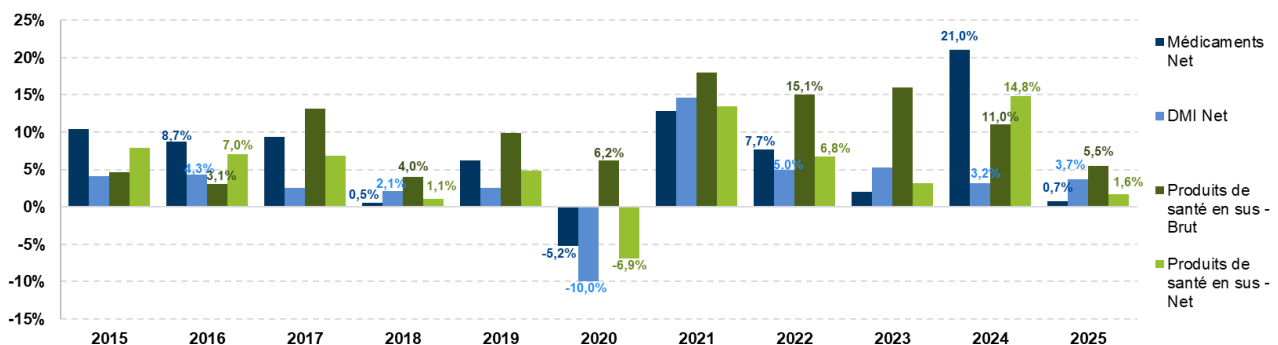
Précisions sur le dispositif Le dispositif de « liste en sus », créé en 2005, dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) des prestations hospitalières de MCO, est destiné à garantir le financement des traitements innovants et onéreux, et à favoriser leur accès aux patients. Sont inscrits sur la liste en sus les molécules onéreuses (essentiellement des médicaments anticancéreux) et les dispositifs médicaux implantables (DMI) innovants particulièrement coûteux (principalement de cardiologie et d'orthopédie), qui bénéficient ainsi d'un financement dérogatoire en sus des dépenses couvertes par l'assurance maladie à hauteur des forfaits prévus par les GHS. La liste en sus est commune aux établissements publics et privés.

Globalement, trois facteurs principaux déterminent l'évolution des dépenses brutes de la liste en sus : l'évolution de la prévalence des pathologies traitées (nouveaux patients, nouveaux diagnostics) ; les nouvelles inscriptions (ou extensions d'indications) de produits sur la liste ; et les radiations de produits de la liste, qui conduisent à leur réintégration au sein des tarifs des GHS. Ces dépenses sont soumises à des mécanismes de régulation utilisés par les pouvoirs publics tels que les baisses de prix, les remises et les clauses de sauvegarde afin de maîtriser l'évolution des dépenses des produits de santé. Cela donne lieu à la dépense nette qui sera présentée ci-après.

Les conditions d'inscription et de radiation de médicaments sur la liste en sus ont été revues et réglementées par décret¹ depuis mars 2016. Par exemple, depuis cette date, les médicaments, dont l'amélioration du service médical rendu est mineure (ASMR 4), ne peuvent plus être inscrits sur la liste en sus, à moins qu'il existe un comparateur cliniquement pertinent pour la même indication déjà inscrit sur la liste en sus, ou qu'ils concernent une indication pour laquelle aucune autre alternative thérapeutique n'existe (médicamenteuse ou chirurgicale) et qu'ils présentent un intérêt de santé publique. La croissance exponentielle des achats de médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) par les établissements de santé en 2015 et 2016 (plus de 200 % chaque année avec notamment l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements anticancéreux) s'est traduite par un sous-dimensionnement croissant des crédits d'assurance maladie identifiés au sein des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et destinés à couvrir ces coûts. C'est pourquoi, la LFSS pour 2017 a prévu que les médicaments sous ATU dispensés au cours d'un séjour en établissement de santé soient remboursés selon les mêmes modalités que ceux de la liste en sus depuis le 1^{er} janvier 2017². Une réforme des ATU, visant à simplifier et harmoniser les procédures, est mise en place avec le PLFSS pour 2021. Suite à cette réforme, l'autorisation temporaire d'utilisation de cohorte et l'autorisation temporaire d'utilisation nominative sont dénommées respectivement autorisation d'accès précoce et autorisation d'accès compassionnel (AP-AC).

Résultats Les dépenses nettes d'assurance maladie obligatoire³ au titre des produits de santé financés en sus des prestations d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) - y compris en hospitalisation à domicile (HAD) - représentent près de 7,6 Md€ en 2025, qui se répartissent pour 68 % en médicaments et 32 % en DMI (source : comptes des régimes et produits à recevoir du Comité Economique des Produits de Santé - CEPS). **Elles progressent de 1,6 % en 2025 : +3,7 % pour les dispositifs médicaux implantables et 0,7 % pour les médicaments (cf. Graphique 1). Entre 2019 et 2025, le taux annuel moyen pour l'ensemble des produits de santé de la liste en sus est de 5,2 %.**

Graphique 1 • Dépenses nettes d'assurance maladie obligatoire (AMO) des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)



Source : DSS, données issues des comptes des régimes (constat ONDAM).

Champ : tous régimes, France entière, pour les médicaments en sus : délivrés en MCO, y compris en hospitalisation à domicile (HAD). Depuis 2017, les médicaments de la liste en sus intègrent des médicaments sous autorisation d'accès précoce et d'accès compassionnel AP-AC (ex-ATU).

Note : En 2020, les dispositions relatives aux remises des spécialités bénéficiant d'une ATU/post-ATU ont fait l'objet de multiples modifications législatives ayant produit des effets sur les montants des remises facturées en 2020. En effet, une partie des remises 2020 relèvent des exercices antérieurs mais ont été comptabilisées intégralement sur cette même année 2020 (article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020).

¹ Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

² Art. 95 de la LFSS pour 2017.

³ Montants nets, après application des remises pharmaceutiques et clause de sauvegarde.

Tableau 1 • Dépenses nettes des médicaments et des produits et prestations financés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	TCAM ⁽¹⁾ 2019-2025
Médicaments Brut	4,7%	2,2%	19,1%	4,7%	13,9%	13,1%	19,5%	18,4%	19,3%	13,2%	5,4%	14,7%
Médicaments Net	10,4%	8,7%	9,4%	0,5%	6,2%	-5,2%	12,8%	7,7%	2,0%	21,0%	0,7%	6,2%
dont secteur public (ex-DG)	10,7%	9,5%	11,2%	0,2%	6,9%	-6,1%	12,8%	8,0%	2,1%	21,1%	0,8%	6,1%
dont secteur privé (ex-OQN)	9,1%	4,6%	0,4%	2,6%	2,8%	-0,2%	13,1%	6,1%	1,5%	20,6%	0,1%	6,6%
DMI Brut	4,4%	4,5%	3,4%	2,6%	2,0%	-8,8%	13,9%	5,8%	5,4%	3,2%	6,1%	4,0%
DMI Net	4,1%	4,3%	2,5%	2,1%	2,6%	-10,0%	14,6%	5,0%	5,2%	3,2%	3,7%	3,4%
dont secteur public (ex-DG)	7,0%	4,0%	3,8%	2,9%	2,0%	-9,2%	16,4%	4,2%	4,0%	5,8%	4,2%	3,9%
dont secteur privé (ex-OQN)	0,8%	4,8%	1,1%	1,1%	3,3%	-10,9%	12,5%	6,0%	6,8%	0,0%	3,1%	2,7%
Produits de santé en sus - Brut	4,6%	3,1%	13,2%	4,0%	9,9%	6,2%	18,0%	15,1%	16,0%	11,0%	5,5%	11,9%
Produits de santé en sus - Net	7,9%	7,0%	6,8%	1,1%	4,9%	-6,9%	13,5%	6,8%	3,1%	14,8%	1,6%	5,2%

Source : DSS, données issues des comptes des régimes (constat ONDAM).

Champ : tous régimes, France entière, pour les médicaments en sus : délivrés en MCO, y compris en hospitalisation à domicile (HAD). Depuis 2017, les médicaments de la liste en sus intègrent des médicaments sous autorisation d'accès précoce et d'accès compassionnel AP-AC (ex-ATU).

Note : En 2020, les dispositions relatives aux remises des spécialités bénéficiant d'une ATU/post-ATU ont fait l'objet de multiples modifications législatives ayant produit des effets sur les montants des remises facturées en 2020. En effet, une partie des remises 2020 relèvent des exercices antérieurs mais ont été comptabilisées intégralement sur cette même année 2020 (article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020).

⁽¹⁾ Le taux de croissance annuel moyen (TCAM) pour la période de 2019-2025 est présenté pour information

Jusqu'en 2017, les dépenses de la liste en sus progressent à un rythme modéré, autour de 4 % par an, sous l'effet d'une régulation plus stricte, des baisses de prix et d'un encadrement renforcé des prescriptions.

L'année 2017 constitue une rupture, avec une forte hausse liée à l'intégration des médicaments sous AP-AC (ex-ATU).

Après 2017, les dépenses connaissent une dynamique plus soutenue, portée par l'arrivée de nouvelles molécules coûteuses et l'extension des indications thérapeutiques, notamment en cancérologie. Cette progression est toutefois partiellement compensée par les remises pharmaceutiques.

L'année 2020 fait exception, avec une nette baisse des dépenses due à la crise du Covid-19 et aux déprogrammations d'interventions hospitalières.

Après un ralentissement en 2022 et 2023, l'année 2024 marque un fort rebond (+14,8 %), notamment en raison d'une moindre compensation par les remises. En effet, l'année 2024 a été marquée par un rendement des remises de débouclages moindres que les années précédentes, en proportion de chiffre d'affaires brut, expliquant ainsi la rupture de dynamique des remises sur l'accès précoce. De ce fait, la croissance des remises a beaucoup plus fortement ralenti (de -20 points) que celle des dépenses remboursées brutes (-2,5 points), aboutissant à l'accélération des dépenses au titre des produits de santé nets des remises observée en 2024. En 2025, la croissance redevient limitée (+1,7 %), retrouvant un niveau proche de celui observé avant la crise sanitaire.

Dans le **secteur public**, la répartition de la dépense entre médicaments et DMI reste stable sur la période 2012-2016, autour de 70 % de dépense liée aux médicaments contre 30 % liée aux DMI. Depuis 2017, cette répartition a commencé à se modifier pour rester stable autour de 75 % pour les médicaments contre 25 % pour les DMI. Cette part élevée de médicaments s'explique par une prise en charge plus importante des cas de cancer dans le secteur public que dans le secteur privé.

Dans le **secteur privé**, la structure des dépenses a fortement évolué entre 2010 et 2025, avec une prédominance des dispositifs médicaux implantables (DMI) par rapport aux médicaments. La part des DMI est passée de 55 % en 2010 à 64 % en 2014, s'est ensuite stabilisée autour d'une structure proche de deux tiers pour les DMI et un tiers pour les médicaments, avant de s'établir à 56 % de DMI et 44 % de médicaments en 2024 et en 2025.

Cette prédominance des dépenses en DMI dans le secteur privé s'explique par une forte spécialisation en chirurgie, notamment les chirurgies cardiaques et de hanche. Pendant la période de la crise sanitaire, ce segment a été le plus touché par la déprogrammation des opérations non-essentiels, ce qui peut, en partie, expliquer la faible dynamique des dépenses remboursées de DMI entre 2019 et 2021 dans ce secteur (+0,1 % en TCAM). Toutefois, à partir de 2022, cette dynamique s'est redressée, avec un taux annuel de croissance moyen de + 2,7 % entre 2019 et 2025 (cf. Tableau 1). Les dépenses nettes de DMI du secteur ex-OQN, retrouvent ainsi un rythme de croissance légèrement supérieur à celui observé avant la crise (+ 2,6 % entre 2015 et 2019).

Les dispositifs médicaux implantables

En 2025, la dépense nette AMO de DMI poursuit le même rythme observé qu'en 2024, avec une croissance nette de +3,7 %, beaucoup plus contenue que celle observée en 2021 (+14,6 %), année marquée par un effet de reprise de l'activité post-covid (cf. Tableau 1). La croissance moyenne depuis 2019 (+3,4 %) dépasse celle enregistrée entre 2015-2019 (+2,9 %), ce qui témoigne du retour du secteur à une dynamique de croissance similaire à celle d'avant la crise sanitaire (cf. Tableau 1).

En analysant séparément les évolutions du secteur public et privé, la croissance de 2025 par rapport à 2024 a été un peu plus marquée dans le **secteur public**, avec une augmentation de 4,2 % contre 3,1 % dans le secteur privé (cf. Tableau 1). Cette différence entre les deux secteurs s'explique principalement par l'arrivée sur le marché de nouvelles

bioprothèses valvulaires, ainsi que par la montée en charge de certains stimulateurs cardiaques implantés principalement dans les établissements publics. En effet, les implants cardiovasculaires et stimulateurs cardiaques représentent 57 % des dépenses de DMI dans les établissements publics.

En revanche, dans le **secteur privé**, ce sont principalement les implants orthopédiques qui tirent la croissance. Ensemble, ils totalisent aussi 57 % des dépenses du secteur en 2025. Les dépenses brutes de ce segment ont augmenté de 3,0 % en 2025 contre 3,1 % sur l'ensemble de DMI du secteur privé (*cf.* Tableau 1).

Les médicaments

Les dépenses nettes de médicaments progressent faiblement de 0,7 % en 2025, un ralentissement de la croissance après une hausse marquée en 2024 (+21,0 %) marquée par une rupture du rendement des remises (*cf supra*). Cette très légère augmentation peut être attribuable aux baisses de prix importantes sur la liste en sus en 2025 et la moindre progression de certains traitements oncologiques, notamment l'anticancéreux Keytruda®. Après une montée en charge progressive, ce médicament représente, depuis 2021, à lui seul plus de 22 % des dépenses totales de médicaments inscrits sur la liste en sus (y compris AP-AC). Initialement approuvé pour le traitement du mélanome avancé en 2014, Keytruda® a bénéficié de nombreuses extensions d'indication thérapeutique, tant en monothérapie qu'en combinaison, pour traiter divers types de cancer tels que ceux du *poumon non à petites cellules*, de *l'endomètre*, du *col de l'utérus*, du *sein triple négatif*, pour ne citer que quelques exemples. Ces extensions d'indication successives ont considérablement élargi son champ d'utilisation, ce qui expliquerait en grande partie la forte dynamique de ce médicament avant 2025. Ainsi, entre 2019 et 2024, la progression annuelle moyenne de cette molécule, brute des remises, atteint 37 % et seulement 4,0% en 2025.

Dans le **secteur public**, à l'exception de l'année 2020, l'évolution des dépenses de médicaments reste positive depuis 2015. En 2025, la croissance des dépenses nettes ralentie à +0,8 % en 2025 après avoir atteint plus de 21,1 % en 2024 marquée par une rupture du rendement des remises (*cf supra*).

Ce ralentissement est en grande partie attribuable au poids des médicaments anticancéreux sur les dépenses totales de ce secteur. L'anti PD1 Keytruda® qui représente à lui seul 20 % des dépenses des médicaments du secteur ex-DG continue d'augmenter mais ralentit fortement en dépenses brutes (+2,3 % en 2025 contre +12 % en 2024 et +21% en 2023). Par ailleurs, d'autres produits ralentissent fortement en 2025 en dépenses brutes (Yescarta® -43%, Soliris® -81%) sous l'effet de baisses de prix importantes.

Dans le **secteur privé**, la tendance de croissance en 2025 et la répartition de dépenses, sont comparables à celles du secteur public. Les dépenses connaissent une progression soutenue entre 2019 et 2025 mais ralentissent fortement en 2025.

Construction de l'indicateur L'indicateur retrace l'évolution constatée des dépenses nettes d'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations financés en sus des GHS, ainsi que depuis le PLFSS 2018, les médicaments sous AP-AC (ex-ATU) financés de la même façon que la liste en sus.

L'indicateur était auparavant calculé sur des dépenses brutes, c'est-à-dire avant retraitement des remises et clause de sauvegarde. Depuis l'édition 2024, l'indicateur est basé sur les dépenses nettes, *i.e.* après déduction des remises et clause de sauvegarde. Concernant les données sur les dépenses brutes, elles étaient issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et traitées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de 2008 à 2017, et à partir de 2018, les données sont issues des comptes des régimes. Toutefois, les données issues du PMSI / ATIH sont toujours utilisées pour analyser la conjoncture de chaque secteur et identifier les principaux produits contributeurs à la croissance.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.11.3. Nombre moyen de molécules prescrites par patient

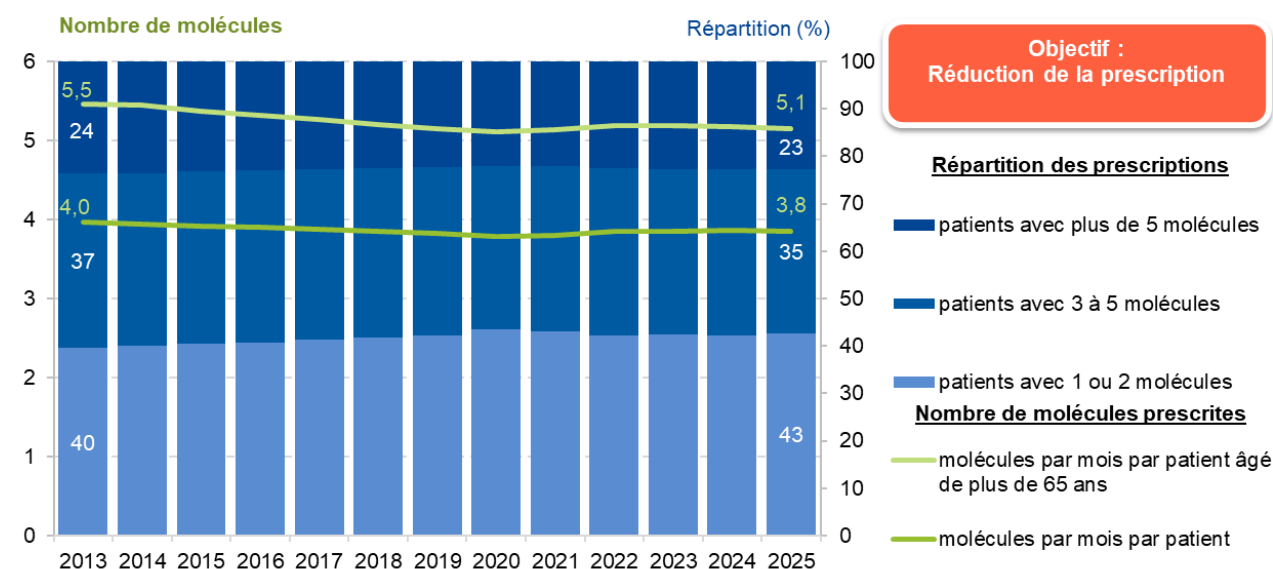
Finalité La prévention de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire des effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments, constitue un des enjeux majeurs de santé publique. Selon une étude publiée en 2011 par la DREES sur les événements indésirables graves (EIG) dans les établissements de santé, on estime qu'environ 150 000 hospitalisations seraient liées aux EIG des médicaments (environ 40 % des EIG totaux), et plus de deux tiers d'entre eux ont été jugés évitables.

L'étude Incidence des événements indésirables graves associés aux soins dans les établissements de santé (Eneis 3) publiée en juin 2022 montre une baisse statistiquement significative des EIG évitables et de leur gravité entre 2009 et 2019 que l'on peut probablement attribuer en partie aux différents programmes nationaux mis en œuvre sur le sujet.

Résultats Le nombre moyen de molécules délivrées par patient chaque mois diminue légèrement dans l'ensemble de la population entre 2013 et 2025. Il diminue davantage chez les patients âgés de plus de 65 ans. Cette population est la cible de plusieurs actions des pouvoirs publics visant à prévenir les risques iatrogéniques. L'assurance maladie a mis en œuvre des actions visant à limiter les principaux facteurs de risques que sont la polymédication et la prescription médicamenteuse inappropriée. En 2025, et après 3 années de très légère hausse, on observe une légère tendance à la baisse par rapport à 2024.

La part des patients consommant 1 à 2 molécules en un mois augmente de 3,2 points entre 2013 et 2025 (42,7 % en 2025 versus 39,5 % en 2013) alors que celles des patients ayant entre 3 et 5 molécules et plus de 5 molécules ont diminué respectivement de 2,2 et 1 point (part des patients avec 3 à 5 molécules : 34,6 % en 2025 versus 36,8 % en 2013 ; part des patients avec plus de 5 molécules : 22,7 % en 2025 versus 23,7 % en 2013).

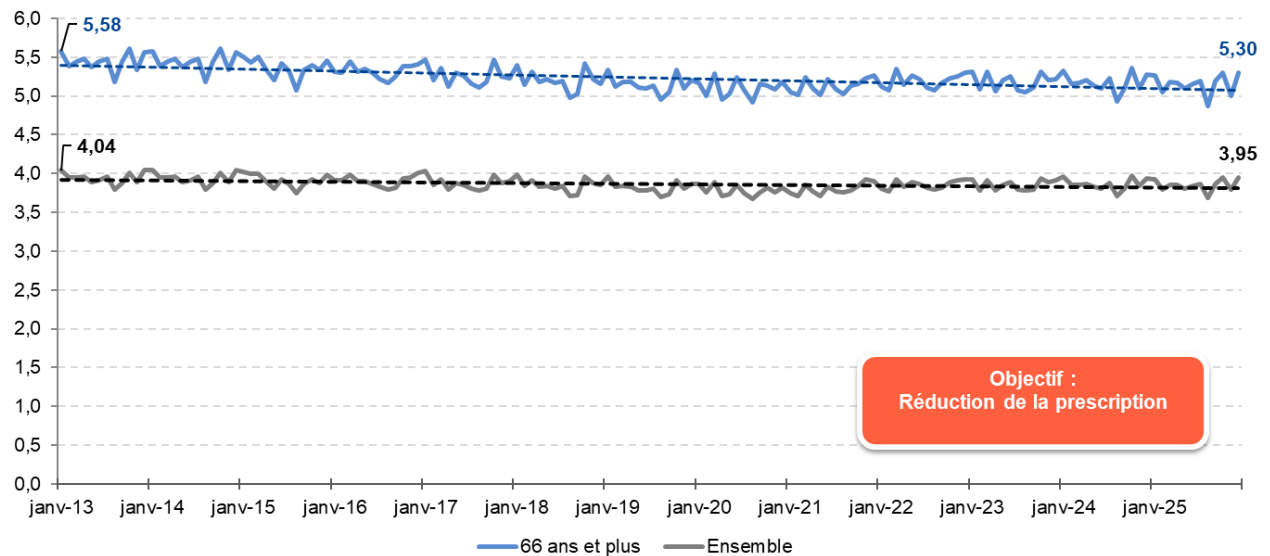
Graphique 1 • Nombre moyen de molécules et répartition des prescriptions par patients



Source : CNAM (Sniiram)

Champ : Patients consommateurs (de médicaments), tous régimes, France entière

Graphique 2 • Evolution mensuelle du nombre moyen de molécules par patient



Source : CNAM (Sniiram)

Champ : Patients consommateurs (de médicaments), tous régimes, France entière

Précisions méthodologiques Les données proviennent du SNIIRAM. Le nombre de molécules correspond au nombre de code ATC 7 distinct remboursés à un même patient sur un mois donné. Une association fixe de deux principes actifs est compté ici comme une molécule (exemple : Liptruzet = ATORVASTATINE+EZETEMIBE). Si un patient a une association fixe et les deux molécules séparément le même mois on comptera trois molécules et non deux. Cette situation rare est considérée comme négligeable.

Construction de l'indicateur L'indicateur annuel se définit comme le rapport entre la somme du nombre mensuel de molécules remboursées et la somme du nombre mensuel de patients ayant eu au moins un remboursement de médicament dans le mois (en date de remboursement).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.11.4. Taux de pénétration des médicaments génériques

Un médicament générique est conçu à partir de la molécule d'un médicament déjà autorisé (appelé princeps), dont le brevet est tombé dans le domaine public. Il doit avoir la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que le princeps et démontrer qu'il a la même efficacité thérapeutique. Le prix des génériques est, en général, inférieur de 40 % à celui des princeps en officine de ville. Combinée à un recours accru au répertoire, l'utilisation de génériques constitue un gisement d'économies important pour l'assurance maladie. La France a longtemps affiché, en matière de génériques, un retard prononcé qu'une politique volontariste, amorcée en 1999, a permis de réduire. Les génériques représentent désormais 30% des boîtes vendues contre une boîte sur vingt en 2000.

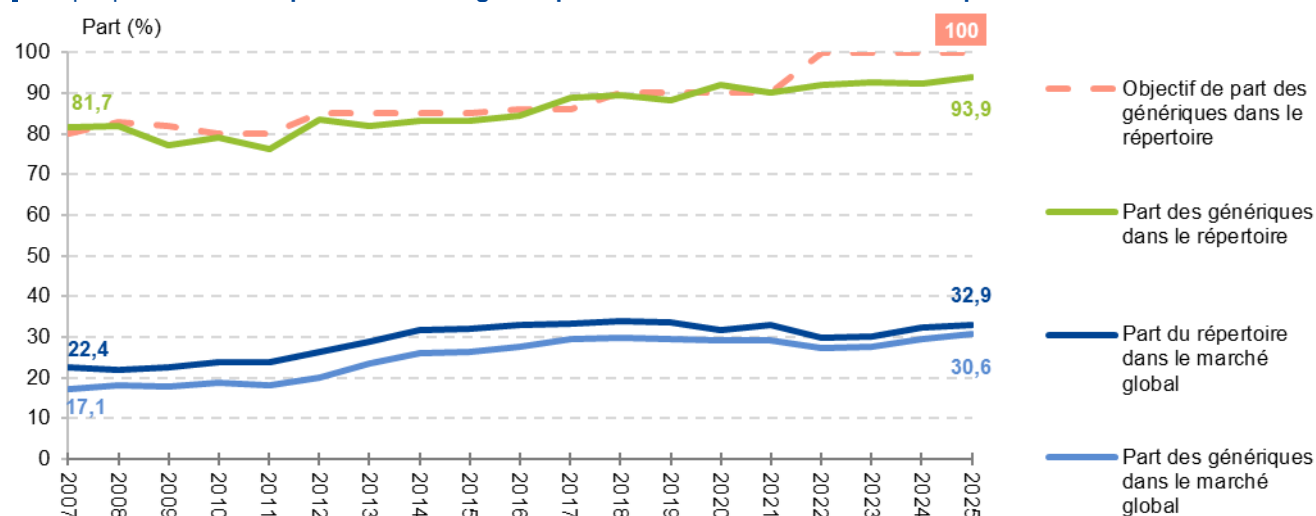
Finalité L'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a initié une réforme de la substitution des médicaments génériques. Cette réforme réserve le recours à la mention « non substituable » (NS) aux seuls cas où elle est médicalement justifiée¹ et limite pour un princeps la base de remboursement de l'assuré, dans les situations qui ne sont pas médicalement justifiées, à la base de remboursement la plus chère des génériques correspondants.

Actualisation des dispositifs La nouvelle convention signée par les syndicats des pharmaciens et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en 9 mars 2022 intègre une rémunération liée au bon usage des produits de santé incitant entre autre à une meilleure pénétration des médicaments génériques avec un focus sur les molécules nouvellement génériquées.

Résultats En 2025, le taux de substitution progresse à nouveau et atteint 93,9% en décembre 2025 soit 1,4 point de plus qu'en décembre 2024.

Dans le marché total, la part des génériques non soumis à TFR avait presque doublé entre 2005 et 2010, passant de 10,2 % à 18,7 %, sous le double effet de la pénétration des génériques au sein du répertoire et de la diffusion du répertoire dans le marché. Elle connaît une croissance notable à partir de 2012 avec l'intégration dans la convention pharmacien d'une rémunération incitative pour la substitution. En 2025, la proportion des génériques non soumis à TFR dans le marché global est légèrement plus élevée que l'année précédente soit à 30,6 %.

Graphique 1 • Taux de pénétration des génériques en nombre de boîtes dans le répertoire



Source : Cnam

Champ : régime général (qui intègre le RSI depuis 2020), hors sections locales mutualistes, France métropolitaine

Note de lecture : en décembre 2025, les ventes de génériques représentent 93,9 % du nombre de boîtes vendues dans les groupes non soumis à tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) du répertoire en vigueur au 30 juin 2024 (hors Levothyroxine). En moyenne sur l'année 2025, la part du répertoire (hors TFR) en vigueur au 30 juin 2024 (hors Levothyroxine) dans le marché total atteint 32,9% tandis que les génériques inscrits à ce répertoire représentent 30,6% du nombre de boîtes remboursées.

Note : A partir de 2016 les objectifs sont fixés sur l'ensemble de l'année ; le taux moyen constaté en 2023 est de 91,8%. Le tableau contient la valeur du mois de décembre 2023 par cohérence avec l'historique des données. En 2020, le taux de substitution progresse de 3,5 points du fait de la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS de 2019

Historique

En lien avec la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) et du renforcement du « tiers payant contre génériques », le taux de substitution des génériques a augmenté de plus de 12 points depuis avril 2012, atteignant un taux historique de 83,4 % au 31 décembre 2012 sur la base du répertoire de référence au 30 juin 2011

¹ Les justifications médicales permettant d'avoir recours à la mention NS sont définies dans l'arrêté du 19/11/2019

hors tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Il s'est ensuite stabilisé en 2013, pour atteindre 81,8 % au 31 décembre 2013 sur la base du répertoire de référence au 30 juin 2012 hors TFR. Le changement de répertoire entre deux années conduit mécaniquement à une diminution du taux de substitution, le temps que les génériques des spécialités nouvellement inscrites au répertoire gagnent en parts de marché. En 2014, ce taux connaît à nouveau une légère croissance et se situe à 83,2 % au 31 décembre 2014 sur la base du répertoire de référence au 30 juin 2013 hors TFR. En 2015, il reste stable puis progresse à nouveau pour atteindre 84,3 % en décembre 2016.

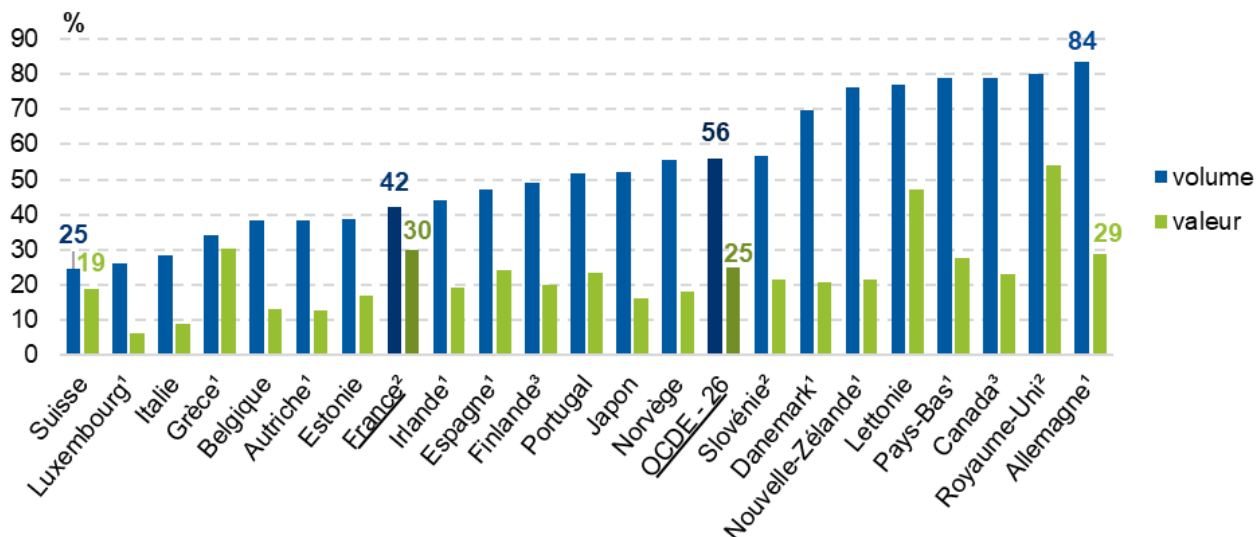
En 2017, le taux de substitution progresse de 4,6 points (88,9 % en décembre), du fait, en partie, de l'exclusion de la Levothyroxine du répertoire conventionnel suite à une offre générique insuffisante entraînant une augmentation mécanique du taux de substitution de 3 points environ. Ainsi, le taux moyen constaté sur l'ensemble de l'année 2017 de 88,1 % ne peut pas être directement comparé à celui constaté en 2016. Le taux moyen de substitution en 2016 recalculé en excluant la Levothyroxine du répertoire est de 87,1 % (contre 83,4 % y compris Levothyroxine). On peut donc dire qu'en 2017, on observe une progression d'1 point de la substitution par rapport à 2016. En décembre 2018, il augmente de 0,5 point de plus qu'en décembre 2017 (89,4 %).

En 2020, le taux de substitution atteint son plus haut niveau (91,9 % en décembre, soit 3,6 points de plus qu'en décembre 2019). Sur l'ensemble de l'année 2020 le taux moyen constaté est de 91,6 % soit +3,9 points par rapport à 2019. Cette importante progression est liée à la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS de 2019.

On observe, en parallèle à la progression du taux de substitution, une importante baisse du recours à la mention « non substituable (NS) » sur le répertoire des génériques (1,3 % en 2023 contre 7,9 % en 2019 soit 6,6 points en moins).

Malgré des taux de substitution élevés, la part des médicaments génériques dans le marché total pharmaceutique demeurerait relativement faible en France par rapport à certains de ses voisins. Toutefois, l'interprétation de ces données est complexe et difficile à comparer. En effet, les méthodes de comptabilisation varient d'un pays à l'autre : certaines sont basées sur le nombre de boîtes de médicaments, tandis que d'autres se réfèrent au nombre de doses journalières. De plus, les périmètres de calcul diffèrent également selon les pays (cf. (1) et (2), note sous le graphique). La France par exemple, se base exclusivement sur les pharmacies de proximité.

Graphique 2 • Génériques dans le marché pharmaceutique total en 2023



(1) Marché des produits pharmaceutiques remboursés, à savoir le sous-marché sur lequel un tiers payeur rembourse les médicaments

(2) Marché des pharmacies de ville

(3) Données de 2022 ou antérieures

Source : OCDE - Statistiques sur la santé 2025

Précisions sur le dispositif Après le droit de substitution accordé aux pharmaciens en 1999, l'accord relatif à la fixation d'objectifs de délivrance de spécialités génériques, signé le 6 janvier 2006 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines, a constitué un puissant catalyseur du développement des génériques. La nouvelle convention pharmaceutique conclue le 4 avril 2012 et entrée en vigueur le 7 mai 2012 a notamment mis en place une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) pour les pharmaciens. Le champ « efficacité de la pratique » de la ROSP porte sur le taux de substitution générique, dans le but de favoriser et de valoriser l'effort des pharmaciens dans ce domaine. Conjointement, ont été décidés avec les parties signataires, la généralisation et le renforcement du dispositif dit « tiers payant contre génériques » subordonnant le bénéfice de la dispense d'avance de frais à l'acceptation des médicaments génériques par les assurés sociaux.

Les travaux initiés en 2020 pour adapter la ROSP à la mise en œuvre de l'article 66 de la LFSS pour 2019 ont abouti à la transformation de la ROSP générique dans la nouvelle convention des pharmaciens d'officines signée le 9 mars 2022.

Construction de l'indicateur Le taux de pénétration des génériques présenté dans cet indicateur est la part des génériques dans le répertoire. Il est calculé en rapportant les ventes de médicaments génériques en volume (nombre de boîtes) aux ventes du répertoire.

Le répertoire liste, pour chaque médicament de référence (ou princeps), les spécialités génériques qui lui sont associées. Il est tenu par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Le répertoire évolue en fonction de l'arrivée à échéance des brevets ; c'est pourquoi il est important de dater le répertoire auquel il est fait référence. L'indicateur permet donc de rendre compte de la place des génériques dans leur marché potentiel puisque les génériques n'ont lieu d'être que si le brevet de la molécule a expiré.

Il est également courant d'apprécier le taux de pénétration des génériques dans le marché global, en rapportant les ventes de médicaments génériques aux ventes totales du marché, pour estimer l'importance des génériques dans le marché total (cf. dernière ligne du tableau).

Précisions méthodologiques Les calculs relatifs à ces indicateurs sont réalisés par la Cnam sur des données du régime général, de France métropolitaine, hors sections locales mutualistes.

Les groupes sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) ne sont pas considérés dans les calculs tout comme ceux dans lesquels l'offre générique est nulle ou a été jugée insuffisante (exclusion de la Levothyroxine du répertoire conventionnel en 2019 du fait d'une offre générique insuffisante). Ces conventions correspondent à celles retenues dans les accords conclus entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des pharmaciens d'officines. Pour information, si l'on inclut les groupes génériques soumis au TFR, la part des médicaments génériques dans le marché est de 45 % et la part du répertoire dans le marché à 50,6% en 2025.

Il est important de noter qu'à partir de 2016 les indicateurs permettant le suivi des objectifs fixés par l'avenant à l'accord générique sont calculés sur l'ensemble de l'année. Ainsi, le taux moyen de génériques constaté sur 2016 est de 87,7 %. Le taux de génériques est tout de même calculé sur le mois de décembre 2025 pour garder une cohérence avec l'historique des données. La part du répertoire et celle des génériques dans le marché global sont calculées sur l'année entière 2025.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : Cnam

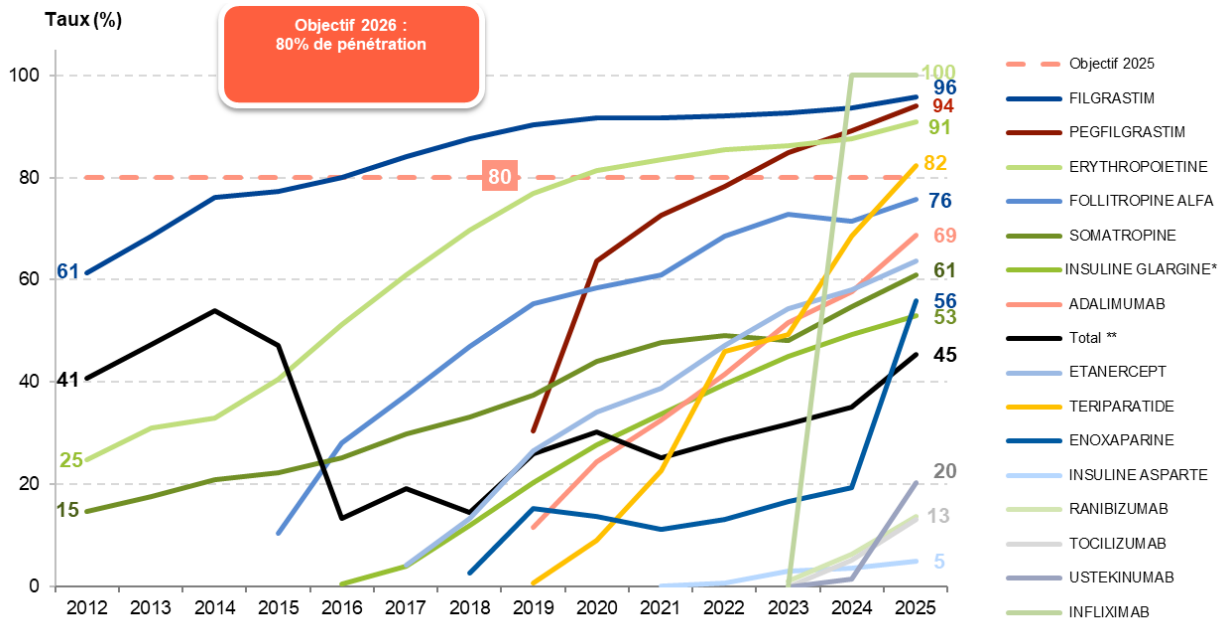
2.11.5. Taux de pénétration des médicaments biosimilaires

Un « biosimilaire » est un médicament cliniquement équivalent à un médicament biologique de référence dont le brevet est tombé dans le domaine public

Finalité Le développement des biosimilaires constitue un enjeu essentiel d'efficacité pour l'assurance maladie dans les prochaines années. Il figure comme l'une des priorités de la stratégie nationale de santé en matière d'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des prescriptions de produits de santé. Un objectif de 80 % de pénétration de biosimilaires sur leur marché de référence a ainsi été fixé pour 2026.

Résultats Les biosimilaires représentent 45 % des volumes de vente des spécialités appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires en 2025 soit 10 points de plus qu'en 2024.

Graphique 1 • Taux de pénétration des médicaments biosimilaires



Source : CNAM.

Champ : tous régimes, France entière.

* Insuline Glargine est ici définie en excluant les volumes de TOUJEO qui n'a pas encore de biosimilaire.

**Sont incluses dans le répertoire les molécules inscrites sur la liste de référence de l'ANSM et qui ont au moins un biosimilaire commercialisé en ville et remboursé sur l'année de référence du calcul

*** INFLIXIMAB a un taux de biosimilaire à 100% en ville car son référent REMICADE est réservé à l'hôpital

Note de lecture : en 2025, les ventes de biosimilaires représentent 96 % du nombre de boîtes vendues pour FILGRASTIM.

Les trois molécules qui ont les taux de recours aux biosimilaires les plus élevés restent FILGRASTIM, PEGFILGRASTINE et ERYTHROPOIETINE avec respectivement 96 %, 94 % et 91 % en 2025. Leurs biosimilaires sont commercialisés depuis plusieurs années et ont fait l'objet d'actions spécifiques portées par l'Assurance Maladie visant à promouvoir leur prescription au niveau des établissements et leur substitution au niveau des officines pour la FILGRASTIM et la PEGFILGRASTINE.

Les molécules ayant des biosimilaires depuis plusieurs années qui connaissent les plus fortes progressions de leur taux de recours aux biosimilaires en 2025 sont ENOXAPARINE, TERIPARATIDE et ADALIMUMAB avec respectivement +37 points, +14 points et +11 points par rapport à 2024 et atteignent respectivement 56%, 82% et 69% en 2025. Ces molécules sont substituables par les pharmaciens depuis le 20 février 2025.

A noter, l'arrivée des biosimilaires du groupe INFLIXIMAB en ville en 2024. Le taux de biosimilaires est à 100% parce que le référent du groupe REMICADE est réservé à l'hôpital et ne sort donc pas en ville.

Les molécules ayant un taux de recours aux biosimilaires quasiment nul sont celles ayant une commercialisation très récente de leurs biosimilaires (OMALIZUMAB, AFLIBERCEPT, DENOSUMAB).

Précisions sur le dispositif Des mesures ont été prises pour augmenter le recours aux médicaments biosimilaires. On peut notamment citer à cet égard :

- Le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires prévu à l'avenant 9 à la Convention Médicale signé le 30 juillet 2021 a été largement renforcé par convention médicale 2024-2029. Il

valorise l'engagement des médecins libéraux dans une démarche de qualité et d'efficacité des prescriptions et dans l'accompagnement de leurs patients au changement de prescription. Il valorise ainsi l'effort et le temps consacrés par le médecin à accompagner le patient. L'intéressement est basé sur un partage de l'économie générée par la prescription d'un médicament biosimilaire, à hauteur de 10 % pour les médecins libéraux en 2024 (versus 20% en 2023). [La liste des molécules](#) incluses dans le dispositif est actualisée au fil du temps pour intégrer les nouveaux groupes biologiques.

- La nouvelle convention avec les représentants des pharmaciens, signée le 9 mars 2022, donne un rôle prépondérant pour le pharmacien dans le cadre de la juste dispensation des produits de santé et notamment dans le développement des médicaments biosimilaires

- La substitution des médicaments biosimilaires par le pharmacien est autorisée par la LFSS pour 2022 sous certaines conditions, précisées par l'article L.5125-23-2 du code de la santé publique qui détaille la liste des groupes biologiques similaires concernés. Cette liste est modifiée par arrêté au fil de l'eau en se basant sur les avis de l'ANSM :

- Substitution pour dix groupes biologiques similaires [arrêté du 4 décembre 2025](#);
- Le prescripteur ne doit pas avoir exclu la possibilité de cette substitution par une mention expresse et justifiée portée sur l'ordonnance, tenant à la situation médicale du patient ;
- Le pharmacien doit procéder à l'enregistrement du nom du médicament, délivré par substitution et son numéro de lot par tous moyens adaptés ;
- Le pharmacien doit informer le prescripteur et le patient de cette substitution.

- La LFSS 2026 introduit dans son article 87, la prescription en DCI, l'extension de la mesure de mise sous tarif ajusté (TRA) aux groupes biosimilaires et la mise en œuvre du tiers-payant contre biosimilaires ainsi que l'encadrement strict de la mention « non substituable ».

Construction de l'indicateur Le taux de pénétration des biosimilaires est calculé en rapportant les ventes de médicaments biosimilaires en volume (nombre de boîtes) à l'ensemble des ventes des groupes biologiques similaires (référents + biosimilaires).

La liste de référence des groupes biologiques similaires comporte les médicaments inclus dans chaque groupe biologique similaire au sens du b du 15° de l'article L. 5121-1. Elle est tenue par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Cette liste évolue en fonction de l'arrivée à échéance des brevets.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.11.6. Consommation d'antibiotiques en ville

Finalité La forte consommation d'antibiotiques se traduit par une diminution de l'efficacité de ces médicaments, en raison du développement de résistances. C'est pourquoi la maîtrise de la consommation d'antibiotiques est une priorité de santé publique, tout autant qu'un enjeu de la régulation des dépenses de santé.

Depuis 25 ans, des efforts ont été déployés dans le monde entier pour optimiser l'utilisation des antibiotiques comme moyen de lutter contre l'augmentation de la résistance aux antibiotiques. Cette résistance est considérée comme l'une des plus grandes menaces pour la santé publique dans l'UE/EEE, avec des niveaux élevés de résistances signalés pour plusieurs espèces bactériennes importantes et entraînant environ 33 000 décès attribuables à des infections par des bactéries résistantes aux antibiotiques chaque année. En 2015, 5 500 décès étaient en lien avec des infections dues à des bactéries résistantes aux antibiotiques en France¹.

Les infections et la résistance des bactéries aux antibiotiques sont un enjeu majeur de santé publique qui nécessite une mobilisation collective, que l'on soit professionnel de santé, patient ou citoyen. La stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance définit et cadre les grandes orientations à l'échelle nationale et les décline en 42 actions concrètes à réaliser d'ici 2025. Cette stratégie en santé humaine s'inscrit dans la continuité de la feuille de route interministérielle 2016 pour la maîtrise de l'antibiorésistance et repose sur deux piliers que sont les actions de prévention et contrôle des infections et celles promouvant le bon usage des antibiotiques.

En juin 2017, la Commission européenne a adopté un plan d'action européen « One Health » contre la résistance antimicrobienne (au niveau santé humaine, santé animale et environnementale) ² afin d'aider l'UE et ses États membres à proposer des solutions innovantes, des réponses efficaces et durables à la résistance antimicrobienne. L'une des clés de ce plan est de promouvoir l'utilisation prudente d'antimicrobiens, surveillée par un nombre limité d'indicateurs déjà collectés permettant de mesurer les progrès et l'efficacité des mesures des politiques mises en œuvre.

Résultats En France, l'exposition aux antibiotiques en médecine de ville a diminué depuis la mise en place, au début des années 2000, du premier « Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques ». La consommation a atteint 22,3 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 personnes par jour en 2023.

Tableau 1 • Consommation d'antibiotiques en France par classe d'antibiotiques

Classe ATC	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Structure 2013	Structure 2019	Structure 2020	Structure 2021	Structure 2022	Structure 2023	Evolution 2013-2023	Objectif
J01A - Tétracyclines	3,4	3,2	2,9	3,1	2,8	2,7	13,5%	13,7%	15,6%	15,6%	12,2%	12,3%	-18,0%	< 20 DDJ / 1000 hab/jour d'ici 2025
J01C - Bêta-lactamines, Pénicillines	12,4	13,3	10,1	11,0	13,0	13,1	49,9%	57,2%	54,0%	55,6%	57,7%	58,7%	5,5%	
dont J01CA04 - Amoxicilline	7,1	8,6	6,0	6,9	8,1	8,5	28,5%	36,8%	32,1%	34,9%	35,9%	37,9%	19,4%	
dont J01CR02 - Amoxicilline & inhibiteur d'enzyme	4,9	4,3	3,6	3,9	4,5	4,2	19,7%	18,4%	19,5%	19,4%	20,0%	18,7%	-14,6%	
J01D - Autres bêta-lactamines	2,2	1,3	0,9	0,9	1,1	1,1	9,0%	5,5%	4,7%	4,5%	4,8%	4,9%	-51,7%	
dont J01DD & J01DE Céphalosporines de 3ème et 4ème génération	1,6	1,0	0,7	0,7	0,9	0,9	6,3%	4,3%	3,9%	3,7%	3,8%	3,9%	-45,1%	
J01E - Sulfamides et triméthoprime	0,3	0,4	0,5	0,5	0,5	0,5	1,1%	1,8%	2,4%	2,5%	2,3%	2,3%	85,6%	
J01F - Macrolides	3,5	2,8	2,3	2,4	3,1	3,1	14,1%	12,0%	12,5%	11,9%	13,8%	13,8%	-11,8%	
J01G - Aminosides	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	-54,1%	
J01M - Quinolones	1,8	1,2	1,1	1,0	1,1	1,0	7,4%	5,2%	5,8%	5,0%	5,1%	4,6%	-44,4%	
J01R - Associations d'antibactériens	0,8	0,6	0,5	0,5	0,4	0,3	3,1%	2,5%	2,9%	2,7%	1,9%	1,5%	-56,8%	
J01X - Autres antibactériens	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	0,4	1,8%	1,9%	2,0%	2,2%	2,1%	2,0%	-3,0%	
Total	24,9	23,3	18,7	19,9	22,6	22,3	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-10,2%	

Source: ANSM

Note de lecture : Consommations exprimées en nombre de DDJ/1 000 habitants/jour

En effet, au cours de ces dix dernières années, une diminution régulière de la consommation d'antibiotiques a été observée entre 2013 et 2019, suivie d'une forte baisse en 2020. Cette consommation a cependant de nouveau augmenté depuis 2021. Le niveau de consommation de 2023 demeure toutefois inférieur à celui de 2019.

En restreignant la diffusion des maladies infectieuses, les gestes barrières et le confinement de la population avaient concouru à une moindre utilisation d'antibiotiques en 2020. Toutefois, ces facteurs ont peu joué en 2021, 2022 puis 2023. Les gestes barrières ont été allégés ou rendus facultatifs et une reprise des pathologies hivernales a été observée. Ces épidémies ont contribué à la forte progression de la consommation en fin d'année 2022. En effet, les syndromes grippaux se sont caractérisés en 2022-2023 par une épidémie exceptionnellement longue. De même, une recrudescence des bronchiolites est observée depuis deux ans chez les jeunes enfants.

La structure de la consommation n'a pas été modifiée : la part des Bêta-lactamines, pénicillines a régulièrement augmenté et représentait en 2023 près de 59 % de la consommation d'antibiotiques en ville. Au sein de cette classe, les pénicillines à large spectre (essentiellement l'amoxicilline) constituaient à elles seules près de 38 % des consommations.

¹ Cassini, A and al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Lancet Infect. Dis. 19, 56–66. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(18\)30605-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(18)30605-4). supplementary appendix p. 214

² European Commission. A European One Health Action Plan against Antimicrobial Resistance (AMR), COM/2017/339. Communication from the European Commission to the Council and the European Parliament. Brussels: European Commission; 2017. Available from: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=COM:2017:339:FIN>

L'année 2023, a été marquée par une progression des céphalosporines et de l'azithromycine, antibiotique de la classe des macrolides. Enfin, l'utilisation des quinolones a fortement diminué, que l'on raisonne en nombre de DDJ/1 000 habitants ou en part de consommation.

En ce qui concerne la dépense engendrée par la consommation d'antibiotiques, la part des génériques y est prépondérante. En 2023, selon les données de Medic'am, les génériques représentaient 85,4 % du nombre total de boîtes d'antibiotiques remboursées par l'ensemble des régimes d'assurance maladie et les antibiotiques ne représentaient que 1,6 % du montant total de la dépense de médicaments délivrés en ville et remboursés.

Tableau 2 • Consommation d'antibiotiques en Europe (secteur ville)

DDJ/1000 habitants/Jour	2013	2015	2017	2019	2020	2021	2022	2023	Evolution 2013-2023	Evolution 2019-2023	OBJECTIF
Pays-Bas	9,6	9,5	8,9	8,7	7,8	7,6	8,3	8,8	-8%	1%	Diminution de 20 %, d'ici 2030, en prenant comme année de référence 2019
Allemagne	14,5	13,1	13,8	11,4	9,0	8,1	10,0	11,7	-19%	3%	
Suède	12,6	11,9	11,3	10,3	8,9	8,7	9,6	ND	NA	NA	
Royaume-Uni	18,3	17,9	17,1	14,9	NA	NA	NA	NA	NA	NA	
Espagne	16,2	17,5	25,0	23,3	18,2	18,5	21,7	22,5	39%	-3%	
Tchéquie	16,9	17,4	ND	16,9	13,4	11,5	13,9	15,0	-11%	-11%	
Pologne	20,5	22,8	23,8	22,2	17,2	18,8	22,3	21,8	7%	-2%	
Bulgarie	17,3	18,8	18,9	19,1	20,7	22,4	24,2	24,6	42%	29%	
Belgique	22,6	22,8	21,1	19,8	15,3	16,0	19,0	19,1	-15%	-3%	
Italie	23,3	22,4	19,0	19,8	16,5	16,0	20,0	21,2	-9%	7%	
France	24,9	24,5	23,7	23,3	18,7	19,9	22,6	22,3	-10%	-4%	
Grèce	28,0	31,3	32,1	32,4	26,4	21,8	31,2	26,7	-5%	-18%	
EU/EEA	19,6	19,7	18,5	18,0	15,0	15,0	17,8	18,4	-6%	2%	

Source : ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control – Centre européen de contrôle et de prévention des maladies. Surveillance of antimicrobial consumption in Europe) et ANSM (pour les données françaises).

Note : ND = non déterminé ; DDJ = « Dose définie journalière » (cf précisions méthodologiques) Note de lecture : La France est passée de 24,9 doses définies journalières pour 1 000 habitants en 2013 à 18,7 en 2020

En 2023, le réseau européen de surveillance de la consommation d'antibiotiques (réseau ESAC-NET) situait la consommation globale d'antibiotiques en France au 4^{ème} rang de celle des pays européens les plus consommateurs d'antibiotiques (cf. *tableau 2*).

La consommation globale moyenne ajustée sur la taille de la population des pays a diminué de 19,6 en 2013 à 18,4 DDJ / 1 000 Hab / J. en 2023. Tous les pays ont vu leur consommation chuter en 2020. Cependant en 2023 la situation s'est inversée et la consommation a de nouveau augmenté pour la majorité d'entre eux.

Précisions méthodologiques La mesure de la consommation d'antibiotiques en France, est exprimée en doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 personnes et par jour.

Initiée par les pays scandinaves, puis reprise par l'Organisation Mondiale de la Santé, la « Dose Définie Journalière », a pour objectif de favoriser les comparaisons internationales en éliminant les difficultés de mesure liées à l'hétérogénéité des tailles de conditionnement et aux différences de dosage des médicaments d'un pays à l'autre. Le calcul des DDJ repose sur la détermination préalable **d'une dose quotidienne de référence** pour un adulte de soixante-dix kilos dans l'indication principale de chaque substance active. Cette dose moyenne - établie de façon consensuelle - ne reflète pas nécessairement la posologie recommandée par l'AMM ni la posologie effective : elle constitue avant tout un étalon de mesure. Chaque présentation d'un médicament peut ainsi être convertie en nombre de DDJ. Dès lors, si le nombre total de boîtes vendues au cours d'une année est connu, la consommation exprimée en nombre de DDJ peut être calculée pour chaque substance active. Les regroupements de médicaments peuvent alors être effectués selon leur indication thérapeutique et leur caractéristique chimique déterminés par la classe ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) contrôlé par l'OMS. Cette classification est actualisée chaque année.

Pour tenir compte des différences de population d'un pays à l'autre, le nombre de DDJ est divisé par le nombre total d'habitants (enfants compris) et les résultats sont présentés pour mille habitants et par jour. Les résultats présentés ici ont été calculés à partir des données de ventes déclarées chaque année à l'ANSM par les exploitants de spécialités pharmaceutiques. Elles ont été rapportées à la population française (départements d'outremer inclus) en milieu d'année. Ce sont ces données annuelles, exprimées en nombre de DDJ, qui sont transmises au Centre européen de contrôle et de prévention des maladies (ECDC).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : ANSM

2.11.7. Pénuries et ruptures de stock de médicaments

Finalité L'accès continu aux médicaments est essentiel pour garantir la continuité de l'offre de soins. L'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) recense chaque année les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur touchés par des ruptures ou des risques de ruptures de stock, grâce aux signalements effectués par les laboratoires, ceux-ci ayant l'obligation d'informer l'ANSM de tout risque de rupture en amont de sa survenue.

Les ruptures et risques de ruptures de stock déclarées à l'ANSM par les laboratoires pharmaceutiques se définissent comme l'impossibilité de fabriquer ou d'exploiter un médicament (CSP Article R5124-49-1). Ces ruptures peuvent conduire ou non à un second risque de rupture : les ruptures d'approvisionnement, définie comme l'incapacité pour une pharmacie de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures.

Résultats

Un **signalement de ruptures** correspond à une situation dans laquelle le laboratoire ne dispose plus de stock ou d'un stock très limité réservé à une situation d'urgence. Un signalement de **risque de ruptures** correspond à une situation dans laquelle le stock est inférieur au stock de sécurité défini pour cette spécialité par le décret n°2021-349 du 31 mars 2021. Il peut faire suite à une augmentation forte et anticipée de la demande, à des approvisionnements insuffisants ou retardés, ou encore à des difficultés de production. Un signalement de risque peut basculer en rupture et vice versa en fonction de l'évolution de la situation.

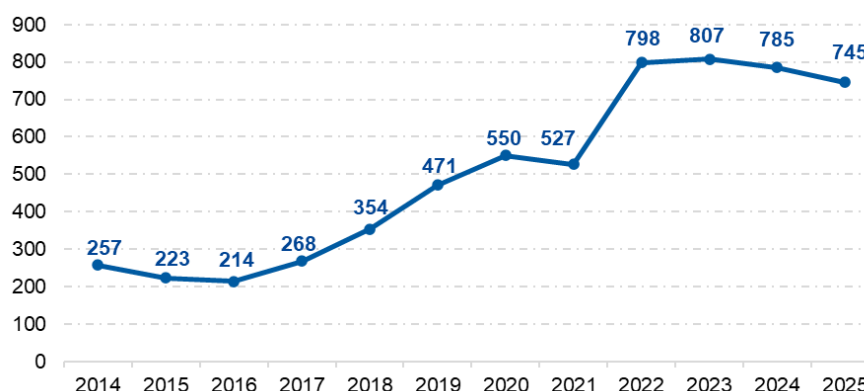
Après une augmentation en 2023, le nombre de molécules (dénominations communes internationales ou DCI) concernées par au moins un signalement de rupture ou de risque de rupture diminue en 2024 (-3% par rapport à 2023) et en 2025 (-5% par rapport à 2024). A noter, à partir de 2022, la classification des DCI a été modifiée ce qui entraîne une augmentation du nombre de DCI par rapport à 2021. Ainsi, l'évolution observée sur le graphique entre 2021 et 2022 est légèrement surévaluée de ce fait. Comme les années précédentes, les classes les plus touchées par ces signalements sont celles des médicaments cardiovasculaires, du système nerveux central et des anti-infectieux.

L'évolution des signalements au cours des dernières années s'explique en partie par le renforcement des obligations déclaratives des laboratoires pharmaceutiques dans le cadre des plans visant à réduire les risques de rupture de stock de médicaments.

Cette augmentation de signalements s'explique également par une fabrication des médicaments de plus en plus complexe, à la fois réglementairement et techniquement, du fait d'un morcellement des étapes de fabrication. Elle provient également d'une demande mondiale croissante, notamment de la part de pays émergents, avec des capacités de production qui n'ont pas augmenté dans les mêmes proportions.

En 2012 puis 2016, plusieurs dispositifs ont été élaborés pour lutter contre les situations de rupture permettant d'encadrer et de renforcer l'approvisionnement en médicaments. Néanmoins, ils n'ont pas permis de pallier suffisamment les pénuries (cf. Graphique 1). Aussi, dans le prolongement de la feuille de route « pénuries » lancée en 2019, des mesures ont été adoptées dans le cadre de la LFSS pour 2020, conduisant à de nouvelles obligations pour les acteurs du circuit de distribution et de fabrication.

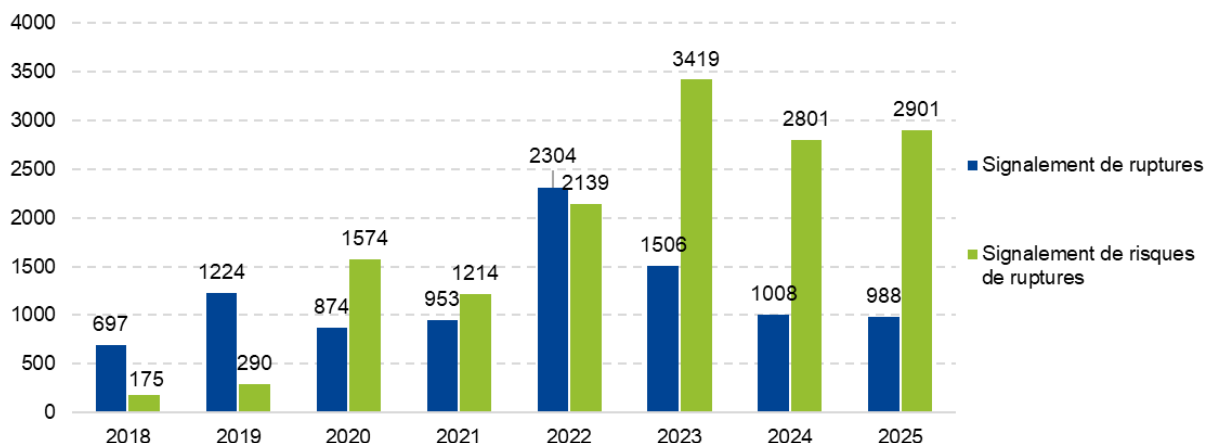
Graphique 1 • Nombre de molécules (DCI) concernées par au moins un signalement de rupture ou de risque de rupture



Note de lecture : En 2025, 785 dénominations communes internationales (DCI) sont concernées par au moins un signalement. Attention, il y a une rupture de tendance entre 2021 et 2022.

Source : ANSM

Graphique 2 • Signalements de ruptures ou de risques de ruptures



Note de lecture : En 2025, 988 signalements de ruptures ont été enregistrés.

Source : ANSM

Entre 2024 et 2025, le nombre de signalements de ruptures a légèrement reculé de 2 % passant de 1 008 en 2024 à 988 en 2025. Cette diminution reste toutefois moins marquée que celles observée en 2024 et 2023. Parallèlement, les signalements de risque de rupture ont légèrement augmenté de 4 % entre 2024 et 2025 après une baisse en 2024. Au total, le nombre de signalements a enregistré une légère augmentation globale de 2 % entre 2024 et 2025 (après -22% en 2024).

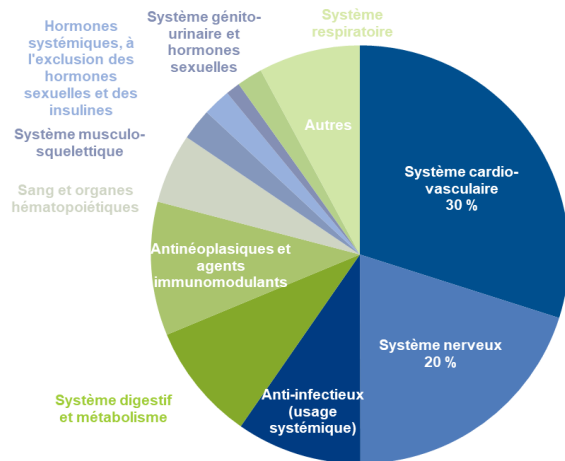
La forte hausse, du nombre de signalements pour risque déclarés entre 2019 et 2020 (+443 %) s'explique par plusieurs mesures ayant vocation à mieux prévenir les ruptures de médicaments et notamment à inciter les laboratoires pharmaceutiques à déclarer les risques de ruptures auprès de l'ANSM davantage en amont. La LFSS pour 2020 a notamment renforcé les sanctions financières pour les laboratoires ne respectant pas leurs obligations en la matière. Le 1^{er} octobre 2022, les lignes directrices des sanctions financières à l'égard des laboratoires ne respectant pas leurs obligations pour prévenir les pénuries ont été durcies. Les sanctions financières à ce titre ont atteint 8 millions d'euros en 2024.

En outre, le décret n°2021-349 publié le 20 mars 2021 instaure l'obligation, au 1^{er} septembre 2021, pour les entreprises pharmaceutiques, d'élaborer des plans de gestion des pénuries (PGP) pour tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). Ces PGP permettent de prévenir les ruptures de stocks et, en cas de difficultés d'approvisionnement, d'apporter dans les meilleurs délais des solutions pour assurer la continuité des traitements pour les patients concernés. Les industriels doivent également constituer un stock de sécurité pour tous les MITM qu'ils commercialisent en France. La forte augmentation observée entre 2021 et 2022 provient aussi du changement de nomenclature.

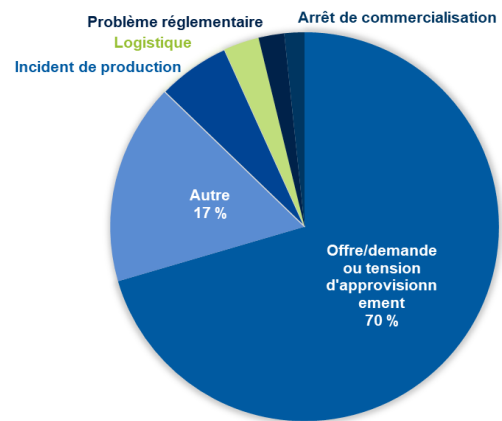
Comme les années précédentes, les classes thérapeutiques les plus touchées par des signalements de rupture ou de risques de rupture concernent les médicaments du système cardio-vasculaire et du système nerveux.

Les médicaments du système cardio-vasculaire et du système nerveux représentent la moitié des signalements (50,0 %, cf. Graphique 3). Les antinéoplasiques, les médicaments du système digestif et métabolisme, les médicaments anti-infectieux représentent quant à eux près d'un tiers (30 %).

Graphique 3 • Signalements par aire
Thérapeutique



Graphique 4 • Les rationnels de rupture



(1) A l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines
Source : ANSM

Les raisons évoquées par les laboratoires pour expliquer les ruptures ou risques de rupture

Ces ruptures ou risques de ruptures de stocks de médicaments ont des origines multifactorielles : difficultés survenues lors de la fabrication des matières premières ou des produits finis, défauts de qualité sur les médicaments, capacité de production insuffisante, morcellement des étapes de fabrication, etc. En 2025, selon les laboratoires, plus de la moitié des signalements sont causés par une tension sur l'offre et la demande ou à un défaut d'approvisionnement.

Précisions méthodologiques

La notion de rupture de stock est définie par le décret du 20 juillet 2016 comme « l'impossibilité pour un laboratoire de fabriquer ou d'exploiter un médicament ou un vaccin ». Cette notion se distingue de celle de rupture d'approvisionnement, définie comme « l'incapacité pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur (...) de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures ».

Les deux notions présentent des intérêts puisque la première permet d'insister sur les difficultés dans la chaîne d'approvisionnement en amont de la mise à disposition par l'exploitant alors que la seconde rend également compte des problématiques qui peuvent survenir dans la chaîne de distribution et offre une vision plus complète des conséquences des ruptures pour les usagers. Le terme de pénurie, utilisé dans cette étude mais non défini dans la loi, correspond à l'indisponibilité temporaire d'un médicament résultant d'une rupture de stock d'amont et/ou d'une rupture d'approvisionnement d'aval. Une liste actualisée de médicaments en rupture ou en risque de rupture est constamment disponible sur le site de l'ANSM. Un rapport d'activité est également publié pour chaque année écoulée, où sont notamment comptabilisées toutes les déclarations de ruptures ou de risques de ruptures.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.12. Garantir la pertinence des soins hospitaliers

2.12.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins dans les établissements

Contexte Depuis le 1^{er} janvier 2018, l'ensemble des objectifs de régulation des dépenses et d'amélioration des pratiques au sein des établissements de santé font l'objet d'un contrat d'amélioration de la qualité et d'efficience des soins (CAQES), conclu entre des établissements de santé, l'ARS et l'organisme local d'Assurance Maladie (contrat tripartite). Les CAQES expireront à la fin de l'année 2026 pour laisser place à deux dispositifs créés par la LFSS pour 2026 et dédiés à la pertinence des soins en établissements de santé :

- Le dispositif d'incitation financière à l'efficience et pertinence des soins (IFEP) qui aura vocation à recouvrir l'ensemble des établissements dans le territoire français, et qui prévoira des intéressements et/ou de pénalités pour chacun des indicateurs intégrés dans ce dispositif.
- Le dispositif de mise sous surveillance (MSS) qui visera notamment à suivre de manière ciblée les établissements en sur-recours sur les indicateurs retenus pour ce dispositif et à leur appliquer tout en dernier recours une pénalité financière.

Résultats

Le nombre d'établissements bénéficiant du dispositif CAQES a légèrement augmenté en passant de 1 104 établissements en 2023 à 1 171 établissements en 2024.

Le tableau 1 montre leur répartition par indicateurs et précise les montants moyens d'économies générées en 2024 par établissement :

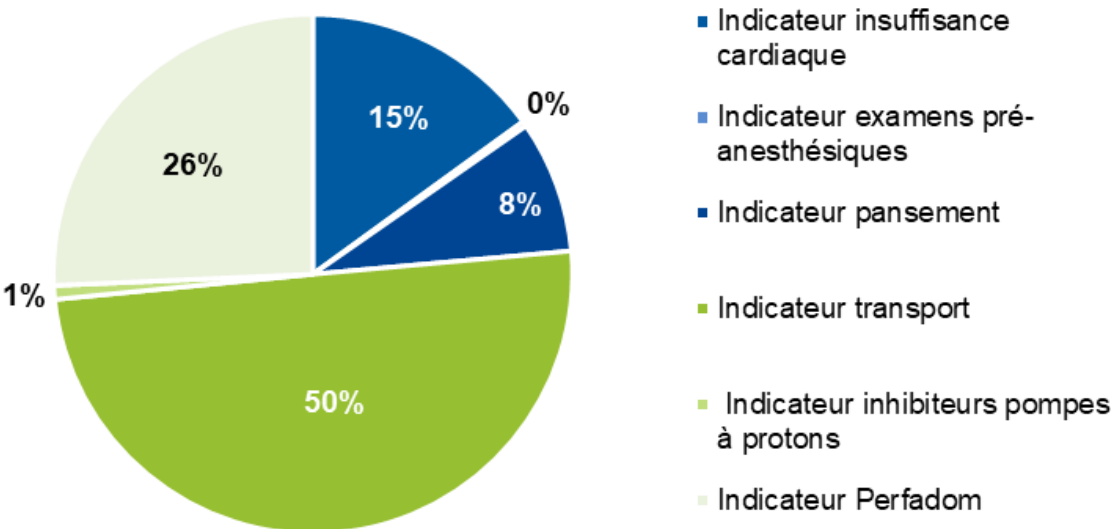
Tableau 1 • Répartition des établissements ciblés au niveau des indicateurs nationaux

	Indicateur insuffisance cardiaque	Indicateur examens pré-anesthésiques	Indicateur pansement	Indicateur transport	Indicateur inhibiteurs pompes à protons	Indicateur Perfadom
Nombre d'ES ciblés	255	319	116	347	188	368
Economies par ES ciblé (en €)	19 540	331	23 604	47 708	1 507	23 179

Ainsi, trois indicateurs nationaux ont confirmé leur fort potentiel d'économies par établissement : Transports, Pansements et Perfusions à domicile (ou Perfadom).

Au niveau global, sur l'ensemble des indicateurs nationaux, les économies générées en 2024 s'élèvent à 33,2 M€ et leur répartition entre les différents indicateurs sont précisés dans le graphique 1.

Graphique 1 • Economies générées en 2024 par rapport à 2023

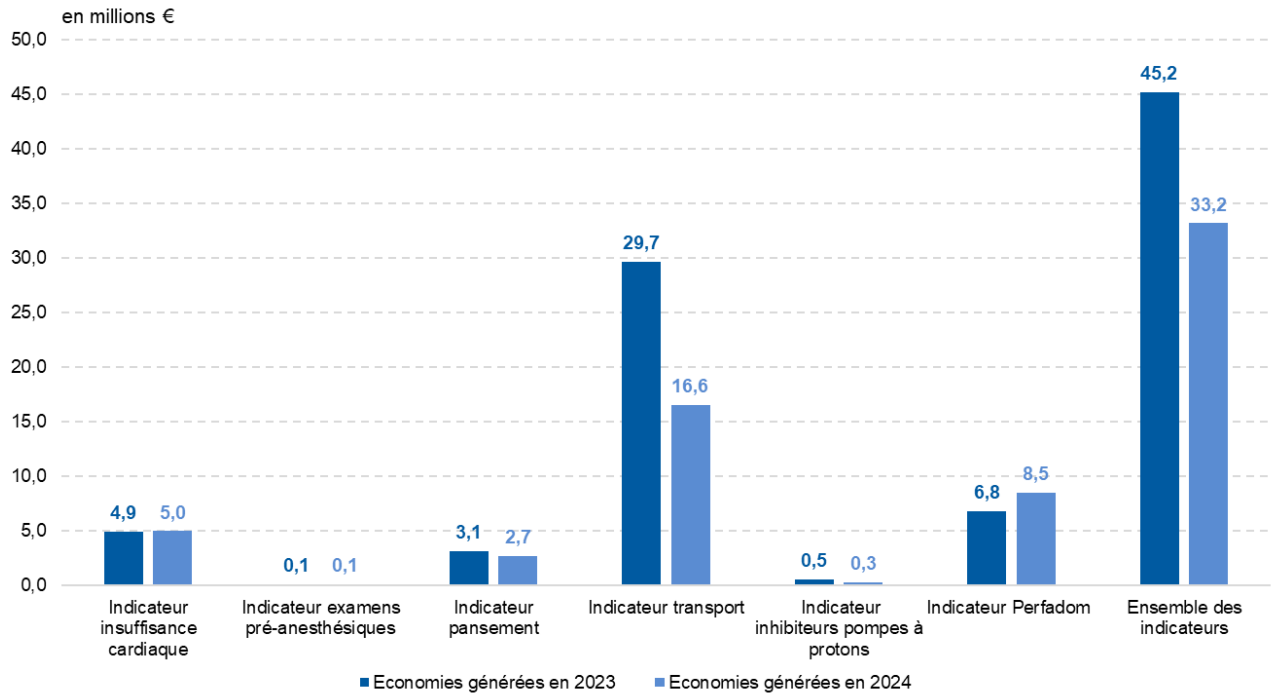


Tout comme l'année dernière, trois indicateurs ont concentré une grande part des économies : Transports, Perfadom et Parcours insuffisants cardiaques. A eux seuls, ils représentent en effet 91% d'économies. Il convient de noter que l'indicateur parcours insuffisants cardiaques, qui ne faisait pourtant pas partie du trio de tête en termes d'économies par

établissements, a été avantagé par le contingent d'établissements engagés sur cet indicateur plus important que pour l'indicateur pansements.

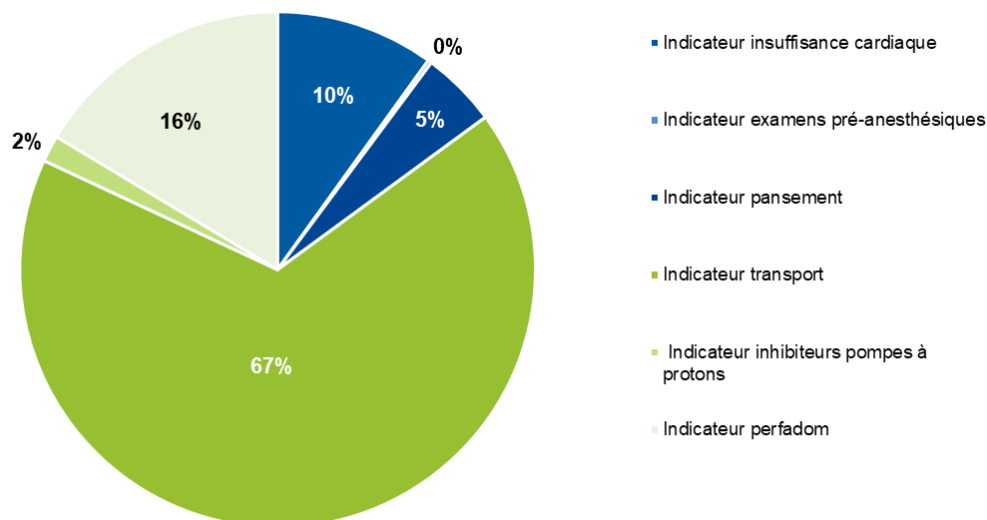
Ces économies nouvelles générées en 2024 ont été comparées à celles créées en 2023 (cf. graphique 2). Au niveau global, les économies nouvelles tendent naturellement à diminuer d'année en année en raison d'un effet de plafonnement : d'importants efforts ont d'ores et déjà été réalisés sur les années antérieures, rendant plus difficile l'atteinte de marges d'amélioration supplémentaires. Sur l'ensemble des indicateurs nationaux, elles ont ainsi diminué de 11,2 M€. A l'échelle d'un établissement sous CAQES, elles ont baissé de 12 600 K€.

Graphique 2 • Comparatif des économies générées en 2024 par rapport à celles créées en 2023



Le cumul d'économies générées par les indicateurs nationaux de juillet 2022 à décembre 2024 s'élève à 236,2 M€. Le graphique 3 illustre leur répartition par indicateur.

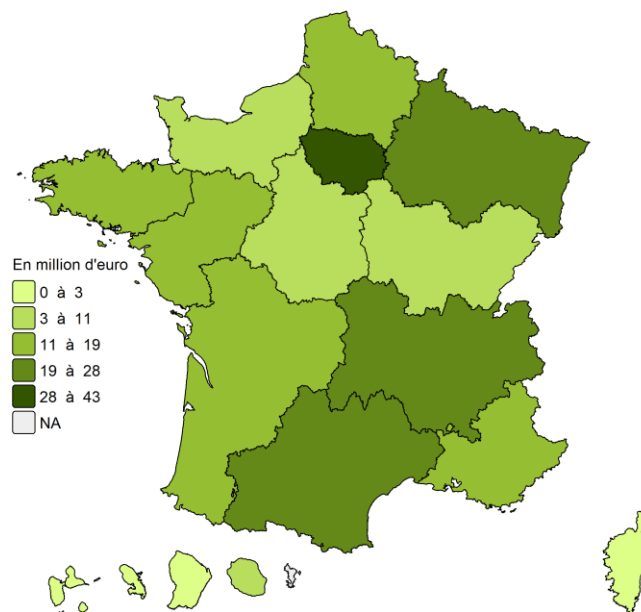
Graphique 3 • Répartition des économies cumulées depuis 2022 entre les indicateurs nationaux



Ainsi, l'indicateur Transports représente à lui seul 158,3 M€ d'économies cumulées. Néanmoins, sachant que cet indicateur a été particulièrement touché par la crise sanitaire en 2021 et par la réforme des transports urgents en 2022, le montant réel des économies générées sous l'effet du CAQES n'a pu être précisément délimité, notamment sur l'année 2022. Suivent les indicateurs Perfadom et Parcours insuffisants cardiaques avec respectivement 38,7 M€ et 23,5 M€ d'économies cumulées.

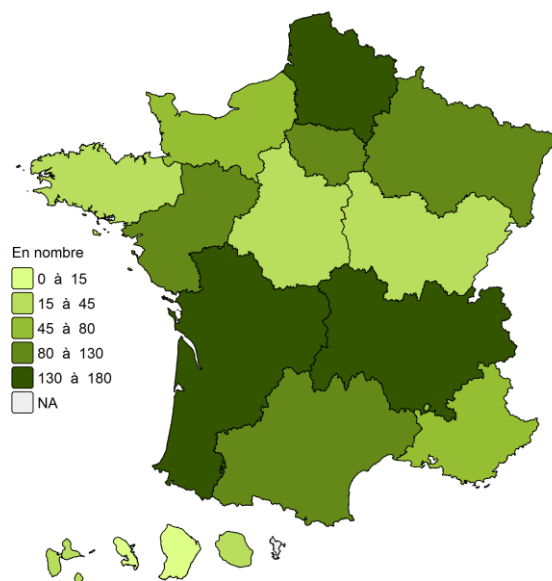
Par ailleurs, ce cumul d'économies 2022-2024 peut également être analysé sous le prisme géographique. Ainsi, la carte ci-dessous montre sa répartition entre les régions.

Carte 1 • Répartition des cumuls d'économies 2022 à 2024 entre les régions



Ces économies cumulées se sont principalement concentrées dans cinq régions : Ile de France, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est, Occitanie et Nouvelle Aquitaine. Il s'agit de régions qui comptabilisent davantage de contrats en 2024 (voir carte 2) et/ou qui ont probablement été particulièrement actifs en matière d'amélioration de la pertinence des soins en dépit d'un nombre moindre de contractualisations.

Carte 2 • Nombre d'établissements sous CAQES en 2024



Précisions méthodologiques A la suite des évolutions législatives apportées par la LFSS 2020, le CAQES rénové a été déployé au milieu de l'année 2022. Ainsi, la génération actuelle des CAQES est recentrée autour d'une quinzaine de priorités nationales et régionales et se base sur un double dispositif d'intéressement :

- Intéressement national qui est calculé, par indicateur national, en fonction des économies générées (suivant l'indicateur concerné, de l'ordre de 20 % ou 30 % des économies réalisées).
- Intéressement régional adossé aux indicateurs régionaux déterminés par les régions (7 indicateurs au maximum par région)

Ces indicateurs sont identifiés dans trois volets du CAQES :

- Volet « produits de santé » (bon usage des médicaments, des produits et prestations) avec quatre indicateurs nationaux (Prescription des inhibiteurs de pompes à protons ; Prescription d'égétimibe et associations ; Prescriptions forfaits de perfusions à domicile Perfadom ; Prescription de pansements)
- Volet « organisation des soins » (amélioration de l'organisation des soins portant notamment sur les transports) avec un indicateur national (Recours aux ambulances par rapport au transport assis)
- Volet « promotion de la pertinence des actes, prescriptions et prestations » avec deux indicateurs nationaux (Examens pré-anesthésiques ; Ré-hospitalisation après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque)

Organismes responsables de la production de l'indicateur : Cnam / DSS

2.12.2 Performance des établissements de santé dans la gestion des achats hospitaliers

Finalité Les achats hospitaliers constituent le deuxième poste de dépenses des établissements de santé (27 Md€ en 2021) après la masse salariale. Le programme PHARE (Performance hospitalière pour des achats responsables), lancé en 2011, a des objectifs de gains annuels à partir de 2012. Son objectif est de dégager des « économies intelligentes », c'est-à-dire mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte général de réduction budgétaire, tout en conservant le niveau actuel de qualité des soins.

Le programme PHARE était intégré au plan triennal 2015-2017, qui visait à générer 3 Md€ d'économies sur l'ONDAM sur la période 2015-2017. Il constituait l'une des huit actions prioritaires identifiées dans ce cadre. Dans cette période, le montant des économies attendues était de 1,2 Md€.

Le programme PHARE est désormais intégré au plan quinquennal ONDAM 2018-2022, pour un montant attendu d'économies de 1 946 M€ sur 5 ans.

Cette démarche de plan pluriannuel n'est pas reproduite à partir de 2023. Les résultats sont attendus et analysés année par année

Précisions sur le dispositif Concrètement, le programme PHARE promeut l'activation de l'ensemble des leviers d'un achat « réussi », notamment :

- la massification et la négociation des prix des produits achetés, en vue d'obtenir des prix raisonnables et justifiés ;
- la standardisation et la substitution des produits achetés, qui évite généralement les surcoûts liés à des produits trop spécifiques ou à de la surqualité ;
- le raisonnement en coût complet, favorisant l'anticipation sur le cycle de vie des produits achetés, sur leurs conditions précises d'utilisation ou d'installation et sur leur maintenance ;
- l'optimisation des processus achat (simplification administrative, utilisation optimale des règles de la commande publique, réduction des coûts d'interface, ...) ;
- la montée en efficience des processus logistiques (optimisation de la gestion des stocks et de la distribution entre les entrepôts et les services de soins, ...) ;
- l'activation du marché fournisseurs, qui nécessite une bonne connaissance des produits disponibles sur le marché et permet de faire jouer la concurrence entre fournisseurs, de détecter les innovations, de mettre en place des plans de progrès, ...

La performance économique de l'achat mesure toujours des dépenses évitées du fait de l'action de l'acheteur. L'indicateur valorisant la performance des achats hospitaliers inclut les gains (ou pertes) réalisés sur les dépenses d'achat mais aussi, le cas échéant, certains surcoûts de recettes du fait de l'action de l'acheteur (activités commerciales hospitalières : cafétérias, ...). L'indicateur présenté ici rapporte les gains d'achat réalisés au niveau national par les établissements publics de santé ou relevant du privé non lucratif, au périmètre traitable. Les gains d'achat sont des économies intelligentes, qui constituent des dépenses évitées du fait de l'action de l'acheteur sans dégrader la qualité des soins, voire en contribuant à l'améliorer à travers les réflexions partagées avec les prescripteurs d'achat.

Le périmètre traitable est défini comme l'ensemble des achats (tous domaines confondus, en exploitation comme en investissement : consommables médicaux et hôteliers, travaux, systèmes d'information, achats pharmaceutiques et médicaux, ...) sur lesquels l'acheteur peut agir dans le sens d'une démarche de progrès et de performance. Le périmètre traitable est à distinguer du périmètre traité qui recouvre les segments d'achat pour lesquels l'acheteur a effectivement activé des leviers de gains d'achat, une année donnée, dans une optique de performance. Les gains d'achat peuvent être réalisés directement par les établissements de santé ou *via* des groupements territoriaux ou nationaux.

La valeur cible théorique de l'indice de performance achat est de l'ordre de 2 % (sur le périmètre traitable de 25 Md€/an) en moyenne sur la période 2018-2022. Il s'agit de la valeur communément admise dans la profession comme étant celle pouvant, en théorie, être atteinte par les organisations achat les plus performantes et matures. Elle reste une valeur cible théorique, atteinte dans le cas où toutes les organisations achat auraient un tel degré de maturité.

L'indicateur de performance achat intègre le niveau de maturité de la fonction achat des établissements de santé et traduit, année après année, la croissance de l'efficience de la fonction achat hospitalière, ce qui suppose une démarche d'amélioration continue de la fonction achat au travers notamment d'une professionnalisation croissante des acheteurs et une organisation mature de la part de l'ensemble des processus et des acteurs.

La performance achat a vocation à être de l'ordre de 2 % de façon pérenne, toutes familles d'achats confondues (avec des variations importantes par famille). En pratique, elle se mesure à travers le rapport entre les gains achat générés et le volume financier des achats couvrant l'ensemble du périmètre traitable.

Cet indicateur ne permet toutefois pas de savoir, dans le cas d'une organisation achat encore assez peu mature (valeur de l'indicateur inférieure à la valeur cible), si peu de gains sont réalisés par les établissements et groupements engagés dans la démarche par manque de performance (gains insuffisants par segment traité ou périmètre traité très restreint) ou si la démarche est insuffisamment développée (faible nombre d'établissements / groupements portant à eux seuls les gains réalisés).

Résultats Le tableau ci-après donne la valeur de l'indicateur de 2012 à 2025, eu égard aux objectifs de gains achat fixés dans le cadre du programme PHARE. Les gains achat sont mesurés annuellement et de façon non cumulative. Ils mesurent ainsi la performance achat annuelle des établissements de santé.

Tableau 1 • Objectifs de gains achat fixés dans le cadre du programme PHARE

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Volumes annuels d'achat (en M€) (*)	21,20	21,93	23,33	23,51	23,51	24,23	24,19	25,12	26,44	29,07	30,20	31,60	36,20	36,20
Objectifs annuels gains achat (en M€)	210	320	380	420	480	540	310	412	352	317	655	301**	365**	375**
Objectifs achat réalisés sur le plan pluriannuel (en M€)	910			1 440			1 946							
Gains achat annuels réalisés (en M€)	172	290	378	424	546	668	550	455	378	363	671,4	328,1	351,8	292,3
Gains achat annuels réalisés sur le plan pluriannuel (en M€)	840			1 440			2 417							
Valeur-objectif de l'indicateur « Gains Achat » (***)	0,95%	1,20 %	1,60 %	1,75 %	2,00 %	2,25 %	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet	sans objet
Valeur réalisée de l'indicateur « Gains Achat »	0,81%	1,31%	1,62%	1,80%	1,94%	2,19%	2,27%	1,81%	1,43%	1,25%	2,22%	1,04%	0,97%	0,81%
Gains budgétaires au titre du plan triennal (en M€)	146	247	321	360	464	568	468	387	321	309	571	279	299	248
	714			1 392			2 055							

Source DGOS : DGOS - Programme PHARE, le 08/04/2026.

(*) Les volumes d'achat sont issus de la cartographie effectuée par DGOS-Programme PHARE.

(**) Objectif calculé hors énergie

(***) Depuis 2018, l'objectif annuel ne s'exprime plus en proportion du volume d'achat global. Il a été défini par consolidation du calcul des objectifs individuels des 7 chantiers PHARE du plan quinquennal (fonction achat de GHT, opérateur d'achat mutualisés, Logistique, achats médico-économiques (OMEPS), de fonction technique homogène (OTEPH), d'externalisation ou "Make or Buy" (MOB)

L'indicateur augmente progressivement depuis 2012, traduisant le déploiement de la démarche dans la totalité des régions métropolitaines (mise en place de plans d'action achat dans les établissements, développement de la mutualisation avec la montée en charge de groupements nationaux et territoriaux).

En 2015, plus de 500 établissements ont remonté des gains pour un montant de 300 M€, issus d'actions internes (hors actions de mutualisation entre établissements réalisées à un niveau régional ou national) *via* la réalisation de plans d'action achat. 50 % des régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2015, les régions obtenant les meilleurs résultats étant celles s'appuyant en grande partie sur une mobilisation interne aux établissements.

En 2016, plus de 600 établissements ont remonté des gains (soit près des deux tiers) pour un montant d'environ 290 M€ de gains issus d'actions internes (hors actions de mutualisation entre établissements réalisées à un niveau régional ou national) *via* la réalisation de plans d'action achat. 50 % des régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2016. On observe également un recours plus important aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) qui ont eux-mêmes obtenu une performance significative (près de 230 M€). Cela représente au global des gains d'achat de 553 M€, soit près de 115 % des objectifs assignés au Programme PHARE (480 M€) pour 2016.

En 2017, plus de 720 établissements ont remonté des gains (soit près de 80 %) pour un montant d'environ 273 M€ de gains issus d'actions internes (hors actions de mutualisation entre établissements réalisées à un niveau régional ou national) *via* la réalisation de plans d'actions achat. 70 % des régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2017. On observe également un recours encore plus important aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 330 M€), soit 55 % des gains achat 2017. Cela représente au global des gains d'achat de 603 M€, soit près de 111 % des objectifs assignés au Programme PHARE (540 M€) pour 2017.

En 2018, 135 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 100 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 550 M€ de gains (dont 230 M€ issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés). Toutes les régions ont dépassé l'objectif de gains achat fixé pour 2018. On observe un recours croissant aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 320 M€), soit 58 % des gains achat 2018. Les gains globaux d'achat, de 550 M€, représentent près de 177 % des objectifs assignés au Programme PHARE (310 M€) pour 2018.

En 2019, 124 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 91 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 455 M€ de gains, dont 200 M€ (44%) sont issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Toutes les régions ont tenu l'objectif de gains achat fixé pour 2019. On observe un recours croissant aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 269 M€), soit 59% des gains achat 2019. Les gains globaux d'achat de 455 M€, représentent près de 110 % des objectifs assignés au Programme PHARE (412 M€) pour 2019.

En 2020, 120 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 88 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 378 M€ de gains dont 149 M€ (39%) sont issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. 7 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Il est à noter que vu la forte mobilisation des directions achat de GHT sur les sujets de tensions d'approvisionnement liés à la crise, les objectifs de gains 2020 nationaux avaient été revus à la baisse (352 M€ pour 548 M€ initialement). Dans ce contexte, on observe un recours très important et croissant des GHT aux opérateurs d'achat mutualisés (régionaux et nationaux) avec une performance significative (près de 237 M€), soit 63% des gains achat 2020. Les gains globaux d'achat, de 378 M€, représentent 107 % des objectifs fixés au Programme PHARE (352 M€) pour 2020.

En 2021, 124 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 91 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 363 M€ de gains dont 143 M€ (39 %) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. 8 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Il est à noter que comme pour 2020, les objectifs de gains 2021 nationaux avaient été revus à la baisse (317 M€ pour 633 M€ initialement). On observe cette année un volume de gains très important des opérateurs d'achat national (317 M€). Les gains globaux d'achat, de 363 M€, représentent 115 % des objectifs fixés au Programme PHARE (317 M€) pour 2021.

En 2022, 115 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 84 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 671,4 M€ dont 122,5 M€ (18%) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Il est à noter que l'achat d'énergie, quasi exclusivement géré par les opérateurs d'achats nationaux a généré 308 M€. 10 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. On observe cette année un volume de gains très important des opérateurs d'achats nationaux (463,1 M€) et régionaux (68,1 M€) Les gains globaux d'achat, de 671,4 M€, représentent 121 % des objectifs fixés au Programme PHARE (554,8 M€) pour 2022.

En 2023, 119 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 88 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 328,1 M€ hors énergie dont 124 M€ (38%) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Dix régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Les actions des opérateurs d'achats nationaux (164,1 M€) et régionaux (40M€) représentent 62%. Les gains globaux d'achat, de 328,1 M€, représentent 109 % des objectifs fixés au Programme PHARE (301,2 M€) pour 2023. Il est à noter que l'objectif ainsi que les gains ont été calculés hors énergie.

En 2024, 111 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 82 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 351,8 M€ hors énergie dont 90.9 M€ 25.8%) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. 4 régions sur 16 ont tenu les objectifs annuels de gains d'achat. Les actions des opérateurs d'achats nationaux (226,4M€) et régionaux (34,5M€) représentent 74.2%. Les gains globaux d'achat, de 351,8 M€, représentent 96% des objectifs fixés au Programme PHARE (365M€) pour 2024. Il est à noter que l'objectif ainsi que les gains ont été calculés hors énergie.

En 2025, 104 Groupements Hospitaliers de Territoire (soit 77 % des GHT) ont remonté des gains pour un montant global de 292.3 M€ hors énergie dont 87,1 M€ (29.7%) issus d'actions internes hors opérateurs d'achat mutualisés. Les actions des opérateurs d'achats nationaux (185,8M€) et régionaux (19,4M€) représentent 69,3%. Les gains globaux d'achat, de 292,3 M€, représentent 78% des objectifs fixés au Programme PHARE (375M€) pour 2024. Il est à noter que l'objectif ainsi que les gains ont été calculés hors énergie.

Construction de l'indicateur Cet indicateur rapporte les « gains achat » estimés annuellement, à l'échelle nationale, via la campagne de remontée de gains pilotée par la DGOS en lien avec les ARS, au périmètre traitable des dépenses achat de l'année.

A noter : à partir de 2026, une nouvelle méthodologie sera proposée aux établissements de santé

Précisions méthodologiques Les données sont issues des objectifs fixés annuellement dans le cadre du programme PHARE (DGOS) ainsi que des campagnes de remontée de gains réalisées annuellement par le programme PHARE.

Les données mesurent un degré de maturité de l'organisation achat, à un niveau national, sur la base de données recensées régionalement.

La méthodologie historique (depuis 2011) de valorisation de la performance achat appliquée par les établissements hospitaliers a été arrêtée par le programme PHARE au niveau national en s'inspirant de celle élaborée par la Direction des achats de l'Etat. Celle-ci a été raffinée pour intégrer les retours d'expérience des acheteurs hospitaliers et prendre en compte leur maturité, qui a crû régulièrement.

La méthode de calcul des gains achat respecte les principes méthodologiques suivants:

- trois modalités de calcul : pour les achats récurrents / les achats ponctuels / les actions de progrès ;
- prise en compte de la différence entre le prix historique /de référence et le prix nouvellement obtenu, à multiplier par le volume ;
- valorisation des gains achat (intégrant les éventuelles pertes d'achat), sur la base de 12 mois glissants ;
- trois types de gains suivant l'étape d'achat: gains identifiés (sur la base du prix cible) / gains notifiés (sur la base du prix notifié) / gains réalisés (prise en compte des quantités consommées).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.12.3. Chirurgie ambulatoire

Finalité La chirurgie ambulatoire est une source d'amélioration des prises en charge des patients et d'optimisation des ressources humaines et financières. C'est pourquoi le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive à la chirurgie à temps complet est une priorité pour les établissements de santé, comme il l'est pour le ministère en charge de la santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En 2015, le périmètre du taux global a été élargi pour refléter davantage l'ensemble de l'activité réalisée au bloc opératoire par les chirurgiens et se rapprocher le plus possible des comparaisons internationales. Dans le cadre de la stratégie nationale de santé 2018-2022, les pouvoirs publics ont annoncé un objectif de 70 % de chirurgie ambulatoire d'ici 2022. Cet objectif national n'a pas été renouvelé à la suite de la pandémie de Covid-19, mais de nouveaux objectifs ont été définis dans les CPOM conclus avec les ARS à l'échelle régionale.

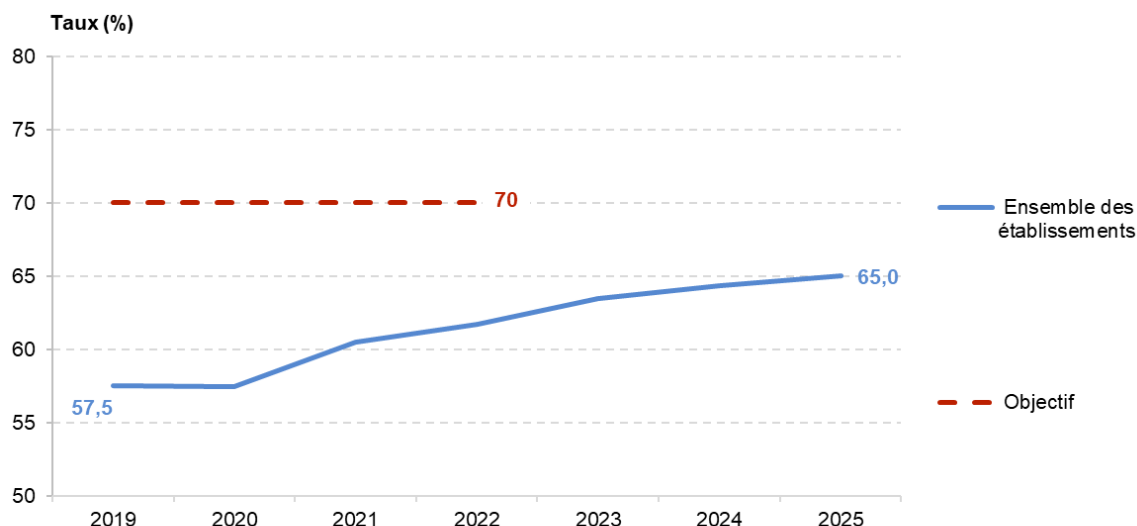
L'analyse de l'évolution de la pratique de la chirurgie ambulatoire est effectuée au moyen d'un indicateur construit selon une méthodologie qui s'est affinée dans le temps en lien avec les sociétés savantes.

L'algorithme actuel est le suivant :

GHM en C hors CMD 14 et 15 + sept racines (03K02, 05K14, 11K07, 12K06, 09Z02, 23Z03 et 14Z08) hors IVG médicamenteuse, avec une durée de séjour à 0 et mode d'entrée = mode de sortie = domicile.

Résultats Le taux national de chirurgie ambulatoire s'élevait à 57,5 % en 2019 et, en dépit de la crise sanitaire, a progressé de 3 points entre 2019 et 2021 pour s'établir à 60,5 % (cf. Graphique 1). Il a ensuite progressé pour atteindre 65,0 % en 2025.

Graphique 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



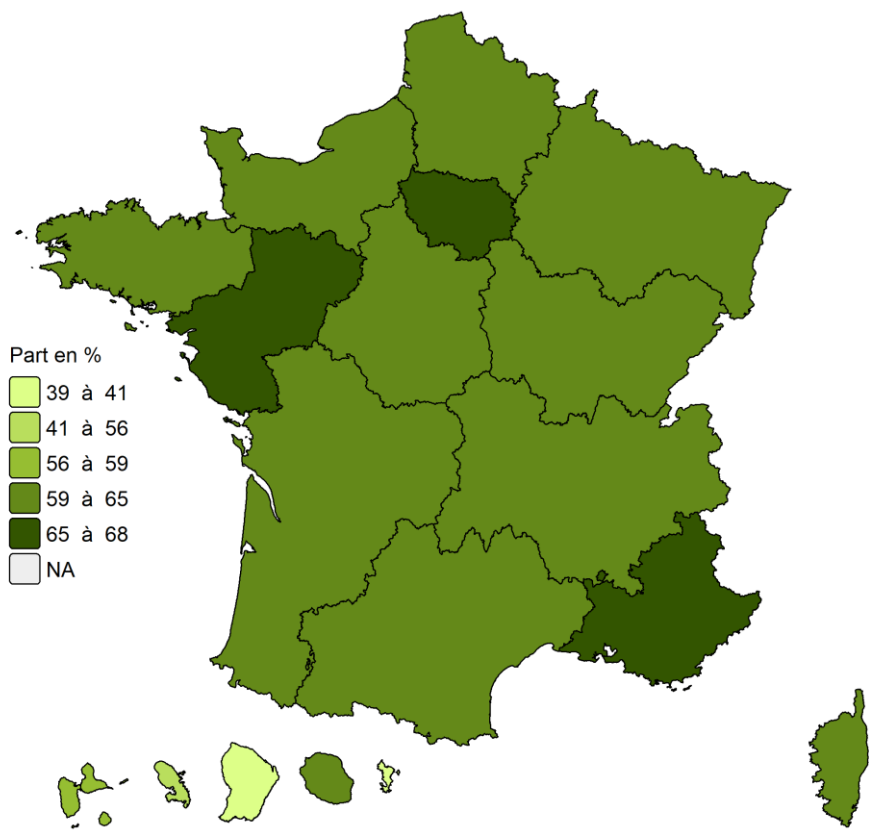
Source – ATIH – traitement DGOS

Tableau 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire par secteur

Taux (%)	2019(*)	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Établissements ex-DG	45,9	44,0	47,1	48,3	50,1	50,8	51,5
Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP)	37,6	36,3	38,3	40,8	41,4	41,6	42,0
Centres hospitaliers (CH)	48,9	46,3	49,6	50,5	52,2	53,1	53,8
Centres hospitaliers universitaires/régionaux (CHU/CHR)	37,5	35,3	37,4	38,6	40,5	41,8	42,4
Centres de lutte contre le cancer (CLCC)	51,7	53,5	54,4	55,5	56,6	57,1	57,3
Services de santé des armées (SSA)	47,6	45,5	52,7	52,5	51,3	50,2	53,1
Établissements privés à but non lucratif (EBNL)	56,7	56,8	61,4	62,7	64,2	64,4	65,4
Cliniques privées (ex-OQN)	66,5	67,3	70,1	71,4	73,1	74,2	74,9
Ensemble	57,5	57,4	60,5	61,7	63,5	64,4	65,0
(*) Les séjours de 2019 remontés par le processus LAMDA en 2020 sont inclus							

Sources : ATIH, PMSI-MCO, 2010-2025.

Carte 1 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire par régions en 2025



Organisme responsable de la production de l'indicateur : DGOS

2.12.4. Transferts des patients vers des unités de soin adaptées

Finalité

Il s'agit ici d'évaluer l'adéquation de l'utilisation de lits hospitaliers en Médecine ou Chirurgie (MC) avec la nature des actes effectués et/ou l'état de santé du patient⁴⁸. Les hospitalisations complètes (avec au moins 1 nuitée) en MC correspondent à des « soins aigus », dont la continuité peut imposer, dans certains cas, la poursuite de soins de nature hospitalière en soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile (HAD). Il est donc attendu que les patients dont l'état de santé ne requiert pas de soins lourds restent peu de temps hospitalisés dans les services de MC avant d'être pris en charge en SMR ou HAD.

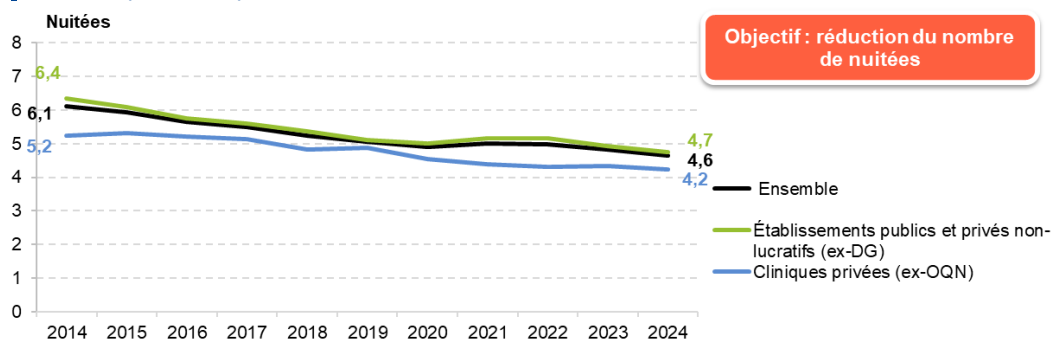
La durée moyenne de séjour (DMS, en nuitées) en médecine et en chirurgie est calculée pour les séjours suivis d'un transfert ou d'une mutation vers un service de SMR ou d'HAD relevant du niveau de sévérité le plus bas (niveau 1). Le niveau de sévérité d'un séjour hospitalier est déterminé en fonction des caractéristiques du séjour et du patient, selon une échelle allant de 1 à 4 (le niveau 4 correspondant au niveau de sévérité le plus important). Pour les séjours de moindre sévérité (niveau 1), l'indicateur de durée de séjour en MC repose sur un objectif de réduction au profit d'un mode de prise en charge alternatif.

Résultats

L'analyse de la durée moyenne des séjours (DMS) d'hospitalisation complète en médecine et en chirurgie sans sévérité significative (niveau 1) pour les patients transférés/ mutés en SMR ou en HAD permet d'établir les constats suivants :

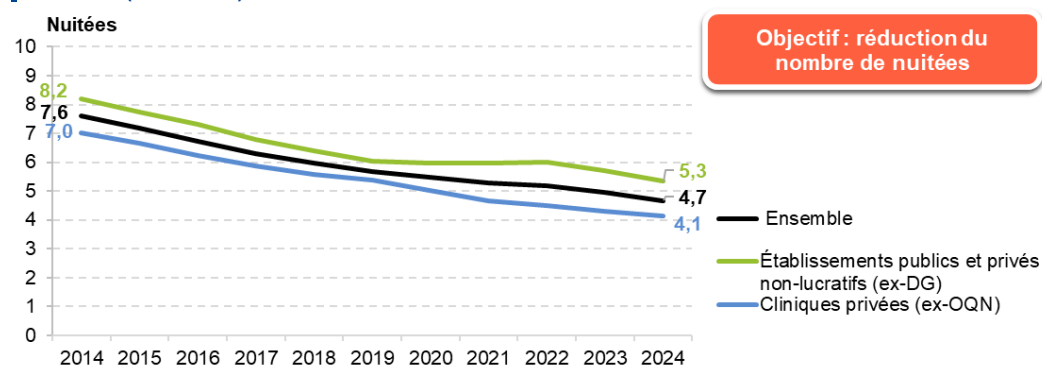
- En **médecine** : la DMS a notablement baissé, de 6,1 nuitées en 2014 à 4,6 en 2024 ;
- En **chirurgie** : la DMS est passée de 7,6 nuitées en 2014 à 4,7 en 2024.

Graphique 1 • Durée moyenne de séjour en médecine de niveau 1 pour les patients transférés en SMR ou en HAD (en nuitées)



Source : PMSI-ATIH.

Graphique 2 • Durée moyenne de séjour en chirurgie de niveau 1 pour les patients transférés en SMR ou en HAD (en nuitées)



Source : PMSI-ATIH.

Sur la période 2014-2024, la part de séjours MC suivi de SMR ou HAD reste stable, pour le niveau 1 comme au global.

Pour mettre en perspective ces constats avec la diversité des prises en charge d'aval, l'évolution annuelle des transferts de séjours avec nuitée en médecine et chirurgie (quel que soit leur niveau de sévérité) peut aussi être

⁴⁸ Selon la HAS, les inadéquations hospitalières correspondent aux lits occupés de manière non pertinente et non justifiée.

observée en tenant compte de la poursuite des soins en unités de soins de longue durée (USLD) ou en hébergement médico-social (cf. Tableaux 1 et 2).

Le transfert en **soins médicaux et de réadaptation (SMR)** constitue toujours **le mode de sortie par transfert le plus fréquent** en 2024 : 73 % dans les établissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG) et 92 % dans les cliniques privées (ex-OQN) pour un volume beaucoup plus faible. Dans le secteur ex-DG, les transferts vers une structure d'hébergement médico-social sont bien plus fréquents (17,9 %) que dans le secteur ex-OQN (3,6 %), comme les transferts vers une USLD (4,4 % en ex-DG contre 1,0 % en ex-OQN), ce qui peut s'expliquer par le fait que les patients sont en moyenne plus âgés en ex-DG qu'en ex-OQN.

Par rapport à 2023, le volume des transferts étudiés a été globalement plus en 2024 dans le secteur ex-DG (+4,9 %), une hausse des transferts vers les SMR (+4,3%) et le médico-social (+8,7%) ce qui traduit une diversification des prises en charge. Dans le secteur ex-OQN les transferts globaux augmentent plus modérément que l'an passé (+2,1 % après +6,7 %) ; à l'inverse du secteur ex-DG les transferts vers l'HAD diminuent de 5,6 % après une forte augmentation en 2023 et les transferts vers les USLD augmentent de +7,3 %.

Tableau 1 • Transferts* des patients hospitalisés en médecine et chirurgie vers les autres services hospitaliers ou les services médico-sociaux (en nombre de séjours)

Secteur	Sorties vers :	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Établissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG)	SMR	472 422	483 156	489 812	487 961	488 426	487 866	447 448	445 024	427 067	439 289	458 099
	USLD	37 807	37 815	35 660	34 463	32 610	30 227	27 344	26 983	25 478	27 053	27 648
	HAD	17 012	18 439	20 232	21 426	22 035	25 491	25 505	25 504	24 406	27 453	28 228
	médico-social	84 452	87 981	91 193	94 268	95 852	97 020	88 166	90 769	95 906	103 283	112 219
	Total	611 693	627 391	636 897	638 118	638 923	640 604	588 463	588 280	572 857	597 078	626 194
Cliniques privées (ex-OQN)	SMR	165 796	161 387	160 661	158 803	157 407	161 910	131 103	130 567	131 711	141 070	144 496
	USLD	2 267	2 354	2 394	2 924	2 823	2 269	1 915	1 633	1 561	1 531	1 643
	HAD	2 469	2 761	3 048	3 115	3 388	4 801	5 063	4 937	4 733	5 166	4 878
	médico-social	1 547	2 486	4 629	5 350	5 897	5 900	5 811	5 411	5 605	5 528	5 569
	Total	172 079	168 988	170 732	170 192	169 515	174 880	143 892	142 548	143 610	153 295	156 586

*mutation vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant au même établissement ou transfert vers un autre établissement.

Note : « SMR » : soins médicaux et de réadaptation, « USLD » : unités de soins de longue durée, « HAD » : hospitalisation à domicile, « médico-social » : hébergement médico-social.

Source : PMSI-ATIH

Tableau 2 • Évolution annuelle des transferts* des patients hospitalisés en médecine et chirurgie vers les autres services hospitaliers ou les services médico-sociaux

Secteur	Sorties vers :	Evolution annuelle									
		2014-2015	2015-2016	2016-2017	2017-2018	2018-2019	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024
Établissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG)	SMR	+ 2,3%	+ 1,4%	- 0,4%	+ 0,1%	- 0,1%	- 6,3%	- 0,5%	- 4,0%	+ 2,9%	+ 4,3%
	USLD	+ 0,0%	- 5,7%	- 3,4%	- 5,4%	- 7,3%	- 9,5%	- 1,3%	- 5,6%	+ 6,2%	+ 2,2%
	HAD	+ 8,4%	+ 9,7%	+ 5,9%	+ 2,8%	+ 15,7%	+ 0,1%	- 0,0%	- 4,3%	+ 12,5%	+ 2,8%
	médico-social	+ 4,2%	+ 3,7%	+ 3,4%	+ 1,7%	+ 1,2%	- 9,1%	+ 3,0%	+ 5,7%	+ 7,7%	+ 8,7%
	Total	+ 2,6%	+ 1,5%	+ 0,2%	+ 0,1%	+ 0,3%	- 8,1%	- 0,0%	- 2,6%	+ 4,2%	+ 4,9%
Cliniques privées (ex-OQN)	SMR	- 2,7%	- 0,4%	- 1,2%	- 0,9%	+ 2,9%	- 19,0%	- 0,4%	+ 0,9%	+ 7,1%	+ 2,4%
	USLD	+ 3,8%	+ 1,7%	+ 22,1%	- 3,5%	- 19,6%	- 15,6%	- 14,7%	- 4,4%	- 1,9%	+ 7,3%
	HAD	+ 11,8%	+ 10,4%	+ 2,2%	+ 8,8%	+ 41,7%	+ 5,5%	- 2,5%	- 4,1%	+ 9,1%	- 5,6%
	médico-social	+ 60,7%	+ 86,2%	+ 15,6%	+ 10,2%	+ 0,1%	- 1,5%	- 6,9%	+ 3,6%	- 1,4%	+ 0,7%
	Total	- 1,8%	+ 1,0%	- 0,3%	- 0,4%	+ 3,2%	- 17,7%	- 0,9%	+ 0,7%	+ 6,7%	+ 2,1%

*mutation vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant au même établissement ou transfert vers un autre établissement.

Note : « SMR » : soins médicaux et de réadaptation, « USLD » : unités de soins de longue durée, « HAD » : hospitalisation à domicile, « médico-social » : hébergement médico-social.

Source : PMSI-ATIH

Construction de l'indicateur

L'indicateur relatif aux durées moyennes de séjour (DMS) est construit à partir du recensement (via le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information PMSI) des séjours d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie de niveau 1 suivis d'un transfert ou mutation vers un service de SMR ou vers une HAD. L'évolution de la DMS, comptée en nombre de nuitées, a été calculée pour ces séjours, selon la discipline, médecine ou chirurgie, et le type de financement de l'établissement (ex-DG ou ex-OQN).

L'étude des transferts ou mutations de médecine et de chirurgie vers d'autres services hospitaliers ou médico-sociaux (Tableaux 1 et 2) est construite à partir du recensement (via le PMSI) des séjours d'hospitalisation en médecine ou en chirurgie de tout niveau de sévérité qui ont été suivis d'un transfert ou mutation en SMR, HAD, USLD ou établissement médico-social.

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en MCO (PMSI-MCO) recueille pour chaque séjour des informations sur les caractéristiques des patients (sexe, âge, lieu de résidence), sur les diagnostics et les actes réalisés pendant le séjour, ainsi que le niveau de sévérité (de 1 à 4). Les modalités retenues de la variable PMSI décrivant les destinations de sortie à la fin du séjour hospitalier sont les suivantes : 2 - sortie vers une unité de soins médicaux et de réadaptation 3 - sortie vers une unité de soins de longue durée, 6 - sortie avec hospitalisation à domicile et 7 - sortie vers une structure d'hébergement médico-sociale.

2.12.5. Respect de l'objectif de prescriptions hospitalières exécutées en ville

Finalité Le présent indicateur retrace l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV). Ces dépenses correspondent à des prescriptions effectuées en établissement de santé, mais réalisées en ville et donc comptabilisées dans l'enveloppe des soins de ville de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les actions nationales de suivi et de maîtrise mises en place depuis 2011, dans le cadre de la gestion du risque, se concentrent sur les PHEV dont les montants et les évolutions sont les plus élevés, à savoir les produits de santé et les transports. L'enjeu des actions porte sur l'amélioration de la pertinence de la prescription, la promotion des médicaments génériques et biosimilaires (cf. indicateurs 2-11-4 et 2-11-5), et l'accompagnement des prescripteurs hospitaliers grâce à des actions de sensibilisation, de communication et par la voie contractuelle.

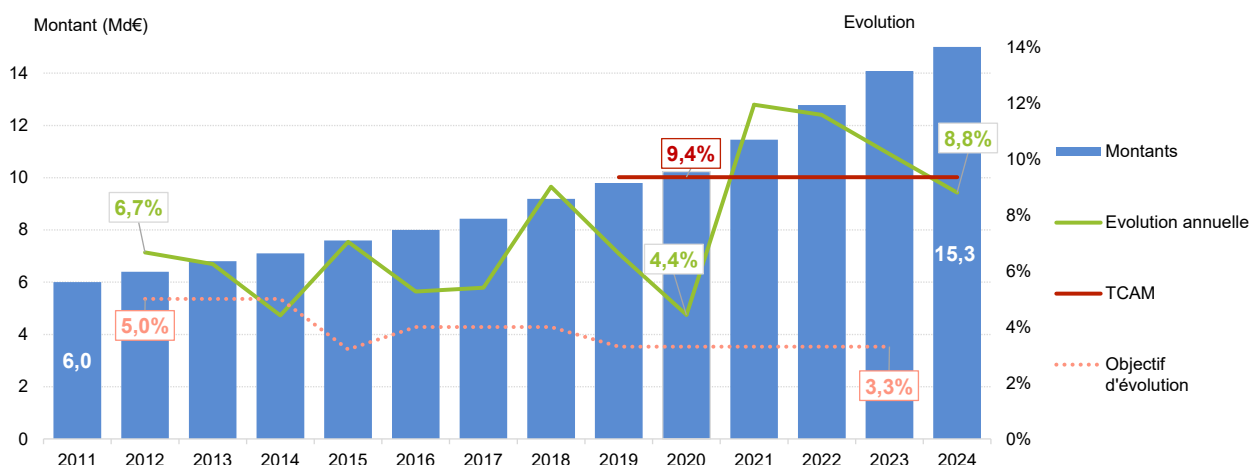
Les dépenses totales de PHEV¹ s'élèvent à 21,5 Md€ en 2023², représentant 21 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville (hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire). Elles affichent une forte dynamique annuelle depuis la crise sanitaire de +12,3% entre 2020 et 2021, de +9,7% entre 2021 et 2022 et de +7,9% entre 2022 et 2023. À titre comparatif, entre 2016 et 2019, les dépenses évoluaient chaque année de +5,3%, en moyenne. Les dépenses de produits de santé et de transports représentent environ 80% des dépenses de PHEV. Précisément, elles s'élèvent à 16,7 Md€ en 2023.

Les données de l'année 2024 concernant les transports ne sont pas encore complètes, en raison d'un retard de livraison ayant décalé leur actualisation. À ce jour, seules les données des trois premiers trimestres (janvier à septembre) sont disponibles. En revanche, les données relatives aux produits de santé sont complètes et sont donc présentées pour l'année 2024.

Résultats Les dépenses de produits de santé (hors rétrocession) passent de 6,0 Md€ en 2011 à 15,3 Md€ en 2024, progressant ainsi de +7,5 %, en moyenne pendant cette période. L'année 2018 est marquée par une dynamique particulièrement soutenue de la croissance des remboursements de produits de santé (+9%) comparé à la tendance moyenne observée les années précédentes (+5,8%). Cette croissance ralentit ensuite en 2019 et s'établit à +6,6 %. L'année suivante, cette même tendance est observée: la croissance des remboursements de produits de santé perd environ 2 points de pourcentage pour se fixer à +4,4% en 2020. Depuis 2021, les dépenses de remboursement des produits de santé enregistrent une forte progression, avec une hausse moyenne de +10%, en lien avec la reprise de l'activité hospitalière après le ralentissement observé en 2020 du fait de la crise sanitaire. L'année 2024 marque toutefois un léger ralentissement de cette dynamique, avec une croissance des dépenses limitée à +8,8%. Le calcul d'un taux de croissance annuel moyen (TCAM) entre l'année 2019 et l'année 2024 permet de neutraliser l'impact de la crise dans l'analyse de l'évolution des dépenses de PHEV. Pour les produits de santé, ces dépenses évoluent en moyenne de +9,4% par an entre 2019 et 2024.

Concernant le taux d'évolution cible des dépenses de PHEV pour les produits de santé, il a été fixé à +5,0 % de 2012 à 2014. Il a ensuite été réduit à +4,0 % entre 2016 et 2018, et à +3,3 % à partir de 2019. Depuis 2014, la croissance observée des dépenses de PHEV pour les produits de santé est plus dynamique que les objectifs fixés. Au vu de cette analyse, cet objectif n'a pas été reconduit pour l'année 2024.

Graphique 1 • Dépenses de PHEV pour les produits de santé : Médicaments (hors rétrocession) et LPP⁽²⁾



(2) La LPP est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie.

Champ : Etablissements publics EX-DG, France entière, tous régimes (sauf avant 2015 pour les médicaments (hors rétrocession) et LPP qui sont hors Mines, SNCF, RATP, ENIM, Port Autonome de Bordeaux et données de l'APRIA-AMEXA)

Sources : Les données sont issues du SNIIRAM. Avant 2015, les traitements sont réalisés par la CNAM et la DSS. Depuis 2016, les traitements sont uniquement exécutés par la CNAM.

Depuis 2011, les dépenses de PHEV pour les transports varient, avec des progressions à la fois positives et négatives. En 2019, elles sont affectées par plusieurs mesures intervenues lors des LFSS pour 2018 et 2019 qui sont,

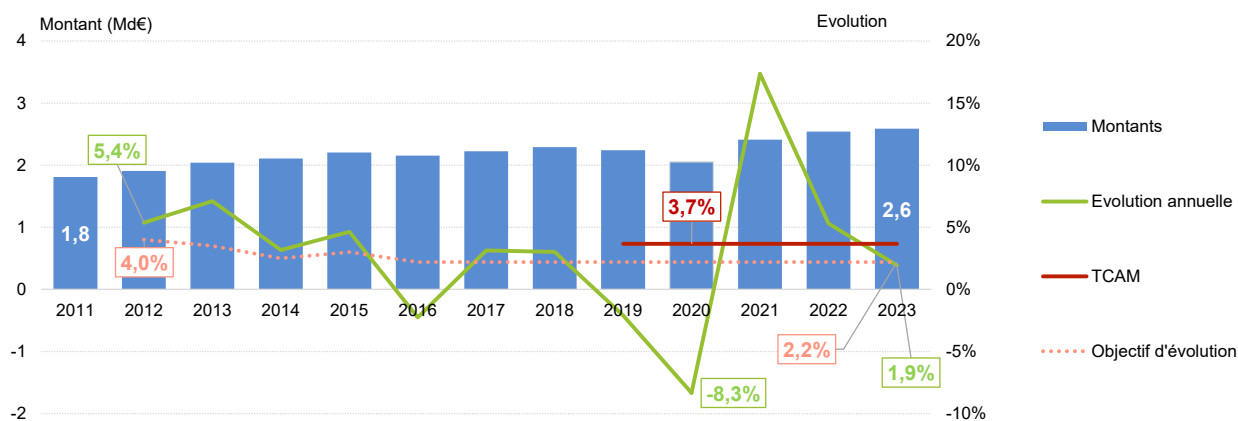
¹ Comprenant les dépenses de produits de santé, de transports, de biologie, d'auxiliaires médicaux, d'indemnités journalières, mais hors médicaments rétrocédés et hors honoraires de dispensation.

²

principalement, l'intégration du financement des transports inter-hospitaliers dans les tarifs hospitaliers (mesure de périmètre) et, le protocole conclu entre les fédérations de taxis et l'Assurance maladie (ayant permis de réaliser 60 M€ d'économies tarifaires). Ainsi, elles diminuent de -2,1 % en 2019 (contre +3,5% d'évolution en moyenne, entre 2011 et 2018). L'année suivante, la crise sanitaire accentue cette baisse (-8,3 %). Une forte reprise de l'activité est observée en 2021 : les dépenses de transport évoluent de +17,4 % par rapport à 2020. La progression des dépenses de transports se poursuit en 2022 et 2023 mais à un rythme beaucoup moins soutenu : +5,3% entre 2021 et 2022 et de +1,9% entre 2022 et 2023. Par ailleurs, cette tendance à la hausse des dépenses est déjà présente depuis 2019. Le TCAM des dépenses de PHEV pour les transports s'élève à +3,7 % entre 2019 et 2023, soit une progression supérieure à celle observée en moyenne entre 2011 et 2019 (+2,7 %). Sur les trois premiers trimestres de 2024, les dépenses de transport ont connu une hausse rapide de 6,2 % par rapport à la même période en 2023. Si cette dynamique se poursuit, les dépenses enregistreraient une progression nettement plus marquée en 2024 que celle observée sur l'ensemble de l'année précédente.

Concernant le taux d'évolution cible des transports, il a été fixé à +2,2 % depuis 2016, et le seuil du montant annuel des dépenses de transports par établissement à 500 000 €. Depuis 2011, les objectifs de dépenses ont plus ou moins été respectés, jusqu'en 2020 où les dépenses des transports ont connu une forte diminution suivie d'une forte croissance en 2021. Après une année 2022 où l'évolution constatée des dépenses de PHEV reste supérieure à l'objectif fixé, ce dernier est respecté en 2023. En termes absolus, les dépenses de PHEV pour les transports sont ainsi passés de 2,1 Md€ en 2020 à 2,4 Md€ en 2021 et de 2,5 Md€ en 2022 à 2,6 Md€ en 2023. Pour l'année 2024, il a été décidé de ne pas reconduire cet objectif, compte tenu de sa décorrélation avec l'évolution réelle des dépenses.

Graphique 2 • Dépenses de PHEV pour les transports



Champ : Etablissements publics EX-DG, France entière, tous régimes (sauf avant 2015 pour les médicaments hors rétrocession et LPP qui sont hors Mines, SNCF, RATP, ENIM, Port Autonome de Bordeaux et données de l'APRIA-AMEXA)

Sources : Les données sont issues du SNIIRAM. Avant 2015, les traitements sont réalisés par la CNAM et la DSS. Depuis 2016, les traitements sont uniquement exécutés par la CNAM.

Précisions sur le dispositif Initialement, les prescriptions hospitalières exécutées en ville étaient encadrées par les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS) signés entre l'agence régionale de santé (ARS), l'Assurance maladie et l'établissement de santé. Depuis le 1^{er} janvier 2018 elles sont suivies dans les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Ce contrat, créé par l'article 81 de la LFSS pour 2016, permet de fusionner en un support unique l'ensemble des dispositifs contractuels existant entre les établissements de santé, les ARS et l'Assurance maladie. Ce nouveau contrat s'inscrit dans une démarche globale d'amélioration de la qualité et de l'efficacité de soins en offrant aux établissements de santé une meilleure visibilité sur l'ensemble de leurs marges de progression. Cette approche concertée de l'activité des établissements vise à permettre la prise en compte des atypies des établissements et une priorisation des actions à mettre en œuvre en cohérence avec les objectifs à atteindre.

Depuis 2015 (article 64 de la LFSS pour 2015), un arrêté annuel fixe un taux cible de prescriptions de médicaments appartenant au répertoire du groupe générique en PHEV. La promotion de la prescription de génériques en PHEV est primordiale, puisque les établissements sont souvent primo-prescripteurs de traitements lourds dont le renouvellement est ensuite réalisé par les prescripteurs en ville. Le taux de prescription minimum a été fixé à 39 % en 2015, puis 44 % en 2016 et 2017, ensuite 45,5 % en 2018 et enfin 49 % à partir de 2019 dans le cadre du CAQES. Cependant, les taux de prescriptions des médicaments appartenant au répertoire du groupe générique en PHEV, en 2020, 2021 et 2022, ne respectent pas les objectifs CAQES. Les taux de prescriptions s'élèvent à environ 45% en 2020 et en 2021, 46,9% en 2022 et 47,7% en 2023, soit en deçà de l'objectif fixé.

Les transports sanitaires font l'objet d'un volet additionnel du CAQES soumis à des critères de ciblage définis réglementairement. Ces critères non cumulatifs permettent l'inclusion des établissements les plus atypiques au regard, soit de leur montant annuel de dépenses prescrites et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville, soit du taux d'évolution annuel de ces mêmes dépenses.

Construction de l'indicateur L'indicateur retrace l'évolution constatée des dépenses d'assurance maladie de prescriptions hospitalières exécutées en ville, en lien avec leur objectif fixé par arrêté pour deux d'entre eux, à savoir les produits de santé (hors rétrocession) et les transports. Les données proviennent du SNIIRAM. Avant 2015, elles sont traitées par la CNAM et la DSS. Depuis 2016, les données sont uniquement traitées par la CNAM. Le champ concerne les dépenses en établissements publics EX-DG, en France entière et pour tous les régimes, sauf avant 2015 pour les médicaments hors rétrocession et LPP qui sont hors Mines, SNCF, RATP, ENIM, Port Autonome de Bordeaux et données de l'APRIA-AMEXA.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.13. Développer la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

2.13.1. Dynamique des indemnités journalières versées par la branche maladie

Finalité Avec un montant de près de 11,3 Md€ en 2025 pour le seul régime général (yc ex-RSI, mais hors covid, grippe et professions libérales), les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie représentent près de 11% de l'ensemble des dépenses de soins de ville constitutives de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

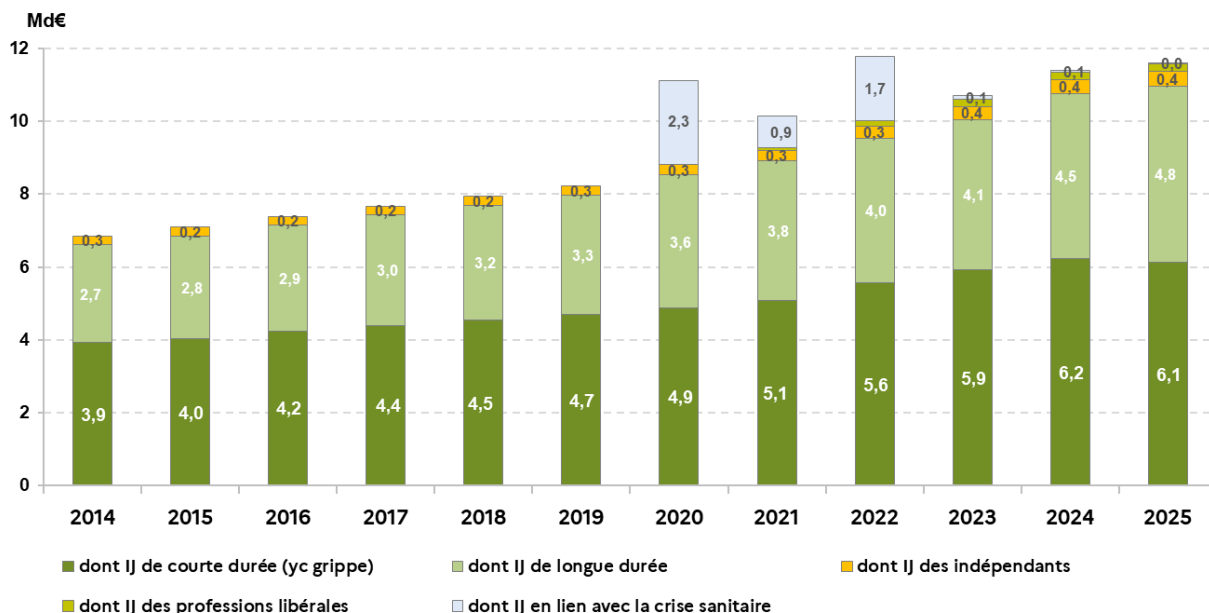
Entre 2014 et 2019, les dépenses d'IJ sont passées de 6,8 Md€ à 8,2 Md€, soit une croissance annuelle moyenne de 3,7%. Entre 2019 et 2025, la progression atteint 5,5% par an. Néanmoins, sur cette période, les évolutions restent complexes à interpréter en raison de la crise sanitaire et du contexte inflationniste notamment entre 2022 et 2023. Cette dynamique a été portée par la forte hausse des arrêts maladie de moins de trois mois (+4,4 % de croissance annuelle moyenne entre 2019 et 2025 contre +3,7 % entre 2014 et 2019), de plus de 3 mois (+6,7 % vs +4,1% entre 2014 et 2019).

D'une façon générale, l'évolution des IJ, hors arrêts liés à la crise sanitaire, peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- La croissance et le vieillissement de la population active, induisant un changement de structure de la population, résultent en un effet volume plus important ;
- L'augmentation de la durée moyenne d'arrêts ;
- En contexte inflationniste, l'augmentation des salaires, du SMIC et du SMPT, qui accroît la moyenne du montant des IJ, ce qui se traduit par un effet prix plus élevé ;
- Une hausse du taux de recours aux arrêts maladies.

Résultats En 2025, les dépenses d'IJ maladie connaissent un ralentissement de leur croissance à 2,3%⁵¹ contre 6,4% en 2024, en raison de l'effet prix qui évolue de -1,2% en 2025 contre +3,3% en 2024. Cette évolution s'inscrit dans le contexte d'une inflation plus modérée en 2025 par rapport aux années précédentes et surtout de la réforme du plafonnement des IJSS le 1^{er} avril 2025 à 1,4 fois le montant du Smic mensuel contre 1,8 fois précédemment. L'impact de la réforme est particulièrement visible en 2025 sur le prix des arrêts de courte durée (-3,6%). Le volume des IJ maladie (+3,5%) est en hausse par rapport à l'année 2024 (+3,1%).

Graphique 1 • Montant annuel des indemnités journalières maladie



Source: CNAM, calcul DSS. Champ : régime général, France entière, périmètre ONDAM.

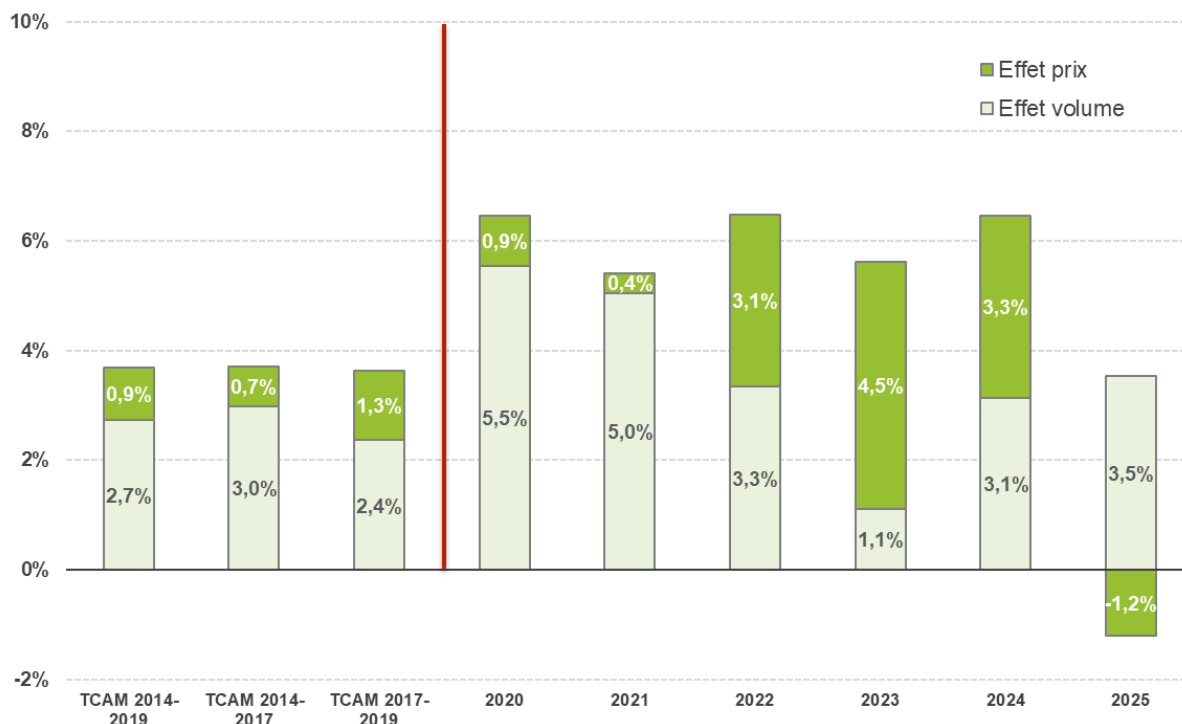
Note: Les montants présentés sont les montants bruts remboursés.

Entre 2014 et 2025 les dépenses d'IJ maladie hors crise sanitaire, grippe et professions libérales ont été multipliées par 1,7, passant de 6,8 Md€ en 2014 à 11,3 Md€ en 2025 (cf. *Graphique 1*). Les contributions des IJ de courte durée, de longue durée et des indépendants aux dépenses d'IJ maladie représentent respectivement 53,6%, 42,8% et 3,6% pour l'année 2025. La contribution des IJ de courte durée suit une tendance à la baisse depuis 2014 (53,6% en 2025 contre

⁵¹ L'évolution calculée pour l'année 2025 ne comprend plus les coûts liés à la crise sanitaire en raison de l'arrêt de leur suivi par la CNAM.

57,1% en 2014). Celle des arrêts de longue durée connaît une augmentation légère et stable entre 2014 et 2025 (42,8% en 2025 contre 39,2% en 2014).

Graphique 2 • Croissance annuelle des indemnités journalières maladie hors Covid



Source: CNAM, calculs DSS. Champ: régime général, France entière, périmètre ONDAM, cvs-cjo.

Note: Le périmètre des indemnités journalières de ce graphique ne comprend pas les IJ grippe ni celles des professions libérales.

Évolutions observées entre 2014 et 2019

Entre 2014 et 2019, les dépenses d'IJ maladie connaissent une croissance annuelle moyenne de +3,7% principalement portée par un effet volume (+2,7%), avec un faible effet prix (+0,9%) (cf. *graphique 2*). Cette croissance est particulièrement marquée au niveau des dépenses d'IJ de plus de 3 mois (+4,1% avec un effet volume de +3,1%), celles de moins de 3 mois évoluent en moyenne annuellement de +3,7% avec un effet volume moindre (+2,6%).

Ces dynamiques connaissent néanmoins des changements structurels au cours de la période. Entre 2014 et 2017, les dépenses se caractérisent par une dynamique d'accélération portée par un effet volume important (+3,0%) et un effet prix modéré (+0,7%). Les dépenses des IJ de plus de 3 mois évoluent de +4,3% en moyenne avec un effet volume de +3,4%, et celles des IJ de moins de 3 mois sont également portées par un effet volume important de +3,1%. Les dépenses d'IJ des indépendants baissent au contraire en moyenne de -3,5% par an en raison de la réforme du 2 février 2015 modifiant les conditions de calcul des indemnités journalières.

Entre 2017 et 2019, les dépenses d'IJ maladie connaissent un ralentissement de leur croissance (+3,7% contre +3,8% pour 2014-2017) causée par une baisse du volume d'IJ. Ce ralentissement est néanmoins contré par une augmentation de l'effet prix. Les dépenses d'IJ de moins de 3 mois évoluent en moyenne de +3,5% (contre +3,8% pour 2014-2017) avec un effet volume de +2,0% (contre +3,1% pour 2014-2017) et un effet prix de +1,5% (contre +0,7% pour 2014-2017). Les mêmes dynamiques peuvent être observées au niveau des dépenses d'IJ de plus de 3 mois : une baisse de l'évolution annuelle moyenne (+3,8% contre +4,3% pour 2014-2017) et de l'effet volume (+2,7% contre +3,4% pour 2014-2017) mais une augmentation de l'effet prix (+1,1% contre +0,8% pour 2014-2017). Les dépenses d'IJ des indépendants connaissent un renversement de la dynamique observée entre 2014-2017 avec une forte croissance annuelle moyenne (+5,3% contre -3,5% pour 2014-2017).

Évolution observée durant la crise sanitaire

Entre 2019 et 2023, les évolutions sont difficilement interprétables en raison de la crise sanitaire. Sur cette période, les dépenses d'IJ ont augmenté en moyenne de 6,8% par an (contre 6,5% hors crise sanitaire). Cette évolution résulte de mesures spécifiques prises dans le cadre de la lutte contre la Covid-19, allée à une dynamique des arrêts maladie plus forte qu'anticipé. Lors du premier confinement, le Gouvernement a mis en place des IJ dérogatoires au droit commun, destinées aux personnes se trouvant dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle (personnes malades

de la Covid, les cas contact ou encore les personnes à risque et les parents sans solution de garde d'enfant⁵²). Le délai de carence de trois jours a également été temporairement supprimé.

Impacté par la crise sanitaire, l'année 2020 marque un tournant avec une croissance de 35%. Le surcoût de ces mesures spécifiques atteint 2,3 Md€ pour le régime général (cf. graphique 1). Le contexte épidémiologique joue un rôle important sur la variation du nombre d'arrêts enregistrés, son effet reste cependant limité aux arrêts très courts (+47,8%). Hors crise sanitaire, la progression des IJ maladies est de +6,5% contre +3,7% en 2019. Cet effet est majoritairement dû à un effet volume (+5,5%) plutôt qu'à un effet prix (+0,9%) : en termes de volume, on constate une évolution de +15,1% pour les indépendants, +9,3% par les arrêts de longue durée et +2,3% par les arrêts courts.

En 2021, les dépenses d'IJ sont en baisse en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire largement inférieures (0,9 Md€ contre 2,3 Md€, soit une progression de -8,7%). Ce qui s'explique par une décélération très nette des arrêts courts (-14,8%). Les arrêts en lien avec la crise sanitaire pris en charge par l'assurance maladie concernent principalement les personnes malades de la Covid ou cas contact dans le cadre de la stratégie de « contact tracing ». Dans une moindre mesure, ils sont liés aux arrêts dérogatoires pour parents d'enfants sans solution de garde et pour les non-salariés considérés comme particulièrement à risque face à la maladie. Hors coûts spécifiques à la crise, les dépenses d'IJ ont à contrario augmenté de 5,3%. L'effet prix reste toujours à un niveau très bas (0,4% vs 0,6% en 2020). Le volume des IJ maladie continue sa progression mais sans pour autant connaître une accélération (5,0% vs 6,4% en 2020). La répartition est assez équilibrée en termes de progression du volume entre les IJ de – 3 mois, + 3 mois et indépendants (4,4%, 5,1 % et 4,0%).

En 2022, les dépenses d'IJ reprennent une dynamique particulièrement soutenue (16,1%) en raison d'une plus forte dynamique des IJ de moins de 3 mois (24,0%) et des indépendants (17,7%). Les coûts spécifiques liés à la crise s'élèvent à 1,7 Md€ et représentent 15% des dépenses d'IJ Maladie.

Les dépenses d'IJ maladie en lien avec la crise sanitaire deviennent résiduelles à partir de 2023 (0,1 Md€ en 2023 et 2024) et leur suivi est dorénavant arrêté.

Un contexte inflationniste inédit sur les dernières décennies en 2022 et 2023

Hors contexte de crise sanitaire, les années 2022 et 2023 restent caractérisées par une progression dynamique des dépenses d'IJ avec une augmentation de +6,6% en 2022 et de +5,7% en 2023 (cf. graphique 2). La progression des IJ a donc été particulièrement dynamique, marquée par une inflation importante donnant lieu à plusieurs revalorisations du salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC). Le SMIC a augmenté de +5,2% en 2022 contre +1,6% en 2021. Ces revalorisations du salaire minimum, conjuguées au dynamisme du salaire moyen par tête (SMPT) « économique » : +3,7% vs +1,7% en 2021, ont mécaniquement affecté les montants moyens des IJ sur l'année 2022, donnant lieu à un effet prix de +3,1% (contre +0,4% en 2021). L'effet prix sur 2022 aura principalement été marqué sur les IJ maladie de moins de trois mois par nature plus réactives aux évolutions de salaires.

L'inflation continue de progresser en 2023 (+5,3% d'évolution entre 2021 et 2022 et +4,8% d'évolution entre 2022 et 2023). Le SMIC et le SMPT ont progressé respectivement de +5,4% et +4,6% en 2023, se répercutant dès lors sur le prix des IJ, donnant lieu à un effet prix hors crise de +4,5%. A l'inverse, l'effet volume hors crise se trouve être le plus bas de la période : +1,1%. Le volume des IJ de courte durée est passé de +4,4% en 2022 à +1,2% en 2023 et celui des arrêts de longue durée de +1,5% à -0,1%.

Une sortie du contexte inflationniste et une reprise du volume des IJ compensée par une baisse de leur plafonnement

En 2024 la dynamique des dépenses d'IJ maladie reste soutenue avec une évolution de +6,6% portée par un effet volume en augmentation (+3,1% contre +1,1% en 2023). Le volume croît tout particulièrement au niveau des arrêts de longue durée (+4,8% contre -0,1% en 2023) et dans une moindre mesure au niveau des arrêts de courte durée (+1,7% contre +1,2% en 2023). La baisse du contexte inflationniste a résulté en un ralentissement de l'évolution du SMIC et du SMPT contrairement aux années 2022 et 2023. En 2024, le SMIC et le SMPT évoluent respectivement de +2,2% et +2,6%. Cela se répercute sur l'effet prix des IJ maladie qui décélère à +3,3 % (contre +4,5% en 2023) et ce, tout particulièrement au niveau des arrêts de courte durée (+3% contre +5,2% en 2023).

L'année 2025 marque un fort ralentissement de la croissance des dépenses d'IJ maladie observée jusqu'alors. L'évolution annuelle est de +2,3%. Cette dynamique s'explique par un effet prix négatif en 2025 (-1,2%) et un effet volume de +3,5%. L'effet prix négatif résulte principalement de la réforme du plafonnement des IJSS le 1^{er} avril 2025 à 1,4 fois le montant du Smic mensuel contre 1,8 fois précédemment (décret du 20 février 2025) et dans une moindre mesure, d'une évolution modérée du SMIC en 2025 (+1,6%). Hors réforme l'indice des prix aurait été de +2,1% en 2025. Cette baisse de l'effet prix est particulièrement visible en 2025 sur les arrêts de courte durée (-3,6%) et dans une moindre mesure sur les arrêts de longue durée (division par deux de l'effet prix : +2% contre +4% en 2024).

L'évolution du volume des IJ maladie est de +3,5% en 2025 (contre +3,1% en 2024) en raison de l'augmentation du volume des arrêts de longue durée (+5,1% contre +4,8% en 2024) et des arrêts de courte durée (+2,1% contre +1,7% en 2024). Le volume des arrêts des indépendants continue à progresser fortement de 6,8%.

Construction de l'indicateur Les montants présentés retracent les dépenses du régime général en France entière – à la différence des années précédentes où le champ était France métropolitaine – au titre des IJ pour cause de maladie

⁵² Depuis 1^{er} mai 2020, les salariés parents d'enfants et les personnes vulnérables ne perçoivent plus d'indemnités journalières et relèvent en contrepartie de l'activité partielle (financée par l'Etat et l'assurance chômage) ;

dans le champ de l'ONDAM ; elles excluent donc les prestations en espèces versées au titre des congés maternité et paternité ainsi que les pensions d'invalidité. Les arrêts relevant des accidents du travail et des maladies professionnelles ne sont pas présentés.

Les données distinguent les IJ maladie de courte durée de moins de trois mois et celles de longue durée de plus de trois mois. Les IJ maladie de courte durée incluent les IJ dites « normales » et les IJ majorées pour enfant à charge. L'IJ maladie normale est égale à 50 % du gain journalier de base. Ce gain journalier est déterminé à partir de la moyenne des 3 derniers mois de salaires dans la limite de 1,8 Smic, dont le montant sert de base au calcul des cotisations maladie, maternité, invalidité et décès. Lorsque le salarié en arrêt de travail a au moins trois enfants à charge, le taux de liquidation de l'IJ est porté aux deux tiers du gain journalier de base, et cela à partir du 31^e jour d'arrêt continu.

Précisions méthodologiques Les données relatives aux IJ sont de source CNAM ; il s'agit de données brutes remboursées en date de soins à fin décembre 2025 (régime général y compris anciens bénéficiaires affiliés au RSI, France entière). Le périmètre des indemnités journalières a été modifié par rapport aux analyses de l'année précédente, et ne comprend pas ceux des professions libérales et de grippe. Également, contrairement à l'année précédente, les données utilisées sont corrigées des variations saisonnières (cvs) et des jours ouvrés (cjo).

Depuis 2020, la CNAM a adapté son système d'information afin de pouvoir « tracer » spécifiquement les IJ en lien avec la crise sanitaire : IJ dérogatoires au droit commun (IJ garde d'enfants, personnes vulnérables, déclare.améli.fr, etc.) ainsi qu'aux IJ de droit commun ayant pour motif « Covid ». Ce suivi est arrêté en 2025. Le motif de l'IJ n'étant pas obligatoirement renseigné par le prescripteur, il se peut que le montant d'IJ maladie présenté dans cette fiche ne soit pas exhaustif.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.13.2. Atteinte des objectifs de gestion du risque et maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

Depuis la mise en œuvre du programme de rénovation de la gestion du risque « Rénov GDR » lancé en 2021 par l'Assurance maladie, qui appréhende de façon à la fois plus large et plus globale la gestion du risque (GDR), la fiche a été révisée en 2024, les indicateurs en 2020 et en 2021 ont été neutralisés suite à la crise sanitaire.

Finalité Le taux d'atteinte des objectifs fixés par le Parlement mesure l'efficacité des actions de GDR menée par l'Assurance Maladie.

L'annexe 5 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte un objectif global⁵³ d'économies à réaliser intégré dans l'évolution tendancielle estimée de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sur des actions de gestion du risque, notamment de maîtrise médicalisée des dépenses et la lutte contre la fraude, portées par l'Assurance Maladie.

Pour 2023 et 2024, cet objectif a été fixé à 720 millions d'euros sur la pertinence des prescriptions et 180 millions d'euros sur la lutte contre la fraude. En 2025, ces deux objectifs ont été fixés à un montant global de 900 millions d'euros. Ces derniers sont complétés, pour 2024, par 200 millions d'euros, hors tendanciel, d'actions de maîtrise des volumes des médicaments remboursés, et pour 2025, 400 millions d'euros d'économies. Ces objectifs globaux portent sur les volumes des soins de ville y compris ceux prescrits en établissements de santé (les produits de santé, les arrêts de travail, les actes techniques, les transports, les soins paramédicaux la biologie) et s'appuient sur les recommandations médico-économiques de la Haute autorité de santé (HAS).

Processus de mise en œuvre L'Assurance Maladie mène chaque année des plans d'actions portant sur la gestion du risque (GDR) au sens large, de la prévention aux contrôles et à la lutte contre la fraude en passant par des accompagnements gradués auprès des professionnels de santé, des assurés et des employeurs. Ces plans d'actions s'appuient sur les propositions formulées par l'Assurance Maladie dans son rapport remis chaque année au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie en application de la Loi du 13 août 2004.

Les actions mises en œuvre afin d'atteindre les différents objectifs par thème peuvent être révisées en cours d'année, en fonction du contexte économique, sanitaire et social, par abandon de certaines d'entre elles, ajustements des objectifs ou création de nouvelles actions, l'objectif ultime restant d'atteindre l'objectif global d'économies liées à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Les plans d'action engagés par l'Assurance Maladie comportent en moyenne entre 100 et 120 actions. Il est attendu de 1^{ers} impacts financiers dès l'année N pour environ la moitié de ces actions, ces dernières visant à infléchir les volumes de soins prescrits et des actes exécutés ou à s'assurer de la juste facturation des soins remboursés par l'Assurance Maladie. Les autres actions pour lesquelles les retours sur investissement sont attendus davantage sur le moyen terme concernent des actions de prévention primaire, secondaire et tertiaire, de structuration du système de soins pour accompagner les évolutions conventionnelles, l'exercice coordonné et le développement du numérique.

Résultats Les économies réalisées de 2010 à 2023 dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie sont données dans le tableau 1 suivant. Compte tenu de la crise sanitaire, les indicateurs ont été neutralisés en 2020 et 2021.

Depuis 2022, après la structuration du programme Rénov GDR en 2021, les actions GDR ont progressivement repris et se sont déployées en 2022 dans un contexte national encore marqué par la crise sanitaire et un réseau toujours mobilisé sur les activités de gestion afférentes à cette situation, en particulier en matière d'arrêts de travail. En 2024, le plan d'action établi initialement comportait plus de 100 actions dont l'estimation ex post de l'impact des actions mises en œuvre en 2024 s'élève à environ 1 160 M€ affichant ainsi un taux d'atteinte de 106% des objectifs fixés en LFSS.

L'essentiel des impacts concernent les actions de contrôles et LCF et celles relatives aux arrêts de travail :

- Les actions de contrôles et LCF pour 489 M€ (228 M€ de préjudices subis et 261 M€ de préjudices évités) concernent l'ensemble des soins de ville postes (professionnels de santé libéraux, médicaments, dispositifs médicaux, transport) ainsi que des postes hors ONDAM (38 M€ sur les rentes et pensions d'invalidité, les prestations sous condition de ressource) ;
- Les actions graduées et multi-cibles relatives aux prestations en espèces pour 378 M€ de la prévention des troubles musculo-squelettiques et de l'absentéisme en entreprises, des actions d'accompagnement des prescripteurs et aux mises sous accord préalables ;
- Les actions relatives aux produits de santé pour 105 M€, dont 80 M€ au titre de l'augmentation du taux de pénétration des génériques et des biosimilaires et 19 M€ au titre de la lutte contre l'antibiorésistance ;
- Les actions relatives aux dispositifs médicaux pour 28 M€, concernant les bandelettes glycémiques et les pansements et les perfusions à domicile ;

⁵³ Jusqu'en 2021, l'annexe 7 au PLFSS affichait un objectif d'économie par postes de dépenses.

- Les actions relatives aux actes ont généré un impact de 90 M€ dont 7 M€ au titre de la vaccination par les pharmaciens et de facturations erronées de masseurs-kinésithérapeutes ;
- Les actions relatives aux transports des malades pour 47 M€, concernant notamment la promotion des transports partagés et la juste prescription en ville et en établissements.
- Les actions relatives à l'amélioration du parcours de soins (insuffisance cardiaque) pour 4 M€.

Pour 2024, le plan GDR a consisté à amplifier les actions de gestion du risque visant à générer des économies sur les postes à forts enjeux financiers afin d'atteindre les objectifs de maîtrise médicalisée prévus dans le cadre de l'ONDAM 2024 et à intensifier les contrôles et la lutte contre la fraude. Sur le temps plus long, l'Assurance Maladie a également déployé une feuille de route ambitieuse et multidimensionnelle en matière de santé publique et de prévention (dépistages des cancers, bilans de prévention aux âges clés de la vie, vaccination et déploiement d'actions populationnelles, ...).

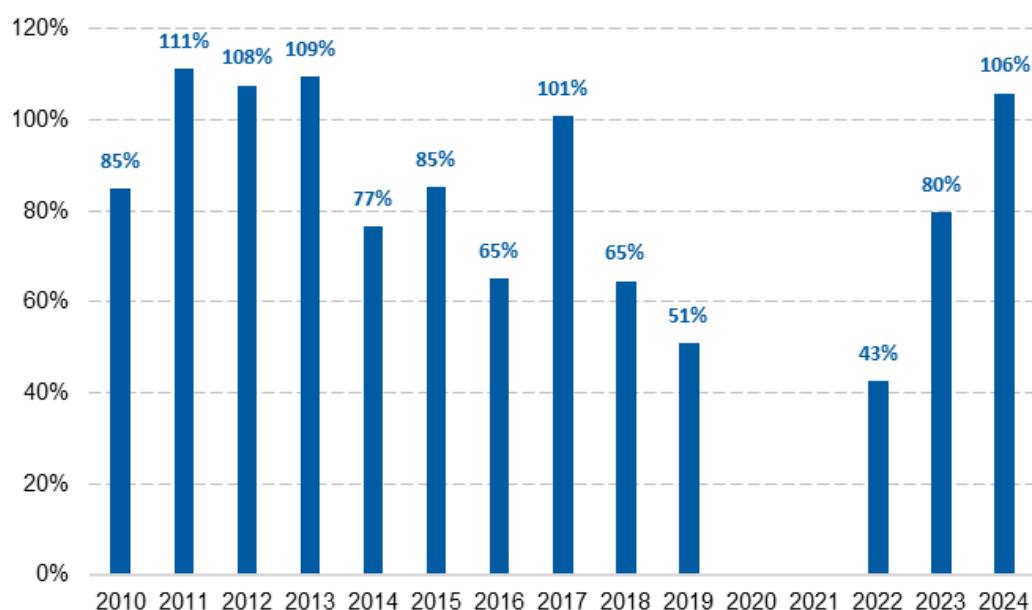
Les impacts des actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie de l'année 2025 seront disponibles au 1^{er} semestre 2026.

Tableau 1 • Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

En M €	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Maîtrise médicalisée et contrôles gradués	501	612	592	602	460	598	456	708	471	377	nd	nd	167	380	676
Actes	53	47	39	56	0	66	26	150	132	86	nd	nd	14	15	90
Médicaments	354	348	220	264	348	349	317	348	267	179	nd	nd	64	39	105
Dispositifs médicaux	0	0	32	30	26	25	75	172	4	22	nd	nd	5	19	28
Biologie	0	0	0	0	26	56	4	2	9	7	nd	nd	9	3	24
Prescriptions de transports	94	77	100	152	56	47	11	36	59	29	nd	nd	18	48	47
Prescriptions d'arrêts de travail	0	140	200	100	4	54	24	0	0	53	nd	nd	46	224	378
Autres	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	11	33	4
LCF	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	204	338	489
Total	501	612	592	602	460	598	456	708	471	377	nd	nd	371	718	1165
Objectif	590	550	550	550	600	700	700	700	730	740	nd	nd	868	900	1100
Taux d'atteinte de l'objectif	85%	111%	108%	109%	77%	85%	65%	101%	65%	51%	nd	nd	43%	80%	106%

Source : Cnam

Graphique 1 • Taux d'atteinte de l'objectif



Source : CNAM

Construction de l'indicateur La méthode de calcul de l'impact varie selon la nature de l'action.

Pour la plupart des actions portant sur les comportements de prescriptions, l'économie réalisée une année donnée est calculée pour chaque thème par différence entre deux montants :

- le montant tendanciel : montant qui aurait été réalisé sans intervention de l'assurance maladie, c'est-à-dire selon les tendances d'évolution estimées sur le passé en France, sur la base de comparaisons internationales et en fonction, pour le médicament, des nouvelles molécules ;
- le montant observé des dépenses d'assurance maladie.

Pour les actions relatives aux biosimilaires ou au génériques, l'impact est calculé sur la base de la progression du taux de pénétration.

Pour les actions CAQES, les modalités de calcul diffèrent selon la nature de l'action, mais le principe est similaire sans prendre en compte l'évolution tendancielle en estimant la différence entre les dépenses de N et de N-1 minoré de l'intéressement de l'établissement.

Pour les actions de lutte contre la fraude, sont pris en compte les préjudices évités d'une part et les préjudices subis notifiés d'autre part.

Le taux d'atteinte des objectifs rapporte le montant d'économies ainsi évalué à l'objectif fixé à l'annexe 5 du PLFSS.

***Avertissement :** les impacts présentés de 2010 à 2019 ne sont pas comparables à ceux de 2022, les méthodes et le périmètre ayant évolué en 2022 dans le cadre du programme Renov GDR.*

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.13.3. Les participations forfaitaires et les franchises médicales

Finalité Introduites respectivement en 2004 et en 2008, les participations forfaitaires et les franchises médicales ont pour objectif de responsabiliser les assurés sociaux, en les faisant contribuer via un montant forfaitaire et fixe aux dépenses de santé. Cette fiche répond, s'agissant des franchises, à l'obligation établie par l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale de présenter au parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise ont été utilisés.

Les montants de la participation forfaitaire et de la franchise sont restés fixe depuis leur création, jusqu'à leur doublement au 31 mars 2024 pour les franchises et au 15 mai pour les participations forfaitaires.

La participation forfaitaire, créée en 2004 et d'un montant de 2€, s'applique pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste, lors d'examen de radiologie ou lors d'examen de biologie médicale. Cette participation forfaitaire s'applique que le parcours de soins soit respecté ou non, que la consultation ait lieu en cabinet, à domicile, dans un centre de soins, en consultation externe ou aux urgences à l'hôpital. Le montant de la participation forfaitaire est plafonné à 8 € par jour par patient et par professionnel de santé exécutant. Le montant est plafonné à 50 € par année civile et par patient. La participation forfaitaire s'applique pour toutes les personnes âgées de 18 ans et plus, à l'exception :

- Des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat ;
- Des femmes enceintes à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour qui suit la date de l'accouchement ;
- Des invalides de guerre.

Cela signifie que les personnes en situation d'ALD ne sont pas exonérées de ces participations même pour les soins en lien avec leur affection, à la différence du ticket modérateur.

La franchise médicale, créée en 2008 s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est de :

- 1 € par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement). Cependant, le montant de la franchise ne peut pas être supérieur aux remboursements de l'assurance maladie.
- 1 € par acte paramédical
- 4 € par transport sanitaire.

Cette franchise ne s'applique pas aux médicaments délivrés au cours d'une hospitalisation, ou aux actes paramédicaux réalisés au cours d'une hospitalisation ainsi qu'au transport d'urgence. Les montants de ces franchises sont plafonnés, et on ne peut déduire plus de 4 € par jour pour les actes paramédicaux et plus de 8 € par jour pour les transports sanitaires. Par ailleurs, comme pour la participation forfaitaire, le montant de la franchise médicale est plafonné à 50 € par an et par patient pour l'ensemble des actes et prestations concernés. Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus sont concernées par ces franchises, à l'exception :

- Des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat ;
- Des femmes enceintes à partir du 1er jour du sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour qui suit la date de l'accouchement ;
- Des mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental ;
- Des victimes d'un acte de terrorisme, pour les frais de santé en rapport avec cet événement ;
- Des invalides de guerre.

De même que pour les participations forfaitaires, les personnes en situation d'ALD ne sont pas exonérées des franchises médicales, même pour les soins en lien avec leur affection.

Résultats

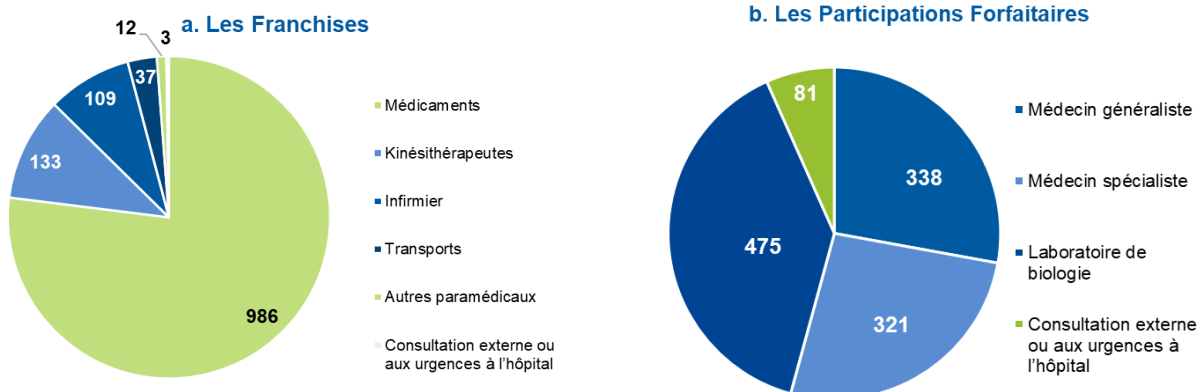
Rendements des franchises et des participations forfaitaires : les données présentées par la suite montrent le rendement théorique des participations forfaitaires et franchises sur le champ de l'ONDAM, c'est-à-dire le montant dû avant non-recouvrement. Concernant la répartition de ces montants par poste de dépense, il est possible d'observer que les médicaments représentent en 2025 les trois quarts des montants dus au titre des franchises médicales. Le reste des montants des rendements est dû au titre des actes d'infirmiers et de kinésithérapeutes, et en moindre mesure, au titre du transport sanitaire. Concernant les participations forfaitaires, 40% des montants dus le sont au titre des analyses de biologie médicale, les montants dus au titre des dépenses de médecine générale et dépenses de médecine spécialisée représentent un peu plus de 50% et les montants dus au titre des Consultation externe ou aux urgences à l'hôpital moins de 7%.

En termes de rendement, il est possible de constater que le rendement total est resté stable entre 2009 et 2020, aux alentours de 1,5 Md€ par an. Les franchises représentent en moyenne un peu moins de 60 % de ce rendement sur la période. En 2021, il est possible d'observer une hausse marquée du rendement global, qui passe à près de 1,6 Md€ par an. Ce phénomène s'explique en grande partie par l'impact des campagnes de dépistage. Si les tests étaient remboursés à 100 % par l'assurance maladie sur la période, il n'y avait pas d'exonération sur les PF et franchises. Et les tests étant réalisés en laboratoire, ainsi que via des prélèvements nasopharyngés réalisés notamment par des médecins et des infirmiers, cela a conduit à tirer à la hausse le rendement des participations forfaitaires et franchises sur les années 2021, mais aussi 2022 et 2023 à moindre mesure. La relative stabilité des montants dus au titre des PF et des franchises, combinée à une croissance de l'ONDAM a conduit à diminuer la part que représentent les participations forfaitaires et

franchises dans l'ONDAM (ce ratio mesure l'économie permise sur les dépenses sous Ondam par rapport à une situation contrefactuelle où ces dispositifs n'existeraient pas). Ainsi, en 2009, ces dispositifs représentaient 1,0 % de l'ONDAM contre 0,8 % en 2019, avant la crise, et 0,7 % en 2023. La forte baisse de la part des participations forfaitaires et franchises dans l'ONDAM à partir de 2020 s'explique par la hausse importante des dépenses au sein de l'ONDAM, du fait des mesures du Ségur de la Santé et des mesures de lutte contre la crise sanitaire notamment.

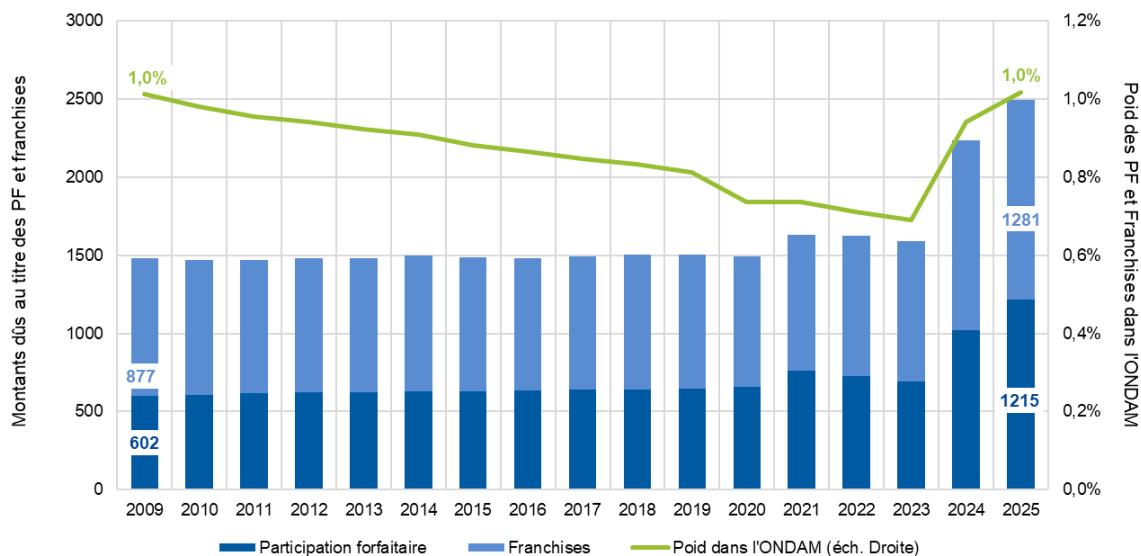
Sous l'effet du doublement du montant de participations forfaitaires et des franchises, les montants dû ont augmenté de 57% entre 2023 et 2025, pour atteindre 2,5 Md€ et ainsi retrouvé la part que représentent les participations forfaitaires et franchises dans l'ONDAM en 2009. Dans le détail, les montants dû au titre des franchises ont augmenté de 43% entre 2023 et 2025 (1,3 Md€ en 2025 contre 0,9 Md€ en 2023) et ceux au titre des participations forfaitaires de 75% entre 2023 et 2025 (1,2 Md€ en 2025 contre 0,7 Md€ en 2023).

Graphique 1 • Répartition des montants dû au titre des franchises et des participations forfaitaires en 2025 en millions d'euros



Source: DSS – extraction SNDS.
Champ : Tous régimes, France entière.

Graphique 2 • Evolution des montants dû au titre des participations forfaitaires et franchises en millions d'euros et de leur poids rapporté à l'ONDAM



Source: CNAM, extrapolation DSS.
Champ : Tous régimes, France entière.

Recouvrement des participations forfaitaires et franchises médicales :

Les participations forfaitaires et franchises sont déduites automatiquement des remboursements effectués pour les patients ne bénéficiant pas du tiers-payant. Elles peuvent être récupérées sur l'ensemble des prestations d'assurance maladie (remboursement de soins ou prestations en espèces telles que les indemnités journalières, les pensions d'incapacité, etc.). Si tous les frais de santé du patient sont pris en charge en tiers payant et qu'il ne perçoit pas de remboursement, il doit s'acquitter des montants dus directement à l'assurance maladie. Dans le cadre des contrats responsables, les organismes complémentaires ont interdiction de prendre en charge ces participations forfaitaires et franchises.

Le tableau n°1 présente pour le régime général les taux de recouvrement des participations forfaitaires et franchises pour la période 2010 à 2025. Il est important de noter que le recouvrement pouvant avoir lieu jusqu'à 5 ans après le fait générateur de la participation forfaitaire ou de la franchise, les données pour les années de 2021 à 2025 restent incomplètes. En effet, pour les PF et franchises dues au titre de 2020, le recouvrement est possible jusqu'en 2025, et pour les PF et franchises dues au titre de 2025, le recouvrement est possible jusqu'en 2030, ce qui explique que le taux de recouvrement en 2025 soit seulement de 61,2 %.

De manière générale, le taux de recouvrement des PF et franchises a diminué progressivement sur la période 2010-2019 (créances pour lesquelles la période de recouvrement est maximale, soit 5 ans), passant de 95,4 % à 89,1 %, dans un contexte de hausse du nombre d'assurés bénéficiant du tiers payant.

Tableau 1 • Taux de recouvrement des participations forfaitaires et franchises

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (*)	2022 (*)	2023(*)	2024(*)	2025(*)
Participations Forfaitaires	93,9%	93,6%	92,7%	92,9%	92,6%	90,8%	90,7%	90,0%	89,2%	88,6%	89,0%	87,5%	85,5%	82,8%	77,8%	59,1%
Franchises	96,0%	95,5%	94,7%	94,2%	93,6%	92,6%	92,3%	91,3%	90,4%	89,4%	89,2%	86,7%	84,5%	82,0%	79,2%	62,8%
PF et franchises	95,4%	95,0%	94,1%	93,8%	93,2%	92,0%	91,8%	90,9%	90,0%	89,1%	89,1%	87,1%	84,9%	82,3%	78,7%	61,2%

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021 (*)	2022 (*)	2023(*)	2024(*)	2025(*)
Participations Forfaitaires																
Constats	244,2	257,5	266,0	276,1	312,1	308,5	289,3	314,5	341,1	369,1	460,8	506,7	500,8	471,8	691,3	848,3
Recouvrements	229,2	240,9	246,7	256,6	288,9	280,1	262,4	283,1	304,2	327,0	410,3	443,6	428,3	390,7	538,0	501,6
Franchises																
Constats	637,5	628,8	629,2	638,1	664,5	637,6	633,5	643,1	666,0	697,0	788,9	749,0	774,1	775,6	1030,8	1107,2
Recouvrements	612,3	600,7	596,1	600,8	621,8	590,2	584,6	587,4	602,3	623,3	703,6	649,7	654,1	636,1	816,9	695,9

(*) Les créances des PF et franchises se prescrivent au bout de 5 ans. Les taux de recouvrement ci-dessous sont donc provisoires et arrêtés au 31/12/2025.

Source : CNAM, calculs DSS.

Champ : régime général.

Construction de l'indicateur Les données utilisées pour cette fiche sont issues du SNDS et de la caisse nationale d'assurance maladie pour le régime général, et sont de deux types :

Données issues du Système National des Données de Santé pour les PF et franchises dus. Ces données permettent de distinguer le fait générateur de chacune de ces participations et donc de les répartir en fonction des professions ayant généré ce montant dû.

Par rapport au REPSS de l'année précédente, une évolution méthodologique a été mise en œuvre. Le champ des montants relatifs aux franchises et participations forfaitaires a été élargi afin d'intégrer les franchises et participations forfaitaires applicables en établissements de santé, (pour les actes et consultations externes (ACE) ainsi que les passages aux urgences).

Par ailleurs, les montants présentés couvrent désormais l'ensemble des régimes. À cette fin, une extrapolation au champ tous régimes a été réalisée à partir des données du SNDS pour l'année 2025. Le poids relatif des autres régimes par rapport au régime général, estimé sur cette base, a ensuite été appliqué rétrospectivement aux années antérieures.

Les données concernant les PF et franchises recouverts sont issues de données comptables de la caisse nationale d'assurance maladie, et ne permettent pas de rattacher les montants récoltés au fait générateur.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS / CNAM

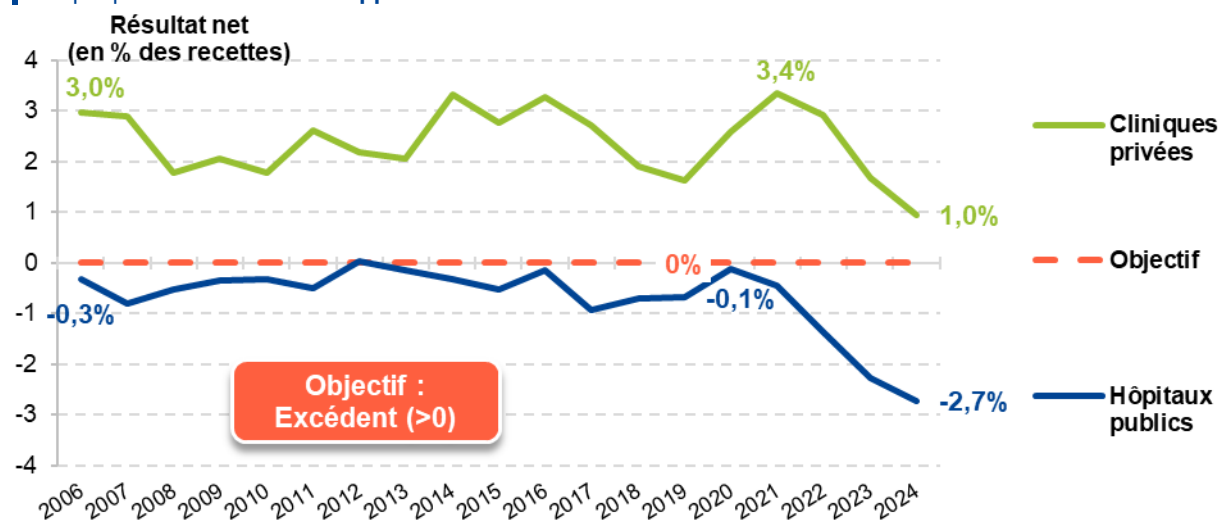
2.14. Limiter la dette des établissements de santé et soutenir l'investissement

Finalité De nombreux établissements sont depuis plusieurs années confrontés à des déficits importants et leur réduction constitue un enjeu essentiel pour la pérennité de l'offre de soins. Le résultat net rapporté aux recettes et la dette sont les indicateurs principaux de la santé financière des établissements de santé mais la capacité d'autofinancement et l'effort d'investissement en constituent également des dimensions clés.

Résultats Les graphiques ci-dessous présentent l'évolution du résultat net, de l'encours de la dette, ainsi que de l'investissement, rapportés aux recettes des établissements de santé.

Après une nette amélioration de la situation financière des hôpitaux publics en 2020, essentiellement portée par les dispositifs exceptionnels de soutien face à la crise sanitaire, les comptes des hôpitaux publics se dégradent depuis 2021. Leur déficit global (résultat net) atteint -2 913 M€ en 2024, après -2 352 M€ en 2023 (cf. *graphique 1*). Rapporté aux recettes, le résultat net est de -2,7 % en 2024, après une situation de baisse déjà notable en 2023 (-2,3 %).

Graphique 1 • Résultat net rapporté aux recettes des établissements de santé



Champ : France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), Cliniques privées présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Hôpitaux publics hors service de santé des armées (SSA).

Source : DGFIP, Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES. (Voir précisions méthodologiques).

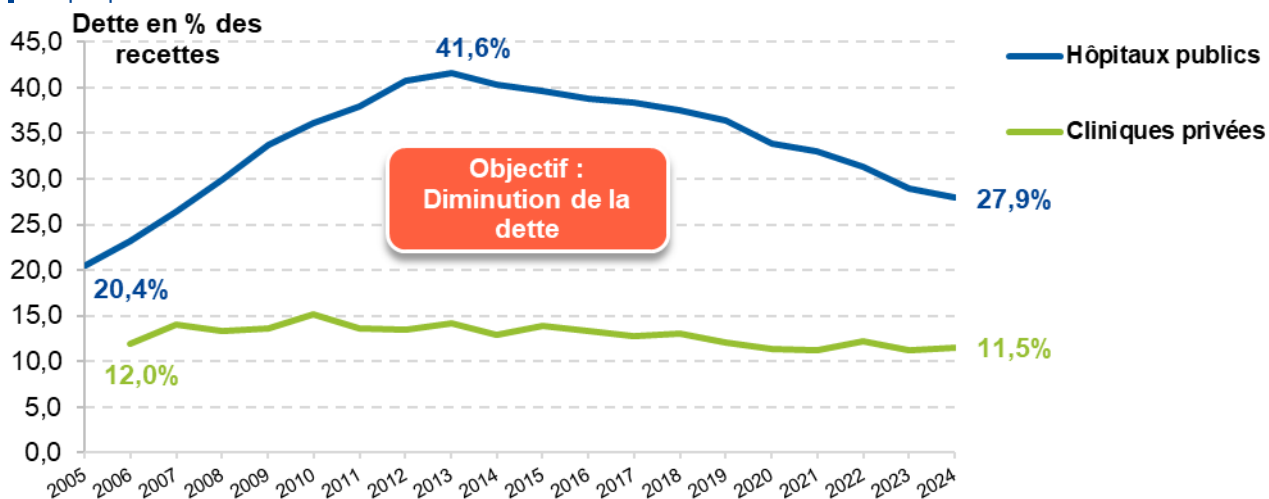
L'encours de la dette des hôpitaux publics diminue pour la troisième année consécutive et s'établit en 2024 à 29,9 Md€ après avoir atteint, en 2021, son point le plus haut depuis le début des observations (31,1 milliards d'euros). Il retrouve ainsi son niveau d'avant crise. (cf. *graphique 2*). Ces améliorations s'expliquent principalement par les accords du Ségur de la santé, consolidés par l'article 50 de la LFSS pour 2021, qui prévoient un engagement de 6,5 milliards d'euros pour la restauration des capacités financières des hôpitaux d'ici 2029. En 2024, 661 millions d'euros ont été alloués en aides en capital, s'ajoutant aux 650 millions d'euros versés en 2023, comme en 2022 et aux 1,4 milliard d'euros versés en 2021. Initialement conçue comme une reprise de la dette, cette mesure prend plus concrètement la forme d'un soutien au désendettement, par un abondement des capitaux permanents. Ces aides doivent permettre de financer les investissements, tout en réduisant le recours à l'emprunt.

En 2024, le ratio d'indépendance financière des hôpitaux publics, qui rapporte l'encours de la dette aux capitaux permanents, s'établit à 45,7 %, après 45,0 % en 2023. Cette légère remontée interrompt plusieurs années de recul depuis le point haut de 2018 (à 52,4 %). La proportion d'hôpitaux dont le ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 % augmente légèrement (21,2 % en 2024, après 19,5 % en 2023). Elle reste nettement inférieure au niveau atteint lors du dernier point haut (33,2 % en 2018).

La situation financière des cliniques privées à but lucratif reste favorable en 2024, bien que sa dégradation se poursuive. Leur résultat net s'établit ainsi à 1,0 % des recettes en 2024, son niveau le plus bas depuis 2006, après 1,7 % en 2023 et 2,9 % en 2022. Ces évolutions s'expliquent notamment par la sortie progressive de dispositifs consécutifs à la crise sanitaire. L'encours de la dette des cliniques privées augmente légèrement en 2024 (+3,8%) et s'établit à 2,3 milliards d'euros (après 2,2 milliards en 2023). Exprimé en pourcentage des recettes, il atteint 11,5 % de ces dernières (après 11,2 % en 2023, son niveau le plus bas depuis 2006) (cf. *graphique 2*).

Le ratio d'indépendance financière des cliniques s'améliore de nouveau en 2024, après le léger rebond de 2021 et 2022, venu interrompre la baisse continue depuis le point haut de 2011 (46,4 %). Il redescend au niveau historiquement bas de 34,3 %, après 34,6 % en 2023. Cependant, comme en 2023, 26 % des cliniques conservent un ratio d'indépendance financière supérieur à 50 % des capitaux permanents.

Graphique 2 • Dette des établissements de santé



Champ : France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), Cliniques privées présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Hôpitaux publics hors service de santé des armées (SSA).
Source : DGFIP, Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES. (Voir précisions méthodologiques).

Investissement

Les investissements des hôpitaux publics représentent 5,5 Md€ en 2024, après 5,6 Md€ en 2023. Exprimé en pourcentage des recettes, l'effort d'investissement marquait un rebond depuis 2021 mais se replie en 2024, atteignant 5,1 % des recettes (après 5,4 % en 2023 et un point bas de 4,4 % en 2020). La reprise de l'investissement sanitaire est l'une des conséquences des accords du Ségur de la santé signés en juillet 2020, qui prévoient notamment un engagement en faveur de l'investissement hospitalier à hauteur de 19 Md€ pour les dix années qui suivent.

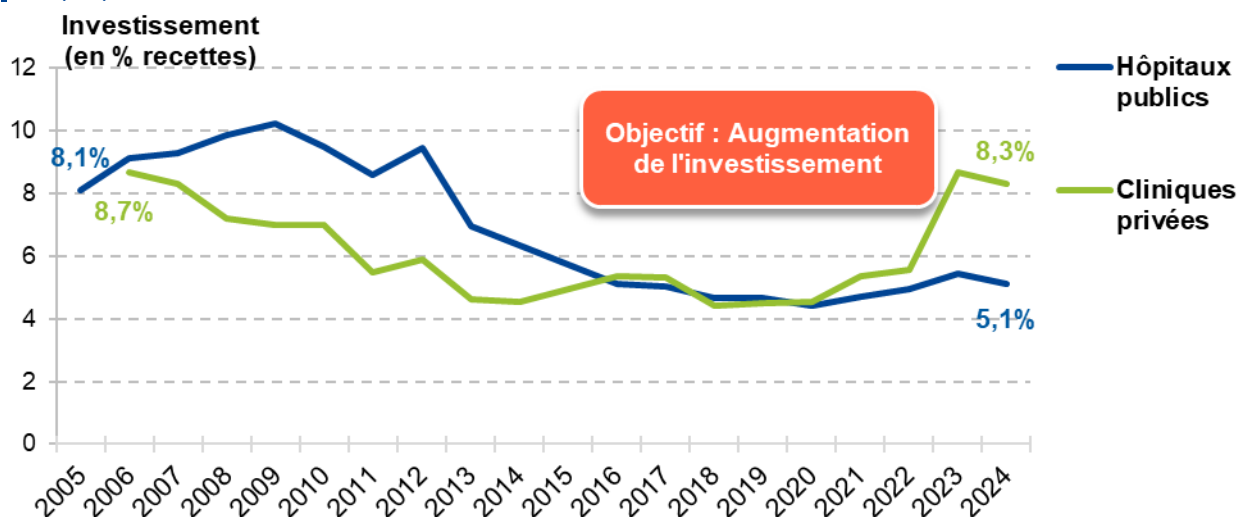
Le financement des investissements hospitaliers fait intervenir des sources variées, internes (capacité d'autofinancement [CAF]) ou externes (subventions et emprunts). La CAF, qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer le financement de leur investissement, se replie fortement depuis 2021, en lien notamment avec la dégradation du résultat net. Elle atteint 1,0 % des recettes en 2024 (après 1,7 % en 2023 et 4,9 % en 2020, son dernier point haut). L'effort d'investissement reste nettement supérieur à la CAF. Cet écart est observé depuis 2005 (année 2020 mise à part), mais il se creuse, ce qui traduit une baisse de la part des investissements financés par les ressources propres de l'établissement.

Enfin, la part de la dotation aux amortissements dans les recettes, stable autour de 7 % entre 2014 et 2020, diminue depuis pour atteindre 6,0 % en 2024 (après 6,1 % en 2023). L'effort d'investissement demeure inférieur à la dotation aux amortissements : cet écart, observé depuis 2013, témoigne d'une baisse du capital productif accumulé, depuis son point haut en 2020. Après une réduction progressive, il repart légèrement à la hausse en 2024.

D'après les premières estimations, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés aux recettes, atteint 8,3 % en 2024, après 8,7 % en 2023, interrompant la reprise amorcée en 2021. Il reste toutefois supérieur à la dotation aux amortissements des cliniques privées, stable depuis plusieurs années, qui s'établit à 4,2 % des recettes en 2024. L'effort d'investissement est aussi nettement supérieur à la capacité d'autofinancement (CAF), qui représente les ressources dégagées par l'activité des établissements pour assurer leur financement et leur investissement. Celle-ci se replie fortement pour la troisième année consécutive depuis 2021. Elle atteint ainsi son niveau le plus bas depuis 2006, et s'établit à 2,7 % des recettes, après 2,8 % en 2023, 3,7 % en 2022 et 4,5 % en 2021.

Les indicateurs financiers relatifs aux investissements des cliniques privées sont à considérer avec précaution, particulièrement depuis 2022 (cf. *Pour en savoir plus*, encadré *Sources et Méthodes* de la fiche 26)

Graphique 3 • Effort d'investissement des établissements de santé



Champ : France (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), Cliniques privées présentes dans la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), Hôpitaux publics hors service de santé des armées (SSA).

Source : DGFIP, Greffe des tribunaux de commerce, SAE, traitements DREES. (Voir précisions méthodologiques).

Précisions méthodologiques

Les indicateurs présentés ici sont mis à jour chaque année par la DREES et publiés dans le cadre de fiches thématiques au sein de l'ouvrage annuel Les établissements de santé (collection Panorama de la DREES).

Les données comptables et financières des hôpitaux publics sont fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) sur la plateforme Diamant. Elles sont issues des comptes de résultats et de bilans des entités juridiques des établissements publics.

Les données comptables et financières des cliniques privées sont mises à disposition par la société Altares – D&B. Elles proviennent des liasses fiscales des cliniques privées, disponibles par numéro Siren (c'est-à-dire au niveau de l'entité juridique), déposées auprès des greffes des tribunaux de commerce.

Les établissements privés à but non lucratif ne sont pas traités dans ce dossier car l'analyse méthodologique menée par la DREES a conclu au besoin de suspendre temporairement les publications des indicateurs sur les établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic) et d'explorer la qualité des données disponibles. La refonte des indicateurs concernant les Espic fera l'objet d'un travail ultérieur.

Pour en savoir plus :

- [Les établissements de santé en 2024 - Édition 2026 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Drees.](#)

Organismes responsables de la production de l'indicateur : DSS

2.15. Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

2.15.1. Equilibre financier de la branche maladie

Finalité Cet indicateur permet de suivre l'équilibre financier de la branche. Le solde est rapporté aux recettes afin d'appréhender la soutenabilité des déficits.

Résultats La branche maladie a enregistré un déficit de 15,9 Md€ en 2025. Ainsi, son déficit s'est creusé de 2,1 Md€ (le ratio recettes/dépenses se dégradant d'0,5 point) (cf. tableau 1). D'après la trajectoire sous-jacente à la LFSS 2026, le déficit devrait encore se creuser à l'horizon 2029 où il serait proche de 18 Md€ (cf. tableau 2).

Tableau 1 • Equilibre réalisé pour la branche maladie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Objectif
Recettes (Md€)	178,9	182,2	186,6	191,3	196,0	203,1	212,3	216,6	209,8	209,4	221,1	232,7	239,2	246,7	
Dépenses (Md€)	184,8	189,1	193,2	197,1	200,7	208,0	213,1	218,1	240,3	235,4	242,1	243,9	253,0	262,6	
Solde (Md€)	-5,9	-6,9	-6,5	-5,8	-4,7	-4,9	-0,8	-1,5	-30,5	-26,1	-21,0	-11,1	-13,8	-15,9	Solde = 0
Solde / Recettes	-3,3%	-3,8%	-3,5%	-3,0%	-2,4%	-2,4%	-0,4%	-0,7%	-14,5%	-12,4%	-9,5%	-4,8%	-5,8%	-6,4%	Ratio = 0
Recettes / dépenses	97%	96,3%	96,6%	97,1%	97,6%	97,7%	99,6%	99,3%	87,3%	88,9%	91,3%	95,4%	94,5%	94,0%	Ratio = 100

Source : CCSS de mai 2026.

Tableau 2 • Equilibre projeté pour la branche maladie

	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	Objectif
Recettes (Md€)	245,1	257,5	264,0	270,8	277,8	
Dépenses (Md€)	262,3	271,3	279,1	287,2	295,5	
Solde (Md€)	-17,2	-13,8	-15,1	-16,4	-17,7	Solde = 0
Solde / Recettes	-7,0%	-5,4%	-5,7%	-6,1%	-6,4%	Ratio = 0
Recettes / dépenses	93,5%	94,9%	94,6%	94,3%	94,0%	Ratio = 100

Source : LFSS 2026

(p) : prévisions

Entre 2013 et 2019, l'équilibre financier de la branche progresse lentement pour rejoindre un quasi équilibre en 2018, et un léger infléchissement en 2019, en raison notamment des mesures liées à la Loi portant Mesures d'Urgences Economiques et Sociales (MUES), conséquence du mouvement des gilets jaunes en 2019. Des changements de périmètre ont affecté la branche, comme le transfert en 2017 des charges au titre des Etablissements et service d'aide par le travail (ESAT) auparavant dans les comptes de l'Etat (1,5 Md€) ; cette charge nouvelle a toutefois été compensée par l'affectation de recettes. Sur l'ensemble de la période, l'ONDAM a été globalement respecté, mettant ainsi sous contrôle l'évolution de la majeure partie des charges de la branche.

Les recettes ont été profondément modifiées, notamment sur la période 2017-2019, à la faveur des mesures en faveur du pouvoir d'achat des actifs. Ces mesures ont partiellement déconnecté les recettes de la CNAM de la masse salariale du secteur privé. Ainsi, en 2018, la cotisation salariale a été supprimée et la CSG, dont l'assiette est plus large, augmentée. En 2019, le taux de cotisations patronale a été abaissé de 6 points pour les salaires inférieurs à 2,5 SMIC. La branche a par ailleurs bénéficié d'une fraction de TVA plus importante pour compenser une partie de la perte de recettes de cotisations. D'autres mouvements de recettes ont affecté la structure de financement de la branche (cf. REPSS financement)

En 2020, le déficit de la branche a atteint un niveau sans précédent, et s'est établi à 30,5 Md€. Cette dégradation massive résulte d'une chute des produits (-3,2 %) dans le sillage de l'activité, et d'une hausse exceptionnelle des charges (10,2 %) sous l'effet de la crise sanitaire liée à la Covid-19. Les dépenses du champ de l'ONDAM ont dépassé de 13,8 Md€ l'objectif voté dans la LFSS pour 2020. Ces coûts supplémentaires, dus à la crise sanitaire, ont porté en premier lieu sur les prestations en espèces (prise en charge des arrêts de travail pour les parents, les personnes vulnérables, extensions des indemnités journalières aux professions libérales, suppression du délai de carence, etc.) et les dotations exceptionnelles aux établissements sanitaires et médico-sociaux (primes et paiement des heures supplémentaires, dépenses supplémentaires supportées par les établissements pour faire face à la crise, etc.). L'année 2020 a été aussi marquée par la mise en œuvre des premières revalorisations des personnels des établissements sanitaires et des EHPAD dans le cadre du Ségur de la santé. Les transferts ont enfin fortement progressé du fait essentiellement de l'augmentation de la dotation de la branche à l'Agence nationale de santé publique (+4,8 Md€) et au fonds d'intervention régionale (FIR, +0,3 Md€) pour couvrir des dépenses supplémentaires de lutte contre la pandémie.

En 2021, le déficit de la branche s'est partiellement résorbé grâce au rebond de la conjoncture économique, tout en se situant toujours à un niveau très élevé. La branche maladie connaît une évolution structurante en 2021 du fait de la création de la branche autonomie, qui est dorénavant en charge de dépenses de prestations dont elle assurait jusqu'à présent le financement (objectif global de dépenses consacré au secteur médico-social). De ce fait, le périmètre des dépenses et des recettes de la branche s'est réduit de 25,9 Md€ à ce titre. Hors effet de périmètre, les charges de la

branche sont demeurées très élevées en raison des dépenses exceptionnelles liées à la lutte contre la Covid-19 et à la montée en charge des mesures du Ségur de la santé qui représentent un accroissement durable des charges pour la branche maladie (7,3 Md€ en 2021). Les cotisations sociales brutes ont augmenté de 10,9 %, portées par le rebond de la masse salariale du secteur privé (+8,9 %).

En 2022, le déficit de la branche maladie s'est résorbé tout en restant très important (-21,0 Md€), du fait de dépenses liées la lutte contre la Covid-19 qui se sont encore élevées à 11,7 Md€ (chiffre toutes branches confondues). La progression des charges (+2,9%) a été en partie portée par le contexte d'inflation, notamment en lien avec la hausse du point d'indice dans la fonction publique intervenue en juillet 2022. Toutefois, elle a été moins rapide que celle des produits (+5,7 %), soutenus par les pleins effets de l'inflation sur la masse salariale mais également sur les recettes de la branche comme la TVA, ce différentiel entre les charges et les produits expliquant la réduction du déficit.

En 2023, la branche maladie a vu son solde se redresser nettement, à -11,1 Md€, sous l'effet de dépenses de crise en très nette baisse (1,1 Md€ après 11,7 Md€). L'amélioration du solde a par ailleurs été soutenue par le transfert pérenne à la branche famille du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post natal, de 2,1 Md€ en 2023.

Après une constante amélioration depuis 2020, le déficit constaté en 2024, bien que moins important que prévu (-13,8 Md€ contre -15,3 Md€ en LFSS pour 2025), s'est creusé, les dépenses étant plus rapides que les recettes (respectivement 3,6% et 2,7%), conséquence directe du dynamisme des dépenses relevant de l'ONDAM, notamment des dépenses de soins de ville et en particulier au titre des indemnités journalières, des actes des médecins spécialistes et des médicaments. Les recettes de la branche ont été tirées par le dynamisme des cotisations (4,2%) malgré la baisse de taux de cotisations de 1 point des employeurs publics (partiellement compensé par l'Etat pour le volet territorial) ; elles ne seraient plus grevées par la croissance des allègements généraux et en particulier de la réduction générale dégressive qui s'est stabilisait en 2024. En revanche, les impôts et taxes affectés à la branche ont faiblement progressé (+1,4%).

En 2025, le déficit de la branche s'est creusé pour s'établir à 15,9 Md€.

Compte tenu de leur poids dans l'ensemble des charges, l'augmentation des prestations relevant de l'ONDAM (+4,1%, pour une progression globale de l'ONDAM de 3,4%) explique presque entièrement la hausse des charges en 2025 (+3,8%).

Les recettes ont progressé de 3,2% tirée par la croissance des cotisations sociales (+5,6%) qui a été plus forte que celle de l'assiette salariale du secteur privé (+1,8 %). La croissance des cotisations du secteur privé a en effet été portée par l'impact favorable des mesures des LFSS sur les allègements généraux, estimées à 2,3 Md€ au total, dont 0,5 Md€ au titre du gel du Smic pris en compte pour calculer le « point de sortie » de l'application du taux réduit de cotisations d'assurance maladie (LFSS pour 2024), 1,6 Md€ au titre de l'abaissement de 2,5 à 2,25 Smic dudit « point de sortie » (LFSS pour 2025) et 0,2 Md€ au titre de l'intégration de la prime de partage de valeur (PPV) dans l'assiette de la réduction générale dégressive jusqu'à 1,6 Smic (LFSS pour 2025). Par ailleurs, la hausse des opérations de contrôle a conduit à appeler des recettes supplémentaires (+0,4 Md€ pour la CNAM), toutefois contrebalancés par une hausse de la provision pour non-recouvrement ; l'effet global est donc faible sur le solde de la branche. En outre, les cotisations du secteur public ont rebondi (+0,6 Md€), sous l'effet du retour du taux de cotisation maladie des employeurs territoriaux et hospitaliers à son niveau de 2023. Par ailleurs, l'augmentation des produits de CSG (+2,5%) a été plus particulièrement tirée par la CSG sur les revenus de remplacement (+3,8%) guidés principalement par la progression des pensions de retraite. Les impôts et taxes ont enregistré une progression limitée (+0,1%), reflétant d'une part la faible hausse des recettes de TVA (+0,3%) et le repli de la taxe sur les salaires (-9,5 %). L'évolution de la TVA résulte d'une croissance spontanée modérée (+1,0 %) partiellement neutralisée par le reversement (de 0,4 Md€) à l'État pour compenser à ce dernier la perte d'impôt sur les sociétés consécutive à la baisse des allègements généraux ; tandis que le repli de la taxe sur les salaires traduit une réaffectation de 0,4 Md€ au profit de la CNAV votée en LFSS pour 2025 pour affecter à celle-ci une partie des gains de la refonte des allègements généraux. Les transferts nets reçus par la branche ont nettement diminué (-6,0 %), malgré l'augmentation (+ 0,4 Md€) de celui de la branche AT-MP pour compenser la sous déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, porté à 1,6 Md€. La diminution des transferts a principalement résulté du recul de la contribution de l'État au titre du Plan national de relance et de résilience (PNRR ; 0,2 Md€ en 2025 après 0,5 Md€ en 2024) en raison d'un rééchelonnement des versements, et du contrecoup du versement par l'État en 2024 de la compensation de la baisse d'un point du taux de cotisation maladie à la charge des employeurs territoriaux. Enfin, la forte croissance des autres recettes (+18,3 %) reflète le dynamisme des remises conventionnelles et de la clause de sauvegarde à la charge des entreprises pharmaceutiques (+21,7%), portées par leur rendement spontané mais également par un effet net de +0,3 Md€ du provisionnement de contentieux au titre de la clause de sauvegarde M d'exercices passés.

D'après la trajectoire votée en LFSS pour 2026, à partir de 2025 et jusqu'à l'horizon 2028, le déficit se résorberait significativement en 2026 (-3,4 Md€ par rapport au déficit 2025 prévu en LFSS), la branche bénéficiant de plusieurs mesures nouvelles et réaffectations de recettes décidées en LFSS pour 2026. En particulier, ont été décidées l'affectation à la CNAM du gain pour la branche vieillesse de la compensation de plusieurs exonérations, en particulier celle sur les heures supplémentaires (+2,6 Md€) ainsi que la réaffectation de 0,65 point de CSG remplacement au taux plein au détriment de la CNAF pour un gain de +1,4 Md€. À l'horizon 2029, le déficit se recreuserait progressivement pour atteindre 17,7 milliards d'euros. Les charges financières liées à l'accumulation des déficits augmenteraient de 0,5 milliard en 2025 à 2,4 milliards d'euros en 2029.

Construction de l'indicateur Fondé sur les comptes de la branche maladie tous régimes, pour les exercices clos jusqu'en 2025 puis prévisionnels à l'horizon 2029, l'indicateur rapproche, année après année, le total des charges supportées par la branche maladie du total de ses produits et apprécie l'écart éventuel entre ces deux grandeurs.

L'équilibre de base de la branche est apprécié à l'aide du scénario macroéconomique sous-jacent à la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026. Par construction, ce scénario inclut les mesures nouvelles.

Précisions méthodologiques Les données sont établies sur le champ maladie tous régimes, en milliards d'euros courants. Les charges et produits présentés ici sont cohérents avec la définition retenue pour la LFSS : il s'agit de grandeurs nettes. Ainsi les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et admissions en non-valeur (ANV) sur actifs circulants. Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations et autres charges techniques, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants. Sont également neutralisées les écritures symétriques de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA jusqu'en 2020. Cette définition a fait l'objet d'un changement pour la LFSS 2011, qui est pris en compte dans les chiffres présentés.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.15.2. Respect de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Finalité En France, l'Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) constitue le montant des dépenses d'Assurance Maladie (AM) remboursées par la collectivité. Il est fixé chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). [La loi du 13 août 2004 relative à l'AM](#) a renforcé le caractère contraignant joué par l'ONDAM en instaurant un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses. Ce comité est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution incompatible des dépenses avec le respect de l'ONDAM. Le risque de dépassement était considéré comme sérieux si son ampleur prévisible est supérieure à un seuil fixé à 0,5 % en 2013, conformément au [décret n°2011-432 du 19 avril 2011](#) (initialement fixé à 0,75% en 2010).

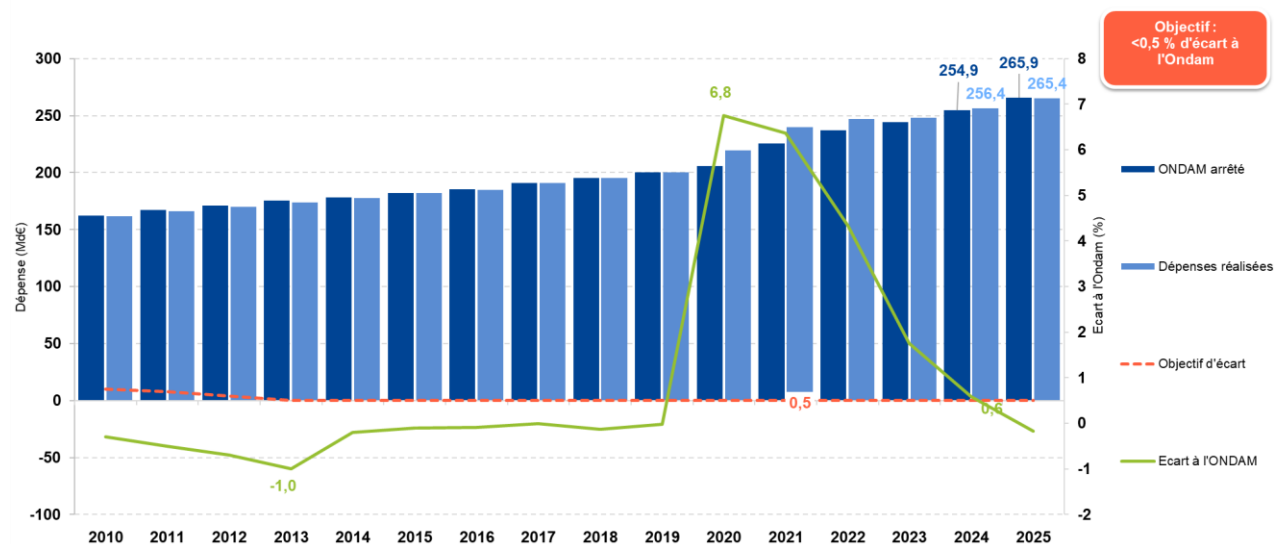
Par rapport à la décennie 2010-2019, la période 2020-2023 marque un changement majeur dans la dynamique des dépenses. Le système de santé français a ainsi dû faire face à une succession de crises, d'ampleurs inédites, de nature différentes et imprévisibles : la première est la crise sanitaire avec la pandémie de Covid-19, et la seconde est une crise inflationniste au cours de laquelle l'inflation atteint des niveaux jamais vus depuis le milieu des années 1980, en 2022 et 2023 (+5,3% en 2022 et +4,8% en 2023, au sens de l'IPCHT, contre une moyenne de 1,0% par an sur 2010-2019).

Les dépenses liées à la crise Covid expliquent en grande partie les dépassements à l'objectif ces années-là, elles se sont élevées en 2020 et 2021 à 18,3 Md€, en 2022 à 11,7 Md€ et en 2023 à 1,1 Md€. Au regard des circonstances exceptionnelles, la LFSS pour 2021 a suspendu l'obligation pour le comité d'alerte de proposer des mesures de redressement à la suite d'une notification d'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM. La LFSS pour 2022 et 2023 ont suspendu l'obligation uniquement aux dépassements liés à la crise sanitaire.

Entre 2019 et 2023, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM ont fortement augmenté, passant de 219,4 Md€ à 248,3 Md€. Les objectifs de l'ONDAM ont par conséquent été revus à la hausse pour faire face à la survenue de ces événements dits exceptionnels. En 2019, l'ONDAM est à l'équilibre. En 2020, l'objectif initial est dépassé de 13,8 Md€. En 2021, le dépassement s'est élevé à 14,4 Md€. En 2022, il était de +10,3 Md€ par rapport à l'objectif initial. En 2023, il s'est soldé à +4,2 Md€ par rapport à l'objectif initial. Toutefois, en dehors de ces dépenses liées aux événements exceptionnels, le dépassement de l'ONDAM reste limité et inférieur au seuil d'alerte jusqu'en 2023 ([cf. Fiche 3.2 CCSS octobre 2024](#)). En 2024, l'ONDAM s'est élevé à 256,4, affichant une sous exécution de 0,6 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2025, mais en dépassement de 1,5 Md€ par rapport à l'objectif initial fixé en LFSS pour 2024.

Résultats En 2025, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 265,5 Md€, soit une sous exécution de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif fixé en LFSS pour 2025 ([cf. détails ci-dessous](#)). L'objectif 2025 rectifié en LFSS pour 2026 est identique à l'objectif initial. Ce respect de l'objectif résulte d'un risque de dépassement identifié de 0,9 Md€ en lien avec l'activité compensé par 0,8 Md€ de mesures de régulation de la dépense (gel des crédits mis en réserve, diminution de la dotation AM au FMIS, etc.) et - 0,1 Md€ de mesures de périmètre.

Graphique 1 • Objectif national des dépenses d'assurance maladie et écarts à l'objectif



Source : DSS

De 2010 à 2019, l'ONDAM aboutit à un niveau inférieur à l'objectif fixé en LFSS (avant 2009, il n'avait été respecté qu'une seule fois en 1997, l'année de sa mise en place). Entre 2010 et 2013, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont été inférieures à l'objectif fixé en LFSS (-0,5 Md€ en 2010 et -1,8 Md€ en 2013), s'expliquant par la conjonction de plusieurs facteurs : le renforcement du pilotage de l'ONDAM et la dynamique de consommation de soins moins forte qu'anticipée⁵⁴. En 2014 et 2015, l'ONDAM est rectifié à la baisse par le biais d'annulation de crédits, permettant le respect de l'objectif

⁵⁴ Baisse des dépenses d'indemnités journalières (IJ) et du prix des médicaments

fixé sur le champ des établissements de santé (ES). Jusqu'en 2018, la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier a permis de couvrir le dépassement des soins de ville (SDV). En 2019, l'écart à l'objectif se réduit entre les sous-objectifs mais reste inférieur de -40 M€ à l'objectif rectifié en LFSS 2020.

À partir de 2020, la crise sanitaire provoque un net dépassement de l'ONDAM. En 2020, les dépenses atteignent 219,4 Md€, soit +13,8 Md€ par rapport à l'objectif initial, principalement en raison des dépenses liées au Covid (18,3 Md€) et au Ségur de la santé (1,5 Md€). En 2021, le dépassement reste élevé (+14,4 Md€), essentiellement dû aux mesures sanitaires. En 2022, le dépassement s'élève à 10,3 Md€ : il résulte encore des dépenses Covid (6,8 Md€), mais aussi du contexte inflationniste (revalorisation du point d'indice, compensation des charges des établissements, soutien aux urgences).

En 2023, la situation s'améliore : les dépenses atteignent 248,3 Md€, avec un dépassement limité à +4,2 Md€ par rapport à l'objectif initial et seulement +0,7 Md€ après rectification. Les dépenses Covid reculent fortement (1,1 Md€). Les principaux écarts concernent les soins de ville et les établissements de santé, partiellement compensés par des économies dans le médico-social.

En 2024, les dépenses s'élèvent à 256,4 Md€, soit +1,5 Md€ au-dessus de l'objectif initial. Le dépassement s'explique surtout par la hausse des soins de ville et des moindres recettes pharmaceutiques. Cependant, après révision de l'objectif en LFSS 2025, les comptes affichent finalement une sous-exécution de 0,5 Md€

En 2025, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 265,4 Md€, soit 0,5 Md€ en-dessous de l'objectif. Par rapport à l'objectif de la LFSS pour 2026, la sous-exécution porte essentiellement sur le champ des soins de ville (-0,3 Md€), sur les établissements de santé (-0,1 Md€) et les établissements et services médico-sociaux (-0,1 Md€) et sur le 5ème sous-objectif (-0,1 Md€). Le 5ème sous-objectif et 6ème sous-objectif présente de légère sous-exécution de l'ordre de 16 M€ au total (cf. *Fiche 2.2 CCSS mai 2026*).

Si l'objectif en 2026 n'a pas été modifié au global, la répartition entre sous-objectifs à quant à elle été modifiée. Ainsi, par rapport à la prévision initiale de la LFSS pour 2025, le dépassement sur le champ des dépenses des soins de ville (+0,5 Md€), a été plus que compensé par les sous-exécutions des établissements de santé (-0,3 Md€), des dépenses relatives aux services médico-sociaux (-0,4 Md€), du 5e sous-objectif (-0,2 Md€) et par le 6e sous-objectif (-0,1 Md€)

Ces sous-exécutions découlent, pour l'essentiel, des mesures de régulation de la dépense (gel des crédits mobilisation des mises en réserve, diminution de la dotation AM au FMIS, baisse de prix des produits de santé, etc.) décidées par le gouvernement à l'été 2025 à la suite de la notification par le comité d'alerte d'un risque de dépassement, et du gel du coefficient prudentiel. au risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent le seuil d'alerte selon l'avis du comité d'alerte de juin 2025, de mesures de périmètre (pour plus de détails, cf. *fiche CCSS 2.2 octobre 2025*), et par des décisions paramétriques de politique publique.

Précisions méthodologiques

Source : L'ONDAM tous régimes, données 2025 provisoires tandis que les données 2024 et auparavant sont définitives. Les données de l'année N-2 sont définitivement connues au printemps de l'année N; elles sont communiquées par le biais des tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) de l'ensemble des caisses d'assurance maladie transmis au mois de mars de l'année N.

Les montants successifs de l'ONDAM année après année intègrent des changements de périmètre qui tendent à en élargir le champ. Les principaux changements de périmètre se sont produits en 2006 avec notamment l'intégration dans le champ de l'ONDAM de la prise en charge des cotisations sociales des médecins et du ticket modérateur au titre des affections longues durées (ALD) 31 et 32, (accroissement du périmètre de l'ONDAM de 2,5 Md€). Un autre changement de périmètre d'envergure a eu lieu au titre de l'ONDAM 2017 avec l'intégration des dépenses des établissements et services d'aide par le travail (ESAT) au sein du sous objectif des établissements et services médico-sociaux à hauteur de 1,47 Md€. Enfin, la création de la 5^{ème} branche de la sécurité a entraîné un mouvement de périmètre à hauteur de 1,5 Md€ sur les établissements et services médico-sociaux. Les changements de périmètre sont désormais décrits chaque année dans l'annexe 5 du PLFSS (anciennement « annexe 7 » avant 2023).

Une prévision en cours d'année dépassant l'objectif mais moins élevée que le seuil fixé par décret traduit le fait que l'ONDAM est un objectif de dépenses, dont le montant est par nature évaluatif. Son respect exact année après année est donc irréaliste compte tenu des événements aléatoires, tels que les épidémies, qui peuvent affecter les dépenses d'assurance maladie. Le seuil de 0,5 % correspond au déclenchement de la procédure d'alerte (cf. paragraphe « finalité » ci-dessus), qui se traduit par la mise en œuvre d'une procédure contraignante pour le Gouvernement et l'assurance maladie. Il ne signifie en aucun cas qu'un dépassement de 0,5 % puisse être considéré en toutes circonstances comme acceptable.

Construction de l'indicateur L'ONDAM est un objectif inter-branches, puisqu'il comprend des dépenses de la branche maladie, de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et l'ensemble des dépenses de la branche Autonomie relatives au financement des établissements médico-sociaux (correspondant à l'objectif global de dépenses). Il comprend principalement les dépenses remboursées par l'assurance maladie et exclut certaines prestations du fait de leur nature (prestations en espèces maternité et paternité, prestations d'assurances décès, rentes et capitaux servis par la branche AT-MP, etc.). Dans la loi de financement de la sécurité sociale, l'ONDAM est fixé en montant, lequel est mesuré en « droits constatés » depuis 2002.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

2.15.3. Montants enregistrés dans le cadre des recours contre tiers

Finalité L'indicateur vise à présenter les montants que l'assurance maladie comptabilise en matière de frais de soins engagés, dans le cas où la responsabilité de tiers est impliquée. À ce titre, les enjeux financiers pour la seule assurance maladie s'élèvent à plusieurs centaines de millions d'euros par an, une politique active visant à aboutir à une optimisation du taux de récupération de ces sommes.

L'objectif pertinent en matière de recours contre tiers serait une hausse des récupérations en part des prestations faisant l'objet d'une telle procédure. Les données actuellement disponibles ne permettent pas de mesurer ce taux, faute d'une vision globale des créances. L'objectif retenu est donc une augmentation des montants comptabilisés en proportion du total des prestations légales versées par la branche.

Résultats En 2025, 808,6 M€ ont été enregistrés au titre du recours contre tiers nets dans la branche « maladie ». Près de 93,6 % des sommes sont enregistrées par le régime général, qui totalise 93 % de la dépense de prestations légales nettes maladie des régimes ici considérés, après intégration des dépenses de l'ex RSI. Les sommes enregistrées par la Cnam au titre des recours contre tiers nets ont représenté 0,34 % des prestations légales servies par la caisse, une part relativement homogène à la proportion sur l'ensemble des régimes de base.

Tableau 1 • Part des montants nets récupérés dans le cadre des recours contre tiers

Part des montants nets récupérés (en M€ courants)	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Montant des produits en 2025 *	Part 2025 de chacun des régimes	Objectif
CNAMTS	0,59%	0,64%	0,63%	0,67%	0,46%	0,31%	0,37%	0,47%	0,44%	0,42%	0,33%	0,30%	0,37%	0,36%	0,39%	0,36%	0,34%	756,7	93,6%	
MSA - salariés	0,43%	0,49%	0,40%	0,42%	0,42%	0,43%	0,44%	0,33%	0,43%	0,43%	0,33%	0,31%	0,32%	0,31%	0,36%	0,35%	0,40%	24,4	3,0%	
MSA - exploitants	0,15%	0,17%	0,18%	0,19%	0,15%	0,17%	0,19%	0,16%	0,16%	0,16%	0,13%	0,12%	0,13%	0,12%	0,13%	0,19%	0,19%	10,5	1,3%	
CNMSS	0,39%	0,62%	0,73%	0,81%	0,70%	0,65%	0,70%	0,53%	0,48%	0,47%	0,34%	0,32%	0,41%	0,40%	0,52%	0,53%	0,39%	6,6	0,8%	
CANSSM	0,20%	0,21%	0,16%	0,14%	0,25%	0,12%	0,11%	0,17%	0,10%	0,16%	0,13%	0,13%	0,14%	0,14%	0,05%	0,10%	0,09%	0,6	0,1%	
SNCF	0,58%	0,28%	0,46%	0,54%	0,30%	0,32%	0,25%	0,17%	0,16%	0,25%	0,40%	0,39%	0,27%	0,27%	0,22%	0,66%	0,29%	4,9	0,6%	
ENIM	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,13%	1,16%	0,49%	0,31%	0,30%	0,54%	0,52%	0,52%	0,04%	0,32%	0,59%	2,1	0,3%	
Banque de France, CRPCEN, CAVIMAC, RATP	0,25%	0,17%	0,19%	0,07%	0,12%	0,20%	0,15%	0,31%	0,28%	0,38%	0,27%	0,26%	0,29%	0,28%	0,29%	0,35%	0,31%	2,8	0,3%	
RSI (ex-CANAM)	0,64%	0,59%	0,55%	0,52%	0,53%	0,50%	0,58%	0,39%	0,26%									-	0,0%	
Tous régimes de base	0,55%	0,60%	0,60%	0,63%	0,44%	0,32%	0,37%	0,45%	0,42%	0,41%	0,39%	0,29%	0,36%	0,35%	0,38%	0,38%	0,36%	808,6	100,0%	Augmentation

Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale - mai 2026.

* Il s'agit du montant de produits nets de recours contre tiers comptabilisés par chaque organisme en 2025

Les produits nets de recours contre tiers peuvent être très volatiles d'une année sur l'autre, en raison de l'importance des sommes en attente de recouvrement et des mouvements induits sur les provisions enregistrées dans les comptes. L'appel d'un remboursement par un tiers fait en effet dans de nombreux cas l'objet d'une contestation par ce dernier. Il s'ensuit l'enregistrement d'une créance qui est pour partie provisionnée pour couvrir le risque de non recouvrement à terme. Ce sont en réalité les mouvements constatés sur les opérations de provisionnement d'une année sur l'autre qui expliquent l'essentiel des évolutions des produits nets de recours contre tiers. En 2017, cette méthode d'enregistrement des créances a été modifiée pour laisser place à une méthode plus rationnelle d'enregistrement de la créance lorsque celle-ci a été acceptée par le tiers et non plus lors de son émission, provoquant ainsi une baisse sensible des abandons de créances.

Ainsi, en 2012, des opérations exceptionnelles d'apurement de créances anciennes se sont traduites par une forte hausse des provisions. En 2013, par contre-coup, le niveau de provisionnement a sensiblement diminué, poussant mécaniquement à la hausse les produits nets et donc la part de ces produits dans le total des prestations légales. En 2014, la baisse de cette part est à nouveau attribuable à un important provisionnement pour le risque de non recouvrement de créances passées. En 2015 et 2016, l'augmentation de cette part est imputable à une hausse des produits nets de recours contre tiers plus rapide que celle des prestations, hausse découlant d'une baisse des provisions pour dépréciation de créances. En 2017, la nouvelle méthode de comptabilisation s'est traduite par une légère baisse des produits de recours contre tiers, mais également par une forte baisse des annulations de créances (-38 %), accompagnée par une baisse tout aussi importante des provisions et reprises. En 2019, les prestations légales et les produits nets évoluent en sens opposé ; la part des produits nets baisse ainsi légèrement, passant en dessous des 0,4 %. L'essentiel de la baisse des recours nets est dû à une augmentation des admissions en non-valeur (+33 %). En 2020, les produits de recours contre tiers bruts subissent une baisse (-17,2 %), retrouvant leur niveau de 2010. Cette baisse est surtout liée au recul des accidents survenus en 2020, conséquence des différents confinements provoqués par la crise sanitaire de la Covid-19. En 2021, les recettes de recours contre tiers rebondissent et retrouvent presque leur niveau de 2019, avec l'arrêt des confinements ayant conduit à la baisse en 2020. En 2022, les produits bruts ont augmenté de 6 %, alors que les abandons de créances ont progressé de 17 %. Les produits nets n'ont ainsi que très peu augmenté (+1 %). En 2023, les produits nets ont augmenté de 11 %, alors que les produits bruts baissent de 3 %. Cette situation s'explique par un provisionnement des créances moindre (-59 %), des pertes sur créances en baisse (-3 %), et des reprises de provisions couvrant ces pertes en hausse de 68 %, conséquences d'un provisionnement prudent par le passé. En 2024, les recours contre tiers bruts dépassent le milliard (+2 %), comme en 2022, mais sont pénalisés par des pertes sur créances en hausse de 8 %. Les recours nets baissent de 3 %. En 2025, les recours nets poursuivent leur baisse (-2 %). L'augmentation des reprises de provisions (20 %) et la baisse des pertes sur créances (-1 %) ne compensent pas le repli du recours contre tiers (-3 %).

Construction de l'indicateur Il se fonde sur les montants inscrits dans les comptes des régimes de base d'assurance maladie. La part, pour chaque régime, des produits nets de recours contre tiers dans le total des prestations légales a

été calculée. Pour les montants comptabilisés par la branche « accidents du travail / maladies professionnelles » de la Cnam, se reporter au programme correspondant.

Précisions méthodologiques Les montants indiqués pour 2025 sont ceux des comptes de la sécurité sociale, tous régimes. Ils sont exprimés en millions d'euros courants, nets des provisions et des admissions en non-valeur.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

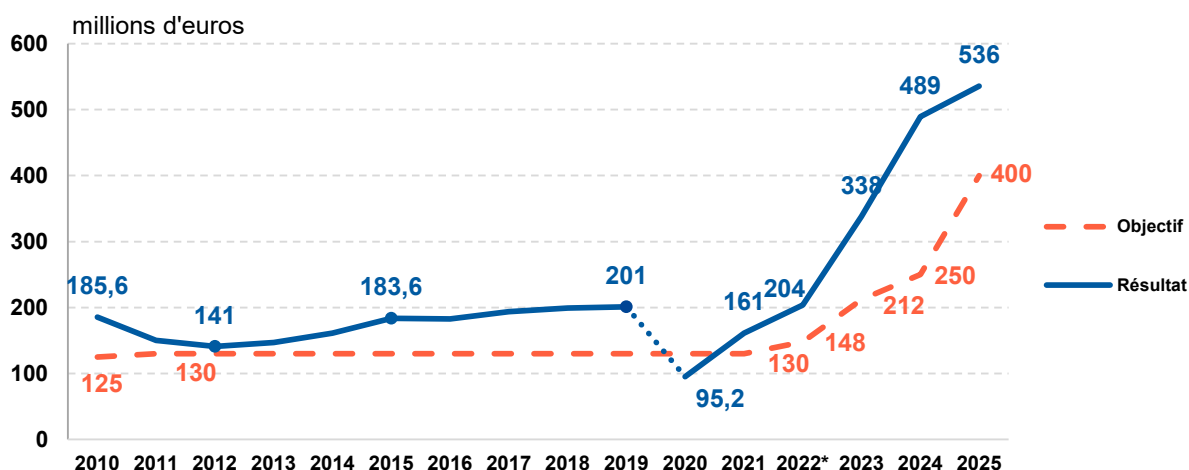
2.15.4. Efficacité de la lutte contre les fraudes et indus

Finalité Un plan de lutte contre la fraude est mis en place annuellement par l'Assurance Maladie afin de dissuader les fraudes, pratiques fautives et abusives de l'ensemble des acteurs. En 2022, l'Assurance Maladie a renouvelé en profondeur sa stratégie de contrôle et de lutte contre les fraudes, autour de 4 axes (évaluer, prévenir, détecter et contrôler, sanctionner) afin d'augmenter de façon sensible ses résultats en matière de lutte contre la fraude. L'indicateur vise à connaître l'efficacité des actions en termes d'économies engendrées liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives.

Résultats Le résultat mesure l'impact des actions de lutte contre la fraude qui ont un impact sur l'évolution des dépenses, afin de prendre en compte les aspects préventifs de ces actions. En 2025, l'économie réalisée suite à l'action de l'Assurance Maladie s'élève à 536M€ (489M€ en 2024). L'essentiel des résultats concerne les prestations en nature (remboursement des soins de ville), et dans une moindre mesure les actions sur les droits, les prestations en espèces et les dépenses en établissements sanitaires ou médico-sociaux. En 2025, plusieurs actions ont eu des impacts importants :

- Le renforcement des actions de lutte contre les faux arrêts de travail, avec des contrôles en amont des paiements et le déploiement du cerfa sécurisé.
- La mise en place du dispositif « tiers-payant contre carte vitale » en matière d'audioprothèses depuis janvier 2025, ce qui a fortement réduit les fraudes constatées dans le secteur. L'année 2025 a de fait surtout été l'aboutissement des contrôles de dossiers pour lesquels les investigations avaient été initiées en 2024.
- La poursuite des actions de contrôle des centres de santé, par le déploiement de plusieurs task-forces nationales afin d'organiser de façon coordonnée les actions de contrôle et les sanctions dans les fraudes en bande organisée de réseaux de centres de santé

Graphique 1 • Economies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées*



Source : Cnam/DDAFF.

* A compter de 2022, les économies liées aux mises sous objectifs et mises sous accord préalable ne sont plus comptabilisées au titre des économies LCF, mais prises en compte dans les économies liées aux actions de gestion du risque maladie

Tableau 1 • Economies liées aux fraudes et aux activités fautives et abusives détectées et stoppées en 2025

Thèmes	Fraudes détectées (en M€)		Economies réalisées (en M€)	
	Résultats	Objectif	Résultats	Objectif
Obtention des droits <i>dont : C2S et PUMA</i>	27,7 26,7	500	535,7	400
Prestations en Espèces <i>dont : Indemnités Journalières</i>	73,9 48,9			
Prestations en Nature	545,5			
Etablissements (total)	75,9			
<i>dont : T2A</i>	3,0			
<i>dont : Hors T2A</i>	73,0			
TOTAL	723,0		535,7	

Source : Cnam/DDAFF.

Pour l'ensemble des programmes de contrôle d'initiative nationale et des actions locales, la Cnam fixe des objectifs financiers correspondant aux montants à détecter exprimés en termes de préjudice subi et de préjudice évité par l'Assurance Maladie. Ces objectifs sont fixés en prenant en compte les montants des fraudes et des activités fautives détectées et stoppées correspondant à ceux qui ont été estimés en tant que préjudice financier subi par l'Assurance Maladie à l'origine des contentieux qu'elle engage.

Précisions méthodologiques Les contrôles portent sur les données du régime général.

Rappel des définitions des concepts sous-jacents à l'indicateur :

Fraude : Sont qualifiés de fraude, les faits illicites au regard des textes juridiques, commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales (assuré, employeur, professionnel de santé, fournisseur, transporteur, établissement, autre prestataire de services, employé de l'organisme) dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou induue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou de la caisse d'assurance retraite et santé au travail ou encore de l'État s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, du bénéfice de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'État.

Activités abusives : sont qualifiées d'activités abusives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques.

Activités fautives : sont qualifiées d'activités fautives celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives.

Indus notifiés : montants réclamés par un organisme dans des dossiers mettant en évidence des fraudes, des activités fautives ou abusives ouvrant des voies de recours adaptés aux cas d'espèces et hors transactions.

Préjudice subi : montant des prestations versées à tort tel que l'évalue la caisse après investigations et décision d'entreprendre une ou plusieurs actions.

Préjudice évité : dans le cas où la fraude a été découverte avant paiement et où le préjudice subi est donc nul, le préjudice évité est égal au montant des prestations que la caisse aurait versé à tort si la fraude n'avait pas été détectée. Dans le cas où la fraude a été découverte après paiement, un préjudice a été subi et le préjudice évité est égal au montant des prestations que l'assurance maladie aurait continué à régler si la fraude n'avait pas été découverte.

Organisme responsable de la production de l'indicateur : CNAM

2.16. Assurer la transition écologique du système de santé sur le long terme

Finalité La soutenabilité écologique est un enjeu majeur des systèmes de santé et une condition du maintien de l'accès aux soins.

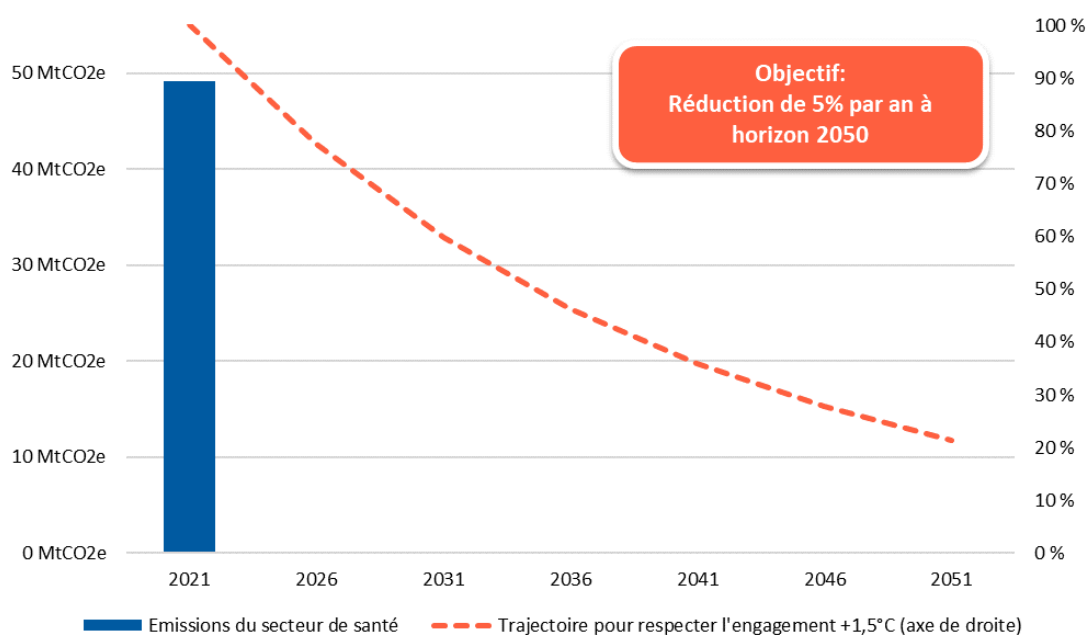
Cette nouvelle fiche vise à suivre les objectifs de transition écologique relatifs au système de santé. Cette première version inclut l'objectif principal de réduction des émissions de gaz à effets de serre de l'ensemble du secteur, auquel pourront s'adjoindre d'autres objectifs dans les prochaines éditions, comme par exemple la prise en charge des enjeux de santé environnementale (impact de la pollution de l'air sur la santé respiratoire ou certaines maladies cardiovasculaires, exposome, co-bénéfices santé climat,...), la résilience du système de santé face à des phénomènes météorologiques extrêmes et à l'augmentation du risque de mortalité induit pour les personnes fragiles, ou encore la surproduction de déchets médicaux et la pollution médicamenteuse.

Résultats L'Assurance Maladie a engagé en partenariat avec le Shift Project et soutient les travaux d'évaluation de l'impact carbone du secteur de la santé du Think Tank. Cette évaluation publiée en 2021 puis mise à jour en 2023 estime le niveau des émissions de gaz à effet de serre du système de santé à près de 49,2 millions de tonnes équivalent CO₂ (MtCO_{2e}),⁵⁵ niveau situé dans une fourchette d'incertitude comprise entre 40 et 61 MtCO_{2e}, et représentant environ 8 % des émissions de gaz à effet de serre nationales (604 MtCO_{2e} en 2021).

L'Assurance Maladie a par ailleurs défini une stratégie environnementale globale dans le cadre d'un schéma directeur de la transition écologique 2024-2027 publié en avril 2025 qui précise les ambitions de l'institution pour décarbonner son fonctionnement et contribuer à la transformation écologique des soins et du système de santé⁵⁶.

La feuille de route de la planification écologique du système de santé en date de mai 2023 ambitionne de réduire les émissions de GES de 5 % par an jusqu'en 2050, afin de « respecter l'engagement national français de rester sous la barre des +1,5°C supplémentaires ».

Graphique 1 • Emissions de GES du secteur de santé et trajectoire pour respecter l'engagement de rester sous la barre de +1,5°C



Source : Feuille de route de la planification écologique du système de santé

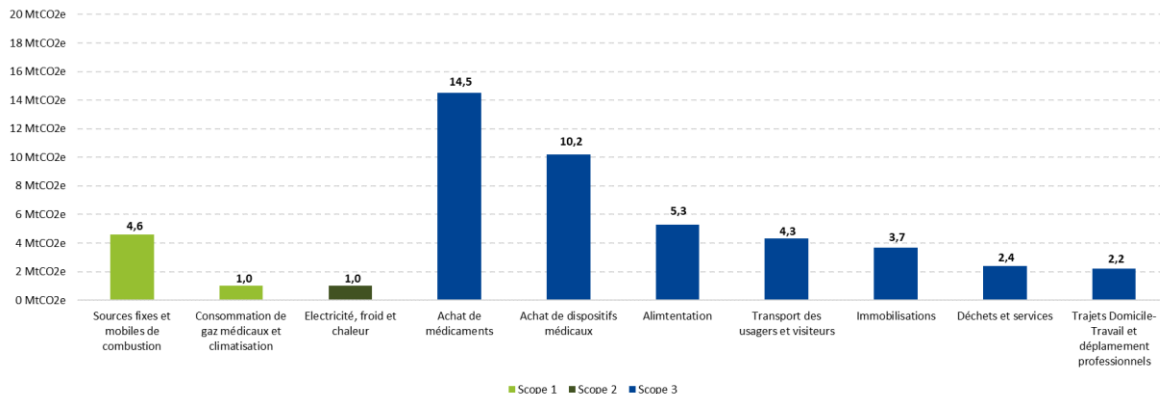
⁵⁵ Le million de tonnes équivalent dioxyde de carbone est l'unité de mesure des émissions de carbone. Elle tient compte de plusieurs gaz : le dioxyde de carbone, le méthane, l'oxyde nitreux, entre autres.

⁵⁶ <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/engagements/transition-ecologique/transition-action/schema-directeur>

Les émissions directes de GES issues de combustibles fossiles comme le pétrole ou le charbon (dites « scope 1 ») et les émissions liées à la consommation d'énergie électrique ou de réseaux de chaleur/froid (dites « scope 2 ») ne représentent que 13 % de l'ensemble des émissions de GES du secteur. Cependant, 87 % des émissions du secteur sont liées aux émissions indirectes de la chaîne de valeur où s'insère le système de santé, soit en amont comme les émissions liées à la production industrielle des médicaments que le secteur achète, soit en aval comme les émissions des déchets que le secteur produit.

Le premier poste d'émissions est le médicament, responsable de 29% des émissions du secteur. Avec les dispositifs médicaux (implants, prothèses, etc.), les émissions de GES des produits de santé représentent la moitié des émissions du secteur de la santé. Les déplacements constituent le 3^{ème} poste d'émission du système de santé et intègrent les transports pour soins, les déplacements professionnels, les trajets domicile-travail des personnels ainsi que les déplacements des visiteurs.

Graphique 2 • Emissions de GES du secteur de santé par poste



Source : The Shift Project, Rapport « Décarboner la santé pour soigner durablement », avril 2023.

Champ de l'indicateur Le bilan carbone du secteur de santé tente de se rapprocher du périmètre du système de santé selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS) défini comme : « L'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé ». Il inclut le secteur hospitalier (hôpitaux, cliniques, et autres établissements de soins) et le secteur médico-social, la médecine de ville (professionnels de santé libéraux, pharmacies d'officine, laboratoires et centres d'imagerie). L'estimation ne couvre pas certains postes (déchets, machines, etc.) des institutions publiques de la santé ni les structures des complémentaires santé (mutuelles, assurances et instituts de prévoyance). Les industries pharmaceutiques, et plus largement la chaîne d'approvisionnement nécessaire au fonctionnement du secteur et représentant une part non négligeable de l'empreinte carbone du secteur, sont bien incluses mais uniquement indirectement via les achats du secteur.

Précisions méthodologiques Le calcul du bilan carbone repose sur une décomposition en 23 postes (consommation d'énergie, achats de produits et services, transports de patients et visiteurs, immobilisations, etc.). Le calcul pour la plupart des postes se fait par une méthode ascendante (bottom-up), partant de données de terrain (par exemple litres de fioul utilisés, ou consommation énergétique en MWh) pour évaluer l'impact carbone du poste. Les émissions liées aux achats de médicaments et dispositifs médicaux sont évaluées par une approche descendante (top-down), partant de données macro pour en déduire les émissions correspondantes (par exemple les montants d'achats de médicaments multipliés par un facteur d'émission en MtCO₂e/€).

Organisme responsable de la production de l'indicateur : DSS

LISTE DES SIGLES UTILISES

A			
ACA	Allocation chômeur âgé	ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ACE	Actes et consultations externes	ATU	Autorisation temporaire d'utilisation
ACM	Assurances du Crédit Mutuel	AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
ACS	Aide à la complémentaire santé	AVBS	Années de vie en bonne santé
ADELI	Automatisation des listes	AVC	Accident vasculaire cérébral
AELE	Association européenne de libre-	AVK	Anti-vitamine K
AFD	Aspirine faible dose		
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	B	
AINS	Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien	BCG	Bacille de Calmette et Guérin
ALD	Affection de longue durée	BMR	Bactérie multirésistante
AMC	Assurance maladie complémentaire	BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
AME	Aide médicale d'État		
AMEXA	Assurance maladie, invalidité, maternité du régime des non salariés agricoles	C	
AMM	Autorisation de mise sur le marché	CAMIEG	Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
AMO	Assurance maladie obligatoire	CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
ANI	Accord national interprofessionnel	CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament	CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
ANSP	Agence nationale de santé publique	CAQES	Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins
ANV	Admission en non valeur	CAQOS	Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins
AOMI	Artériopathie Obstructive des Membres Inférieurs	CAS	Contrat d'accès aux soins
APE	Allocation parentale d'éducation	CAVIMAC	Caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes
AP-HP	Assistance publique - Hôpitaux de Paris	CBU	Contrat de bon usage
APL	Accessibilité potentielle localisée	CBUM	Contrat de bon usage du médicament
ARA		CCAM	Classification commune des actes médicaux
ARS	Agence régionale de santé	CCLAT	Convention cadre internationale de lutte antitabac
ASIP	Agence des systèmes d'information partagés		
ASMR	Autonomous Sensory Meridian Response		
ATC	Anatomique, thérapeutique et chimique		

CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	CSG	Contribution sociale généralisée
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale	CSS	Code de la sécurité sociale
CDD	Contrat à durée déterminée	CSSP	Complémentaire santé solidaire participative
CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	DACCRF	Directrice de l'audit, du contrôle contentieux et de la répression des fraudes
CH	Centre hospitalier	D	
CHR	Centre hospitalier régional		
CHU	Centre hospitalier universitaire	DADS	Déclaration annuelle de données sociales
CICE	Crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi	DAS	Direction des assurés
CIM	Classification internationale des maladies	DCI	Dénomination commune internationale
CIMAP	Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique	DCIR	Données de consommation inter-régime
CLCC	Centre de lutte contre le cancer	DCS	Dépense courante de santé
CMD	Catégorie majeure de diagnostic	DDJ	Dose définie journalière
CMU	Couverture maladie universelle	DEC	Délai envoi du courrier
CMU-c	Couverture maladie universelle complémentaire	DEPP	Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie	DESCO	Direction de l'enseignement scolaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés	DGESCO	Direction générale de l'enseignement scolaire
CNG	Caisse nationale de gestion	DG	Dotation globale
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	DGFIP	Direction générale des finances publiques
COM	Collectivité d'outre-mer	DGOS	Direction générale de l'offre de soins
COR	Conseil d'orientation des retraites	DGS	Direction générale de santé
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie	DMA	DMA
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	DI	Dépistage individuel
CPTS	Communautés professionnelles territoriales de santé	DMI	Dispositifs médicaux implantables
CRCDC	Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers	DMP	Dossier Médical Partagé
CRP	Compte de résultat principal	DMS	Durée moyenne de séjour
CRPA	Comptes de résultat prévisionnel annexe	DOM	Départements d'outre-mer
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des Clercs et employés de notaires	DO	Dépistage organisé
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux	DROM	Département et région d'outre mer
		DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
		DSES	Direction de la stratégie, des études et des statistiques
		DSN	Déclaration sociale nominative
		DSS	Direction de la Sécurité sociale

DTP	Vaccins contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite	ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
DTCP	Diphtérie, tétanos, coqueluche et poliomyélite		
DTS	Dépense totale de santé	ESPIC	Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
E		ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
EARSS	European antimicrobial resistance surveillance network	ESPS	Enquête santé et protection sociale
EB	Effet boîte	ETP	Équivalent temps plein
EBE	Excédent brut d'exploitation	EVBS	Espérance de vie « en bonne santé »
EBNL	Établissement de santé privé à but non lucratif	EVSI	Espérance de vie sans incapacité
ECDC	European centre for disease prevention and control	Eurostat	Office statistique de l'Union européenne
	Enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des assureurs complémentaires	EU-SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie
ECPS		F	
EDP	Échantillon démographique permanent	FAC	Fonds d'actions conventionnelles
EEC	Enquête Emploi en Continu	FBCF	Formation brute de capital fixe
EGB	Échantillon généraliste de bénéficiaires	FCU	Frottis cervico-utérin
	Établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante	FIR	Fonds d'intervention régional
EHPAD		FMESP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
EIG	Evènements indésirables graves		
ELP	Estimations localisées de population	FMESPP	Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
	Enquête nationale sur les événements indésirables liés aux soins observés en établissement de santé	FNPEIS	Fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire
ENEIS		FPH	Fonction publique hospitalière
ENIM	Établissement national des invalides de la marine	FSE	Feuilles de soins électroniques
ENP	Enquête nationale de prévalence	FSV	Fonds de solidarité vieillesse
EPAS	Échantillon permanent d'assurés sociaux	GALI	Indicateur général de limitations d'activités
EPS	Établissement public de santé		
	Enquête sur les ressources et conditions de vie	G	
ERCV			
ERFS	Enquête revenus fiscaux et sociaux	GERS	Groupe pour l'élaboration et la réalisation de statistiques
ESAC	European surveillance of antimicrobial consumption	GHM	Groupe homogène de malades
ESAT	Établissement et services d'aide par le travail	GHS	Groupe homogène de séjours

GHT	Groupements Hospitaliers de Territoire	INVS	Institut de veille sanitaire
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung - assurance maladie publique allemande	IOTF	International obesity task force
GSM	Grande section de maternelle	IP	Incapacité permanente
		IP-DMS	Indice de performance - durée moyenne de séjour
		IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
H		IQSS	Indicateurs de qualité et sécurité des soins
HAD	Hospitalisation à domicile	IRAPS	Instance régionale d'amélioration de la pertinence des soins
HAS	Haute autorité de santé	IRCT	Insuffisance rénale chronique terminale
HC	Heures creuses		
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie	IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
HFA-DB	European health for all database	IRMN	Imagerie par résonance magnétique nucléaire
HL	Hôpital local		
HPV	Papillomavirus humain	ISBLSM	Institution sans but lucratif au service des ménages
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes	IVG	Interruption volontaire de grossesse
HTA	Hypertension artérielle		
		L	
I		LFI	Loi de finances
IARC	International agency for research on cancer	LMSS	Loi de modernisation de notre système de santé
IAS	Infection associée aux soins	LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
ICATB	Indice composite de bon usage des antibiotiques	LPP	Liste des produits et prestations
IEC	Inhibiteur d'enzyme de conversion		
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	M	
IGF	Inspection générale des finances	MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
IJ	Indemnité journalière	MCOO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
IMC	Indice de masse corporelle		
IN	Infection nosocomiale	MCS	Médecins correspondant du SAMU
INED	Institut national des études démographiques	MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale
INES	INSEE-Études Sociales, modèle de micro simulation développé par l'INSEE et la DREES	MECSS	Maison d'enfants à caractère sanitaire et spécialisée
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé	MEP	Médecins à exercice particulier
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques	MERRI	Missions d'enseignement, recherche, référence et innovation
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale	MIGAC	Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation
		MSA	Mutualité sociale agricole

MSAP	Mises sous accord préalable	PGFP	Plan global de financement pluriannuel
MUES	Mesures d'Urgences Economiques et Sociales (Loi pour les)	PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
N		PHMEV	Prescription hospitalière médicamenteuse exécutée en ville
NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale	PIB	Produit intérieur brut
NACO	Nouveaux anticoagulants oraux	PIN	Prévalence des infections nosocomiales
NM	Nouveau membres	PLFSS	Projet de loi de financement de la Sécurité sociale
O		PMI	Protection maternelle et infantile
OC	Organisme complémentaire	PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique	PNLT	Programme national de lutte contre le tabac
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	PNNS	Programme national nutrition santé
OMAR	Outil de microsimulation pour l'analyse des restes-à-charge	PNRT	Programme national de réduction du tabagisme
OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique	POH	Pansements et produits d'origine
OMS	Organisation mondiale de la santé	PPA	Parité de pouvoir d'achat
OMV	Outils-multi Volets	PPI	Prévalence des patients infectés
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie	PQE	Programmes de qualité et d'efficience
ONIC	Orientations nationales d'inspection-contrôle	PRADO	Programme d'accompagnement de retour à domicile
OPTAM	Option tarifaire maîtrisée	PRCV	Panel sur les ressources et conditions de vie
OQN	Objectif quantifié national	PROPIAS	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
OTSS	Organisation et à la transformation du système de santé (loi relative à l')	PRS	Plan stratégique régional de santé
P		PSA	Prostate Specific Antigen
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur	PSCE	Protection sociale complémentaire d'entreprise (enquête)
PAERPA	Parcours santé des aînés	PSPH	Participant au service public hospitalier
PAPRAPs	Plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins	PTMA	Praticien territorial de médecine ambulatoire
PCR	Polymerase Chain Reaction ou réaction de polymérisation en chaîne	PTMG	Praticien territorial de médecine générale
PDSA	Permanence des soins ambulatoires	PUI	Pharmacies à usage intérieur
		Q	
		QLS	Qualité de la lettre de liaison de sortie

R		SNIIRAM	Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie
RAC	Reste à charge	SNIR	Système d'information inter-régimes
RAISIN	Réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections associées aux soins	SNS	Stratégie nationale de santé
RATP	Régie autonome des transports parisiens	SPS	Santé et protection sociale (enquête)
RDB	Revenu disponible brut	SRCV	Statistique sur les ressources et condition de vie
REPSS	Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale	SROS	Schéma régional d'organisation des soins
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole	SRS	Schémas régionaux de santé
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique	SSA	Services de santé des armées
RPPS	Répertoire partagé des professions de santé	SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
RSA	Revenu de solidarité active	SSR	Soins de suite et de réadaptation
RSI	Régime social des indépendants	T	
S		TCDC	Tableaux de centralisation des données comptables
SAE	Statistique annuelle des établissements de santé	TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
SAMU	Service d'aide médicale urgente	TNF	Tumor Necrosis Factor
SARM	Staphylococcus aureus résistant à la méticilline	TPI	Tiers payant intégral
SAS	Service d'accès aux soins	TSA	Taxe de solidarité additionnelle
SCI	Société civile immobilière	TSCA	Taxe spéciale sur les conventions d'assurance
SEGPA	Section d'enseignement général et professionnel adapté	TSH	Thyréostimuline (contrôler l'activité de la thyroïde)
SFD	Société francophone du diabète	TSN	Territoires de Soins Numérique
SHA	Système international des comptes de la santé	TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
SIASP	système d'information sur les agents des services publics	U	
SILC	Statistics on Income and Living Conditions (enquête)	UGAP	Union des groupements d'achats publics
SLM	Section locale mutualiste	UHCD	Unité d'hospitalisation de courte durée
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance	UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation	USID	Unité du système d'information décisionnel
SNCF	Société nationale des chemins de fer	USLD	Unité de soins longue durée
SNDS	Système National des Données de Santé	V	
		VHP	Véhicules pour handicapés physiques

VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
Z	
ZEP	Zone d'éducation prioritaire
ZIP	Zones d'Intervention Prioritaire



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*