Institut de recherche et documentation en économie de la santé

La santé en France : éléments de bibliographie

Bibliographie thématique

Février 2025

Centre de documentation de l'Irdes

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
https://www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

ISSN 2606-0272 ISBN : 978-2-87812-636-5

Sommaire

1 - Panorama général dans lequel s'inscrit le système de santé français 5
1.1 INDICATEURS ET PROBLEMATIQUE AU NIVEAU NATIONAL 5
1.2 AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL 13
2 - Géographie de la santé 15
2.1 ETUDES IRDES 15
2.2 ETUDES DE LA DREES 23
2.4 AUTRES ETUDES 25
3 - Hôpital 32
3.1 ENQUETES DE L'IRDES 32
3.2 ENQUETES DREES 37
3.31 Enquêtes d'ensemble 37
3.32 Psychiatrie 41
3.34 Activité hospitalière 42
3.35 Analyse économique 46
3.4 DONNEES DE L'ATIH 47
3.5 AUTRES ETUDES (SOURCES DIVERSES) 50
4 -Professions de santé 60
4.1 DONNEES DE LA DREES 60
4.2 DONNEES DE LA CNAMTS 76
4.3 ETUDES DE L'IRDES 77
4.4 AUTRES SOURCES 83
5 - Comptes, dépenses et consommation médicale 94
5.1 COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE 94
5.2 COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE 100
5.3 COMPTES DE LA SANTE 103
5.4 COMPTES DE LA DEPENDANCE 105
5.3 DEPENSES DE SANTE, CONSOMMATION MEDICALE 107
5.31 Données de la CNAMTS 107
5.32 Données de l'Irdes 109
5.33 Données de la Drees 116
5.34 Autres sources 124

6 -Médicaments 138
6.1 Donnees generales 138
6.2 Consommation pharmaceutique 143
6.3 Evaluation economique 151
6.4 Prescription 161
7 Protection sociale 169
7.2 Enquetes de l'IRDES 169
7.3 Donnees de la DREES 182
7.31 Aide sociale, minimas sociaux 182
7.32 Dépendance et handicap 191
7.33 Protection complémentaire (mutuelle, prévoyance, cmu/cmuc…) 197
7.34 Retraite 208
7.5 Autres etudes 215
7.4 Etudes de la Cnamts 226
8- Morbidité 228
8.1 Etudes d'ensemble 228
8.2 Groupes de population 233
8.21 Enfant 233
8.22 Femmes 241
8.22 Migrants 242
8.25 Personnes âgées / Personnes handicapées 246
8.26 Populations vulnérables 260
8.3 Quelques pathologies 264
8.31 Cancer 264
8.32 Diabète 279
8.4 Pathologies respiratoires 286
8.41 Asthme 286
8.5 Maladies cardiovasculaires 288
8.51 Généralités 288
8.52 Infarctus, maladies coronaires, AVC 290
8.53 Hypertension artérielle 296
9 - Santé mentale 298
9.1 Psychiatrie 298
9.1.1 Etudes Irdes 298
9.1.2 Autres Etudes 305
9.2 Depression / suicide 317

10- Indicateurs démographiques, mortalité 326
10.1 PUBLICATIONS INSEE 326
10.11 Bilan démographique 326
10.12 Statistiques d'état-civil 328
10.2 ETUDES DE L'INED 329

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence statistique et thématique sur la santé en France, à partir de l'année 2014 (années antérieures disponibles sur demande)

1 - Panorama général dans lequel s'inscrit le système de santé français

1.1 INDICATEURS ET PROBLEMATIQUE AU NIVEAU NATIONAL

(2025). Santé : diagnostic et remèdes. Cahiers Français (444).

> Ce n° se propose de mieux comprendre l'origine de la crise actuelle de notre système de santé tout en explorant les moyens d'y remédier : comment s'attaquer aux déserts médicaux, mieux prévenir les maladies chroniques et prolonger l'espérance de vie en bonne santé ?

(2024). France, portrait social. Edition 2024 Paris : Insee
https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242421

➢ Pour les années antérieures, consultez :

France, portrait social. Edition 2023
France, portrait social. Edition 2022
France, portrait social. Edition 2021
France, portrait social. Edition 2020
France, portrait social Edition 2019
France, portrait social. Edition 2018
France, portrait social. Edition 2017
France, portrait social. Edition 2016
France, portrait social. Edition 2015

Morel d'Arleux, J. (2025). "Drogues et addictions, chiffres clés 2025". Paris : OFDT
https://www.ofdt.fr/publication/2025/drogues-et-addictions-chiffres-cles-2025-2474

> Cette dixième édition de « Drogues et addictions, chiffres clés » met à jour les données disponibles sur les addictions et la consommation de substances psychoactives, incluant les drogues légalement accessibles aux adultes et les drogues illicites.

Andler, R., Quatremère, G., Richard, J.-B., et al. (2024). "La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme." Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH)(n°2): pp.22-31.

> La consommation d'alcool, très élevée en France, expose à de nombreux risques pour la santé, à court et long terme. Au cours des dernières décennies, les modes de consommation ont fortement évolué. L'objectif de cet article est de présenter un panorama de la consommation d'alcool en

France en 2021 à partir de l'enquête Baromètre de Santé publique France, actualisant les constats datant de 2017 en France hexagonale et 2014 dans les départements ultramarins et permettant d'apprécier les tendances sur près de 30 ans.

OFDT (2024). "Les usages de substances psychoactives chez les collégiens et lycéens - Résultats EnCLASS 2022", OFDT
https://www.ofdt.fr/publications/collections/resultats/les-usages-de-substances-psychoactives-chez-les-collegiens-et-lyceens-resultats-enclass-2022

L'Enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) est une enquête en ligne qui se déroule en milieu scolaire, menée par l'association EnCLASS, l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) et l'École des hautes études en santé publique (EHESP), en partenariat avec l'Éducation Nationale. Entre mars et juin 2022, 9 566 collégiens et lycéens ont participé en France à la deuxième édition, permettant notamment de repérer les niveaux scolaires où les consommations d'alcool, de tabac et de cannabis s'initient. Par rapport à 2018, l'ensemble des niveaux d'usages de substances psychoactives sont en baisse en 2022. L'usage de la cigarette électronique poursuit sa progression chez les élèves du secondaire. Pour la première fois, son usage devance celui de la cigarette – et avec des niveaux d'utilisation comparables chez les garçons et les filles. L'accessibilité perçue des cigarettes et des boissons alcoolisées progresse fortement au cours de la scolarité. En terminale, près d'un élève sur deux estime qu'il lui serait très facile de s'en procurer, contre moins d'un élève sur cinq en classe de troisième.

OCDE (2023). Panorama de la santé 2023. Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE
https://www.oecd.org/fr/publications/panorama-de-la-sante-2023_5108d4c7-fr.html

Le *Panorama de la santé* fournit un ensemble complet d'indicateurs sur la santé de la population et la performance des systèmes de santé dans les pays membres de l'OCDE et les principales économies émergentes. Ceux-ci portent sur l'état de santé, les facteurs de risque pour la santé, l'accès et la qualité des soins de santé, ainsi que les ressources disponibles pour la santé. L'analyse s'appuie sur les dernières statistiques nationales officielles comparables et d'autres sources

Ocde (2023). France : Profil de santé par pays 2023. Paris, Ocde
https://www.oecd.org/fr/publications/france-profil-de-sante-par-pays-2023_7ff19969-fr.html

Ce profil fournit un aperçu concis de l'état de santé et du système de santé en France, dans le cadre de la série des profils de santé par pays de l'initiative sur l'état de santé dans l'UE. Il présente une analyse succincte de l'état de santé de la population en France ; les déterminants de la santé, en mettant l'accent sur les facteurs de risque comportementaux ; l'organisation du système de santé français ; et une évaluation de l'efficacité, l'accessibilité et la résilience du système de santé. L'édition 2023 présente aussi une section thématique sur la santé mentale en France.

➢ Pour les années antérieures, consultez : https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles_fr

Or, Z., Gandré, C., Seppänen A.V., et al. (2023). Health system review: France. France Health system review: Vol. 17 No. 3. Copenhague Bureau Régional de l'Europe
https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/france-health-system-review-2023

Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., et al. (2022). "L'état de santé de la population en France". Dossiers de la Drees 102
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102.pdf

Ce dossier fait le point sur l'état de santé en France et en analyse les déterminants. Il mobilise, pour se faire, les données les plus récentes, avec un focus sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Com-Ruelle, L. et Choquet, M. (2022). "La consommation d'alcool des jeunes adultes : un risque global d'alcoolisation excessive bien plus élevé pour les hommes mais un risque ponctuel en augmentation pour les femmes." Questions d'Economie de la Santé(IRDES)(265)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/265-la-consommation-d-alcool-des-jeunes-adultes.pdf

En France, peu de travaux ont été menés jusqu'à présent sur la consommation d'alcool des jeunes de 18 à 30 ans. Or étudier la question de l'alcoolisation à l'« âge adulte émergent » permet de mieux appréhender les transformations lors de cette période charnière du passage de l'adolescence à l'âge adulte, qui tend à s'allonger, et se traduit par des situations et des parcours de vie très diversifiés. Au cours du cycle de vie, c'est entre 18 et 30 ans que le risque d'alcoolisation excessive, qui représente un risque « évitable », culmine avec une large proportion de risque ponctuel plutôt que chronique. A tout âge, l'écart entre hommes et femmes est très significatif, les premiers présentant un risque d'alcoolisation, tant ponctuel que chronique, environ deux fois plus élevé. Près des trois quarts des jeunes femmes ne présentent pas de risques, et elles modèrent leurs comportements plus tôt, dès 25-30 ans, alors que les hommes les accroissent encore. En revanche, entre 2002 et 2014, si le risque global d'alcoolisation excessive tend à diminuer chez les hommes du fait d'un risque chronique moindre, il a légèrement augmenté chez les jeunes femmes du fait du risque ponctuel. Enfin, des facteurs d'ordre socio-économique influent sur ces comportements au sein d'une même génération. Par exemple, à 18-24 ans, les hommes actifs occupés sont plus concernés par le risque global d'alcoolisation excessive que les étudiants ou les chômeurs, alors que seules les chômeuses sont moins concernées à cet âge. Chez les hommes comme chez les femmes et à 18-24 ans comme à 25-30 ans, ce risque augmente avec les niveaux d'éducation et de revenu. Ces résultats sont issus de l'Enquête santé européenne (EHIS) menée en 2014 et de précédentes Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) de 2002 à 2012.

Or, Z., et al. (2022). "Soutenabilité et résilience du système de santé français.". Document de travail Irdes ; 88. Paris : Irdes
https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/088-soutenabilite-et-resilience-du-systeme-de-sante-français.pdf

La soutenabilité d'un système de santé est sa capacité à maintenir ses fonctions essentielles en résistant aux stress internes et externes, notamment les défis économiques, épidémiologiques et

environnementaux auxquels il doit faire face. La résilience d'un système de santé est sa capacité à prévenir, absorber, s'adapter et rebondir face à une crise tout en minimisant les impacts négatifs sur la santé de la population, les services de santé et l'économie en général. Dans ce rapport, nous considérons la pandémie de Covid-19 comme un événement critique permettant d'évaluer la résilience et la soutenabilité du système de santé français dans ses cinq fonctions clés : gouvernance, financement, gestion des ressources humaines, approvisionnement en médicaments et technologies de santé, et organisation de l'offre de soins. La pandémie de Covid-19 a été révélatrice d'un certain nombre de faiblesses structurelles du système de santé français, mais elle a également provoqué des changements qui ont contribué à améliorer sa résilience… (résumé d'auteur).

Jusot, F., et al. (2021). "Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis" Paris : Éditions Eska

Réalisé à l'occasion des 30 ans du Collège des économistes de la santé (CES), cet ouvrage dresse un état des lieux du système de santé français et en analyse les enjeux pour les années à venir. Les problématiques abordées sont les suivantes : réguler les dépenses de santé, mieux financer pour mieux protéger, réduire les inégalités face à la santé, accroître la qualité des soins et favoriser la coordination des acteurs, médecine - médicaments - patients : quelles innovations et quelles évolutions ?

Marsaudon, A. et Rochaix, L. (2021). "La survenue d'un événement de santé peut-elle modifier la consommation de tabac ?" Questions d'économie de la sante (Irdes)(257)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/257-la-survenue-d-un-evenement-de-sante-peut-elle-modifier-la-consommation-de-tabac.pdf

Le tabagisme est à l'origine de près de 75 000 décès en France en 2015, tuant ainsi un fumeur régulier sur deux. Il est également responsable de 90 % des cancers du poumon, augmente le risque de développer une forme grave de pathologie cardio-vasculaire et de contracter une broncho-pneumopathie chronique obstructive (Bonaldi et al., 2019). Pour réduire l'incidence de ces maladies, différentes campagnes de lutte anti-tabac ont contribué à diminuer la consommation moyenne de tabac au cours des dernières années. Toutefois, certaines catégories de la population, notamment les bas revenus et les personnes inactives, sont encore peu enclines à changer significativement et durablement leur comportement tabagique (Beck et al., 2015). Ceci est, en partie, dû à la nicotine (un puissant alcaloïde) contenue dans le tabac. Dans ce contexte, il importe alors de mieux comprendre quels facteurs peuvent contribuer à modifier la consommation de tabac. Pour ce faire, nous testons l'hypothèse selon laquelle un accident ayant nécessité des soins médicaux agirait comme une prise de conscience de l'individu le subissant sur son propre risque de mortalité. L'accident pourrait alors être considéré comme un élément déclencheur pouvant induire une modification d'un comportement à risque pour la santé. Il pourrait provoquer une hausse (en réaction à un stress post-traumatique) ou une baisse (pour éviter une autre dégradation de l'état de santé) de la consommation de tabac. En utilisant des données longitudinales issues de la cohorte Gazel, nos résultats indiquent que les fumeurs subissant un tel accident réduisent davantage leur consommation de tabac que les autres. De plus, cette baisse perdure jusqu'à cinq ans après l'occurrence de l'accident. Nous montrons également que les gros fumeurs réduisent davantage leur consommation de tabac que les petits fumeurs.

Insee. Tableaux de Bord de l'économie Française. Paris INSEE
https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/

Les Tableaux de l'économie française proposent un aperçu rapide et actuel sur la situation économique, démographique et sociale de la France.

- Pour les années antérieures, consultez le site de l'INSEE : https://www.insee.fr/fr/statistiques

Bonaldi, C. Et Hill, C. (2019). « La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. » (5-6) : 97-108.

Objectif : cette étude actualise l'estimation de la mortalité attribuable à la consommation d'alcool en France métropolitaine en 2015, dernière année pour laquelle les données de mortalité sont disponibles.

Madeline, B., Da Silva, N., Domin, J. P., et al. (2019). « Comment va la santé en France ? Dossier. » Cahiers Français (408)

Ce dossier fait le point sur la santé en France en abordant plusieurs problématiques : l'état de santé, le financement des soins, les conditions de travail à l'hôpital, la politique de la dépendance, la promotion et la prévention de la santé, la redéfinition de la relation médecin-patient, le dispositif de veille sanitaire et la politique du médicament. Il termine sur quelques chiffres et dates clés.

Richard, J.-B., Andler, R., Cogordan, C., et al. (2019). « La consommation d'alcool chez les adultes en France en 2017. » Bulletin épidémiologique Hebdomadaire (5-6) : 89-97.

Introduction : l'alcool est responsable de problèmes sanitaires et sociaux à court et long terme. Le recueil par enquêtes des consommations individuelles d'alcool permet de documenter et de suivre les usages d'alcool dans différents groupes de population. Cet article propose une mise à jour des connaissances sur les niveaux et les modes de consommation d'alcool de la population adulte résidant en France métropolitaine.

Mathieu, J. L. (2018). Prévention : quels enjeux de santé publique ! Analyse de politique publique Paris : l'Harmattan

Cet ouvrage présente les différentes politiques de santé publique entreprises en France, sous leurs aspects médicaux (la vaccination, lutte contre les addictions) et non médicaux (veille épidémiologique, campagne de sensibilisation à l'amélioration de l'alimentation…). L'auteur fait état des avancées françaises et propose des pistes de réflexion pour une sensible amélioration de la situation actuelle.

Moisy, M. (2018). « Les femmes vivent neuf mois de plus en bonne santé en 2017. » Etudes Et Résultats (Drees) [1083]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-femmes-vivent-neuf-mois-de-plus-en-bonne-sante-en-2017

En 2017, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire le nombre d'années que peut espérer vivre une personne sans être limitée dans ses activités quotidiennes, s'élève en France à 64,9 ans pour les femmes. Entre 2016 et 2017, cet indicateur a progressé de 0,8 an, tandis que l'espérance de vie à la naissance est restée stable, atteignant 85,3 ans. Les femmes vivent ainsi plus longtemps en bonne santé, contrairement aux hommes au cours de la même période. L'espérance de vie en bonne santé de ces derniers a reculé de 0,1 an pour atteindre 62,6 ans en 2017, tandis que leur espérance de vie à la naissance est passée de 79,3 ans en 2016 à 79,5 ans en 2017. Au cours des dix dernières années, l'espérance de vie en bonne santé est restée stable pour les hommes, tandis que pour les femmes, la tendance est plutôt à la hausse depuis 2012. Cette tendance récente restant à confirmer dans les prochaines années.

Moisy, M. (2018). « Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable. » Etudes Et Résultats (Drees) [1046]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-fran_cais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en-bonne-sante

En 2016, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne, s'élève en France à 64,1 ans pour les femmes et à 62,7 ans pour les hommes. Elle est stable depuis dix ans. Parallèlement, l'espérance de vie en bonne santé à 65 ans, qui s'établit à 10,5 ans pour les femmes et 9,4 ans pour les hommes, a augmenté au cours de cette période : respectivement +0,9 an et +0,8 an. Ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de progression de l'espérance de vie à la naissance. En 2016, celle-ci atteint 85,3 ans pour les femmes et 79,3 ans pour les hommes. Alors que la France occupe l'une des meilleures places en matière d'espérance de vie à la naissance, elle est assez proche de la moyenne européenne pour l'espérance de vie en bonne santé.

Rayssiguier, Y. R. D. Et Huteau, G. D. (2018). Politiques sociales et de santé : comprendre pour agir. Rennes : Presses de l'EHESP

Cet ouvrage invite à découvrir les politiques sociales et de santé à partir d'un double point d'entrée : celui des interventions des pouvoirs publics, et celui des professionnels de l'action sanitaire et sociale. Il ne néglige pas pour autant la place des autres acteurs – établissements, associations et usagers – qui jouent aussi un rôle dans la conception et la mise en œuvre de ces politiques publiques. Politiques sociales et de santé a, certes, pour objet de faire connaître ces domaines, mais surtout il permet d'en comprendre les enjeux et de disposer des méthodes et des outils utiles à l'intervention professionnelle. L'étude des politiques sociales et de santé se situant au carrefour de différentes disciplines, cet ouvrage fait appel aux savoirs les plus récents du droit, de la science politique, de la sociologie et de l'économie, lesquels sont associés à l'expérience professionnelle de ses auteurs.

Fourcade, N., et al. (2017). L'état de santé de la population en France - Édition 2017. Études et Statistiques. Paris DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6e édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. À travers plus de 200 indicateurs, ce panorama détaillé de la santé conjugue approches par population, par déterminants et par pathologies, illustrant l'état de santé globalement favorable des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels sont confrontées les politiques publiques, dont les inégalités sociales de santé. Mortalité, espérance de vie à la naissance ou à 65 ans, mortalité cardio-vasculaire : au regard de ces grands indicateurs, l'état de santé en France se révèle globalement favorable, comparé aux autres pays développés. Les Français vivent toujours plus longtemps, même s'ils souffrent davantage de pathologies chroniques et d'incapacités fonctionnelles, conséquences de ce vieillissement de la population. Mais ce bon diagnostic est à nuancer par l'existence de disparités persistantes, notamment entre les femmes et les hommes, entre les régions et entre les différentes catégories sociales.

- Pour les années antérieures, consultez :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2015

Alberti, C., et al. (2016). ABCDaire de santé publique, Paris : Ellipses
https ://www.editions-ellipses.fr/product_info.php ?products_id=10311

Cet ouvrage collectif, fruit de la collaboration entre spécialistes venus de différentes disciplines, vise à offrir une vision synthétique de la santé publique en 85 fiches claires et concises, organisées sous la forme d'un abécédaire. Les notions fondamentales de la santé publique, classées par ordre alphabétique, y sont définies, analysées et illustrées à travers les données les plus récentes et des exemples tirés de situations concrètes. Qu'il s'agisse des principales institutions sanitaires en France et dans le monde, des concepts et des outils de l'épidémiologie, ou encore des grands problèmes de santé à l'échelle nationale ou internationale, ce sont tous les grands enjeux de la santé publique, qu'ils soient démographiques, économiques, ou encore politiques et sociaux, qui sont ici expliqués en termes simples et accessibles. Destiné prioritairement aux étudiants des filières médicales et paramédicales, pour qui il constituera un alphabet indispensable pour déchiffrer les mots de cette discipline complexe, il s'adresse aussi aux professionnels de santé et à toute personne intéressée par les problèmes de santé publique qui constituent sans nul doute un enjeu majeur de ce siècle.

Bourdillon, F., et al. (2016). Traité de santé publique Paris : Lavoisier Médecine Sciences

Cet ouvrage réalisé par des spécialistes du domaine synthétise toutes les informations disponibles et actualisées sur la santé publique en France. Les thèmes abordés sont regroupés selon les problématiques suivantes : les fondements de la santé publique (définition, réformes, déterminants...) : organisation du système de santé : politique de santé en France : enjeux contemporains de la politique de santé : enjeux internationaux.

Chambaud, L. Et Schvartz, L. (2016). La santé publique en question (s), Rennes : Presses de l'EHESP

En dix questions, Laurent Chambaud présente les enjeux essentiels de la santé publique et analyse, entre autres, les systèmes de santé, la prévention en santé, les inégalités, les crises sanitaires, la démocratie sanitaire.

Bergeron, H. Et Castel, P. (2015). Sociologie politique de la santé Paris : Presses Universitaires de France

Comment les différents systèmes de santé ont-ils évolué depuis leur création ? Comment expliquer le statut et les protections de la profession médicale ? Dans quelle mesure l'individualisation et la responsabilisation des individus constituent-elles l'un des traits caractéristiques majeurs des politiques de santé contemporaines ? Objet de questionnements multiples et hétérogènes, la sociologie politique de la santé est traversée par de nombreux courants et est au cœur de passionnants débats. Du façonnement social des maladies à la politique de gestion des systèmes de santé, en passant par la médicalisation des problèmes sociaux, les inégalités sociales face à la maladie, les dynamiques de l'innovation et de la recherche médicale, le fonctionnement des institutions hospitalières, ou encore l'autonomisation de la profession, la largeur du spectre des dimensions étudiées n'a d'égale que la variété des perspectives théoriques qui se sont penchées sur le sujet. Reflétant cette diversité et cette richesse, cet ouvrage présente un panorama inédit, complet et raisonné des approches de sociologie politique de la santé, et dresse un état des lieux critique de la recherche contemporaine sur le sujet.

Chevreul, K., et al. (2015). Health system review: France. France Health system review: Vol. 17 No. 3. Copenhague Bureau Régional de l'Europe

The French population has a good level of health, with the second highest life expectancy in the world for women. The French state has a strong role in the health insurance system, which offers a high level of choice of providers. While the French population is largely satisfied with the health system, the overall state of health in France is mixed, as described within this review. Health inequalities across socioeconomic and geographical groups are much larger.

Coldefy, M., et al. (2015). Santé en France : problèmes et politiques. Collection Avis et rapports. Paris La Documentation française
https ://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110099815/index.shtml

La loi sur la santé publique de 2004 prévoit que le Haut Conseil de la santé publique établisse un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population rendu public. L'étude porte sur les problèmes et les déterminants de santé et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques. Une étude synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant…Le parti pris est celui de la concision : ni tableaux, ni courbes, ni cartes mais une tentative d'explication synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Chacun (professionnels de la santé ou non) doit ainsi mieux comprendre l'étendue et la hiérarchie des problèmes de santé et l'action publique déployée à tous les échelons. Mobilisant des savoirs multidisciplinaires (épidémiologie, santé publique, sociologie, sciences politiques…), cet ouvrage témoigne des progrès accomplis comme aussi des innombrables enjeux qui restent à relever.

Polton, D. (2014). La santé pour tous ? Paris : La Documentation française.

Tantôt présenté comme le meilleur du monde, tantôt jugé inefficace, inégalitaire, dispendieux et à réformer d'urgence, qu'en est-il exactement du système de santé français ? Sa refonte, prévue par la loi santé, au printemps 2015, devrait en priorité réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins. Quelles sont donc les forces et les faiblesses de ce système de santé ? En quoi est-il différent de ceux des autres pays européens ? Quels enseignements en tirer ? Comment tendre vers davantage d'efficacité et de justice alors que de nombreux défis restent à relever : vieillissement de la population, augmentation des maladies chroniques et dégénératives, fortes disparités sociales et régionales. Pour répondre à ces questions, ce nouveau titre de la collection Doc' en poche propose l'analyse d'un spécialiste du secteur et présente les principales pistes de réformes envisagées (4e de couverture).

1.2 AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL

STATISS. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Paris : FNORS
https://www.scoresante.org/tab_statiss.aspx

Mémento annuel présentant des données départementales et régionales les plus récentes possibles sur une série d'indicateurs tels que la démographie, l'offre de soins, l'activité hospitalière, l'accueil des personnes âgées et des adultes handicapés, les professions de santé, les formations aux professions sociales et de santé.

Espagnacq, M., Sermet, C., Regaert, C., et al. (2023). "Des disparités de limitations motrices ou organiques importantes entre les départements." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(276)

Les limitations motrices ou organiques se définissent comme les gênes réduisant les capacités des individus à accomplir certaines fonctions telles la locomotion, la préhension, la souplesse, la digestion, la continence... Le repérage des personnes avec des limitations motrices ou organiques sévères présenté ici est le résultat de l'indicateur Fish (Faisabilité d'identification des personnes en situation de handicap), construit à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). Source administrative déjà issue des remboursements de soins par l'Assurance maladie et échappant aux biais déclaratifs des enquêtes, cet indicateur utilise des données accessibles en continu et sur longue période, sur l'ensemble de la population, quels que soient l'âge ou le lieu de vie permettant ainsi d'améliorer la connaissance des populations dans le domaine de l'autonomie. Ces travaux sont aussi les premiers à proposer une comparaison départementale, tous âges et lieux de vie, du risque de handicap à la suite de ce type de limitations. La population ayant des limitations motrices ou organiques identifiée par l'indicateur est légèrement plus large que dans les sources déclaratives (14 % contre 12 %, soit près de 10 millions de personnes). Si globalement la population souffrant de ces limitations est plutôt âgée et féminine, cet indicateur identifie aussi une population non repérée dans les enquêtes assez jeune et plutôt masculine. Cet indicateur met également en lumière des disparités départementales qui s'accentuent avec l'avancée en âge.

(2022). Environnement, un déterminant pour la santé Indicateurs territoriaux. Paris : Fnors

https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2022/09/Environnement_Un-determinant-pour-la-sante_Indicateurs-territoriaux.pdf

Depuis plusieurs années, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) reconnaît comme prioritaire la prise en compte de l'impact des risques environnementaux sur la santé. Aussi, parler de santé - environnement c'est mettre en relation l'environnement des individus constitué, entre autres, par l'ensemble des agents physiques, chimiques ou biologiques extérieurs à l'individu ou exogènes constituant son exposition.

Bariol-Mathais, B. D., Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., et al. (2020). Santé et territoires. Paris : Gallimard, FNAU
http://www.gallimard.fr/Catalogue/GALLIMARD/Alternatives/Points-Fnau-Alternatives/Sante-et-territoires
http://www.fnau.org/fr/publication/sante-et-territoires/

Les agences d'urbanisme travaillent de manière croissante sur la santé dans les territoires ; des partenariats se sont construits avec les acteurs de la santé, notamment les agences régionales de santé, les ministères. Cet ouvrage collectif qui rassemble des points de vue d'experts, mais aussi des témoignages d'expériences concrètes d'acteurs de l'urbanisme, offre une vision élargie des politiques de santé et d'aménagement, pensées de manière conjointe au bénéfice de villes favorables à la santé et à la qualité de la vie.

(2021). Panorama complet des profils socio-sanitaires des communes en Ile-de-France, Paris : ORSIF.
https://www.ors-idf.org/profils-socio-sanitaires-des-communes.html

Ces profils permettent de visualiser les principaux chiffres clés et cartographies, éléments d'analyses et enjeux sanitaires pour chacune des 1 287 communes franciliennes. Ils offrent un panorama des connaissances essentielles nécessaires à l'élaboration de diagnostics sanitaires partagés à un niveau local, véritable enjeu de démocratie sanitaire locale. Ces profils ont été développés par l'Observatoire régional de santé (ORS) et l'Institut Paris Région à la demande de l'Agence régionale de santé (ARS) et en partenariat avec le Conseil régional.

Trotte, L., et al. (2016). La France et ses régions : Approche socio-sanitaire. Paris FNORS

Ce document vise à fournir une vision volontairement synthétique de l'état de santé de la population française et de ses déterminants, basée sur une sélection d'indicateurs. Ceux-ci sont par ailleurs disponibles à différents niveaux territoriaux, dont les régions 2016, dans la base SCORE-Santé développée par la Fnors et consultable en ligne : www.scoresante.org

(2014). Recueil d'indicateurs régionaux : offre de soins et état de santé, Paris : DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-sources-outils-et-enquetes/hors-collection-1999-2015/recueil-dindicateurs-regionaux

Ce recueil d'indicateurs généraux, rapidement consultable et transportable, compile les résultats d'indicateurs courants disponibles, qui sont, par ailleurs, dispersés. Il esquisse un portrait sanitaire et social synthétique de chaque région en mobilisant à la fois des indicateurs de l'offre et de recours aux soins, de la consommation de soins, de l'état de santé de la population, issus des

sources de référence, mais aussi des indicateurs démographiques et sociaux dont certains proviennent de l'ouvrage La France et ses régions, publié par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et mis à jour en 2014 selon la disponibilité des données.

2 - Géographie de la santé

2.1 ETUDES IRDES

Karnycheff, T., Lucas-Gabrielli, V., Mousquès, J., et al. (2024). "Soins de suivi gynécologique: quelles dynamiques territoriales depuis l'élargissement des compétences des sages-femmes?" Revue francophone sur la santé et les territoires Miscellanées

Le suivi gynécologique est assuré en France par les gynécologues, les médecins généralistes et plus récemment les sages-femmes. Nous étudions dans cet article comment a évolué l'accessibilité à certains actes de suivi gynécologique (prélèvements cervico-vaginaux et actes techniques de contraception), le recours et les configurations d'offre de soins suite à l'élargissement des compétences des sages-femmes en 2009. Ceci à partir d'une analyse descriptive de plusieurs indicateurs territoriaux et de leur évolution, puis d'une typologie synthétique des territoires de vie santé, résumant leur accessibilité au suivi gynécologique, son évolution entre 2016 et 2022, le recours aux soins et les configurations de l'offre. Les résultats mettent en évidence que l'élargissement des compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique s'accompagne d'une meilleure accessibilité territoriale, d'une diminution des inégalités territoriales et d'une amélioration du recours aux soins avec toutefois des variations selon les types de territoires.

Chevillard, G., Lucas-Gabrielli, V., Mousques, J., et al. (2023). "Les médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger contribuent à renforcer l'offre de soins dans les zones sous-dotées." Questions d'économie de la santé (Irdes)(282)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/282-les-medecins-generalistes-liberaux-diplomes-a-l-etranger.pdf

Dans un contexte de désertification médicale, l'arrivée de médecins généralistes libéraux diplômés à l'étranger n'a pas encore fait l'objet d'une analyse précise en France. Différentes populations de médecins généralistes libéraux, inscrits pour la première fois à l'Ordre des médecins ou non, sont observées selon leurs lieux de diplôme et de naissance. Les logiques d'installation des médecins nés et diplômés à l'étranger sont plus spécifiquement étudiées dans les zones sous-dotées, les marges rurales et les espaces périurbains, afin de voir s'ils contribuent à réduire les inégalités territoriales d'offre de soins. Comparés aux médecins généralistes libéraux diplômés en France, ceux nés et diplômés à l'étranger sont davantage installés dans les marges rurales que dans les autres types d'espace. Ce constat est encore plus marqué pour les primo-inscrits qui cependant ont davantage tendance à changer de lieu d'exercice dans les cinq années suivant leur installation en ruralité. Ces primo-inscrits nés et diplômés à l'étranger sont significativement plus âgés que les Français et contribuent, malgré leur plus grande mobilité, à

renforcer l'offre médicale dans les marges rurales peu attractives. Dans les espaces périurbains, la proportion de médecins nés et diplômés à l'étranger et de ceux nés et diplômés en France est proche, mais la propension des primo-inscrits étrangers à s'y installer et à y rester au moins cinq ans est plus élevée, à âge et sexe contrôlés, si bien qu'ils contribuent là aussi à renforcer l'offre médicale. Ainsi, dans un contexte de raréfaction de l'offre de soins, l'apport des médecins nés et diplômés à l'étranger apparaît utile, en complément d'autres politiques publiques visant à améliorer les conditions d'exercice, pour augmenter l'offre disponible dans les zones sous-dotées.

Duchaine, F., et al. (2022). "Inégalités territoriales de répartition des Infirmières libérales : Quel impact des restrictions à L'installation en zones sur-Denses et des Incitations financières en zones sous-denses ?" Questions D'économie De La Santé (Irdes) (270)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/270-inegalites-territoriales-de-repartition-des-infirmieres-liberales.pdf

À l'instar d'autres professions de santé de premiers recours, et en dépit d'une forte progression de leurs effectifs, les infirmières libérales restent inégalement réparties sur le territoire. Afin de réduire les disparités de ces professionnelles, occupant une place particulière dans l'offre de soins de proximité, les pouvoirs publics ont mis en place un « zonage infirmier » sur l'ensemble du territoire depuis 2012. Ce dernier sert de cadre d'application à des mesures restrictives à l'installation dans les zones mieux dotées et incitatives dans les zones déficitaires. L'objectif est ici d'estimer les effets de la mise en œuvre de ce zonage infirmier, et des dispositifs associés, sur la répartition territoriale et l'activité des infirmières libérales. À partir d'une analyse de l'évolution d'indicateurs d'offre de soins et de l'estimation de l'impact de ces mesures, nos résultats montrent un effet positif mais la nécessité d'y adjoindre des mesures complémentaires pour attirer les infirmières libérales dans les territoires les moins bien dotés.

Lucas-Gabrielli, V. Et Mangeney, C. (2020). « Comment enrichir la mesure des inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins généralistes ? Illustration en Ile-de-France. » Questions d'économie de La Sante (Irdes) (246)
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/246-comment-enrichir-la-mesure-des-inegalites-spatiales-d-accessibilite-aux-medecins-generalistes.pdf

La recherche sur les inégalités spatiales d'accessibilité aux soins primaires, en s'appuyant sur des indicateurs de type « densité flottante », a permis de dépasser les limites des indicateurs classiques de densité et de distance. L'Accessibilité potentielle localisée (APL) - qui tient compte des distances entre communes en voiture, de la disponibilité de l'offre et de la structure d'âge de la population - est une adaptation de ce type de méthode au contexte français qui permet de reconsidérer les constats préalablement établis. Pour améliorer encore la mesure, l'indicateur est affiné de plusieurs manières dans cette étude méthodologique : en réduisant l'échelle géographique d'observation, de la commune à la maille de 200 mètres, en prenant en compte la dimension sociale des besoins et les pratiques de mobilité différenciées (voiture, transports en commun…), en considérant l'effet systémique des interactions entre l'offre et la demande de soins à l'échelle régionale. Cet effet permet de tenir compte du fait que la probabilité de recourir à une offre éloignée est d'autant plus faible que les patients disposent d'une offre à proximité. Cette dernière proposition est celle qui modifie le plus la mesure en lissant la représentation spatiale des niveaux d'accessibilité. La prise en compte de la dimension sociale dans les besoins de soins et la diversification des moyens de transport et de ses usages selon le type d'espaces

impactent plus localement les résultats. Cependant, pour certains territoires urbains défavorisés socialement, la prise en compte de ces nouvelles dimensions permet de mieux souligner des difficultés locales d'accessibilité aux médecins généralistes.

Chevillard, G. Et Mousquès, J. (2019). Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. Document de travail Irdes : 76, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/076-accessibilite-aux-soins-et-attractivite-territoriale.pdf

Cet article présente la méthodologie et les résultats d'une typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie. Cette typologie ambitionne d'offrir un cadre d'étude à l'analyse des soins de premiers recours en France et à l'évaluation d'un certain nombre de dispositifs pour améliorer la répartition de l'offre de soins. A partir de la littérature, nous identifions les dimensions et indicateurs pertinents pour répondre à ces enjeux. Nous réalisons ensuite une Analyse en composante principale (ACP) des 32 variables retenues puis une Classification ascendante hiérarchique (CAH). Nous obtenons de la sorte six groupes de territoires de vie dont la répartition spatiale est parfois fortement contiguë (littoraux, « diagonale du vide », départements homogènes), plus hétérogène avec des départements ayant tous les types de territoires de vie ou encore une répartition illustrant des oppositions entre centres et périphéries.

Lucas-Gabrielli, V. Et Mangeney, C. (2019). « Comment améliorer les mesures d'accessibilité aux soins pour mieux cibler les zones sous-denses ? » Revue d'épidémiologie Et de Santé Publique. En ligne : 1-8.

Comparativement aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France bénéficie aujourd'hui d'un niveau de dotation médicale qui la situe dans la moyenne. L'accessibilité aux soins est pourtant un enjeu majeur des politiques publiques du fait de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire que les pouvoirs tentent de combattre en déployant un ensemble de mesures en faveur de l'installation et du maintien de l'offre dans les zones identifiées comme sous-denses. L'identification des zones sous-denses pose la question des mesures de l'accessibilité aux soins mobilisables pour qualifier la situation des territoires. L'accessibilité potentielle localisée calculée au niveau communal est utilisée depuis 2017 comme critère de sélection nationale des zones sous-dotées. Nous montrons en quoi cet indicateur constitue une avancée dans la mesure de l'accessibilité aux soins, mais nous en discutons aussi les limites. Des propositions d'amélioration sont avancées (résumé d'auteur).

Bonastre, J., Mobillion, V., Or, Z., et al. (2017). « L'accès aux soins en cancérologie : évolution de l'offre et recours aux soins entre 2005 et 2012. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [221]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/221-l-acces-aux-soins-en-cancerologie-evolution-de-l-offre-et-recours-aux-soins-entre-2005-et-2012.pdf

Avec près de 355 000 nouveaux cas par an, la prise en charge des cancers représente un défi tant en termes médical qu'économique. Au cours des dix dernières années, l'offre de soins en cancérologie a connu une importante restructuration, d'une part sous l'effet de la Tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement des hôpitaux, d'autre part à la suite de la mise en place de seuils d'activité minimale, sans que l'on ne connaisse aujourd'hui les répercussions en termes de redistribution des activités de cancérologie sur le territoire, d'accès géographique et de qualité des soins. L'évolution de l'offre de soins hospitaliers en cancérologie entre 2005 et 2012

est décrite ici pour les structures pratiquant la chirurgie des cancers et la chimiothérapie. Les effets de la recomposition de l'offre en cancérologie sont examinés à partir de l'évolution des distances d'accès et des taux de recours départementaux. Sur la période étudiée, une centaine d'établissements pratiquant la chirurgie carcinologique mais ayant un faible volume d'activité a disparu alors que le nombre de séjours par établissement a augmenté, notamment dans le secteur public. En revanche, les distances parcourues par les patients concernés par une chirurgie carcinologique ou une chimiothérapie ont été peu modifiées. Des disparités de recours à ces deux types de soins persistent entre les départements. Un prochain Questions d'économie de la santé, consacré à la chirurgie des cancers du sein, étudiera ces disparités territoriales de pratiques qui interrogent sur l'égalité d'accès et de qualité des soins.

Coldefy, M., et a l. (2018). Atlas sur la santé mentale en France. Version numérique. Paris : Irdes
https ://santementale.atlasante.fr

Le Neindre, C., Bricard, D., Sermet, C., et al. (2018). « Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France ». Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.pdf

La maladie rénale chronique touche, en 2015, environ 5,7 millions d'adultes en France. Parmi eux, 82 295 sont traités pour insuffisance rénale chronique terminale, soit par dialyse (56 %), soit par greffe (44 %). Le taux de mortalité à ce stade de la maladie est élevé (10,6 %) et la qualité de vie des personnes atteintes peut également être altérée. Les enjeux en matière d'accès aux soins et de prise en charge des patients, dimensions pour lesquelles des disparités sociales et territoriales sont signalées, sont donc importants. Les enjeux économiques ne sont pas non plus négligeables. Cet atlas propose une photographie de l'insuffisance rénale chronique terminale et de sa prise en charge en France, ainsi que dans les six territoires visés par les expérimentations des parcours de soins des personnes atteintes de cette maladie. Il regroupe des informations jusqu'alors dispersées sur le contexte démographique et socio-économique, l'état de santé et l'offre de soins, ainsi que sur l'incidence et la prévalence de la maladie et le parcours des patients dialysés et greffés. L'atlas s'appuie pour ce faire sur des indicateurs standardisés construits au niveau d'une unité d'observation commune, le département. Il s'agit en effet de disposer d'une situation de référence qui permettra de mesurer les évolutions, de comparer les territoires et de mieux comprendre les problématiques spécifiques à cette pathologie afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins.

Or, Z., Mobillion, V., Toure, M., et al. (2017). « Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [226]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/226-variations-des-pratiques-chirurgicales-dans-la-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-en-france.pdf

En 2015, le cancer du sein est le premier cancer féminin en termes d'incidence (54 000 nouveaux cas) et de mortalité (12 000 décès) [Inca, 2015]. La prise en charge chirurgicale des cancers du sein s'est améliorée à la suite d'évolutions diagnostiques et thérapeutiques, mais également d'une recomposition de l'offre de soins en cancérologie. Le traitement conservateur (tumorectomie) est devenu le traitement de référence avec un taux de recours dépassant 70 % dans une grande majorité d'établissements en 2012. Entre 2005 et 2012, la technique du ganglion

sentinelle s'est diffusée dans la plupart des établissements, et le nombre de patientes en ayant bénéficié a triplé sur la période. En revanche, la reconstruction mammaire immédiate après une mastectomie totale reste peu fréquente, bien que le recours à cette technique soit en augmentation. Les taux de recours à ces pratiques varient entre les établissements et entre les départements. Ces variations peuvent être en partie le reflet de l'état de santé et des préférences des patientes. Mais elles illustrent également des différences dans la disponibilité et l'organisation des services et des plateaux techniques, ainsi que des différences de pratiques entre établissements. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de bénéficier de la technique du ganglion sentinelle ou d'une reconstruction mammaire immédiate est plus élevée dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC), dans les Centres hospitaliers régionaux (CHR) et dans les établissements ayant un volume d'activité élevé.

Or, Z. Et Penneau, A. (2017). Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Document de travail Irdes : 72, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf

Les services d'urgence sont essentiels au système de santé afin de traiter rapidement les situations d'urgences médicales. Ils sont cependant souvent utilisés pour des prises en charge non urgentes pouvant être réalisées dans le secteur ambulatoire. La rapide augmentation du volume de passages aux urgences, particulièrement chez les sujets âgés, est une source de pression pour les hôpitaux et le système de soins. Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus.

Com-Ruelle, L., Lucas-Gabrielli, V., Pierre A., (2016). « Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale auxsoins. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [219]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/219-recours-aux-soins-ambulatoires-et-distances-parcourues-par-les-patients.pdf

En France, l'offre de soins médicaux se situe dans la moyenne de celle des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) mais elle est inégalement répartie sur le territoire. Les professionnels de santé sont concentrés dans les zones urbaines, les métropoles et le long du littoral. Les inégalités d'offre de soins de ville sont très marquées lorsqu'elles sont mesurées par l'indicateur d'Accessibilité potentielle localisée (APL) qui estime, au niveau communal, l'adéquation entre offre et demande de soins. Menée à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes appariée avec les données administratives de l'Assurance maladie, cette étude met en évidence des différences de recours aux soins ambulatoires en termes de taux de recours, de recours au professionnel de santé le plus proche et de distances supplémentaires parcourues par les patients. L'analyse tient compte des caractéristiques individuelles des patients ainsi que de trois indicateurs d'accessibilité territoriale aux soins. Les résultats montrent qu'une offre de soins de proximité peu disponible conduit les patients à plus souvent se déplacer, c'est-à-dire à moins souvent recourir à l'offre de soins la plus proche. En revanche, ils sont moins enclins à parcourir des distances supplémentaires au-delà du professionnel de santé le plus proche lorsque ce dernier est éloigné du domicile, ce qui limite leur liberté de choix.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Pratiques spatiales d'accès aux soins. Les rapports de l'Irdes : 564. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/564-pratiques-spatiales-d-acces-aux-soins.pdf

La question traitée ici est celle de l'accès effectif des patients aux soins qu'ils consomment. L'objectif est de comprendre ce qui conduit le patient à consulter un médecin (généraliste ou spécialiste) ou à choisir un établissement de santé plus éloigné que celui correspondant à l'offre disponible la plus proche de son lieu de résidence. Pour ce faire, nous avons analysé les consommations de soins lorsque le patient se déplace, en ville comme à l'hôpital de court séjour. Cette étude a été réalisée en exploitant l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes de 2010 appariée aux données de consommation de soins ambulatoires et hospitaliers issues du Système national inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) et du Programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers pour le court séjour (médecine, chirurgie et obstétrique : PMSI-MCO). Sur le champ de l'ambulatoire comme celui de l'hospitalisation en court séjour, l'analyse met en évidence comment le contexte influence le choix du patient et comment les caractéristiques individuelles des patients interfèrent dans cette relation. Globalement, une faible disponibilité de l'offre de soins conduit les patients à plus souvent se déplacer, réduit leur possibilité de choisir librement un professionnel de santé et pose la question du lien entre accessibilité financière et territoriale à l'offre de soins.

Chevillard, G. (2015). Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. Paris : Université Paris Ouest, Université Paris Ouest. Nanterre La Défense. FRA. Thèse : Université Paris Ouest Nanterre La Défense : Laboratoire Dynamiques sociales et recompositions des espaces : Doctorat en Géographie.
https ://www.theses.fr/2015PA100109

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis en France et ceci est un fait ancien. Ces inégalités se renforcent au détriment d'espaces moins attractifs. Des zones avec des difficultés d'accès aux soins, urbaines et rurales, apparaissent ou s'étendent. Depuis 2008, les pouvoirs publics accompagnent financièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en espérant qu'elles attirent et maintiennent des médecins dans ces espaces. Cette recherche étudie dans quelle mesure l'espace et le territoire participent à l'implantation de MSP, et en retour quels sont les effets de ces structures sur les espaces et territoires concernés. L'implantation des MSP et leurs effets seront étudiées à différentes échelles géographiques à partir d'approches quantitative et qualitative. Sur le plan quantitatif, l'analyse spatiale des MSP utilise plusieurs outils (typologies et SIG). Ceci est complété par plusieurs terrains dans lesquels il s'agit d'étudier la place des MSP dans des régions et territoires donnés, en recueillant les témoignages des principaux acteurs concernés. Les effets des MSP sur l'offre de soins sont étudiés sur le territoire métropolitain selon une approche nationale comparant l'évolution de la densité de généralistes libéraux dans des espaces avec MSP comparativement à des espaces « similaires « sans MSP. La conduite de terrains dans deux régions vient compléter et discuter les résultats.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés « (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques, démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Afrite, A. Et Mousques, J. (2014). « Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [201]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf

Quelles sont les caractéristiques de taille, de ressources humaines, d'équipement et d'informatisation des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? Leurs modalités d'organisation et de fonctionnement en matière d'offre de soins, de coordination et de coopération pluriprofessionnelles ? Ce quatrième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux ENMR propose une analyse de leurs caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, à partir d'une enquête réalisée auprès de 147 sites sur la période 2008-2012. Les sites ont été regroupés à partir d'analyses factorielles et de classifications aboutissant à cinq classes : deux pour les centres de santé, regroupant des professionnels salariés, et trois pour les maisons ou pôles de santé, regroupant des professionnels libéraux.

Coldefy, M. Et Le Neindre, C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Les rapports de l'Irdes : 558. Paris : Irdes
www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

Priorités de santé publique en France, la psychiatrie et la santé mentale relèvent des grandes orientations de la stratégie nationale de santé à travers, notamment, le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Elles représentent le deuxième poste de dépenses de santé (Cnamts, 2013). En raison de leur faible létalité, la charge des troubles psychiques a été longtemps sous-estimée, or, ils sont responsables d'un peu plus de 1 % des décès et de près de 11 % de la charge globale de morbidité (exprimée en années de vie perdues en bonne santé) en 2012. De plus, même si la situation de la France est favorable en termes de capacités d'hospitalisation et de densité de psychiatres comparativement aux autres pays de l'OCDE, elle est marquée par de fortes disparités territoriales. Cette étude propose, d'une part, une photographie actualisée des disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie à partir de nombreuses sources d'information, surtout dans le secteur sanitaire mais également dans le secteur médicosocial, et, d'autre part, une

approche de ces disparités d'abord segmentée, puis systémique. À partir d'une typologie des territoires de santé, il s'agissait d'aller au-delà des clivages entre territoires quantitativement bien et sous dotés afin de qualifier plus finement les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie. Ces disparités traduisent aussi des besoins différents des populations entre territoires urbains et ruraux, notamment, et reflètent également une histoire du développement inégal de la psychiatrie sur ces espaces en termes de sectorisation et d'implantation du secteur privé ou médicosocial. Elles questionnent enfin l'équité d'accès à des soins de qualité et diversifiés des populations concernées.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2014). « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [202]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. À partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Mousquès, J., et al. (2014). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Les rapports de l'Irdes : 559. Paris : Irdes
www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf

L'exercice pluriprofessionnel en soins primaires se développe en France sous les formes nouvelles de maisons et pôles de santé et, celle, plus ancienne de centres de santé. Souvent à l'initiative de professionnels, ces nouvelles organisations rencontrent l'intérêt des pouvoirs publics dans la mesure où elles permettraient de maintenir une offre de soins dans les zones déficitaires mais également le déploiement d'activités de soins plus cordonnées et plus efficientes. Parmi les incitations au renforcement de ces organisations innovantes, des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de groupes pluriprofessionnels en soins de premiers recours ont été mises en œuvre en 2010 et ont récemment été étendues jusqu'à fin 2014. Elles visent à financer des activités de coordination de nouveaux services aux patients. Ces nouveaux services se déclinent en programmes d'éducation thérapeutique collective et de coopération entre généralistes et infirmiers au sein des maisons, pôles et centres de santé, sur la base de paiements forfaitaires complémentaires de la rémunération à l'acte des individus ou des structures. Ces innovations organisationnelles posent deux questions principales au regard des attentes qu'elles suscitent : l'exercice collectif interprofessionnel permet-il de maintenir une offre

de soins dans les zones moins bien dotées ? Est-il plus performant en termes d'activité et de productivité des professionnels, de consommation de soins des bénéficiaires, et de qualité des soins et services rendus ? Ce rapport tente de répondre à ces questions au moyen d'une évaluation de l'impact du regroupement pluriprofessionnel tel qu'observé pour les sites participant aux ENMR. Cette évaluation n'a donc pas pour principal objectif de mesurer l'impact des financements reçus par les ENMR même si certaines analyses permettent de s'en faire une idée.

Or, Z. Et Verboux, D. (2014). La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies. Document de travail Irdes : 59. Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/059-la-pertinence-des-pratiques-d-hospitalisation-une-analyse-des-ecarts-departementaux-de-prostatectomies.pdf

Cet article analyse les variations territoriales de pratiques de prostatectomies en France. Nous recourons à une modélisation multiniveau permettant de distinguer la variabilité liée à deux niveaux géographiques : le département et la région. Nos résultats montrent que les taux de prostatectomies standardisés (pour 100 000 hommes) varient de manière significative entre les départements. Les écarts interdépartementaux sont expliqués notamment par la densité d'urologues libéraux dans le département ainsi que par l'offre de soins hospitaliers (disponibilité des lits de chirurgie et de personnels soignants), au niveau régional, une fois contrôlé par le revenu et les taux de mortalité par départements (résumé d'auteur).

2.2 ETUDES DE LA DREES

Polton, D., Chaput, H. et Portela, M. (2021). "Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques - Les leçons de la littérature internationale". Dossiers de la Drees (89) Paris Drees.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf

Legendre, B., et al. (2019). « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. » Etudes Et Résultats (1100)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/infirmiers-masseurs-kinesitherapeutes-et-sages-femmes-l-accessibilite-s

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes. Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune. La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'accessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral. Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des

difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

Legendre, B. (2020). « En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. » Etudes Et Résultats (1144)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1144.pdf

En raison d'un décalage croissant entre l'offre et la demande de soins, l'accessibilité géographique aux médecins généralistes a baissé de 3,3 % entre 2015 et 2018. En 2018, les Français ont accès en moyenne à 3,93 consultations par an et par habitant, contre 4,06 consultations en 2015. Les inégalités s'accentuent entre les communes les moins bien dotées et celles qui le sont le plus. Cette moindre accessibilité s'explique principalement par la baisse du temps médical disponible, du fait de la diminution globale du nombre de médecins en activité sous l'effet de nombreux départs à la retraite, que les nouvelles installations ne compensent pas quantitativement, en raison de l'effet prolongé des numerus clausus appliqués au cours de ces dernières décennies. Les stratégies visant la libération de temps médical utile (nouvelles organisations territoriales, protocoles de coopérations interprofessionnelles, recours au numérique, etc.) peuvent constituer un levier pour freiner cette tendance structurelle. Mesurée à l'échelle du territoire de vie-santé, la part de la population française vivant en zone sous-dotée en médecins généralistes (ou « sous-dense «) est faible, mais elle passe, en quatre ans, de 3,8 % à 5,7 %. La baisse de l'accessibilité est plus marquée dans le centre de la France. De nouveaux territoires sont concernés par la sous-densité, notamment du centre de la France vers le nord-ouest. Les territoires les mieux dotés en médecins généralistes sont aussi les plus attractifs, tant du point de vue de la croissance démographique que des équipements (sportifs, culturels, commerciaux et scolaires). L'accessibilité aux médecins généralistes s'inscrit ainsi dans une problématique plus globale d'aménagement du territoire.

Nguyen-Khac, A. (2017). Les mesures de l'accès aux soins : l'apport d'enquêtes sur les pratiques et perceptions des patients. Revue française des affaires sociales (1) : 187-195

La problématique de l'accès aux soins de la population est surtout mise en rapport avec l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire qui ne permettrait pas en certains endroits de répondre à la demande de soins. Cette étude examine l'apport des enquêtes menées sur les pratiques et perceptions des patients.

Vergier, N. Et Chaput, H. (2017). « Déserts médicaux : comment les définir ? Comment les mesurer ? » Les dossiers de la Drees (17)

Les vifs débats actuels sur l'accès aux soins, cristallisés autour de la notion de « déserts médicaux », posent une question centrale de mesure et de définition de termes communs. Ce dossier rassemble les éléments chiffrés disponibles et vise à poser quelques jalons dans la recherche de définitions partagées rendant possible l'objectivation.

(2014). Recueil d'indicateurs régionaux : offre de soins et état de santé, Paris : DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-sources-outils-et-enquetes/hors-collection-1999-2015/recueil-dindicateurs-regionaux

Ce recueil d'indicateurs généraux, rapidement consultable et transportable, compile les résultats d'indicateurs courants disponibles, qui sont, par ailleurs, dispersés. Il esquisse un portrait sanitaire et social synthétique de chaque région en mobilisant à la fois des indicateurs de l'offre et de recours aux soins, de la consommation de soins, de l'état de santé de la population, issus des sources de référence, mais aussi des indicateurs démographiques et sociaux dont certains proviennent de l'ouvrage La France et ses régions, publié par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et mis à jour en 2014 selon la disponibilité des données.

Coldefy M. (2014). « Analyser le recours aux soins psychiatriques à partir du système d'information sur les établissements de santé : intérêts et limites. In Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale – « Actes du séminaire recherche »
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/organisation-de-loffre-de-soins-en-psychiatrie-et-sante

L'Irdes a réalisé en 2012, pour le compte de la Drees, une étude de faisabilité visant à mesurer la capacité du système d'information en psychiatrie à nous renseigner sur les disparités de prise en charge dans ce domaine, avec une application spécifique au champ de la dépression et de la schizophrénie. Cette étude constitue un préalable indispensable aux projets en cours à l'Irdes visant à analyser les disparités territoriales du recours à l'hospitalisation sans consentement et à l'hospitalisation au long cours en psychiatrie. L'auteur présente aujourd'hui les potentialités et les limites d'une approche à partir du système d'information actuel en psychiatrie.

Ramos-Gorand, M. Et Volant, S. (2014). « Accessibilité et accès aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en 2011. » Etudes Et Résultats (Drees) (891)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/accessibilite-et-acces-aux-etablissements-d-hebergement-pour-personnes-agees

Fin 2011, les 7 752 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) offrent en moyenne 101 places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans ou plus. Le taux d'équipement varie selon les départements de 22 à 185 places. Le sud de la France et la petite couronne parisienne sont les régions les moins bien équipées. À l'inverse, les Pays de la Loire et l'Auvergne affichent les taux d'équipement les plus élevés. La répartition des EHPAD varie aussi fortement selon leur statut juridique (public ou privé). Bien que la situation géographique soit le premier critère pour choisir un établissement, les frais restant à la charge des familles, en particulier le coût de l'hébergement, influent aussi sur le choix.

2.4 AUTRES ETUDES

Carrere, A. (2022). "Cartographie de la perte d'autonomie des personnes âgées." Notes De L'IPP(77).
https://www.ipp.eu/publication/cartographie-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees/

La question des différences de perte d'autonomie entre les départements est essentielle puisque ceux-ci sont chefs de file de l'action sociale auprès des personnes âgées. Pour la première fois, grâce à la combinaison de plusieurs sources de données, il est possible d'avoir une photographie

des besoins de prise en charge des personnes âgées dans chaque département de France. Cette étude permet d'éclairer les différences de prise en charge que l'on observe entre départements au prisme des besoins de leurs administrés, et peut les aider à orienter leur politique locale pour y répondre. Contrairement aux précédentes études sur le sujet, elle ne se restreint pas à la population recevant des prestations liées à la perte d'autonomie, elle inclut à la fois la population à domicile et celle en établissement et elle compare plusieurs mesures de la perte d'autonomie (Larbi et Roy, 2019). Par ailleurs, elle permet de questionner les implications de la politique départementale via deux canaux : la façon dont les départements mobilisent les critères d'évaluation de la perte d'autonomie, et l'offre de places en établissement et les mobilités résidentielles qu'elles peuvent induire.

Coldefy, M. Lucas-Gabrielli, V. C., Fleuret, S., et al. (2019). Abécédaire de la géographie de la santé. Dimension territoriale de la santé, Paris : Editions Matériologiques

Dans cet Abécédaire de la géographie de la santé, les auteurs se proposent d'éclairer les processus géographiques qui sous-tendent les questions territoriales. Chaque entrée de cet abécédaire développe un concept, un champ de recherche, des idées, des débats qui façonnent une lecture géographique de la santé. Ces développements ont vocation à dresser un panorama aussi complet que possible permettant une appropriation des concepts et idées-clés destinés à comprendre la dimension territoriale et spatiale des faits de santé. Ce livre s'adresse à l'ensemble des acteurs qui se préoccupent de la santé des populations, ainsi qu'à celles et ceux que concernent les questions des rapports intriqués entre les dimensions strictement médicales et les aspects environnementaux et sociaux de la santé et des maladies. Crises sanitaires, épidémies, maladies émergentes, maladies chroniques, variabilité des espérances de vie en bonne santé, dégradation du système hospitalier, etc., autant de phénomènes éclairés aussi par ces approches novatrices.

Chevillard, G. Et Lucas-Gabrielli, V. (2018). Accessibilité aux médecins généralistes en France : les méandres de la construction des zones sous-dotées
https ://hal.archives-ouvertes.fr/CIST2018/hal-01854414

Face à l'inégale répartition géographique des médecins, les pouvoirs publics ont défini depuis 2005 des zones sous-dotées pour y déployer des mesures permettant d'attirer et de maintenir ces professionnels de santé. La définition de ces zones s'est complexifiée au fur et à mesure que les dispositifs s'étoffaient et que de nouveaux acteurs s'emparaient de cette question (collectivités territoriales, État, Assurance maladie). L'objectif est ici de montrer comment la montée en puissance d'une politique publique conduit, de par la multiplicité des acteurs et des territoires afférents mobilisés, à en réduire la portée. Nous nous appuyons dans cette communication sur l'historique de la définition des zones sous-dotées en médecins généralistes libéraux en France. L'enchevêtrement des zonages et dispositifs qui en résulte réduit la lisibilité de la politique auprès des médecins concernés et pose ainsi la question de son efficacité (résumé d'auteur).

Chevillard, G. Et Mousques, J. (2018). « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français. » Cybergeo : Revue Européenne de Géographie (873)
https ://journals.openedition.org/cybergeo/29737

Cet article présente la méthodologie et les résultats d'une typologie socio-sanitaire des espaces français à l'échelle des territoires de vie. Cette typologie ambitionne d'offrir un cadre d'étude à l'analyse des soins de premier recours en France et à l'évaluation d'un certain nombre de dispositifs pour améliorer la répartition de l'offre de soins. À partir de la littérature nous identifions les dimensions et indicateurs pertinents pour répondre à ces enjeux. Nous réalisons ensuite une analyse en composante principale des 32 variables retenues puis une classification ascendante hiérarchique. Nous obtenons de la sorte 6 groupes de territoires de vie dont la répartition spatiale est parfois fortement contiguë (littoraux, « diagonale du vide « , départements homogènes), plus hétérogène avec des départements ayant tous les types de territoires de vie ou encore une répartition illustrant des oppositions entre centres et périphéries.

Eggerickx, T., et al. (2018). « Inégalités sociales et spatiales de mortalité dans les pays occidentaux. Les exemples de la France et de la Belgique. » Espace Populations Sociétés (2) : html.
https ://journals.openedition.org/eps/7330

Ce dossier pédagogique présente les principaux résultats des travaux démographiques conduits autour du thème des disparités sociales, spatiales et de leurs interactions en matière de mortalité, à partir d'exemples mobilisant les données de la statistique publique en France et en Belgique. Mais au préalable, il convient d'apporter quelques précisions de type méthodologique afin de bien prendre la mesure des imprécisions, mais aussi de l'intérêt des indicateurs démographiques utilisés pour mettre en évidence les disparités sociales et spatiales de la durée de vie.

Garot, G. (2018). Rapport sur la proposition de loi visant à lutter contre la désertification médicale. Paris Assemblée nationale
https ://www.assemblee-nationale.fr/15/rapports/r0543.asp

Ce rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat accompagne une proposition de loi visant à remédier à la désertification médicale dans certains territoires français. Les mesures proposées sont les suivantes : le conventionnement territorial, le tiers payant intégral dans les centres et les maisons de santé.

Lucas-Gabrielli, V. Et Chevillard, G. (2018). « Déserts médicaux et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? » Médecine/Sciences 34 (6-7) : 599-603.
https ://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/abs/2018/07/msc170237/msc170237.html

L'accessibilité aux soins des français apparaît menacée par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux « . Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins. Nous proposons ici d'exposer les différentes manières de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ou de qualifier les espaces avec des inadéquations entre offre et besoins de soins afin de montrer la confusion que peut générer ce concept, ainsi que les enjeux pour les pouvoirs publics quand il s'agit de définir des mesures pour y faire face (résumé d'auteur).

Mangeney, C. Et Gremy, I. D. (2018). Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? Paris ORSIF
https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/les-deserts-medicaux/

La question de l'accessibilité aux soins ambulatoires de premier recours occupe aujourd'hui les puissances publiques françaises et préoccupe les citoyens. Preuve en est le nombre d'études, rapports officiels, projets de lois, ou colloques organisés à ce sujet depuis quelques années. Ce rapport vise à proposer une synthèse des éléments de diagnostic sur la situation francilienne, mais aussi des différents facteurs qui conduisent à la situation de pénurie actuelle que connaissent certains territoires et des mesures correctrices qui sont mises en œuvre par les puissances publiques.

Mesnier, T. (2018). Assurer le premier accès aux soins : organiser les soins non programmés dans les territoires. Paris Ministère chargé de la santé
https ://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-assurer-le-premier-acces-aux-soins-organiser-les-soins-non-programmes

A la demande du ministre des solidarités et de la santé, la mission avait pour but de dresser un diagnostic des organisations de prise en charge des soins non programmés – définis comme exprimant une demande de réponse en 24 heures à une urgence ressentie relevant prioritairement de la médecine de ville, de recueillir les attentes des usagers et des professionnels de santé, de recenser les expériences et stratégies des ARS, d'identifier les freins à l'accueil de cette demande, et de proposer les éléments que pourrait intégrer un cahier des charges national afin de définir les modalités minimales de fonctionnement et de portages de structures d'accueil des soins non programmés. Il fait le constat unanimement partagé du besoin pressant de structuration de la réponse à la demande de soins non programmés par les acteurs de médecine ambulatoire, pour éviter que celle-ci ne se déporte par défaut sur les urgences hospitalières et n'en altère le bon fonctionnement.

Safon, M. O. (2018). Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf

Depuis de nombreuses années, la plupart des pays de l'OCDE sont confrontés, en effet, à des problèmesde raréfaction (shortage) et de répartitions inégales (imbalance) des professions de santé. Parmi les leviers utilisés dans les pays de l'OCDE pour résoudre ces problèmes, la France s'est tout d'abord appuyée sur l'augmentation de médecins en formation – la France est parmi les pays qui forment le moins de nouveaux médecins (6 pour 100 000) en 20113. Elle a ensuite mis en œuvre d'autres politiques autour des incitations financières à l'installation (pas toujours efficaces4) dans certaines zones et sur le maintien d'une proportion élevée d'étudiants en médecine générale avec une réussite relative en matière d'équilibre médecins généralistes/médecins spécialistes. Enfin, plus récemment, elle a pris d'autres mesures comme la régionalisation du numerus clausus (sans impact notoire à ce jour), l'encouragement à des départs à la retraite plus tardifs et la mise en place d'autres modes de pratiques professionnelles comme le travail pluriprofessionnel et le recours à de nouvelles technologies comme la télémédecine. Le travail en équipe semble porter ses fruits. Le recours aux médecins étrangers semble aussi s'imposer avec l'ouverture de la libre circulation dans l'Union européenne. L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (articles, ouvrages, rapports, littérature

grise...) sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale dans les pays de l'OCDE.

Vigier, J. P. (2018). Rapport sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain. Tomes I et II. Paris Assemblée Nationale
https ://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-enq/r1185-t1.pdf

Ce rapport, fruit de plus de 30 auditions et d'une centaine de personnes interrogées expose 25 propositions pour lutter contre la désertification médicale, dont une réforme des études médicales, un nouveau maillage territorial et la simplification administrative.

Eliot, E., et al. (2017). « Décentralisation et territorialisation sanitaire. Dossier thématique. » Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires : html
https ://rfst.hypotheses.org/decentralisation-et-territorialisation-sanitaire

Ce dossier thématique sur le thème Décentralisation et territorialisation sanitaire a été ouvert suite à un séminaire d'une journée organisé en novembre 2015 à Paris dans le cadre de l'axe « Santé et territoires « du collège International des sciences du territoire (CIST) afin que chercheurs et acteurs institutionnels, territoriaux ou sanitaires français et européens débattent sur la manière dont le processus de territorialisation des systèmes de santé s'articule avec le processus général de décentralisation. Dans un très grand nombre de pays, les réformes conduites depuis le début des années 1990 s'inscrivent dans un processus général de décentralisation des institutions – associé à une montée en puissance du « local « comme espace d'action avec pour objectif l'efficience accrue des systèmes de santé. Les transformations portées par les réformes nécessitent de mieux cerner comment les enjeux en matière de santé (pour les institutions, acteurs de la santé et usagers) sont mis en pratique dans les territoires.

Eliot, E., et al. (2017). « Territorialisation sanitaire et décentralisation : état des lieux et enjeux à partir du cas français. » Revue Francophone Sur La Santé Et Les Territoires : 1-11.
https ://f.hypotheses.org/wp-content/blogs.dir/1946/files/2017/06/Eliot_Lucas_Mangeney_ rfst_2017.pdf

Ces dernières décennies, les transformations des systèmes de santé dans le monde se traduisent par des processus de territorialisation, sous-tendus par trois tendances principales : la régulation financière, le développement des partenariats et le transfert des compétences. Dans ce papier, nous resituons tout d'abord le processus de territorialisation dans le cadre plus général des questions de décentralisation, de gouvernance et de gouvernement. En se focalisant sur le cas français, nous analysons ensuite l'articulation entre la décentralisation dite fonctionnelle en santé et les processus plus généraux de décentralisation des institutions. Pour conclure, nous questionnons les enjeux opérationnels et organisationnels qui en découlent.

Safon M.O, et al. La géographie de la santé. Synthèse thématique. Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-geographie-de-la-sante.pdf

Sans prétendre à l'exhaustivité, cette synthèse bibliographique élaborée à partir de la base documentaire de l'Irdes, aborde, tout d'abord, la géographie de la santé sous l'angle de ses

concepts et ses méthodes. Puis, elle la développe sous trois aspects spécifiques : les inégalités territoriales de santé, l'accessibilité spatiale et l'utilisation des services de santé, enfin, la planification régionale de santé. La bibliographie se termine sur un recensement des principales sources d'information (bases de données, revues et sites spécialisées).

(2016). Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA). Paris CNSA

Les politiques de l'autonomie, largement décentralisées et déconcentrées, sont profondément ancrées sur les territoires. Les récentes évolutions législatives, qu'il s'agisse des lois de réforme territoriale, de la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ou de la loi de modernisation de notre système de santé, questionnent et font évoluer la conception et la mise en œuvre des politiques de l'autonomie par les acteurs locaux et nationaux : individualisation et approche plus globale des besoins des personnes, articulation des interventions et co-construction des réponses, prise en compte du handicap et du vieillissement dans les politiques publiques locales au-delà des réponses médico-sociales, égalité et équité de traitement réaffirmée. La CNSA est au carrefour des acteurs de l'autonomie, à la charnière du national et du local. Son Conseil formule 28 préconisations pour que ces politiques ancrées sur les territoires tendent vers une société plus inclusive.

Chevillard, G., et al. (2016). « Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? » Espace Populations Sociétés
https ://eps.revues.org/6177

Les espaces ruraux en dépeuplement ont été peu explorés du point de vue de l'offre de soins de premiers recours et des besoins des populations résidentes, alors que ces questions y occupent une place importante. Ce travail caractérise les espaces en dépeuplement comparativement aux autres espaces ruraux à partir d'une typologie socio-sanitaire et d'une approche statistique nationale. Il met en évidence le déclin plus prononcé de l'offre de médecins généralistes libéraux dans ces espaces, alors que les besoins sanitaires demeurent élevés. Cette contribution évalue également les effets des maisons de santé mises en place pour attirer et maintenir des médecins généralistes dans les zones sous-dotées. Les maisons de santé permettent de diminuer l'érosion de l'offre de médecins généralistes dans certains espaces en dépeuplement, mais pas dans l'ensemble de ceux-ci appelant à des mesures plus larges ou spécifiques (résumé d'auteur).

Rican, S., et al. (2016). Les marges sanitaires, recompositions et gestions locales. La France des marges., Paris : Armand Colin **:** 126-144.

Les inégalités de santé constituent un éclairage cru des inégalités de développement local et des déséquilibres territoriaux. Malgré des progrès sanitaires continus depuis la fin de la seconde guerre mondiale, le maintien d'écarts importants en matière d'états de santé de la population, observable à différentes échelles, révèle des degrés et des formes d'arrimage variés des territoires dans le système de développement économique et urbain de la société française. Le suivi de ces inégalités sur le long terme offre l'occasion de revisiter la manière dont les marginalités spatiales se composent et recomposent au sein de l'espace français, au rythme des modalités régionales de développement économique et des phases de transformations urbaines (résumé d'auteur).

Chevillard, G., et al. (2015). « Mesure de l'impact d'une politique publique visant à favoriser l'installation et le maintien de médecins généralistes : L'exemple du soutien au développement des maisons et pôles de santé en France. » Revue d'Économie Régionale & Urbaine (4) : 657-694.
https ://www.revues.armand-colin.com/geographie-economie/revue-deconomie-regionale-urbaine/revue-deconomie-regionale-urbaine-ndeg-42015/mesure-limpact-dune-politique-publique-visant

Cet article propose une première évaluation des maisons et pôles de santé à travers une démarche mobilisant des outils géographique et économétrique. L'objectif de cette double démarche est l'analyse de l'implantation de ces structures, puis une analyse de l'impact de celles-ci sur la densité de médecins généralistes libéraux. La méthodologie repose sur l'élaboration de typologies spatiales, puis d'une analyse cas-témoin comparant l'évolution de la densité de médecins généralistes dans les espaces avec et sans maisons de santé, avant et après la généralisation de cette politique. Les résultats obtenus mettent en évidence une implantation davantage rurale de ces structures, de surcroît dans des espaces fragiles, ainsi qu'une moindre diminution de l'offre dans certains espaces ruraux et périurbains dotés de maisons et pôles de santé.

Cohen, F. (2015). « Une politique de santé pour les régions et les territoires, la territorialisation : une donnée politique forte. » Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les) [18] : 19-25.

Définir une politique de santé ne peut être mené sans se poser la question des territoires et de leurs présences. Le cadre législatif qui s'est développé depuis plusieurs années en est la meilleure preuve et en même temps le meilleur vecteur. Cet article en dresse un historique de l'articulation entre la politique de santé et les territoires depuis les années 1980.

Raynaud, J. Et Bailly, A. P. (2015). Inégalités d'accès aux soins : acteurs de santé et territoires, Paris : FBMF : Paris : Economica

L'accès aux soins est devenu l'une des priorités majeures des Français. Souvent étudié à travers la distance géographique ou les difficultés financières, ce concept relève pourtant de multiples dimensions. La prise en compte des perceptions des acteurs de santé est essentielle pour que les décisions politiques soient en adéquation avec le vécu des acteurs. Ainsi, l'ouvrage présente les concepts et les outils nécessaires pour analyser les perceptions des patients (difficultés pour obtenir une consultation) et des médecins (conditions de travail et solutions pour améliorer l'accès aux soins) afin d'identifier les territoires sur lesquels l'offre de soins est insuffisante. D'autre part, le regroupement pluriprofessionnel et la télémédecine sont étudiés pour déterminer les conditions favorables pour le développement d'une offre de soins durable et de qualité sur les territoires grâce à la coopération entre professionnels de santé. L'auteur replace ainsi la géographie au centre d'une réflexion globale et pluridisciplinaire, intégrant l'aménagement du territoire, la sociologie, l'analyse des politiques de santé et l'organisation des professionnels de santé.

(2014). « Territoires, incubateurs de santé ? » Cahiers (Les). Paris : ORSIF

A l'occasion de ses 40 ans, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France coproduit avec l'Institut d'aménagement et d'urbanisme (IAU) un numéro spécial des Cahiers sur les liens entre

santé et urbanisme. Ce numéro double fait le point sur les conditions d'un urbanisme favorable à la santé, par le croisement des regards et des perspectives de différents acteurs (institutionnels, chercheurs, élus).

Aschan-Leygonie, C., et al. (2014). « Géographie de la santé et territorialisation des politiques. » Les Cahiers de L'Iau Ile de France (170-171) : 88-89.

Les membres de l'axe « Territoires et santé » du Collège international des sciences du territoire (CIST) intéressent, comme d'autres avant eux, aux dimensions sociales, politiques et environnementales du territoire dans les politiques de santé ou encore, à l'inscription territoriale des faits de santé. Certains géographes de ce collectif ont souhaité revenir sur les manières dont la géographie de la santé peut appréhender les enjeux actuels de la territorialisation des politiques de santé.

Lucas-Gabrielli, V. Et Mangeney, C. (2014). « Quelle mesure de l'accessibilité spatiale aux soins ? » Les Cahiers de L'IAU Ile de France (170-171) : 92-93.

Aujourd'hui, la question centrale en matière d'accès - spatial - aux soins de premier recours est celle de la répartition de l'offre sur le territoire en fonction des besoins de la population. Face aux limites des indicateurs de mesure classiques, l'enjeu est de construire de nouvelles méthodes de mesure opérationnelles permettant d'affiner notre capacité à estimer le niveau d'adéquation ou d'inadéquation de l'offre aux besoins et d'éclairer l'action publique.

3 - Hôpital

3.1 Enquetes de l'IRDES

Or, Z. (2024). "Atlas des variations de pratiques médicales. = Recours à onze interventions chirurgicales. Edition 2023". Paris, Irdes (Série Atlas)
https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/009-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-onze-interventions-chirurgicales.pdf

Ce deuxième Atlas des variations de pratiques médicales, dans la continuité du premier Atlas publié en 2016, dresse l'état des lieux et suit l'évolution des taux de recours à onze interventions chirurgicales entre 2014 et 2019. Cet Atlas élargit également le cadre du suivi et de l'évaluation des variations des pratiques en France en proposant trois nouveaux indicateurs de processus et de qualité des soins : le taux de chirurgie ambulatoire, l'utilisation des protocoles de Récupération améliorée après chirurgie (Raac) et le taux de réadmission à 30 jours. L'Atlas permet ainsi d'illustrer de façon objective les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et leur évolution sur une période de cinq ans, afin d'interroger leurs causes et leur pertinence. Il vise à inciter les professionnels de santé à comparer et à questionner leurs pratiques, entre eux et avec les institutionnels et les usagers du système de santé, afin de partager la notion de variation des pratiques médicales. C'est une condition indispensable à l'amélioration non seulement de la qualité mais aussi de l'équité des soins.

Coldefy, M., et al. (2022). "Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre." Questions d'Économie de la Santé (Irdes) (269)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf

La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Dans ce cadre, un état des lieux national du recours à ces pratiques et de leurs évolutions est présenté à partir des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P). En 2021, plus de 5 % des personnes suivies en psychiatrie en établissement de santé et 26 % de celles hospitalisées à temps plein ont été prises en charge en soins sans consentement au moins une fois dans l'année. Une hausse sensible du recours à ces soins est constatée entre 2012 et 2021 malgré un infléchissement depuis 2015. Si la pandémie de Covid-19 a conduit à une forte diminution du recours global aux soins en psychiatrie en 2020 (dont -8 % de personnes hospitalisées à temps plein), le recours aux soins sans consentement, correspondant à des situations de crise, a connu une réduction moindre (-1 % de personnes hospitalisées à temps plein). Les mesures d'isolement augmentent jusqu'en 2018, avec une légère inflexion en 2019. Mais, en 2020, ces pratiques connaissent un fort accroissement et leur ampleur, en baisse en 2021, reste cependant plus élevée qu'avant la crise sanitaire. Les premières estimations disponibles sur le recours à la contention mécanique font état d'environ 10 000 personnes concernées en 2021, soit plus d'une personne hospitalisée sans son consentement sur dix. Une amélioration continue de la qualité, de l'exhaustivité et de la diffusion de ces données demeure nécessaire pour contribuer à l'objectif politique d'une réduction de ces pratiques.

Com-Ruelle, L., et al. (2018). « Parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral. Premiers résultats. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [234]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/234-parcours-de-soins-des-personnes-hospitalisees-pour-un-accident-vasculaire-cerebral.pdf

L'Accident vasculaire cérébral (AVC) se manifeste par la perte d'une ou plusieurs fonctions du cerveau liée à un arrêt soudain de la circulation du sang. C'est la première cause de décès chez les femmes et la troisième chez les hommes, et un grand pourvoyeur de handicap. Le Plan d'actions national AVC 2010-2014 avait pour but notamment d'améliorer le parcours de soins des patients, lors de la phase aiguë par l'accès facilité à l'imagerie diagnostique (IRM et scanner) et le développement d'unités hospitalières spécialisées, les Unités neurovasculaires (UNV), et ensuite lors de la phase de rééducation et réadaptation, afin d'éviter décès et pertes de chance de récupération des séquelles. Grâce à l'appariement des données du PMSI et celles de l'Assurance maladie entre 2010 et 2014, les caractéristiques des adultes victimes d'un AVC et leur prise en charge sont observées plus finement qu'auparavant. En 2012, sur les 134 000 patients de 18 ans ou plus hospitalisés pour primo-AVC, 99 000 ont fait un AVC constitué, avéré, soit le champ de cette étude. Les patients entrent en majorité à l'hôpital par les urgences, hommes et femmes sont également concernés si ce n'est que les premiers sont touchés plus précocement. La moitié des

victimes d'AVC souffre par ailleurs d'une ou plusieurs maladies chroniques. Malgré leur développement entre 2010 et 2014, l'imagerie diagnostique paraît insuffisante et seul un patient sur trois est pris en charge en UNV. Un sur sept décède au cours de ce premier épisode aigu. Un tiers des survivants est admis ensuite en Service de soins de suite et de réadaptation (SSR), reconnu pour limiter les séquelles. Enfin, les variations territoriales d'incidence et celles concernant ces différents modes de prise en charge demeurent importantes.

Nestrigue, C., et al. (2017). « Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [228]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS-ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 2012-2013, 200 000 primo-hospitalisations pour un épisode dépressif ont été recensées dans les établissements de santé (Sniiram apparié aux données hospitalières). Ces épisodes hospitaliers sont décrits à travers une typologie en 9 classes. Celles-ci mettent en évidence l'hétérogénéité des prises en charge, la fréquence des hospitalisations en service de médecine plutôt qu'en psychiatrie et leur caractère souvent « non programmé ». Ainsi, 1 primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant cet épisode hospitalier, surtout parmi les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les jeunes et les personnes très âgées. Un psychiatre a été consulté par 3 patients hospitalisés sur 10 et plus de la moitié des patients a eu une délivrance d'antidépresseurs en amont de l'hospitalisation. L'analyse se concentre ensuite sur 5 classes afin d'étudier le parcours de soins des patients à travers les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hospitalisation.

Or, Z. Et Penneau, A. (2017). Analyse des déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'une hospitalisation. Document de travail Irdes : 72. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/072-analyse-des-determinants-territoriaux-du-recours-aux-urgences-non-suivi-d-une-hospitalisation.pdf

Les services d'urgence sont essentiels au système de santé afin de traiter rapidement les situations d'urgences médicales. Ils sont cependant souvent utilisés pour des prises en charge non urgentes pouvant être réalisées dans le secteur ambulatoire. La rapide augmentation du volume de passages aux urgences, particulièrement chez les sujets âgés, est une source de pression pour les hôpitaux et le système de soins. Cette étude a pour objectif d'identifier les déterminants territoriaux du recours aux urgences non suivi d'hospitalisation des personnes âgées de 65 ans et plus.

Le Bail. M. Et Or, Z. Dir. (2016). Atlas des variations de pratiques médicales. Recours à dix interventions chirurgicales - Edition 2016, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/226-variations-des-pratiques-chirurgicales-dans-la-prise-en-charge-des-cancers-du-sein-en-france.pdf

Premier Atlas français des variations de pratiques médicales, cet ouvrage, élaboré grâce à une collaboration entre la DGOS, l'Irdes et les membres du groupe technique national Pertinence des soins, notamment l'ATIH, la Cnamts et la HAS, propose un panorama de dix interventions chirurgicales parmi 33 thématiques déclarées prioritaires par les pouvoirs publics en termes de pertinence et de qualité des soins, d'équité d'accès à l'offre de soins sur le territoire et d'efficience dans l'allocation de ressources humaines et financières. Ces interventions chirurgicales ont été sélectionnées car elles sont identifiées dans la littérature internationale comme sensibles à l'offre de soins et parce que leurs prises en charge varient selon les patients. Cet Atlas permet d'illustrer les écarts de pratiques chirurgicales existant entre les départements et d'interroger leurs causes afin de réduire celles qui ne correspondent pas aux besoins. Il s'adresse tant aux professionnels de santé qu'aux usagers du système de soins, aux institutions de santé et aux chercheurs : les premiers pour les inciter à comparer et questionner leurs pratiques, les deuxièmes pour leur apporter des informations transparentes, les derniers pour les encourager à alimenter la réflexion par la production de données objectives afin de mieux comprendre les déterminants et les conséquences des variations observées.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2015). « La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. » Questions d'économie de la santé (Irdes) [206]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. A partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

Coldefy, M., et al. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. » Questions d'économie de la santé (Irdes) [205]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf

S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et

explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

Coldefy, M. Et Le Neindre, C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Les rapports de l'Irdes : 558. Paris IRDES
www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

Priorités de santé publique en France, la psychiatrie et la santé mentale relèvent des grandes orientations de la stratégie nationale de santé à travers, notamment, le plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Elles représentent le deuxième poste de dépenses de santé (Cnamts, 2013). En raison de leur faible létalité, la charge des troubles psychiques a été longtemps sous-estimée, or, ils sont responsables d'un peu plus de 1 % des décès et de près de 11 % de la charge globale de morbidité (exprimée en années de vie perdues en bonne santé) en 2012. De plus, même si la situation de la France est favorable en termes de capacités d'hospitalisation et de densité de psychiatres comparativement aux autres pays de l'OCDE, elle est marquée par de fortes disparités territoriales. Cette étude propose, d'une part, une photographie actualisée des disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie à partir de nombreuses sources d'information, surtout dans le secteur sanitaire mais également dans le secteur médicosocial, et, d'autre part, une approche de ces disparités d'abord segmentée, puis systémique. À partir d'une typologie des territoires de santé, il s'agissait d'aller au-delà des clivages entre territoires quantitativement bien et sous dotés afin de qualifier plus finement les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie. Ces disparités traduisent aussi des besoins différents des populations entre territoires urbains et ruraux, notamment, et reflètent également une histoire du développement inégal de la psychiatrie sur ces espaces en termes de sectorisation et d'implantation du secteur privé ou médicosocial. Elles questionnent enfin l'équité d'accès à des soins de qualité et diversifiés des populations concernées.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2014). « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. » Questions d'économie de la santé (Irdes) [202]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins

ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. À partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Or, Z. Et Verboux, D. (2014). La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies. Document de travail Irdes : 59. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/059-la-pertinence-des-pratiques-d-hospitalisation-une-analyse-des-ecarts-departementaux-de-prostatectomies.pdf

Cet article analyse les variations territoriales de pratiques de prostatectomies en France. Nous recourons à une modélisation multiniveaux permettant de distinguer la variabilité liée à deux niveaux géographiques : le département et la région. Nos résultats montrent que les taux de prostatectomies standardisés (pour 100 000 hommes) varient de manière significative entre les départements. Les écarts interdépartementaux sont expliqués notamment par la densité d'urologues libéraux dans le département ainsi que par l'offre de soins hospitaliers (disponibilité des lits de chirurgie et de personnels soignants), au niveau régional, une fois contrôlé par le revenu et les taux de mortalité par départements (résumé d'auteur).

3.2 ENQUETES DREES

3.31 Enquêtes d'ensemble

Cazenave-Lacroutz, A., dir. et al. (2024). Les établissements de santé en 2022 : édition 2024, Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240718_Panorama_EtablissementsSante2024

Cette nouvelle édition détaille, pour l'année 2022, les capacités d'accueil et l'activité des hôpitaux et cliniques, les personnels hospitaliers et leur rémunération, avec des éclairages portant par exemple sur les maternités, les soins critiques ou les établissements des DROM. Il analyse par ailleurs la situation économique et financière des hôpitaux publics et des cliniques privées.

Pour les années antérieures, voir les liens sur la même page

Demoly, E. , Bara, W., et al. (2024). Urgences hospitalières en 2023 : quelles organisations pour la prise en charge des patients ? Etudes Et Résultats (1305)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/240711_ER_UrgencesHospitalieres2023

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques publie les premiers résultats de l'enquête Urgences, conduite le 13 juin 2023 dans les 719 points d'accueil des

urgences de France dix ans après l'enquête de 2013. Son volet « Structure » renseigne sur les organisations très variées des services des urgences pour accueillir, prendre en charge et orienter les patients, sur le manque de personnel ou d'espaces qu'ils rencontrent, mais aussi sur les fermetures ou la régulation de l'accès aux urgences

Khaoua, H. (2024). « Passages aux urgences entre 2017 et 2023 : des dynamiques contrastées selon les départements. » Etudes Et Résultats (1320)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241212_ER_passages-aux-urgences

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude et de nouvelles données départementales sur l'évolution des passages aux urgences en France, entre 2017 et 2023. Elles mettent en lumière les dynamiques infra-annuelles contrastées des passages aux urgences. Pour la première fois, les données journalières des résumés de passages aux urgences (RPU) sont ajustées grâce à une méthodologie d'étalonnage-calage intégrant les données annuelles de la statistique annuelle des établissements (SAE) pour produire des séries temporelles cohérentes malgré la couverture partielle des RPU en début de période.

Marty, J. et Pellet, R. (2024). "A propos de rapports récents de la Cour des comptes sur les établissements de santé." Revue de droit sanitaire et social **2024**(1): 106-121.

Au cours de l'année 2023, soit donc 20 ans après la création juridique de la tarification à l'activité (T2A) pour une partie des soins hospitaliers, la Cour des comptes a publié trois rapports sur les établissements de santé, leurs modes de financement et leur contrôle par le Parlement. Il s'agit d'une contribution très importante au débat public sur l'évolution du système hospitalier mais il est à souhaiter que la Haute juridiction financière poursuive ses investigations concernant la qualité des soins hospitaliers.

Boisguerin, B. (2019). « Urgences : plus du quart des passages concernent les enfants de moins de 15 ans. » Etudes Et Résultats (1128)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1128.pdf

Les enfants de moins de 15 ans représentent 27 % de l'ensemble des passages aux urgences d'après la dernière enquête nationale sur les structures d'urgences hospitalières de la DREES réalisée en 2013. Le taux de recours aux urgences des enfants est beaucoup plus élevé que celui des autres groupes d'âge, à l'exception des 85 ans ou plus. La prise en charge des enfants se différencie de celle des patients âgés de 15 à 74 ans : elle concerne davantage la traumatologie et comporte moins d'examens complémentaires. La durée de passage des enfants aux urgences est ainsi plus courte, même en cas d'hospitalisation. La prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois commence plus rapidement que celle des autres enfants, en raison de leur plus grande vulnérabilité. Ils sont plus souvent soumis à des analyses biologiques que les enfants plus âgés. Un quart des nourrissons seront hospitalisés à la suite de leur passage aux urgences. Dans les points d'accueil pédiatriques, la proportion d'enfants en bas âge est plus importante. Davantage pré-orientés vers les urgences pédiatriques par un médecin, ils y sont plus rapidement évalués et

leur passage comporte moins d'examens complémentaires que dans les autres services d'urgence.

Boisguerin, B., Delaporte, A., Gateaud, G., et al. (2019). « En 2018, le nombre de places en hospitalisation à temps partiel progresse à un rythme soutenu. » Etudes Et Résultats (1130)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1130.pdf

En 2018, 1 356 hôpitaux publics, 681 établissements privés à but non lucratif et 999 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 3 036 établissements de santé se partagent entre hospitalisation complète (396 000 lits) ou à temps partiel (77 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits continue de reculer en 2018 (-1,0 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+2,4 %). Comme en 2017, la hausse du nombre de places est plus forte en moyen séjour (+7,6 %) qu'en court séjour (+2,3 %). L'hospitalisation à domicile constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée. Elle représente une part encore modeste de l'offre de soins, même si elle progresse sensiblement chaque année. En 2018, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+3,4 %) et représentent 5,5 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006.

Boisguérin, B., et al. (2018). « Le nombre de places en hospitalisation à temps partiel continue de progresser en France. Premiers résultats de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2017. » Etudes Et Résultats (Drees) [1084].
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-nombre-de-places-en-hospitalisation-a-temps-partiel-continue-de-progresser

En 2017, le paysage hospitalier français se compose de 1 363 hôpitaux publics, 680 établissements privés à but non lucratif et 1 001 cliniques privées. Pour chacune de ces catégories d'établissement, le nombre de sites géographiques dénombrés continue de diminuer. Ces 3 044 établissements de santé offrent des capacités d'accueil en hospitalisation complète (400 000 lits) ou à temps partiel (75 000 places). Reflet du développement de l'hospitalisation partielle à l'œuvre depuis plusieurs années, le nombre de lits poursuit son repli en 2017 (-1,1 %), tandis que le nombre de places reste dynamique (+1,0 %). La hausse du nombre de places est désormais plus forte en moyen séjour (+5,5 %) qu'en court séjour (+0,7 %). Autre alternative à l'hospitalisation conventionnelle avec nuitée, l'hospitalisation à domicile représente une part encore modeste de l'offre de soins, mais elle progresse sensiblement chaque année. En 2017, ses capacités de prise en charge poursuivent leur augmentation (+7,1 %) et représentent 5,6 % de celles de l'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,6 % en 2006.

Charavel, C., et al. (2018). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016. Forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. Panoramas de la DREES : 30, Paris : Drees.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/les-soins-de-suite-et-de-readaptation-entre-2008-et-2016

Depuis 2008, l'activité des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 16 %, atteignant 37,9 millions de journées en 2016 pour plus d'un million de patients. Cette

augmentation s'explique surtout par le vieillissement de la population qui accroit la demande en SSR. L'augmentation de l'activité est particulièrement importante dans les cliniques privées, qui concentrent 34 % de l'activité en 2016, contre 30 % en 2008. Les établissements de SSR ont fait face à cette évolution en ouvrant des lits et places (+13 % en 8 ans) et en les mobilisant de manière plus intensive, avec un taux d'occupation des lits accru (+3 points). Ils ont également développé les alternatives à l'hospitalisation complète. L'hospitalisation partielle a ainsi connu une croissance rapide : en 8 ans, le nombre de journées a augmenté de 74 % (contre 11 % en hospitalisation complète). La part de l'hospitalisation partielle dans l'activité totale est passée de 7 % à 10 %. Des disparités territoriales de capacités d'accueil subsistent encore, mais se résorbent peu à peu. Cette homogénéisation de l'offre territoriale de SSR fait écho à l'un des objectifs visés par la réforme de 2008.

De Peretti, C., et al. (2018/03). « Le traitement de la cataracte primaire est la plus fréquente des interventions chirurgicales. » Etudes Et Résultats (Drees) [1056].
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-traitement-de-la-cataracte-primaire-est-la-plus-frequente-des-interventions

En France, le nombre de séjours hospitaliers avec traitement chirurgical de cataracte primaire (remplacement du cristallin par une lentille artificielle) s'élève à 826 000 en 2016. Le nombre de patients opérés est toutefois plus faible : 574 000, car 44 % d'entre eux ont été opérés des deux yeux la même année, au cours de deux séjours distincts. Entre 2008 et 2016, la part de la chirurgie ambulatoire est passée de 70 % à 92,5 %. Au cours de cette période, le nombre annuel de séjours pour cataracte primaire a augmenté de 39 % et celui des patients opérés de 28 %. Après prise en compte de l'augmentation de la population et de son vieillissement, la hausse des taux standardisés est de 23 % pour les interventions et de 13 % pour les patients. Ce décalage reflète l'augmentation des interventions bilatérales réalisées au cours de la même année. Si les disparités géographiques ont diminué depuis l'étude réalisée en 1998, elles n'ont pas disparu et restent particulièrement perceptibles au niveau départemental. Ainsi, 17 départements métropolitains et 3 départements et régions d'outre-mer (DROM) présentent un taux standardisé de chirurgie de cataracte primaire inférieur d'au moins 10 % par rapport à la moyenne nationale, l'indice comparatif étant particulièrement bas à Mayotte.

De Peretti, C., et al. (2017). « Disparités régionales de prise en charge hospitalière des accidents vasculaires cérébraux en 2015. » Etudes Et Résultats (Drees) [1010]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/disparites-regionales-de-prise-en-charge-hospitaliere-des-accidents-vasculaires

En 2015, près de 116 000 adultes résidant en France ont eu une prise en charge hospitalière pour un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu avant l'admission ou, plus rarement, lors d'une hospitalisation pour un autre motif. Parmi eux, 72 % ont eu un infarctus cérébral, près d'un quart un AVC hémorragique et 4 % un AVC de type non précisé.

Rey, D., et al. (2017/10). « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital. » Etudes Et Résultats (Drees) [1034]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/suivi-des-patients-atteints-de-cancer-les-generalistes-favorables-a-des

Le nombre de patients atteints d'un cancer progresse et les médecins généralistes sont de plus en plus sollicités pour assurer leur prise en charge. Cependant, un tiers des généralistes n'ont suivi aucune formation complémentaire en lien avec la cancérologie. Si les médecins considèrent leur rôle dans l'accompagnement de la fin de vie et le suivi psychologique de ces patients comme particulièrement important, les deux tiers éprouvent des difficultés pour accompagner la fin de vie, gérer les effets indésirables des traitements ou prendre en charge les séquelles du cancer. Le manque de transmission d'information en provenance des hôpitaux ou des médecins spécialistes dans les délais utiles est souvent évoqué comme une source de difficultés. Ainsi, au moment de l'annonce du diagnostic, seuls 31 % des médecins disposent d'une information complète sur la pathologie de leurs patients, telle qu'elle est recommandée par le plan Cancer. De même, en dépit des recommandations, plus de 20 % des généralistes, faute de pouvoir contacter facilement l'oncologue référent, choisissent d'adresser aux urgences un patient immunodéprimé déclarant une fièvre élevée pendant le week-end.

Pradines, N. Et Calvet, L. (2016). « Les établissements de santé privés sont davantage fréquentés par les catégories sociales aisées. » Etudes Et Résultats (Drees) [976]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-etablissements-de-sante-prives-sont-davantage-frequentes-par

Une hospitalisation sur trois a lieu dans un établissement de santé privé à but lucratif. La fréquentation des cliniques privées est davantage le fait des catégories sociales aisées, et elle est particulièrement marquée en obstétrique : quatre fins de grossesse sur cinq ont lieu dans une clinique privée chez les cadres, contre une sur dix chez les ouvrières. En chirurgie, trois fois sur quatre, c'est dans un établissement privé que les cadres sont hospitalisés, contre une fois sur deux parmi les ouvriers et les chômeurs. En médecine, cette plus grande fréquentation des établissements privés par les classes aisées s'observe aussi, dans de moindres proportions, car l'offre du secteur privé dans ce domaine est plus faible.

Bouvet, M. (2015). Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013. Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015., Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 227-234

Dans les Comptes de la sante, les soins publics hospitaliers, évalués selon les méthodes de la comptabilité nationale, s'élèvent à 66,8 milliards d'euros en 2013 sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Ils progressent de 2,9 % par rapport à 2012, après 2,6 % en 2012 et 2011. Les soins du secteur public hospitalier sont financés à près de 93 % par des financements publics - en quasi-totalité, par l'assurance maladie -, les ménages et les organismes complémentaires assurant une couverture santé se partagent les 7 % restants. En comptabilité nationale, le besoin de financement du secteur public hospitalier atteint 1,5 milliard d'euros en 2013, tandis que le résultat comptable en comptabilité générale s'établit à -0,1 milliard d'euros. Si ces deux soldes sont déficitaires, leur écart est principalement dû à la différence de traitement de la formation et de la dépréciation du capital entre ces deux types de comptabilité. Après plusieurs années de creusement, le besoin de financement des hôpitaux publics se résorbe en 2013, en raison notamment d'une baisse des investissements hospitaliers.

3.32 Psychiatrie

Coldefy, M. (2016). « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. » Revue Française des Affaires Sociales (2) : 21-30.

> Le système français de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande pluralité des acteurs, des organisations, des structures et des modalités d'accompagnement. Il fait également l'objet d'une organisation et d'une législation spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire. Cette spécificité est liée à plusieurs dimensions (extrait).

Coldefy, M., et al. (2016). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. » Revue Française des Affaires Sociales (2) : 253-273.

> En France, 71 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie, en 2010. Le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement varie fortement géographiquement, à la fois entre pays et à l'intérieur d'un pays. Si la contrainte aux soins est une exception psychiatrique, le soin librement consenti reste privilégié et majoritaire. Nécessaire dans certains cas, elle pose des questions en termes d'atteinte aux libertés des personnes et constitue une problématique majeure pour les équipes soignantes et les personnes concernées. À partir de l'exploitation des données du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, la présente étude propose de décrire cette population, de mesurer la variabilité géographique du recours aux soins sans consentement, et d'explorer le rôle de l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire dans les disparités observées. Elle conclut au rôle prépondérant du contexte social et économique pour expliquer cette variabilité.

(2014). « Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. » Série Etudes Et Recherches - Document de Travail - Drees (129)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/organisation-de-l-offre-de-soins-en-psychiatrie-et-sante-mentale

> Actes du séminaire recherche organisé par la DREES en 2012 afin d'identifier les besoins dans l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en santé mentale, et de transformer les questions que se posent les régulateurs ou les acteurs de terrain en sujets de recherche. Ce séminaire s'est déroulé entre mars et septembre et a comporté cinq séances thématiques. Le présent ouvrage retranscrit le contenu de ces études et de ces échanges afin d'aider le lecteur à en acquérir une vue d'ensemble.

3.34 Activité hospitalière

Boisguerin, B. (2024). En 2023, la baisse du nombre de lits et la hausse du nombre de places se poursuivent – Premiers résultats de la base administrative de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) 2023. Etudes Et Résultats (Drees)(1315)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241031_ER_SAE-2023

> La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie les premières données sur la capacité d'accueil hospitalière en 2023. Ces résultats sont issus des

bases administratives de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE), collectées au premier semestre 2024. Ils sont susceptibles d'être révisés d'ici à la fin de l'année 2024.

Boisguerin, B., Gaimard, L. et Coudin, E. (2023). "En 2022, la baisse du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accentue." Etudes Et Résultats (Drees 1289)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/en-2022-la-baisse-du-nombre-de-lits-en-etat

Au 31 décembre 2022, 1 338 hôpitaux publics, 658 établissements privés à but non lucratif et 980 cliniques privées composent le paysage hospitalier français, dont le nombre de sites géographiques continue de diminuer lentement. Les capacités d'accueil de ces 2 976 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (374 000 lits) et partielle (85 000 places). En 2022, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accentue (-1,8 %, après -1,4 % en 2021) et reste plus rapide qu'avant la crise sanitaire (-0,9 % par an en moyenne). En revanche, le nombre de places continue de progresser (+3,1 %), à un rythme plus soutenu qu'avant-crise (+2,5 % par an). La hausse continue d'être plus élevée en moyen séjour (+5,8 %) qu'en court séjour (+4,2 %) ; elle demeure faible en psychiatrie (+0,3 %). En 2022, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile augmentent de 1,6 %, après deux années de forte progression (+6,8 % en 2021 et +10,5 % en 2020) marquées par le contexte de crise sanitaire. Elles représentent ainsi 7,9 % des capacités d'hospitalisation complète en court et moyen séjour (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. Après une nette augmentation en 2020 (+3,6 %) en réaction à la crise sanitaire, le nombre de lits de soins critiques poursuit son reflux (-1,7 %). En particulier, la capacité d'accueil en réanimation diminue de 4,7 % en 2022, mais elle reste supérieure de 5,1 % à ce qu'elle était fin 2019.

Naouri, D., Jamme, M. et Demoule, A. (2024). "L'évolution des séjours en réanimation entre 2014 et 2022 marquée par l'apparition du Covid-19." Etudes Et Résultats (Drees)1308)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur l'évolution, les motifs et les caractéristiques des séjours en réanimation entre 2014 et 2022. Cette étude analyse également le profil socio-économique des patients concernés. Durant la période étudiée, plus d'un million de séjours hospitaliers ont été pris en charge chaque année en soins critiques, dont en moyenne 244 000 dans un service de réanimation.

Boisguerin, B., et al. (2022). "En léger recul en 2021, les capacités d'accueil en réanimation restent supérieures de 10 % à leur niveau de fin 2019." Etudes Et Résultats (Drees)(1242)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/ER1242.pdf

Au 31 décembre 2021, 1 342 hôpitaux publics, 661 établissements privés à but non lucratif et 981 cliniques privées composent le paysage hospitalier français. Au total, le nombre de sites géographiques répertoriés continue lentement de diminuer. Les capacités d'accueil de ces 2 984 établissements de santé se répartissent entre hospitalisation complète (383 000 lits) et partielle (83 000 places). En 2021, le nombre de lits en état d'accueillir des patients continue de reculer (-1,1 %), à un rythme un peu plus élevé qu'au cours des années d'avant crise. En revanche, le nombre de places accélère (+3,4 %) et retrouve la tendance des années précédant la crise sanitaire, effaçant les effets du ralentissement observé en 2020 (+1,7 %). La progression reste plus importante en moyen séjour (+6,9 %) qu'en court séjour (+4,0 %) et en psychiatre (+1,0 %).

En 2021, les capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile progressent de 6,8 % (après 10,5 % en 2020). Elles représentent ainsi 7,6 % des capacités de l'hospitalisation complète en court et moyen séjours (hors psychiatrie), contre 2,1 % en 2006. Le nombre de lits de soins critiques (réanimation, soins intensifs et surveillance continue) diminue de 1,2 % en 2021, après la forte augmentation de 3,6 % observée en 2020 en réaction à la crise sanitaire. En particulier, la capacité d'accueil en réanimation diminue de 3,8 % (+14,5 % en 2020) mais reste supérieure de 10,2 % à ce qu'elle était fin 2019.

De Peretti, C., Woimant, F. Et Schnitzler, A. (2019). "Les patientèles des SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur et les affections du système nerveux. " Dossiers De La Drees (Les) [44]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd44_la_patientele_des_ssr.pdf

L'activité des soins de suite et de réadaptation (SSR) a été profondément réorganisée par les décrets et circulaires de 2008 qui distinguent les services SSR polyvalents et les SSR autorisés pour une activité spécialisée, parmi lesquels les SSR spécialisés pour les affections du système nerveux et les SSR spécialisés pour les affections de l'appareil locomoteur qui représentaient à eux seuls plus du quart de l'activité SSR en 2017. Le SSR spécialisé pour les affections de l'appareil locomoteur prend en charge 49 % des admissions en SSR pour affection ou traumatisme du système ostéo-articulaire. Les pathologies les plus fréquentes y sont les suites de pose d'implant articulaire (27 % des séjours), les affections non traumatiques du rachis (25 %), les lésions traumatiques (16 %) et les lésions articulaires et ligamentaires de l'épaule ou du genou (12 %). Le SSR spécialisé pour les affections du système nerveux prend en charge 55 % des séjours SSR pour affection du système nerveux. Les pathologies les plus fréquentes sont les accidents vasculaires cérébraux (31 % des admissions), les maladies neurodégénératives hors démences (17 %), les « autres affections du système nerveux « , qui comprennent de nombreuses séquelles neurologiques (15 %), et les lésions médullaires (13 %). Entre 2013 et 2017, la capacité en lits ou places a augmenté dans ces deux secteurs : +16 % en SSR « locomoteur « et +25 % en SSR « système nerveux « , dont la capacité demeure toutefois inférieure à celle du précédent. Parallèlement, les admissions ont respectivement augmenté de 12 % et 30 %. En termes de répartition régionale de l'offre de soins, les disparités géographiques se sont légèrement réduites entre 2013 et 2017 pour les SSR spécialisés étudiés. Toutefois, les disparités restent très marquées en 2017 à un niveau 3 fois supérieur à celui l'ensemble du secteur SSR, pour les SSR « locomoteur « comme pour les SSR « système nerveux « .

Lefebvre-Hoang, I. Et Yilmaz, E. (2019). " État des lieux des pratiques de chirurgie ambulatoire en 2016. " Dossiers De La Drees (Les) [41]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/etat-des-lieux-des-pratiques-de-chirurgie-ambulatoire-en-2016

La chirurgie ambulatoire permet la sortie du patient le jour même de son intervention, sans nuit passée à l'hôpital. Cette pratique répond à plusieurs objectifs. Du point de vue du patient, la chirurgie ambulatoire permet de réduire l'exposition aux infections nosocomiales et conduit à une plus grande satisfaction. Du point de vue des régulateurs, les coûts moins élevés de cette forme de prise en charge, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, sont un atout permettant de mieux maîtriser les dépenses de soins. Le développement de la chirurgie ambulatoire est donc fortement encouragé par les pouvoirs publics.

Seimandi, T. (2019). "Les disparités d'activité des SMUR s'expliquent en partie par les moyens dédiés et les caractéristiques des territoires. " Etudes Et Résultats (1136)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1136.pdf

> En 2017, les 455 structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) françaises ont effectué 577 800 interventions « primaires « (c'est-à-dire des prises en charge de patients en situation d'urgence médicale hors de l'hôpital), soit 8,7 sorties pour 1 000 habitants. Les SMUR sont plus actifs dans certains départements. Ainsi, en 2017, ils sont sortis 27 fois pour 1 000 habitants en Haute-Corse, contre 3 fois pour 1 000 habitants en Loire-Atlantique. Les taux d'intervention sont inférieurs à 6 pour 1 000 habitants dans dix départements et supérieurs à 13 pour 1 000 habitants dans dix autres. Ces disparités territoriales d'activité sont en partie le reflet des moyens dédiés aux SMUR, des caractéristiques de leurs établissements de santé de rattachement, des territoires qu'ils couvrent et des populations qui résident dans ces territoires. Les SMUR qui assurent de nombreux transports inter hospitaliers font moins de sorties primaires. Par ailleurs, ceux dont l'aire d'intervention est étendue ou dont davantage d'habitants résident loin de l'établissement de rattachement ont aussi un taux d'intervention plus faible. C'est aussi le cas pour les SMUR ayant une forte concentration de services d'accueil des urgences à proximité.

Brilhault, G., et al. (2017). " Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030. " Les Dossiers de la Drees (18)

> Ce document présente les projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030, calculées à partir d'hypothèses construites avec un groupe d'experts, et tenant compte des évolutions démographiques à venir. Ces hypothèses s'appuient sur un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières.

Mauro, L. (2017), " Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016) - Un essor important, en deux temps ", Les Dossiers de la Drees (23)

> En 2016, 313 établissements coordonnent des prises en charge d'hospitalisation à domicile (HAD), contre 170 en 2006. En dix ans, l'activité réalisée a plus que doublé (passant de 1,9 million à 4,9 millions de journées), tout comme les capacités de prise en charge : le nombre de patients pouvant être hospitalisés à domicile simultanément est passé de 6 900 à 16 300. Le taux de recours national a également augmenté et s'établit à 20 patients par jour pour 100 000 habitants en 2016 (8 en 2006). En France, l'HAD s'est développée d'abord par une augmentation du nombre d'établissements jusqu'en 2011. Le nombre d'établissements se stabilise ensuite et la croissance passe alors par l'augmentation régulière des capacités et de l'activité des établissements déjà installés. L'HAD reste dominée par les secteurs privé à but non lucratif et public, mais la place du secteur privé à but lucratif progresse nettement : il concentre 15 % de l'activité en 2016, contre 4 % dix ans plus tôt. Les prises en charge en HAD se modifient aussi avec le temps. Les soins liés aux pansements complexes (plaies cicatrisant mal, ulcères variqueux, escarres, etc.) deviennent peu à peu le principal motif de prise en charge, devant les soins palliatifs. L'âge moyen des patients augmente et les durées de séjours s'allongent. En dix ans, la part de l'HAD dans l'hospitalisation complète de court et moyen séjour a plus que doublé, passant de 2 % à 5 %.

Ricroch, L. (2015). "Urgences hospitalières en 2013 : des organisations différentes selon le niveau d'activité. " Etudes Et Résultats (Drees) [906]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/urgences-hospitalieres-en-2013-des-organisations-differentes-selon-le-niveau-d

Les points d'accueil des urgences, répartis sur tout le territoire, sont majoritairement situés dans des établissements de santé publics. Leur organisation et leurs ressources sont variables : tous n'ont pas de poste d'accueil et d'orientation, d'assistance sociale, de psychiatre ou d'accès prioritaire à une imagerie par résonance magnétique (IRM). Cette organisation dépend du volume de passages, du statut de l'établissement et de sa spécialisation ou non en pédiatrie. Les points d'accueil dont les ressources en matériel ou en personnel sont les plus importantes reçoivent le plus de patients. Le personnel des urgences dans les établissements publics est plus nombreux que dans les établissements privés. A contrario, ces derniers disposent d'équipements plus nombreux ou de plus de personnels, en dehors du service des urgences, dédiés à l'affectation des patients, à l'obtention des lits et à la tenue d'un tableau de bord.

3.35 Analyse économique

Courtejoie, N.,et al (2022). La situation économique et financière des établissements de santé en 2020. Les Dossiers de la Drees (100)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/la-situation-economique-et-financiere

Yilmaz, E. (2016). « La situation économique et financière des hôpitaux publics », Les Dépenses de santé en *2015*, résultats des comptes de la santé -édition 2016, coll. Panoramas de la Drees - Santé**.**

Evain, F., et al. (2014). « Réforme du financement des hôpitaux publics. Quel impact sur leur niveau d'activité ? » Etudes Et Résultats (Drees) [862]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/reforme-du-financement-des-hopitaux-publics-quel-impact-sur-leur

L'adoption de la tarification à l'activité (T2A) a modifié le mode de financement du secteur hospitalier. Dans les établissements publics ou privés à but non lucratif, un remboursement au séjour a progressivement remplacé, entre 2004 à 2008, la dotation globale annuelle. Dans les établissements privés à but lucratif, le montant du remboursement d'un séjour était sujet à des variations locales jusqu'en 2005 : après 2005, une grille nationale de tarifs détermine ces montants suivant une classification de pondérés par leur distance à chaque établissement public considéré. L'introduction de la T2A aurait ainsi permis une amélioration de l'attractivité des établissements publics, au moins en ce qui concerne la chirurgie, domaine pour lequel ce type d'évaluation peut être mené de manière rigoureuse.

Yilmaz, E. (2014). La situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013. Les Comptes nationaux de la santé 2013., Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 173-184

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2013

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur la situation économique et financière des hôpitaux publics en 2012 et en 2013. Selon les comptes provisoires transmis à la Direction générale des finances publiques (DGFiP), les résultats relatifs à l'année 2013 indiquent une légère dégradation des comptes financiers des hôpitaux publics. Après une année d'excédents de 90 millions d'euros en 2012, les hôpitaux publics enregistreraient un déficit de leur résultat net de près de 100 millions d'euros en 2013 représentant environ 0,2 % des produits, proche de l'équilibre budgétaire. Ce niveau du déficit est en effet bien moindre que ceux constatés entre 2006 et 2011. Même si le déficit concerne davantage d'établissements, celui-ci reste concentré sur quelques-uns (près de 40 établissements cumulent à eux seuls 50 % du déficit.

3.4 DONNEES DE L'ATIH

(2024). "Analyse de l'activité hospitalière 2023 - Hospitalisation à domicile". Lyon, Atih
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4852/had_aah23.pdf

Cette nouvelle édition sur l'activité hospitalière en HAD détaille les évolutions des sept dernières années, permettant de confronter la reprise de l'activité hospitalière au regard des tendances observées avant la crise sanitaire. Ce rapport fournit également un aperçu complet du profil des patients, des modalités de prise en charge et des principaux motifs de recours aux soins. En 2023,168 000 patients ont bénéficié des services des structures d'HAD, soit 8 500 patients de plus qu'en 2022. Après une croissance continue depuis 2017, suivie d'une stabilisation de l'activité entre 2021 et 2022, 403 000 journées supplémentaires ont été réalisées en 2023 par rapport à l'année précédente (soit +6%), soit un total de 7,2 millions de journées.

(2024). "Analyse de l'activité hospitalière 2023 - Psychiatrie". Lyon, Atih
https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2023

Cette étude détaille les évolutions des sept dernières années, permettant de confronter la reprise de l'activité hospitalière au regard des tendances observées avant la crise sanitaire de 2020. Ce rapport fournit également un aperçu complet du profil des patients, des modalités de prise en charge et des principaux motifs de recours aux soins. + 5 400 patients en moyenne sont pris en charge chaque année depuis 2021. En 2023, près de 408 000 patients ont été pris en charge à temps complet ou à temps partiel en établissement psychiatrique pour une hospitalisation en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Les soins réalisés ont généré 21,5 millions de journées de présence.

(2024). "Analyses des activités MCO et SMR 2023". Lyon, Atih
https://www.atih.sante.fr/actualites/analyses-activite-mco-et-smr-2023

(2024). "Chiffres clés de l'hospitalisation 2023". Lyon, Atih
https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-de-l-hospitalisation-2023

L'ATIH publie annuellement les chiffres clés de l'hospitalisation en France, issus du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce panorama offre une vision globale de l'activité des établissements de santé en 2023. Ces chiffres synthétiques recensent les principaux indicateurs essentiels de l'activité des établissements de santé français en nombre de patients, de séjours ou encore de journées. Ils sont réalisés en infographie sous la forme d'animations dynamiques, avec une navigation facilitée entre les champs et les différentes disciplines hospitalières.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2022). "Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020". Lyon ATIH
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4356/analyse_cf_2020.pdf

Cette restitution présente les données financières issues des Comptes financiers 2020 arrêtés au 07 décembre 2021 pour les établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Afin de garantir une meilleure exhaustivité, il a été retenu 2 champs d'analyse : Un premier champ d'établissement, champ complet, qui rassemble 1 100 établissements représentant 92,5% des établissements et 93,5% des produits globaux 2020. Le second, champ constant qui rassemble 785 établissements ayant des données disponibles pour les quatre années 2017-2020. Globalement, le champ constant sur la période d'étude représente 81,0% de la masse financière des établissements attendus.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2022). "Analyse de l'activité régionale 2020". Lyon : Atih
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4361/rapport_analyse_activite_hospitaliere_2020_vf.pdf

Cette description de l'activité hospitalière par région couvre les quatre champs sanitaires : médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Pour l'année 2020, un volet spécifique est consacré aux prises en charge pour la Covid-19.

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (2022). "Situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif à fin 2020". Lyon : ATIH
https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4356/analyse_cf_2020.pdf

Cette restitution présente les données financières issues des Comptes financiers 2020 arrêtés au 7 décembre 2021 pour les établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Afin de garantir une meilleure exhaustivité, il a été retenu 2 champs d'analyse : Un premier champ d'établissement, champ complet, qui rassemble 1 100 établissements représentant 92,5% des établissements et 93,5% des produits globaux 2020. Le second, champ constant qui rassemble 785 établissements ayant des données disponibles pour les quatre années 2017-2020. Globalement, le champ constant sur la période d'étude représente 81,0% de la masse financière des établissements attendus.

(2019). Analyse comparative de l'activité hospitalière entre les régions 2017. Lyon ATIH
https ://www.atih.sante.fr/analyse-comparative-de-l-activite-hospitaliere-entre-les-regions-2017

Chaque année, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) réalise une analyse nationale de l'activité hospitalière qui offre une vision globale des hospitalisations en France. Dans la continuité de ce panorama national, une déclinaison au niveau régional est proposée. Cette analyse de l'activité hospitalière régionale concerne les quatre champs sanitaires : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie. Pour cette édition 2017, l'analyse de l'activité hospitalière régionale est abordée selon deux approches : - Une approche production de soins, afin de décrire l'activité hospitalière réalisée par les établissements de santé implantés dans chaque région. - Une approche consommation de soins, afin de décrire les hospitalisations des patients selon leur région de résidence, quel que soit le lieu de prise en charge. En guise d'introduction, quelques éléments chiffrés sont présentés sur l'ensemble des régions pour chacun des quatre champs sanitaires. Ensuite, un atlas régional restitue les analyses de chaque agence régionale de santé (ARS) sur l'activité hospitalière de sa région. Avec leur expertise, elles apportent un éclairage complémentaire notamment sur le contexte démographique, sanitaire et de l'offre de soins, selon une trame commune à toutes les régions. En appui de l'analyse de chaque région, l'ATIH a édité un fichier EXCEL par région sur les données 2017. Ces fichiers sont disponibles sur ScanSanté.

➢ Pour les données antérieures consulter le site de l'ATIH : https ://www.atih.sante.fr/panorama-regional-de-l-activite-hospitaliere

(2018). Analyse de l'activité hospitalière 2017. Synthèse. Lyon ATIH
https ://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2017

Le recueil de l'information dans les établissements de santé, cœur de métier de l'ATIH, permet d'effectuer l'analyse annuelle de l'activité hospitalière et de proposer une vision globale des hospitalisations en France. Cette analyse se présente sous la forme d'une synthèse de l'activité hospitalière, réalisée par champ : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et réadaptation (SSR) et psychiatrie. Chaque champ d'activité s'articule autour de chiffres clés présentant le panorama de l'activité, d'un descriptif des patients pris en charge, des motifs de recours et des lieux de prise en charge. Pour l'édition 2017, une approche transversale des parcours de patients entre les différents champs d'activité est présentée globalement et de manière spécifique sur trois types de prises en charge : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les soins palliatifs et les addictions chroniques. Plus de 3 300 établissements de santé ont accueilli 12,7 millions de patients. Parmi l'ensemble des patients hospitalisés, 96 % ont été hospitalisés en MCO, 8 % en SSR, 3 % en psychiatrie et 1 % en HAD.

➢ Pour les données antérieures consulter le site de l'ATIH : https ://www.atih.sante.fr/rapports-etudes/activite-hospitaliere

(2016). État des lieux 2015 sur les évolutions de l'activité de chirurgie ambulatoire. Évolutions 2011-2015. Lyon : ATIH
https ://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1504/note_gdr_chirambu_2015.pdf

Le développement de la chirurgie ambulatoire fait l'objet de plan d'actions régional dans le cadre priorité du programme « gestion des risques « (GDR) relatif à la chirurgie ambulatoire. L'activité de chirurgie ambulatoire est identifiée par les séjours de chirurgie (GHM en C) sans nuitée. L'ATIH a été sollicitée pour produire des éléments d'analyse sur les disparités régionales et apporter aux

ARS des éclairages à un niveau plus fin (i.e. : territoires de santé). Le développement de la chirurgie ambulatoire est examiné à la fois par l'évolution des taux de recours (indicateurs 1.1 à 1.4) calculés sur la population au niveau national et par région et celle des taux de chirurgie ambulatoire (indicateurs 2.1 à 2.7). Cette note présente les principales tendances 2011-2015 par région, par catégorie d'établissement et par spécialité chirurgicale.

➢ Pour les données antérieures consulter le site de l'ATIH :
https ://www.atih.sante.fr/programme-national-chirurgie-ambulatoire

(2015) Les chiffres clés de l'Hospitalisation. Lyon : ATIH

A partir des données collectées dans le PMSI, l'ATIH publie les chiffres clés annuels de l'hospitalisation. Grâce à des indicateurs synthétiques, ces chiffres clés fournissent une mesure, en nombre de patients, de la fréquentation de l'hôpital. Cette information est disponible globalement et selon les différentes activités couvertes par l'hôpital. Quelques exemples de prises en charge sont détaillés.

➢ Pour les données antérieures consulter le site de l'ATIH : https ://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees/chiffres-cles-de-l-hospitalisation

➢ Pour les données antérieures consulter le site de l'ATIH : https ://www.atih.sante.fr/panorama-national-de-l-activite-hospitaliere

3.5 AUTRES ETUDES (SOURCES DIVERSES)

Grimaldi, A. (2025). "La maladie chronique de l'hôpital public : diagnostic et traitement." Cahiers français(443): 32-41.

Urgences saturées, manque de personnel, fermeture de lits... L'hôpital public est confronté depuis plusieurs années à une crise multiforme qui a appelle des changements profonds pour être résorbée. Selon l'auteur la crise est le résultat de trois facteurs : la mixité structurelle de notre système de santé, l'hyperspécialisation et la régulation comptable. Il propose des évolutions profondes incluant, entre autres, la distinction entre les différentes médecines dans les formes d'organisation et des modes de financement, le développement de la démocratie sanitaire, le renforcement de la planification à tous les niveaux et l'unification du système de santé.

Benoteau, I., Guillermo, V. et Ricordeau, P. (2024). "Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignants". Paris, I.G.A.S.
https://igas.gouv.fr/financer-la-qualite-des-soins-dans-les-etablissements-de-sante-un-levier-pour-redonner-du-sens-aux

Alors que la qualité des soins est au cœur de leur métier, les soignants perçoivent souvent la démarche qualité au sein des établissements de santé comme une contrainte imposée ayant peu de lien avec leur activité de soins. Le dispositif actuel d'incitation financière est peu lisible, sans

lien direct entre les efforts réalisés et la dotation obtenue par l'établissement. Il n'est donc guère utilisé comme outil de management, quand bien même le principe d'un signal financier sur la qualité est défendu par les acteurs hospitaliers pour soutenir le déploiement d'une politique qualité. Peu connu des équipes soignantes, il n'a que peu d'impact sur les modifications de pratiques. Simplifier le modèle est un préalable afin que les acteurs s'approprient davantage ce dispositif. La qualité doit être mesurée au plus près de l'activité de soins, ce qui requiert un suivi régulier des indicateurs qui soient restituables à l'échelle des services ou unités. Le dispositif doit inclure des indicateurs de résultat des soins par pathologie pour les patients, tant du point de vue clinique que du point de vue des patients. Financer les établissements en fonction du résultat des soins n'est pas toujours efficace et peut même bloquer la démarche. Il s'agit avant tout de valoriser la mesure et l'analyse des résultats et les retours d'expérience réalisés en équipe pluridisciplinaire, d'encourager la transparence des résultats entre pairs et, peu à peu, envers les patients. Dans un écosystème de la santé fragmenté autour de multiples acteurs, il est important de replacer le levier financier au sein d'une vision stratégique de la qualité : celle-ci doit être transverse à l'ensemble du système de soins (englobant la sécurité, la pertinence et la qualité des pratiques), et portée par une instance nationale de gouvernance de la qualité en santé.

Bensadon, A. C., Maurice, B. et Turblin, F. (2024). "Le financement des actions de prévention primaire des établissements de santé". Paris, I.G.A.S.
https://igas.gouv.fr/le-financement-des-actions-de-prevention-primaire-des-etablissements-de-sante

La réforme du financement des établissements de santé, introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, crée un compartiment de dotations relatives aux objectifs de santé publique. Au sein de celui-ci, le rapport propose la mise en place d'un financement des actions de prévention primaire. Il propose notamment le financement d'actions inspirées de celles déployées en Grande-Bretagne en les centrant sur le tabac, l'alcool, l'alimentation et l'activité physique. Le rapport préconise un déploiement progressif mais irréversible de ce financement, sous réserve des résultats des évaluations de ce financement. Hormis cette phase pilote avec appel à candidature, il s'agit de passer à un financement systémique de la prévention, concernant, quel que soit leur statut, les établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique et l'hospitalisation à domicile. L'objectif est celui d'un maillage territorial de la prévention, en lien avec l'ensemble des offreurs de soins, mais également d'autres acteurs qui jouent déjà un rôle majeur dans ce domaine comme les départements.

Cash, R. (2024). "La situation économique des établissements de santé." Sève : les tribunes de la sante(81 (en ligne)): 63-76.

Les établissements de santé, publics et privés, après la sortie de la crise sanitaire, connaissent une crise des ressources humaines, qui constitue l'un des principaux facteurs de la faiblesse de la reprise d'activité. Sur l'ensemble de la période 2020-2023, 3,1 millions de séjours ont été « perdus » malgré une forte reprise de l'activité en 2023. Les hôpitaux publics ont perdu des parts de marché dans certaines spécialités par rapport aux cliniques. Et la sanction budgétaire est forte : 1,3 milliard d'euros de déficit pour le secteur public, un montant jamais atteint jusqu'à présent. Les cliniques privées sont dans une situation plus favorable, avec un résultat net positif de 627 millions. Mais dans les deux secteurs, on trouve un taux élevé d'établissements surendettés, respectivement 34 % et 18 %. La diminution des investissements dans les hôpitaux

publics a conduit à un plan d'envergure, dans le cadre du Ségur de la santé, pour restaurer les capacités financières des établissements. Mais sans changement majeur de la politique de l'offre de soins et de gestion de l'Ondam, les déficits hospitaliers resteront élevés.

Cour des comptes (2024). "L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital". Paris, Cour des comptes https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-11/20241119-Accueil-et-traitement-des-urgences-a-l-hopital_0.pdf

Les structures des urgences constituent des services d'établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, chargés d'assurer, sans interruption, la prise en charge de toute personne nécessitant des soins urgents, y compris psychiatriques. La médecine d'urgence se caractérise, quant à elle, par la fourniture de soins dans la limite des 24 premières heures suivant l'arrivée d'un patient. Elle n'a pas vocation à garder les patients au-delà de cette période. La Cour des comptes a été sollicitée par la présidente de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale afin de réaliser une enquête sur les services des urgences hospitalières, en mettant l'accent sur l'efficacité des mesures mises en œuvre dans le cadre du programme « Ma santé 2022 », adopté en juin 2018. Ce programme a été enrichi, en décembre 2019, par un plan d'action spécifique pour la médecine d'urgence, le « Pacte de refondation des urgences ». Ce dernier, élaboré en réponse aux difficultés pressantes rencontrées par les établissements de santé, regroupe 12 mesures issues d'un rapport commandé par le Gouvernement en juin 2019.

Cour des comptes. (2023). "La tarification à l'activité". Paris, Cour des comptes https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-tarification-lactivite

La tarification hospitalière, dénommée « tarification à l'activité » (T2A), prévoit, pour chaque séjour à l'hôpital correspondant à un type de pathologie, la détermination préalable d'un tarif établi sur la base du coût moyen issu d'un échantillon d'établissements participant à une étude nationale de coûts réalisée par l'Agence technique de l'information hospitalière. La T2A a permis de passer d'une logique budgétaire à un pilotage médico-économique des établissements de santé. Des progrès restent cependant à accomplir en matière de comptabilité analytique et de qualité de codage des séjours. Pour conserver sa vocation première d'outil incitant à la réduction des coûts et à l'efficience, la tarification à l'activité doit continuer à représenter une part significative du financement des établissements de santé. Les objectifs initialement assignés à la T2A, en termes d'équité et de transparence des financements, demeurent plus que jamais à l'ordre du jour. Cependant, pour émettre un signal-prix efficace et entraîner des décisions rationnelles, les tarifs doivent être construits de manière intelligible et assurer la couverture des coûts moyens.

Pouvourville, G. d., Bousquet, F., Sourdille, A., et al. (2023). "L'hôpital en mutation." Lettre du collège (la)(2)

La 23e Conférence thématique du Collège a interrogé les évolutions structurelles du secteur hospitalier, aux prismes des modes de financement et des nouvelles logiques organisationnelles. La matinée a été construite autour de deux tables rondes. La première présenta les regards croisés du professionnel de santé, de l'assureur et de l'économiste sur l'évolution des modes de financement des soins dans les établissements de santé. La seconde table ronde fut consacrée à

des retours d'expériences et de recherches concernant les nouvelles logiques organisationnelles dans le secteur hospitalier (public et privé).

Deroche, C. (2022). "Rapport sur la situation de l'hôpital et sur le système de santé en France". Paris : Sénat
https://www.senat.fr/notice-rapport/2021/r21-587-1-notice.html

À la demande du groupe Les Républicains, le Sénat a constitué une commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France. À l'issue de près de quatre mois de travaux, la commission d'enquête appelle à redonner du souffle à l'hôpital en lui laissant davantage de liberté et d'autonomie dans son organisation, en lui attribuant des moyens proportionnés aux défis de santé actuels et en redessinant sa place au sein du système de soins.

Delatte, M. et Dharréville, P. (2021). "Rapport d'information sur les groupements hospitaliers de territoires". Paris Assemblée Nationale.
https://www2.assemblee-nationale.fr/static/15/commissions/CAffSoc/i4814.pdf

Au terme des travaux de la mission sur les groupements hospitaliers de territoire, les rapporteurs s'accordent pour considérer que les résultats obtenus peinent à être à la mesure des efforts fournis. Ils sont conscients de la nécessité de laisser du temps aux acteurs, pour s'approprier de nouveaux formats de coopération et pour faire mûrir des projets. Cela apparaît d'autant plus nécessaire que la crise sanitaire a pu assez fortement perturber l'ordre du jour des établissements hospitaliers.

(2019). Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités. In : [Le rapport public annuel 2019 de la Cour des Comptes. Tome 2]., Paris : Cour des comptes **:** 211-239.
https ://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2019

À la suite d'une nouvelle enquête sur les urgences hospitalières, la Cour constate que les améliorations organisationnelles mises en œuvre depuis 2014 à l'hôpital n'ont pas porté tous leurs effets, faute d'un partage des tâches avec la ville permettant de réaliser un véritable virage ambulatoire. Malgré des avancées en termes de recueil des données et d'organisation des services, les urgences demeurent trop sollicitées, entraînant de fréquentes situations de tension dans les établissements (I). La tarification est demeurée complexe et peu propice à un report des prises en charge hospitalières vers une médecine de ville insuffisamment outillée pour les accueillir (II). Désengorger les urgences nécessite de développer les alternatives aux urgences hospitalières en ville, de réorganiser les services d'urgence à l'hôpital et de réformer leurs modalités de financement (III).

Aubert, J. M. (2019). Réforme des modes de financement et de régulation. « Vers un modèle de paiement combiné ». Paris Ministère chargé de la santé
https ://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé, lancée en février 2018 par le Premier Ministre et la Ministre des Solidarités et de la Santé. Il fait suite à un premier rapport intermédiaire de juillet 2018 présentant les premières orientations de

la mission task force réforme du financement et notamment les mesures de court terme dont la plupart sont en train d'être mises en place. Le système de santé français est caractérisé par un modèle de financement hétérogène en fonction des secteurs de soins, reposant majoritairement sur la quantité des soins produits dans le domaine des soins de ville et des soins hospitaliers (médecine, chirurgie et obstétrique). Les autres secteurs sont financés par des enveloppes dont les fondements sont parfois très largement établis sur des bases historiques. À un système de financement cloisonné entre les différents champs de la santé, le rapport recommande de substituer progressivement des modalités de financement commune aux différents acteurs du système de santé, pour rendre cohérentes les incitations des acteurs et favoriser leur coopération au service des besoins du patient et des résultats de santé obtenus. Les proportions relatives de chaque modalité de paiement ont toutefois vocation à varier selon les secteurs, pour prendre en compte leurs spécificités.

Michot, F., et al. (2019). L'hôpital public en crise : origines et propositions. Paris Académie nationale de médecine
https ://www.academie-medecine.fr/lhopital-public-en-crise-origines-et-propositions/

La crise est perceptible au sein de l'hôpital public depuis des mois et largement commentée par la presse et les médias audiovisuels. Cette crise est en réalité plus ancienne et, depuis une dizaine d'années, de nombreux rapports lui ont été consacrés : réformer l'hôpital et plus globalement réformer le système de santé sont des objectifs réaffirmés de la prochaine loi santé. A partir de l'audition de trente-deux personnalités du monde de la santé, ce rapport analyse les origines de la crise de l'hôpital public : crise de perte de sens, crise financière, crise managériale et gouvernance, crise structurelle et organisationnelle, crise sociétale et sociale. Il décline ensuite des propositions concernant la gouvernance de l'hôpital, des nouvelles modalités de financement, la réinsertion de l'hôpital dans son environnement, la situation des personnels médicaux et soignants, la participation des patients et des citoyens et la place de l'Université dans l'hôpital.

(2018). Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé. In : [Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018.], Paris : Ministère chargé de la santé **:** 122-125

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30 %), les hospitalisations (48 %) et les prestations en espèces (22 %), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposant en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

Cour des comptes (2018). Le rôle des CHU dans l'offre de soins : exercices 2011 à 2017. Paris Cour des comptes

À la demande du Sénat, la Cour a analysé le rôle des centres hospitaliers universitaires (CHU) de 2011 à 2017 en matière d'offre de soins, du point de vue de la satisfaction des besoins de santé comme de la bonne utilisation de leurs moyens. Les 30 CHU représentent près de 38 % des séjours

de l'hospitalisation publique. Leur mission de soins est exercée de manière hétérogène, en termes de volume, d'activité ou de types d'actes, et ne distingue pas toujours les CHU des autres établissements. Fragile et déséquilibrée depuis plusieurs années, leur situation financière se caractérise par une régulation insuffisante de leurs charges et des dépenses externes en augmentation. Des marges de progrès existent en matière de qualité des actes. Une structuration des CHU en une dizaine de réseaux sur tout le territoire apparaît nécessaire pour améliorer la recherche, l'offre de soins, et approfondir les relations avec les autres établissements de soins de leur ressort. La Cour formule au total huit recommandations.

DGOS (2018). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2017. Paris DGOS
https ://www.ticsante.com/documents/201806011610130.DGOS_PMP.pdf

Ce rapport présente un panorama des recompositions de l'offre hospitalière en 2017. Il s'est attaché à analyser quatre types d'opérations de recompositions emblématiques du contexte actuel de l'offre hospitalière de soins : les groupements hospitaliers de territoire (GHT), les groupements de coopération sanitaire (GCS), les directions communes, les fusions. La mise en place des Groupements hospitaliers de territoire depuis 2016, ainsi que la possibilité introduite en 2017 pour les directeurs généraux des agences régionales de santé de dissoudre les GCS devenus sans objet, auront pour effet une actualisation profonde des données courant 2018 et impacteront la prochaine édition du rapport.

Milon, A. (2018). Le rôle des centres hospitaliers universitaires dans la politique de soins. Paris Sénat.

Dans la perspective du soixantième anniversaire des centres hospitaliers universitaires (CHU), créés par ordonnance du 30 décembre 1958, la commission des affaires sociales a demandé à la Cour des comptes de réaliser une enquête sur leur rôle au sein de notre système de santé. Après un premier volet portant sur la mission des CHU en matière d'enseignement supérieur et de recherche médicale, publié en janvier 2018, ce second volet de l'enquête s'attache à leur activité de soins. Si la triple mission - soin, formation, recherche - consubstantielle aux CHU conserve toute sa pertinence, le modèle marque des signes d'essoufflement qui appellent à en consolider les fondements pour conjuguer proximité et excellence. Au constat d'une grande hétérogénéité entre établissements partageant le même statut s'ajoute celui d'une fragilité financière croissante, révélatrice d'un malaise hospitalier, ou encore celui d'une participation inégale des CHU à la structuration territoriale de l'offre de soins. Les propositions formulées, en particulier en vue de parvenir à une gradation des soins sur le territoire pour une prise en charge cohérente des patients, en tirant parti des complémentarités entre établissements, apportent une contribution utile aux réflexions en cours sur la transformation de notre système de santé.

Cohen, L., et al. (2017). Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé. Paris Sénat
https ://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6851.pdf

Face aux difficultés que rencontrent les services d'urgences hospitaliers, ce rapport formule vingt propositions concrètes, ancrées dans l'exercice quotidien des personnels, dans la perspective d'une mise en œuvre à court terme. Les rapporteurs proposent notamment, une amélioration du fonctionnement concret de ces services par une réforme de la tarification (modulation du

montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et des actes réalisés, création d'un forfait de réorientation vers les structures de ville). Les autres propositions concernent les conditions de travail des équipes, les mesures incitatives pour la prise en charge des urgences légères par les médecins libéraux et la régulation médicale.

HCSP (2017). Groupements hospitaliers de territoire (GHT) et santé publique. Paris HCSP
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine ?clefr=610

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par la loi de modernisation de notre système de santé constituent une innovation organisationnelle importante. Le Haut Conseil de la santé publique propose, dans le cadre d'une autosaisine, treize recommandations opérationnelles pour développer l'approche de santé publique au sens de la santé des populations et de la prise en compte de ses besoins sur un territoire. Ces recommandations s'appuient sur trois principes généraux : contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du territoire et aux réponses à ses besoins en santé : impliquer les autres acteurs du territoire, médecine libérale, secteur hospitalier privé, monde associatif ou collectivités locales : développer l'évaluation des besoins de santé de la population et des actions mises en place.

Veran, O. (2017). L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur. Paris, Ministère des affaires sociales et de la santé
https ://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport__evolution_des_modes_de_financement_des_etablissements_de_sante.pdf

L'auteur propose une refonte de la T2A pour en « corriger les effets négatifs ». Il propose d'opérer une transition progressive pour le MCO : il préconise un EPRD et un sous-Ondam dédiés à la recherche. Pour mieux accompagner le développement de la HAD et de la coordination des soins, l'auteur souhaite une réforme du modèle tarifaire actuel.

Vigneron, E. And C. Jaffiol (2017). L'hôpital & le territoire. Paris, Techiques hospitalières / SPH Editions.

Pour comprendre pourquoi l'hôpital et le territoire se sont si longtemps ignorés en France et pour essayer de faire en sorte que leur union d'aujourd'hui soit durable et féconde, il faut revenir à toutes les évolutions, de l'hôpital médiéval aux CHU d'aujourd'hui, car ce sont elles qui ont décidé des missions originelles confiées à l'hôpital et de leurs mutations. La régionalisation des politiques de santé, tardive et inachevée en matière hospitalière, la notion de « secteur sanitaire » ou, aujourd'hui, de « territoire de santé », la question de la délimitation des groupements hospitaliers de territoire (GHT) et des solutions concrètes pour la reconnaissance des territoires de ces GHT sont également examinées. Aujourd'hui, la question territoriale est une chance à saisir pour l'hôpital et pour la santé publique.

(2016). L'activité de soins de suite et de réadaptation. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017., Paris : Ministère chargé de la santé **:** 118-123
https ://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2016/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2016.pdf

Les soins de suite et réadaptation (SSR), qui s'inscrivent en aval des soins de courte durée et en amont du retour à domicile, de l'admission en unités de soins de longue durée (USLD) ou en établissement médico-social, permettent une prise en charge pluridisciplinaire et globale des patients présentant des déficiences ou des limitations de capacités fonctionnelles, physiques, cognitives ou psychologiques. En 2015, les activités de SSR représentent 8,3 Md€, soit près de 11 % de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie hospitalier. Actuellement, les établissements réalisant des activités de SSR sont financés soit *via* une dotation annuelle de financement (DAF), soit *via* des prestations journalières pour ceux sous objectif quantifié national (OQN). Ces deux modèles de financement entraînent des inégalités de traitement entre les deux secteurs, voire au sein de chaque secteur entre régions et au sein de chaque région entre établissements. C'est pourquoi une réforme du financement des activités de SSR a été initiée pour 2017.

Bernstein, D. (2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 10 : L'hôpital de demain. Paris HCAAM
https ://www.securite-sociale.fr/home/hcaam/zone-main-content/rapports-et-avis-1/innovations-et-systeme-de-sante.html

Trois contributions forment ce dossier : Perspective organisationnelle et technologique de l'hôpital (EHESP) : Les plateaux techniques (contribution de l'ANAP) : Penser l'hôpital de demain (contribution de Gérard de Pouvourville).

Delavaquerie, C., et al. (2016). Développement des prises en charge hospitalières ambulatoires de médecine, Paris : Inspection générale des affaires sociales Paris : Inspection générale des finances

Conformément à la lettre de mission, l'objectif de la mission a été d'identifier les conditions d'engagement d'un « virage ambulatoire « de l'activité de médecine à l'hôpital qui, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), vise à assurer : la qualité de prise en charge équivalente et un retour à domicile en toute sécurité : la fluidité des parcours des patients en évitant toute rupture liée à l'hospitalisation. Son objectif général est de recentrer l'hôpital sur les soins, au bénéfice du patient, et non plus sur l'hébergement. Après avoir défini la notion de médecine et retenu un périmètre d'étude, la mission a conduit ses travaux en trois temps : caractérisation de l'activité de médecine sans nuitée, notamment à partir de comparaisons par âge, régions, catégories d'établissement, et groupes homogènes de séjours (GHS) : analyse des enjeux liés au développement des hôpitaux de jour, et des outils à mobiliser, tant du point de vue organisationnel que des éventuels obstacles tarifaires, notamment liés aux ambiguïtés d'interprétation de l'instruction dite 'frontière du 15 juin 2010' : proposition d'une méthode pour engager le virage ambulatoire de médecine à l'hôpital, reposant d'une part sur une approche territoriale invitant les établissements de santé à conduire un examen systématique de leurs courts séjours, sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS), et d'autre part sur l'élaboration de référentiels de prise en charge par la Haute autorité de santé (HAS) et les sociétés savantes. La mission formule des propositions concernant concomitamment le niveau national (mise en place d'un comité stratégique, élaboration de référentiels cliniques, tarification adaptée des soins longs, complexes et coordonnés…), le niveau territorial (identification d'un volet contractuel spécifique établissements/ARS intégrant des objectifs cibles de progression : analyse comparative croisée entre groupes d'établissements…) et le champ des études et statistiques.

Dgos (2016). Rapport au Parlement sur les recompositions de l'offre hospitalière 2012-2014. Paris DGOS
https ://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/article/les-recompositions-de-l-offre-de-soins

Le présent rapport analyse l'évolution pour six types d'opérations de recomposition emblématiques du contexte actuel de régulation de l'offre hospitalière de soins, sur la période du 1er juillet 2012 au 31 décembre 2014 : les groupements de coopération sanitaire (GCS), les communautés hospitalières de territoire (CHT), les groupements d'intérêt public (GIP) à objet sanitaire, les syndicats inter-hospitaliers (SIH), les directions communes et les fusions. Le rapport s'attache à faire un état des lieux en articulant une analyse globale des évolutions observées au niveau national et une étude des disparités constatées au niveau régional, corollaires de différences dans la manière dont les divers acteurs, notamment les ARS, s'approprient les outils à leur disposition.

Hubert, J. Et Martineau, F. (2016). Mission Groupements Hospitaliers de Territoire - Rapport de fin de mission. Paris : Ministère chargé de la Santé
https ://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_final_misison_hmdefmodifsddefv150316.pdf

Instaurés par la loi Santé, les GHT ont vocation à développer une prise en charge « graduée » des patients en mutualisant les moyens des établissements au niveau d'un territoire. Le rapport intermédiaire présentait les 20 clés de réussite des GHT avec des premières orientations quant à leur traduction en loi et en décret. Ce rapport final a pour objectif de présenter les orientations définitives pour les textes d'application.

Huillier, J. (2016). Rapport d'information sur l'hospitalisation à domicile. Paris Assemblée Nationale
https ://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i3977.asp

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet à un malade atteint de pathologies lourdes et évolutives de bénéficier chez lui (c'est-à-dire à son domicile personnel ou dans l'établissement social ou médico-social qui en tient lieu) de soins médicaux et paramédicaux complexes et coordonnés que seuls des établissements de santé peuvent lui prodiguer. Considérée auparavant comme une « alternative « à l'hospitalisation conventionnelle, l'HAD est depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) une modalité d'hospitalisation à part entière et les structures d'HAD sont considérées comme des établissements de santé. Rejoignant les observations de la Cour des comptes qui constate que la place de l'HAD progresse peu et demeure très secondaire dans les parcours de soins, la rapporteure estime nécessaire de continuer à développer l'HAD, notamment en raison de son coût et de son intérêt pour des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile. Elle fait ainsi plusieurs propositions : mieux définir l'HAD et son champ de prescription : faire évoluer les structures d'HAD afin de garantir le caractère hospitalier de cette prise en charge : remettre à plat rapidement la tarification : faire connaître et reconnaître l'HAD, comme un mode de prise en charge enseigné aux professionnels de santé durant leur formation initiale et continue, mais également comme une structure de santé présente pour les usagers et les professionnels de la médecine de ville dans chaque territoire de santé desservi par un groupement hospitalier de territoire.

Juven, P. A. Et Pierru, F. P. (2016). Une santé qui compte ? Les coûts et les tarifs controversés de l'hôpital public, Paris : Presses Universitaires de France

> Qu'est-ce qu'un patient rentable ? Qu'est-ce qu'un autre trop coûteux ? Comment juge-t-on qu'un hôpital n'est pas assez productif ? Comment certains établissements se retrouvent-ils en situation de quasi-faillite ? Quels effets ces situations financières ont-elles sur la qualité du soin dispensé ? Comment les instruments économiques peuvent-ils définir les pratiques de santé ? C'est à ces questions que répond ce livre en s'intéressant au processus de mise en gestion de l'hôpital public depuis les années 1980 ainsi qu'aux formes de critiques nées de ces évolutions.

Moret, L., et al. (2016). Performances du système hospitalier. In : [Traité de santé publique.]Paris : Lavoisier Médecine Sciences **:** 585-594.

> Ce chapitre vise à définir ce que sont les performances hospitalières et sur quels cadres conceptuels elles s'appuient, avant d'envisager les différentes approches permettant leur mesure. Enfin, sont traités les usages des indicateurs de performances.

(2014). L'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation des médecins à l'hôpital public. Rapport de la Commission permanente de l'attractivité médicale. Paris Fédération Hospitalière de France
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_definitif_fhf_attractivite_medicale.pdf

> L'hôpital public est, et doit le rester, attractif. Il l'est car il offre aux professions médicales un environnement de travail stimulant, par la nature des patients accueillis et des soins délivrés, par les échanges inter et pluri professionnels, par les diversités des missions (soins – enseignement – recherche). Il l'est car le statut de praticien hospitalier offre des conditions d'emploi équilibrées. Il l'est enfin au regard des valeurs qu'il promeut : accessibilité, qualité, excellence, progrès. Toutefois à l'heure actuelle, le risque est grand de voir diminuer l'attractivité des hôpitaux publics et les difficultés de recrutement ou de fidélisation sont devenues réelles. En s'appuyant sur les travaux de sa commission permanente de l'attractivité médicale, le Conseil d'Administration de la Fédération Hospitalière de France propose un plan d'actions pour réaffirmer, faire connaître et renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour les médecins et leur fidélisation. Ce plan d'actions sera mis en œuvre conjointement par la Fédération Hospitalière de France, les Fédérations Hospitalières Régionales et les établissements.

(2014). Rapport 2014 au Parlement relatif à la réforme du modèle de financement des établissements de santé. Paris : DGOS
https ://www.apmnews.com/Documents/rapportauparlementart41lfss14.pdf

> Comme chaque année, ce rapport est l'occasion de faire le bilan des actions engagées en 2014 en matière de financement des établissements, et de dresser les perspectives pour 2015 en matière de réforme tarifaire. Le sommaire du rapport est très clair et présente les 5 axes d'analyse du rapport : I. Juguler les risques inflationnistes du financement à l'activité, dés-inciter l'augmentation non pertinente des volumes et améliorer l'équité de l'allocation des ressources : II. Déjouer les effets indésirables du financement à l'activité sur le maillage territorial de l'offre de soins et mettre en place les dispositifs à l'appui du Pacte territoire santé : III. Lier la qualité des soins et la sécurité des patients avec le financement des activités : IV. Lutter contre les inadéquations et les soins non pertinents et accélérer la modernisation des modalités de prise en

charge et des organisations hospitalières : V. Promouvoir les modalités de coordination, de coopération et d'intégration des acteurs associées à une médecine de parcours dépassant la T2A et les clivages induits par les dispositifs de financement.

Bert, T., et al. (2014). Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France. Rapport Igas : 2014-039R, Rapport IGR : 2014-M-034-02. Paris IGAS : Paris IGF

Dans le cadre de la démarche de « Modernisation de l'action publique « (MAP), l'IGAS et l'IGF ont été chargées d'une mission relative au développement de la chirurgie ambulatoire, qui correspond à une hospitalisation sans hébergement de nuit. La mission s'est intéressée aux points suivants : la situation actuelle de la chirurgie ambulatoire : les freins à son développement et les leviers à actionner pour la développer : le potentiel d'actes de chirurgie conventionnelle transférables à la pratique ambulatoire. Elle a fourni une évaluation des économies attendues d'une telle transformation pour l'assurance maladie et les établissements. Et elle a défini plusieurs scénarios envisageables dans la mise en œuvre de ce processus, en termes de rythme d'évolution et de conditions à remplir.

Ponchon, F., et al. (2014). L'usager et le monde hospitalier, Rennes : Presses de l'EHESP

Le mouvement de démocratie sanitaire en cours nécessite des outils pour mieux décrypter le fonctionnement hospitalier dans sa diversité et sa complexité. Les auteurs de L'usager et le monde hospitalier clarifient les notions essentielles pour comprendre l'hôpital. Les 50 fiches proposées couvrent trois grands thèmes : l'usager et l'hôpital, intégrant l'ensemble des dispositions sur les droits des personnes malades et la représentation de celles-ci dans les systèmes de soins, l'organisation hospitalière en général et en interne, la place de l'hôpital dans le système de santé afin de répondre au mieux aux besoins de santé et aux missions fixées par les autorités sanitaires. Chaque fiche propose d'abord une synthèse du sujet. La rubrique « Problématique actuelle « fournit les clés indispensables pour situer le contexte : enjeux, réformes en cours... Les compléments bibliographiques et un choix de sites Web permettent d'aller plus loin. Cette 5e édition, revue entièrement, intègre les dernières évolutions législatives et réglementaires, notamment les dispositions nombreuses de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Un ouvrage destiné aux usagers de l'hôpital comme aux professionnels de santé, aux étudiants en médecine et en soins infirmiers. Et aux candidats aux concours spécialisés de la fonction publique (4e de couverture).

4 -Professions de santé

4.1 Donnees de la DREES

Babet, C., Donnenfeld, M. et Kamionka, J. (2024). "Démographie des infirmières et des aides-soignantes." Drees méthodes(15)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude méthodologique sur la démographie des infirmières et des aides-soignantes. Ce document

présente les sources de données et la méthode que la DREES retient désormais pour produire des données sur les effectifs de ces professionnelles. Il présente également les résultats ainsi obtenus : effectifs d'infirmières et d'aides-soignantes entre 2012 et 2021, ventilés par sexe, âge, secteur d'activité et région. Ces séries statistiques seront mises à jour annuellement sur le site de la DREES.

Biais, M., Cassou, M. et Franc, C. (2024). "Les médecins généralistes exerçant seuls et ceux en maison de santé pluriprofessionnelle se distinguent par une plus grande disponibilité pour les patients." Etudes et Résultats (Drees)(1301)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur la disponibilité des médecins pour les patients selon leur mode d'exercice : seuls, avec d'autres médecins généralistes ou avec des paramédicaux. Les données présentées dans cet Études et Résultats sont issues de la première vague du quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale de la DREES. Face au contexte de baisse de la démographie médicale, cette étude permet d'analyser si les différents modèles de regroupement des médecins généralistes sont associés à des pratiques spécifiques dans la réponse à la demande des patients (refus d'inscrire de nouveaux patients en tant que médecin traitant, refus de consulter des patients occasionnels, augmentation des délais de rendez-vous, prise en charge systématique des demandes de soins non programmés).

Dixte, C. et Loussouarn, C. (2024). "Revenu des médecins libéraux : une légère hausse entre 2017 et 2021, avec de fortes disparités selon la spécialité et l'ancienneté dans l'installation." Etudes et Résultats (Drees) (1322)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur le revenu des médecins libéraux en 2021, en France. Les médecins, âgés de 70 ans ou moins, exerçant une activité libérale ou libérale et salariée, ont déclaré, en moyenne, un revenu d'activité annuel de 124 000 euros, soit un peu plus de 10 000 euros par mois. Ces résultats sont issus d'un appariement des données relatives à l'activité libérale des médecins issues de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et des données issues des déclarations de revenus recueillies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP).

Parent, C. (2024). "Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante." Etudes et Résultats (Drees))(1319)

La Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) publie une étude sur les trajectoires possibles des effectifs d'infirmiers et d'infirmières en emploi. Elle s'appuie sur le nouveau modèle de projection développé par la DREES, qui mobilise des données issues du Système national des données de santé (SNDS), de la base tous salariés (BTS) et du panel tous actifs de l'Insee et des enquêtes Écoles et Étudiants en formation aux professions de santé de la DREES. Ce modèle permet d'estimer le nombre d'infirmières en emploi sur toute la période de projection, ici entre 2021 et 2050, sous l'hypothèse de comportements constants à ceux observés ces dernières années. Ces effectifs sont mis en regard de la démographie de la population française et de sa consommation en soins infirmiers.

Bergeat, M., Cassou M. (2023). "Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale." Etudes et Résultats (Drees)1268)

Dans un contexte de diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux, plusieurs dispositifs ont été mis en place depuis 2016 afin d'améliorer l'organisation des parcours de soins, en renforçant la coordination entre les professionnels de santé et en libérant du temps médical. Début 2022, un médecin généraliste sur trois fait partie d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) en fonctionnement ou en projet, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Cette part est en forte progression depuis 2019. Les médecins exerçant dans un cabinet de groupe pluriprofessionnel sont plus nombreux à faire partie d'une CPTS. Près de quatre médecins sur dix (37 %) ont participé à une action organisée par une CPTS dans le cadre de la crise sanitaire due au Covid-19, qu'ils adhèrent ou non à une CPTS. Si la plupart des médecins connaissent le dispositif d'assistante médicale mis en place en 2018, seuls 5 % déclarent y recourir début 2022. Les médecins exerçant dans un groupe pluriprofessionnel ou adhérant à une CPTS sont plus nombreux à avoir une assistante médicale (respectivement 8 % et 12 %). Parmi les généralistes qui ne travaillent pas déjà avec une assistante médicale, la plupart (59 %) ne souhaitent pas en avoir. Les opinions sur ce dispositif sont en effet mitigées : moins de la moitié des médecins (41 %) estiment que les assistantes médicales constituent une solution pour mieux répondre aux sollicitations des patients.

Davin-Casalina, B., Scronias, D. et Fressard, L. (2023). "Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant." Etudes et Résultats (Drees)1267)

Près de 80 % des médecins généralistes libéraux jugent aujourd'hui insuffisante l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice, soit 11 points de plus qu'en 2019, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale. Par ailleurs, 87 % d'entre eux indiquent avoir des difficultés pour orienter leurs patients vers des confrères spécialistes, 62 % vers des professionnels paramédicaux et 47 % vers des services d'aide à domicile ou d'aide à la personne. Aussi, 74 % des médecins anticipent une baisse de l'offre de soins sur leur territoire. En 2022, 65 % des médecins déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant ; ils étaient 53 % en 2019. La part de médecins ne pouvant plus suivre régulièrement certains patients est, quant à elle, passée de 40 % en 2019 à 44 % en 2022. Les médecins de moins de 50 ans, ayant un volume d'activité élevé ou jugeant l'offre insuffisante sur leur zone d'exercice ont tendance à mettre en œuvre le plus grand nombre de mesures d'adaptation. Trois profils de médecins se distinguent selon leur stratégie d'adaptation à l'offre de soins locale : ceux, le plus souvent en cabinet de groupe, qui s'adaptent en déléguant une partie de leurs tâches ; d'autres, exerçant plus souvent seuls, qui s'adaptent sans déléguer ; et un dernier groupe, moins concerné par la baisse démographique, qui ne met pas ou peu de mesures d'adaptation en place.

Pora, P. (2023). "Près d'une infirmière hospitalière sur deux a quitté l'hôpital ou changé de métier après dix ans de carrière." Etudes et Résultats (Drees))(1277)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur les trajectoires professionnelles des infirmières hospitalières entrées dans la profession entre 1989 et 2019. Ces parcours sont analysés à partir des données administratives du Panel tous actifs produit par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Cette étude s'attache à décrire la part des infirmières hospitalières qui occupent toujours ce métier au fur et à mesure de leur carrière et si elles exercent cet emploi à l'hôpital, en tant que salariée d'un

autre secteur ou en libéral. L'effet de la maternité sur le volume de travail salarié et sur les sorties de l'emploi salarié est aussi décrit.

(2022). "Les formations aux professions de santé en 2021 : une nette hausse du nombre d'inscrits et un taux de réussite qui retrouve son niveau avant crise sanitaire" Paris : Drees
https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/491_la-formation-aux-professions-de-sante/information/

Résultats de l'enquête annuelle auprès des écoles de formation aux professions de santé (infirmiers, aides-soignants, ...). L'enquête écoles permet notamment de connaître, par métier, semestre et sexe : la répartition des inscrits par année d'étude, les allègements de scolarité, par validation des acquis de l'expérience (VAE) ou non, la répartition des présentés et reçus aux épreuves d'entrée en formation et le nombre de places offertes, la répartition des présentés et reçus aux épreuves diplômantes.

Bergeat, M., et al. (2022). "Quatre médecins généralistes sur dix exercent dans un cabinet pluriprofessionnel en 2022." Etudes et Résultats (Drees) 1244)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1244.pdf

Sept médecins généralistes sur dix exercent en groupe, d'après le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale réalisé entre janvier et avril 2022, une part en nette progression depuis 2010. L'exercice regroupé est plébiscité par les médecins âgés de moins de 50 ans. Le regroupement peut être décidé au cours de la carrière professionnelle : 22 % des médecins qui exerçaient seuls en 2019 font partie d'un cabinet de groupe trois ans plus tard. Ces éléments laissent présager une poursuite de l'augmentation de l'exercice regroupé dans les prochaines années. L'exercice pluriprofessionnel, c'est-à-dire avec d'autres professionnels de santé hors professions médicales, est choisi par quatre médecins généralistes sur dix. Son développement tient en partie à celui des maisons de santé pluriprofessionnelles : 17 % des médecins exercent dans une structure de ce type. En revanche, la part de médecins en exercice monoprofessionnel (avec d'autres médecins et/ou des chirurgiens-dentistes) diminue depuis 2019.

Biais, M., et al. (2022). "Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe." Etudes Et Resultats (Drees)(1229)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-05/ER%201229%20Conditions%20de%20Travail%20des%20MG_BAT.pdf

Cette étude porte sur les temps de travail déclarés et les conditions de travail perçues par les médecins généralistes en 2019. Elle s'appuie sur les données issues du quatrième Panel d'observation pratiques et les conditions d'exercice en médecine générale réalisé en France métropolitaine. Une comparaison des temps de travail et des activités exercées est menée selon le modèle d'exercice (seul, en groupe avec uniquement des médecins généralistes ou en groupe pluriprofessionnel).

Dixte, C. et Vergier, N. (2022). "Revenu des médecins libéraux : une hausse de 1,9 % par an en euros constants entre 2014 et 2017." Etudes Et Résultats (Drees)(1223)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-03/er1223.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur le revenu des médecins libéraux en 2017. Cette photographie des revenus est issue d'un appariement des données relatives à l'activité libérale des médecins issues de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et des données issues des déclarations de revenus recueillies par la Direction générale des finances publiques (DGFiP). La DREES réalise cet appariement tous les trois ans depuis 2005 afin d'étudier les revenus des médecins libéraux. Cette étude analyse plus particulièrement les disparités qui existent entre les différentes spécialités et les évolutions observées depuis 2014. Des données provisoires pour 2018 et 2019, issues des déclarations à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) complètent l'analyse.

Pla, A., Chone, P. Et Coudin, E. (2020). « Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. » Etudes Et Résultats (1137)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1137.pdf

En France, les tarifs pratiqués par les médecins libéraux exerçant en secteur 1 sont fixés par l'Assurance maladie, alors que les médecins exerçant en secteur 2 peuvent ajouter au prix conventionnel de l'acte un dépassement d'honoraires. Entre 2011 et 2014, une majorité des nouveaux spécialistes libéraux faisant l'objet de cette étude (gynécologues, ophtalmologues et pédiatres) s'installent en secteur 2. En secteur 1, le volume de soins fournis ne dépend que des caractéristiques individuelles du praticien, comme sa situation familiale ou ses revenus non professionnels, alors qu'en secteur 2, des mécanismes de concurrence sont systématiquement mis en évidence. En cas de hausse de la densité médicale locale, le volume de soins fournis par un spécialiste de secteur 2 augmente, alors que le prix pratiqué diminue. Il peut ainsi maintenir le niveau de ses honoraires. Face à l'arrivée de nouveaux concurrents, les spécialités techniques adaptent leur activité en augmentant les actes techniques pratiqués pour compenser la baisse du nombre des consultations. Enfin, si en secteur 1, l'activité des médecins ne dépend pas du niveau de vie de la population locale, celui-ci joue fortement sur l'offre de soins et le tarif fixé des spécialistes de secteur 2.

Anguis, M., Chaput, H. Et Marbot, C. (2019). « 10 000 médecins de plus depuis 2012. » Etudes et Résultats (Drees) [1061]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1061.pdf

En France, au 1er janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité. Parmi eux, 45 % sont des médecins généralistes et 44 % exercent à l'hôpital au moins une partie de leur temps. Depuis six ans, l'effectif de médecins a progressé de 4,5 %, sous l'effet de la hausse du nombre de médecins hospitaliers.

Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., et al. (2019). « Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. » Etudes Et Résultats (1113)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1113.pdf

Les médecins généralistes libéraux déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine de travail ordinaire, selon le Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Ils passent 44 heures et 30 minutes auprès des patients, avec des consultations en cabinet qui

durent en moyenne 18 minutes, et consacrent en moyenne par semaine 5 heures et 30 minutes aux tâches de gestion et de coordination et 2 heures à la mise à jour des connaissances. De plus, 2 heures par semaine en moyenne sont dédiées à d'autres activités (vacations à l'hôpital, par exemple). En 2017, les médecins généralistes ont pris 5,7 semaines de vacances en moyenne. En définitive, 60 % des médecins généralistes déclarent que leurs horaires s'adaptent bien à leur vie privée.

Chaput, H., Monziols, M., Fressard, L., et al. (2019). « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe. » Etudes Et Résultats (1114)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/plus-de-80-des-medecins-generalistes-liberaux-de-moins-de-50-ans

Début 2019, 61 % des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, avec d'autres médecins ou des paramédicaux, selon le quatrième Panel des médecins généralistes réalisé auprès de 3 300 praticiens. Cette proportion a augmenté de 7 points depuis 2010. Plus de neuf médecins généralistes en groupe sur dix s'associent à au moins un autre médecin généraliste. C'est ensuite avec les infirmiers que les regroupements sont les plus fréquents. L'exercice en groupe est surtout choisi par les médecins les plus jeunes (81 % des moins de 50 ans) et, dans une moindre mesure, par les femmes. La fréquence de cet exercice varie aussi d'une région à l'autre.

Chaput, H., Monziols, M., Ventelou, B., et al. (2020). « Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale. » Etudes Et Résultats (1140)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1140.pdf

En 2019, 7 médecins généralistes sur 10 estiment que l'offre de médecine générale dans leur zone d'exercice est insuffisante, et près de 4 sur 5 s'attendent à une baisse de cette offre dans les années à venir, d'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. Ils sont par ailleurs 8 sur 10 à déclarer des difficultés pour répondre aux sollicitations des patients. Nombreux sont ceux qui déclarent allonger leurs journées de travail ou refuser de nouveaux patients en tant que médecin traitant, sans que cela soit toujours lié au fait d'exercer en zone sous-dense. De plus, 3 généralistes sur 4 ont également des difficultés à trouver des confrères spécialistes pour assurer la prise en charge de leurs patients. Ces difficultés sont principalement liées aux délais d'obtention d'un rendez-vous, en particulier chez les ophtalmologues, les dermatologues et les psychiatres. Avec l'évolution de l'offre de soins environnante, 3 sur 10 déclarent se « spécialiser », notamment en gynécologie, en pédiatrie ou en gériatrie. Devant la perspective de la baisse de l'offre locale de soins, les médecins généralistes comptent adapter leurs pratiques, par exemple en rendant le patient plus autonome ou en rejoignant une structure d'exercice coordonné.

Chaput, H., Monziols, M., Ventelou, B., et al. (2020). « Plus de 8 médecins généralistes sur 10 s'organisent au quotidien pour prendre en charge les soins non programmés. » Etudes Et Résultats (1138)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1138.pdf

Les demandes de soins pour le jour même ou le lendemain, soins dits non programmés, constituent une part importante de l'activité des médecins généralistes libéraux. D'après le Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale, en 2019, ces demandes représentent plus de 30 % de l'activité d'une semaine ordinaire pour 4 médecins

généralistes sur 10. 8 médecins généralistes sur 10 déclarent organiser leur activité afin de prendre en charge ces demandes quotidiennement, en proposant, par exemple, des plages de consultations sans rendez-vous. Notamment, 45 % des médecins généralistes en proposent au moins une fois par semaine. Plus de la moitié des cabinets offrent une prise en charge des soins non programmés en permanence. Près de 3 généralistes sur 10 répondent à la totalité des demandes de soins non programmés et 45 % à plus de la moitié. Pour ce type de demandes, le généraliste reçoit plus souvent le jour même les patients dont il est le médecin traitant que les autres. Lorsqu'ils ne peuvent répondre à de telles demandes, la moitié des médecins généralistes réorientent vers le secteur libéral et un quart vers les urgences ou les services d'aide médicale urgente (Samu).

Croguennec, Y. (2019). « Aides-soignants : de moins en moins de candidats à l'entrée en formation et une baisse du nombre d'inscrits. » Etudes Et Résultats (1135)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1135.pdf

En 2018, 26 200 élèves sont inscrits dans l'un des 484 établissements dispensant une formation d'aide-soignant. Le nombre de diplômés de cette formation est quasi-stable et s'élève à 22 800 en 2018. En revanche, le nombre d'inscrits en formation baisse pour la deuxième année consécutive (-6 % entre 2016 et 2018), tout comme celui des candidats au concours d'entrée qui diminue fortement depuis 2014 (- 42 %). En 2017, l'âge moyen d'entrée en formation est de 28 ans et 7 mois. Les étudiants qui commencent une formation d'aide-soignant sont en moyenne plus âgés que ceux intégrant une autre formation de la santé (25 ans et 5 mois pour l'ensemble), notamment parce qu'ils sont moins nombreux à sortir de formation initiale (26 % contre 65 % dans l'ensemble des formations de santé). Si les promotions des formations de santé sont très largement féminines, celles d'étudiants aides-soignants figurent parmi les plus féminisées : 90 % des nouveaux entrants en formation sont des femmes, contre 84 % pour l'ensemble des formations de santé. La part d'inscrits ayant un père employé ou ouvrier (68 %) et celle d'inscrits ayant une mère employée ou ouvrière (63 %) sont supérieures aux parts d'employés ou d'ouvriers au sein de la population ayant déjà occupé un emploi.

Legendre, B., Aberki, C., Chaput, H., et al. (2019). « Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. » Etudes Et Résultats (1100)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1100.pdf

L'accessibilité géographique aux infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes s'améliore entre 2016 et 2017 (respectivement +2,3 %, +2,8 % et +5,4 %), soutenue par une croissance des effectifs de ces professionnels, notamment de ceux exerçant à titre libéral. Pour ces trois professions, les inégalités de répartition géographique diminuent, entre les communes les moins dotées et les mieux dotées, en particulier pour les sages-femmes. Toutefois, des inégalités territoriales subsistent. Les infirmiers sont plus inégalement répartis selon les régions et les masseurs-kinésithérapeutes selon le type de commune. La répartition des sages-femmes ne répond à aucune de ces deux logiques. Pour les trois professions, l'accessibilité est globalement meilleure dans les grands pôles urbains et le long du littoral. Si 7 habitants sur 10 bénéficient d'un bon accès à un professionnel de premier recours (que ce soit un médecin généraliste, un infirmier ou un masseur-kinésithérapeute), 4,5 % de la population française rencontre simultanément des difficultés d'accès à ces trois professions. Le cumul des difficultés d'accès aux sages-femmes et aux maternités est moins répandu, puisque cela ne concerne que 1,5 % de la population.

Millien, C. (2019). « 8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée. » Etudes Et Résultats (1110)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1110.pdf

> En France, au 1er janvier 2018, 73 000 pharmaciens sont en activité et inscrits à l'Ordre selon le répertoire partagé des professionnels de santé. En raison de la stabilisation à un niveau bas du nombre de places disponibles au numerus clausus dans les années 1990, et malgré son relèvement dans les années 2000, les effectifs stagnent depuis ces dix dernières années. Entre 2018 et 2040, le nombre de pharmaciens devrait cependant augmenter de 8 %, pour s'élever à 79 000 en 2040, dans l'hypothèse où les comportements seraient constants et la législation en vigueur maintenue. Dans la mesure où la population française augmenterait au même rythme (8 %) pendant cette période selon l'Insee, la densité resterait stable. Dans les dix prochaines années, les pharmaciens devraient être plus nombreux à cesser leur activité en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations ayant connu un numerus clausus élevé au début des années 1980. Cependant, si le nombre de places offertes aux étudiants demeurait au niveau du numerus clausus actuel et si le flux de professionnels diplômés à l'étranger se maintenait, alors l'arrivée de nouveaux praticiens compenserait ces nombreux départs. L'officine resterait le lieu d'exercice principal du pharmacien, et le salariat continuerait son développement. La profession, majoritairement féminine, rajeunirait.

Millien, C., Chaput, H. Et Cavillon, M. (2018). La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Etudes Et Résultats (1085)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887

> Un rendez-vous sur deux avec un médecin généraliste est obtenu en moins de deux jours, selon l'enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins réalisée par la DREES, auprès de 40 000 personnes. Pour certaines spécialités médicales, ces délais d'attente sont de plus de deux mois. C'est en ophtalmologie, dermatologie, cardiologie, gynécologie et rhumatologie qu'ils sont les plus importants. Toutefois, les délais sont bien moindres, quel que soit le professionnel contacté, lorsque la demande de rendez-vous est liée à l'apparition ou à l'aggravation de symptômes.

Anguis, M., et al. (2018/07). « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. » Etudes Et Résultats (Drees) [1061]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/10-000-medecins-de-plus-depuis-2012-11836

> En France, au 1er janvier 2018, 226 000 médecins sont en activité. Parmi eux, 45 % sont des médecins généralistes et 44 % exercent à l'hôpital au moins une partie de leur temps. Les médecins français sont relativement âgés : en effet, près d'un médecin en exercice sur deux a plus de 55 ans. Depuis six ans, l'effectif de médecins a progressé de 4,5 %, sous l'effet de la hausse du nombre de médecins hospitaliers. En matière d'accès aux médecins généralistes, les inégalités de densités départementales n'ont pas augmenté depuis les années 1980 et 98 % de la population réside à moins de 10 minutes du généraliste le plus proche en 2016. Les disparités d'accès qui existent malgré tout ne sont pas liées à des disparités régionales, mais à des différences marquées

selon le type d'espace. C'est en effet dans les communes rurales des périphéries des grands pôles et dans les communes hors influence des pôles que la part de la population ayant l'accessibilité la plus faible aux médecins généralistes est la plus grande.

Millien, C. (2018/05). « 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins. » Etudes Et Résultats (Drees) [1062]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/53-d-infirmiers-en-plus-entre-2014-et-2040-une-forte-hausse-qui-repond-a-la-11837

Dans l'hypothèse de comportements constants et d'un maintien des politiques en vigueur, le nombre d'infirmiers devrait augmenter de 53 % entre 2014 et 2040 pour atteindre 881 000 infirmiers actifs en 2040. Cette hausse serait largement plus importante que l'augmentation de la population et se traduirait par une forte progression de la densité de professionnels. Cependant, le vieillissement de la population devrait susciter une hausse des besoins de soins comparable à celle du nombre d'infirmiers. Les infirmiers devraient être de plus en plus nombreux à cesser leur activité, en raison de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations issues des quotas élevés des années 2000. Cependant, si les quotas se maintiennent, l'arrivée de nouveaux praticiens compensera largement ces nombreux départs tout au long de la période de projection. L'allongement des carrières devrait entraîner un vieillissement de la profession. L'exercice libéral devrait se développer au détriment du salariat non hospitalier hors établissements pour personnes âgées. Enfin, la répartition régionale des infirmiers resterait aussi hétérogène qu'en 2014.

Millien, C. (2018/07). « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. » Etudes Et Résultats (Drees) [1075]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/d-ici-a-2040-les-effectifs-de-masseurs-kinesitherapeutes-augmenteraient-de-57

Dans l'hypothèse où les comportements seraient constants et les politiques en vigueur maintenues, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes devrait augmenter de 57 % entre 2016 et 2040 pour s'élever à 133 000 en 2040. Cette hausse, nettement supérieure à celle de la population française, entraînerait une forte augmentation de la densité, de 44 %. L'offre de soins progresserait même plus vite que les besoins : la densité standardisée par la consommation de soins de la population augmenterait de 20 %. Quel que soit le scénario envisagé, la démographie de la profession resterait très dynamique. La croissance des effectifs repose en grande partie sur l'hypothèse du maintien des quotas d'entrée en institut de formation de masso-kinésithérapie (quotas qui ont été fortement relevés depuis 2005). Celle du maintien de flux importants de professionnels diplômés à l'étranger est également centrale : en 2016, ce sont en effet un tiers des nouveaux inscrits qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger.

Pla, A. (2018/09). « Revenus des médecins libéraux : les facteurs démographiques modèrent la hausse moyenne entre 2005 et 2014. » Etudes Et Résultats (Drees) [1080]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/revenus-des-medecins-liberaux-les-facteurs-demographiques-moderent-la-hausse

Entre 2005 et 2014, le revenu annuel moyen des médecins libéraux a progressé de 1,0 % par an en euros constants. Si la répartition des médecins par sexe, âge et secteur de conventionnement était restée identique entre 2005 et 2014, toutes choses égales par ailleurs, les revenus d'activité libérale des médecins auraient progressé de 1,9 % par an en moyenne. En effet, au cours de la période, le niveau d'activité moyen des médecins a diminué, sous l'effet du vieillissement de la profession et de sa féminisation, l'activité des femmes étant légèrement plus faible que celle des hommes. Ces deux facteurs démographiques contribuent ainsi à modérer la hausse du revenu d'activité libérale, respectivement de 0,6 point et de 0,3 point. En revanche, le développement des installations en secteur à honoraires libres joue, lui, légèrement en faveur d'une hausse du revenu moyen (0,1 point). Ces effets de structure sont particulièrement sensibles pour les stomatologues, les psychiatres et les pédiatres. Ils sont quasiment nuls pour les chirurgiens. Après prise en compte de ces effets de structure, les pneumologues, les ophtalmologues et les gastroentérologues restent les spécialités ayant connu les plus fortes progressions de revenu.

Pla, A. (2018/12). « Un médecin libéral sur dix en activité cumule emploi et retraite. » Etudes Et Résultats (Drees) [1097]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/un-medecin-liberal-sur-dix-en-activite-cumule-emploi-et-retraite

Au 1er janvier 2018, près de 10 % des médecins libéraux ou ayant une activité mixte exercent dans le cadre du dispositif cumul emploi-retraite, soit un peu plus de 12 000 médecins. Le nombre de bénéficiaires du dispositif s'est fortement accru ces dernières années. Les spécialistes conventionnés en secteur 2, et notamment les psychiatres, y ont davantage recours que les généralistes ou les spécialistes de secteur 1. Au-delà de 65 ans, près de 70 % des médecins encore en activité sont des cumulants. La cessation d'exercice définitive de ces bénéficiaires intervient en moyenne à 69,5 ans, après avoir cumulé revenu d'activité et pension de retraite pendant près de quatre ans. Leurs revenus sont quasiment au même niveau que ceux des actifs non cumulants. La croissance du dispositif d'année en année entraîne un recul progressif de l'âge de fin d'activité des médecins libéraux, qui atteint en moyenne 67 ans en 2017. Néanmoins, les différences d'âge à la cessation d'exercice se maintiennent entre hommes et femmes, généralistes et spécialistes. La fin d'activité intervient plus tardivement pour les spécialistes dans les zones où ils sont nombreux à exercer, ainsi que pour les généralistes dans les zones peu denses. Paris se démarque particulièrement, les médecins y prolongeant leur activité nettement plus longtemps qu'ailleurs.

Bachelet, M. Et Anguis, M. (2017). « Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. » Etudes Et Résultats (Drees) [1011]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-medecins-d-ici-a-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et-plus

Le nombre de médecins en activité devrait être quasiment stable entre 2016 et 2019, puis repartir à la hausse dès 2020, dans l'hypothèse d'un maintien des comportements actuels des médecins et de la législation en vigueur. Les effectifs de généralistes évolueraient de manière moins dynamique que ceux des spécialistes. Ces derniers bénéficient, en effet, davantage des installations de médecins diplômés à l'étranger. L'exercice libéral exclusif devrait poursuivre son déclin, au profit du salariat et de l'exercice mixte.

Millien, C. (2017). « 8 000 chirurgien. Ne. S-dentistes supplémentaires d'ici à 2040. » Etudes Et Résultats (Drees) [1027]

Millien, C. (2017). « En 2015, un tiers des nouveaux chirurgien. Ne. S-dentistes ont obtenu leur diplôme à l'étranger. » Etudes Et Résultats (Drees) [1026]

(2016). Portrait des professionnels de santé. Panorama de la Drees Paris : Drees.
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/portrait-des-professionnels-de-sante-edition-2016

> À l'occasion de la Grande Conférence de la santé, organisée le 11 février 2016, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et ses partenaires ont réalisé un état des lieux inédit des connaissances sur les 1,9 million de professionnels de santé qui exercent en France. À travers une vingtaine de fiches à la fois pédagogiques et synthétiques, cet ouvrage fournit les chiffres clés sur les différents aspects des métiers et des parcours des professionnels de santé. Il livre tout d'abord un panorama de la démographie, passant en revue le nombre de professionnels et son évolution passée, les spécificités de l'exercice à l'hôpital et les transformations de l'exercice ambulatoire, ainsi que la répartition géographique des professionnels de premier recours. L'ouvrage se penche ensuite sur les rémunérations de ces professionnels selon le mode d'exercice et le métier ou la spécialité exercés, et place celles des médecins et infirmiers dans une perspective internationale. La formation fait l'objet d'une troisième partie. Celle-ci dresse une synthèse sur les évolutions des quotas et du numerus clausus, la sélection dans le cadre de la première année commune aux études de santé et des épreuves classantes nationales, ainsi que sur les formations des professions non médicales et les dispositifs de formation continue. Un quatrième ensemble de fiches décrit les conditions de travail des professionnels à l'hôpital et se penche sur l'exercice des médecins généralistes libéraux. Enfin, dans une dernière partie, l'ouvrage esquisse, à la lumière des connaissances actuelles, les tendances des futures évolutions démographiques et examine la répartition des professionnels sur le territoire qui pourrait se dessiner.

Casteran-Sacreste, B. Et Mainguene, A. (2016). « La formation aux professions de la santé en 2014. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (198)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2014

> Cet article détaille les résultats de l'enquête auprès des établissements de formation aux professions de santé en 2014. Cette enquête concerne tous les élèves ayant effectué une inscription ou ayant été diplômés en 2014.

➢ Pour les données antérieures, consultez :

2015 https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2013
2014 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/la-formation-aux-professions-de-la-sante-en-2012

Casteran-Sacreste, B. (2016). « Profil des infirmiers en formation en 2014. » Etudes Et Résultats (Drees) [982]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/profil-des-infirmiers-en-formation-en-2014

Les étudiants en soins infirmiers sont de plus en plus nombreux : 31 300 sont inscrits en première année en 2014, dans l'un des 328 instituts de formation préparant ce diplôme. Ils étaient 28 500 en 2004. Ce sont des femmes pour l'essentiel, même si la part des hommes progresse légèrement : 4 points en dix ans. Les élèves infirmiers se distinguent des étudiants des autres filières paramédicales de même niveau sur différents points.

Vergier, N. (2016). « Accessibilité aux professionnels de santé libéraux : des disparités géographiques variables selon les conditions tarifaires. » Etudes Et Résultats (Drees) [970]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/accessibilite-aux-professionnels-de-sante-liberaux-des-disparites

Entre 2010 et 2013, les inégalités d'accessibilité géographique aux médecins généralistes, chirurgiens -dentistes et psychiatres libéraux se maintiennent. Elles augmentent légèrement pour les gynécologues, les pédiatres et les ophtalmologues. Plus qu'entre régions, les disparités sont fortes entre types de communes : les habitants des grands pôles urbains ont une meilleure accessibilité que ceux des communes des périphéries.

(2015). Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie. In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016], Paris : Ministère chargé de la santé **:** 114-117
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

La CNAM recense 116 100 médecins libéraux en France en 2014, dont 60 900 omnipraticiens (y compris 7 200 médecins à exercices particuliers) et 55 200 spécialistes. Alors que la population française a crû en moyenne de 0,6 % par an entre 2004 et 2014, les effectifs des médecins libéraux sont restés globalement stables. Cette stabilité masque toutefois un fléchissement amorcé à partir de 2010. La densité moyenne des médecins est de 82 généralistes pour 100 000 habitants et 85 spécialistes pour 100 000 habitants en France métropolitaine, ce qui situe la France dans la moyenne haute des pays européens en termes de densité médicale (cf. OCDE Heath Statistics 2015). Cependant, la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire présente des disparités. Certaines régions, bien qu'elles soient bien dotées en médecins, peuvent intégrer des départements en situation de désert médical. C'est le cas par exemple de la région Île-de-France où l'on observe trois des départements les moins denses de France en médecins généralistes libéraux en 2014. Cette fiche dresse un état des lieux de la répartition des médecins en métropole et examine ensuite le lien entre le niveau d'honoraires par tête des médecins libéraux conventionnés du secteur 1 et la démographie médicale du lieu d'exercice.

(2015). Les actes et consultations externes à l'hôpital. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016], Paris : Ministère chargé de la santé **:** 118-121

https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

Imputés sur les enveloppes de dépenses hospitalières, les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les praticiens exerçant dans les établissements de santé. On entendra dans cette fiche sous le terme « Actes et consultations externes « non seulement les actes et consultations réalisées dans le cadre de l'activité externe de l'établissement de santé mais également l'ensemble des prestations hospitalières sans hospitalisation (cf. Encadré 1). Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville. Bien qu'elle ne constitue pas une alternative à l'hospitalisation, cette activité représente parfois une partie importante de l'activité de soins en établissements. Elle ne concerne que les hôpitaux publics et les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC), puisque dans les établissements de santé privés lucratifs, l'activité externe relève du champ libéral. Les actes et consultations externes représentent 3,6 Md€ de dépenses remboursées par l'assurance maladie, soit 9,2 % de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) des établissements de santé publics et privés à but non lucratif. Les tarifs des actes et consultations externes à l'hôpital sont fixés par les conventions liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux et ne sont donc pas inclus dans le périmètre des groupes homogènes de séjours (GHS).

(2015). Pacte territoire santé 2, Paris : Ministère chargé de la Santé
https ://solidarites-sante.gouv.fr/archives/pts/article/2015-pacte-territoire-sante-2

Le « pacte territoire santé 2 » propose des mesures innovantes pour s'adapter aux besoins des médecins et des territoires. Il se décline en 10 engagements autour de deux axes. Le premier axe s'attache à pérenniser et amplifier les actions menées depuis le Pacte territoire santé à savoir : développer les stages des futurs médecins en cabinet de ville : faciliter l'installation des jeunes médecins dans les territoires fragiles : favoriser le travail en équipe, notamment dans les territoires ruraux et périurbains : assurer l'accès aux soins urgents en - de 30 minutes. Le second axe est centré sur l'innovation pour s'adapter aux besoins des professionnels et des territoires : augmenter de manière ciblée le numerus clausus régional pour l'accès aux études de médecine : augmenter le nombre de médecins libéraux enseignants : soutenir la recherche en soins primaires Innover dans les territoires : mieux accompagner les professionnels de santé dans leur quotidien : favoriser l'accès à la télémédecine pour les patients chroniques et pour les soins urgents : soutenir une organisation des soins de ville adaptée à chaque territoire et à chaque patient

Bachelet, M. (2015). « 7 860 étudiants en médecine affectés à l'issue des épreuves classantes nationales en 2014. » Etudes Et Résultats (Drees) [937]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er937.pdf

À l'issue des épreuves nationales (ECN) de 2014,7 860 étudiants ont été affectés à un poste d'interne : 7 755 sont entrés pour la 1ère fois en 3ème cycle des études médicales. 96 % des postes ouverts ont été pourvus, seuls 330 postes sont restés vacants. A l'issue des épreuves, 34 % des étudiants (hors contrats d'engagement de service public) peuvent choisir selon leur classement entre les 30 spécialités offertes. Les femmes et les hommes font preuve de préférences distinctes dans le choix des spécialités. La mobilité géographique continue d'être importante : plus de la moitié des étudiants changent de subdivision de formation à l'entrée en troisième cycle. Les deux tiers d'entre eux le font par choix.

Decalf, Y. (2015). Rapport de la mission sur la médecine spécialisée libérale : concertation du projet de loi santé. Paris Ministère chargé de la Santé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MEDECINE_SPECIALISEE_LIBERALE_18_MARS_2015_Y_DECALF.pdf

En perspective du projet de loi de santé, une mission a également été chargée de travailler sur la médecine spécialisée libérale. Chargé de mener la concertation sur la médecine spécialisée libérale dans l'offre de soins de proximité, le Dr Yves decalf a remis son rapport. La mission a constaté que le projet de loi de santé ne faisait que peu référence à la médecine spécialisée. Or, souligne le rapport, son rôle est particulièrement important s'agissant de soins de proximité et elle participe significativement à la qualité de l'offre de soins. La reconnaissance de la médecine spécialisée libérale devrait être renforcée, afin que celle-ci puisse jouer tout son rôle dans la prise en charge ambulatoire des patients : La mission relève également que certains exercices spécialisés ne sont pas encore reconnus en termes de qualifications, et restent en zone indéfinie entre la médecine spécialisée généraliste et les autres spécialités. En réponse à ces constats, un ensemble de propositions générales sont formulées, ainsi que des propositions sur le projet de loi, article par article.

Fauvet, L., et al. (2015). « Profil et parcours des étudiants en première année commune aux études de santé. » Etudes Et Résultats (Drees) [927]
https ://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/cid91504/profil-et-parcours-des-etudiants-en-premiere-annee-commune-aux-etudes-de-sante.html

Début 2014, environ 57 000 étudiants sont inscrits en première année commune aux études de santé (PACES) qui, depuis 2010, regroupe les quatre filières de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique. 37 % des étudiants inscrits pour la première fois en PACES en 2010-2011 et ayant validé leur premier semestre ont intégré une deuxième année d'études médicales en 1 ou 2 ans, taux légèrement supérieur à celui de la génération précédente en raison des réorientations plus fréquentes prévues par la réforme. Si celle-ci n'a pas modifié les caractéristiques sociodémographiques des étudiants de 1ère année, marquées par une sur-représentation des classes favorisées, elle a néanmoins une incidence sur les profils de ceux parvenant à intégrer l'une des quatre filières médicales, en particulier la maïeutique où les étudiants admis sont désormais presque exclusivement des femmes.

Loquet, J. (2015). « Emplois et salaires dans le secteur hospitalier en 2012. » Etudes Et Résultats (Drees) [934]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/emplois-et-salaires-dans-le-secteur-hospitalier-en-2012

En 2012, le secteur hospitalier comptabilise 1,2 million de postes en équivalent temps plein, occupés en majorité par des femmes qui officient surtout dans le secteur public. Entre 2009 et 2012, l'emploi salarié a augmenté de 1,2 % par an en moyenne dans les établissements publics. Cette progression a été plus faible dans le secteur privé, à but lucratif ou non. En 2013, le dynamisme de l'emploi se confirme dans le secteur public où les rémunérations sont en moyenne plus élevées que dans le privé. Le salaire moyen par tête en euros constants du secteur hospitalier

diminue en 2012, baisse plus marquée dans les établissements privés que dans les hôpitaux publics. En 2013, en raison d'une inflation moins forte, l'évolution de la rémunération moyenne des personnes en place (RMPP) redevient positive (+0,7 %) dans les hôpitaux publics.

Bellamy, V. (2014). « Les revenus des médecins libéraux. Une analyse à partir des déclarations de revenus 2008. » Série Sources Et Méthodes - Document de Travail - Drees (45)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-revenus-des-medecins-liberaux-une-analyse-partir

Cette étude s'intéresse aux revenus d'activité des médecins libéraux en 2008 et propose une analyse détaillée des disparités de revenus entre les médecins, notamment en termes de spécialité ou de secteur de conventionnement, et en étudie les déterminants (intensité de l'activité, dépassements pratiqués, zone d'exercice, caractéristiques personnelles, etc.) L'utilisation d'une base de données unique appariant les données de l'assurance-maladie (activité, honoraires.) aux données issues des déclarations fiscales (DGFiP, retraitées par l'Insee) offre ainsi une vision du vaste champ d'analyses possibles dans ce domaine.

Bloy, G. (2014). « À quoi bon former des médecins généralistes ? Un modèle d'apprentissage et un modèle professionnel sous tensions. » Revue Française des Affaires Sociales (1-2) : 169-191.

Cet article retrace les transformations intervenues dans la formation des médecins généralistes en France et interroge leurs effets en termes de construction d'une spécialité médicale « médecine générale ». Il s'appuie sur deux enquêtes consacrées à la « fabrique des généralistes » : la formation spécifique des internes en médecine générale (stage dit chez le praticien), et les débuts de parcours professionnels des jeunes médecins. L'article montre la difficulté des institutions en charge de la formation de ces médecins pour stabiliser des pratiques pédagogiques et une définition de la médecine générale en prise avec les évolutions sociétales et le marché du travail médical.

Buyck, J.-F., et al. (2014). « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. » Etudes Et Résultats (Drees) [869]

Les médecins généralistes sont régulièrement confrontés à la prise en charge et au maintien à domicile des personnes âgées. Ce suivi nécessite souvent un déplacement et un temps de consultation relativement long. Deux praticiens sur trois ont participé à la mise en place d'une aide professionnelle à domicile pour les activités de la vie quotidienne d'une personne âgée dépendante. La diversité des professionnels impliqués, comme l'hétérogénéité de leur disponibilité selon les territoires, sont autant de difficultés rencontrées par le médecin généraliste dans ses missions de coordination des soins. 40 % d'entre eux participent à des réunions de coordination ou pensent que cela serait utile, et la grande majorité estime qu'une meilleure coordination entre eux et les intervenants à domicile serait bénéfique.

Coudin, E., et al. (2014). Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2. In : [Les Comptes nationaux de la santé 2013 : édition 2014] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 121-130
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/comptes-nationaux-de-la-sante-2013-edition-2014

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un dossier sur la régulation des tarifs et les comportements d'offre de soins des médecins généralistes. Ce dossier montre que la dépense de soins de médecins libéraux (60.000 omnipraticiens et 54.000 spécialistes) s'est élevée à 15,9 milliards d'€ en cabinet de ville et centres de santé l'an dernier, et à 4,2 milliards en clinique, soit une augmentation de 2,4 % par an entre 2006 et 2013. Le nombre de consultations en cabinet a baissé de 216 à 213,4 millions, les visites à domicile de 30,4 à 23,2 millions et les coefficients d'actes techniques de 11,8 à 10,8 millions. L'activité clinique des généralistes représente 83 % de la dépense (contre 89 % en 2006), les rémunérations forfaitaires 11,2 % et les actes techniques 6 % environ. Chez les généralistes, 54.800 exercent en secteur I et 5.800 en secteur II (contre 7.500 en 2006). La rémunération des premiers est de 6 % plus élevée que celle des seconds. Chez les spécialistes, 31.500 sont en secteur I et 23.400 en secteur II. Le montant total des dépassements d'honoraires a flambé de 900 millions d'€ en 1990 à 2,7 milliards en 2013.

Massin, S., et al. (2014). « Les médecins généralistes face au paiement à la performance et à la coopération avec les infirmiers. » Etudes Et Résultats (Drees) [873]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er873.pdf

Les conditions d'exercice de la médecine générale connaissent d'importantes évolutions. La quasi-totalité des médecins interrogés fin 2012 déclarent avoir adhéré à la Rémunération sur objectifs de santé publique mise en place par l'Assurance maladie en janvier 2012, et 80 % d'entre eux pensent pouvoir en remplir les objectifs. En revanche, ils sous-estiment la rémunération que ce dispositif leur permettrait de recevoir. Un tiers d'entre eux se déclare favorable à des coopérations avec un infirmier. Ce résultat est très sensible au mode de financement d'un tel dispositif : la coopération est nettement mieux acceptée dans le cas où l'auxiliaire médical serait entièrement rémunéré par un forfait extérieur. Les tâches relevant des compétences réglementaires du médecin, comme les prescriptions, seraient moins volontiers confiées à un infirmier, contrairement aux actes d'éducation thérapeutique ou de surveillance de la tension artérielle.

Micheau, J. Et Moliere, E. (2014). « Étude qualitative sur le thème de l'emploi du temps des infirmiers et infirmières du secteur hospitalier. » Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees (132)
https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/etude-qualitative-sur-le-theme-de-lemploi-du-temps-des

Les infirmières représentent aujourd'hui près du quart des effectifs des hôpitaux. Si le diplôme fait l'unité de la profession, le terme d'infirmière masque cependant des réalités d'emploi et de travail très diverses. Cette étude s'appuie sur des entretiens qualitatifs réalisés auprès d'une soixantaine d'infirmières exerçant dans dix établissements différents. Elle donne à voir les emplois du temps à la fois sous l'angle de l'organisation des rythmes de travail, de ses saisonnalités et du contenu des journées de travail. Elle propose des explications à ces organisations du temps : contraintes liées à l'établissement ou au service et contraintes liées à des choix personnels. Elle décrit aussi les façons dont se négocient les ajustements de temps de travail ou de contenu de tâche en réponse aux besoins des établissements et des infirmières.

Rochut, J. (2014). « Métiers de la rééducation : des professionnels toujours plus nombreux. » Etudes Et Résultats (Drees) [895]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er895.pdf

Le champ de la rééducation couvre sept métiers très différents : masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste et diététicien. En 2013, les professionnels de la rééducation en activité, âgés de moins de 65 ans sont près de 140 000 en France. Leur nombre est en forte augmentation depuis la fin des années 1990, porté par l'accroissement continu des inscrits en formation sur le territoire et par une hausse des praticiens diplômés à l'étranger venus s'installer en France. Ces professions, en majorité jeunes et féminisées, présentent des modes d'exercice variés. La pratique libérale est très majoritaire pour les masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes. Les professionnels de la rééducation restent inégalement répartis sur le territoire : les départements côtiers ou du sud de la Loire sont les plus favorisés ainsi que, dans une moindre mesure, ceux de l'Île-de-France.

Sicart, D. (2014). « Les professions de santé au 1er janvier 2014. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (189) :
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2014

Ce document expose en introduction les différents traitements statistiques effectués à partir du répertoire Adeli (corrections et améliorations de la qualité du fichier). Il présente par la suite pour chaque profession un ensemble de tableaux comportant l'effectif global et sa répartition par situation professionnelle (libérale, salariée), département d'exercice, sexe, tranche d'âge, tranche d'unité urbaine, et secteur d'activité.

4.2 DONNEES DE LA CNAMTS

Démographie des professionnels de santé libéraux : données annuelles par région et par département
Paris : Cnamts, Dossier mis à jour le 05/08/2024
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-et-etablissements-de-sante/demographie-professionnels-sante-liberaux

Liste des publications, séries de données et datavisualisations disponibles sur le thème de la démographie des professionnels de santé libéraux

Zoom sur les professions de santé libérales.
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/zoom-professions-de-sante-liberales

Fiches synthétiques analysant la démographie, la patientèle, l'activité, les prescriptions et les honoraires des différentes catégories de professionnels de santé libéraux : médecins (généralistes, MEP et spécialistes), chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux.

Riviere, S. (2024). "Le dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux." Points de repère(55)
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2024-aide-emploi-assistants-medicaux-medecins

Ce numéro 55 de la collection Points de repère expose un premier bilan du dispositif d'aide à l'emploi d'assistants médicaux, notamment l'impact sur l'effectif de la file active et de la patientèle médecin traitant des professionnels de santé concernés. Après 48 mois de recours à un assistant médical, les médecins enregistrent une progression moyenne de leur patientèle médecin traitant de + 19,5 % et de leur file active de + 4,5 %, contre respectivement des évolutions + 6,6 % et - 5,3 % pour les professionnels n'y ayant pas eu recours sur la même période.

4.3 ETUDES DE L'IRDES

Denise, T., et al. (2022). "Pratiques de coopération en santé. Regards sociologiques". Ouvrage (Irdes) ; 8. Paris : Irdes
https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/sociologie/008-pratiques-de-cooperation-en-sante-regards-sociologiques.pdf

Fruit des journées d'études organisées les 28 et 29 mars 2019 à Paris dans le cadre de rencontres sous l'égide de l'Association française de sociologie (AFS) entre les chercheur·e·s des réseaux thématiques RT1 « Savoirs, travail et professions » et RT19 « Santé, médecine, maladie et handicap », cet ouvrage collectif a pour objet d'aller voir, au plus près des situations de terrain, ce qui se joue sous le couvert des injonctions à la coopération en santé, tout en prenant en compte leurs effets. Il s'agit par exemple d'observer les effets de la coopération sur les frontières professionnelles, sur l'autonomie des protagonistes, ou encore sur la légitimation ou l'invalidation des savoirs tant professionnels que profanes. Les 32 contributions réunies dans cet ouvrage offrent l'occasion de réinterroger la notion de « coopération » en mobilisant une pluralité d'approches théoriques et méthodologiques. Car même centrée sur les pratiques en santé, cette notion renvoie à un ensemble de significations et d'usages sociaux des plus variés, tant de la part des sociologues que des enquêté·e·s. Inscrite dans des rapports de pouvoir, la coopération suppose des mécanismes de régulation pour perdurer. Aussi, s'interroger sur les logiques sous-jacentes à ces mécanismes est-il particulièrement stimulant en termes de réflexion sur les pratiques et leurs possibles évolutions. Comment et par qui les modalités de la coopération et, à travers elles, l'activité de travail, sont-elles construites ? Qui tente ou est sommé de coopérer, qui s'exécute ou non, et avec quelles motivations ? Comment les pratiques de coopération sont-elles mobilisées, instrumentalisées, affichées ou effacées dans les luttes pour la maîtrise des savoirs et de la division du travail de santé ? C'est notamment à ces questions que cet ouvrage répond, en s'adressant tant aux étudiant·e·s et chercheur·e·s qu'aux professionnel·le·s et aux usager·e·s du système de santé, et en inaugurant, avec ce premier opus, la nouvelle collection des éditions de l'Irdes : « Sociologie ».

Gilles De La Londe, J., et al. (2021). "La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée." Questions D'économie De La Sante (Irdes (264)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmier·ère.s Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et

services rendus, notamment aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'appuie pour cela sur la substitution de certains actes des médecins vers les infirmières et sur le développement d'une démarche d'éducation thérapeutique. L'analyse des impacts du dispositif, inscrits dans le programme d'évaluation Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (DAPHNEE), est appréhendée ici à travers l'évolution de la qualité des soins et services dont ont pu bénéficier les patients diabétiques de type II, avant et après l'entrée de leur médecin traitant dans l'expérimentation Asalée. Les analyses montrent que l'entrée des médecins dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la qualité du suivi des patients diabétiques et, particulièrement, de ceux bénéficiant d'un suivi spécifique par des infirmières. De plus, l'impact est plus important pour les binômes médecins-infirmières pour lesquels la coopération est plus intense, notamment en termes de nombre de patients concernés, de démarches éducatives entreprises ou encore de nombre et de variétés des actes substitués.

Suchier, M. et Michel, L. (2021). "Pratiques paramédicales en soins primaires. Étude qualitative auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile." Rapport de l'Irdes (584). Paris Irdes
https://www.irdes.fr/recherche/rapports/584-les-pratiques-paramedicales-en-soins-primaires-etude-qualitative.pdf
https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-263-tensions-entre-dynamiques-professionnelles-et-interprofessionnelles-travail-aides-a-domicile-aides-soignantes-infirmieres.html

Alors que la crise sanitaire a rappelé avec acuité l'importance de la prise en charge à domicile de personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie, cette enquête sociologique qualitative, réalisée en 2020, propose de plonger dans le quotidien de trois groupes professionnels (aides à domicile, aides-soignantes et infirmières) intervenant dans les soins à domicile, et qui sont rarement mis sur le devant de la scène. En resituant les groupes professionnels étudiés dans une perspective socio-historique, nous montrons combien les rapports interprofessionnels aujourd'hui sont le fruit de processus de professionnalisation différenciés et de degrés d'autonomisation vis-à-vis de la médecine, du travail social ou encore des emplois domestiques. Il s'agit ensuite de décrire le travail ordinaire des professionnelles étudiées, avant de saisir les rapports qu'elles entretiennent entre elles, dans différents contextes d'exercice. Leur travail et leurs relations professionnelles apparaissent étroitement liés à la structuration de l'offre de soins à domicile, aux modes de financement de leur exercice et à des hiérarchies implicites entre les professionnelles, dressant de nombreux obstacles à la mise en place d'un exercice coordonné. Certaines organisations s'appliquent toutefois à favoriser l'émergence de dynamiques interprofessionnelles, même si leurs tâches restent entravées par la prééminence de dynamiques mono-professionnelles.

Afrite, A., et al. (2019). « Des organisations et des pratiques coopératives diverses entre médecins généralistes et infirmières dans le dispositif Asalée : une typologie des binômes. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [239]

Fournier, C., et al. (2018). « Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [232]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/232-action-de-sante-liberale-en-equipe-asalee.pdf

Le dispositif expérimental Asalée (Action de santé libérale en équipe) a été créé en 2004 afin d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville. Un protocole de coopération permet des délégations d'actes ou d'activités des médecins généralistes vers des infirmières comprenant des dépistages et des suivis de pathologies chroniques. Dans le cadre du programme d'évaluation Daphnee, une recherche sociologique fondée sur une approche qualitative a été menée entre 2015 et 2017. Elle s'est intéressée d'une part au déploiement et à l'organisation du dispositif Asalée et, d'autre part, aux pratiques et interactions entre patients et professionnels. D'autres aspects de cette évaluation donneront lieu à des publications de l'Irdes, notamment une typologie de la coopération entre médecins et infirmières et des résultats concernant l'effet du dispositif Asalée sur l'activité des médecins, le suivi et les parcours de soins de leurs patients.

Bourgueil, Y., et al. (2016). Démographie et ressources humaines en santé. In : [Traité de santé publique.]Paris : Lavoisier Médecine Sciences **:** 381-387.

Cet article vise à présenter dans un premier temps, l'éventail des métiers de la santé, les principes de régulation et leurs évolutions récentes. Dans un deuxième temps, nous exposerons la situation de la ressource humaine en santé en France en 2015 en termes démographiques quantitatifs et les perspectives que dessinent les choix de régulation quantitative adoptés, mais également les questions posées par les évolutions très récentes, aussi bien à l'échelle de l'Europe qu'à l'échelle des individus dont les comportements changent en début comme en fin de carrière. Enfin, nous proposerons plusieurs pistes d'actions publiques actuellement débattues sur la ressource humaine en santé pour faciliter la transformation des organisations de soins et des pratiques au service de la santé publique (résumé d'auteur).

Fournier, C., et al. (2016). Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. In :[Intervenir en première ligne : les professions de santé libérales face au défi de la santé de proximité.] Paris : Editions de l'Harmattan **:** 109-122.

L'organisation des « soins de première ligne » est au cœur de la Stratégie nationale de santé et du projet de loi portés en France depuis 2013 par la ministre des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Chevillard, G. (2015). Dynamiques territoriales et offre de soins : l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine. Paris Université Paris Ouest, Université Paris Ouest. Nanterre La Défense. FRA. Thèse : Université Paris Ouest Nanterre La Défense : Laboratoire Dynamiques sociales et recompositions des espaces : Doctorat en Géographie
https ://hal.archives-ouvertes.fr/tel-01225027/document

Les médecins généralistes libéraux sont inégalement répartis en France et ceci est un fait ancien. Ces inégalités se renforcent au détriment d'espaces moins attractifs. Des zones avec des difficultés d'accès aux soins, urbaines et rurales, apparaissent ou s'étendent. Depuis 2008, les pouvoirs publics accompagnent financièrement les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) en espérant qu'elles attirent et maintiennent des médecins dans ces espaces. Cette recherche étudie dans quelle mesure l'espace et le territoire participent à l'implantation de MSP, et en retour quels sont les effets de ces structures sur les espaces et territoires concernés.

L'implantation des MSP et leurs effets seront étudiées à différentes échelles géographiques à partir d'approches quantitative et qualitative. Au plan quantitatif, l'analyse spatiale des MSP utilise plusieurs outils (typologies et SIG). Ceci est complété par plusieurs terrains dans lesquels il s'agit d'étudier la place des MSP dans des régions et territoires donnés, en recueillant les témoignages des principaux acteurs concernés. Les effets des MSP sur l'offre de soins sont étudiés sur le territoire métropolitain selon une approche nationale comparant l'évolution de la densité de généralistes libéraux dans des espaces avec MSP comparativement à des espaces « similaires « sans MSP. La conduite de terrains dans deux régions vient compléter et discuter les résultats. Mots clés : espace défavorisé, espace fragile, espace rural, évaluation de politiques publiques, géographie de la santé, maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), soins de premiers recours, médecins généralistes libéraux.

Mousques, J. Et Daniel, F. (2015). « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses. Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [210]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/210-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-en-maisons-poles-et-centres-de-sante-genere-des-gains-en-matiere-de-productivite-et-de-depenses.pdf

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de designs quasi-expérimentaux.

Mousques, J. Et Daniel, F. (2015). « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes. Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR). » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [211]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/211-l-impact-de-l-exercice-regroupe-pluriprofessionnel-sur-la-qualite-des-pratiques-des-medecins-generalistes.pdf

Quels impacts l'exercice pluriprofessionnel a-t-il dans les maisons, pôles et centres de santé ayant participé aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) entre 2010 et 2014 ? Les médecins généralistes des sites ENMR sont-ils plus actifs et plus productifs que les autres ? La structure de leur activité est-elle similaire ? Leurs patients recourent-ils plus ou moins fréquemment aux différentes catégories de soins ambulatoires ? Leurs dépenses sont-elles moindres ou plus élevées ? Ces résultats sont-ils homogènes ou hétérogènes entre les différents types de sites participant aux ENMR ? Autant de questions qui sont explorées dans ce cinquième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels ayant participé aux ENMR. Les

analyses évaluatives quantitatives de mesure de l'impact du regroupement sur l'activité et les soins et services de santé sont effectuées à partir de designs quasi-expérimentaux.

Afrite, A. Et Mousques, J. (2014). Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf

Ce travail s'appuie sur une enquête spécifique réalisée auprès de 147 sites participant aux ENMR sur la période 2008-2012. Cette enquête a été réalisée en deux vagues, à partir de questionnaires standardisés et administrés par Internet en 2011-2012 et en 2013. Elle décrit l'organisation de la délivrance des soins, le fonctionnement des sites et leur équipement ainsi que les processus de travail. Elle explore aussi la collaboration entre les professionnels, l'existence de pratiques innovantes ainsi que les caractéristiques et usages des systèmes d'information. Dans un premier temps, des analyses descriptives caractérisent les sites selon leurs principales dimensions structurelles, organisationnelles et fonctionnelles. Dans un second temps, afin de s'affranchir de la dimension statutaire des sites (maisons, pôles et centres de santé) et de tenir compte des dimensions considérées comme déterminantes de la performance, des méthodes factorielles d'analyses de données sont mobilisées sur un sous-échantillon de 128 sites afin d'en réaliser une typologie.

Afrite, A. Et Mousques, J. (2014). « Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR). » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [201]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/201-les-formes-du-regroupement-pluriprofessionnel-en-soins-de-premiers-recours.pdf

Quelles sont les caractéristiques de taille, de ressources humaines, d'équipement et d'informatisation des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) ? Leurs modalités d'organisation et de fonctionnement en matière d'offre de soins, de coordination et de coopération pluriprofessionnelles ? Ce quatrième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux ENMR propose une analyse de leurs caractéristiques structurelles, organisationnelles et fonctionnelles, à partir d'une enquête réalisée auprès de 147 sites sur la période 2008-2012. Les sites ont été regroupés à partir d'analyses factorielles et de classifications aboutissant à cinq classes : deux pour les centres de santé, regroupant des professionnels salariés, et trois pour les maisons ou pôles de santé, regroupant des professionnels libéraux.

Afrite, A., et al. (2014). Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé. Le cas des centres de santé du projet Epidaure-CDS. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/063-une-estimation-de-la-precarite-des-patients-recourant-a-la-medecine-generale-en-centres-de-sante.pdf

Le projet exploratoire Epidaure-CDS a pour objectif principal d'analyser la spécificité des centres de santé (CDS) dans l'offre de soins et de déterminer s'ils jouent un rôle particulier dans la réduction des inégalités sociales de santé, notamment en facilitant l'accès aux soins primaires

pour les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sociale, ce qui n'a été que peu exploré jusqu'à présent. Il s'agit ici d'estimer en quoi la population recourant à la médecine générale dans un échantillon de CDS volontaires se distingue de la population recourant généralement à la médecine générale, en termes socio-économiques, démographiques, d'état de santé et de précarité sociale. La précarité sociale est mesurée au moyen du score Epices. Mais il s'agit également de mesurer la propension des CDS à accueillir des populations précaires et vulnérables et d'évaluer le lien entre précarité et niveau de couverture en termes d'assurance maladie complémentaire (AMC).

Fournier, C., et al. (2014). Dynamiques et formes du travail pluriprofessionnel dans les maisons et pôles de santé. Recherche qualitative dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération en maisons et pôles de santé (ENMR). Les rapports de l'Irdes : 557. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/557-dynamiques-et-formes-du-travail-pluriprofessionnel-dans-les-maisons-et-poles-de-sante.pdf

À partir d'entretiens réalisés avec les professionnels de quatre maisons et pôles de santé, cette recherche qualitative explore les modalités de mise en œuvre de l'exercice pluriprofessionnel au sein de ces structures regroupées et complète l'évaluation quantitative effectuée par l'Irdes dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). Trois objectifs ont sous-tendu cette recherche : observer les conditions d'émergence et les différentes formes du travail pluriprofessionnel au sein des quatre structures, distinguer les facteurs influençant son développement et, en particulier, le rôle joué par les financements collectifs attribués spécifiquement pour faciliter la mise en place d'actions pluriprofessionnelles, réfléchir aux conditions d'une généralisation réussie de cette expérimentation.

Moullan, Y. Et Bourgueil, Y. (2014). « Les migrations internationales de médecins : impacts et implications politiques. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [203]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/203-les-migrations-internationales-de-medecins-impacts-et-implications-politiques.pdf

Si la migration internationale des médecins a fait l'objet de débats autour de la « fuite des cerveaux « , peu d'études ont abordé ce sujet dans sa globalité, du fait de l'absence de données statistiques suffisantes. Une base de données originale s'appuyant sur le lieu de formation des médecins – sur la période 1991-2004 –, a permis de dresser un panorama des flux migratoires de médecins, d'en étudier les impacts et d'en tirer des implications de politiques économiques. Les pays d'Asie sont ceux qui envoient le plus de médecins à l'étranger (Inde, Philippines) suivis du Canada et du Royaume-Uni, la France n'arrivant qu'en 25e position. L'Afrique subsaharienne a la densité médicale la plus faible au monde et connaît un taux d'émigration relativement élevé, de 19 % en moyenne en 2004. 60 % des médecins étrangers sont établis aux États-Unis en 2004, ce pays accueillant le plus de médecins au monde, et 20 % au Royaume-Uni. L'Australie, le Canada et l'Allemagne en accueillent chacun 3 %, la Belgique 2 % et la France 1,34 %. Quels sont les effets de ces migrations sur les pays de départ, tant du point de vue économique que sur celui des indicateurs de santé ? Quels sont les leviers d'action possibles et les politiques publiques envisageables pour faire face à l'émigration ? Quelle coopération internationale en matière de mobilité internationale des professionnels de santé ? Quels effets sur les politiques de régulation des professions de santé dans les pays d'accueil ?

Mousques, J., et al. (2014). L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012. Les rapports de l'Irdes : 559. Paris IRDES
www.irdes.fr/recherche/rapports/559-l-evaluation-de-la-performance-des-maisons-poles-et-centres-de-sante-dans-le-cadre-des-enmr.pdf

L'exercice pluriprofessionnel en soins primaires se développe en France sous les formes nouvelles de maisons et pôles de santé et, celle, plus ancienne de centres de santé. Souvent à l'initiative de professionnels, ces nouvelles organisations rencontrent l'intérêt des pouvoirs publics dans la mesure où elles permettraient de maintenir une offre de soins dans les zones déficitaires mais également le déploiement d'activités de soins plus cordonnées et plus efficientes. Parmi les incitations au renforcement de ces organisations innovantes, des Expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de groupes pluriprofessionnels en soins de premiers recours ont été mises en œuvre en 2010 et ont récemment été étendues jusqu'à fin 2014. Elles visent à financer des activités de coordination de nouveaux services aux patients. Ces nouveaux services se déclinent en programmes d'éducation thérapeutique collective et de coopération entre généralistes et infirmiers au sein des maisons, pôles et centres de santé, sur la base de paiements forfaitaires complémentaires de la rémunération à l'acte des individus ou des structures. Ces innovations organisationnelles posent deux questions principales au regard des attentes qu'elles suscitent : l'exercice collectif interprofessionnel permet-il de maintenir une offre de soins dans les zones moins bien dotées ? Est-il plus performant en termes d'activité et de productivité des professionnels, de consommation de soins des bénéficiaires, et de qualité des soins et services rendus ? Ce rapport tente de répondre à ces questions au moyen d'une évaluation de l'impact du regroupement pluriprofessionnel tel qu'observé pour les sites participant aux ENMR. Cette évaluation n'a donc pas pour principal objectif de mesurer l'impact des financements reçus par les ENMR même si certaines analyses permettent de s'en faire une idée.

4.4 AUTRES SOURCES

Arnault, F. (2024). "Atlas de la démographie médicale en France : Situation au 1er janvier 2024". Paris, Cnom (Etude n°40)
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/nn4fmo/cnom_atlas_demographie_2024_-_tome_1.pdf

Le Conseil national de l'Ordre des médecins publie l'Atlas annuel 2023 de la démographie médicale en France : celui-ci révèle cette année une quasi-stagnation des médecins en activité régulière (197 417, soit -1,3% entre 2010 et 2023), érosion compensée par l'augmentation du nombre de médecins en activité intermittente (remplaçants : 16452 en 2013) et en cumul emploi-retraite (20159). Concernant ces médecins retraités poursuivant encore une activité, leur nombre devrait cesser de croître, voire baisser dans les prochaines années, rendant compte de la fragilité de la démographie médicale pendant une décennie encore.

➢ Pour les années antérieures, consultez : https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale#sommaire-id-0

CNOP .(2024). "Démographie des pharmaciens : Panorama 2023". Paris, C.N.O.P.
https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-communiques-de-presse/assurer-une-presence-pharmaceutique-en-tous-points-du-territoire-un-enjeu-de-sante-publique

➢ Pour les années antérieures, consultez :
https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/la-demographie

CNMK. (2024). "La démographie des kinésithérapeutes en 2024". Paris, Conseil National des Masseurs-Kinésithérapeutes
https://www.ordremk.fr/actualites/ordre/la-demographie-des-kinesitherapeutes-en-2024

Silhol, J. (2024). "Les médecins généralistes libéraux s'installent souvent à proximité de leurs lieux de naissance ou d'internat." Insee Première(2024)

> En 2019, la répartition géographique des médecins généralistes libéraux formés dans les années 2000 ne correspond pas à la répartition de la population. En particulier, ils sont davantage concentrés dans les aires d'attraction des villes de province de plus de 200 000 habitants. La commune de naissance ainsi que l'université dans laquelle ils ont fait leur internat contribuent à déterminer leur territoire d'installation. Ainsi, 50 % des médecins généralistes formés pendant les années 2000 exercent en 2019 à moins de 85 km de leur commune de naissance et 50 % à moins de 43 km de leur université d'internat. Après une période de quelques années pendant laquelle les changements de commune d'exercice sont nombreux, leur lieu d'exercice se stabilise : la douzième année après l'internat, environ 96 % exercent dans la même commune que l'année précédente.

Samadi, A. et Birebent, J. (2024). "Déterminants favorisant l'installation des médecins généralistes en zones sous-denses." Médecine : de la médecine factuelle à nos pratiques(20(7)): 320-324.
https://stm.cairn.info/revue-medecine-2024-7-page-320

> L'aggravation des inégalités d'accès aux soins, notamment dans les zones qualifiées de « désert médical », est une problématique majeure de santé publique qu'aucune politique n'a réussi à freiner. Comment favoriser l'installation de jeunes médecins en zones sous-denses ? Quelles solutions envisager ? Pour apporter des éléments de réponses, nous avons mené une étude quantitative auprès de médecins récemment installés dans ces zones et avons tenté d'identifier les principaux déterminants ayant favorisé leur installation.

Touze, E. et Bocognano, A. (2021). "Démographie des chirurgiens-dentistes. État des lieux et perspectives". Paris ONDPS.
https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/ondps-observatoire-national-de-la-demographie-des-professions-de-sante

Ce rapport de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé présente un état des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes en France. Il a bénéficié des analyses, de l'expertise et de la contribution des membres du groupe de travail dédié ainsi que des travaux de la Conférence nationale du 26 mars 2021. La démographie des chirurgiens-dentistes a été très atone sur les trente dernières années et leur densité stagne sur la période récente. La situation actuelle des inégalités territoriales d'offre de soins dentaires diffère peu de celle observée en 2013. La mise en perspective de la démographie des chirurgiens-dentistes pose la question de l'adéquation de l'offre aux besoins et du flux des professionnels à former en France, ainsi que des leviers d'action sur la formation initiale des étudiants en odontologie et sur la répartition des chirurgiens-dentistes sur le territoire.

Andarelli, J. M. (2019). « La démographie médicale en France. » Journal de Droit de La Santé Et de l'Assurance Maladie (23) : 88-96.

Cet article aborde la problématique de la démographie médicale sous deux angles spécifiques : la perception globale de la démographie médicale actuelle (globalement) et la démographie médicale dans le secteur hospitalier public.

Bergeron, M. Et Moyal, A. (2019). Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France : synthèse du séminaire international pluridisicplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po, Paris : Sciences Po
https://www.sciencespo.fr/chaire-sante/sites/sciencespo.fr.chaire-sante/files/Ebook-seminaire-Soinsprimaires-2019_1.pdf

Après une définition et un aperçu historique sur les soins primaires, cet ouvrage rassemble les communications données lors d'un congrès (Chaire santé, LIEPP...) sur la recherche et l'organisation des soins primaires en France.

Bismuth, M., Birebent, J., Driot, D., et al. (2019). « Les facteurs de satisfaction professionnelle favorisant le maintien dans la profession des médecins généralistes libéraux français : revue systématique de la littérature. » Médecine : De la Médecine Factuelle à Nos Pratiques 15 (3) : 138-144.

Le contexte actuel de crise des Soins premiers, combiné aux nouvelles aspirations et responsabilités familiales des praticiens, sont à l'origine d'une pénurie en acteurs des soins de premier recours. Pour solutionner cette problématique, une nouvelle dynamique tend à s'intéresser aux aspects « positifs « de la Médecine générale. Pour cela il est important d'identifier les facteurs de satisfaction professionnelle des médecins généralistes libéraux français, favorisant leur maintien dans la profession.

Bocognano, A., Lhermet, C. Et Petit, V. (2019). Les étudiants européens dans le troisième cycle de médecine en France. Etudes : 1. Paris ONDPS
https ://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ondps_-_etudes_-_bat_-_291019_-_web.pdf

La formation des médecins est un volet déterminant de la démographie médicale. Le numerus clausus pour l'entrée en médecine et l'accès au 3e cycle à l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) en constituent aujourd'hui les principaux leviers de régulation. Dans cette étude qui paraît aujourd'hui, l'ONDPS s'intéresse à l'analyse d'un phénomène encore peu documenté :

« Les étudiants européens dans le 3e cycle de médecine en France ». En effet, en 2018, on compte plus de 600 étudiants européens qui ont présenté leur candidature aux ECN qui donnent accès au 3ème cycle des études médicales en France. Leur nombre a quadruplé depuis 2012, et en 2018 ils représentaient 6,6 % des candidats. L'étude de l'ONDPS apporte un éclairage sur le parcours de formation de ces étudiants. Une connaissance fine de ces flux migratoires deviendra essentielle aux projections de démographie médicale.

Bourgeois, I., Bergeron, M. Et Moyal, A. (2019). L'invention de l'action organisée en médecine de ville. In : [Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France : synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po.], Paris : Sciences Po **:** 16-20.
https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/quel-avenir-pour-lorganisation-des-soins-primaires-en-france-1.html

En France, les professions de santé sont régulées au niveau national. Hormis quelques régulations territoriales à l'installation chez les infirmiers et les pharmaciens d'officine notamment, les conventions que les syndicats représentatifs des différentes professions de santé passent avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), régissent les liens qu'ils entretiennent. Les médecins sont eux soumis jusqu'en 2020 au numérus clausus. Du coté des médecins, différentes conventions médicales (1998, 2005) ont progressivement fait évoluer la figure du médecin omnipraticien vers celle d'un professionnel de santé intervenant en première ligne. Pour autant, la régulation de la profession reste nationale et les modalités d'intervention conjointe, localement, des différents professionnels dits de « premier recours « ne sont pas pensées jusqu'au début des années 2000, période à laquelle apparaissent les premières réflexions sur une structuration de la production de soins de premier recours en France. Il faudra attendre 2009 pour que les soins de premier recours et les équipes de soins primaires soient définis dans la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires « (HPST).

Caby, D., Zafar, J. D. Et Cluzel, V. (2019). « Comment lutter contre les déserts médicaux ? » Trésor-Éco (247)
https ://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2019/10/11/tresor-eco-n-247-comment-lutter-contre-les-deserts-medicaux

Depuis les années 2000, certains territoires français, les zones sous-denses ou « déserts médicaux », présentent des difficultés, variables selon les spécialités, à maintenir une offre suffisante de médecins. Cette situation perdure malgré la mise en place d'aides incitant les médecins à s'installer en zone sous-dense, dont l'efficacité reste à évaluer. La suppression du numérus clausus, qui limitait les effectifs de médecins à la fin de la première année d'études ou le renforcement du nombre de consultations à nombre de médecins inchangé (*via* le déploiement d'assistants médicaux), prévus par la stratégie de transformation du système de santé « Ma santé 2022 : un engagement collectif « et concrétisés par la loi d'organisation et de transformation du système de santé, propose des réponses à long terme au manque général de médecins. Toutefois, des réponses complémentaires aux déséquilibres territoriaux pourraient se révéler utiles, l'augmentation à terme du nombre de médecins pouvant ne pas être suffisante en elle-même pour une meilleure allocation entre offre et besoins au profit des zones sous-denses. Sans remettre en cause le principe de liberté d'installation, son adaptation temporaire à court terme dans certaines zones particulièrement sur-dotées pourrait être envisagée, afin d'éviter une accumulation de l'offre là où elle est déjà très forte et de tendre à une plus grande adéquation

entre densité médicale et première installation. Ceci ne pourrait être mis en place que de façon progressive et en étroite concertation avec les médecins, pour ne pas risquer d'affecter l'attractivité de l'exercice libéral. Par ailleurs, certaines mesures pourraient intervenir au moment des études de médecine : - en fléchant des places à l'internat vers des installations dans ces zones ou en ouvrant des places supplémentaires pour les premiers étudiants réorientés au cours du premier cycle, à condition qu'ils s'installent en zone sous-dense : - en réallouant les places à l'internat dans les spécialités attractives vers les régions ayant des difficultés à attirer les nouveaux internes :

Fournier, C., Bergeron, M. Et Moyal, A. (2019). Exercer en maison de santé, c'est vivre un choc culturel lié à plusieurs déplacements dans sa pratique professionnelle. Quel avenir pour l'organisation des soins primaires en France : synthèse du séminaire international pluridisciplinaire coordonné par la Chaire santé de Sciences po., Paris : Sciences Po **:** 21-26.
https://www.sciencespo.fr/liepp/fr/content/quel-avenir-pour-lorganisation-des-soins-primaires-en-france-1.html

Une maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) correspond au regroupement, sur un ou plusieurs sites, de professionnels de premier recours – au moins deux médecins généralistes et un paramédical – ayant formalisé leur collaboration par un « projet de santé « ajusté aux priorités de santé du territoire et avalisé par l'Agence régionale de santé (ARS). Le développement des MSP s'inscrit dans un mouvement ancien d'innovation organisationnelle, porté aujourd'hui par des professionnels de santé libéraux avec le soutien des pouvoirs publics, mouvement dont nous rappelons tout d'abord les racines dans une première partie de ce texte. Dans une seconde partie, nous décrivons le travail développé par ceux qui s'engagent dans ce mode d'exercice, avec des motivations variées. Cela nous amène, dans une troisième partie, à analyser le choc culturel vécu par ces professionnels. Ce choc apparaît encore en voie d'extension avec l'engagement des équipes des MSP dans le développement des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) prévues par la loi de modernisation du système de santé de 2016 (Résumé d'auteur).

Garot, G. (2019). Mesures d'urgence sur la désertification médicale. Paris Assemblée Nationale **:** 2 vol.

Il y a tout juste une année, l'Assemblée nationale examinait une proposition de loi portant sur la lutte contre les déserts médicaux. Inscrit à l'ordre du jour par le groupe Nouvelle gauche, rejeté par la majorité parlementaire, le texte portait notamment sur la mise en place d'un mécanisme de limitation du conventionnement avec l'assurance maladie dans les zones les plus largement dotées en médecins - généralistes comme spécialistes. Deux arguments étaient alors avancés à l'appui du rejet : disposer de davantage de temps pour appliquer les mesures incitatives prévues par la convention médicale de 2016, attendre le plan santé dont on annonçait la sortie imminente et qui comportait un volet d'accès aux soins. Un an plus tard, le contexte doit alerter la représentation nationale, car le problème d'inégalités d'accès aux soins persiste et s'accroît. Alors que le projet d'organisation et de transformation du système de santé a été dévoilé en février 2019, ce rapport présente de nouvelles mesures pour lutter contre la désertification médicale en France.

Gauchet, J., Andriantsehenoharinala, L. Et Colle, S. (2019). « Cherche médecin désespérément. » Pratiques : Les Cahiers de la Médecine Utopique (87)

Les déserts médicaux s'étendent, la médecine libérale est en crise, les hôpitaux sont étranglés. Comment les soignants peuvent-ils garder le sens de leurs métiers ? Comment répondre aux besoins de la population ? Ce numéro spécial de la revue Pratiques tente de répondre à ces questions.

➢ Pour les années antérieures, consultez :
https ://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale#sommaire-id-0

Lucas-Gabrielli, V. Et Chevillard, G. (2018). « Déserts médicaux et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? » Médecine/Sciences 34 (6-7) : 599-603.
https ://www.medecinesciences.org/en/articles/medsci/abs/2018/07/msc170237/msc170237.html

L'accessibilité aux soins des français apparaît menacée par l'existence ou l'apparition d'espaces caractérisés par un manque de soignants souvent appelés « déserts médicaux ». Ces espaces renvoient en fait à des réalités multiples relatives à la faiblesse de l'offre médicale disponible couplée à l'enclavement des territoires et à l'importance des besoins de soins. Nous proposons ici d'exposer les différentes manières de mesurer l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux ou de qualifier les espaces avec des inadéquations entre offre et besoins de soins afin de montrer la confusion que peut générer ce concept, ainsi que les enjeux pour les pouvoirs publics quand il s'agit de définir des mesures pour y faire face (résumé d'auteur).

Mangeney, C. Et Gremy, I. D. (2018). Les déserts médicaux. De quoi parle-t-on ? Quels leviers d'action ? Paris ORSIF
https ://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1490/ORS_deserts_medicaux_vf.pdf

La question de l'accessibilité aux soins ambulatoires de premier recours occupe aujourd'hui les puissances publiques françaises et préoccupe les citoyens. Preuve en est le nombre d'études, rapports officiels, projets de lois, ou colloques organisés à ce sujet depuis quelques années. Ce rapport vise à proposer une synthèse des éléments de diagnostic sur la situation francilienne, mais aussi des différents facteurs qui conduisent à la situation de pénurie actuelle que connaissent certains territoires et des mesures correctrices qui sont mises en œuvre par les puissances publiques.

Safon, M. O. (2018). Les politiques de lutte contre la désertification médicale : les enseignements français et étrangers : bibliographie thématique, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-politiques-de-lutte-contre-la-desertification-medicale.pdf

Depuis de nombreuses années, la plupart des pays de l'OCDE sont confrontés, en effet, à des problèmes de raréfaction (shortage) et de répartitions inégales (imbalance) des professions de santé. Parmi les leviers utilisés dans les pays de l'OCDE pour résoudre ces problèmes, la France s'est tout d'abord appuyée sur l'augmentation de médecins en formation – la France est parmi les pays qui forment le moins de nouveaux médecins (6 pour 100 000) en 20113. Elle a ensuite mis en œuvre d'autres politiques autour des incitations financières à l'installation (pas toujours

efficaces) dans certaines zones et sur le maintien d'une proportion élevée d'étudiants en médecine générale avec une réussite relative en matière d'équilibre médecins généralistes/médecins spécialistes. Enfin, plus récemment, elle a pris d'autres mesures comme la régionalisation du numerus clausus (sans impact notoire à ce jour), l'encouragement à des départs à la retraite plus tardifs et la mise en place d'autres modes de pratiques professionnelles comme le travail pluriprofessionnel et le recours à de nouvelles technologies comme la télémédecine. Le travail en équipe semble porter ses fruits. Le recours aux médecins étrangers semble aussi s'imposer avec l'ouverture de la libre circulation dans l'Union européenne. L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (articles, ouvrages, rapports, littérature grise...) sur les mesures mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale dans les pays de l'OCDE.

Schmitt, Y. Et Barnay, T. (2018). « Faut-il limiter la liberté d'installation des médecins ? Entretien avec Yannick Schmitt et Thomas Barnay. » Cahier Français (406) : 103-115.

Dans un rapport sur l'avenir de l'assurance maladie publié fin 2017, la Cour des comptes proposait, dans l'idée de rendre l'accès aux soins plus équitable, de limiter la liberté d'installation des médecins libéraux par le biais d'un système de conventionnement sélectif, qui serait fonction de la zone géographique d'installation et des besoins de sur ce territoire. Yannick Schmitt et Thomas Barnay livrent dans cet article leurs points de vue respectifs sur le sujet.

Bouet, P. Et Rasse, S. (2017). Études longitudinales (2007-2017) des médecins nés hors de France et des médecins diplômés hors de France : perspectives des flux migratoires et trajectoires. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

Cette étude sur les flux migratoires de médecins à diplômes étrangers en France constate une augmentation constante des médecins étrangers en activité régulière depuis 10 ans. En 2017, on dénombre 22 619 médecins à diplôme étranger en activité régulière. Cela représente 11 % de l'activité régulière en France en 2017. Parmi ces médecins titulaires d'un diplôme délivré dans un autre pays, 45 % sont originaires de l'Union Européenne. Contrairement à une idée largement répandue, cette population n'est pas une réponse aux difficultés territoriales d'accès aux soins. Cette étude montre que ces médecins étrangers, quelle que soit leur nationalité, et à l'instar de leurs confrères français, ne s'installent pas dans les zones définies comme déficitaires par les ARS. Par ailleurs et de manière générale, on observe que la part de l'exercice salarié est dominante (62 %) chez les médecins titulaires d'un diplôme européen ou extra-européen. Cela est vérifié partout en France : l'exercice salarié est privilégié par les médecins à diplôme étranger dans toutes les régions de France, par les médecins à diplôme européen comme par les médecins à diplôme extra-européen.

Cardoux, J. N. Et Daudigny, Y. (2017). Rapport d'information sur les mesures incitatives au développement de l'offre de soins primaires dans les zones sous-dotées. Paris Sénat
https ://www.senat.fr/rap/r16-686/r16-6861.pdf

La France ne manque pas de professionnels de santé mais leur répartition sur le territoire est très inégale. En outre, les tensions devraient s'accroître à court terme du fait des perspectives de la démographie médicale. La question de l'accès géographique aux soins cristallise un sentiment d'abandon d'une partie de la population et des élus, dans un domaine où l'attachement à une

prise en charge solidaire est fort. Elle est toutefois le symptôme de fragilités territoriales dont les enjeux dépassent la politique de santé et appellent une réponse cohérente des différentes politiques publiques. Les nombreux dispositifs mis en place pour favoriser le développement ou le maintien de l'offre de soins primaires dans les zones fragiles (aides à l'installation, mesures fiscales, aides à l'investissement, bourses d'étude, etc.) poursuivent des ambitions louables. Cependant, mis en place en ordre dispersé, leur articulation est imparfaite : par ailleurs, ils se sont superposés sans évaluation, dans des zones aux contours fluctuants. Pour les rapporteurs de ce rapport sénatorial, il est nécessaire de bâtir des réponses concertées avec les acteurs de terrain pour agir plus efficacement.

Cour des Comptes (2017). La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins. In : [Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale], Paris : Cour des Comptes **:** 213-253.
https ://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

La médecine de spécialité recouvre près de 40 disciplines distinctes et au 1er janvier 2016, la France comptait 121 272 médecins spécialistes, toutes spécialités confondues. Les dépenses de santé afférentes aux soins de spécialistes progressent beaucoup plus vite que celles relatives aux soins de médecins généralistes. Lors d'une précédente enquête menée en 2007, la Cour avait souligné la très grande faiblesse des outils de régulation à même de maîtriser les dépenses dans ce secteur et de remédier aux disparités territoriales d'accès aux soins. Plus récemment, en analysant le système conventionnel qui lie notamment la profession médicale et l'assurance maladie, elle avait mis en évidence l'incapacité des conventions médicales successives à améliorer l'organisation des soins en ville, à assurer l'égalité d'accès des patients à ces derniers et à rééquilibrer la hiérarchie des rémunérations entre professionnels de santé. Dans le prolongement de ces travaux, la Cour a cherché à examiner plus particulièrement les évolutions qui ont affecté dans la période récente la médecine de spécialité sous plusieurs angles complémentaires : la progression des dépenses, les mécanismes de tarification des actes et de régulation de l'offre et de la demande de soins, les disparités d'honoraires et de revenus entre spécialités et les obstacles géographiques et financiers à l'accès aux soins. Elle a constaté que ses précédentes analyses conservaient, pour l'essentiel, leur actualité.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie. (2017). Organiser la médecine spécialisée et le second recours : un chantier prioritaire. Paris HCAAM
https ://www.lalettredegalilee.fr/hors-serie-n2-la-desertification-medicale-mythes-et-realites/

Les soins primaires et la médecine spécialisée en France sont deux sujets intimement liés, à penser dans le même mouvement, comme deux éléments d'un système qui doivent évoluer de façon cohérente. Si les soins primaires ont donné lieu à une profonde réflexion ces dernières années, cela n'a pas été le cas pour la médecine spécialisée. Cet avis a donc pour objectif de proposer des évolutions de la médecine spécialisée congruentes avec les besoins de la population (notamment la chronicisation des maladies), ainsi qu'avec les orientations retenues pour structurer les soins primaires, tout en tenant compte des dynamiques propres à la médecine spécialisée. La réflexion se base sur la réalité actuelle de l'offre de médecine spécialisée pour se projeter dans ce que pourrait être son avenir en tenant compte du temps : les décisions, ou les non décisions d'aujourd'hui peuvent avoir des conséquences et des impacts de long terme. Cette évidence justifie l'accent mis dans le présent avis sur deux leviers déterminants : la formation des médecins

spécialistes et les modes d'organisation de l'offre spécialisée. Cet avis est accompagné de deux dossiers statistiques réalisés respectivement par la Cnamts et la Drees.

Ministère chargé de la santé (2017). Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins. In : [Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018] Paris : Ministère chargé de la santé **:** 111-115

Au 1er janvier 2015, 643 000 infirmiers exerçaient en France, dont 12,4 % - soit 79 990 - en libéral. Les infirmiers libéraux perçoivent en moyenne 88 700 € d'honoraires et 48 160 € de revenus. Depuis 2010, les honoraires des infirmiers libéraux ont augmenté en moyenne de 1,4 % par an contre 0,3 % pour leurs revenus. En 2016, les honoraires remboursés au titre des soins infirmiers pratiqués en ville (y compris en centres de santé) représentent une enveloppe de 7,3Md€

Saint-Andre, J. P. Et Richard, I. (2017). « La crise de la démographie médicale : une illusion ? » Esprit (1) : 65-75.

Si la démographie des médecins va changer dans les années à venir, il n'est pas sûr que nous soyons confrontés à une pénurie. En revanche, les conditions d'installation des médecins vont se révéler déterminantes étant donné les forts risques de déséquilibre de la répartition des médecins sur le territoire, entre les spécialités et entre les secteurs d'activité.

Coutant, D. Et Tuffreau, F. (2016). La médecine générale, une spécialité d'avenir, Rennes : Presses de l'Ehesp

Aujourd'hui en France, si globalement les effectifs de médecins augmentent, le nombre de généralistes est inférieur à son niveau de 1996, alors que la population française s'est accrue de plus de 6 millions d'habitants. Mais la crise actuelle n'est pas seulement démographique : la question de la place de la médecine générale au sein du système de soins a été interrogée dès les années 1970. En l'absence de reconnaissance universitaire (intervenue en 2004), la construction identitaire de la médecine générale s'est faite, pour une large part, dans le cadre des conventions signées entre les syndicats médicaux et l'assurance maladie. Un espace de négociations porteur d'enjeux considérables… Pourtant, ces dernières années, une image nouvelle se dessine, celle du généraliste « responsable » d'équipe de soins primaires et véritable acteur de santé publique de son territoire, dans une approche pluriprofessionnelle, au sein des maisons de santé, héritières des centres et des réseaux de santé.

Institut National du Cancer (2016). Démographie médicale en cancérologie - État des lieux. Appui à la décision / soins. Boulogne-Billancourt INCA
https ://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Demographie-medicale-en-cancerologie-Etat-des-lieux

A partir des données de 2013, ce rapport fait état de la situation démographique de trois spécialités médicales intervenant dans le traitement du cancer : anatomo-cytopathologie, oncologie médicale et radiothérapie, afin d'étudier leurs disparités territoriales. Le classement des régions repose sur 3 indicateurs : le volume d'activité, le vieillissement et le renouvellement des professionnels.

(2015). Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie. In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2014. Prévisions 2015 et 2016] Paris : Ministère chargé de la santé **:** 114-117
https ://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE_2015.pdf

La CNAM recense 116 100 médecins libéraux en France en 2014, dont 60 900 omnipraticiens (y compris 7 200 médecins à exercices particuliers) et 55 200 spécialistes. Alors que la population française a crû en moyenne de 0,6 % par an entre 2004 et 2014, les effectifs des médecins libéraux sont restés globalement stables. Cette stabilité masque toutefois un fléchissement amorcé à partir de 2010. La densité moyenne des médecins est de 82 généralistes pour 100 000 habitants et 85 spécialistes pour 100 000 habitants en France métropolitaine, ce qui situe la France dans la moyenne haute des pays européens en termes de densité médicale (cf. OCDE Health Statistics 2015). Cependant, la répartition des médecins sur l'ensemble du territoire présente des disparités. Certaines régions, bien qu'elles soient bien dotées en médecins, peuvent intégrer des départements en situation de désert médical. C'est le cas par exemple de la région Île-de-France où l'on observe trois des départements les moins denses de France en médecins généralistes libéraux en 2014. Cette fiche dresse un état des lieux de la répartition des médecins en métropole et examine ensuite le lien entre le niveau d'honoraires par tête des médecins libéraux conventionnés du secteur 1 et la démographie médicale du lieu d'exercice.

(2015). Étude pour la caractérisation des territoires en tension pour l'installation des jeunes médecins. Paris CGET

Les études menées pour expliquer le phénomène d'inégalité de répartition de l'offre en médecine générale insistent sur l'évolution des mentalités et des aspirations des jeunes médecins qui souhaitent aujourd'hui concilier épanouissement personnel dans un cadre de vie de qualité pour eux-mêmes et pour leur famille avec carrière professionnelle (trouver un équilibre entre vie privée, familiale et professionnelle, maîtriser son temps de travail, exercer dans un cadre sécurisé…). Face à ces nouvelles attentes et priorités, certains territoires présentent des atouts, alors que les faiblesses d'autres territoires se traduisent par l'existence de zones fragiles. L'étude cible son analyse au périmètre des jeunes médecins généralistes (hors médecins à exercice particulier) s'installant ou exerçant en ambulatoire (libéral, salariés en centre de santé…). Elle est organisée en trois phases : • Phase 1 : Identifier les facteurs d'attractivité des territoires pour les jeunes médecins : • Phase 2 : Établir une typologie des territoires en fonction de leur attractivité : • Phase 3 : Identifier des pistes d'actions et des bonnes pratiques. Cette étude a consisté à dresser une typologie des territoires sur la base d'indicateurs territoriaux, traduisant les facteurs d'attractivité pour les jeunes médecins généralistes. Cette attractivité « théorique « a ensuite été comparée avec l'attractivité « réelle « (flux réels d'installation des jeunes médecins). In fine, ces travaux orientés vers l'action ont également porté sur la définition de pistes d'actions susceptibles d'aider les acteurs locaux à pérenniser ou développer l'offre de soin, en fonction des critères d'attractivité (extrait du préambule).

(2015). Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens. 2 volumes. Paris ONDPS
https ://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-ondps

En France, le système de santé est fondé historiquement sur une gestion différenciée de l'offre de soins : planificatrice et étatisée dans le secteur des établissements de santé (par exemple carte sanitaire et autorisation de lits et d'équipements lourds après 1970, SROS après 1991, etc.), de tradition libérale et conventionnelle dans le secteur de ville. Ainsi, l'essentiel de la régulation de la médecine de ville est réalisé, en amont de l'installation, par le biais des dispositifs qui s'appliquent aux flux d'étudiants (places ouvertes au numerus clausus par UFR à l'issue du concours de fin de première année - PACES - et épreuves classantes nationales - ECN - qui déterminent pour tous les étudiants ayant validé leur second cycle d'études, les postes d'internat ouverts par spécialité et UFR). Les dispositifs qui tendent à organiser l'offre de ville sont beaucoup plus récents et conservent le statut de correctifs incitatifs : il s'agit en particulier de la loi HPST de juillet 2009 qui impose aux nouvelles ARS de définir le maillage pertinent de leur région (les territoires de santé) et d'y organiser les soins de premier recours en ville ou encore le Pacte Santé Territoire de décembre 2012 qui crée les praticiens territoriaux de médecine générale (PTMG). Cette situation a conduit l'Observatoire national de la démographie des professions de santé à s'interroger sur les dispositifs qui, dans quelques pays européens proches, sont destinés à orienter l'installation des médecins en ville. L'étude est complétée, dans un second volume, par des monographies par pays : Allemagne, Belgique, Espagne, Pays-Bas et Royaume-Uni (résumé de l'éditeur)

(2015). Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant. In : [Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale] Paris : Cour des Comptes **:**
https ://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2015

La Cour dresse un bilan décevant des actions entreprises depuis une vingtaine d'années pour réorganiser l'offre de soins, qui reste toujours trop centrée sur l'hôpital (37 % des dépenses de santé). Les modes d'organisation des soins de ville ont peu évolué et les inégalités d'accès à la médecine de ville demeurent fortes. De nouvelles réorganisations s'avèrent indispensables. Le réseau des maternités, restructuré en profondeur depuis la fin des années 90, continue ainsi de présenter des situations vulnérables, notamment en raison de difficultés lourdes de recrutement et de déséquilibres financiers. Quant aux 18 centres de luttes contre le cancer, les fragilités de certains d'entre eux posent la question de leur avenir.

Bouet, P. Et Nicomede, R. C. (2015). Étude comparative des voies de qualification des spécialités médicales. À propos des données 2014 et évolution de 2009 à 2014. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

Le métier de médecin spécialiste nécessite d'avoir sa compétence professionnelle reconnue. En France, c'est l'obtention du diplôme de Docteur en Médecine spécialisée qui atteste de la compétence médicale. Cette spécialité peut aussi être donnée par l'Ordre, en se présentant devant les Commissions ordinales pour l'obtenir. Le rôle des Commissions ne se résume pas à une vérification d'un parcours professionnel. Il faut s'assurer que la connaissance, les savoir-faire, les modes de raisonnement cliniques, les habiletés manuelles et aussi les savoir-faire relationnels, permettent la prise en charge des patients, et ne pas simplement traiter une maladie. Le médecin doit aussi faire preuve d'intérêt pour sa spécialité en s'intégrant dans des groupes de formation. L'objectif de cette étude est de comparer ces différentes voies et de les quantifier par filière et par spécialité.

(2014). Avis sur la coopération entre professionnels de santé. Paris HCAAM
https ://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2014/AVIS/AVIS_PORTANT_SUR_LA_COOPERATION_ENTRE_LES_PROFESSIONNELS_DE_SANTE.pdf

La question de la coopération entre professionnels de santé est au cœur des préoccupations des pouvoirs publics et des acteurs du champ de la santé dans la perspective du renforcement d'une médecine de parcours. A la demande de la Ministre des affaires sociales et de la santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a conduit au cours du premier semestre de 2014 une réflexion sur les modèles cibles pertinents pour mieux organiser une telle coopération, au-delà des expérimentations ou transformations partielles déjà engagées dans le système de santé

(2014). Les flux migratoires et trajectoires des médecins. Situation en 2014. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins
https ://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1akb8r6/flux_migratoires_trajectoires_des_medecins_2014.pdf

Le Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) publie pour la première fois une étude sur les flux migratoires et trajectoires des médecins - situation en 2014, réalisée à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre 2014. Terre d'accueil, la France a toujours attiré beaucoup de médecins mais contrairement aux idées reçues, l'arrivée des médecins nés hors de France et/ou disposant d'un diplôme européen ou extra-européen ne permet pas de régler les problèmes de démographie médicale dans les territoires en tension car la majorité des titulaires de diplômes étrangers (62,4 %) se tournent vers le salariat, en particulier le service public hospitalier.

Bouet, P., et al. (2014). La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale : Étude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité. Paris CNOM
https ://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/pzp6w1/cnomrepartitionmg.pdf

L'objectif principal du rapport l'étude est de répertorier les médecins généralistes, en fonction de l'origine de la qualification et des modes d'exercice, afin de clarifier au mieux la situation des médecins généralistes et d'essayer d'appréhender la cohérence entre la formation et l'exercice, afin de faire évoluer les qualifications de spécialistes pour un très grand nombre de médecins (cf. Résultats). L'objectif secondaire est d'examiner les formations complémentaires déclarées par les médecins généralistes.

5 - Comptes, dépenses et consommation médicale

5.1 Comptes de la protection sociale

(2023). "Comptes de la protection sociale : mise à jour des données définitives pour 2020 et semi-définitives pour 2021". Paris, Drees
https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/305_les-comptes-de-la-protection-sociale/information/

Les Comptes de la protection sociale fournissent, chaque année, une estimation des dépenses et des recettes de protection sociale et de leur évolution, sur un champ couvrant l'ensemble des régimes et des risques de la protection sociale : régimes d'assurance sociale et d'intervention sociale des pouvoirs publics y compris les collectivités territoriales ; régimes d'intervention sociale des institutions sans but non lucratif au service des ménages ; régimes d'employeurs extra-légaux et régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance.

Beru, T., Troy, L. et Didier, M. (2024). "La protection sociale en France et en Europe en 2023". Dossiers de la Drees (127)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/250129_DD_protection-sociale-europe-2023

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une comparaison internationale des dépenses de protection sociale en Europe en 2023. Sept risques sociaux sont distingués : maladie, invalidité, vieillesse survie, famille, emploi, logement et pauvreté exclusion sociale. En 2023, les dépenses pour les prestations de protection sociale représentent en moyenne 26,6 % du PIB dans les pays de l'UE-27 et 31,5 % du PIB en France, avec des écarts marqués entre zones géographiques : les pays du nord et de l'ouest de l'Europe consacrent davantage de ressources à la protection sociale que les pays de l'est de l'Europe. En 2023, les dépenses de protection sociale en euros constants sont quasi-stables (+0,1 %) en moyenne dans les pays européens, après 3,3 % en 2022. Les évolutions demeurent souvent en deçà des tendances observées sur la période 2012-2022 (+1,7 % par an en moyenne dans l'UE 2

Note sur l'état des lieux du financement de la protection sociale". Paris HCFiPS
https://www.securite-sociale.fr/hcfips

Le HCFiPS produit à intervalles réguliers une note présentant l'état des lieux du financement de la protection sociale après le vote des lois financières annuelles.

Marc, C., et al. (2021). "La protection sociale en France et en Europe en 2020 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2021". Panoramas de la DREES. Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/la-protection-sociale-en-france-et-en-0

Ce Panorama retrace les principaux résultats des comptes de la protection sociale français pour l'année 2020, avec une mise en perspective internationale.

(2020). "Compte provisoire de la protection sociale 2019 : un solde excédentaire pour la troisième année consécutive." Etudes Et Résultats (Drees)(1174)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1174.pdf

En 2019, le solde de la protection sociale continue de s'améliorer. Il est excédentaire pour la troisième année consécutive, à +10,7 milliards d'euros. Les ressources comme les dépenses progressent nettement en 2019, respectivement de 2,9 % et 2,7 %. Le montant des ressources s'établit à 823,2 milliards d'euros. Leur structure se modifie : la part des impôts et taxes affectés augmente de 24 % en 2017 à 30 % en 2019, tandis que celle des cotisations diminue de 61 % à 55 %. Cela résulte du transfert entre cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG)

opéré en 2018 suivi, en 2019, de la hausse de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée au financement de la protection sociale, concomitante à la poursuite des allègements de cotisations sociales. Les dépenses s'élèvent à 812,5 milliards d'euros, dont 762,8 milliards de prestations sociales. Celles liées à la santé et aux retraites représentent 80 % du total et restent dynamiques. Les dépenses de lutte contre la pauvreté bondissent en 2019 sous l'effet de la forte revalorisation de la prime d'activité décidée dans le cadre des mesures d'urgence économiques et sociales.

Gonzalez, L., Heam, J. C., Mikou, M., et al. (2019). La protection sociale en France et en Europe en 2017 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2019, Paris : Drees
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cps19.pdf

En 2017, le solde global de la protection sociale redevient excédentaire pour s'établir à 5,2 milliards d'euros, une première après la période de déficits dus aux effets de la crise de 2008. Les ressources de la protection sociale, qui s'élèvent à 779,7 milliards d'euros, progressent plus rapidement qu'en 2016 (+2,8 % en 2017, après +2,2 %), dans un contexte de reprise économique. Les prestations de protection sociale constituent la majeure partie des dépenses (94 %), pour un montant de 727,9 milliards d'euros, soit 31,7 % du PIB. Elles augmentent de 1,8 %, au même rythme qu'en 2016. Cet ouvrage retrace les principaux résultats des comptes de la protection sociale en 2017 en France et les met en perspective avec ceux des autres États membres de l'Union européenne. Il analyse les évolutions récentes des prestations sociales et des ressources les finançant, pour les différents risques sociaux : santé, vieillesse-survie, famille, emploi, logement, pauvreté-exclusion.

➢ Pour les années antérieures consultez

https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/

Lecanu, C. (2019). « Compte provisoire de la protection sociale : le retour à l'excédent de 2017 s'amplifie en 2018. » Etudes Et Résultats (1131)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1131.pdf

D'après les résultats provisoires, le solde de la protection sociale poursuit son redressement en 2018 pour atteindre 11,1 milliards d'euros, après un retour à l'excédent en 2017 (+5,2 milliards d'euros). Les ressources de la protection sociale, malgré un léger ralentissement (+2,4 % après +2,8 % en 2017), restent en effet plus dynamiques que les dépenses. Ces dernières progressent de 1,6 %, à un rythme légèrement plus faible que l'année précédente (+1,8 % en 2017). Le montant des ressources de la protection sociale s'établit à 798,3 milliards d'euros. Celles-ci restent dynamiques, à l'image du marché du travail. La bascule entre cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG) mise en œuvre dans le cadre des mesures dites « en faveur du pouvoir d'achat des actifs « modifie la structure de ces ressources. La part des impôts et taxes affectés augmente, passant ainsi de 24 % en 2017 à 26 % en 2018, tandis que celle des cotisations sociales baisse de deux points entre 2017 et 2018 (61 % contre 59 %).

Corazza, E., et al. (2018/06). « Le déficit de la protection sociale se réduit en France, dans un contexte de reprise économique en Europe. » Etudes Et Résultats (Drees) [1068]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-deficit-de-la-protection-sociale-se-reduit-en-france-dans-un-contexte-de

France, les dépenses de prestations de protection sociale, qui ont fortement progressé en 2009, à la suite de la crise, ralentissent depuis. En 2016, elles augmentent de 1,8 %, quasiment au même rythme qu'en 2015, dans un contexte de légère embellie de l'activité économique. Les prestations santé continuent de ralentir, tandis que la croissance des prestations vieillesse-survie se stabilise, à un rythme modéré, sous les effets de la loi retraite de 2010. De même, en 2016, les dépenses de prestations familiales et de logement sont contenues par les réformes engagées. En revanche, les mesures de 2016 relatives à l'insertion professionnelle et au risque pauvreté-exclusion sociale (la prime d'activité remplace désormais le RSA « activité « et la prime pour l'emploi) soutiennent la progression globale des prestations. Par rapport aux emplois, les ressources progressent à un rythme un peu plus rapide. Par conséquent, le déficit global de la protection sociale continue de se réduire en 2016 et revient à 0,4 milliard d'euros.

Pilorge, C. Et Glotain, M. (2018). « Compte provisoire de la protection sociale : en 2017, le solde redevient positif. » Etudes Et Résultats (Drees) [1093]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/compte-provisoire-de-la-protection-sociale-en-2017-le-solde-redevient-positif

En France, l'année 2017 a été marquée par une croissance du PIB plus élevée qu'en 2016 (+2,8 % en valeur après +1,4 %), le retour de l'inflation (+1,0 %) après deux années très basses, et une baisse du taux de chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) [9,4 % en 2017 en moyenne annuelle, après 10,1 % en 2016]. Les dépenses de protection sociale progressent de manière modérée (+2,1 %), tandis que les ressources sont nettement plus dynamiques (+3,0 %), grâce au contexte économique plus favorable. Ainsi, le solde de la protection sociale s'établit à 6,2 milliards d'euros en 2017 et redevient positif pour la première fois depuis 2008. Les ressources de la protection sociale s'élèvent à 781,3 milliards d'euros en 2017. Leur forte progression s'explique par la nette accélération des cotisations sociales (+3,2 %, après +1,1 %) et des impôts et taxes affectés (+2,6 %, après +0,5 %). Les dépenses de protection sociale atteignent 775,0 milliards d'euros en 2016, dont 728,2 milliards d'euros au titre des prestations de protection sociale. Ces dernières représentent 94 % du total des dépenses. Elles augmentent de 1,9 %, soit un rythme proche de celui de 2016 (+1,8 %).

(2017). Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale. Paris HCFPS
https ://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale

Barnouin, T. Et Domps, A. (2017). « 55 ans de diversification des financements de la protection sociale. » Etudes Et Résultats (Drees) [1002]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/55-ans-de-diversification-des-financements-de-la-protection

Depuis 1959, les recettes de la protection sociale ont plus que doublé en proportion de la richesse nationale, passant de 16 à 34 points de PIB en 2015. Leur structure s'est également fortement modifiée : la part des impôts et taxes affectés (ITAF), au premier rang desquels se trouve la contribution sociale généralisée (CSG), a nettement augmenté. Cela a diminué d'autant la part des cotisations sociales - qui demeurent néanmoins la première ressource du système - et des

contributions publiques. Ainsi, les ITAF représentent 24,5 % des ressources en 2015 (contre 0,4 % en 1968, à la date de leur création), tandis que la part des cotisations sociales a été ramenée de 77 % en 1959 à 61 % en 2015.

Lefebvre, E. (2017). Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale. Paris HCFPS
https ://www.strategie.gouv.fr/publications/perimetres-depenses-de-protection-sociale-comparaison-internationale

Le débat public fait fréquemment appel aux comparaisons entre pays des niveaux de dépenses de protection sociale et de la part que ces dernières représentent en termes de dépenses publiques voire de prélèvements obligatoires. Les données publiées par l'OCDE et par Eurostat – qui sont issues, pour la France, de la comptabilité nationale et des comptes de la protection sociale établis par la Drees – sont souvent mobilisées à cette fin, mais parfois à mauvais escient. Le rapport du HCFiPS vise à mieux éclairer le contenu et la portée de ces données, mais aussi à en montrer les limites lorsqu'elles sont utilisées « trop rapidement « à des fins de comparaison internationale, dans un contexte où les évolutions de la protection sociale ont, en France comme dans d'autres pays, eu tendance à estomper ou à brouiller les frontières institutionnelles.

Mikou, M., et al. (2017). La protection sociale en France et en Europe en 2015 : résultats des comptes de la protection sociale, Paris : DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/la-protection-sociale-en-france-et-en-europe-en-2015-resultats

En 2015, les prestations sociales s'élèvent à 701,2 milliards d'euros, soit 32,0 % du PIB. Entre 2014 et 2015, elles augmentent de 1,6 %, soit le rythme de croissance le plus bas observé depuis 1959. En effet, après avoir progressé, entre 1959 et 1981, de 6,9 % par an, elles ont crû, entre 1981 et 2007, de 2,8 % par an, puis de 3,4 % par an entre 2007 et 2009 avant de ralentir à 1,8 % par an depuis 2009. Les ressources de la protection sociale croissent, elles, de 1,7 % en 2015, marquant ainsi un ralentissement par rapport aux années antérieures, lié à la stagnation des impôts et taxes affectés. Cet ouvrage présente les principaux résultats des comptes de la protection sociale en France en 2015, et en analyse les évolutions récentes. Les dépenses sociales sont mises en perspective et comparées avec celles des pays de l'Union européenne. Outre des fiches enrichies sur les prestations et les ressources, cette nouvelle édition décrit également la vision qu'ont les Français du système de protection sociale à partir du baromètre d'opinion de la DREES.

➢ Pour les données antérieures, consultez le site : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/recherche?f%5B0%5D=content_type%3A2&f%5B1%5D=themes%3A76

Mikou, M. Et Barnouin, T. (2016). « Compte provisoire de la protection sociale : une baisse du déficit en 2015. » Etudes et Résultats (Drees) [983]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/compte-provisoire-de-la-protection-sociale-une-baisse-du-deficit

En France, l'année 2015 a été marquée par une croissance du PIB plus élevée qu'en 2014 (+1,9 % en valeur, après+1,2 %), accompagnée d'une inflation nulle et d'une hausse du nombre de chômeurs indemnisés. Dans ce contexte économique toujours dégradé, les dépenses de

protection sociale progresseraient de 1,4 %, soit un rythme moindre que le PIB, tandis que l'évolution des ressources s'en approcherait (+2,0 %). De ce fait, selon ces premières données provisoires, le déficit de la protection sociale se résorberait de moitié en 2015 par rapport à 2014.

(2015). Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus. Paris HCFPS
https ://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-sur-limpact-de-la-protec.html

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a engagé au cours de l'année 2015 des travaux sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution territoriale des revenus. Le présent rapport restitue ces travaux, autour d'une part de développements centraux qui décrivent la répartition régionale et départementale des prestations et des prélèvements de protection sociale, et s'efforcent d'identifier les effets redistributifs qu'elle induit sur les revenus des ménages entre territoires, et d'autre part d'éclairages complémentaires de certains comportements ou mécanismes qui agissent sur la localisation des personnes et des activités, et par suite sur la distribution territoriale des revenus.

Mikou, M. Et Barnouin, T. (2015). « Compte provisoire des prestations de protection sociale en 2014 : première estimation. » Etudes Et Résultats (Drees) [941]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_941.pdf

Le montant servi au titre des prestations de protection sociale s'élèverait, selon des premières données provisoires, à 688,9 milliards d'euros en 2014, augmentant ainsi de 2,5 %, soit un rythme moins dynamique que celui constaté sur la période récente. Seule la dynamique des prestations relatives aux risques santé et maternité (36 % du total) serait plus soutenue en 2014 qu'en 2013. Le rythme de croissance des dépenses du risque vieillesse-survie (46 % du total des prestations de protection sociale) serait à l'inverse plus faible sous l'effet d'une inflation atone et de départs à la retraite moins nombreux. Le ralentissement des prestations servies concernerait par ailleurs la majorité des régimes de protection sociale.

(2014). Point d'étape sur les évolutions du financement de la protection sociale. Paris HCFPS
https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/point-detape-sur-les-evolutions.html

Le point d'étape du Haut Conseil du financement de la protection sociale, remis au Directeur du cabinet du Premier Ministre mercredi 5 mars 2014 en réponse à la lettre de saisine du Premier Ministre du 19 décembre 2013 sur les évolutions du financement de la protection sociale, comprend une note de cadrage et sept éclairages plus détaillés. Ce document aborde les questionnements suivants : les évolutions des principaux indicateurs économiques, du coût du travail et du financement de la protection sociale : le détachement des travailleurs au sein de l'Union européenne et ses incidences en termes de compétitivité : l'éventail des scénarios d'évolution possible du financement de la protection sociale : l'impact économique des réformes du financement de la protection sociale : les résultats de simulations macro-économiques « test « : l'analyse comparée, au regard d'un éventuel rapprochement, du crédit d'impôt « compétitivité-emploi « (CICE) et des allégements généraux de cotisations sociales sur les bas salaires : les voies d'un accroissement de la progressivité des prélèvements sociaux acquittés par

les ménages. Ce point d'étape comporte également les contributions des membres du Haut Conseil du financement de la protection sociale qui ont souhaité exprimer leurs souhaits d'approfondissement de ces conclusions préliminaires dans la suite des travaux du Haut Conseil.

(2014). Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale. Paris HCFPS
https ://www.strategie.gouv.fr/publications/perspectives-de-financement-moyen-long-terme-regimes-de-protection-sociale

Le Haut conseil du financement de la protection sociale a travaillé durant toute l'année 2013 sur les conditions de l'équilibre financier à moyen - long terme de la protection sociale. Ce rapport, fruit de ses travaux, présente la méthodologie des projections réalisées, en explicitant les hypothèses associées aux différents scenarios macroéconomiques retenus, en discutant le sens des hypothèses conventionnelles dites de législation inchangée qui leur servent de référence, notamment au regard de la question, cruciale à long terme, des règles de revalorisation des diverses prestations, et en précisant les actualisations apportées aux projections diffusées par le COR et le HCF à la fin 2012 et au début 2013, afin de prendre en compte la révision des hypothèses économiques à court terme, ainsi que les mesures adoptées par le Parlement concernant notamment les retraites, la politique familiale et les recettes de la protection sociale. Il présente ensuite les résultats de ces projections « à législation inchangée « , pour les grandes catégories de risques sociaux et les sous-secteurs des administrations publiques, sur la période 2011-2060.

5.2 COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE

Les chiffres clés de la Sécurité sociale Paris : Ministère chargé de la santé
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/chiffres-cles

(2024). "Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2023, prévisions 2024 et 2025". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2024/CCSS-octobre%202024.pdf

En application de l'article LO. 111-6 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de l'année, y compris le rapport mentionné à l'article LO 111-4 et les annexes mentionnées à l'article LO 111-4-1, est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le premier mardi d'octobre. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a été déposé le vendredi 11 octobre. Le présent rapport couvre l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et le fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi que la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Il tient compte de la révision du scénario macroéconomique par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025. En revanche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde ne prennent pas en compte les mesures du projet de loi de financement. Retour sur l'évolution de l'ONDAM entre 2019 et 2023 Analyse de l'activité hospitalière après la crise sanitaire Fonctionnement et financement des MDPH.

(2024). "Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2023, prévisions 2024". Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2024/CCSS-mai%202024.pdf

La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) présente les comptes 2023 de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), dont le déficit a été réduit à 10,8 Md€, après 19,7 Md€ en 2022. Elle a par ailleurs actualisé la prévision de déficit pour 2024, qui atteindrait 16,6 Md€. Le marché du médicament en 2023 Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) Panorama des participations forfaitaires et des franchises médicales L'offre à destination des personnes en situation de handicap

➢ Pour les années antérieures, consultez : https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

(2024). Sécurité sociale : Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Paris Cour des Comptes
https ://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2024

➢ Pour les années antérieures, changer la date dans le lien.

Cour des Comptes. (2022). Certification des comptes du régime général de Sécurité sociale et du CPSTI : Paris Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/certification-des-comptes-2021-du-regime-general-de-securite-sociale-et-du-cpsti

La Cour certifie avec réserve les comptes 2021 des cinq branches de prestations du régime général - dont, pour la première fois, la 5e branche autonomie nouvellement créée -, et refuse de certifier les comptes 2021 de l'activité de recouvrement (réseau des Urssaf) et du conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI). Après les avoir minorés en 2020, le traitement comptable des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants majore de 6,7 Md€ les produits 2021 des organismes sociaux, dont 5 Md€ pour les branches du régime général et 1,2 Md€ pour le CPSTI..

➢ Pour les années antérieures, changer la date dans le lien.

Cour des Comptes. (2022). "La protection sociale des travailleurs indépendants à la suite de la suppression du RSI : des objectifs globalement atteints, de nouvelles évolutions à envisager". In : [La sécurité sociale. In : [Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale.]. Paris : Cour des comptes : 324-354
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2022

Haut Conseil des Finances Publiques (2022). "Avis relatif aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2023". Paris : HCFP
https://www.hcfp.fr/liste-avis/avis-ndeg2022-4-lois-de-finances-2023

Vanlerenberghe, J. M. (2017). Rapport d'information sur la situation des finances sociales. Paris Sénat
https ://www.senat.fr/rap/r16-635/r16-6351.pdf

Ce rapport d'information de la Commission des affaires sociales du Sénat fait le point sur la situation des finances sociales, en complément du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, publié en juillet 2017, sur les perspectives 2017 des comptes de la sécurité sociale. Le rapport évoque deux périmètres différents : celui, en comptabilité nationale, des administrations de sécurité sociale (ASSO), qui sert à apprécier le respect des engagements européens et qui comprend la sécurité sociale mais aussi les retraites complémentaires, l'assurance chômage ou encore la CADES : celui, en comptabilité générale de la Sécurité sociale, qui recoupe le périmètre du projet de loi de financement examiné chaque automne.

Veran, O. et Hurton, G. (2017). Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. Rapport d'information : 965. Paris Assemblée nationale : Paris La documentation française
https ://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000628-rapport-d-information-depose-par-la-commission-des-affaires-sociales-sur-la-mise ?xtor=EPR-526

Le rapport d'évaluation sur la mise en application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 souligne une amélioration sensible du nombre de textes réglementaires publiés par rapport à l'année précédente : sur les 70 textes d'application, 28 ont été publiés, soit 40 %. Parmi les textes attendus : 17 décrets en Conseil d'État, 18 décrets simples, et 7 arrêtés. Une grande partie devrait être concrétisée au cours du dernier trimestre ou début 2018 (portant sur le recouvrement des créances alimentaires impayées par les CAF, la rénovation du financement des établissements de santé, le financement des activités de médecine ou de SSR des hôpitaux de proximité, …).

(2016). Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017. Paris Ministère chargé de la Santé **:**
https ://www.assemblee-nationale.fr/14/projets/pl4072.asp

Ce dossier présente le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 et ses annexes :les programmes de qualité et d'efficience, Objectifs et moyens des organismes de Sécurité sociale : Mise en œuvre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 : Mesures de simplification : Recettes, dépenses et solde des régimes par catégorie et par branche : Présentation des mesures d'exonérations de cotisations et contributions et de leurs compensations : Relations financières entre la sécurité sociale et les autres administrations publiques : ONDAM et dépense de santé : Les comptes du FSV, de la Cades, du FRR, de la CNSA, du Fonds CMU et des organismes ou fonds financés par des régimes obligatoires de base, impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 sur les comptes et les besoins de trésorerie : Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi.

(2014). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2015. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'assurance maladie. Paris Cnamts
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/rapport-propositions-assurance-maladie-charges-produits

Le projet de rapport sur les charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2015, qui inspire bien souvent le gouvernement dans la rédaction du PLFSS (Projet de loi de financement pour la Sécurité sociale), présente dans son second volet, 25 propositions chiffrées, soit pas moins de

2,86 milliards d'euros d'économies afin de respecter le rebasage de l'Ondam 2014 dans le cadre du PLFRSS pour 2014.

5.3 COMPTES DE LA SANTE

Didier, M., Lefevbre, G. (2024). "Les dépenses de santé en 2023- Résultats des comptes de la santé". Panorama de la Drees. Paris : Drees

Ce Panorama présente les comptes de la santé, quantification de l'ensemble des dépenses de santé à l'échelle nationale, en analyse les résultats en 2023, et les replace dans une perspective internationale.

➢ Pour les années antérieures consultez

2019 : https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019

2018 : https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018

2017 : https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2016-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2017

Heam, J. C., Mikou, M., Ferreti, C., et al. (2019). Comparaisons internationales du reste à charge des ménages. Les dépenses de santé en 2018 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2019., Paris : Drees **:** 118-119.
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019

Les comptes de la santé 2018 mettent en évidence que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 203,5 milliards d'euros. Elle progresse moins vite en 2018 qu'en 2017 (+1,5 % après +1,7 %), du fait du net ralentissement des soins hospitaliers. La Sécurité sociale finance 78,1 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), 13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,0 % en 2018. Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

(2018). « Comparaisons internationales du reste à charge des ménages ». In : [Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018.] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 132-133.
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018

Cuvilliez, J., et al. (2018/09). « Les dépenses de santé enregistrent une faible croissance en 2017. » Etudes Et Résultats (Drees) [1076]

https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-depenses-de-sante-enregistrent-une-faible-croissance-en-2017

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 199,3 milliards d'euros, soit 8,7 % du PIB, en léger repli par rapport à 2016. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après +2,0 % en 2016), en raison du ralentissement des soins hospitaliers. La CSBM est financée à 77,8 % par la Sécurité sociale. Cette part a progressé de 0,2 point en moyenne par an entre 2008 et 2017, notamment sous l'effet de la hausse du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur, elle-même liée au vieillissement de la population. La part du reste à charge des ménages dans la CSBM poursuit son mouvement de baisse régulière pour s'établir à 7,5 % en 2017, après 7,6 % en 2016. C'est en France que le reste à charge des ménages est le plus faible de l'OCDE. La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programme de santé public – a été estimée sur la base de l'ensemble des dépenses des régimes d'assurance maladie. Elle représente au moins 9,1 milliards d'euros de dépenses au sein de la CSBM en 2016, dont environ 42 % sous forme de médicaments. Elle s'ajoute aux 5,8 milliards d'euros de dépenses de prévention institutionnelle, non comptabilisées dans la CSBM. En France, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) – qui recouvre la CSBM majorée notamment des dépenses de soins de longue durée et des subventions au système de soins– s'établit à 11,5 % du PIB en 2016, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'UE–15. Les dépenses de santé repartent à la hausse dans l'UE–15, mais de manière modérée (+1,8 % de 2013 à 2016).

Grangier, J. Et Ngouana, U. (2018). Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016. In : [Les dépenses de santé en 2017 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2018] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 156-166
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2017-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2018

Soual, H. (2017). Les indices de prix de la santé. Panorama de la Drees Santé. Paris Ministère chargé de la Santé **:** 154-161
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la drees/article/les-depenses-de-sante-en-2016-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2017

En dix ans, le prix de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a peu varié, retrouvant en 2015 son niveau de 2005. Cette relative stabilité tient à la baisse du prix des médicaments qui compense les hausses de prix des autres postes. Dans un contexte où de coûteuses innovations thérapeutiques voient le jour, le recul du prix des médicaments fait l'objet de débats, plus spécifiquement, le partage entre évolutions des prix et des volumes. Deux familles d'indices coexistent en effet : l'indice de prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE, et les indices de la CNAMTS. Différant en termes de champ, de sources et de méthodologie, elles sont pourtant complémentaires. Sur le champ des soins ambulatoires (soins de médecins, médicaments, transports…), les comptes de la santé utilisent l'IPC qui couvre la totalité de la dépense, y compris les dépassements et la dépense non remboursable. Pour la plupart des postes, la qualité des données issues des feuilles de soins de l'assurance maladie permet un suivi fin des prix. Toutefois, il n'existe pas encore de codage affiné pour les actes paramédicaux. Certaines hausses de prix sur ce poste ne sont ainsi pas décelables dans les données dont dispose la statistique publique. Sur le champ des médicaments se pose la question du coût de l'innovation.

Lors de l'apparition d'une nouvelle spécialité, l'intégralité de la hausse de prix facial est comptabilisée comme une amélioration de la qualité donc une hausse du volume, en l'absence d'une méthodologie permettant de distinguer l'effet qualité de la pure hausse de prix.

Le Garrec, M.-A. Et Bouvet, M. (2014). « Les Comptes nationaux de la santé en 2013. » Etudes Et Résultats (Drees) [890]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2013

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 247,7 milliards d'euros en 2013, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB) en base 2010. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en représente les trois quarts et atteint 186,7 milliards d'euros. Elle s'établit à 8,8 % du PIB en 2013, contre 8,7 % en 2012. Sa progression en valeur reste sensiblement inférieure à 3 % pour la quatrième année consécutive. En particulier, le recul de la consommation de médicaments, imputable à la faible croissance de leur volume conjuguée à la baisse des prix, contribue négativement à la croissance de la CSBM. En 2013, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale atteint 76,0 % et celle prise en charge par les organismes complémentaires 13,8 %. Quant au reste à charge des ménages, il s'établit à 8,8 %, en recul de 0,2 point par rapport à 2012.

5.4 COMPTES DE LA DEPENDANCE

Cnsa (2024). Chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2024. Paris : Cnsa
https://www.cnsa.fr/publications/chiffres-cles-de-laide-lautonomie-2024

Vigneau, M. (2024).Soutenir l'autonomie : les besoins et leurs financements. Paris, Cese
https://www.lecese.fr/travaux-publies/soutenir-lautonomie-les-besoins-et-leurs-financements

La France va devoir faire face au vieillissement de sa population. A celui-ci peut être associée la perte d'autonomie : se trouve dans cette situation toute personne confrontée à un problème de santé qui lui impose d'être aidée pour l'accomplissement des besoins essentiels de la vie. Ces deux composantes – une ou plusieurs limitations, la nécessité d'une aide – font, en France, écho aux critères de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Sur 17,5 millions de personnes de plus de 60 ans, plus de 1,3 million perçoivent l'APA. Un peu moins de 60 % des bénéficiaires de cette allocation vivent à leur domicile. Les autres résident en établissement. La perte d'autonomie est un risque auquel sera confronté l'ensemble de la population. Elle doit trouver une réponse dans le cadre de la Sécurité sociale, au sein de la cinquième branche, portée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Pour le CESE, il ne faut pas se limiter aux aspects techniques et financiers de cette création : la cinquième branche doit, au même titre que la maladie, la famille, la vieillesse ou les accidents du travail et maladies professionnelles, couvrir ce risque selon les principes de la Sécurité sociale, en ouvrant donc logiquement et légitimement des droits sociaux

Domergue, L. et Rehor, P. (2023). "L'accompagnement de la perte d'autonomie : une politique publique en déshérence ?", Fondation Jean Jaurès Editions

https://www.jean-jaures.org/publication/laccompagnement-de-la-perte-dautonomie-une-politique-publique-en-desherence-diagnostic-et-propositions/

Avec le vieillissement de la population française, mais aussi les problématiques spécifiques des personnes handicapées ou de celles atteintes de maladies rares, la question de la prise en charge de la perte d'autonomie devra être posée de manière globale, en intégrant tous les aspects de cet enjeu citoyen majeur : le financement bien sûr, mais aussi la place des aidants, le défi des ressources humaines, etc. Dans ce rapport, Luc Domergue et Pavel Rehor formulent différentes propositions, de portée immédiate, pour faire de la perte d'autonomie la priorité des politiques publiques dans les prochaines années. Table des matières : - Introduction ; - Un enjeu tardivement pris en compte mais des insuffisances persistantes sur le terrain ; - Un sujet indiscutablement pris en compte par les pouvoirs publics mais sous l'angle exclusif de la « gestion de crise » ; - Des efforts financiers incontestables mais non suffisants ; - Une nécessaire évolution dans la prise en charge de la perte d'autonomie ; - Des conditions d'accès et aux informations quant à la prise en charge de la perte d'autonomie complexes face auxquelles des initiatives émergent ; - Propositions concrètes pour faire face aux enjeux de la prise en charge de la dépendance ; - Conclusion - Annexe : solution solidaire et transparente de prise en charge de la perte d'autonomie proposée par France Assureurs et la FNMF

Gannon, et al. (2021) Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ? In : [L'économie européenne]. Paris La Découverte
http://ses.ens-lyon.fr/articles/vivre-longtemps-et-risque-de-perte-dautonomie-quelles-politiques-publiques-en-europe#section-2

Roussel, R. (2017). « Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060. » Etudes Et Résultats (Drees) [1032]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/personnes-agees-dependantes-les-depenses-de-prise-en-charge-pourraient-doubler

Tous financeurs confondus, les dépenses de prise en charge des personnes âgées dépendantes représentent 30,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,40 point de PIB. Plus des trois quarts de ce montant (23,7 milliards d'euros, soit 1,11 point de PIB) sont financés par les pouvoirs publics. Évaluée dans une optique de surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses de santé, de prise en charge de la perte d'autonomie et d'hébergement.

HCFEA (2021). Comparaison des coûts de prise en charge d'une personne en perte d'autonomie selon le lieu de vie (Domicile ou Ehpad) ; Paris : HCFEA
https://www.hcfea.fr/spip.php?rubrique11

Dans une note rendue publique fin novembre, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge analyse le coût de la prise en charge selon le lieu de vie des personnes âgées dépendantes. Qu'il s'agisse de l'État ou des ménages, le domicile présente la solution la moins onéreuse, à quelques exceptions près.

Bozio, A., et al. (2016). « Quelles politiques publiques pour la dépendance ? » Notes du Conseil d'Analyse Economique (Les) [35]
https ://www.cae-eco.fr/IMG/pdf/cae-note035v2.pdf

L'action publique en direction des personnes dépendantes doit concilier des objectifs en partie contradictoires : améliorer la qualité de services de prise en charge, offrir une couverture efficace et équitable du risque de dépendance, maîtriser les dépenses publiques. La loi d'Adaptation de la Société au Vieillissement (ASV), entrée en vigueur le 1er janvier 2016, apporte des avancées en la matière. Cette nouvelle note du CAE identifie des pistes d'action complémentaire pour diversifier l'offre de prise en charge, améliorer sa régulation et pour renforcer l'efficacité des financements

Renoux, A., et al. (2014). « Le compte de la dépendance en 2011 et à l'horizon 2060. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [50]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/le-compte-de-la-dependance-en-2011-et-lhorizon

En 2011, les dépenses publiques de prise en charge de la perte d'autonomie ont atteint 21,1 milliards d'euros, soit 1,05 point de PIB. Évaluée dans une optique ciblée sur le surcoût de la dépendance, cette somme recouvre les dépenses au titre des dépenses de santé (pour 11,0 milliards d'euros), de prise en charge médico-sociale (8,0 milliards d'euros) et de l'hébergement (2,1 milliards). En incluant les sommes à la charge des ménages, la dépense totale atteindrait 28,3 milliards en 2011, soit 1,41 % du PIB. À l'horizon 2060, la prise en charge publique de la perte d'autonomie s'élèverait dans le scénario intermédiaire étudié à 35 milliards d'euros en valeur équivalente de 2011, soit 1,77 point de PIB. Cet accroissement, continu sur la période de projection, serait plus marqué entre 2025-2040 du fait de la démographie. Pour estimer la sensibilité des résultats à différentes hypothèses macro-économiques, démographiques ou d'indexation, plusieurs scénarios ont été simulés. Si les résultats ne sont pas sensibles en part de PIB aux hypothèses macro-économiques retenues, ils le sont en revanche aux hypothèses démographiques et législatives. Les hypothèses d'indexation des différentes aides sociales et fiscales dont bénéficient les personnes âgées dépendantes ont en effet une influence marquée, non sur le montant global, mais sur la répartition de la dépense entre financeurs publics et ménages. (R.A.).

5.3 DEPENSES DE SANTE, CONSOMMATION MEDICALE

5.31 Données de la CNAMTS

Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Rapport sur les charges et produits de l'assurance maladie. Paris Cnam
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/rapport-propositions-assurance-maladie-charges-produits

Chaque année, l'Assurance Maladie présente au Gouvernement et au Parlement ses propositions relatives à l'évolution des charges et produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. À partir d'analyses réalisées sur l'évolution des dépenses et des pratiques, et en s'appuyant sur les recommandations françaises et internationales, le rapport Charges et produits présente des propositions et des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité et l'efficience des soins, et à optimiser les dépenses de santé.

Cartographie des pathologies et dépenses. Paris Cnamts
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie

Description synthétique des pathologies prises en charge par le système de santé et poids des dépenses correspondantes. Cette cartographie médicalisée a comme objet de quantifier, à partir des données du Sniiram et du PMSI, quelles sont les pathologies ou les traitements les plus fréquents et les dépenses associées. Elle permet de révéler des tendances durables comme le nombre croissant de malades ayant une ou plusieurs pathologies chroniques. Elle permet également d'apprécier le poids des innovations thérapeutiques sur le coût de certaines pathologies ou d'évolutions dans la prise en charge des patients, du fait du virage ambulatoire, par exemple.

Tableaux statistiques sur les dépenses d'assurance maladie
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/donnees/liste-complete-tableaux-statistiques

Présentation de toutes les séries de données de type tableaux, fiches, cartes produites par l'Assurance Maladie et la branche risques professionnels.

(2018). Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Paris Cnamts
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2018-sante-travail-affections-psychiques

Selon cette étude, plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en 2016 au titre des accidents du travail. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ 1,6 % des accidents du travail avec arrêt. Si l'on retient également tous les accidents dont les circonstances décrites dans les déclarations d'accident du travail rédigées par l'employeur s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des TPS, ce sont quelques 10 000 cas supplémentaires qu'il faut rajouter à ce décompte, soit au total près de 20 000 AT représentant 3,2 % des accidents du travail. Une affection psychique peut également être reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans. Ce rapport estime le coût pour la branche AT/MP à environ 230 M€ en 2016.

Blanchoz, J. M. Et Bouchet, A. (2018). « Le secteur de la biologie médicale en 2016. » Points De Repère (51)
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere

Cette étude se veut un instantané abordant tous les aspects du secteur de la biologie médicale en réunissant les différentes sources de données. Elle présente successivement l'organisation juridique et territoriale du secteur, une analyse de la régulation et des dépenses, enfin, l'accent est porté sur les profils des consommants, des actes et des prescripteurs.

(2016). « Les dispositifs médicaux inscrits à la LPP : situation et évolution 2010-2014. » Points de Repère (45)

https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere

Avec 5,1 milliards d'euros présentés au remboursement et une croissance annuelle moyenne de l'ordre de 6 % entre 2010 et 2014, les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), hors dispositifs implantables constituent un poste de dépense important, très hétérogène et souvent mal connu (encadré 2). Aussi, ce fascicule est l'occasion de se pencher sur les catégories qui composent la LPP, de décrire les postes présentant les dépenses les plus importantes ou des dynamiques particulières. Dans la lignée de l'analyse faite en 2008, il a pour objet de donner un éclairage sur ces prestations : description de celles-ci et évolution des montants associés. La décomposition des différents facteurs de croissance met par ailleurs en exergue un effet volume prédominant dans ce secteur où les effets prix (à la baisse) sont paradoxalement relativement limités.

Bouchet, A. (2015). « Les dépenses d'optique médicale en 2014. » Points de Repère (43)
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere

Bien que l'Assurance Maladie rembourse très peu les équipements d'optique médicale 1, son système d'information, le Sniiram (système national d'informations interrégimes de l'Assurance Maladie), permet d'obtenir des informations sur les équipements délivrés et leurs prix. À travers les données de l'Assurance Maladie, ce Points de repère s'intéresse donc aux taux de recours aux équipements d'optique, aux prix de ces équipements, à la croissance des dépenses d'optique ainsi qu'à la structuration du marché entre opticiens.

Expert, A., et al. (2014). « Facteurs d'évolution des séjours hospitaliers MCO entre 2009 et 2011. » Points de Repère (42)
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere

➢Pour accéder aux dernières statistiques de la CNAMTS, consultez : https ://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php

5.32 Données de l'Irdes

Minery, S. et Or, Z. (2024). "Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne". Paris, Irdes (Les rapports de l'Irdes 590)
https://www.irdes.fr/recherche/2024/rapport-590-comparaison-des-depenses-de-sante-en-france-et-en-allemagne.html
https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-290-comparaison-des-soins-ambulatoires-en-france-et-en-allemagne.html

L'Allemagne est le berceau de l'assurance maladie sociale, le premier régime d'assurance maladie, introduit par le chancelier allemand Otto von Bismarck à la fin du XIXe siècle. Si la

France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Le modèle allemand est caractérisé, d'une part, par la coexistence de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie privée substitutive, qui fournissent ensemble une couverture universelle, et, d'autre part, par une gouvernance décentralisée, donnant un pouvoir de décision important aux organismes corporatistes : associations de caisses d'assurance maladie, d'hôpitaux, de médecins, de psychothérapeutes et de dentistes. En France, malgré une gouvernance très centralisée, l'organisation et le financement des soins restent segmentés. Les dépenses de santé en Allemagne et en France sont parmi les plus élevées au monde derrière les Etats-Unis : respectivement, 12,7 % et 12,1 % du Produit intérieur brut (PIB) en 2022. Cette étude comparative des dépenses de santé apporte un éclairage nouveau sur la structure des dépenses de santé dans les deux pays, à partir de données comparables sur les prix et les volumes de soins. En évaluant les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les volumes et les prix des soins de santé, elle identifie également des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

Pichetti, S. (2024). "Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(293):

Penneau, A. et Or, Z. (2023). "Les inégalités territoriales de financement et d'accessibilité des soins médico-sociaux : quel impact sur les dépenses de santé des seniors ?" Questions d'Economie de la santé (Irdes)(279)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/293-financement-et-accaux-aides-auditives-en-europe.pdf

Le niveau d'offre et de financements médico-sociaux varie fortement en fonction de l'attractivité des territoires et des politiques locales. L'accessibilité aux soins médico-sociaux est donc inégale en fonction du lieu de résidence des seniors. Cette étude analyse ces inégalités territoriales et mesure leurs liens avec les dépenses de santé des seniors en se concentrant sur une population qui a des besoins de soins multiples, les personnes atteintes de la Maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés (Masa). En France, une personne âgée de 75 ans et plus sur quatre vit dans une zone faiblement dotée en termes d'offre médico-sociale à domicile et en établissement. Toutes choses égales par ailleurs, les dépenses d'hospitalisation des patients atteints de Masa sont plus élevées et les dépenses ambulatoires plus faibles dans les territoires moins dotés en offre médico-sociale et dans les départements dont les financements de l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa) sont les plus limités. Ces résultats confirment que la politique médico-sociale des départements et le niveau d'accessibilité locale de l'offre médico-sociale sont des éléments déterminant la capacité des territoires à réduire les hospitalisations et favoriser une prise en charge en ville des seniors atteints de maladies neurodégénératives.

Or, Z., et al. (2022). "Soutenabilité et résilience du système de santé français." Document de travail, 88
https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/088-soutenabilite-et-resilience-du-systeme-de-sante-français.pdf

La soutenabilité d'un système de santé est sa capacité à maintenir ses fonctions essentielles en résistant aux stress internes et externes, notamment les défis économiques, épidémiologiques et environnementaux auxquels il doit faire face. La résilience d'un système de santé est sa capacité

à prévenir, absorber, s'adapter et rebondir face à une crise tout en minimisant les impacts négatifs sur la santé de la population, les services de santé et l'économie en général. Dans ce rapport, nous considérons la pandémie de Covid-19 comme un événement critique permettant d'évaluer la résilience et la soutenabilité du système de santé français dans ses cinq fonctions clés : gouvernance, financement, gestion des ressources humaines, approvisionnement en médicaments et technologies de santé, et organisation de l'offre de soins. La pandémie de Covid-19 a été révélatrice d'un certain nombre de faiblesses structurelles du système de santé français, mais elle a également provoqué des changements qui ont contribué à améliorer sa résilience… (résumé d'auteur).

Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2022). "Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)." Questions d'Economie de la santé (Irdes)(271):
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/271-profils-de-consommation-de-soins-et-couverture-complementaire-des-beneficiaires-de-l-allocation-aux-adultes-handicapes.pdf

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social qui assure un revenu de 956 € par mois aux personnes en situation de handicap âgées de plus de 20 ans, compte 1,2 million de bénéficiaires en France. Moins couvertes que la population française (96 %), 87 % de ces personnes ont une complémentaire santé en 2018, mais seulement 11 % en disposent par la Couverture maladie universelle (CMU), et 13 % par l'Aide à la complémentaire santé (ACS) [Cabannes, 2022]. Depuis 2019, la Complémentaire santé solidaire (CSS) a pris le relais de ces dispositifs afin d'accroître la diffusion de la couverture publique et compte tenu de leurs ressources, les bénéficiaires de l'AAH sont le plus souvent éligibles à la CSS avec participation financière. Pour autant, le non-recours persiste. Pour identifier les caractéristiques des personnes ne profitant pas du bénéfice de cette couverture, cette étude se focalise sur la population exhaustive des 35 000 bénéficiaires de l'AAH restés dans le dispositif entre 2014 et 2018 sans jamais bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si cette population ne représente que 3 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, elle a des spécificités et est potentiellement exposée à un risque de reste à charge important.

Safon, M. O. (2020). Les restes à charge ou les dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger : bibliographie thématique, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-restes-a-charge-ou-les-depenses-de-sante-catastrophiques-en-france-et-a-l-etranger.pdf

Même si la plupart des pays de l'OCDE tendent à développer des dispositifs de couverture maladie universelle à destination des usagers vulnérables ou exposés à des dépenses de santé élevées, nombre de ces pays connaissent néanmoins des restes à charge ou dépenses de santé catastrophiques. L'objectif de cette bibliographie est donc de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels…) sur les restes à charge dans les dépenses de santé pour la période s'étendant de 2006 à décembre 2019.. Les aspects ciblés sont les suivants : Le poids des restes à charge dans les dépenses de santé : Leur rôle dans l'accès et le renoncement aux soins : L'impact de la crise économique de 2008 sur l'évolution du RAC et de l'accès aux soins.

Perronnin, M. (2018). « Pour quels soins et quels patients ? Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie. Enseignements de travaux récents de l'Irdes. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (102) : 24-35
www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp ?clef=159

[BDSP. Notice produite par EHESP 7qR0x9GG. Diffusion soumise à autorisation]. Les restes à charges sont inéquitablement répartis selon l'état de santé, le niveau de vie et le lieu de résidence. Des dispositifs existent pour les patients atteints de maladies chroniques ou les personnes à faible revenu, mais ils ne compensent pas la totalité des dépenses engagées.

Carré B. Et., Perronnin, M. (2018). Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision. Les rapports de l'Irdes : 569. Paris Irdes.
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/569-evolution-de-la-depense-en-part-de-complementaire-sante-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.pdf

Mise en place au 1er janvier 2000, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est gratuite et accessible sous conditions de ressources. Elle vise à lever les barrières financières à l'accès aux soins des plus pauvres, comme l'avance de frais et les restes à charge laissés par l'assurance maladie obligatoire. L'effectif des bénéficiaires de la CMU-C, stable entre 2000 et 2009, a fortement augmenté ensuite, passant de 4,15 millions en 2009 à 5,3 millions en 2015 et 5,6 millions au 31 juillet 2018, en raison d'une conjoncture économique défavorable et de la revalorisation en 2013 des seuils de ressources ouvrant droit au dispositif. Pour autant, les coûts moyens par bénéficiaire liés aux remboursements de la CMU-C, qui évoluaient à la hausse jusqu'en 2012, décroissent ensuite de façon persistante. Comment expliquer cette évolution ? Comprendre et prévoir la dynamique d'évolution de la dépense en part de complémentaire CMU-C sont les objectifs de cette étude. Ainsi, en s'appuyant sur une revue de littérature qui rappelle les spécificités et déterminants des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C, différentes hypothèses sont testées sur les causes de rupture dans l'évolution de cette dépense à partir de données micro-économiques : le Système national des données de santé (SNDS) des individus appartenant à l'échantillon-maître de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) et l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Les résultats montrent que ce sont les différences d'évolution entre la composition des bénéficiaires de la CMU-C - arrivée après 2013 de bénéficiaires ayant un plus faible recours aux soins - et celle de la population générale - dont le vieillissement est plus marqué - qui expliquent l'écart croissant entre ces deux populations. Enfin, un modèle de prévision est estimé sur données macro-économiques.

Penneau, A., et al. (2018). « Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine. » Questions d'économie de la Sante (Irdes) [233]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/233-le-systeme-de-protection-sociale-limite-les-restes-a-charge-lies-aux-soins-des-personnes-qui-recourent-a-l-aide-humaine.pdf

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités du quotidien ont souvent des dépenses de santé élevées. Cette aide est en effet fréquemment associée à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire importants. Pour autant, on ne connaît pas la capacité du système de protection

sociale à limiter le niveau de reste à charge pour cette population. A partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages, les profils des personnes âgées de 20 ans et plus recourant à l'aide humaine et qui vivent à domicile sont analysés en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'état de santé, de dépenses de santé, d'accès aux dispositifs de protection sociale et de restes à charge. Deux populations sont distinguées, les personnes âgées de plus ou de moins de 60 ans dont les caractéristiques et accès aux droits diffèrent. Les personnes âgées de plus de 20 ans sont 4,4 millions à recourir à cette aide, soit 9 % des plus de 20 ans, et leurs dépenses de santé croissent avec l'intensité de leur recours. Leur reste à charge est le double de celui de la population générale mais ne croît pas avec le degré de recours à l'aide humaine. Et si l'Assurance maladie parvient à lisser les restes à charge moyens liés aux dépenses de santé grâce aux exonérations du ticket modérateur, des restes à charge élevés persistent pour des personnes recourant à l'aide humaine avec des consommations de soins spécifiques tels les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en psychiatrie.

Pierre, A., et al. (2018). Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être, Document de travail : 075 Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/075-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Elle s'accompagne d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail. Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture santé par une complémentaire de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'équité et d'efficacité. En effet, non seulement elle exclut de facto la quasi-totalité des individus sans emploi qui sont plus souvent précaires, mais en plus, elle contraint les salariés à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture santé optimal au regard de leurs besoins de soins et de leurs préférences. En mobilisant le cadre théorique de l'utilité espérée, nous proposons dans ce travail de simuler les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population. Nous mobilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de remboursements de l'Assurance maladie à partir desquelles nous élaborons une situation contrefactuelle de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani). Nous tenons compte en particulier des effets indirects que cette réforme devrait induire sur le marché individuel de la complémentaire santé et sur le marché du travail, et mobilisons un indicateur subjectif des préférences des individus vis-à-vis du risque. Les résultats montrent que, lorsque l'on considère que l'Ani induira une augmentation des primes des contrats individuels et une diminution des salaires, le bien-être collectif devrait se réduire. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est en effet contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes couvertes par un contrat individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. La moitié de la population verrait son bien-être se réduire pour seulement 7 % de gagnants. Ce sont les individus les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres et les plus âgés, qui seraient particulièrement concernés par une réduction de leur bien-être.

Safon, M. O. (2017). Les restes à charge ou les dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger. Bibliographie, Paris : IRDES

https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-restes-a-charge-ou-les-depenses-de-sante-catastrophiques-en-france-et-a-l-etranger.pdf

Le système public d'assurance-maladie obligatoire français se caractérise par des restes à charge sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près d'un quart de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015 Ces restes à charge publics sont payés par une assurance-maladie complémentaire privée ou par les ménages. Ces participations financières varient en fonction du type de soins consommés. Elles peuvent être élevées et constituer un frein à l'accès aux soins des populations précaires. Même si la plupart des pays de l'OCDE tendent à développer des dispositifs de couverture maladie universelle à destination des usagers vulnérables ou exposés à des dépenses de santé élevées, nombre de ces pays connaissent néanmoins des restes à charge ou dépenses de santé catastrophiques. L'objectif de cette bibliographie est donc de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels…) sur les restes à charge dans les dépenses de santé pour la période s'étendant de 2006 à février 2017. Le périmètre géographique retenu est celui des pays industrialisés. Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases suivantes : Base bibliographique de l'Irdes, Banque de données santé publique (BDSP), Cairn, Medline et Econlit. Les aspects ciblés sont les suivants : Le poids des restes à charge dans les dépenses de santé : Leur rôle dans l'accès et le renoncement aux soins : L'impact de la crise économique de 2008 sur l'évolution du RAC et de l'accès aux soins.

Safon, M. O. (2016). Projections des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/projections-des-depenses-de-sante-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf

Les projections à moyen et long termes des dépenses publiques, notamment des dépenses de santé, jouent un rôle important dans la conduite des politiques publiques mais également dans la surveillance budgétaire internationale. Élaborer des perspectives d'évolution des dépenses de santé à long terme constitue donc un enjeu important afin de définir les mesures nécessaires pour assurer la soutenabilité des finances publiques. Après une présentation des modèles de projection des dépenses de santé en usage dans les pays de l'OCDE, cette bibliographie recense les principales études portant sur les modèles macroéconomiques pour la période s'étendant de 2008 à octobre 2016. Quelques publications antérieures à la crise économique de 2008 sont néanmoins signalées pour leur méthodologie, ainsi que des études relatives à l'impact du vieillissement sur les dépenses de santé.

Sirven, N. (2016). « Vieillissement, fragilité et dépenses de santé. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [216]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillissement-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des dépenses de santé, la fragilité apparaît comme une notion intéressant tant les professionnels de santé que les politiques de régulation des conséquences du vieillissement. Elle est définie comme une diminution de la résistance de la personne face au stress qui augmente sa vulnérabilité et l'expose à un risque d'accidents, comme les chutes, et d'évolution vers la dépendance. Jusqu'à présent, une partie de l'augmentation des dépenses de santé était souvent attribuée à un effet mécanique de l'âge en

l'absence de la prise en compte de la notion de fragilité dans les analyses multidimensionnelles. Cet effet ne masque-t-il pas des situations individuelles différentes ? La fragilité peut-elle révéler ces différences ? A partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de l'Assurance maladie, nous testons ici l'hypothèse selon laquelle la fragilité est un des déterminants des dépenses de santé individuelles des personnes âgées. L'analyse montre ainsi qu'en 2012, le montant moyen des dépenses de santé ambulatoires des personnes âgées de 65 ans et plus augmente avec le niveau de fragilité (résumé d'auteur).

Perronnin, M. (2016). « Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [217]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/217-restes-a-charge-eleves-profils-assures-et-persistance-dans-le-temps.pdf

En France, les restes à charge des assurés après remboursements de l'Assurance maladie obligatoire représentent en moyenne un quart de la dépense de santé. Ils peuvent cependant s'avérer très élevés pour certains individus et constituer une véritable barrière à l'accès aux soins, a fortiori s'ils se répètent dans le temps. À partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) appariée aux données de consommations de soins sont construits, à l'aide d'une typologie, les profils des 10 % d'individus qui supportent les restes à charge les plus élevés en 2010. Quatre profils sont identifiés en fonction des divers postes de soins consommés, puis décrits selon leurs caractéristiques socio-économiques et leur état de santé. Un premier profil concerne des patients principalement traités en ambulatoire pour des maladies chroniques : un second regroupe les individus plutôt précaires et hospitalisés dans un établissement public : un troisième concerne majoritairement des actifs consommant des soins dentaires et un quatrième profil rassemble plutôt des seniors non hospitalisés. Les résultats montrent enfin que les individus appartenant au premier profil ont le plus de risques de supporter des restes à charges élevés en 2012.

Perronnin, M. (2016). « Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [218]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/218-restes-a-charge-publics-en-ville-et-a-l-hopital.pdf

Le système public d'Assurance maladie obligatoire français se caractérise par des restes à charge sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près d'un quart de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2015 (Beffy et al., 2016). Ces restes à charge publics sont payés par une assurance maladie complémentaire privée ou par les ménages. Ils sont composés d'une superposition de participations financières introduites au fil du temps : tickets modérateurs, forfaits journaliers, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires… Ces participations financières varient en fonction du type de soins consommés, peuvent être élevées et constituer un frein à l'accès aux soins des plus démunis. Dans cette étude, chaque participation financière est étudiée selon sa contribution aux inégalités de restes à charge en fonction du revenu et en distinguant soins de ville et soins hospitaliers de court séjour. Les participations financières à l'hôpital, ticket modérateur et forfait journalier, apparaissent les plus inéquitables. Elles sont en général prises en charge intégralement par les assurances complémentaires, mais 5 % de personnes restent non couvertes par une telle assurance et donc exposées à l'intégralité des restes à charge.

Sirven, N. Et Rapp, T. (2016). Dépenses de santé, vieillissement et fragilité : le cas français. Document de travail Irdes : 71. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/071-depenses-de-sante-vieillissement-et-fragilite-le-cas-francais.pdf
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillissement-fragilite-et-depenses-de-sante.pdf

La fragilité de la personne âgée préfigure un risque d'événements péjoratifs et d'évolution vers la dépendance. L'objectif de ce travail consiste à évaluer le coût économique de la fragilité au travers du surplus de dépenses de santé ambulatoires qu'elle suscite, indépendamment des coûts induits par d'autres pathologies. Nous utilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes, appariées aux remboursements de soins déclarés par les individus. L'échantillon est représentatif de la population des 65 ans et plus vivant en ménage ordinaire en 2012. Un modèle GLM est spécifié avec une forme fonctionnelle exponentielle et une variance des estimateurs de loi Gamma. L'effet de la fragilité est estimé en tenant compte des autres mesures de santé disponibles dans l'enquête (maladies chroniques, limitations fonctionnelles, distance à la mort et un indice composite de plusieurs mesures de santé). Les résultats indiquent que le surcoût associé à la fragilité est d'environ 1 500 €, et de 750 € pour les pré-fragiles. L'introduction de la fragilité contribue à l'amélioration de l'identification des modèles de dépenses de santé quelles que soient les mesures de santé alternatives retenues. La fragilité joue le rôle d'une variable omise. En sa présence, l'âge n'a plus d'effet significativement différent de zéro dans les modèles, ce qui affaiblit l'hypothèse d'un effet du vieillissement démographique sur les dépenses de santé (résumé d'auteur).

Celant, N., et al. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Les rapports de l'Irdes : 556. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est un outil qui explore à l'échelon national (France métropolitaine) les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. La périodicité biennale de l'enquête, son lien avec les données de prestations de l'Assurance maladie et sa dimension longitudinale permettent d'alimenter le suivi et l'évaluation des politiques en santé, d'analyser finement les déterminants du recours aux soins et de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. En 2012, l'enquête ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus. Le rapport décrit les objectifs ainsi que la méthodologie de l'enquête et présente des travaux de recherche s'appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS 2012. Sont explorés les déterminants du don du sang, la mesure de la fragilité des personnes âgées dans les enquêtes ESPS et SHARE et les déterminants de la demande d'assurance du risque de dépendance.

5.33 Données de la Drees

Colinot, N., Debeugny, G., Pollak, C. (2024). “Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019. » Etudes Et Résultats (Drees)1321.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241211_ER_Arrets-Maladie

Cette étude dresse un état des lieux des arrêts maladie indemnisés. Cette étude analyse contractuels de la fonction publique entre 2010 et 2023.

Bithorel, P.L., Reduron, V.(2023). Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?. Etudes Et Résultats (Drees)(1265)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/depenses-de-sante-et-restes-charge-pour-les

La Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) publie une analyse géographique des dépenses de santé et des restes à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Calculées au niveau départemental, ces statistiques sont issues de la base restes à charge (base RAC) de la DREES sur l’année 2018, qui contient l’exhaustivité des dépenses de santé et RAC AMO des patients par postes de soins.

Adjerad, R. et Courtejoie, N. (2021). "Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures." Etudes Et Résultats (Drees)(1180)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1180.pdf

En 2017, la dépense de santé des assurés bénéficiant du dispositif d’affection de longue durée (ALD) s’élève à 8 900 euros en moyenne, soit presque sept fois plus que pour le reste des patients. Ces assurés, qui représentent 18 % des patients, concentrent près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement. Le dispositif ALD permet une redistribution horizontale envers les plus malades : plus de 90 % de la dépense des assurés en ALD est prise en charge par l’assurance maladie obligatoire (AMO), contre 67 % pour le reste des assurés. Chez les patients âgés, le montant du reste à charge moyen après AMO des assurés en ALD est comparable à celui des autres patients. Or, plus de la moitié des assurés en ALD ont plus de 65 ans et ont donc davantage de dépenses de santé, qu’elles soient relatives à leur(s) affection(s) ou non. De fait, les assurés en ALD ont aussi des prestations sans lien avec leur(s) affection(s). Ces dernières ne correspondent qu’à hauteur de 30 % à leurs dépenses de santé, mais elles représentent presque 80 % de leur reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Elles se composent notamment de dépenses en soins dentaires, d’optique et d’aides auditives. Malgré le dispositif ALD, pour près de 1 % de ses bénéficiaires, les RAC AMO sont encore supérieurs à 4 900 euros annuels et composés en moyenne à 70 % de dépenses sans lien avec leur(s) affection(s).

Arnaud, F., et al. (2022). "Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé". Panorama Drees Santé Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022_0.pdf

Ce Panorama analyse les comptes de la santé en 2021 et replace ces résultats dans une perspective internationale. Les comptes de la santé recouvrent notamment la consommation de

soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. La DREES présente pour la première fois, dans cet ouvrage, les résultats provisoires de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), seulement 9 mois après la fin de l'année civile. Cet agrégat est utilisé par la majeure partie des pays de l'OCDE pour analyser les dépenses de santé.

Chardon-Boucaud, S. (2022). "Dépense de santé en Europe : une forte hausse en 2020 sous l'effet de la pandémie de Covid-19." Etudes Et Résultats (Drees)(1238)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1238.pdf

En 2020, les dépenses de santé ont fortement augmenté en Europe, du fait de la crise sanitaire : +15,7 % au Royaume-Uni, +6,3 % en Allemagne et +3,9 % en France. Le Royaume-Uni consacre à la santé 500 euros par habitant (en parité de pouvoir d'achat) de plus qu'en 2019, une hausse nettement plus marquée qu'en Allemagne (+300 euros) et qu'en France (+150 euros). En France, au Royaume-Uni et en Allemagne, la croissance des dépenses de santé s'explique essentiellement par les coûts liés à l'épidémie : achat de masques, tests de dépistage, primes aux soignants, etc. Au Royaume-Uni, la hausse spectaculaire des dépenses de santé provient en particulier des coûts très élevés consacrés à l'acquisition de masques (achetés en trop grande quantité et au-dessus des prix du marché) et à la mise en place du système de dépistage et de suivi des malades. Dans ces trois pays, les dépenses de santé ont néanmoins été freinées par la diminution des soins provoquée par les déprogrammations d'opérations non urgentes, ainsi que par la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement. Les professionnels de santé ont été indemnisés financièrement pour ces pertes d'activité.

Fouquet, M. et Pollack, C. (2022). "L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu." Etudes Et Résultats (Drees)(1220)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1220.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie les résultats d'une étude sur les dépenses de santé des Français en 2017. À partir du modèle Ines-Omar, développé par la DREES, il est possible de calculer le poids de l'ensemble des dépenses de santé et de leur financement dans le revenu des ménages et d'étudier ainsi la redistribution opérée par le système d'assurance maladie.

Adjerad, R. et Courtejoie, N. (2021). "Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures." Etudes Et Résultats (Drees)(1180)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_1180.pdf

En 2017, la dépense de santé des assurés bénéficiant du dispositif d'affection de longue durée (ALD) s'élève à 8 900 euros en moyenne, soit presque sept fois plus que pour le reste des patients. Ces assurés, qui représentent 18 % des patients, concentrent près de 60 % des dépenses de santé présentées au remboursement. Le dispositif ALD permet une redistribution horizontale envers les plus malades : plus de 90 % de la dépense des assurés en ALD est prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), contre 67 % pour le reste des assurés. Chez les patients âgés, le montant du reste à charge moyen après AMO des assurés en ALD est comparable à celui des

autres patients. Or, plus de la moitié des assurés en ALD ont plus de 65 ans et ont donc davantage de dépenses de santé, qu'elles soient relatives à leur(s) affection(s) ou non. De fait, les assurés en ALD ont aussi des prestations sans lien avec leur(s) affection(s). Ces dernières ne correspondent qu'à hauteur de 30 % à leurs dépenses de santé, mais elles représentent presque 80 % de leur reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Elles se composent notamment de dépenses en soins dentaires, d'optique et d'aides auditives. Malgré le dispositif ALD, pour près de 1 % de ses bénéficiaires, les RAC AMO sont encore supérieurs à 4 900 euros annuels et composés en moyenne à 70 % de dépenses sans lien avec leur(s) affection(s).

Gonzalez, L., et al. (2021). "Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021". Panorama Drees Santé Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202020.pdf

Ce rapport présente un tableau détaillé des dépenses de santé en France en 2020. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 209,2 milliards d'euros. Elle progresse de 0,4 % par rapport à 2019, soit le rythme de croissance le plus faible jamais observé depuis 1950 du fait de la crise sanitaire. Ses composantes progressent à des rythmes très disparates compte tenu des impacts différenciés de la pandémie de Covid-19. Alors que les soins hospitaliers progressent de 3,7 % en 2020, les dépenses de soins ambulatoires sont en repli de 2,5 %. La crise sanitaire a également entraîné une recomposition importante de la structure de financement de la CSBM. La part de la Sécurité sociale qui a financé les principales dépenses supplémentaires liées à la crise, s'établit ainsi à 79,8 % de la CSBM. Celle des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) atteint 12,3 %, tandis que la part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,5 %. Cet ouvrage fournit également des éléments de comparaison des dépenses de santé au niveau international. En 2019, la France consacre au total 11,2 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,2 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle reste le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

Adjerad, R. et Courtejoie, N. (2020). "Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels." Etudes Et Résultats (Drees)(1171)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1171.pdf

En 2017, le reste à charge des dépenses de santé après assurance maladie obligatoire est inférieur à 240 euros par an pour la moitié des patients ayant consommé des soins remboursables. L'âge est le principal déterminant du reste à charge après assurance maladie obligatoire, qui atteint 1 000 euros annuels en moyenne chez les plus de 85 ans, soit presque trois fois plus que pour les 36-40 ans. Cependant, grâce à l'Assurance maladie, l'augmentation du reste à charge avec l'âge est plus modérée que celle des dépenses de santé : celles-ci sont cinq fois plus élevées pour les plus de 85 ans que pour les 36-40 ans. 1 % des personnes ayant consommé des soins remboursables ont un reste à charge supérieur à 3 700 euros, pour une moyenne de 5 400 euros, dont près de 3 000 euros de liberté tarifaire. Le millième supérieur des personnes exposées aux restes à charge les plus élevés, dépassant 7 600 euros, regroupe plusieurs profils de patients : patients occasionnels de soins de ville confrontés à de forts dépassements, malades ayant une consommation continue de soins en ville et à l'hôpital et personnes âgées en fin de vie.

Heam, J. C., et al. (2019). "Comparaisons internationales du reste à charge des ménages". Panoramas de la DREES. Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019

Les comptes de la santé 2018 mettent en évidence que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 203,5 milliards d'euros. Elle progresse moins vite en 2018 qu'en 2017 (+1,5 % après +1,7 %), du fait du net ralentissement des soins hospitaliers. La Sécurité sociale finance 78,1 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), 13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,0 % en 2018. Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

Grangier, J. (2018). « Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. » Etudes Et Résultats (Drees) [1077]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-vieillissement-de-la-population-entraine-une-hausse-des-depenses-de-sante

De 2011 à 2016, les dépenses présentées au remboursement des personnes bénéficiant du dispositif des affections de longue durée (ALD) augmentent de 3,8 % par an en moyenne. La croissance de la population et son vieillissement y contribuent à hauteur de 2,1 points. Le cumul d'affections de longue durée induit, lui, une hausse de 0,6 point par an. Les autres facteurs d'évolution des dépenses associées aux ALD (épidémiologie, évolution des prix, etc.) entraînent globalement une hausse de 1,6 point en moyenne par an, dont 1,2 point traduit une hausse de la part des personnes en ALD au sein de chaque tranche d'âge. En revanche, l'exclusion, à partir de 2011, de l'hypertension artérielle sévère du périmètre des ALD modère la hausse annuelle moyenne de la dépense des assurés en ALD de 0,5 point. En 2011 comme en 2016, les soins hospitaliers représentent plus de 40 % des dépenses de santé des personnes en ALD. La part des dépenses restant à la charge des patients en ALD, en lien ou non avec leur affection, est quasi stable durant cette période.

(2017). « En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme. » Etudes Et Résultats (Drees) [1024]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-les-depenses-de-sante-retrouvent-leur-dynamisme

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progresse en valeur de 2,3 % en 2016, contre 1,5 % un an plus tôt, pour atteindre 198,5 milliards d'euros. Après un léger ralentissement en 2015, la CSBM croît à nouveau à un rythme proche de celui des années précédentes. Cette croissance est principalement portée par les soins hospitaliers, les soins de ville, notamment les auxiliaires médicaux et les médecins, et les autres biens médicaux. Les prix continuent de reculer : - 0,6 % en 2016.

Grangier, J., et al. (2017). « Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. » Etudes Et Résultats (Drees) [1025]

Entre 2011 et 2015, la dépense de santé, tous financeurs confondus, telle que retracée par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), a progressé de 8,9 %. Plus de la moitié de cette croissance s'explique par des facteurs démographiques : l'accroissement de la population pour un quart, et son vieillissement pour un autre quart.

Soual, H. (2017). « Les dépenses de santé depuis 1950. » Etudes Et Résultats (Drees) [1017]

La part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé a crû fortement jusqu'à atteindre un pic en 1980. Symétriquement, la participation financière des ménages et celle des administrations centrales et locales ont diminué jusqu'au début des années 1980, tandis que le développement des organismes complémentaires s'est amorcé dès les années 1970. La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale, proche de 77 % en 2015, est globalement stable depuis 1990. Entre 1990 et 2015, les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont vu leur prise en charge s'accroître, notamment sur les biens médicaux et les soins de ville.

(2017). « En 2016, les dépenses de santé retrouvent leur dynamisme. » Etudes Et Résultats (Drees) [1024]

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) progresse en valeur de 2,3 % en 2016, contre 1,5 % un an plus tôt, pour atteindre 198,5 milliards d'euros. Après un léger ralentissement en 2015, la CSBM croît à nouveau à un rythme proche de celui des années précédentes. Cette croissance est principalement portée par les soins hospitaliers, les soins de ville, notamment les auxiliaires médicaux et les médecins, et les autres biens médicaux. Les prix continuent de reculer : - 0,6 % en 2016.

(2016). « Dépenses de santé : une nouvelle baisse du reste à charge des ménages en 2015. » Etudes Et Résultats (Drees) [971]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/depenses-de-sante-une-nouvelle-baisse-du-reste-charge-des-menages

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 194,6 milliards d'euros, soit 8,9 % du PIB. Cette part est stable entre 2014 et 2015 alors qu'elle progressait depuis 2012. Le rythme de croissance de la CSBM, inférieur à 3 % depuis 2010, est moins dynamique en 2015. La CSBM est financée à 76,8 % par la Sécurité sociale, la part des organismes complémentaire représente 13.3 % de la CSBM en 2015. La part du reste à charge des ménages dans la CSBM diminue pour la quatrième année consécutive. Au sein de l'Union européenne, la France est le pays où le reste à charge des ménages est le plus limité.

Grangier, J. Et Guibert, G. (2016). Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. Les dépenses de santé en 2015 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2016., Paris : Ministère chargé de la Santé
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante

Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle « dans la dépense courante de santé (DCS). Celle-ci est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux et ne représente qu'une partie des

dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention sanitaire financés par l'assurance maladie et les ménages, comme ceux effectués par les médecins traitants lors de consultations médicales ordinaires, sont intégrés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec la consommation de soins de médecins généralistes, mais n'y sont pas distingués. La prise en charge des facteurs de risque (prise en charge de la dépendance alcoolique, sevrage tabagique, traitement médicamenteux et suivi de l'hypertension artérielle…) n'est pas non plus comptabilisée dans la prévention institutionnelle : les soins concernés sont en revanche inclus dans la CSBM. Par exemple, les patchs anti-tabac font partie de la consommation de médicaments et les conseils du médecin pour arrêter de fumer sont comptabilisés dans la consommation de soins de médecins généralistes. Parvenir à cartographier l'ensemble des dépenses de prévention sanitaire suppose donc d'identifier, d'isoler et de comptabiliser également les soins préventifs disséminés au sein de la CSBM. Une telle estimation est délicate, pour deux raisons : • d'une part, elle doit s'appuyer sur une définition précise de la prévention, dont la délimitation peut être discutable : • d'autre part, les informations disponibles au sein du système d'information ne sont pas toujours suffisantes pour identifier finement ces actions de prévention. En 2016, un groupe de travail, piloté par la DREES et la DGS, a été mis en place afin d'améliorer la méthodologie utilisée pour estimer les dépenses de prévention (encadré 1). Dans l'attente des conclusions de ce groupe, le champ retenu pour la prévention et la méthodologie adoptée ici sont issues des travaux de l'IRDES de 2008.

(2015). « Les dépenses de santé en 2014. » Etudes Et Résultats (Drees) [935]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-depenses-de-sante-en-2014

En 2014, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évalué à 190,6 milliards d'euros, soit 8,9 % du produit intérieur brut. Ce pourcentage croît légèrement depuis 2012. Sa progression en valeur, qui reste inférieure à 3 % depuis cinq ans est néanmoins légèrement plus élevée en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 et 2012. La part de la CSBM financée par l'Assurance maladie, qui atteint 76,6 % en 2014, a progressé de 0,7 point entre 2011 et 2014, en raison du dynamisme des dépenses de soins hospitaliers, de soins infirmiers, de transports sanitaires, de dépenses de médicaments coûteux et de la hausse continue du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur. A l'inverse, la part des organismes complémentaires (13,5 % de la dépense) diminue légèrement. Le reste à charge des ménages s'établit à 8,5 % en 2014.

Jess, N., et al. (2015). Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la Drees pour le COR. Paris COR
https://www.cor-retraites.fr/node/524

Cette note analyse le poids des dépenses de santé dans le budget des ménages retraités. Le taux d'effort en matière de santé des ménages est entendu comme les dépenses de santé à la charge des ménages rapportées à leur revenu disponible. Le modèle Inès-Omar de la DREES est l'outil adapté pour analyser la distribution des primes et des restes à charge des ménages après assurance maladie complémentaire (AMC) en France métropolitaine. Il permet de fournir des éléments de distribution par statut d'activité et niveau de vie (estimé ici par les quintiles de niveau de vie). Grâce à une amélioration de la prise en compte de l'âge dans l'imputation des contrats

de complémentaire santé, la version 2012 du modèle mis à jour en 2015 permet désormais une déclinaison plus fine de ces indicateurs par tranche d'âge.

Mikou, M. Et Roussel, R. (2015). Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ? In : [Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 125-139

Si la part de l'assurance maladie obligatoire apparait globalement très stable depuis 2006, l'évolution est un peu plus chahutée par poste de dépense. Cela tient à la fois à des effets de structure affectant les soins et les biens médicaux et aux mesures de régulation prises sur la période. L'exemple du poste médicament montre qu'un suivi efficace de la part de l'assurance maladie dans la dépense ne peut valablement s'effectuer que *via* une batterie d'indicateurs, qui sont par nature plus ou moins sensibles à ces différents phénomènes. Le présent article vise à expliciter la part des principaux financeurs du système de soins français – au premier rang desquels, l'assurance maladie obligatoire – selon la notion de dépense retenue et à rendre compte de l'influence des concepts et du degré de détail retenus, sur les résultats de la mesure.

(2014). Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012.In : [Les Comptes nationaux de la santé 2013 : édition 2014] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 209-213
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/comptes-nationaux-de-la-sante-2013-edition-2014

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012. La Drees a engagé, avec l'appui de la Cnamts, une série de travaux destinés à améliorer et à compléter l'estimation des dépenses de prévention en France. Dans la fiche B5 du rapport, les comptes de la santé retracent les dépenses de prévention institutionnelle, c'est-à-dire organisée et financée *via* des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux. Or, une partie non négligeable de la prévention fait partie intégrante des soins courants et est à ce titre comptabilisée dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cet éclairage propose d'évaluer l'ordre de grandeur des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour l'année 2012, sur un champ restreint à ce stade de l'analyse par rapport à la précédente estimation proposée par l'IRDES pour l'année 2002. Le champ étudié couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales) ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). L'évaluation provisoire ainsi obtenue aboutit à un montant d'environ 8,5 milliards d'euros de dépenses de prévention en 2012, dont 6,2 milliards d'euros seraient pris en charge par l'assurance maladie.

Coppoletta, R. Et Le Palud, V. (2014). Les dépenses de santé et l'assurance maladie : qu'en pensent les Français ? In : [Les Comptes nationaux de la santé 2013 : édition 2014] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 136-147

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur l'opinion des Français sur les dépenses de santé. La part de Français trouvant « normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé « est en baisse depuis 2011, même si elle reste nettement majoritaire, d'après le Baromètre d'opinion de la DREES : elle atteint 55 % en 2013, contre 70 % en 2010. Les Français

sont toutefois plus inquiets qu'avant des inégalités en matière de santé. Ces inégalités sont citées en 2013 en tête des inégalités les moins acceptables, par 22 % des répondants, devant les inégalités de logement, de revenus et de situations liées à l'origine ethnique. Dans ce contexte, une grande majorité des Français demeurent très attachés à un système d'assurance maladie public et universel, et à garder une solidarité forte envers les personnes atteintes de maladies graves. Ainsi, en 2013, « le système d'assurance maladie doit rester essentiellement public « pour 93 % des Français, et seul un Français sur cinq (19 %) pense que « le système marcherait mieux sans le monopole de la Sécurité sociale « .

Coudin, E., et al. (2014). Régulation des tarifs et comportements d'offre de soins des généralistes : les leçons de l'encadrement du secteur 2. [Les Comptes nationaux de la santé 2013 : édition 2014], Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 121-130
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/comptes-nationaux-de-la-sante-2013-edition-2014

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un dossier sur la régulation des tarifs et les comportements d'offre de soins des médecins généralistes. Ce dossier montre que la dépense de soins de médecins libéraux (60.000 omnipraticiens et 54.000 spécialistes) s'est élevée à 15,9 milliards d'€ en cabinet de ville et centres de santé l'an dernier, et à 4,2 milliards en clinique, soit une augmentation de 2,4 % par an entre 2006 et 2013. Le nombre de consultations en cabinet a baissé de 216 à 213,4 millions, les visites à domicile de 30,4 à 23,2 millions et les coefficients d'actes techniques de 11,8 à 10,8 millions. L'activité clinique des généralistes représente 83 % de la dépense (contre 89 % en 2006), les rémunérations forfaitaires 11,2 % et les actes techniques 6 % environ. Chez les généralistes, 54.800 exercent en secteur I et 5.800 en secteur II (contre 7.500 en 2006). La rémunération des premiers est de 6 % plus élevée que celle des seconds. Chez les spécialistes, 31.500 sont en secteur I et 23.400 en secteur II. Le montant total des dépassements d'honoraires a flambé de 900 millions d'€ en 1990 à 2,7 milliards en 2013.

Le Garrec, M. A. (2014). L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013. Les Comptes nationaux de la santé 2013., Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 155-172

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur l'évolution de la dépense de soins des médecins libéraux entre 2006 et 2013. Dans les Comptes nationaux de la santé, trois rubriques comprennent des soins de médecins : la dépense hospitalière publique, la dépense hospitalière privée et les soins de ville (cabinets libéraux ou centres de santé tels que dispensaires). Cet éclairage s'intéresse à la seule activité libérale des médecins, exercée en clinique privée ou en cabinet de ville, excluant leur activité dans les hôpitaux publics ou les centres de santé. Son champ est restreint aux dépenses des assurés du régime général de France métropolitaine (soit 80 % environ de la dépense totale en soins de médecins libéraux).

5.34 Autres sources

Batifoulier, P. (2025). "Le financement de la santé : un choix de société." Cahiers français(443): 54-61.

L'enjeu du financement de la santé est essentiel et relève d'un choix de société, intimement lié à la priorité accordée à la santé aux yeux des populations. La prise en charge publique a permis de rendre les découvertes médicales accessibles à tous. Désormais, ce modèle est remis en question au nom de la maitrise des comptes publics. Les problèmes de financement de la santé sont pourtant davantage à rechercher dans l'érosion de la Sécurité sociale au profit des assurances santé privées.

Comité d'alerte de l'Ondam. (2024). "Avis du Comité d'alerte n°2024-3 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)". Paris, Comité d'alerte de l'Ondam https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/COMITE_D-ALERTE/2024/Comit%C3%A9%20d%27alerte%20Ondam%20Avis%202024-3.pdf

➢ Pour les années antérieures, consultez le site de la sécurité sociale : https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/les-avis-du-comite-dalerte

Igas /Igf (2024). Revue de dépenses relative aux affections de longue durée (ALD) : Pour un dispositif plus efficient et équitable. Paris, Igas/IGF
https://igas.gouv.fr/protection-sociale/revue-de-depenses-relative-aux-affections-de-longue-duree-ald-pour-un-dispositif-plus-efficient-et-equitable

En 2021, 13,7 millions de personnes étaient reconnues en ALD, leurs dépenses de santé s'élevaient à 123 Md€, soit 60 % des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Toutefois, les investigations menées par la mission ont permis d'estimer que le coût spécifique du dispositif ALD représentait 12 Md€ en 2021. Fortement concentrées sur quatre groupes de pathologies, les dépenses des assurés en ALD sont dynamiques depuis 2010, notamment du fait du vieillissement de la population.

Igas /Igf (2024). Revue de dépenses - Mission sur la régulation des dépenses de dispositifs médicaux (DM) Paris, Igas/IGF
https://igas.gouv.fr/sante/revue-de-depenses-mission-sur-la-regulation-des-depenses-de-dispositifs-medicaux-dm

Dans le cadre du dispositif d'amélioration de la qualité de l'action publique, les inspections générales des finances et des affaires sociales ont été missionnées par la Première ministre pour mener une mission de revue de dépenses relative aux dispositifs médicaux avec l'objectif d'identifier des mesures permettant de réaliser jusqu'à 1Md€ d'économies en 2027 (dont 500 M€ en 2025).

Louwagie, V. (2023). "L'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière : Rapport d'information". Paris, Assemblée nationale
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion_fin/l16b1244_rapport-information

En 2021, la rapporteure spéciale conduisait une première étude visant à évaluer le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Comptabilisant pas moins de onze dispositifs différents concourant à cette offre de soins, le rapport concluait à un coût total pouvant être estimé, au minimum, à 1,5 milliard d'euros en 2019. Les travaux de la rapporteure spéciale s'étaient toutefois heurtés à la difficulté d'évaluer avec précision les dépenses associées à certains des dispositifs identifiés. Ces derniers, au nombre de cinq, n'avaient donc pas été intégrés à l'estimation retenue. Au regard de la croissance significative du nombre de bénéficiaires de l'AME et surtout de l'absence d'engagement d'une véritable réforme pour maîtriser un coût en hausse continue, l'estimation réalisée en 2021 se devait d'être réévaluée. Ce nouvel exercice d'évaluation constitue donc un effort de transparence sur un sujet qui, selon la rapporteure spéciale, constitue un angle mort tant de la politique de l'immigration que de la politique de santé publique. Il existe, en sus de l'AME, au moins dix autres dispositifs concourant à cette offre de soins et déjà identifiés dans l'étude conduite en 2021. Il s'agit des soins dispensés à Mayotte, du maintien des droits expirés, des soins prodigués dans les centres de rétention administrative, de la mission d'intérêt général dédiée à la précarité, des permanences d'accès aux soins de santé, de l'admission au séjour pour soins, des soins en détention, des équipes mobiles psychiatrie précarité, des SAMU sociaux et de dépenses fiscales. Au terme des auditions et de l'effort de consolidation des informations qui ont été conduits, il peut être estimé que le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière s'élève, au minimum, à 1,7 milliard d'euros en 2022. Constatant que ce montant est voué à croître de façon significative, la rapporteure spéciale a souhaité formuler un certain nombre de recommandations qui, si elles sont mises en œuvre, permettraient de maîtriser plus efficacement le coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière. Cette nouvelle évaluation révèle également la nécessité de réformer certains dispositifs, notamment la procédure d'admission

Minery, S. et Or, Z. (2024). "La gestion des dépenses de santé en Allemagne et en France." Sève : les tribunes de la sante(81 (en ligne)): 41-53.

L'Allemagne est le berceau de l'Assurance maladie sociale puisque le premier régime d'assurance maladie y a été créé en 1883 par le chancelier allemand Otto von Bismarck. Si la France s'est inspirée du modèle allemand pour introduire la Sécurité sociale, les systèmes de santé ont évolué différemment dans les deux pays. Les dépenses de santé en Allemagne (12,7 % du produit intérieur brut en 2022) suivies par la France (12,1 %) sont les plus élevées au monde derrière les États-Unis. Toutefois, la composition de ces dépenses varie entre les deux pays. Cet article tiré d'une étude plus large compare les principaux mécanismes et politiques qui définissent et régulent les prix et les volumes des soins en ville et à l'hôpital en France et en Allemagne. Nous décrivons les principaux atouts et différences des deux systèmes de santé afin d'identifier des éléments intéressants pour améliorer la gestion des dépenses de santé en France.

Von Lennep, F. (2024). "La régulation des dépenses de santé : l'impossible défi ?" Sève : les tribunes de la sante(81): 13-28.

Après une décennie de régulation stricte de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) entre 2010 et 2019, la crise sanitaire a engendré -brutalement de nouvelles dépenses et interrompu ou fragilisé certains leviers de la régulation. La forte inflation des années 2022 et 2023 a également percuté la construction et l'exécution de l'Ondam, dont il ne

faut pas oublier qu'il s'agit d'une norme dite « en valeur », donc en euros courants, qui est affectée par la hausse -générale des prix. Cette période doublement exceptionnelle est maintenant -derrière nous, et le moment est venu d'interroger les leviers de la régulation au regard de l'expérience passée et des réformes en cours. Quels objectifs et quels leviers pour la régulation macro-économique assurant le respect de l'Ondam voté ? Quel rôle pour une trajectoire pluriannuelle ? Quels leviers -micro-économiques d'allocation des ressources pour assurer la cohérence entre la régulation macro-économique et les objectifs de santé : quelles actions sur les prix ou sur les -volumes ; quelle place pour la prévention ? Entre la maîtrise des dépenses publiques et la couverture des besoins de santé des Français, le champ des contraintes n'est pas nouveau mais mérite une réflexion collective assumant des choix (y compris sur le financement) et des priorités.

Petit, S., Wittwer, J., Dourgnon, P., et al. (2023). "Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat." Questions d'économie de la santé (irdes)(284)

L'Aide médicale de l'Etat (AME) permet-elle de lever les barrières financières à l'accès aux soins des personnes étrangères en situation irrégulière ? De précédents travaux menés à partir de l'enquête Premiers pas ont montré que l'AME est associée à un non-recours aux soins moins fréquent, mais aussi qu'elle favorise les consultations médicales en cabinet ou en centre de santé, plutôt que dans les services d'urgence et les associations. Ainsi, les modalités de recours aux soins des personnes couvertes par l'AME se rapprochent de celles du reste de la population résidente. Dans cette seconde étude, nous comparons les consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'AME à celles des personnes couvertes par la Complémentaire santé solidaire non contributive (CSS-NC). Comme les bénéficiaires de l'AME, les personnes couvertes par la CSS-NC ont de faibles revenus. Elles sont aussi en plus mauvais état de santé que le reste de la population française. Les consommations de soins ambulatoires de ces deux groupes de population sont-elles proches ? Les résultats, basés sur l'étude de deux cohortes administratives construites à partir des données de remboursement de 2018 de la Caisse primaire d'assurance maladie de Gironde, montrent que les deux populations ont des consommations voisines sur l'ensemble des postes de soins, à l'exception des postes bien couverts par la CSS-NC, mais en revanche peu couverts par l'AME, comme les soins dentaires et l'optique.

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale "La réforme du 100 % santé". (2022) In : [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023] Paris : CCSS : 118-125
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

Le dispositif 100% Santé a pour objectif de supprimer les restes à charge des ménages sur certaines audioprothèses, prothèses dentaires et lunettes, grâce à un financement conjoint de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC) et de limiter le renoncement aux soins. En effet, avant réforme, ces postes présentaient des taux importants de renoncement aux soins liés à des restes à charge conséquents. D'après l'Enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes , en 2014, 16,8 % des personnes interrogées déclaraient avoir renoncé à des soins dentaires pour raisons financières au cours des 12 derniers mois et 10,1 % à des lunettes, verres, montures ou lentilles. Pour l'audiologie, ce taux était encore plus élevé : 66,5 % des personnes ayant des limitations fonctionnelles auditives très graves à totales n'étaient

pas équipées d'une aide auditive en 2008 d'après la Drees. Bien que les résultats de la réforme soient difficiles à appréhender finement en raison du manque de recul et des effets de la crise de la Covid-19 sur la consommation de soins, il est possible d'analyser les premiers effets de la réforme.

Cour des Comptes (2022). "La réforme 100% santé". Paris : Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-reforme-du-100-sante

La réforme du 100 % santé consiste en la définition d'un panier de biens dans les champs dentaire, optique et des audioprothèses, pour lequel les assurés sociaux titulaires d'un contrat de santé responsable et solidaire n'ont aucun reste à charge à régler après remboursement de leurs dépenses par l'assurance-maladie obligatoire et leur complémentaire santé. D'un point de vue technique, la réforme s'est traduite par une refonte de la nomenclature des biens relevant des trois secteurs et par une révision des garanties des contrats de santé. Un an après le lancement de la réforme, et un début de mise en œuvre largement perturbé par la crise sanitaire, un premier bilan a été complexe à dresser. Dans ce rapport publié à la demande de la commission des affaires sociales du Sénat, la Cour des comptes constate que la réforme, qui portait une forte ambition d'amélioration de l'accès financier aux soins, semble avoir trouvé au moins en partie son public, mais que son coût est difficile à maîtriser.

Cour des Comptes (2021). "Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie". Paris Cour des comptes. https://www.ccomptes.fr/fr/publications/sante-garantir-lacces-des-soins-de-qualite-et-resorber-le-deficit-de-lassurance

De manière structurelle, l'équilibre financier de l'assurance maladie est affecté par les effets du vieillissement de la population et par l'expansion des pathologies chroniques sur les dépenses de santé. En outre, les impacts de la crise sanitaire sur les recettes comme sur certaines dépenses risquent de creuser davantage et durablement les déficits de l'assurance maladie. Pour amorcer son retour à l'équilibre et garantir l'accès à des soins de qualité, il sera essentiel de mobiliser des marges d'efficience dans quatre directions : l'organisation des soins, la rémunération des acteurs de la santé, les causes évitables des dépenses, et la contribution des technologies numériques à la transformation du système de santé.

Cour des comptes (2020). L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients. In : [Rapport public annuel 2020 de la Cour des Comptes.] Paris : Cour des comptes **:** 95-130.
https ://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2020

La maladie rénale chronique détruit progressivement les deux reins, qui ne parviennent alors plus à filtrer correctement le sang. L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) en est le dernier stade : la perte de la fonction rénale entraîne le décès du patient si aucun traitement n'est appliqué. Ces traitements de suppléance de la fonction rénale consistent en des séances de dialyse ou en une greffe de rein. Pour les patients qui peuvent en bénéficier, la greffe comporte des bénéfices plus élevés que la dialyse. De plus, elle est moins coûteuse pour l'assurance maladie. Dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 201568, la Cour avait fait trois constats principaux sur la prise en charge de l'IRCT. D'une part, le recours à la greffe restait insuffisant alors qu'elle présente le meilleur bénéfice pour les patients. D'autre

part, les modes de dialyse les plus lourds et contraignants pour les patients – en centre et en unité de dialyse médicalisée – prédominaient. Enfin, les coûts de la dialyse étaient excessifs, au détriment de l'assurance maladie qui les finance. Dans ces conditions, elle avait recommandé de rééquilibrer l'effort financier en faveur de la prévention, de donner une nouvelle impulsion à la greffe69, de réduire les coûts de la dialyse et de développer la dialyse à domicile.

Cour des comptes (2019). Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail. In : [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale] Paris : Cour des comptes **:** 139-172
https ://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019

Les dépenses d'indemnités journalières pour maladie sont très dynamiques, sous l'effet de l'augmentation de la durée des arrêts de travail et se concentrent plus particulièrement sur certains secteurs d'activité et zones géographiques (I). Les modalités de gestion des indemnités sont lourdes, permettent de facto le versement de montants significatifs de prestations comportant des erreurs ou évitables, et ne corrigent qu'à la marge les prescriptions excessives d'arrêts (II). De nouveaux objectifs et instruments s'imposent afin de réguler plus efficacement ces dépenses (III).

Cour des comptes (2019). Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés. In : [La sécurité sociale. Rapport sur l'application de financement de la sécurité sociale]Paris : Cour des comptes **:** 177-208
https ://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2019

Au carrefour de l'assurance maladie, des risques professionnels, du handicap et de la retraite, l'assurance invalidité est un dispositif ancien qui a peu évolué, en dépit des transformations de l'environnement économique et social. L'éclatement de la prise en charge du risque d'invalidité entre plusieurs régimes de base et sa confusion partielle avec celles des risques professionnels et du handicap créent des incohérences (I). Quelles que soient les évolutions qui pourraient être apportées à l'organisation de cette prise en charge, le risque d'invalidité doit être mieux centré sur son objet propre, grâce à une gestion plus active visant à mieux accompagner les pensionnés, notamment vers l'emploi lorsque leur état de santé le permet (II).

Cour des comptes (2019). Optique médicale. Etat des lieux. In [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2018, prévisions 2019.] Paris : Commission des comptes de la sécurité sociale**:** 102-105
https ://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-JUIN 2019.pdf

En 2017, la consommation d'optique médicale représente 6,1 milliards d'euros, un montant en baisse (-0,7 %) pour la première fois depuis plus de quinze ans. La diminution des volumes vendus (-0,6 %) s'explique notamment par la limitation depuis 2015 de la prise en charge à une paire de lunettes tous les deux ans dans le cadre des contrats d'assurance complémentaire dits « responsables ». L'optique médicale représente 3,1 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2017 : environ deux tiers de la dépense concerne les verres correcteurs, et un tiers les montures.

Jusot, F. Et Perronnin, M. (2018). « Le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé. » Actualite Et Dossier En Santé Publique (102) : 19-23.

> Alors que le système d'assurance maladie français exige depuis sa création une participation financière des assurés aux coûts des soins médicaux, la suppression du reste à charge s'est retrouvée au cœur des débats lors des élections présidentielles de 2017, que ce soit au travers de la proposition de plusieurs candidats de créer une « Grande Sécu » prenant en charge l'intégralité du coût des soins, ou de la promesse du « reste à charge zéro » d'Emmanuel Macron, visant cette fois à une prise en charge complète de la partie des soins non financée par la Sécurité sociale par les organismes d'assurance complémentaires santé. Pourquoi notre système de Sécurité sociale a-t-il instauré dès son origine un ticket modérateur à hauteur de 20 % du coût de l'ensemble de soins (art. 24, ordonnance du 19 octobre 1945) ? Et pourquoi vouloir supprimer aujourd'hui ce reste à charge, c'est-à-dire la part des dépenses de soins non prise en charge par le système d'assurance public ou par les assurances privées ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire de s'interroger sur les justifications économiques du reste à charge.

Kervasdoue, J. D. Et Bazzocchi, D. (2019). La santé rationnée : un mal qui se soigne, Paris : Economica

> L'économie de la santé est une économie du rationnement. La raison en est simple : comme, en France, 92 % du coût des soins médicaux ne sont pas supportés par le patient au moment de ses soins, puisqu'ils sont presque toujours gratuits, la demande du patient est potentiellement infinie, elle doit donc être régulée. Si elle ne peut pas l'être par des mécanismes de marché, l'État est contraint de contrôler de façon autoritaire le montant et/ou les quantités de ressources financières, de biens ou de services affectés aux soins médicaux. La vérité est donc qu'il rationne, même si l'euphémisme utilisé est de dire qu'il « régule « . Tout ou presque est rationné : le nombre de médecins (numerus clausus), les lits hospitaliers, les pharmacies, les équipements lourds, les actes médicaux (nomenclatures), les médicaments remboursés par l'assurance maladie. Il n'y a de prix que pour les médecins du secteur 2 et pour quelques services (chambres particulières) ou biens médicaux : la règle est le tarif basé sur des nomenclatures et les tarifs ne sont pas des prix. Si, dans le domaine des soins médicaux, les mécanismes de marché sont inégalitaires et inflationnistes, si l'on est éthiquement contraint de recourir à des mécanismes de rationnement, comment les penser et les gérer ? Peut-on dans certaines circonstances, grâce au marché, ne plus sentir peser la chape du rationnement ? Tel est l'objet de cet ouvrage qui traite de la question centrale en économie : l'accès et la répartition des biens rares.

Le Bras, P. L. (2019). « Une assurance maladie pour tous à 100 % ? » Sève : Les Tribunes de La Santé (60) : 87-106.

> Le système français d'assurance maladie est dual : les assurés sont couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO) mais, aussi, pour 95 % d'entre eux, par une assurance maladie complémentaire (AMC). Instituer une AMO qui couvrirait les dépenses à 100 % permettrait d'assurer à l'ensemble de la population une couverture de bonne qualité et de réduire les renoncements financiers aux soins. Par ailleurs, cette réforme se traduirait par un gain de pouvoir d'achat significatif, elle permettrait une économie d'au moins 7 milliards d'euros, soit les frais de gestion des complémentaires des organismes d'AMC. Les perdants de cette réforme seraient les salariés des organismes d'AMC dont l'emploi serait ainsi mis en cause. Il faut donc accepter d'investir une partie des économies à venir pour assurer leur indemnisation et/ou leur

reconversion. Les arguments souvent allégués pour justifier le maintien d'un système dual (liberté de choix, contribution des complémentaires à la prévention ou à la maîtrise des dépenses, préservation d'un espace de solidarité de proximité) s'avèrent, à l'analyse, relever d'une entreprise d'auto-légitimation des organismes d'AMC. Évoluer vers une AMO à 100 % se révèle donc une orientation de réforme pertinente. Toutefois, la force des soutiens politiques que les organismes de protection complémentaires sont susceptibles de mobiliser conduit à conclure que cette réforme reste, du moins à ce jour, hautement improbable.

Cour des comptes (2018). Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser. Paris Cour des Comptes **:** 247-278
www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2018

Avec près de 9,6 Md€ de dépenses au total305, les soins visuels constituent une charge importante et en forte hausse pour l'assurance maladie, les assurances maladie complémentaires et directement pour les ménages, notamment pour l'optique médicale. Près de 60 % des habitants de notre pays ont un dispositif de correction de la vue (lunettes, lentilles). Les soins visuels se caractérisent par des dysfonctionnements emblématiques de certaines spécialités médicales : en dépit d'une forte croissance des dépenses, la population est confrontée à de fortes inégalités d'accès aux soins d'ordre géographique et financier. Contrairement à d'autres pays, les ophtalmologues constituent le premier recours aux soins visuels. Or ils sont inégalement répartis sur le territoire et pratiquent généralement des dépassements d'honoraires. Alors que les complémentarités entre les différentes professions de la filière visuelle ont une portée limitée, la forte contraction prévisible de la démographie des ophtalmologues jusqu'en 2030 risque d'exacerber les difficultés d'accès aux soins déjà éprouvées dans certains territoires. Malgré une forte augmentation des dépenses, les besoins de la population en soins visuels sont inégalement couverts. Au-delà de la mise en place annoncée d'offres d'équipements d'optique médicale sans reste à charge, la définition par les pouvoirs publics d'une politique d'ensemble des soins visuels s'impose désormais.

(2018). « Santé, perte d'autonomie : impacts financiers du vieillissement. 2e édition de l'Observatoire Place de la santé ». Paris FNMF
www.mutualite.fr/actualites/perte-dautonomie-des-restes-a-charge-trop-eleves/

La Mutualité Française consacre la 2e édition de son Observatoire au sujet des impacts financiers du vieillissement de la population. En France, la prise en charge de la perte d'autonomie coûte 30 milliards d'euros. Cette somme est financée à hauteur de 23,7 milliards d'euros par les pouvoirs publics et la solidarité nationale, tandis que 6,3 milliards d'euros sont à la charge des ménages. Comment se répartissent ces 30 milliards d'euros ? Les dépenses de santé représentent 12,2 milliards d'euros, dont 99 % sont prises en charge par les financeurs publics, tout particulièrement l'assurance maladie. Les ménages règlent 2,4 milliards d'euros sur les 10,7 milliards consacrés directement à la perte d'autonomie, *via* l'allocation personnalisée d'autonomie (Apa), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou encore l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

Berchet, C. Et et al. (2018). « Reste à charge et santé. Dossier. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (102) : 10-54.
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp ?clef=159

Les restes à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire, représentent près du quart des dépenses de santé. Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires, dépassements d'honoraires, ils varient selon les types de soins. Ils peuvent être un frein à l'accès aux soins, voire des renoncements pour contraintes financières. Outre sanitaires, les conséquences peuvent être professionnelles et sociales. Ces restes à charge sont payés par une assurance maladie complémentaire ou par les ménages. Après remboursement des assurances complémentaires, la part directement à la charge des patients est de 7 %. Ils existent depuis la création de la Sécurité sociale - ticket modérateur - et se sont accrus au fil du temps : forfait journalier, participations forfaitaires, déremboursements de médicaments, dépassements d'honoraires.

(2018). « La dépense moyenne par bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire ». In : [Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019.] Paris Commission des comptes de la sécurité socialehttps://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est un dispositif de prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé destiné aux personnes avec de faibles ressources (moins de 734 € par mois pour une personne seule). Les dépenses au titre de la CMU-C ont augmenté de 4 % entre 2014 et 2017, passant de 2,1 Md€ à 2,2 Md€. Cette croissance résulte de deux évolutions en sens contraires : d'une part, le nombre de patients ayant été pris en charge au moins une fois par le dispositif a augmenté de 6 % sur la période, passant de 5,6 millions à 5,9 millions : d'autre part, la moyenne de la dépense par consommant couvert par la CMU-C a baissé de 3 % durant la même période, de 362 € à 353 €, soit une diminution de près de 1 % par an. Durant cette période, plusieurs facteurs ont tiré à la hausse les dépenses moyennes de CMU-C, comme le vieillissement de la population couverte et la prévalence en hausse des affections de longue durée parmi les bénéficiaires. Toutefois, ces facteurs haussiers ont été plus que compensés par des mécanismes jouant en sens contraire, tels que la diminution des prix des médicaments non innovants, et un moindre recours aux médicaments, aux soins des médecins généralistes, et aux séjours en hospitalisation complète.

Cour des Comptes. (2017). L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs. Paris Cour des Comptes
https ://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf

Le système d'assurance maladie créé en 1945 permet à la France d'afficher de bons résultats en termes d'espérance de vie. Pour autant, la prévalence de pratiques à risque, un taux de mortalité infantile élevé et des inégalités croissantes d'accès aux soins nuancent ces résultats, obtenus en outre au prix de déficits récurrents. La France se caractérise aussi par une dépense de santé élevée en proportion du PIB et par la part importante des assurances complémentaires dans son financement. Face à l'augmentation structurelle des dépenses, alors que les outils actuels de régulation ont atteint leurs limites, la qualité et l'égalité d'accès aux soins ne pourront être maintenues ou renforcées qu'en réformant l'organisation et la gestion du système de santé. Il ressort que, pour améliorer en continu la qualité des soins, garantir leur accès pour toute la population et sur tout le territoire et faire face à des défis renouvelés qui amplifient les tendances

lourdes à l'augmentation des dépenses, des efforts de grande ampleur sont indispensables sur le long terme en vue d'accroître leur efficience, c'est-à-dire en travaillant simultanément sur l'amélioration des prestations et la réduction de leurs coûts (I). Pour parvenir à des résultats suffisants, et face à la trop fréquente mise en échec des politiques de maîtrise de la dépense, la création ou la restauration, dans un cadre clair et renouvelé, d'instruments efficaces pour organiser l'action de l'assurance maladie, est nécessaire (II). Ces outils doivent être utilisés pour mettre fin aux situations acquises et sources d'inefficience de tous ordres que des mécanismes d'allocation des ressources insuffisants ont laissé se consolider (III). Un tel mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu, car le progrès scientifique, le vieillissement, les nouvelles formes de prise en charge, l'évolution de la situation économique et financière de notre pays, le soumettent sans relâche à de nouvelles contraintes. Il n'a de chances d'aboutir que si la régulation et le pilotage de l'ensemble, aujourd'hui faibles et éclatés, retrouvent efficacité et cohérence en redéfinissant les responsabilités des différents acteurs et en se structurant autour d'objectifs de santé publique et de qualité des soins (IV).

Cusset, P. Y. (2017). Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France. Document de travail : 2017-07. Paris France Stratégie
https ://www.strategie.gouv.fr/document-de-travail/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france

Depuis les années 1950, la France consacre une part croissante de ses ressources aux dépenses de soins. Ainsi, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM)[1] est passée de 2,6 à 8,9 points de PIB entre 1950 et 2015. La croissance des dépenses a été très forte en début de période, au moment où se constituait l'infrastructure sanitaire et se développait l'assurance maladie. Elle est plus faible depuis la fin des années 1980. Par ailleurs, depuis les années 1970, on assiste à un mouvement de convergence des niveaux de dépenses de santé parmi les pays les plus développés, les États-Unis faisant toutefois figurent d'exception. Le document de travail rappelle d'abord quels sont les grands facteurs de croissance des dépenses de santé, en s'appuyant sur une somme de travaux réalisés sur cette question. Il discute ensuite les principales projections de long terme des dépenses de santé réalisées pour la France, en présentant leur méthodologie, leurs résultats et leurs limites.

Knecht, D., et al. (2017). Revues de dépenses 2017 : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Paris Igas : Paris IGF

Les revues de dépenses constituent un dispositif d'évaluation des dépenses publiques, instauré par la loi de programmation des finances publiques 2014-2019. Réalisées par les corps d'inspection et de contrôle, elles ont pour objectif de documenter des mesures structurelles de maîtrise des comptes publics. Elles obéissent à une procédure spécifique, qui associe étroitement gouvernement et parlement. Dans ce cadre, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) ont été chargées de réaliser une mission relative à l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Il s'agissait de mieux identifier les déterminants des dépenses d'indemnités journalières consécutifs aux arrêts de travail, et de proposer des mesures permettant de limiter leur croissance en volume *via* une meilleure responsabilisation des différents acteurs (prescripteurs, assurés sociaux, employeurs…). Ce rapport rassemble les résultats de leur analyse.

(2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 1 : Rétrospective des dépenses, des progrès en matière de santé et du progrès médical. Paris HCAAM
https ://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-RETROSPECTIVE_DES_DE_DEPENSES_DES_PROGRES_EN_MATIERE_DE_SANTE_ET_DU_PROGRES_MEDICAL.pdf

Plusieurs analyses rétrospectives ont mis en évidence l'impact important des progrès médicaux, avec l'amélioration de l'hygiène et des conditions de vie, dans l'augmentation de l'espérance de vie. Parallèlement à cette évolution, on constate une très forte croissance de la part des dépenses de santé dans le PIB. Certains ont cherché à évaluer si cette croissance des dépenses de santé peut être justifiée par les améliorations significatives de l'état de santé. L'une des difficultés méthodologies présentes dans les travaux menés réside dans le fait que les différents facteurs explicatifs sont pour nombre d'entre eux interdépendants : à la fois par l'existence de corrélation forte entre eux (entre revenu, solvabilisation de la demande en lien avec l'étendue de la couverture assurantielle et progrès médical par exemple), mais aussi par le double sens des causalités (le vieillissement de la population pèse sur les dépenses de santé mais réciproquement, les dépenses de santé augmentent l'espérance de vie et donc le vieillissement : de même s'il est communément admis que le revenu tire la croissance des dépenses, l'inverse peut aussi jouer). Des leçons de ces exercices peuvent toutefois être tirées. Il ressort, tout d'abord, que le vieillissement de la population a eu sur ces 60 dernières années un impact relatif limité dans la croissance des dépenses en part de PIB. Cet effet devrait cependant s'accroître dans l'avenir. Quant au progrès médical, très interdépendant avec la croissance économique, son rôle tant dans l'évolution de l'espérance de vie que dans la croissance des dépenses a été important. Cela doit nous conduire à ouvrir le débat sur la manière dont la collectivité doit assurer la diffusion optimale des innovations afin d'en faire bénéficier l'accès à tous. (d'après l'intro.)

(2016). La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir. Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes **:** 155-203.
https ://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160920-rapport-securite-sociale-2016-participation-assures-financement-depenses-sante.pdf

La Cour a constaté que si la part globale de financement des dépenses de santé par l'assurance maladie, après avoir diminué avant 2012, revenait depuis lors vers le niveau qui était le sien à la fin des années 1990, ce retour, en grande partie lié à l'effet de structure induit par la progression rapide des effectifs de patients en affection de longue durée, s'était accompagné d'une érosion progressive des niveaux individuels de prise en charge des autres dépenses de santé (I). Elle a aussi examiné les modalités d'intervention des organismes complémentaires, qui jouent un rôle progressivement croissant dans le financement des restes à charge après intervention de l'assurance maladie, en constatant qu'elles s'accompagnaient de coûts élevés pour les assurés comme pour la collectivité et d'inégalités dans les niveaux de prise en charge des dépenses de santé entre assurés (II). Devant le double constat, sur longue période, d'une dégradation des conditions de prise en charge par l'assurance maladie et d'un report croissant et coûteux vers les organismes complémentaires, un réexamen d'ensemble des modalités de couverture des dépenses de santé apparaît nécessaire (III) [tiré de l'intro].

(2016). « Quel avenir pour les dépenses de santé ? Note de politique économique de l'Ocde. » Problèmes Économiques (3127) : 5-14

Cet article reprend partiellement une note de l'Ocde portant sur l'avenir des dépenses de santé. Il s'avère que la hausse des dépenses de santé et de soins de longue durée va continuer de peser sur les budgets publics au cours des prochaines décennies dans les pays de l'Ocde comme dans les pays émergents (BRIICS). Les dépenses s'accroîtront de manière soutenue en raison du vieillissement et de l'augmentation des maladies chroniques, et également sous l'effet conjugué du progrès technique et de l'envolée du prix relatifs des soins de longue durée.

Fonds CMU (2016). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2014-2015. Paris Fonds Cmu https ://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2016-Rapport_Cout_Moyen_2014-2015.pdf

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents régimes obligatoires et organismes complémentaires. En 2015, 5,3 millions1 de personnes bénéficient de la CMU-C pour l'ensemble des régimes et du territoire. Ces effectifs ont augmenté de 4,4 % en un an, en net ralentissement par rapport à 2014 (+ 8,5 %), en raison de la fin de la montée en charge de la mesure de revalorisation exceptionnelle des plafonds de juillet 2013.

Legendre, B. Et Le Duigou, S. (2016). Retraite et vulnérabilité aux dépenses de santé. Noisy-le-Grand IRES https ://www.ires.fr/etudes-recherches-ouvrages/etudes-des-organisations-syndicales/item/4410-retraite-et-vulnerabilite-face-aux-depenses-de-sante

Ce projet de recherche propose d'évaluer l'impact du passage à la retraite sur la vulnérabilité des ménages français face au poids que représentent les dépenses de santé dans leur budget. Les ménages connaissent en effet lors de leur passage à la retraite une rupture de couverture complémentaire qui a un impact direct sur le montant de leurs dépenses de santé. Nous caractériserons la vulnérabilité et mobiliserons les données de l'enquête européenne SHARE pour la mesurer. Une analyse toutes choses égales par ailleurs nous permettra d'analyser l'impact du départ en retraite et d'un certain nombre d'autres déterminants sur cette vulnérabilité. Notre contribution sera double et répondra à de grands enjeux économiques et sociaux actuels. Elle permettra de questionner le caractère équitable du système d'assurance maladie dans sa forme actuelle, et de proposer des orientations de politiques publiques en matière de financement de la santé, dans un contexte où la nécessité de réformer le système de protection sociale pour assurer sa soutenabilité financière ne fait plus débat.

Geay, C., et al. (2015). « Intégrer les dépenses de santé dans un modèle de microsimulation dynamique : le cas des dépenses de soins de ville. » Économie Et Statistique (481-482) : 211-234.

Anticiper la croissance à long terme des dépenses de santé constitue un des volets des exercices de surveillance budgétaire qui sont régulièrement menés à différents niveaux, notamment dans le cadre européen. Cette projection peut se faire à l'aide de maquettes macroéconomiques raisonnant à un niveau très agrégé. Mais l'exercice peut aussi se faire par microsimulation, ce qui offre un plus grand potentiel en termes de variantes et de types de résultats. La contrepartie est

évidemment une certaine complexité puisqu'il faut modéliser des trajectoires individuelles d'état de santé et la distribution des dépenses associées plutôt que des valeurs moyennes. Cet article présente les premières étapes de la construction d'un modèle de ce type, appliqué aux dépenses de soins de ville. Ce modèle comprend deux modules. Le premier est un module « épidémiologique « qui projette un indicateur dichotomique de bonne/mauvaise santé obtenu en croisant données de santé subjectives et objectives. Cet indicateur est évalué sur le panel de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) allant de 2002 à 2008. Ce panel permet d'estimer les probabilités de passage entre bonne et mauvaise santé ainsi que les probabilités de décès différenciées selon l'état de santé. Ce sont ces probabilités qui sont ensuite utilisées pour faire vieillir progressivement l'échantillon de 2008, à l'horizon de 2032. Une fois projetés les états de santé individuels, le second module simule les dépenses qui leur sont associées, à l'aide d'une approche séquentielle simulant d'abord le fait d'avoir une dépense non nulle, puis le niveau de cette dépense si elle est positive. L'articulation de ces deux modules est illustrée par quelques projections exploratoires. Ils ont été conçus pour être applicables à d'autres données de base. Ils pourront aussi être couplés avec des outils de microsimulation appliqués aux autres aspects du vieillissement démographique, principalement les retraites (résumé d'auteur).

Padieu, Y., et al. (2015). L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins. France, portrait social. Edition 2015., Paris : Insee **:** 25-36.

Depuis les Trente Glorieuses, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut avait tendance à progresser dans la plupart des pays européens. Toutefois, dans le courant des années 2000, celle-ci s'est quasiment stabilisée dans des pays comme l'Allemagne puis la France. Cette évolution s'est faite sans à-coup majeur grâce au renforcement de la maîtrise de la dépense d'assurance maladie. En revanche, suite à la crise débutée en 2008, les dépenses de santé par habitant ont ralenti, voire diminué, et ce bien plus fortement dans les pays du sud et du nord-ouest de l'Europe, comme la Grèce, le Portugal ou l'Irlande et, dans une moindre mesure, l'Espagne, l'Italie ou le Royaume-Uni. Il est difficile de distinguer l'effet intrinsèque de la crise des conséquences des politiques structurelles de maîtrise de la dépense de santé. Néanmoins, les actions entreprises telles que les coupes budgétaires, la réduction du coût des soins ou bien l'augmentation des franchises, ont contribué à ce retournement de tendance, qui a été particulièrement visible sur le poste médicament. Les difficultés économiques ainsi que les mesures de redressement ont contribué dans certains pays à limiter l'accès aux soins, en raison notamment de l'augmentation du reste à charge des ménages. Une hausse importante du renoncement déclaré pour certains types de soins a de fait été observée dans certains pays durement touchés par la crise comme la Grèce, le Portugal, l'Espagne ou l'Irlande. Si l'espérance de vie n'a diminué dans aucun des pays observés, il n'en va pas toujours de même pour l'espérance de vie en bonne santé : même si le lien de causalité avec la réduction des dépenses de santé n'est à ce stade pas établi, celle-ci a reculé en Grèce et en Italie (résumé d'auteur).

Rafenberg, C. (2015). Estimation des coûts pour le système de soins français de cinq maladies respiratoires et des hospitalisations attribuables à la pollution de l'air. Collection Etudes et documents : 122. Paris Ministère chargé de l'Écologie
https://www.ecologie.gouv.fr/sites/default/files/09_estimation%20co%C3%BBts%20syst%C3%A8me%20de%20sant%C3%A9.pdf

La mauvaise qualité de l'air entraîne une augmentation des maladies du système respiratoire. Les principales d'entre elles sont l'asthme, les bronchites aiguës ou chroniques, les cancers des voies respiratoires et les broncho-pneumopathies obstructives chroniques (ou BPCO). La qualité de l'air impacte aussi le système cardio-vasculaire. Ces impacts sont source d'une surmorbidité et d'une surmortalité. Cette étude a pour objet d'approcher au plus près les coûts dans le système de soin français des hospitalisations et des cinq maladies respiratoires les plus répandues attribuables à la pollution de l'air. Les coûts des maladies attribuables à la pollution de l'air sont générés par la prise en charge du patient par le système de soin. On trouve parmi eux des coûts de consultations, de traitements, d'examens ou encore d'hospitalisation, etc. L'étude approche les coûts des prestations sociales versées aux malades en considérant les arrêts de travail. Elle prend donc en compte les prestations médicales et sociales du malade dans le système de soin.

(2014). La dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2012 et 2013. Paris Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie

Ce rapport porte sur l'évaluation par le Fonds CMU du coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année 2012 avec une estimation pour l'année 2013. Les effectifs moyens de la CMU-C atteignent presque 4,7 millions en 2013. Ils comprennent une majorité de personnes jeunes. Une partie, minoritaire, a connu un parcours de vie très accidenté, qui débouche sur un état de santé plus dégradé. Ce sont les soins engagés pour ces personnes qui pèsent le plus dans la dépense des organismes gestionnaires. Cette diversité de parcours se retrouve dans un coût moyen pour la part couverte par la CMU-C en droits constatés, qui varie, en 2013 et en métropole, entre 446 € à la CNAMTS, qui gère les droits de plus de 77 % des bénéficiaires et qui regroupe les personnes les plus en difficulté, 336 € pour le RSI. La CCMSA se situe dans une position intermédiaire avec 371 €. Les organismes complémentaires, qui gèrent les droits d'un peu moins de 15 % des bénéficiaires, ont un coût moyen de 384 €. Les différences se retrouvent également au niveau des territoires. Ainsi, le coût moyen au régime général, en métropole, se situe, pour 2012, entre 348 € dans l'Yonne et 565 € à Paris2 et, pour les départements d'outre-mer, entre 360 € en Martinique et 471 € en Guyane. Enfin, même si les montants des coûts moyens diffèrent, les différents postes de dépense se répartissent dans les mêmes proportions, quel que soit l'organisme gestionnaire. La seule variation notable porte sur la dépense hospitalière, légèrement plus forte au régime général.

Soulat, L. Et Arrondel, L. (2014). Les dépenses de santé à la charge des ménages avant et pendant la retraite. Paris COR
https://www.cor-retraites.fr/sites/default/files/2019-06/doc-2473.pdf

Cette note présente quelques premiers résultats sur les modifications des dépenses de santé au moment de la retraite en se centrant sur les dépenses de santé non remboursées. Ce travail s'appuie sur l'exploitation de réponses à l'enquête de la Caisse des Dépôts Attentes et perception des Français à l'égard de la retraite. Plus particulièrement, il étudie les réponses à la question sur le budget des ménages en dix postes, et notamment celles portant sur le poste des dépenses de santé, hors dépenses remboursées. Les dépenses de santé ainsi déclarées par les enquêtés correspondent à un périmètre différent de celui des chiffrages de la DREES. Ceci peut expliquer des différences dans le niveau des dépenses de santé à la charge des ménages, les mesures présentées ici étant plus élevées que celles de la DREES.

6 -Médicaments

6.1 DONNEES GENERALES

Revue Prescrire Choix thérapeutique : le tri annuel Revue Prescrire

> Prescrire présente, comme chaque année, son bilan thérapeutique pour Ce bilan répond à l'objectif suivant : pour des soins de qualité : il est utile de trier en permanence, sans confondre progrès thérapeutiques et nouveautés commerciales, sans confondre les informations fausses, biaisées ou inutiles avec les informations solides, prouvées, opérationnelles.

Ankri, J. (2022). "Les pénuries de médicaments : un problème de santé publique. Dossier." Actualite Et Dossier En Sante Publique(119): 14-53.

> La fréquence des pénuries de médicaments, la gravité de leurs conséquences, leur impact au niveau du système de la santé des individus en fait un problème important de santé publique. Ce dossier tente de mesurer l'ampleur du phénomène, de présenter les systèmes de contrôle, dont la réglementation et la mise en place de stratégies sanitaires de stocks.

(2021). "La régulation économique de la santé". française, Paris Vie publique
https://www.vie-publique.fr/catalogue/278024-la-regulation-economique-de-la-sante

> Pour contribuer à la réflexion contemporaine sur la régulation économique de la santé, le Conseil d'État a organisé trois tables rondes, La première table ronde portait sur la régulation économique des produits de santé, et particulièrement du médicament, dans le cadre européen et national. La deuxième table ronde était consacrée à la régulation économique des établissements de santé et médico-sociaux. La troisième table ronde s'intéressait enfin à la diversité des acteurs de la régulation économique de la santé.

Biot, J. (2020). "Mission stratégique visant à réduire les pénuries de médicaments essentiels : rapport au Premier ministre". Paris : Vie publique
www.vie-publique.fr/rapport/274702-mission-strategique-pour-reduire-les-penuries-de-medicaments-essentiels

> Ce rapport du Haut Conseil, fondé sur le travail commun des trois institutions, expose dans une première partie les raisons d'une telle enquête, ses modalités d'élaboration et le questionnaire. La seconde partie est consacrée à l'analyse des résultats, qui sont présentés par thèmes (les prélèvements concourant au financement de la protection sociale, la distinction entre ressources affectées ou générales, les propriétés des assiettes de prélèvements, les spécificités des modalités de prélèvements selon les risques sociaux). Pour chacun d'eux, ont été regroupées les réponses relatives à la perception qu'ont les personnes des modalités actuelles de financement de la protection sociale (première partie du questionnaire) et aux souhaits qu'elles formulent en la matière pour l'avenir (deuxième partie). Une dernière partie propose

des enseignements pour des futurs travaux statistiques et d'études qui pourraient être poursuivis sur ces sujets

Toussaint, B. (2020). "La régulation du médicament par les normes (AMM, SMP, ASMR...)." Seve : Les Tribunes De La Santé(64): 87-97.

En réaction à la visibilité croissante des dégâts sanitaires provoqués par les médicaments, de nombreux pays ont renforcé dans les années 1960 et 1970 leurs processus de mise sur le marché. Les firmes pharmaceutiques, de moins en moins nationales, ont alors cherché à pouvoir commercialiser leurs médicaments rapidement dans le monde entier, sur la base d'un dossier unique. Elles ont joué un rôle moteur dans l'harmonisation des normes qui leur étaient appliquées. Les normes d'autorisation de mise sur le marché (AMM) sont produites par l'International Council for Harmonisation (ICH), dominé, depuis ses origines en 1990, par des représentants des firmes pharmaceutiques et de certaines agences du médicament. De nombreuses données montrent que, en Europe comme ailleurs, ces normes minutieuses mais élaborées dans l'entre soi firmes-régulateurs laissent arriver sur le marché une majorité de médicaments qui n'apportent pas de progrès médical avéré, voire sont des régressions. On constate aussi qu'une démonstration de valeur thérapeutique ajoutée doit devenir une norme d'AMM pour répondre aux besoins des principaux intéressés par les médicaments : les patients et les professionnels de santé, et les responsables de la protection sociale. En France, par sa cotation méthodique de l'intérêt du médicament, qui conditionne le remboursement par la Sécurité sociale, la Commission de la transparence peut protéger les patients de médicaments autorisés mais plus dangereux qu'utiles.

Revue Prescrire (2020). Plan d'action pour l'évaluation des médicaments innovants. Saint Denis : Haute Autorité de Santé
https ://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp ?id=p_3148261

Les innovations médicamenteuses de ces dernières années et des prochaines portent un espoir inédit pour les malades : guérir d'un cancer ou d'une maladie jusque-là incurable. Une révolution en médecine qui n'avait pas connu de telles perspectives depuis longtemps. Mais ces médicaments arrivent alors que subsistent beaucoup d'incertitudes, après des développements cliniques courts, sur de petits échantillons de malades. L'enjeu est crucial : permettre l'accès à ces traitements tout en s'assurant que les promesses sont effectivement tenues. Pour y parvenir, la HAS a élaboré un plan d'action pour les médicaments innovants afin de s'adapter au nouveau contexte et de gagner en agilité dans ses modes d'évaluation.

(2016). État des lieux sur les médicaments biosimilaires. St Denis ANSM

Ce rapport rassemble les données disponibles sur les médicaments biosimilaires. Cet état des lieux illustre l'évolution rapide du marché de ces médicaments en Europe ou 20 spécialités biosimilaires sont autorisées et/ou commercialisées en avril 2016. L'ANSM, qui suit attentivement ces médicaments biologiques similaires, propose un point sur les aspects réglementaires de l'AMM qui est délivrée au niveau européen. L'évaluation des bénéfices et des risques, la pharmacovigilance et le suivi, le bon usage des médicaments biosimilaires sont également abordés dans ce rapport qui détaille, en annexe, tous les médicaments biologiques de référence et leurs biosimilaires actuellement autorisés en Europe.

Ankri, J., et al. (2016). « La politique du médicament. Dossier. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (97) : 16-49.

> Les français sont les premiers consommateurs de médicaments innovants en Europe. Aujourd'hui, la politique du médicament est confrontée à deux enjeux majeurs : garantir la sécurité avec une prise en charge médicamenteuse sûre et efficace, et permettre un accès équitable à l'innovation. Depuis quelques années, de nombreuses spécialités pharmaceutiques arrivent sur le marché à des prix très élevés, posant le problème du financement de l'innovation tout en assurant la soutenabilité de notre système de santé.

Barbier, G. Et Daudigny, Y. (2016). Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la politique du médicament. Paris Sénat
https ://www.senat.fr/rap/r15-739/r15-739.html

> La diversité des approches sur le médicament et le nombre croissant de polémiques qui l'entourent rendent nécessaire la définition par les pouvoirs publics d'une position claire quant à sa place dans notre système de santé - ceci d'autant plus que le cadre, déjà contraint, de nos finances sociales se trouve largement bousculé par le retour de l'innovation médicamenteuse. Ce rapport se penche sur la politique du médicament, afin de déterminer comment garantir l'accès de tous les malades aux médicaments les plus efficaces. Après plusieurs mois de travaux et l'audition de la plupart des acteurs du secteur, ce rapport formule douze préconisations destinées à permettre à notre système d'évaluation, d'admission au remboursement et de fixation des prix qui a jusqu'à présent prouvé son efficacité de faire à ces nouveaux enjeux (d'après résumé d'auteur).

Dahan, M. (2016). Pilotage opérationnel du Plan national d'action de promotion des médicaments génériques. Rapport IGAS : 2015-89R. Paris IGAS

> En septembre 2014, l'IGAS a été chargée de désigner un pilote pour un plan d'action de promotion des médicaments génériques, issu principalement de précédents travaux réalisés par l'IGAS en 2014. Le chef de l'IGAS a désigné, en octobre 2014, Muriel Dahan pour définir et piloter, auprès de la direction de la sécurité sociale (DSS) et en s'appuyant sur les services du ministère, de l'Assurance maladie et de l'Agence nationale de sécurité des médicaments et produits de santé (ANSM), le plan national de promotion des médicaments génériques. Lancé en mars 2015, il comporte 7 axes et plus de 80 actions. Le développement du marché générique étant une composante importante de la trajectoire de l'ONDAM 2015-2017, visant à une meilleure utilisation des dépenses d'assurance maladie, il s'agit d'un plan à déployer sur trois ans. Après un an de pilotage, ce rapport fait un bilan des avancées et actions réalisées.

Le Déau, J. Y., et al. (2015). Les médicaments biosimilaires. **R**apport du Sénat : 239, Rapport de l'Assemblée nationale : 2760. Paris Sénat, Paris Assemblée nationale
https ://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-off/i2760.asp

> Au cours des cinq prochaines années, un grand nombre de brevets de médicaments biologiques, issus des biotechnologies, tombera dans le domaine public. D'ores et déjà, de nombreux laboratoires pharmaceutiques développent et mettent sur le marché des médicaments «

biosimilaires », sur le même schéma que les génériques pour les médicaments chimiques. Les régimes d'assurance maladie attendent des économies substantielles de cette interchangeabilité. Or les médicaments biologiques diffèrent des médicaments chimiques car leur structure moléculaire est beaucoup plus complexe et leurs effets dépendent du processus de fabrication. Il reste encore à établir les modalités selon lesquelles un médicament biosimilaire pourra être amené à remplacer un médicament biologique de référence, avec les mêmes exigences en termes d'efficacité, de qualité et de sécurité. Ce rapport rend compte des débats sur cette problématique lors deux tables rondes, successivement intitulés « jusqu'où l'analogie des médicaments biosimilaires avec les médicaments génériques ? » et « les enjeux économiques, sociaux et juridiques des médicaments biosimilaires ». Sont abordés : le point de vue scientifique, Le point de vue scientifique sur les effets des médicaments biosimilaires, l'insertion des médicaments biosimilaires dans notre système de santé : les enjeux économiques : faut-il développer le marché des biosimilaires ? Les enjeux juridiques : quel encadrement ?

Pilorge, C. (2015). En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit. In . [Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 181-195
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/les-depenses-de-sante-en-2014-resultats-des-comptes

(2014). Analyse des déclarations de ventes 2012 des dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. St Denis ANSM
https://archive.ansm.sante.fr/

(2014). Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. St Denis ANSM
https://archive.ansm.sante.fr/

(2014). Médicaments de ville : une nouvelle baisse des dépenses en 2013, Paris : Cnamts

Les grandes tendances et les points clés : revue par facteurs d'évolution, par classes thérapeutiques. Quelles marges de progression ?

Belis-Bourgouignan, M. C., et al. (2014). L'industrie pharmaceutique : règles, acteurs et pouvoir, Paris : La Documentation française

L'industrie pharmaceutique, dont le poids économique reste très important, est confrontée aujourd'hui à de nombreuses difficultés. Cet ouvrage propose un tour d'horizon complet du secteur, essentiellement en France. Croisant les approches politiques et économiques de plusieurs spécialistes de l'industrie pharmaceutique, il entend répondre aux interrogations de tout citoyen, consommateur et patient désireux de saisir les grandes transformations d'une industrie qui demeure l'un des secteurs clés de notre économie. Part croissante des médicaments génériques dans la consommation, réglementation toujours plus contraignante limitant les autorisations de mise sur le marché, développement des biotechnologies …, autant de défis à relever pour une industrie qui tend aujourd'hui à supprimer des emplois. Elle est aussi l'objet de nombreuses controverses : médicaments dangereux, contrefaçons, lobbying auprès des médecins, disease mongering (fabrication de maladies…) Autant d'aspects qui, pour des raisons souvent politiques, exposent en permanence ce secteur économique à l'attention des médias.

Dépassant le simple périmètre des Big Pharma (multinationales), l'ouvrage s'intéresse à l'ensemble des acteurs concernés par la filière. Loin des vues partisanes et des considérations purement techniques, il offre une analyse originale et aussi objective que possible de la question (4e de couverture).

Ferrante, A. (2014). « Les pharmacies depuis 2000. Mutations d'un secteur très réglementé. » Insee Première (1525)

En 2012, près de 24 000 pharmacies sont implantées en France. Elles ont réalisé un chiffre d'affaires de 38 milliards d'euros, soit 53 % de plus qu'en 2000 en valeur. Au cours des dernières années, la croissance en valeur du commerce de détail de produits pharmaceutiques, traditionnellement dynamique, s'est émoussée, en lien avec la baisse des prix des médicaments remboursables. Néanmoins, le taux de marge commerciale est reparti à la hausse depuis 2006 et atteint 27,5 % en 2012. En 2012, les médicaments remboursables composent toujours l'essentiel du chiffre d'affaires des pharmacies, mais leur poids diminue au profit des spécialités non remboursables, dont l'indice des prix progresse fortement sur la période 2000-2012. Tout en restant très largement minoritaire, la parapharmacie décolle. Sur la même période, le paysage juridique des pharmacies a aussi évolué. L'exploitation associée est devenue majoritaire du fait des difficultés à créer de nouvelles officines. Les sociétés d'exercice libéral, plus avantageuses fiscalement et au moment de la transmission, sont en plein essor : en 2012, plus d'une pharmacie sur quatre fonctionne sous ce statut. Une pharmacie sert en moyenne 2 700 habitants en France métropolitaine, mais la répartition territoriale n'est pas uniforme (résumé auteur).

Flipo, A., et al. (2014). Évaluation de la politique publique de promotion des médicaments génériques : mission « modernisation de l'action publique » (MAP). Rapport IGAS : 2014-027R. Paris IGAS
https://igas.gouv.fr/Evaluation-de-la-politique-publique-de-promotion-des-medicaments-generiques

La promotion des médicaments génériques fait partie des évaluations de politiques publiques retenues lors du quatrième Comité interministériel pour la modernisation de l'action publique (CIMAP) organisé en décembre 2013. C'est dans ce cadre que l'IGAS a été chargée, en février 2014, d'assurer, avec le soutien du Secrétariat général pour la modernisation de l'action publique (SGMAP) : « une mission d'appui auprès de la direction de la sécurité sociale » (DSS) dans l'optique de « développer le marché du générique en France en définissant des actions, d'une part à destination des prescripteurs, tant en ville qu'à l'hôpital, afin de développer la prescription dans le répertoire, et, d'autre part, à destination des patients, afin d'améliorer la confiance dans le médicament générique ». Retrouvez également le rapport sur le pilotage opérationnel du Plan national d'action de promotion des médicaments génériques, réalisé en janvier 2016.

Gimbert, V. Et Benamouzig, D. (2014). « Les médicaments et leurs prix : comment les prix sont-ils déterminés ? (volet 2). » Note d'analyse (La) [10]
https ://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2014-03-04-Prixdumedicaments-NA101.pdf

En 2012, plus de 27 milliards d'euros ont été consacrés aux dépenses publiques de médicament en France. Au-delà de la question du volume de consommation et des usages – auxquels est consacré le volet 1 de cette note –, celle du prix est déterminante. Elle est délicate parce que porteuse d'enjeux multiples, à la fois économiques, sanitaires et sociaux. Alors que la France a

plutôt une tradition d'administration des prix du médicament, certains pays européens voisins combinent libre fixation des prix et régulation indirecte. Ainsi, plusieurs principes de régulation sont partagés par l'ensemble des pays, même si leur mobilisation concrète demeure mal connue tant la détermination du prix reste marquée par une grande opacité. Cette note vise à présenter les mécanismes de régulation du prix des médicaments dans le secteur ambulatoire en France et à identifier quelques évolutions récentes dans ce domaine, notamment le recours plus formalisé à la valeur économique du médicament (résumé d'auteur).

Gimbert, V. Et Chauffaut, D. (2014). « Les médicaments et leurs usages : comment favoriser une consommation adaptée ? (volet 1). » Note d'analyse (La) [9]
https ://www.strategie.gouv.fr/publications/medicaments-leurs-usages-volet-1

En 2012, plus de 27 milliards d'euros ont été consacrés aux dépenses publiques de médicament en France. Parallèlement, on estime cette même année que 23 300 tonnes de médicaments n'auraient pas été utilisées. Au-delà de la question du prix du médicament – auquel sera consacré le volet 2 de cette note –, celle de ses usages est déterminante. Quelle organisation du système de soins pourrait favoriser un usage plus raisonné, à bon escient, des médicaments ?

Pilorge, C. (2014). L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013. In : [Les Comptes nationaux de la santé 2013.] Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 195-208
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-statistiques-2006-2016/comptes-nationaux-de-la-sante-2013-edition-2014

6.2 CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

Médicaments délivrés par les pharmacies de ville par type de prescripteur - Medic'AM - 2015 à 2024
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-type-prescripteur-medicam

Informations détaillées sur les médicaments délivrés par les pharmacies de ville et remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie sont présentées par type de prescripteur (libéral ou salarié).

Auvigne, F. et Kerhuel, B. (2024). "Revue de dépenses : les dispositifs médicaux". Paris, I.G.F.
https://www.igf.finances.gouv.fr/igf/accueil/nos-activites/rapports-de-missions/liste-de-tous-les-rapports-de-mi/revue-de-depenses-les-dispositif.html

Les dépenses d'assurance maladie relatives aux dispositifs médicaux s'élèvent à 14 milliards d'euros (Md€) en 2022. Ces dépenses sont en hausse de 2,4 Md€ depuis 2017, soit + 3,7 % par an. Trois leviers d'économies ont été identifiés dans le champ des dispositifs médicaux : la participation des usagers, la maîtrise des prix et tarifs, et le contrôle des volumes.

Santé Publique France (2024). "Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023". Saint-Maurice, Santé publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-2013-2023

> La surveillance de la consommation d'antibiotiques s'intègre dans la politique nationale de lutte contre l'antibiorésistance, dont les axes et les plans d'actions sont notamment définis par la Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance. Depuis 2018, Santé publique France surveille la consommation des médicaments antibiotiques à usage systémique en secteur de ville à partir des données du Système national des données de santé (SNDS). En 2022, la part du secteur de ville dans la consommation totale d'antibiotiques était de 92,8 %. Au fil des années, cette part est demeurée très stable. Ce rapport présente une actualisation pour l'année 2023 des indicateurs annuels de consommation des antibiotiques dans le secteur de ville, c'est-à-dire délivrés dans les officines de ville.

(2024). "Le bon traitement, c'est pas forcément un médicament". Paris, C.N.A.M.
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-11-14-dp-medicaments

> Au cœur de ses missions pour assurer que le bon médicament au bon moment profite à tous ceux qui en ont besoin, l'Assurance Maladie se mobilise au travers d'actions dédiées auprès des assurés, prescripteurs et pharmaciens. Sa nouvelle campagne « le bon traitement, c'est pas forcément un médicament » s'inscrit pleinement dans cet objectif : elle vise à faire prendre conscience qu'une consultation ne rime pas forcément avec prescription de médicaments et à favoriser le dialogue médecins-patients.

Santé publique France (2024). "Surveillance de la consommation d'antibiotiques et des résistances bactériennes en établissement de santé. Mission Spares, résultats 2022 : Mission Spares. Résultats 2022". Saint-Maurice, Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/surveillance-de-la-consommation-d-antibiotiques-et-des-resistances-bacteriennes-en-etablissement-de-sante.-mission-spares-resultats-2022

> La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) et de la résistance bactérienne aux antibiotiques en établissement de santé (ES), confiée à la mission Spares depuis 2018, contribue à la politique nationale de maîtrise de l'antibiorésistance en promouvant le bon usage des ATB et la prévention de la transmission croisée. Ses objectifs sont de permettre à chaque ES de décrire et d'analyser ses consommations et ses résistances bactériennes, au niveau de chaque service, par rapport à un ensemble comparable d'ES ainsi que la production d'indicateurs à l'échelle régionale et nationale.

Fidel, D. (2024). "Le médicament sous haute tension." Médecins : bulletin de l'ordre national des médecins(90): 14-17.

> Ces derniers mois, les flux de médicaments sont sous les feux de la rampe. On les dit trop consommés, trop prescrits ou trop autoprescrits et surtout trop souvent absents des officines. Mais qu'en est-il réellement ? Après plusieurs années de décrue, la consommation de médicaments des Français semble repartir à la hausse et la surconsommation d'antibiotiques à

large spectre ne diminue pas réellement. Dans le même temps, la pénurie de médicaments révélée lors de la crise sanitaire s'aggrave d'année en année, poussant le gouvernement à prendre des mesures fortes, notamment pour relocaliser la production et améliorer l'information.

Maugat, S., Ben hmidene, G. et Paumier, A. (2024). "Prévention de la résistance aux antibiotiques : une démarche « une seule santé. Rapport Santé Publique France". Saint-Maurice, Santé publique France https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/prevention-de-la-resistance-aux-antibiotiques-une-demarche-une-seule-sante-.-novembre-2024

Ce document présente les principaux résultats de la surveillance de la consommation d'antibiotiques et de la résistance bactérienne pour l'année 2023 en santé humaine, animale et dans l'environnement, en priorisant des indicateurs communs ainsi que les actions mises en œuvre pour la prévention, le contrôle des infections et le bon usage des antibiotiques (BUA).

Cavalie, P. (2023). "L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2012 et 2022". Saint-Denis, A.N.S.M.
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-2012-2022

Dans le secteur de ville, si la consommation d'antibiotiques reste globalement orientée à la baisse depuis 2012, elle a augmenté en 2022 à un rythme plus soutenu qu'en 2021 ; elle reste cependant à un niveau légèrement inférieur à celui observé en 2019. Exprimée en nombre de DDJ pour 1 000 habitants et par jour, cette consommation était en 2022 de 21,6 DDJ/1 000 hab/j (+14,0 % par rapport à 2021). Exprimée en nombre de prescriptions pour 1 000 habitants et par an, elle était en 2022 de 821,5 presc./1 000 hab/an (+16,6 % par rapport à 2021). Dans les Ehpad sans pharmacie à usage intérieur (PUI), les consommations et les prescriptions d'antibiotiques ont augmenté en 2022 alors qu'elles étaient en diminution de 2015 à 2021. Elles étaient de 40,5/DDJ/1 000 Jheb (journées d'hébergement) (+11,4 % par rapport à 2021) et 4,07 presc./1 000 Jheb (+10,5 % par rapport à 2021), soit là aussi un niveau légèrement inférieur à celui observé en 2019.

(2021). "Surveillance de la consommation d'antibiotiques en Ehpad. Mission SPARES. Données 2018-2019". Saint-Maurice Santé Publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/surveillance-de-la-consommation-d-antibiotiques-en-ehpad.-mission-spares.-donnees-2018-2019

Des enquêtes de prévalence de l'utilisation des antibiotiques (ATB) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont montré une fréquence élevée de recours aux ATB à large spectre. Dans les structures EHPAD bénéficiant d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), la surveillance continue de la consommation d'ATB dispensés, plus aisée à mettre en œuvre, pourrait apporter une aide à l'amélioration des pratiques. Notre objectif était de décrire la consommation d'ATB des structures EHPAD volontaires ayant participé à la surveillance de la mission nationale de surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé (SPARES). En 2018 et 2019, ont été recueillis les ATB à visée systémique

de la classe J01 de l'OMS ainsi que la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, dispensés par la PUI dans les secteurs EHPAD. Les quantités étaient exprimées en nombre de doses définies journalières (DDJ, version 2019), rapporté à l'activité en nombre de journées d'hébergement (JHeb).

Cavalie, P., et al. (2021). "Consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2010 - 2020." Saint-Maurice Santé Publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/rapport-synthese/consommation-d-antibiotiques-en-secteur-de-ville-en-france-2010-2020

(2019). « Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques ». St Denis ANSM
https://ansm.sante.fr/uploads/2020/10/19/20201019-rapport-antalgiques-opioides-fev-2019-3-pdf-2019-03-06.pdf

En 10 ans, la consommation des antalgiques opioïdes a augmenté : cela s'inscrit dans la politique d'amélioration de la prise en charge de la douleur de part, notamment, des plans ministériels de lutte contre la douleur ayant été mis en place depuis 1998. En parallèle, l'ANSM observe une augmentation du mésusage, ainsi que des intoxications et des décès liés à l'utilisation des antalgiques opioïdes, qu'ils soient faibles ou forts. Cependant, la situation n'est pas comparable avec celle observée aux Etats-Unis et au Canada. L'enjeu pour les autorités sanitaires françaises consiste à sécuriser au mieux l'utilisation des antalgiques opioïdes sans restreindre leur accès aux patients qui en ont besoin. Ce rapport sur la consommation des antalgiques opioïdes en France, s'inscrit dans une démarche de surveillance globale de l'utilisation des médicaments utilisés dans la prise en charge de la douleur.

Herr, M., et al. (2018). « Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [230]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/230-fragilite-des-personnes-agees-et-consommation-de-medicaments.pdf

Le vieillissement n'est pas un processus homogène. Certaines personnes sont plus fragiles que d'autres : elles ont une moindre capacité à faire face à des événements stressants à cause d'une réserve physiologique insuffisante (dénutrition, perte de masse musculaire, etc.) et subissent des conséquences néfastes en matière de santé et de consommation de soins (hospitalisation, institutionnalisation, décès, etc.). Depuis quelques années, la Haute Autorité de santé (HAS) met en avant la détection et la prise en charge de la fragilité comme un moyen d'améliorer les parcours de soins des personnes âgées. Les interventions proposées incluent l'ajustement et la simplification du traitement médicamenteux des patients. L'originalité de cette étude consiste à aborder la relation entre l'usage de médicaments et la fragilité en tenant compte à la fois de la quantité de médicaments prescrits et de la qualité de la prescription chez les personnes âgées de 65 ans et plus. L'étude a été réalisée à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale de l'Irdes en 2012, appariée aux données de remboursement de soins de l'Assurance maladie qui permettent d'identifier la consommation de médicaments. Elle souligne que la polymédication et l'usage de certains médicaments potentiellement inappropriés – les médicaments anticholinergiques – sont associés à la fragilité chez les personnes âgées.

Monnoyer-Smith, L. (2018). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : une infection évitée, c'est un antibiotique préservé ! Saint-Maurice Santé Publique France
https ://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-infectieuses/2018/Consommation-d-antibiotiques-et-resistance-aux-antibiotiques-en-France-une-infection-evitee-c-est-un-antibiotique-preserve

L'approche « One Health « de la lutte contre l'antibiorésistance portée depuis 2015 par l'Organisation mondiale de la santé favorise l'articulation de la prévention entre santé humaine, santé animale et environnement. Les antibiotiques étant un bien précieux permettant de traiter les infections bactériennes, il est urgent de mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les préserver. En France, la consommation d'antibiotiques en santé humaine ne diminue plus. En termes de résistance, certains succès ont été enregistrés (pneumocoques, SARM) mais l'augmentation des entérobactéries résistantes aux céphalosporines de 3e génération constitue un défi pour l'avenir. En santé animale, la diminution de la consommation d'antibiotiques, liée à la mobilisation des professionnels et pour partie à la réglementation, a été suivie d'une diminution de la résistance aux antibiotiques. L'environnement fait depuis peu l'objet d'études pour évaluer son impact dans la diffusion de la résistance aux antibiotiques. Qu'il s'agisse de santé humaine ou animale, la prévention est au premier plan pour que les antibiotiques restent efficaces. Dans cet objectif, depuis 2014, trois agences nationales – Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) – ainsi que l'Assurance Maladie et leurs ministères de tutelle réunissent leurs efforts et leurs partenaires pour présenter de manière commune les chiffres clefs de la consommation et de la résistance aux antibiotiques dans une perspective de santé globale (« One Health «). Pour la première fois cette année, le document traite du rôle de l'environnement, en collaboration avec l'équipe Inserm hospitalo-universitaire de Limoges et le ministère de de la Transition écologique et solidaire. Cette édition 2018 présente également un volet sur le bon usage des antibiotiques, en collaboration avec la Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf).

(2017). État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise. St Denis ANSM
https://archive.ansm.sante.fr/

Une diminution modérée de la consommation des benzodiazépines est observée en France depuis ces trois dernières années. Bien que le niveau en 2015 soit le plus bas que l'on ait observé depuis 2000, le nombre de français consommant une benzodiazépine reste encore trop élevé, en particulier chez les plus de 65 ans. Aussi, il demeure nécessaire de continuer à mobiliser l'ensemble des professionnels de santé et de renforcer l'information des patients sur les risques liés aux benzodiazépines tout en gardant à l'esprit que, bien utilisées, elles sont des médicaments indispensables dans l'arsenal thérapeutique.

(2017). La consommation d'antibiotiques en France en 2016. St Denis ANSM
https://archive.ansm.sante.fr/

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) analyse chaque année les données relatives à la consommation des antibiotiques en France. Les résultats

présentés dans la nouvelle édition de son rapport montrent notamment qu'après cinq années de baisse entre 2000 et 2005 et une stagnation pendant les cinq années suivantes, la prescription d'antibiotiques en France a augmenté de 5,6 % entre 2011 et 2016, avec une croissance de 1,3 % entre 2015 et 2016.

(2017). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2015. St Denis ANSM
https://archive.ansm.sante.fr/

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) analyse chaque année les données relatives à la consommation des antibiotiques en France. Les résultats présentés dans la nouvelle édition de son rapport montrent notamment que la consommation des antibiotiques repart à la hausse depuis 2010, et que la France reste parmi les pays européens où celle-ci est la plus élevée. Ce niveau élevé est très préoccupant car une utilisation non maîtrisée des antibiotiques est responsable du développement des résistances bactériennes. De surcroît, l'éventail des solutions de recours que constituent les antibiotiques dits « de réserve « s'appauvrit en raison de la diminution du nombre de substances antibiotiques disponibles et d'une innovation thérapeutique trop modeste.

Herr, M., et al. (2017). « Fragilité et consommation de médicaments en population âgée. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (16-17) : 311-316.
https ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/16-17/pdf/2017_16-17_3.pdf

À partir des données l'Enquête santé et protection sociale 2012 enrichies des dépenses de santé de l'Assurance maladie, cette étude analyse la consommation de médicaments en valeur (dépense ambulatoire de pharmacie) et en volume (nombre de boîtes de médicaments délivrées sur l'année) en fonction du phénotype fragile (robuste, pré-fragile, fragile). L'analyse a été réalisée parmi 1 890 sujets âgés de 65 ans et plus ayant eu au moins un remboursement de médicaments en 2012, en tenant compte de leurs caractéristiques sociodémographiques et de santé dans des modèles GLM (Generalized Linear Model).

Maugat, S., et al. (2017). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : soyons concernés, soyons responsables. Saint-Maurice Santé Publique France
https ://www.anses.fr/fr/system/files/2017_Brochure_Antibioresistance.pdf

Les trois agences nationales – Santé publique France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) – et l'Assurance Maladie ont réuni leurs efforts pour présenter de manière commune les chiffres clefs de la consommation et de la résistance aux antibiotiques en santé humaine et en santé animale sur les 10 dernières années (2006-2016), dans une perspective de santé globale (« One Health «) promue par l'Organisation mondiale de la santé.

(2016). Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB-Raisin. Résultats 2014, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/surveillance-de-la-consommation-des-antibiotiques-reseau-atb-raisin.-resultats-2016

Pichetti, S. Et Sermet, C. (2016). « La consommation de médicaments en France. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (97) : 17-22.
https ://www.hcsp.fr/Explore.cgi/adsp ?clef=154

> Si la France conserve une position élevée en termes de consommation de médicaments par rapport à ses voisins européens, elle ne figure plus systématiquement dans le haut du classement et est désormais rattrapée par les autres pays. La singularité de la consommation pharmaceutique française se manifeste désormais davantage par la place qu'elle accorde aux produits plus récents et plus coûteux au détriment des produits éprouvés plus anciens. Cette structure de la consommation largement orientée vers la nouveauté se traduit par des dépenses comparativement plus importantes que celles observées dans les pays voisins.

(2015). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Bilan des données de surveillance, 17 novembre 2015, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire

> Afin de diffuser plus largement ces informations, l'InVS et l'ANSM présentent dans un document commun, pour la deuxième année, les chiffres clefs de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne aux antibiotiques en France sur les 10 dernières années (période 2004-2014). Pour la première fois cette année, la description des effets indésirables liés aux antibiotiques enregistrés pour l'année 2014 est inclue dans ce document.

Le Cossec C. (2015). La polymédication au regard de différents indicateurs de sa mesure : impact sur la prévalence, les classes thérapeutiques concernées et les facteurs associés. Les rapports de l'Irdes : 562. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/562-la-polymedication-au-regard-de-differents-indicateurs-de-sa-mesure.pdf
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/213-mesurer-la-polymedication-chez-les-personnes-agees.pdf

> L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'une augmentation des années de vie avec, souvent, plusieurs maladies chroniques entraînant une accumulation des traitements médicamenteux. D'un point de vue individuel, la polymédication est associée – entre autres *via* les interactions entre principes actifs et le cumul d'effets indésirables – à une augmentation du risque d'iatrogénie. Ces événements iatrogéniques sont responsables de 5 à 25 % des admissions hospitalières et de 10 % des admissions aux urgences. De plus, cette accumulation de traitements et de schémas thérapeutiques entraîne une contrainte pour le patient pouvant à terme nuire à sa qualité de vie. D'un point de vue du système de santé, l'enjeu est aussi économique : s'ajoute au surcoût généré par la consommation de médicaments inutiles le coût de la iatrogénie (hospitalisations, consultations médicales, traitements médicamenteux…). Dans ce contexte, des politiques publiques visant à réduire la polymédication chez les personnes âgées ont été mises en place ces dernières années. Leur évaluation nécessite des indicateurs faciles à produire sur des bases de données concernant de grandes populations. Nous étudions ainsi deux indicateurs : l'indicateur de polymédication « cumulative », qui prend en compte l'ensemble des médicaments administrés sur une période donnée, et l'indicateur de polymédication « continue » qui s'intéresse aux médicaments pris de façon prolongée et régulière. L'aspect novateur de ce travail est lié à la prise en compte des associations de molécules et des conditionnements trimestriels

dans les calculs. La prévalence de la polymédication varie ainsi de 27 à 40 % selon l'indicateur, avec ou sans prise en compte des associations de molécules et des conditionnements.

(2014). Consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable. Bilan des données de surveillance, 18 novembre 2014. St Maurice : INVS

Dans une optique de partage des connaissances, l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) présentent conjointement dans le présent document les chiffres clefs de la consommation des antibiotiques et de la résistance bactérienne en France sur la période des 10 dernières années (période 2003-2013).

(2014). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. St Denis : ANSM
https://archive.ansm.sante.fr/

Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France – comme d'autres pays européens - à mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et un meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité. Ces actions ont abouti à faire diminuer la consommation d'antibiotiques, tant en ville qu'à l'hôpital. Ce mouvement de baisse n'a cependant pas été continu. Depuis plusieurs années, l'ANSM observe une tendance à la reprise, que les résultats 2013 accentuent. L'incidence élevée des pathologies hivernales au début de l'année écoulée doit bien sûr être prise en compte, mais elle ne peut que partiellement expliquer la hausse constatée. Pris dans leur ensemble, ces résultats montrent que les habitudes de prescription et les comportements peuvent être infléchis. Même si elle se situe toujours parmi les pays dont le niveau de consommation est élevé, la France n'est plus – pour le secteur de ville - le premier consommateur d'antibiotiques en Europe, comme c'était le cas au début des années 2000. En 2012, elle se situait au quatrième rang pour le secteur ambulatoire. À l'hôpital, la consommation française se situe désormais dans la moyenne européenne. Néanmoins, des progrès conséquents restent à faire pour renforcer le bon usage et limiter la consommation. Entre 2000 et 2013, la consommation d'antibiotiques a baissé de 10,7 %, mais elle a augmenté de 5,9 % depuis 2010. En volume, plus de 90 % de la consommation d'antibiotiques se fait dans le secteur de ville et un peu moins de 10 % à l'hôpital. En 2013, les génériques d'antibiotiques ont représenté 82,5 % de la consommation d'antibiotiques en ville. Les femmes représentent 59,3 % des consommateurs d'antibiotiques et les hommes 40,7 %. 70 % des prescriptions faites en ville se rapportent à des affections des voies respiratoires. L'exposition aux antibiotiques est élevée à l'hôpital où environ 4 patients sur 10 reçoivent, un jour donné, une dose d'antibiotique

(2014). Surveillance de la consommation des antibiotiques - Réseau ATB Raisin - Résultats 2012, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire
https ://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/GuideAB-national2012_ministere13-12.pdf

La surveillance de la consommation des antibiotiques (ATB) ATB-Raisin participe au bon usage des ATB. Les objectifs sont de permettre à chaque établissement de santé (ES) de décrire et d'analyser ses consommations par rapport à un ensemble comparable et de les confronter aux données de résistance bactérienne.

Beck, F., et al. (2014). « Les consommations de médicaments psychotropes en France. » Santé En Action (La) [427] : 47-49.

Synthèse des résultats du Baromètre Santé sur les niveaux d'usage et évolutions récentes de la consommation de médicaments psychotropes en France. 16 millions de personnes parmi les 11-75 ans ont déjà pris des médicaments psychotropes en France. Les plus consommés sont les anxiolytiques, devant les hypnotiques et les antidépresseurs. Ce sont les cadres qui en consomment le moins, les ouvriers et les employés qui en consomment le plus. La prise de médicaments psychotropes peut accompagner la prise en charge de pathologies somatiques ou de difficultés socio-professionnelles de tous ordres, et des ruptures conjugales ou familiales.

Monegat, M. Et Sermet, C. (2014). « La polymédication : définitions, mesures et enjeux. Revue de la littérature et tests de mesure. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [204]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf

La polymédication, définie par l'Organisation mondiale de la santé comme « l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou par l'administration d'un nombre excessif de médicaments », est fréquente chez les personnes âgées. Celles-ci sont en effet souvent polypathologiques et atteintes de maladies chroniques. Mais si la polymédication peut être légitime, elle peut également être inappropriée et, dans tous les cas, comporter des risques d'effets indésirables ou des interactions médicamenteuses. Dans une société vieillissante comme la nôtre, la polymédication est un enjeu majeur de santé publique tant en termes de qualité que d'efficience des soins et de dépenses de santé. S'intéresser aux définitions et mesures de la polymédication s'avère ainsi nécessaire. À partir d'une revue de littérature, différentes définitions de la polymédication ont été inventoriées (polymédication simultanée, cumulative et continue) et sa mesure a été explorée selon divers seuils. Cinq outils de mesure de la polymédication, parmi les plus souvent utilisés selon la littérature, sont ensuite testés sur la base de données Disease Analyzer d'IMS-Health sur 69 324 patients et 687 médecins. L'objectif est de comparer la capacité des indicateurs à repérer la polymédication et d'évaluer la faisabilité technique de leur calcul.

Sclison, S. (2014). Disparités régionales de consommation pharmaceutique, Paris : IMS Health

Cette étude menée par IMS Health met en lumière des disparités régionales significatives en matière de consommation de médicaments de prescription. C'est particulièrement le cas pour la prescription de médicaments génériques, sans que les variations d'une région à l'autre puissent s'expliquer par l'incidence des pathologies concernées. L'étude propose plusieurs pistes d'action pour réduire ces écarts, améliorer la pertinence des actes et prestations et au final réaliser de substantielles économies

6.3 Evaluation economique

(2024). "Le marché du médicament en 2023". In : [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2023, prévisions 2024]. Paris, Commission des comptes de la Sécurité sociale
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2024/CCSS-mai%202024.pdf

En 2023, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine a continué de progresser pour la sixième année consécutive (hors Covid). Il a atteint 24,9 Md€, en hausse de 7,7% par rapport à 2022 (chiffre brut avant remises et clause de sauvegarde). Le chiffre d'affaires des médicaments rétrocédables et/ou hors GHS (Groupe Homogène de Séjour), appelé aussi liste en sus, qui est un sous ensemble du marché hospitalier, atteint quant à lui 10,2 Md€ en 2023, en progression 13,9% par rapport à 2022. Cependant, la croissance de dépenses remboursées par l'AMO en officine et à l'hôpital (qui incluent les honoraires des pharmaciens et des grossistes), et nette des remises et clause de sauvegarde, n'est que de +1,5%. Sur le marché officinal, la croissance du CAHT est portée par la poursuite de la montée en charge de médicaments innovants surtout arrivés en 2021, et peu par les nouveaux médicaments arrivés en 2023. Sur le marché hospitalier, hors GHS, la croissance du CAHT est très soutenue depuis plusieurs années et même en accélération depuis 2021 sans doute en raison de l'accroissement des accès précoces (AP), anciennement autorisation temporaire d'utilisation (ATU), tant en volume qu'en valeur.

Revue Prescrire (2023). "Les avis médico-économiques de la Haute autorité de santé en France. Deuxième partie : Des avis d'efficience très critiques, mais de quelle utilité ?" Revue Prescrire **43**(479): 705-709.

Dans ses avis d'efficience, la HAS se livre à une analyse méthodologique des études médico-économiques fournies par les firmes. Ses réserves méthodologiques peuvent avoir un impact dans la fixation du prix des médicaments par le CEPS. Environ un tiers des avis d'efficience ont rejeté l'analyse médico-économique de la firme : cette proportion n'a pas diminué depuis 2014. On peut en supposer notamment que les firmes ne sont pas capables d'appliquer les recommandations de la HAS, qu'elles sous-estiment le professionnalisme de la HAS, ou qu'elles ne donnent pas beaucoup d'importance à ces avis. Le CEPS dit prendre en compte les avis de la HAS à différents niveaux, mais plusieurs exemples montrent des écarts par rapport aux règles affichées. L'intérêt des avis d'efficience de la HAS est d'apporter une rigueur d'analyse, en cherchant à comparer le nouveau médicament aux traitements habituels, afin d'aider à faire des choix entre plusieurs options. Ce positionnement exigeant semble très éloigné de celui des commissions d'autorisation de mise sur le marché (AMM), en Europe notamment, qui ne tiennent pas assez compte des faiblesses méthodologiques des essais cliniques.

Revue Prescrire (2023). "Les avis médico-économiques de la Haute autorité de santé en France. première partie : Une place croissante entre 2008 et 2021." Revue Prescrire **43**(478): 617-621.

Les avis d'efficience de la Haute autorité de santé (HAS) apportent une critique rigoureuse et sans concession des études médico-économiques des firmes. Leur impact sur le prix des médicaments semble cependant très limité. Depuis 2014, la Haute autorité de santé (HAS) est chargée d'émettre un avis sur l'efficience de la prise en charge par l'assurance maladie des produits de santé les plus susceptibles d'apporter un progrès pour les patients ou de peser sur les comptes de l'assurance maladie. Ces avis font partie des informations que le Comité économique des produits de santé (CEPS) peut prendre en compte pour fixer le prix des médicaments remboursables. Dans ses avis d'efficience, la HAS se livre à une analyse méthodologique des études médico-économiques fournies par les firmes. Ses réserves méthodologiques peuvent avoir un impact dans la fixation du prix des médicaments par le CEPS.

(2021). "Le marché du médicament en officine de ville en 2020". In: [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2020, prévisions 2021.], Paris : CCSS.
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/RAPPORT%20CCSS%20JUIN%202021.pdf

Duffeu, A. et Touraine, J. L. (2021). "Rapport d'information en conclusion de la mission d'information sur les médicaments". Paris Assemblée nationale
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b4275_rapport-information.pdf

En matière de production pharmaceutique, la France occupe le cinquième rang dans le monde et le quatrième en Europe derrière la Suisse, l'Allemagne et l'Italie. La pandémie de Covid-19 a mis en lumière la dépendance de la France et de l'Union européenne vis-à-vis de pays étrangers notamment dans le secteur du médicament. Ce rapport de la mission d'évaluation des médicaments propose plusieurs recommandations pour assurer l'indépendance de la France dans la production des médicaments. et la recherche pharmaceutique.

(2020). "Le marché du médicament en officine de ville en 2019". In: [Les comptes de la sécurité sociales. Résultats 2019, prévisions 2020], Paris : CCSS.
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS%20JUIN%202020.pdf

En 2019, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville continue de progresser pour la seconde année consécutive, et atteint 19,1 Md€, en hausse de 2,7%. Cette évolution s'explique en grande partie par la montée en charge des molécules arrivées sur le marché officinal en 2018 qui étaient auparavant exclusivement disponibles à l'hôpital. Ces médicaments, qui comprennent principalement des anticancéreux et des produits indiqués dans le traitement de l'hépatite C, contribuent à eux seuls pour 1,9 point à la croissance du chiffre d'affaires en 2019. Le passage de médicaments hospitaliers en ville s'est poursuivi en 2019 avec l'arrivée de six nouvelles molécules, dont l'anticancéreux Tagrisso®, contribuant pour 0,6 point à la croissance.

(2020). "Les prescriptions hospitalières exécutées en ville". In: [Les comptes de la sécurité sociales. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021], Paris : CCSS.
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) sont des prescriptions effectuées par un professionnel de santé exerçant en établissement de santé et dont la réalisation ou la délivrance a lieu en ville. Les PHEV peuvent être rédigées en sortie d'hospitalisation, lors d'un passage aux urgences, ou au cours d'une consultation externe au sein d'un établissement de santé public ou privé non lucratif. Elles peuvent correspondre notamment à la dispensation de produits de santé ou la réalisation d'actes médicaux par un professionnel libéral exerçant en ville, à la suite d'un passage en établissement de santé. Environ quatre patients sur cinq passant par l'hôpital bénéficient d'une prescription exécutée en ville, engendrant une dépense de 19,5 Md€ pour

l'assurance maladie en 2019, soit 22% des remboursements de soins de ville. Les dépenses de soins de ville résultant de ces prescriptions se concentrent sur les patients atteints de pathologies lourdes. Le fort dynamisme de ces dépenses s'explique ainsi en partie par la croissance du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques lourdes, mais aussi par l'évolution des modalités de traitement de ces pathologies (prise en charge ambulatoire et innovations pharmaceutiques de plus en plus coûteuses).

Birgé, J. (2021). "Du déremboursement de médicaments inutiles." Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques **17**(5): 196-198.

Entre 2016 et 2019, la Commission de transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS) a déremboursé les médicaments anti-Alzheimer, l'homéopathie et quelques autres médicaments (Flammazine®, norfloxacine, naftidrofuryl ...) par l'octroi d'un service médical rendu (SMR) insuffisant, suivie par le ministère avec un arrêté de déremboursement effectif. Mais en face que de désillusions ! Dans cet article, l'auteur cite quelques médicaments toujours remboursés et qui, à son sens, ne devraient plus l'être, et devraient même être retirés du marché sans, il est vrai, que ce soit de la compétence de la HAS. Cette liste n'est pas exhaustive mais se veut simplement démonstrative de la persistance sur le marché de médicaments remboursables, de vieux médicaments, avec de mauvais rapport bénéfices/risques, qui encombrent inutilement notre pharmacopée et qui toujours remboursés... sont donc prescrits.

Benard, L., Fumoleau, P., Gilly, B., et al. (2019). Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir. Paris Institut Montaigne
https ://www.institutmontaigne.org/publications/medicaments-innovants-prevenir-pour-mieux-guerir#

L'accès aux médicaments innovants en France risque-t-il de devenir plus compliqué dans un futur proche ? Face aux coûts accrus des nouveaux types de thérapies, au vieillissement de la population et à la montée des maladies chroniques, notre système de santé pourrait rapidement montrer des signes d'essoufflement avec, à terme, le risque d'une médecine à plusieurs vitesses, opposant les centres hospitaliers et les patients ayant les moyens de s'offrir ces innovations à ceux qui ne pourraient y prétendre. Il s'agit là d'un des principaux défis, à l'avenir, pour la performance et l'équité de notre système de santé. L'Institut Montaigne propose la mise en place d'un ensemble de mesures concrètes afin de (ré)concilier deux objectifs : l'égal accès pour tous les patients aux traitements, dans les meilleures conditions possibles et la préservation de notre système de santé solidaire, grâce à de nouveaux modes de financement de l'innovation.

Ngouana, U. (2019). « Le déremboursement entraîne une hausse immédiate des ventes des médicaments non remboursables. » Etudes Et Résultats (Drees) [1107]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1107.pdf

En 2016, le chiffre d'affaires hors taxes lié aux ventes de médicaments non remboursables atteint 2,2 milliards d'euros, soit 10,7 % du chiffre d'affaires total des médicaments vendus dans les pharmacies de ville. Entre 2010 et 2016, ce dernier a reculé de 1,0 % en moyenne annuelle pour s'établir à 20 milliards d'euros, alors que celui des médicaments non remboursables a augmenté de près de 2,0 % en rythme annuel. Cette hausse résulte, d'une part, de l'allongement de la liste des médicaments non remboursables par l'Assurance maladie et, d'autre part, du dynamisme d'un petit nombre de classes thérapeutiques dont les parts de marché sont élevées durant la

période. L'année 2011 a fait l'objet d'une attention particulière. Après les déremboursements de cette année-là, la majorité des laboratoires ont augmenté le prix des médicaments concernés, de 39 % en moyenne, ce qui n'a pas empêché une diminution du chiffre d'affaires de ces médicaments récemment déremboursés, de 26 % en moyenne.

Le Pen C., Izambert, C., Toullier, A., et al. (2018). « Fixer le prix des médicaments : enjeux, outils, défis et prospective. » Revue Française Des Affaires Sociales (3)

(2018). « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017 ». In : [Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018], Paris : Ministère chargé de la santé **:** 125-129

(2018). « Les entreprises du médicament en France : bilan économique. Edition 2018 ». Paris Leem
https ://www.leem.org/sites/default/files/2018-07/020718-BilanEco2018-BD.pdf

Cette brochure dresse le bilan économique et statistique du secteur pharmaceutique en France. Elle présente les dernières données chiffrées relatives à l'industrie pharmaceutique (production et entreprises, emploi et localisation, chiffre d'affaires, bénéfices, investissements, recherche et développement…)

➢ Pour les années antérieures, consultez : https ://www.leem.org/publications/64

Daudigny, Y., Deroche, C. Et Guillotin, V. (2018). « Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce ». Paris Sénat
https ://www.senat.fr/rap/r17-569/r17-569.html

L'accélération des innovations médicamenteuses, notamment dans le champ de l'oncologie (immunothérapies, thérapies ciblées…), ouvre des espoirs formidables pour les patients. La rapidité de l'accès aux traitements les plus prometteurs constitue, dans ce contexte, un enjeu crucial. Si la France s'est dotée il y a plus de vingt ans d'une politique pionnière et ambitieuse en matière d'accès précoce aux médicaments, ce « modèle français « montre aujourd'hui des signes de fragilisation. Quels sont les freins ? Comment rétablir l'attractivité de la France ? Les rapporteurs de cette étude ont examiné chaque étape de la chaîne d'accès des patients aux médicaments, des essais cliniques à la commercialisation des médicaments après leur autorisation de mise sur le marché (AMM), en passant par le système spécifique et dérogatoire des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) qui constitue la « tête de proue « de notre politique d'accès précoce en offrant une voie d'accès à des médicaments en amont de leur autorisation de mise sur le marché.

(2017). La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer. In : [Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale]., Paris : Cour des Comptes **:** 335-395.
https ://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Dans le prolongement de précédents travaux, la Cour a souhaité revenir sur la fixation du prix des médicaments, en analysant le cadre juridique, les orientations et les résultats de cette politique

publique dans un contexte marqué à la fois par une tension croissante sur les ressources pouvant être consacrées par la collectivité au financement des dépenses de santé, l'arrivée sur le marché de traitements innovants et onéreux et le maintien ou l'introduction sur ce dernier d'un grand nombre de produits dont l'apport thérapeutique est faible, voire inexistant. Depuis les précédentes enquêtes de la Cour, le régime de la fixation du prix des médicaments, tout en continuant à privilégier la négociation avec les entreprises, a évolué dans le sens d'une précision accrue de son cadre juridique et d'une affirmation de leurs impératifs financiers par les pouvoirs publics, avec des résultats significatifs sur les dépenses. Malgré les baisses obtenues par rapport aux demandes des entreprises, les marges d'efficience médico-économique dans la fixation du prix des médicaments demeurent néanmoins importantes et très largement inexploitées. Alors que l'arrivée de produits innovants de nouvelle génération va faire peser sur l'assurance maladie une contrainte accrue, il est indispensable d'établir un cadre de négociation à la mesure des enjeux.

(2017). Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficience nécessaires ; In : [Sécurité sociale : Rapport 2017 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale], Paris : Cour des Comptes **:** 396-.
https ://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

Dans le cadre de ce chapitre, la Cour dresse plus largement le bilan des évolutions que connaît l'ensemble du secteur de la distribution des médicaments sous l'effet des politiques de maîtrise des dépenses mises en œuvre par les pouvoirs publics, de leurs actions visant à modifier l'organisation et la rémunération de ses acteurs et des stratégies déployées dans ce contexte par ces derniers afin de préserver, voire d'augmenter, leurs revenus. Le circuit de la distribution du médicament, dont l'organisation et le financement sont étroitement réglementés, reste caractérisé par la persistance d'un réseau surdimensionné de pharmacies d'officine au regard de la population à desservir. En préservant leur rentabilité moyenne, les revenus procurés aux pharmacies par leur rémunération réglementée, mais aussi par les rétributions liées à des pratiques de marché qui s'y surajoutent, placent le coût de la distribution des médicaments à un niveau très élevé, notamment pour les génériques. Il convient de réduire ce coût, qui pèse sur l'assurance maladie, en révisant la rémunération réglementée des différents acteurs et en favorisant la rationalisation du secteur officinal, tout en veillant à préserver l'accès au médicament.

(2017). Le marché des médicaments en officine de ville en France en 2016. In : [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017] Paris : Ministère chargé de la santé **:** 132-135.
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

Ce chapitre des comptes de la sécurité sociale décrit les tendances du marché des médicaments en officine de ville en France pour l'année 2016. Globalement, après 5 années de recul, le marché se stabilise.

(2017). Le prix des médicaments anticancéreux. Boulogne-Billancourt Institut National du Cancer

Ce rapport rappelle des éléments de contexte sur le prix des médicaments anticancéreux, donne des informations chiffrées sur le prix des médicaments anticancéreux coûteux et décrit, pour un

panel de cancers, les principaux médicaments en développement et attendus sur le marché, sous deux ans. Bien que n'offrant pas de certitude, à ce stade, ni sur leur commercialisation ni sur l'impact financier chiffré de ces évolutions, les éléments présentés confortent l'impact probable fort des médicaments anticancéreux sur les dépenses et plaident pour une action déterminée compte tenu des niveaux de dépenses déjà engagées dans la lutte contre les cancers en général et dans les médicaments anticancéreux en particulier.

Begaud, B., et al. (2017). Les données de vie réelle, un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé : L'exemple du médicament. Paris La documentation française https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_donnees_de_vie_reelle_medicaments_mai_2017vf.pdf

Ce rapport sur le suivi en vie réelle des médicaments est basé sur des données issues de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments par les patients. Il est le fruit de réflexions menées avec un groupe de travail associant toutes les parties prenantes : autorités de santé, assurance maladie obligatoire et complémentaire, usagers, professionnels de santé, industriels, chercheurs. Le rapport souligne qu'avec la révolution numérique et les possibilités croissantes de collecte et d'analyse d'informations qu'elle permet, la production et l'utilisation de données observationnelles deviennent un objectif stratégique pour tous les systèmes de santé et renouvellent l'approche traditionnelle des études sur les médicaments, historiquement centrées sur les essais cliniques.

Blanco, M. (2017). « Note sur le prix du médicament. » Cahiers de la Santé Publique et de la Protection Sociale (Les) [25] : 44-49

En France, les prix du médicament sont très loin du simple résultat de l'offre et de la demande. La fixation du prix des médicaments est un processus politico-administratif qui met face à face différents acteurs : les producteurs, les services de l'état, la sécurité sociale, les mutuelles, des évaluateurs de statut divers... Depuis la création de la sécurité sociale en 1945. Cet article analyse ce système de prix administré et en décrit les revers.

Nouguez, E. (2017). Des médicaments à tout prix : sociologie des génériques en France, Paris : SciencesPo Les Presses

Vingt ans après leur introduction en France, les médicaments génériques suscitent toujours la polémique. Pour les uns, ce sont d'authentiques médicaments, dont dépend la survie du système d'assurance maladie français. Pour les autres, ce sont de piètres copies qui sacrifient la santé à l'économie. Le développement des génériques a reconfiguré le système de santé français, en bouleversant les relations d'alliance et de concurrence entre les pouvoirs publics, les industriels, les professionnels de santé et les patients. Il a également révélé les conflits de valeurs qui traversent la société actuelle : égalité contre qualité, solidarité contre liberté.

Pajares, et al., C. (2017). Prix et accès aux traitements médicamenteux innovants. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris ameli https://www.lecese.fr/travaux-publies/prix-et-acces-aux-medicaments-innovants

Les niveaux extrêmement élevés des prix récemment demandés par les industriels pour certains traitements innovants ont interpellé la communauté médicale, la société civile et l'opinion

publique. Les stratégies pratiquées par plusieurs laboratoires pharmaceutiques suscitent de vives oppositions et les Français demandent plus de transparence dans la fixation des prix. Au-delà, c'est la crainte que notre pays se mette à sélectionner les bénéficiaires de ces traitements innovants qui est exprimée. Alors que l'ensemble de nos concitoyen.ne.s comme les responsables publics confirment leur attachement au principe d'accès universel aux médicaments, le CESE a entendu, à travers cet avis, explorer les voies et moyens de sauvegarder ce modèle, qui constitue un des piliers de la cohésion sociale et de l'égalité en France. Ses préconisations, qui distinguent ce qui peut être traité dans le cadre national de ce qui relève d'une régulation européenne ou internationale, visent à sauvegarder juste rémunération de l'innovation et accès de tous aux nouveaux médicaments (résumé de l'éditeur).

Planel, M. P. (2017). Le prix des médicaments en question (s), Rennes : Presses de l'EHESP

La fixation du prix des médicaments fait l'objet de débats récurrents dans l'ensemble des pays développés. Cette préoccupation, réapparue en 2014 avec l'arrivée des nouveaux traitements de l'hépatite C, exprime la crainte de ne pouvoir accéder à certains soins en raison de leurs prix. Ce débat illustre l'importance de cette thématique dans le champ de la santé publique. En répondant à 10 questions que chacun peut se poser, l'auteur montre en quoi cette thématique du prix du médicament a un impact sur l'organisation des soins et leur accès pour l'ensemble de la population. Pour les autorités sanitaires, les enjeux ne sont pas simplement financiers, mais touchent également à l'éthique et à la sécurité de notre système de santé. De façon claire et précise, cet ouvrage apporte les clés pour comprendre la politique du médicament et les mécanismes qui encadrent la procédure de fixation de leurs prix en France (dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles) en éclairant également des notions essentielles comme l'innovation et la transparence.

Pugnet, G., et al. (2017). « La déprescription médicamenteuse, un acte médical de salubrité publique. » Médecine : De la Médecine Factuelle à Nos Pratiques 13 (9) : 405-408.

Cela fait plus de 20 ans que toutes les études et tous les auteurs se penchant sur ce sujet s'accordent à dire que la consommation médicamenteuse est trop importante dans les pays industrialisés et particulièrement en France. L'importance croissante et la gravité des pathologies iatrogènes médicamenteuses deviennent un enjeu majeur de santé publique. La polymédicamentation en est une des principales responsables. Pour combattre ce fléau, il faut inventer cet acte de responsabilité médicale que l'on pourrait appeler « déprescription médicamenteuse », et qu'il faut donc promouvoir et enseigner. « La thérapeutique est aussi la science de l'art de dé-prescrire ».

(2016). Le marché du médicament de ville en France en 2015. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2015, prévisions 2016 et 2017., Paris : Ministère chargé de la santé **:** 114-117
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2016/FICHE_ECLAIRAGE/SEPTEMBRE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-SEPT_2016-MARCHE%20DU%20MEDICAMENT%20DE%20VILLE%20EN%20FRANCE%20EN%202015.pdf

Parkinson, B., et al. (2016). « Stratégies de désinvestissement des produits pharmaceutiques : une revue de littérature internationale. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [220]

https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/220-strategies-de-desinvestissement-des-produits-pharmaceutiques.pdf

Cette revue de littérature internationale vise à évaluer les politiques de désinvestissement partielles ou complètes de certains médicaments financés ou subventionnés par l'État dans cinq pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : Australie, Canada, France, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni. Elle s'appuie sur une étude internationale publiée dans la revue PharmacoEconomics en 2015. Le désinvestissement peut prendre deux formes, passive et active. La première n'est pas liée à l'intervention directe des pouvoirs publics : un médicament sera retiré du marché par le fabricant pour des raisons commerciales ou du fait de problèmes de sécurité. Le désinvestissement actif est porté par une volonté politique d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins en allégeant la pression sur les budgets pharmaceutiques. Si les pays se sont davantage appuyés dans un premier temps sur le désinvestissement passif, ils ont tendance à recourir de plus en plus au désinvestissement actif. Les pouvoirs publics subissent des pressions croissantes pour désinvestir des médicaments à faible valeur thérapeutique afin de dégager une marge de manœuvre en faveur de nouveaux médicaments innovants à l'efficacité reconnue.

(2015). « Prix des nouveaux médicaments : quelle logique ? » Revue Prescrire 35 (380) : 457-461.

Cet article publie le texte de l'intervention prononcée par Marc-André Gagnon, professeur adjoint en politique publique à l'université Carleton (Ottawa, Canada), lors de la conférence-débat « Prix des nouveaux médicaments : quelle logique ? », organisée dans le cadre de la Pilule d'Or.

Polton, D. (2015). Rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments. Paris Ministère chargé de la Santé
https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-sur-la-reforme-des-modalites-d-evaluation-des-medicaments

Commandé par Marisol Touraine lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2015, ce document formule des propositions pour « améliorer la lisibilité des critères d'évaluation des médicaments pour leur admission au remboursement et pérenniser le financement de l'innovation thérapeutique ». Dominique Polton suggère de « donner une place plus importante à l'évaluation comparative au travers d'une ASMR (amélioration du service médical rendu) rénovée, la VTR (valeur thérapeutique relative), utilisée en primo-inscription et en réévaluation ». Elle prendrait en compte la quantité d'effet par rapport au comparateur (efficacité, tolérance), la pertinence clinique des effets, la qualité de la démonstration, les avantages non cliniques (praticité) et la couverture du besoin. L'économiste de la santé recommande également de « simplifier les critères du SMR (service médical rendu), voire le supprimer en fonction du scénario retenu pour les modalités de fixation des taux de remboursement ». Comme nous l'avions évoqué il y a quelques mois, plusieurs scénarios sont envisagés pour faire évoluer les trois taux de remboursement actuels, dont l'idée de les remplacer par un taux unique autour de 60 %. Le rapport préconise de consolider la place de l'évaluation médicoéconomique dans la décision de prix et d'opter pour des réévaluations de la VTR par groupes de produits. Il recommande d'instaurer un mécanisme de remboursement temporaire et conditionné à la mise en place d'études en vie réelle pour les médicaments traitant de pathologies

graves pour lesquels il n'existe pas d'alternative mais dont l'effet est faible ou mal démontré. De même, pour les médicaments aux multiples indications « dont certaines présentent un intérêt faible au regard d'alternatives existantes », ils devraient faire l'objet d'une procédure de suivi et d'encadrement de la prescription. D'ailleurs, Dominique Polton conseille de développer un outil de surveillance post-inscription pour des produits ou domaines clés. Elle prône un allégement des tâches de la Haute Autorité de santé (HAS) et un renforcement du travail du Comité économique des produits de santé (CEPS) afin de réduire les délais d'instruction des dossiers. Le ministère présentera dans les prochaines semaines les mesures issues de ces propositions.

(2014). « Paiement à la performance et fixation conditionnelle du prix du médicament. » Revue Française des Affaires Sociales (4) : 156-178.

L'effet d'un médicament peut être différent en pratique quotidienne de ce qu'il était au cours de la recherche clinique ou au moment de la négociation de son prix avant sa mise sur le marché des médicaments remboursables. Les contrats conditionnels, fondés sur les résultats de santé, ont été créés pour se prémunir contre ce risque. Ces contrats d'accès au marché des médicaments remboursables sont étudiés ici à la lumière des schémas d'études qui président à leur mise en œuvre.

(2014). Valeurs de référence pour l'évaluation économique en santé. Revue de littérature. St Denis : HAS https ://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2000884/fr/valeurs-de-reference-pour-levaluation-economique-en-sante

La loi de finance de la Sécurité Sociale pour 2012 instaure l'évaluation médico-économique comme l'un des déterminants du prix des produits de santé revendiquant le remboursement en tant que produit innovant et ayant un impact significatif sur les dépenses collectives. Dans ce contexte, elle confie à la HAS la mission d'expertiser les évaluations produites par les industriels et d'émettre un avis sur l'efficience du produit dans la prise en charge. Le calcul économique permet d'évaluer le résultat de santé et le coût générés par un produit de santé, comparativement à l'ensemble de ses alternatives médicalement pertinentes. Parmi les méthodes disponibles, la HAS privilégie les analyses coût-résultat (ACR) qui sont, à ce jour, les plus abouties d'un point de vue méthodologique et les plus pratiquées. Lorsque le produit de santé est plus efficace et moins cher que ses comparateurs, l'interprétation est évidente : le produit est efficient. En revanche, lorsqu'il est plus efficace et plus cher, l'interprétation du résultat du calcul économique en termes d'efficience n'est plus immédiate. Il existe une règle d'interprétation du résultat fondée sur l'identification d'une valeur de référence. Le produit de santé est dit efficient si le résultat du calcul économique (exprimé en coût par année de vie gagnée ou en coût par QALY gagné) est inférieur à cette valeur (généralement notée l). La question de la détermination d'une valeur de référence et de sa place dans le processus de décision pour le remboursement et la fixation des prix des produits de santé se pose alors. En France, aucune valeur de référence n'est à ce jour spécifiée. Ainsi, il est possible de déterminer le coût du gain en santé produit par une innovation mais il n'est pas possible de dire si ce coût est acceptable pour la collectivité. Si la HAS n'est pas légitime pour édicter seule cette valeur, elle est en situation de fournir les éléments qui permettront à terme d'initier un débat démocratique sur ce sujet et a engagé un travail de recherche et d'analyse documentaire (résumé éditeur).

Jeantet, M., et al. (2014). Evaluation médico-économique de la santé. Rapport Igas : 2014-066R. Paris IGAS https://igas.gouv.fr/Evaluation-medico-economique-en-sante

La présente mission, inscrite au programme d'activité de l'IGAS, a pour objet d'étudier, en France et dans d'autres pays européens, la relation existante entre les évaluations médico-économiques et la prise de décision publique. Elle a tout d'abord dressé un état des lieux des évaluations médico-économiques réalisées en France et dans quatre pays européens : le Royaume-Uni, l'Allemagne, la Suède, la Belgique. La mission a choisi de s'intéresser aux décisions publiques prises au niveau central et au niveau déconcentré, et d'investiguer un large champ d'application de l'évaluation médico-économique en santé. La mission expose ensuite son analyse des objections classiquement faites aux évaluations médico-économiques. Elle formule enfin plusieurs recommandations organisées selon deux axes : le premier concerne la fixation d'un cadre de principes structurant la décision publique au sein duquel les évaluations médico-économiques doivent prendre place : le second détaille les dispositions à prendre afin de se doter d'une politique en matière d'évaluation médico-économique. Les annexes du rapport sont composées sous la forme de fiches. Elles décrivent le dispositif d'évaluation en France et à l'étranger et résument quelques exemples d'études menées par la Haute autorité de santé (HAS).

6.4 PRESCRIPTION

(2024). "Le bon traitement, c'est pas forcément un médicament". Paris, C.N.A.M. https://www.assurance-maladie.ameli.fr/presse/2024-11-14-dp-medicaments

Au cœur de ses missions pour assurer que le bon médicament au bon moment profite à tous ceux qui en ont besoin, l'Assurance Maladie se mobilise au travers d'actions dédiées auprès des assurés, prescripteurs et pharmaciens. Sa nouvelle campagne « le bon traitement, c'est pas forcément un médicament » s'inscrit pleinement dans cet objectif : elle vise à faire prendre conscience qu'une consultation ne rime pas forcément avec prescription de médicaments et à favoriser le dialogue médecins-patients.

(2024). "Prise en charge des dispositifs médicaux en France : des besoins considérables d'évaluation et des prérogatives trop limitées pour la HAS." Prescrire : la revue **2024**(487): 380-388.

Cet article décrit les mécanismes mis en œuvre pour la prise en charge des dispositifs médicaux en ville par la sécurité sociale et à l'hôpital.

Attia, V., Gaini, M., Maugendre, E., et al. (2024). "Inciter à prescrire des médicaments biosimilaires : évaluation d'une expérimentation de partage de gains entre les hôpitaux et l'Assurance maladie en France." Economie et statistique(542): 147–168.

Cet article évalue l'effet d'une incitation à la prescription hospitalière de médicaments biosimilaires délivrés en ville, combinant un partage des gains entre les hôpitaux et l'Assurance maladie à un reversement direct de l'incitation auprès des services prescripteurs. S'appuyant sur les données du Système national des données de santé, on compare la part de biosimilaires prescrits par les hôpitaux publics sélectionnés à celle d'établissements comparables, avant et

après la mise en place de l'incitation. D'octobre 2018 à septembre 2021, l'expérimentation a conduit à une hausse de la part de biosimilaires de 6,0 et de 10,8 points de pourcentage respectivement pour les prescriptions d'insuline glargine et d'étanercept. On estime qu'elle a engendré une économie de 0,5 % de la dépense pour l'insuline glargine et de 0,1 % pour l'étanercept. L'incitation a augmenté très significativement la prescription de biosimilaires, mais les économies pour l'Assurance maladie sont modérées, notamment en raison d'évolutions de prix des médicaments plus rapides que l'ajustement des incitations et d'effets d'aubaine.

Prescrire. (2024). "Psychotropes chez l'enfant et l'adolescent : prescriptions en hausse." Prescrire : la revue **2024**(486): 297-300.

Cet article synthétise les statistiques connues sur la prescription des psychotropes chez les enfants et adolescents et alerte sur le risque important des effets indésirables et constate la rareté d'études probantes sur leur efficacité.

Tano, M. et Degrassat-Theas, A. (2024). "L'évolution des instruments de régulation des dépenses de santé résultant des prescriptions médicales." Revue de droit sanitaire et social **2024**(3): 484-497.

La maîtrise médicalisée des dépenses de santé s'est imposée aux prescripteurs, comme tous les acteurs du système de santé, à travers différents instruments qui ciblent notamment la demande de soins et donc les prescriptions médicales. Encadrée par des actes de force normative variée, la contractualisation entre prescripteurs libéraux ou salariés des hôpitaux, l'assurance maladie et l'Etat se développe, intégrant initialement des systèmes de sanction puis des incitations financières. Des références médicales opposables (RMO) au contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), ces instruments interrogent sur ce qui reste de la liberté de prescription, et nécessitent d'être évalués afin d'en vérifier les bénéfices pour l'assurance maladie et les patients.

(2023). "Antibiorésistance et antibiothérapie : opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux des Pays de la Loire" Nantes, ORS Pays de Loire
https://www.orspaysdelaloire.com/publications/antibioresistance-et-antibiotherapie-opinions-et-pratiques-des-medecins-generalistes

Les médecins généralistes, principaux prescripteurs d'antibiotiques délivrés en ville, sont directement concernés par la question de leur bon usage. Afin d'étudier leur expérience de l'antibiorésistance, leurs pratiques de prescriptions et les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans ce cadre, 282 praticiens ont été interrogés en Pays de la Loire au printemps 2021, soit environ un an après le début de la crise sanitaire liée au Covid-19. Cette enquête, réalisée dans le cadre du 4e Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, apporte un éclairage à la compréhension de la moindre prescription d'antibiotiques observée dans la région.

Duprat, L. (2023). "Pratiques de prescription d'antalgiques opioïdes : une analyse sociologique". Saint-Denis La Plaine Ofdt
https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxld2d7.pdf

Cette étude sur les médicaments opioïdes antalgiques (EMOA) de l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) interroge leur prescription en médecine générale et les vécus de personnes qui se considèrent en difficulté avec ceux-ci dans le cadre du traitement de la douleur chronique non liée au cancer en France. Fondée principalement sur des entretiens approfondis menés auprès de 23 médecins généralistes et 25 patients, elle analyse, d'une part, les pratiques de prescription, en interrogeant la décision de prescrire (et de déprescrire) des médicaments opioïdes antalgiques (MOA) et, d'autre part, des parcours de médication des patients, en interrogeant la place de ces médicaments dans leurs parcours de vie et de santé. Cette recherche analyse les difficultés rencontrées par les médecins dans le processus de prescription (et notamment d'arrêter ou de continuer lorsqu'ils ne sont pas à l'origine de l'initiation), et celles liées à l'usage prolongé, régulier ou récurrent, par les patients. Dans la première partie, l'étude analyse l'existence de trois positionnements différenciés des médecins généralistes en ce qui concerne la prise en charge des situations impliquant un opioïde antalgique qu'ils et elles identifient comme problématiques. Ces positionnements sont profondément liés au contexte organisationnel d'exercice des médecins. Dans la deuxième partie, l'étude examine les parcours de médication des patients en se focalisant sur deux de leurs demandes particulières : d'un côté, un besoin de soulagement de la souffrance qui accompagne la douleur ; de l'autre, un besoin accru en soins coordonnés.

Eberhart, J. et Legrand, J. (2022). "La prescription médicale comme enjeu de pouvoir." Geneses **127**(2): 3-9.
https://www.cairn.info/revue-geneses-2022-2-page-3

La prescription est l'emblème du pouvoir que les acteurs les plus prestigieux du champ médical, les médecins, ont sur le corps des patients. Historiquement, les sciences sociales ont décrit ce mandat prescriptif comme ce qui définit e t distingue la profession médicale des autres soignants qui ne détiennent pas ce pouvoir. Pourtant, la prescription en elle-même reste un objet d'étude marginal pour les sciences sociales en France. Dans ce dossier, la prescription sera définie moins comme l'acte sur lequel se clôt le « colloque singulier » entre médecin et patient que comme le processus qui incorpore l'ensemble des arbitrages, discussions et négociations qui se déroulent lors de la consultation, que ce soit à l'étape du diagnostic ou à celle d'un choix thérapeutique.

Legrand, J. (2022). "L'injonction ou l'injection ? Prescriptions de médicaments et reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique." Genèses **127**(2): 11-32.
https://www.cairn.info/revue-geneses-2022-2-page-11.htm

Cet article montre que dans un contexte de « pénurie de lits » qui impose la sortie rapide des patients de l'hôpital psychiatrique, l'observance médicamenteuse des patients s'obtient surtout par l'injonction médicale. Au contraire, la prise en charge hors de l'hôpital repose sur un recours massif aux injections de médicaments, une action chimique sur le corps – via le recours des substances à diffusion prolongée, qui font effet durant plusieurs semaines. Enfin, la prise médicamenteuse, parce qu'elle se situe à la jonction entre la contrainte et le consentement, permet de mieux comprendre les reconfigurations contemporaines du pouvoir psychiatrique – et leurs effets.

(2021). "La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir" Paris : Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021

> La dématérialisation des prescriptions médicales suscite de fortes attentes en termes d'amélioration de la prise en charge sanitaire des patients, d'efficience accrue des dépenses de santé et de réduction des risques d'erreurs et de fraudes au détriment de l'assurance maladie. Fin 2021, il est attendu des médecins qu'ils dématérialisent l'ensemble des prescriptions d'arrêts de travail ; il en sera de même, d'ici fin 2024, des autres prescriptions exécutées en ville. Ces évolutions s'inscrivent dans un cadre plus global : le virage numérique en santé, qui est l'un des volets du plan gouvernemental « Ma santé 2022 », annoncé à l'automne 2018414. Alors que les échéances d'entrée en vigueur de ces obligations sont proches, la Cour a souhaité dresser un état des lieux de la dématérialisation des prescriptions. Malgré des apports potentiellement considérables, elle connaît un développement encore limité en France, notamment par rapport à la plupart de ses voisins s'agissant des médicaments (I). Pour que nos systèmes de santé et d'assurance maladie bénéficient pleinement des multiples apports de la dématérialisation, les chantier à mener à bien sont très conséquents et dépassent pour partie ceux aujourd'hui engagés (II).

(2019). « La pertinence de la prescription des antibiotiques ». Paris Cour des comptes
https ://www.ccomptes.fr/system/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques.pdf
https ://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2019-02/20190214-refere-S2018-3239-pertinence-prescription-antibiotiques-rep-MSS.pdf

> En 2015, en France, 1 300 tonnes d'antibiotiques ont été consommées : 730 concernaient la santé humaine et 570 la santé animale. La France se situe ainsi parmi les trois pays les plus consommateurs de l'Union européenne. Ce niveau élevé, orienté à la hausse depuis 2005, signe l'échec des deux derniers plans de réduction de la consommation d'antibiotiques. Plusieurs pratiques sont en cause : le recours excessif aux antibiotiques, des prescriptions trop approximatives dans le choix des molécules ou les durées de traitement, un mode de dispensation par boîte qui accentue la consommation et l'automédication. La Cour recommande de mettre en œuvre de manière plus directive une palette de mesures visant à réduire la consommation d'antibiotiques et d'en garantir l'effectivité en utilisant l'instrument de la rémunération sur objectifs de santé publique. Ce référé fait suite au contrôle de la Cour sur la politique de prévention des infections associées aux soins, dont elle a rendu compte dans son rapport public annuel 2019. L'antibiorésistance contribue en effet à rendre plus compliqué, voire impossible, le traitement des infections contractées à l'occasion d'un séjour et d'une intervention à l'hôpital, mais aussi dans les établissements de santé et en ville. Le recours excessif aux antibiotiques et leur prescription massive et inappropriée contribuent non seulement à sélectionner les bactéries de plus en plus résistantes, mais aussi réduit leur efficacité, rendant plus difficile le traitement des patients. Ce référé de la Cour des comptes est suivi de la réponse de la ministre de la santé, Agnès Buzyn.

Bouvenot, G., Juillet, Y., Saint-Pierre, A., et al. (2018). « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable ». Paris Académie nationale de médecine, Paris Académie Nationale de Pharmacie

https ://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2018/11/Rapport-Hors-AMM-pour-ANM-vs-26-11-18.pdf

Les Académies nationales de médecine et de pharmacie rappellent leurs Recommandations conjointes du 20 octobre 2014 : en matière de prescription médicamenteuse, le respect du libellé de l'Autorisation de mise sur le marché (AMM), tel que formulé dans le Résumé des Caractéristiques des Produits doit être la règle. Il existe toutefois deux grands types de prescriptions de médicaments hors AMM à bien distinguer : celles qui, injustifiables, nécessitent la poursuite et le renforcement des mesures en vigueur et celles qui, en revanche, sont indispensables à une bonne prise en charge de certains patients (en particulier enfants, personnes âgées, femmes enceintes…) : justifiables, elles devraient être reconnues comme telles, ce qui n'est pas toujours le cas, et bénéficier d'un statut approprié. Il importe en effet de prendre en considération un certain nombre de circonstances où le strict respect de l'AMM ne coïncide pas avec la meilleure prise en charge thérapeutique du patient, c'est-à-dire avec l'obligation déontologique et légale de lui procurer les meilleurs soins. Hormis le cas des prescriptions en milieu hospitalier où le prescripteur peut se référer à d'éventuelles recommandations des Comités du médicament, il appartient en général au praticien de justifier par lui-même, au cas par cas la prescription hors AMM qu'il juge indispensable à l'état de son patient. C'est lui demander de faire une veille de la littérature et lui donner beaucoup de responsabilités. C'est pourquoi les recommandations présentées dans ce rapport ont été guidées par les trois idées forces suivantes : a) comment optimiser, en la rationalisant, la prise en charge médicamenteuse de certains patients en situation très préoccupante d'impasse thérapeutique, b) comment aider le professionnel de santé, souvent isolé et désemparé dans ce type de situation, à prendre la décision la plus appropriée parce que la plus rationnelle au vu de la réglementation et des données validées de la littérature et c) comment favoriser la prise en charge justifiée de ces situations par l'Assurance maladie dans le cadre de la règle générale (résumé de l'éditeur).

Expert, A. (2018). « Les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville en 2016 et les évolutions depuis 2004. » Points De Repère (49)
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere

La place des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) est de plus en plus importante. En 2016, avec 11,7 milliards d'euros remboursés par le régime général de l'Assurance Maladie, elles représentent près du quart de l'ensemble des prescriptions de médicaments, d'actes d'auxiliaires médicaux, de biologie, de dispositifs médicaux et de transports de malades exécutées en ville ainsi que d'indemnités journalières. 45 % de ces prescriptions correspondent à de la pharmacie délivrée en ville (5,2 milliards d'euros). Ces douze dernières années, les prescriptions hospitalières de médicaments délivrés en ville (PHMEV) ont augmenté de 8 % en moyenne par an, modérant ainsi la décroissance des remboursements de médicaments de ville. Les médicaments principalement prescrits par les établissements publics sont spécifiques à l'activité hospitalière puisque 64 % d'entre eux sont des médicaments de spécialité liés aux traitements de maladies chroniques complexes (cancer, antirhumatismaux spécifiques, etc.). Ils expliquent à eux-seuls les trois quarts de l'évolution des PHMEV. La part des PHMEV dans le répertoire des groupes de génériques est équivalente, à structure de prescription identique, à celle des autres prescripteurs de médicaments, néanmoins elle varie fortement d'un établissement à l'autre.

(2017). « Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes. » Etudes Et Résultats (Drees) [1036]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er_103.pdf

Les patients atteints de plusieurs maladies chroniques reçoivent en général des médicaments pour traiter chacune d'elles. Cette situation de polymédication place les médecins généralistes face aux enjeux complexes de la gestion de l'ordonnance et face à la question de la déprescription (arrêt de médicament). Une grande majorité des généralistes assument leur rôle central dans la gestion de l'ordonnance de ces patients et se sentent à l'aise pour proposer de déprescrire les médicaments qu'ils jugent inappropriés. Bien que les médecins s'estiment bien informés des risques de la polymédication, plus de la moitié estiment insuffisante la collaboration entre médecins traitants et pharmaciens en matière de polymédication.

(2016). La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical. In : [Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale], Paris : Cour des Comptes **:** 241-324
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160920-rapport-securite-sociale-2016-maitrise-prescriptions-hopital.pdf

Bien qu'elles constituent un enjeu financier croissant, les prescriptions hospitalières apparaissent très mal suivies (I). Les dispositifs de régulation mis en place ne sont pas à la hauteur de la dynamique soutenue des dépenses (II). Une responsabilisation accrue des établissements, mais surtout des prescripteurs eux-mêmes, est indispensable à une maîtrise accrue (III). (tiré de l'intro).

(2016). « Prescrire en DCI (Médicaments). » Que Choisir ? (543) : 22-24.
https ://www.quechoisir.org/enquete-medicaments-prescrire-en-dci-n6479/

Les médecins se mettent à prescrire en dénomination commune internationale (DCI) mais pas tous et pas au même rythme ! C'est la conclusion d'une étude menée par la revue « Que choisir « et publiée dans son numéro de janvier 2016. Sur les 815 ordonnances anonymisées analysées par l'association de consommateurs, seules « 27 % des lignes de prescription sont en DCI », précise la revue (13 % en DCI seul. 14 % en DCI et en nom de marque). Les généralistes auraient néanmoins deux fois plus recours à la DCI (30 %) que les spécialistes (15 %). L'analyse par ordonnance est tout aussi édifiante. Seules 18 % d'entre elles sont exclusivement rédigées en DCI (couplée ou non au nom de marque). 25 % mêlent lignes en DCI et lignes en nom de marque, et 57 % ne comportent aucune ligne en DCI. Alors que les praticiens ont l'obligation de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) depuis le 1er janvier 2015, « Que choisir « juge les résultats « affligeants ». La revue, qui rappelle que la prescription en DCI est un « moyen efficace de lutter contre le surdosage ou les interactions médicamenteuses en évitant le piège des noms de marque qui masquent les molécules présentes » demande à la ministre de la Santé de mettre en place des contrôles « pour identifier les médecins récalcitrants et leur rappeler instamment cette obligation légale », et lui suggère d'inscrire la prescription en DCI dans les critères de la ROSP. Les médecins de leur côté rappellent que cette obligation est actuellement quasi inapplicable mettant en cause les logiciels d'aide à la prescription (LAP) qui ne proposent que rarement la transposition d'un nom de marque en DCI.

(2016). « Programme Prescrire Médicaments en questions : premiers résultats (Amélioration des pratiques). » Revue Prescrire **36** (393) : 541-543.

> Depuis 2014, Prescrire propose à ses abonnés le programme à distance d'amélioration des pratiques professionnelles intitulé : Médicaments en questions). L'objectif de ce programme est d'aider les soignants à prendre davantage en compte les effets nocifs des traitements médicamenteux dans leur pratique, à mieux y faire face et à les réduire. Cet article fait un bilan de la première session de formation 2014-2015.

Clerc, P. Et Le Breton, J. (2016). Étudier les polyprescriptions en médecine générale : Focus groups et groupes de pairs pour comprendre les enjeux dans lesquels sont prises ces pratiques. Les recherches qualitatives en santé., Paris : Armand Colin **:** 213-228.

> La polyprescription en médecine générale, et notamment en France, est un objet complexe dans un contexte politique particulier, qui nécessite l'intervention de recherches qualitatives. Ces recherches permettent, en effet, de trouver des facteurs explicatifs à cette polyprescription. Ce chapitre présente l'étude POLYCHROME, qui en sus d'un volet quantitatif basé sur les données de l'Observatoire de la Médecine générale (OMG) de la Société française de Médecine générale, comportait un volet qualitatif par le biais d'une enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes.

Darmon, D., et al. (2015). « Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique. » Santé Publique 27 (3) : 353-362

> Les conséquences iatrogéniques, environnementales et économiques de la prescription médicamenteuse sont des enjeux pour la santé publique. Cette étude avait pour objectif d'identifier les caractéristiques des médecins, des patients et des consultations influençant la prescription médicamenteuse en médecine générale. Une étude transversale nationale multicentrique a été réalisée en médecine générale de décembre 2011 à avril 2012. Des analyses bivariées ont été réalisées, puis des analyses multivariées dans le cadre d'un modèle mixte.

Greffion, J. Et Breda, T. (2015). « Façonner la prescription, influencer les médecins. » Revue de La Régulation (17)
https ://journals.openedition.org/regulation/11272

> Pour limiter la régulation de son activité par les pouvoirs publics, l'industrie pharmaceutique laisse dans l'ombre, autant que possible, l'ampleur de son effort de promotion. Pourtant, nous montrons que la promotion des médicaments est un de ses cœurs de métier. Les dépenses en la matière sont considérables. Elles représentent au moins 20 % du chiffre d'affaires du secteur et le dispositif de visite médicale sollicite jusqu'à 40 % des effectifs totaux des grandes entreprises pharmaceutiques, devenues des géants du marketing. Mais comment concilier ce constat avec les déclarations des médecins, nombreux à réfuter l'influence de la promotion sur leurs pratiques, et les résultats des études économétriques, soulignant le faible effet de la visite médicale ? Les grandes entreprises pharmaceutiques façonnent-elles la demande sur leurs marchés, sur le modèle de la filière inversée, ou souffrent-elles d'un problème de rationalité en investissant massivement dans une activité peu rentable ? En alternative aux études microéconomiques dont nous discutons les résultats à l'aune de notre enquête ethnographique, nous proposons une

approche macroéconomique pour aborder la question. Les résultats obtenus plaident pour un lien fort entre intensité du travail des visiteurs médicaux et prescriptions des médecins, qui prend la forme d'une incitation à prescrire les médicaments plus chers, plus récents.

Marques, A., et al. (2015). « Les pratiques de prescription des ordonnances de précarité à l'EPS de Ville-Évrard. » Santé Publique 27 (5) : 623-631
https ://www.cairn.info/revue-sante-publique-2015-5-page-623.htm

L'accès gratuit aux médicaments est un élément important dans la concrétisation des politiques d'accès aux soins. Paradoxalement, cet aspect précis est peu abordé dans la littérature sur le thème. L'EPS de Ville-Évrard a mis en place des ordonnances dites de précarité permettant de délivrer gratuitement des médicaments, indépendamment de dispositifs spécifiques du type PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Cet article présente une étude portant sur la totalité des ordonnances de précarité émises en 2011 dans l'établissement. Il propose une description analytique de ce dispositif et montre que, tout en étant peu encadré, il est utilisé de façon modérée.

(2014). Comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée. Fiche points clés - Note méthodologique et de synthèse documentaire. Saint-Denis HAS
https ://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1771468/fr/comment-ameliorer-la-qualite-et-la-securite-des-prescriptions-de-medicaments-chez-la-personne-agee

Cette fiche a pour objectif de fournir une information afin de sensibiliser tous les acteurs à la nécessité de prévenir la fréquence et la gravité des problèmes de médicaments chez la personne âgée fragile. Cette fiche est complétée par une note de problématique et une synthèse bibliographique.

(2014). Plan national d'action pour une politique du médicament adapté aux besoins des personnes âgées : concertation sur le projet de loi « Adaptation de la société au vieillissement ». Paris Ministère chargé de la Santé

Dans le cadre des travaux de préparation de la Loi d'orientation et de programmation pour l'adaptation de la société au vieillissement, la nécessité d'un plan d'action structurant pour une politique du médicament adaptée aux besoins des personnes âgées s'est imposé. Ce plan d'action s'intègre par ailleurs dans la stratégie nationale de santé et son volet relatif au bon usage des médicaments. Les orientations de ce plan seront inscrites dans le « rapport annexé « de la Loi et le plan lui-même sera transmis au Parlement en même temps que le texte enrichissant et concrétisant la prévention de la perte d'autonomie et la préservation de la santé des âgés.

Silvan, F. Et Allermoz, E. (2014). « Bon usage du médicament : une prescription appelée à s'adapter. Dossier. » Médecins : Bulletin de L'ordre National des Médecins (37) : 16-22.

Ce dossier rend compte de l'Atelier sur l'utilisation et la prescription des médicaments tenu lors du premier congrès de l'Ordre national des médecins. Cet atelier abordait notamment le renforcement de la surveillance du médicament depuis la loi de 2011, qui va modifier l'approche de la prescription avec la révision régulière des autorisations de mise sur le marché (AMM) et des bonnes pratiques.

7 Protection sociale

7.2 Enquetes de l'IRDES

Dourgnon, P. (2023). "L'Aide médicale de l'Etat aux confins de l'Etat-providence : coût, état de santé, appel d'air, que nous enseigne la recherche ?". Podcast n° 1. Paris, Irdes. https://www.irdes.fr/recherche/podcasts.html

> Le premier épisode est consacré à l'Aide médicale de l'Etat (AME).Paul Dourgnon, directeur de recherche à l'Irdes, est interrogé à l'occasion de la parution du Questions d'économie de la santé n° 284, « Des assurés comme les autres. Une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale de l'Etat », réalisé avec Solène Petit, Jérôme Wittwer, Florence Jusot et Antoine Marsaudon. Cette étude, qui fait suite à de précédents travaux menés dans le cadre du projet de recherche Premiers pas, montre que les consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'AME sont similaires à celles des personnes couvertes par la Complémentaire santé solidaire non contributive (CSS-NC), pour les postes de soins bénéficiant d'un niveau de couverture identique. Des résultats qui viennent apporter un éclairage aux débats actuels dans le cadre du vote du projet de loi sur l'immigration, en novembre et décembre 2023.

Marsaudon, A., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2023). "Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État." Questions d'économie de la santé (Irdes)(280)

> L'Aide médicale de l'État (AME) est une assurance santé publique et gratuite destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière. L'AME permet notamment d'accéder sans reste à charge aux cabinets du généraliste ou du spécialiste. Dans quelle mesure l'AME améliore-t-elle l'accès et l'usage des services de santé des personnes qui en bénéficient ? Dans ce Questions d'économie de la santé, nous étudions si les personnes étrangères en situation irrégulière couvertes par l'AME ont un recours aux soins différent de celles qui seraient éligibles mais non couvertes, tant en termes de services de santé visités que de lieux de soins usuels. Issus des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 à Paris et dans l'agglomération de Bordeaux, les résultats montrent que la couverture par l'AME est associée à un non-recours aux services de santé moins fréquent. Quand la durée de la couverture par l'AME augmente, la probabilité de consulter en cabinet médical ou en centre de santé s'accroît, alors que celle de recourir aux urgences ou dans une association diminue. De plus, les personnes couvertes ont une plus grande probabilité de déclarer comme lieu de soin usuel un cabinet médical ou un centre de santé. L'AME apparaît donc favoriser une meilleure intégration dans le système de santé, ses bénéficiaires substituant aux lieux de soins dédiés aux populations vulnérables des cabinets médicaux et centres de santé. Ces

modes de recours sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des personnes dont l'état de santé nécessite un suivi régulier.

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2022). "Non, l'Aide médicale d'État n'encourage pas les migrations pour raisons de santé." De Facto(31): 30-33.
https://www.icmigrations.cnrs.fr/wp-content/uploads/2022/03/DF31-Dourgnon-et-al.pdf

L'AME est une assurance publique donnant accès aux étrangers en situation irrégulière (ESI) à la plupart des services de santé sans restes à charge. Elle suscite des débats clivants. Un argument fréquemment soulevé par ses opposants est que « les sans-papiers viennent en France pour profiter du système de santé ». Les résultats de l'enquête Premiers Pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon représentatif d'ESI montrent une tout autre réalité. Tout d'abord, seuls 9,5 % d'entre eux évoquent la santé comme motif de venue en France. De plus, seuls 51 % des ESI éligibles sont couverts par l'AME. Le principal facteur explicatif du recours à l'AME n'est pas l'état de santé ni le motif de venue en France, mais la durée de séjour sur le territoire. Si l'accès à l'AME est croissant avec la durée de séjour, même après 5 ans en France, 34,6 % des ESI restent non couverts.

Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2022). "Profils De Consommation De Soins Et Couverture Complémentaire des Bénéficiaires De L'allocation Aux Adultes Handicapés (AAH)." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (271)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/271-profils-de-consommation-de-soins-et-couverture-complementaire-des-beneficiaires-de-l-allocation-aux-adultes-handicapes.pdf

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social qui assure un revenu de 956 € par mois aux personnes en situation de handicap âgées de plus de 20 ans, compte 1,2 million de bénéficiaires en France. Moins couvertes que la population française (96 %), 87 % de ces personnes ont une complémentaire santé en 2018, mais seulement 11 % en disposent par la Couverture maladie universelle (CMU), et 13 % par l'Aide à la complémentaire santé (ACS) [Cabannes, 2022]. Depuis 2019, la Complémentaire santé solidaire (CSS) a pris le relais de ces dispositifs afin d'accroître la diffusion de la couverture publique et compte tenu de leurs ressources, les bénéficiaires de l'AAH sont le plus souvent éligibles à la CSS avec participation financière. Pour autant, le non-recours persiste. Pour identifier les caractéristiques des personnes ne profitant pas du bénéfice de cette couverture, cette étude se focalise sur la population exhaustive des 35 000 bénéficiaires de l'AAH restés dans le dispositif entre 2014 et 2018 sans jamais bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si cette population ne représente que 3 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, elle a des spécificités et est potentiellement exposée à un risque de reste à charge important.

Pierre, A. et collab, R. T. (2022). "L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS)." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (268)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/268-l-absence-de-couverture-par-une-complementaire-sante-en-france-en-2019.pdf

Bien que la non-couverture par une complémentaire santé soit à son niveau le plus bas – passé de près de 14 % en 1996 à 3,6 % en 2019 pour la population de 15 ans et plus – l'organisation

actuelle du système d'assurance complémentaire et les réformes de généralisation visant des personnes en emploi laissent de côté une partie de la population. La partie de la population qui ne bénéficie pas d'un contrat de complémentaire santé collectif ni de la Complémentaire santé solidaire (CSS) doit ainsi faire face aux primes élevées des contrats individuels, notamment les plus âgés. Nous décrivons ici les 2,5 millions de Français qui restent sans complémentaire santé en 2019 à partir de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019. En 2019, les populations les plus souvent non couvertes demeurent les indépendants, les chômeurs et les inactifs. Les retraités les plus modestes, qui font face à des primes d'assurance élevées au regard de leurs ressources, sont également particulièrement concernés par l'absence de couverture. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016 a permis, en réduisant les inégalités de couverture au sein des salariés du secteur privé, de réduire la non-couverture pour les classes moyennes modestes. Pour autant, la situation économique et sociale des individus reste le principal déterminant de la souscription d'une complémentaire santé, du fait du coût des contrats mais aussi des démarches administratives qui freinent l'accès à la complémentaire des individus les plus modestes.

Dourgnon, P., Guillaume, S., Jusot, F., et al. (2019). « Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas. » Questions D'économie de La Santé (Irdes) [244]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/244-etudier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf

L'Aide médicale de l'État (AME), l'assurance maladie destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière en France, reste très mal connue. Quelles sont les caractéristiques sociales, économiques et sanitaires des personnes étrangères en situation irrégulière bénéficiant de l'AME ? Qui sont celles qui ne recourent pas au dispositif ? Pour quelles raisons ? Quels sont les recours aux soins et à l'assurance santé des personnes étrangères en situation irrégulière ? L'AME permet-elle à ses assurés d'accéder aux services de santé ? Les récents débats portant sur une possible réforme de l'AME n'ont pu s'appuyer que sur des informations éparses et incomplètes. L'enquête Premier pas vise à apporter de premières réponses à ces questions. Elle a été menée en 2019 auprès de 1 223 étrangers sans titre de séjour dans 63 lieux et structures, à Paris intra-muros et dans l'agglomération de Bordeaux. Après une description du protocole, de l'organisation de la collecte et du bilan statistique de l'enquête, nous présentons la structure de l'échantillon. Ce deuxième Questions d'économie de la santé sur l'accès à l'AME des personnes étrangères en situation irrégulière à partir de l'enquête Premiers pas s'inscrit dans une série. Le premier revenait sur l'histoire des droits de cette population en France et dressait un état des lieux des connaissances et ignorances concernant le dispositif de l'AME. Le troisième sera consacré à l'analyse de l'accès à l'AME.

Jusot, F., Dourgnon, P., Guillaume, S., et al. (2019). « Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. » Questions D'économie de La Santé (Irdes) [245]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/245-le-recours-a-l-aide-medicale-de-l-etat-des-personnes-en-situation-irreguliere-en-france-enquete-premiers-pas.pdf

La France a choisi de longue date de garantir l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière avec l'Aide médicale gratuite puis, depuis 2000, l'Aide médicale de l'Etat (AME). L'existence d'un tel dispositif ne garantit pas, à elle seule, que l'ensemble des personnes éligibles

y accèdent ni en fassent usage. Nous étudions ici le recours à l'AME et ses déterminants à partir des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de personnes étrangères sans titre de séjour. Seules 51 % des personnes qui y sont éligibles bénéficient de l'AME. Près de la moitié des personnes sans titre de séjour déclarant souffrir de pathologies nécessitant des soins, comme le diabète ou les maladies infectieuses, ne sont dans les faits pas assurées pour la santé, ni par l'AME, ni par l'assurance maladie de droit commun. Le recours à l'AME est un peu plus important chez les 10 % ayant cité la santé parmi leurs motifs de migration. Il est cependant assez peu corrélé aux problèmes de santé, en dehors des troubles musculo-squelettiques. Le recours à l'AME augmente avant tout avec la durée de séjour sur le territoire. Ces résultats suggèrent que la plupart des migrants ont peu de connaissances de l'AME et n'ont pas tous la capacité à se saisir d'un dispositif complexe. Même après cinq années ou plus de résidence en France, 35 % des personnes sans titre de séjour n'ont pas l'AME. Ce troisième Questions d'économie de la santé sur l'accès à l'Aide médicale de l'Etat des personnes étrangères en situation irrégulière s'inscrit dans une série. Le premier rappelle l'histoire des droits de cette population en France et dresse un état des lieux des connaissances sur le dispositif de l'AME. Le deuxième présente l'enquête Premiers pas.

Penneau, A., Pichetti, S. Et Espagnacq, M. (2019). Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans. Les rapports de l'Irdes, 571. Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/571-depenses-de-sante-et-restes-a-charge-sanitaires-des-personnes-en-situation-de-handicap-avant-et-apres-60-ans.pdf

Les situations de handicap entraînent des coûts supplémentaires pour les ménages concernés. Les coûts sanitaires - soins médicaux et une partie des aides techniques - représentent l'un des principaux postes de dépense des personnes en situation de handicap. L'objectif de ce rapport est de dresser un état des lieux de la prise en charge sanitaire de ces personnes avant et après 60 ans.

Perronnin, M. (2019). L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Les rapports de l'Irdes : 572. Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/572-l-enquete-protection-sociale-complementaire-d-entreprise-2017.pdf

Cette nouvelle édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée en 2017, s'inscrit dans le contexte de la généralisation de la couverture santé d'entreprise suite à l'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013, auquel les établissements du secteur privé devaient se conformer avant le 1er janvier 2016. Les données de l'enquête PSCE 2017, recueillies auprès des établissements et de leurs salariés, permettent ainsi de dresser un panorama de la complémentaire santé d'entreprise, d'évaluer l'effet de l'Ani sur l'offre de couverture santé et de décrire l'offre de garanties de prévoyance. En plus des informations collectées dans les éditions précédentes, PSCE 2017 renseigne sur le coût des contrats de complémentaire santé et sur la nature des changements liés à l'Ani. Les individus ayant connu une période de chômage sont en outre interrogés sur le maintien du contrat de leur ancienne entreprise.

Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., et al. (2019). « Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [243]

https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-proteger-la-sante-des-personnes-etrangeres-en-situation-irreguliere-en-france.pdf

Depuis sa création en 2000, l'Aide médicale de l'État (AME), assurance publique permettant aux personnes étrangères en situation irrégulière d'accéder à des services de santé, polarise le débat. Quand certains rappellent le devoir de protection d'une population vulnérable et l'universalité du droit à la protection de la santé en France, d'autres suspectent un dévoiement du système qui favoriserait l'immigration irrégulière. Dans un contexte de fortes contraintes financières pour le système de santé, les questions de légitimité, de coût et d'efficacité de l'AME sont posées de façons plus aiguës. Pour autant, les informations sur les personnes sans-papiers comme sur ce dispositif sont longtemps restées très lacunaires. Le projet Premier pas, mené par l'université de Bordeaux et l'Irdes se fonde sur ce constat et vise à étudier l'accès à l'AME et le recours aux services de santé des personnes en situation irrégulière en France. Trois Questions d'économie de la santé proposent : de décrire le contexte et la problématique de la protection des personnes en situation irrégulière en France : puis une présentation de l'enquête Premier pas recueillie auprès des personnes éligibles à l'AME : enfin les premiers résultats de l'enquête sur l'accès à l'AME de ces personnes. Ce premier article revient sur l'histoire des droits à la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France et dresse un état des lieux des connaissances, comme des besoins de connaissances sur le dispositif.

Lapinte, A. Et Perronnin, M. (2018). « 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [236]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/236-96-pourcent-des-salaries-ont-acces-a-une-assurance-complementaire-sante-d-entreprise-en-2017.pdf

L'Accord national interprofessionnel (Ani) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé et a imposé des niveaux de garanties planchers et un cofinancement des contrats par l'employeur à hauteur de 50 % au minimum. Les établissements devaient se conformer à cette obligation avant le 1er janvier 2016. Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), plus d'un établissement sur deux a mis en place ou modifié une couverture existante du fait de l'Ani. Si bien qu'en 2017, 84 % des établissements regroupant 96 % des salariés offrent une couverture complémentaire santé contre la moitié des établissements avant l'Ani. Les établissements qui demeurent non couverts sont très souvent de petites structures dans lesquelles tous les salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion. Les établissements nouvellement couverts se tournent davantage vers les sociétés d'assurances. Alors que les branches d'activité pouvaient recommander un organisme, plus de la moitié des établissements concernés n'ont pas suivi ces recommandations. Enfin, la participation financière de l'employeur est restée stable par rapport à 2009, année de la précédente édition de PSCE.

Lengagne, P. (2018). « Dans les petites entreprises, la tarification à l'expérience contribue à diminuer les accidents du travail. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [231]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/231-dans-les-petites-entreprises-la-tarification-a-l-experience-contribue-a-diminuer-les-accidents-du-travail.pdf

Les cotisations que les entreprises versent au titre de l'Assurance des risques professionnels du Régime général sont modulées en fonction de leur propre risque. Cette tarification à l'expérience

introduit ainsi un mécanisme de responsabilisation des employeurs en matière de sécurité au travail et devrait les inciter à réduire les risques professionnels afin de limiter le montant de leurs cotisations. Dans le cas des petites entreprises, les cotisations sont partiellement individualisées de façon à ne pas faire peser sur ces entreprises un aléa financier qu'elles ne seraient pas en mesure de maîtriser ou qui pourrait les mettre en difficulté. L'étude présentée ici porte un éclairage sur l'efficacité de la tarification à l'expérience partielle appliquée aux petites entreprises de 20 à 49 salariés en termes de diminution des risques professionnels. Les estimations mettent en évidence une moindre incidence des taux d'accidents du travail liée à ce dispositif. Elles indiquent en outre que l'augmentation des taux d'individualisation de l'ordre de 10 points de pourcentage pour ces petites entreprises, mise en œuvre au 1er janvier 2018, entraînerait une diminution moyenne de 5 accidents du travail pour 1 000 salariés dans ces entreprise.

Penneau, A., Pichetti, S. Et Espagnacq, M. (2018). « Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [233]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/233-le-systeme-de-protection-sociale-limite-les-restes-a-charge-lies-aux-soins-des-personnes-qui-recourent-a-l-aide-humaine.pdf

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités du quotidien ont souvent des dépenses de santé élevées. Cette aide est en effet fréquemment associée à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire importants. Pour autant, on ne connaît pas la capacité du système de protection sociale à limiter le niveau de reste à charge pour cette population. A partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages, les profils des personnes âgées de 20 ans et plus recourant à l'aide humaine et qui vivent à domicile sont analysés en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'état de santé, de dépenses de santé, d'accès aux dispositifs de protection sociale et de restes à charge. Deux populations sont distinguées, les personnes âgées de plus ou de moins de 60 ans dont les caractéristiques et accès aux droits diffèrent. Les personnes âgées de plus de 20 ans sont 4,4 millions à recourir à cette aide, soit 9 % des plus de 20 ans, et leurs dépenses de santé croissent avec l'intensité de leur recours. Leur reste à charge est le double de celui de la population générale mais ne croît pas avec le degré de recours à l'aide humaine. Et si l'Assurance maladie parvient à lisser les restes à charge moyens liés aux dépenses de santé grâce aux exonérations du ticket modérateur, des restes à charge élevés persistent pour des personnes recourant à l'aide humaine avec des consommations de soins spécifiques tels les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en psychiatrie.

Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., et al. (2018). « Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être ». Document de travail : 75 Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/075-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une complémentaire santé à tous leurs salariés. Elle s'accompagne d'une amélioration de la portabilité de cette complémentaire pour les chômeurs jusqu'à douze mois après la rupture du contrat de travail. Cette réforme a été largement soutenue par les pouvoirs

publics qui souhaitent généraliser, à tous, la couverture santé par une complémentaire de qualité. Elle pose toutefois un certain nombre de questions en termes d'équité et d'efficacité. En effet, non seulement elle exclut *de facto* la quasi-totalité des individus sans emploi qui sont plus souvent précaires, mais en plus, elle contraint les salariés à ne pas pouvoir choisir leur niveau de couverture santé optimal au regard de leurs besoins de soins et de leurs préférences. En mobilisant le cadre théorique de l'utilité espérée, nous proposons dans ce travail de simuler les gains et les pertes de bien-être à attendre de cette réforme sur l'ensemble de la population. Nous mobilisons les données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de 2012, appariées aux données de remboursements de l'Assurance maladie à partir desquelles nous élaborons une situation contrefactuelle de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani). Nous tenons compte en particulier des effets indirects que cette réforme devrait induire sur le marché individuel de la complémentaire santé et sur le marché du travail, et mobilisons un indicateur subjectif des préférences des individus vis-à-vis du risque. Les résultats montrent que, lorsque l'on considère que l'Ani induira une augmentation des primes des contrats individuels et une diminution des salaires, le bien-être collectif devrait se réduire. Le gain en bien-être des salariés qui bénéficient de la réforme est en effet contrebalancé par la perte de bien-être subie par les personnes couvertes par un contrat individuel ou que la réforme oblige à s'assurer. La moitié de la population verrait son bien-être se réduire pour seulement 7 % de gagnants. Ce sont les individus les plus fragiles, c'est-à-dire les plus pauvres et les plus âgés, qui seraient particulièrement concernés par une réduction de leur bien-être.

Perronnin, M. And Louvel. A. Collab (2018). « La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [229]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/229-la-complementaire-sante-en-2014.pdf

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé. Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes. Parmi les salariés du secteur privé, près de sept sur dix bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en Contrat à durée déterminée (CDD), les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés sont nettement moins souvent couverts par ce biais. Ayant des taux de couverture élevés, les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

Jusot, F., et al. (2017). « Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [225]
www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/225-assurance-maladie-et-complementaires-sante.pdf

La solidarité assurée par un système d'assurance maladie provient des transferts qu'il opère entre individus de classes de revenus différentes. Cette solidarité dépend des structures de consommations de soins et de cotisations à l'assurance maladie par niveau de vie. La solidarité du système français relève essentiellement du financement progressif de l'assurance maladie obligatoire : les plus aisés contribuent plus que les plus pauvres. Mais en dépit de fortes inégalités

sociales de santé, qui impliquent des besoins de soins plus importants chez les plus pauvres, les prestations sont relativement homogènes entre classes de revenus. Elles n'augmentent donc que très faiblement la solidarité du système en raison des barrières à l'accès à certains soins. Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenu. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus.

Safon, M. O. (2017). La prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles et l'organisation de la médecine du travail en France : synthèse documentaire, Paris : IRDES
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-prise-en-charge-des-accidents-du-travail-et-l-organisation-de-la-medecine-du-travail-en-france.pdf

Régulièrement mise à jour, cette synthèse dresse, tout d'abord, un historique de la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles en France. Elle présente l'organisation et les modalités de cette prise en charge, ainsi que le contenu de la réforme de 2010. Elle s'intéresse ensuite à la naissance et l'organisation de la médecine du travail. Elle s'accompagne d'une bibliographie et de sources électroniques.

Lengagne, P. Et Afrite, A. (2016). « Tarification à l'expérience, incidence des troubles musculo-squelettiques et arrêts de travail. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [215]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/215-tarification-a-l-experience-incidence-des-troubles-musculo-squelettiques-et-arrets-de-travail.pdf
https ://www.irdes.fr/english/working-papers/069-experience-rating-incidence-of-musculoskeletal-disorders-and-related-absences.pdf

L'assurance des risques professionnels des travailleurs salariés du Régime général est financée par les entreprises sur la base de cotisations modulées selon leur sinistralité passée. En théorie, ce mode de tarification devrait contribuer à inciter les employeurs à développer des démarches de prévention des risques professionnels et à minimiser ainsi le coût des mauvaises conditions de travail. À partir d'une expérience naturelle observée en région Nord – Pas-de-Calais – Picardie en 2007, cette étude mesure l'influence d'une augmentation de la contribution des entreprises au coût des troubles musculo-squelettiques (TMS) sur l'incidence de ces maladies et les arrêts de travail associés. Cette étude s'appuie sur les données administratives de tarification des risques professionnels. La méthode repose sur une estimation en différence de différences. Les résultats indiquent que l'augmentation de la contribution des entreprises au coût des TMS a eu pour effet de limiter l'incidence de ces maladies. Cela s'est traduit par une baisse significative du nombre de jours d'arrêts de travail liés à ces pathologies.

Ben Halima, M. A. Et Regaert, C. (2015). Quel est l'impact de la survenue d'un accident du travail sur la santé et le parcours professionnel ? Document de travail Irdes : 68. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/068-quel-est-l-impact-de-la-survenue-d-un-accident-du-travail-sur-la-sante-et-le-parcours-professionnel.pdf

Les indemnités pour accidents du travail et maladies professionnelles présentent la plus forte hausse des dépenses d'indemnités journalières avec 2,7 milliards d'euros en 2010. Le coût moyen d'un accident du travail avec arrêt est de 3 000 €. Des politiques de prévention ont ainsi été mises

en œuvre pour réduire la sinistralité, préserver la santé de la population active et assurer sa compétitivité. Notre étude se propose, en premier lieu, d'approfondir l'éclairage porté sur le lien entre accidents du travail et déterminants individuels, environnementaux et d'entreprise. Une modélisation économétrique en panel est utilisée sur données médico¬-administratives appariées de 2005 à 2010, le panel Hygie. Dans un second temps, nous analysons les effets causaux de la survenue d'un accident du travail en 2006 sur le salaire, l'emploi et le nombre de jours d'arrêts de travail quatre années suivant le choc, en utilisant la méthode d'appariement exact en doubles différences.

Ben Halima, M. A. Et Regaert, C. (2015). Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? Document de travail Irdes : 66. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/066-quel-est-l-impact-du-systeme-d-indemnisation-maladie-sur-la-duree-des-arrets-de-travail-pour-maladie.pdf

En France, les indemnités journalières versées à un salarié en cas d'absence au travail pour maladie sont financées par un système à trois étages. Le premier étage est constitué des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie. Le deuxième étage dépend des dispositions de la convention collective dont le salarié relève. Le troisième étage, facultatif pour les employeurs, est négocié au niveau de chaque entreprise, et permet de bénéficier d'indemnité en sus des obligations des accords de branche. Ce troisième étage n'est pas abordé ici. Le deuxième étage offre des prestations qui peuvent aller bien au-delà de la prestation minimale obligatoire, avec de grandes disparités selon la convention collective et la catégorie dont relève le salarié. Nous utilisons dans cette étude une description très fine des paramètres d'indemnisation relatifs aux 46 conventions collectives les plus représentatives, ainsi que la base Hygie, une base de données micro-économiques sur les arrêts maladie, enrichie de ces paramètres d'indemnisation conventionnels afin d'analyser la durée des épisodes d'arrêt. Les estimations empiriques réalisées permettent d'étudier l'impact des différents niveaux d'indemnisations complémentaires sur la fréquence des arrêts (modèle logit à effets fixes), le nombre de jours d'arrêt par an (modèle binomial négatif à effets fixes), la durée d'arrêt maladie (modèle de durée à hasard proportionnel constant par morceaux). La simple présence d'une convention collective a un effet positif sur la probabilité d'avoir un arrêt maladie dans l'année, sur le nombre de jours d'absence et sur la longueur des arrêts. Une augmentation du taux de remplacement de 1 % pendant le délai de carence (trois premiers jours) réduit le taux de sortie de l'arrêt maladie de 5 % et allonge donc la durée. Les taux de remplacement par sous-périodes ont également un effet globalement positif. Les effets trouvés sont plus marqués pour les non-cadres que pour les cadres.

Jusot, F. Et Pierre, A. (2015). « Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [209]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/209-quels-impacts-attendre-de-la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise-sur-la-non-couverture-en-france.pdf

En France, l'accès aux soins est très dépendant de la possession d'une complémentaire santé dont 5 % de la population ne bénéficient pas en 2012. Ainsi, l'accès pour tous à une complémentaire santé de qualité se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée en 2013 par le gouvernement. Négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de janvier

2013, la première mesure consistera à généraliser la complémentaire santé d'entreprise – financée en partie par les employeurs – à l'ensemble des salariés du secteur privé au 1er janvier 2016 et à améliorer sa portabilité pour les chômeurs jusqu'à douze mois au plus après la rupture de leur contrat de travail. Il s'agit ici d'évaluer de façon ex ante les effets attendus du dispositif de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. À partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteraient non couverts par une complémentaire est simulé en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion dont certains peuvent bénéficier, au sein même des salariés du secteur privé. La non-couverture est étudiée selon plusieurs caractéristiques individuelles telles que l'état de santé, le statut socio-économique et les préférences à l'égard du temps et du risque.

Lengagne, P., et al. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages. Les rapports de l'Irdes : 560. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/560-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-1-menages.pdf

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. Loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce premier tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant à domicile.

Penneau, A., et al. (2015). L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 2 - Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions. Les rapports de l'Irdes : 561. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/561-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france-tome-2-institutions.pdf

Même si des progrès ont été faits en matière d'égalité des droits et des chances des personnes en situation de handicap (cf. Loi du 11 février 2005), la question de leur accès aux soins courants et à la prévention demeure d'actualité. Le manque de données permettant d'identifier et de caractériser cette population ainsi que de mesurer son recours aux soins dans les enquêtes santé en population générale participait d'expliquer le peu d'études françaises sur le sujet. Les enquêtes

Handicap-Santé Ménages et Institutions, réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009, ont en partie comblé ce manque livrant des informations sur le type, la gravité ou la reconnaissance administrative du handicap. Mais si, jusqu'à présent, les études existantes traitaient de problèmes spécifiques d'accès aux soins des personnes en situation de handicap, jamais encore elles n'avaient offert un panorama global de l'accès aux soins courants et de prévention de cette population. C'est le cas dans ce rapport réalisé à partir d'une même base de données et selon une méthodologie partagée pour tous les soins. Composé de deux tomes, l'un centré sur les ménages, l'autre sur les personnes handicapées résidant en institution, il concerne trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de dépistage et de prévention (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Ce second tome du rapport présente ainsi les résultats pour les personnes handicapées vivant en institution.

Penneau, A., et al. (2015). « L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009). » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [207]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/207-l-hebergement-en-institution-favorise-l-acces-aux-soins-des-personnes-de-moins-de-60-ans-en-situation-de-handicap-en-france.pdf

L'accès aux soins des personnes en situation de handicap a jusqu'à maintenant surtout été étudié par rapport à celui des personnes sans handicap. La littérature montre que les problèmes d'accès physiques aux soins et la situation socio-économique plus défavorable des personnes handicapées sont parmi les principaux éléments d'explication de leur moindre recours aux soins. Par ailleurs, si l'accès aux soins des personnes en situation de handicap est bien documenté pour les personnes vivant à domicile, en revanche, il l'est moins pour celles résidant en institution. Les rares études comparant l'accès aux soins de ces deux populations se sont concentrées sur les soins dentaires montrant que la vie en institution semble augmenter la probabilité d'accéder à ces soins. Ce résultat sur les soins dentaires est-il généralisable aux autres soins ? L'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM, 2008) et Institutions (HSI, 2009), utilisée ici, a permis de comparer le recours aux soins des personnes en situation de handicap résidant en ménages avec celui des personnes résidant en institution pour trois soins courants (les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques) et quatre actes de prévention et de dépistage (dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et vaccination contre l'hépatite B). Elle permet ainsi d'apporter une réponse documentée à la question posée précédemment. Pour comparer ces deux populations, la définition du handicap retenue se fonde sur les restrictions d'activité pour la réalisation de soins personnels (Activities of Daily Living – ADL) ou de la vie domestique (Instrumental Activities of Daily Living – IADL) que les personnes ont déclarées.

Penneau, A., et al. (2015). « Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages (2008). » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [208]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/208-les-personnes-en-situation-de-handicap-vivant-a-domicile-ont-un-moindre-acces-aux-soins-de-prevention-que-celles-sans-handicap.pdf

Avec une espérance de vie qui a progressé, les personnes en situation de handicap sont confrontées aux mêmes pathologies du vieillissement que le reste de la population. L'accès à la prévention et au dépistage doit ainsi permettre d'éviter une dégradation prématurée de leur état de santé. Or la littérature montre qu'elles rencontrent de nombreux obstacles pour accéder à la prévention et aux soins courants : une expression des besoins parfois difficile, une situation socio-économique plus défavorisée ayant pour conséquence un moindre recours aux soins, une accessibilité physique aux cabinets médicaux ou aux matériels de consultation inadaptée, une méconnaissance du handicap par le personnel soignant… Cette étude sur le recours aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap résidant à domicile explore avec les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM), réalisée par la Drees et l'Insee en 2008, quatre actes de dépistage ou de prévention : les dépistages des cancers du col de l'utérus, du sein, du côlon et la vaccination contre l'hépatite B. L'objectif est d'évaluer les écarts de recours à ces actes selon la situation de ces personnes face au handicap. Deux indicateurs de handicap ont été retenus pour l'analyse, les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap.

Pierre, A. Et Jusot, F. (2015). Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture. Document de travail Irdes : 67. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/067-une-evaluation-ex-ante-de-la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf

Cet article propose d'évaluer de façon ex ante les effets attendus du dispositif de l'Accord national interprofessionnel (Ani) sur la non-couverture par une complémentaire santé en France et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. À partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, il s'agit de : i/ simuler l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteront non couverts par une complémentaire en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion au sein de la population salariée selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et le motif de non-couverture : ii/ étudier l'évolution des caractéristiques des personnes non couvertes, toutes choses égales par ailleurs, avant et après l'introduction de l'Ani.

Celant, N., et al. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Les rapports de l'Irdes : 556. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est un outil qui explore à l'échelon national (France métropolitaine) les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. La périodicité biennale de l'enquête, son lien avec les données de prestations de l'Assurance maladie et sa dimension longitudinale permettent d'alimenter le suivi et l'évaluation des politiques en santé, d'analyser finement les déterminants du recours aux soins et de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. En 2012, l'enquête ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus. Le rapport décrit les objectifs ainsi que la méthodologie de l'enquête et présente des travaux de recherche

s'appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS 2012. Sont explorés les déterminants du don du sang, la mesure de la fragilité des personnes âgées dans les enquêtes ESPS et SHARE et les déterminants de la demande d'assurance du risque de dépendance.

Dourgnon, P., et al. (2014). « Vers un système d'information sur le coût des soins, les remboursements des couvertures obligatoire et complémentaire, et les restes à charge réels des ménages. Bilan et perspectives du projet Monaco. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [194]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/194-vers-un-systeme-d-information-sur-le-cout-des-soins-les-remboursements-des-couvertures-obligatoire-et-complementaire-et-les-restes-a-charge-reels-des-menages.pdf

Le projet Monaco (Méthodes, outils et normes pour la mise en commun des données des assurances complémentaire et obligatoire) représente une première étape visant à mettre en place un système d'information qui permette d'améliorer la connaissance des restes à charge des assurés après remboursements par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) et l'Assurance maladie complémentaire (AMC). Il s'agit d'un test sur la possibilité technique d'associer des données individuelles issues de l'Assurance maladie et des organismes de couverture complémentaire s'appuyant sur le dispositif de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS). Monaco rassemble les principales caisses d'assurance maladie et dix organismes de couverture complémentaire sous l'égide de l'Institut des données de santé (IDS). Après avoir décrit la méthodologie de cet appariement, nous présentons un premier bilan technique et les perspectives de recherche qui pourraient s'ouvrir grâce à ce nouvel outil.

Fontaine, R., et al. (2014). Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? Premiers enseignements de l'enquête ESPS. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012., Paris : Irdes **:** 197-214
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf

Les données utilisées dans ce chapitre sont celles de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) 2012. Cette enquête a été enrichie d'un volet dépendance qui permet de recueillir des informations relatives au risque dépendance des 50 ans et plus, notamment leur perception de ce risque, et leur situation assurantielle face à ce risque. L'enquête ESPS permet également de disposer des caractéristiques socio-économiques et médicales du patient, de données permettant de construire un indicateur de risque dépendance ainsi que d'indicateurs d'aversion au risque et de de prévoyance.

Franc, C., et al. (2014). Supplemental health insurance and healthcare consumption: a dynamic approach to moral hazard. Document de travail Irdes : 58. Paris Irdes
www.irdes.fr/english/working-papers/058-supplemental-health-insurance-and-healthcare-consumption-a-dynamic-approach-to-moral-hazard.pdf

Selon l'hypothèse d'une pent-up demand, la demande de soins de santé n'est pas constante au cours du temps. Le phénomène d'aléa moral, qui se caractérise par une hausse des dépenses de santé suite à l'augmentation du niveau d'assurance, peut donc être particulièrement élevé juste après une hausse de l'assurance et s'atténuer ensuite au cours du temps. Dans ce papier, nous analysons l'existence et la persistance de l'aléa moral sur une période donnée suite à la souscription d'une surcomplémentaire santé fournie par un assureur français privé, qui complète

l'assurance maladie obligatoire et une complémentaire santé dite « de base « . Nous modélisons les dépenses de santé par des modèles de panel à erreurs composées en utilisant l'approche de Chamberlain pour contrôler au mieux de la sélection adverse. En distinguant dans la consommation de soins ambulatoires (1) la probabilité de recours aux soins de santé, (2) le nombre de recours conditionnellement au fait de consommer, (3) le coût par unité de soins, nous montrons que la surcomplémentaire est significativement et positivement associée à (1), (2) et (3) et que ces effets diminuent au fil du temps, confirmant ainsi l'hypothèse d'une pent-up demand mais dont l'ampleur varie fortement selon les 3 dimensions et les postes de soins (soins médicaux, prescription de médicaments, soins dentaires ou optiques).

7.3 DONNEES DE LA DREES

7.31 Aide sociale, minimas sociaux

(2024). "Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées en 2022 : mise à jour des données". Paris, Drees
https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/bases-de-donnees-brutes-de-l-enquete-aide-sociale-volet-mesure-d-accompagnement-/information/

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) complète les indicateurs sur l'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées en 2022 en publiant les fichiers actualisés sur les caractéristiques des bénéficiaires ainsi que les montants versés.

(2024). "Dépenses d'aide sociale des départements : la hausse se poursuit en 2022 dans un contexte d'inflation élevée". Paris, Drees
https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/376_les-depenses-d-aide-sociale-departementale/information/

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie les dernières statistiques consolidées et détaillées sur les dépenses d'aide sociale des départements en 2022. Ces dernières s'élèvent à 41,6 milliards d'euros et augmentent de 3,0 % en euros courants en un an. Cette évolution, dans un contexte d'inflation élevée (+5,2 % en moyenne annuelle en 2022), est la résultante d'effets contraires : la baisse des dépenses liées au revenu de solidarité active (RSA) et au revenu de solidarité (RSO) est plus que compensée par la hausse de celles d'aide sociale à l'enfance et de l'aide sociale aux personnes handicapées ou âgées.

Diallo, C. t., Morel-jean, C. et Sarron, C. (2024). "L'aide sociale départementale : bénéficiaires, dépenses, financement, personnel – Édition 2024." Dossiers de la Drees (les)(124)

Ce dossier s'appuie principalement sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES menée auprès des départements. Il s'intéresse aux tendances nationales récentes, jusqu'en 2022 ainsi qu'au cours des vingt dernières années, concernant à la fois les bénéficiaires, les personnels et les dépenses associées. Les disparités départementales en matière d'aide sociale sont également présentées.

Baradji, E. (2021). "Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés." Etudes Et Résultats (Drees)(1203)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/minima-sociaux-des-conditions-de-vie-plus-degradees-pour-les

Fin 2018, 28 % des bénéficiaires de minima sociaux, hors ceux résidant dans des structures spécialisées, sont considérés comme handicapés au sens de l'indicateur GALI (Global Activity Limitation Indicator), contre 9 % dans la population générale. Les bénéficiaires de minima sociaux handicapés perçoivent le plus souvent l'allocation aux adultes handicapés (47 %), mais 15 % d'entre eux perçoivent le minimum vieillesse, 32 % sont bénéficiaires du revenu de solidarité active et 8 % de l'allocation solidarité spécifique. Ils ont en moyenne des conditions de vie dégradées par rapport aux personnes handicapées dans la population générale et par rapport aux bénéficiaires de minima sociaux qui ne sont pas en situation de handicap. Ils sont plus nombreux à être exposés à la pauvreté en conditions de vie, le plus souvent à des restrictions de consommation. Leur état de santé est moins bon et leurs relations sociales moins intenses.

Cabannes, P. Y. (2022). "Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé." Etudes Et Résultats (Drees)(1232)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-06/er1232.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude consacrée à la part des bénéficiaires de minima sociaux n'ayant pas de complémentaire santé. Cette étude est issue des données de l'enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) réalisée fin 2018 - début 2019. Elle observe l'accès des personnes bénéficiaires de revenus minima garantis (minima sociaux et prime d'activité) aux différents types de couverture complémentaire, notamment la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et les contrats ACS, et les compare aussi à l'ensemble de la population. Cette étude présente aussi des données sur le renoncement aux soins des bénéficiaires des minima sociaux, qu'il s'agisse des consultations chez le médecin ou des soins dentaires.

Cabannes, P. Y., et al. (2022). "Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2022". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/Minima2022Maj2510.pdf

Cet ouvrage offre un panorama complet des différents dispositifs permettant d'assurer la redistribution en faveur des ménages les plus modestes, mais aussi des conditions de vie, de l'insertion et des parcours de ces derniers.

Meinzel, P. (2022). "Le non-recours au minimum vieillesse des personnes seules". Dossiers de la Drees.(97)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/le-non-recours-au-minimum-vieillesse-des

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie, dans sa collection des Dossiers de la DREES, une étude sur le non-recours au minimum vieillesse des personnes âgées seules en 2016. Il s'agit de la première exploitation de l'appariement entre l'échantillon interrégimes de retraités (EIR) de la DREES et les données issues des déclarations fiscales.

Cabannes, P. Y. et Richet-Mastain, L. (2021). "Minima sociaux et prestations sociales - Ménages aux revenus modestes et redistribution - Édition 2021". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/Minima%20sociaux%202021.pdf

Fin 2019, 4,30 millions de personnes sont allocataires de l'un des minima sociaux en vigueur en France, un chiffre en augmentation (+1,2 %) par rapport à fin 2018. En incluant les conjoints et les personnes à charge, 6,9 millions de personnes sont couvertes par les minima sociaux fin 2019, soit 10 % de la population. Par ailleurs, 6,54 millions de foyers bénéficient d'une aide au logement, 4,50 de la prime d'activité, 6,77 d'une prestation familiale et 6,91 millions de personnes de la complémentaire santé solidaire (CSS). Enfin, 5,54 millions de ménages ont reçu un chèque énergie en 2020. Ces résultats sont issus de l'édition 2021 de Minima sociaux et prestations sociales, qui détaille les dispositifs assurant la redistribution en faveur des ménages les plus modestes. Des études portant sur l'emploi, l'accompagnement et l'insertion, les revenus et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux sont également disponibles ainsi que des analyses, qui incluent également les bénéficiaires de la prime d'activité, sur leurs conditions de vie et de logement, leur état de santé et leur vie sociale. L'ouvrage présente, en outre, les barèmes en vigueur à ce jour et des données statistiques recueillies jusqu'en 2020. Il analyse les effets des prestations sociales et des impôts directs sur la réduction de la pauvreté. L'ensemble du système redistributif réduit ainsi le taux de pauvreté monétaire de 7,5 points en 2018.

Calvo, M. (2021). "Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé dégradé et un bien-être psychologique fragile." Etudes Et Résultats (Drees)(1194)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-06/ER1194.pdf

Dans le contexte actuel de crise sanitaire, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie chaque mois un tableau de suivi des prestations de solidarité, réalisé avec le concours des organismes gestionnaires de ces prestations. Cette publication vise à rassembler et à mettre à disposition les données mensuelles disponibles les plus récentes ainsi qu'à éclairer les effets de la crise sanitaire, y compris à l'échelle des territoires, sur l'évolution de la pauvreté en France. L'édition de juin s'accompagne d'un éclairage sur l'état de santé des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité, reposant sur l'enquête BMS 2018 menée par la DREES. Cette étude se décline sous la forme d'un Études et Résultats et de tableaux détaillés sur l'open data de la DREES.

Calvo, M. (2021). "Les conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité." Dossiers De La Drees (Les)(73)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd73.pdf

Ce Dossier de la DREES étudie les conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis (encadré 1), une population particulièrement en difficulté concernant cette thématique. Il se focalise sur les cinq principales prestations en termes d'effectifs et de

dépenses : le revenu de solidarité active (RSA), l'allocation de solidarité spécifique (ASS), l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le minimum vieillesse ainsi que la prime d'activité.

Diallo, C. T. et Leroux, I. (2020). "L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2020". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas20.pdf

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % de l'ensemble des dépenses de protection sociale et relèvent, pour moitié, de la responsabilité des départements. Fin 2018, ces derniers octroient 4,3 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations constituent une dépense annuelle nette de 38,4 milliards d'euros, un montant qui a baissé légèrement de 0,2 % en un an après une croissance annuelle moyenne de 2,2 % entre 2010 et 2017. L'aide sociale départementale est, dans cet ouvrage, étudiée dans son ensemble puis, plus en détail pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. Les analyses portent sur les effectifs et les caractéristiques des bénéficiaires, les dépenses et les personnels associés, sous l'angle des évolutions, récentes ou de plus long terme, et des disparités territoriales. L'ouvrage présente également le contenu et l'organisation de l'action sociale des communes et des intercommunalités. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une étude sur la mesure d'accompagnement social personnalisé (MASP).

Marc, C., et al. (2021). "La protection sociale en France et en Europe en 2020 - Résultats des comptes de la protection sociale - édition 2021". Panoramas de la DREES. Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/la-protection-sociale-en-france-et-en-0

Ce Panorama retrace les principaux résultats des comptes de la protection sociale français pour l'année 2020, avec une mise en perspective internationale.

Richet-Mastain, L. (2020). "L'isolement social des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité." Dossiers De La Drees (Les)(70)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd70.pdf

Abdouni, S., Amrous, N., Antunez, K., et al. (2019). L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion - Édition 2019, Paris : Drees
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/aas2019.pdf

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale et relèvent, pour moitié, de la responsabilité des départements. Fin 2017, ces derniers octroient 4,2 millions de prestations d'aide sociale, couvrant ainsi 6,2 % de la population française. Ces prestations représentent une dépense annuelle nette de 37,8 milliards d'euros, un montant qui a progressé de 0,8 % en un an et de 12 % en cinq ans. En 2018, le nombre d'aides sociales aux personnes âgées ou handicapées croît de 1,4 % et le nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) de 0,7 %. L'aide sociale départementale est, dans cet ouvrage, étudiée dans son ensemble puis, plus en détail, pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. Les analyses portent sur les effectifs et les caractéristiques des

bénéficiaires, les dépenses et les personnels associés, sous l'angle des évolutions, récentes ou de plus long terme, et des disparités territoriales. L'ouvrage présente également le contenu et l'organisation de l'action sociale des communes et des intercommunalités. Cette nouvelle édition s'enrichit notamment de résultats sur la prévalence de la perte d'autonomie, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées.

Calvo, M. (2019). « En 2018, le nombre d'allocataires de minima sociaux repart légèrement à la hausse. » Etudes Et Résultats (1133)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1133.pdf

Fin 2018, 4,25 millions de personnes sont allocataires d'un minimum social. Avec les conjoints et les enfants à charge, environ 7 millions de personnes, soit 11 % de la population, sont couvertes par les minima sociaux. Le nombre d'allocataires augmente légèrement en 2018 (+0,6 %), alors qu'il était stable en 2017 (+0,1 %) et avait diminué de 1,3 % en 2016, première baisse depuis 2008. Après deux années de recul, les effectifs du revenu de solidarité active (RSA) repartent à la hausse (+1,1 %). Ceux de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) continuent d'augmenter (+2,7 %), au même rythme que depuis 2012. Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse augmente également, de 2,8 % alors qu'il stagnait depuis 2013, à la suite de sa revalorisation au 1er avril 2018. Les effectifs de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA) continuent de progresser (+15,4 %), suivant ceux des demandeurs d'asile. En revanche, les effectifs de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) connaissent une baisse toujours plus forte (-11,1 % en 2018) et ceux de l'allocation temporaire d'attente (ATA) continuent de s'éteindre progressivement suite à la suppression de cette allocation, en septembre 2017.

Diallo, C.-T. (2019). « Le ralentissement des dépenses d'aide sociale des départements se confirme en 2017. » Etudes Et Résultats (Drees) [1105]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-ralentissement-des-depenses-d-aide-sociale-des-departements-se-confirme-en

En 2017, les dépenses totales d'aide sociale des conseils départementaux, nettes des recouvrements, récupérations et remboursements, s'élèvent à 37,5 milliards d'euros, soit une légère hausse de 0,4 % en euros constants par rapport à 2016 et de 8,6 % depuis 2013. Parmi ces dépenses, 11,6 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses nettes d'allocations et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA). Celles-ci baissent de 1,4 % en euros constants par rapport à 2016, après une hausse de 5,3 % en moyenne par an entre 2013 et 2016. Elles représentent le premier poste des dépenses (31 %) d'aide sociale. L'aide sociale à l'enfance et celle aux personnes handicapées constituent l'une et l'autre 21 % des dépenses (7,7 milliards d'euros). Dans ces deux domaines, les dépenses croissent chacune modérément, de 1,4 % en euros constants en 2017. Les dépenses nettes d'aide sociale destinées aux personnes âgées en représentent 19 % (7,3 milliards d'euros) et sont également en hausse de 1,5 % entre 2016 et 2017.

Calvo, M. Et Leroy, C. (2019). « En 2017, le nombre d'allocataires de minima sociaux se stabilise, après avoir baissé en 2016. » Etudes Et Résultats (Drees) [1108] : 6.
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2017-le-nombre-d-allocataires-de-minima-sociaux-se-stabilise-apres-avoir

Fin 2017, 4,22 millions de personnes sont allocataires d'un minimum social. En tenant compte des conjoints et des enfants à charge, environ 7 millions de personnes, soit 11 % de la population, sont couvertes par les minima sociaux. Le nombre d'allocataires se stabilise en 2017 (+0,1 %), après une diminution de 1,3 % en 2016. Cette baisse, une première depuis 2008, poursuivait l'infléchissement observé en 2014 (+2,7 %) et 2015 (+1,9 %) par rapport à 2012 et 2013 (+4,5 % par an en moyenne).

Calvo, M. (2018). « En 2016, le nombre d'allocataires de minima sociaux diminue pour la première fois depuis 2008. « Etudes Et Résultats (Drees) [1072]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/en-2016-le-nombre-d-allocataires-de-minima-sociaux-diminue-pour-la-premiere

Fin 2016, 4,15 millions de personnes perçoivent un minimum social. Le nombre d'allocataires de minima sociaux diminue de 1,8 % en un an, hors allocation temporaire d'attente (ATA) et allocation pour demandeur d'asile (ADA). Cette baisse, une première depuis 2008, confirme la moindre hausse observée en 2014 et 2015 : le nombre d'allocataires avait augmenté de, respectivement, +2,7 % et +1,6 %, après deux années de hausse notable en 2012 et 2013 (+4,4 % et +4,7 %).

Diallo, C.-T. (2018). « Faible hausse des dépenses d'aide sociale départementale en 2016. » Etudes Et Résultats (Drees) [1049]

En 2016, les dépenses totales nettes d'aide sociale des conseils départementaux s'élèvent à 36,9 milliards d'euros, soit une hausse de 1,3 % en euros constants par rapport à 2015 et de 10,2 % depuis 2012. Parmi ces dépenses, 11,6 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses nettes d'allocations et d'insertion liées au revenu de solidarité active (RSA). Celles-ci augmentent de 2,5 % en euros constants par rapport à 2015 et de 24,8 % au cours des cinq dernières années. Elles représentent près d'un tiers des dépenses consacrées aux quatre principales catégories d'aide sociale. Les dépenses nettes d'aide sociale destinées aux personnes handicapées en représentent 22 % (7,5 milliards d'euros). Elles sont en hausse de 3,3 % entre 2015 et 2016. L'aide sociale à l'enfance et celle aux personnes âgées constituent respectivement 22 % et 21 % des dépenses. Dans ces deux secteurs, les dépenses croissent respectivement de 0,7 % et 1,8 % en euros constants en 2016.

Leroux, I. éd. Et Marquier, R. (2018). L'aide et l'action sociales en France : édition 2018, Paris : Drees
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2018

L'aide et l'action sociales en France représentent 10 % des dépenses de protection sociale et 3,2 % du produit intérieur brut. Elles sont principalement gérées par les départements. Fin 2016, ces derniers octroient 4,1 millions de prestations d'aide sociale, pour une dépense annuelle nette de 37 milliards d'euros, un montant qui a progressé de 2 % en un an et de 13 % en cinq ans. Sont définis et décrits le périmètre de l'aide et l'action sociales, le financement et le personnel dédié à l'aide sociale départementale. Puis, chaque type d'aide est analysé pour les personnes âgées, les personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et l'insertion. L'ouvrage expose les caractéristiques des bénéficiaires de l'aide sociale et la répartition des dépenses associées et

propose des rétrospectives et des mesures des disparités territoriales. Cette nouvelle édition s'enrichit d'une étude de l'action sociale des communes et des intercommunalités.

Edition 2017 : https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/l-aide-et-l-action-sociales-en-france-edition-2017

Abdouni, S. And N. Amrous (2017). « En 2016, les départements ont attribué 4,2 millions de prestations d'aide sociale. » Etudes Et Résultats (Drees) [1037]

Fin 2016, 4,2 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance ou au titre de l'insertion ont été attribuées par les départements. Celles-ci ont baissé de 1,3 % en raison de la diminution du nombre d'aides à l'insertion, parmi lesquelles, en premier lieu, le revenu de solidarité active (RSA). Le nombre d'aides aux personnes handicapées continue en revanche de progresser, tout comme les mesures d'aide sociale à l'enfance. Les aides consacrées aux personnes âgées progressent faiblement en 2016.

Barnouin, T., et al. (2017). « Prestations sociales : une croissance modérée en France et en Europe. » Etudes Et Résultats (Drees) [1012]

En France, depuis la crise de 2008, les prestations sociales progressent moins vite. En 2015, leur croissance est moindre que celle du PIB, dans un contexte de légère embellie économique. Le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie contient la progression des prestations santé, tandis que la réforme des retraites de 2010 ralentit la croissance des pensions. Les prestations du risque famille stagnent sous l'effet des récentes réformes de la politique familiale. Enfin, la dynamique des prestations du risque pauvreté, portée par le revenu de solidarité active, s'atténue en 2015 après la forte progression de 2014.

Calvo, M. (2017). « En 2015, le nombre d'allocataires des minima sociaux toujours en hausse mais de façon plus modérée. » Etudes Et Résultats (Drees) [1009]

Fin 2015,4,14 millions de personnes perçoivent un minimum social, en dehors de l'allocation temporaire d'attente (ATA) et de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA), soit une hausse de 1,6 % en un an. La moindre croissance du nombre d'allocataires observée en 2014 (+2,7 %), après deux années d'augmentation sensible en 2012 et 2013 (+4,5 % par an), se confirme donc.

Abdouni, S., Borderies, F. (2016). « Fin 2015, les départements ont attribué 4,3 millions de prestations d'aide sociale. » Etudes Et Résultats (Drees) [984]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/fin-2015-les-departements-ont-attribue-43-millions-de-prestations

Fin 2015, 4,3 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance ou au titre de l'insertion ont été attribuées par les départements. Celles-ci ont augmenté de 2 % en un an, en raison, notamment, de l'accroissement du nombre d'aides aux personnes handicapées (+4 % entre 2014 et 2015) et à l'insertion (+3 %). Les aides consacrées aux personnes âgées progressent de 0,5 % par rapport à 2014, soit une croissance plus faible que celle observée en moyenne entre 2010 et 2014. Il en va de même des mesures d'aide sociale à l'enfance (+0,7 % entre 2014 et 2015).

Amar, E. (2016). « Les dépenses d'aide sociale départementale en 2014 », Document de travail, Série Statistiques (Drees) [201]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-depenses-daide-sociale-departementale-en-2014

En 2014, les dépenses totales nettes d'aide sociale des conseils départementaux s'élèvent à 35,1 milliards d'euros. Près de 10,7 milliards d'euros sont consacrés aux dépenses nettes liées au revenu de solidarité active (RSA) socle et au RSA socle majoré, aux contrats uniques d'insertion, soit un tiers des dépenses consacrées aux quatre principales catégories d'aide sociale. Les aides à l'enfance et aux personnes âgées en constituent respectivement 23 % et 22 % : dans ces deux secteurs les dépenses sont quasi stables en 2014. Enfin 22 % concernent les dépenses nettes d'aide sociale destinée aux personnes handicapées. La dépense d'aide sociale rapportée au nombre d'habitants est hétérogène entre départements : elle s'étend de 360 à 1 100 euros par an et par habitant.

Aubert, P., et al. (2016). « Invalidité et minima sociaux : quels effets du passage de la retraite de 60 à 62 ans ? » Dossiers De La Drees (Les) [6]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/invalidite-et-minima-sociaux-quels-effets-du-passage-de-la

Près d'une personne sur trois n'est ni en emploi, ni à la retraite aux alentours des 60 ans, c'est-à-dire juste avant l'âge minimal de départ à la retraite de droit commun. La majorité d'entre elles est dans une situation de chômage ou d'invalidité : d'autres sont couvertes par un minimum social ou ne touchent aucun revenu personnel. Le recul de l'âge d'ouverture des droits à la retraite de 60 à 62 ans, instauré par la réforme des retraites de 2010, induit un décalage du départ à la retraite.

D'Isanto, A. And N. Remila (2016). « Entre revenu disponible et dépenses pré-engagées : combien reste-t-il aux bénéficiaires de revenus minima garantis ? » Dossiers De La Drees (Les) [11]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd11.pdf

Amar, E. (2015). « Dépenses d'aide sociale départementale en 2013. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (197)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/depenses-daide-sociale-departementale-en-2013

Les dépenses d'aide sociale occupent une place importante dans le budget des départements. En 2013, les dépenses brutes s'élèvent pour la France entière à 36,2 milliards d'euros (33,9 milliards de dépenses nettes) sur un budget global de fonctionnement, hors intérêts de la dette, de 58 milliards d'euros, représentant ainsi 62 % des dépenses de gestion courante (hors investissement).

Borderies, F. Et Trespeux, F. (2015). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2013. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (196)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-beneficiaires-de-laide-sociale-departementale-en-0

Ce document présente les résultats de l'enquête sur les bénéficiaires de prestations de l'aide sociale (aide sociale aux personnes âgées, aux personnes handicapées, à l'enfance, insertion) par départements en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, hors Mayotte. Fin 2013, en France métropolitaine, 3,8 millions de prestations ont été attribuées au titre de l'une de ces quatre formes d'aide : 1,4 million d'aides aux personnes âgées et 382 000 prestations au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées. 308 000 prestations ont été allouées au titre de l'aide sociale à l'enfance et près de 1,7 million d'allocataires ont bénéficié d'une aide au titre de l'insertion (RSA et contrats uniques d'insertion). Depuis 2009, les allocataires au titre de l'insertion sont plus nombreux que les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées (44 % contre 38 %). L'aide sociale à l'enfance et l'aide sociale aux personnes handicapées représentent chacune respectivement 8 % et 10 % des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

Marquier, R. (2015). « L'action sociale des collectivités locales envers les personnes âgées : une observation qualitative au-delà de l'aide sociale. » Dossier Solidarité Santé (Drees) [71]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/laction-sociale-des-collectivites-locales

L'action sociale des collectivités locales à destination des personnes âgées dépendantes ou en risque de dépendance couvre un large domaine qui s'étend de la prévention de la perte d'autonomie à l'accompagnement de la dépendance. Son champ d'action est vaste, des traditionnels repas des anciens aux aides au maintien à domicile et au soutien aux aidant. L'action sociale facultative en faveur des personnes âgées est structurée par l'attribution des aides légales, en premier lieu celle de l'allocation personnalisée d'autonomie. Elle intervient en complément ou pour répondre à des besoins sociaux non couverts. Elle met en jeu de nombreux acteurs et une organisation complexe des réseaux et partenariats. Elle est à la fois l'expression d'une politique spécifique des collectivités et une tentative de réponse aux besoins des habitants du territoire.

Amar, E. (2014). « Dépenses d'aide sociale départementale en 2012. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (192)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/depenses-daide-sociale-departementale-en-2012

Borderies, F. Et Trespeux, F. (2014). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2012. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (187)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-beneficiaires-de-laide-sociale-departementale-en-1

Fin 2012, en France métropolitaine, 3,6 millions de prestations ont été attribuées au titre de l'une de ces 4 formes d'aide : près de 1,4 million d'aides ont bénéficié aux personnes âgées et 369 500 prestations ont été attribuées au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées. 303 400 prestations ont été allouées au titre de l'aide sociale à l'enfance et 1 555 500 d'allocataires ont bénéficié d'une aide au titre de l'insertion (RSA et contrats uniques d'insertion). Depuis 2009, les allocataires au titre de l'insertion sont plus nombreux que les bénéficiaires de l'aide sociale aux personnes âgées et constituent 43 % des prestations d'aide sociale départementale contre 38 % des bénéficiaires de l'aide sociale départementale aux personnes âgées. L'aide sociale à l'enfance

et l'aide sociale aux personnes handicapées représentent chacune respectivement 9 % et 10 % des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

7.32 Dépendance et handicap

Le Caignec, E. (2024). "L'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées - Perte d'autonomie et handicap Édition 2024". Paris, Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241009_Panorama_aide-sociale

En s'appuyant principalement sur les résultats de l'enquête annuelle Aide sociale de la DREES menée auprès des départements, cet ouvrage s'intéresse aux tendances nationales récentes et au cours des vingt dernières années, concernant à la fois les bénéficiaires et les dépenses associées. Les disparités départementales en matière d'aide sociale aux personnes âgées et handicapées sont également présentées. Cet ouvrage décrit en outre les ressources des bénéficiaires de ces aides, leur lieu de résidence et leurs conditions de vie, en utilisant de nombreuses sources statistiques. Enfin, il présente des éléments sur les établissements accueillant ces personnes âgées ou handicapées, en mobilisant les enquêtes quadriennales que la DREES mène auprès de ces structures.

France Stratégie (2022). "Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?" Note D'analyse (La)(11)
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-na_111-protection_sociale_et_vieillissement-juillet.pdf

Le vieillissement de la population française va se poursuivre durant au moins deux décennies. Avec quel impact sur les finances sociales ? Cette étude utilise ici une méthode originale reposant sur les comptes de transferts nationaux et les projections démographiques de l'Insee pour évaluer les dépenses et recettes de protection sociale aujourd'hui si la structure par âge de la population était celle de la France du futur, celle de la France du passé et enfin celle de pays voisins aujourd'hui ou demain.

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (2022). "Les prestations pour les jeunes en situation de handicap". In : [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023], Paris : CCSS : 126-131
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) compense les dépenses ou les pertes de revenus supportées par des parents liées à l'accompagnement de 410 000 enfants en situation de handicap. La prestation de compensation du handicap (PCH), accessible aux moins de 20 ans et cumulable sous conditions avec l'AEEH, concerne quant à elle près de 25 000 enfants. Toutes deux représentent 1,3 Md€ de dépenses pour la branche autonomie en 2021. Les dépenses sont très dynamiques depuis une dizaine d'années, portées par la hausse des bénéficiaires. Celle-ci s'explique notamment par une meilleure détection du handicap, par exemple des troubles de

l'attention ou de l'apprentissage. Les familles de bénéficiaires de l'AEEH se caractérisent par davantage de situations de monoparentalité qu'en population générale – un tiers sont dans ce cas – et un niveau de vie plus faible : trois quarts des familles ont ainsi un revenu inférieur au revenu médian.

Baradji, E. (2021). "Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés." Etudes Et Résultats (Drees)(1203)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/minima-sociaux-des-conditions-de-vie-plus-degradees-pour-les

Fin 2018, 28 % des bénéficiaires de minima sociaux, hors ceux résidant dans des structures spécialisées, sont considérés comme handicapés au sens de l'indicateur GALI (Global Activity Limitation Indicator), contre 9 % dans la population générale. Les bénéficiaires de minima sociaux handicapés perçoivent le plus souvent l'allocation aux adultes handicapés (47 %), mais 15 % d'entre eux perçoivent le minimum vieillesse, 32 % sont bénéficiaires du revenu de solidarité active et 8 % de l'allocation solidarité spécifique. Ils ont en moyenne des conditions de vie dégradées par rapport aux personnes handicapées dans la population générale et par rapport aux bénéficiaires de minima sociaux qui ne sont pas en situation de handicap. Ils sont plus nombreux à être exposés à la pauvreté en conditions de vie, le plus souvent à des restrictions de consommation. Leur état de santé est moins bon et leurs relations sociales moins intenses.

Baradji, E. et Dauphin, L. (2021). "Prestation de compensation du handicap : une majorité des paiements financent un aidant familial." Etudes Et Résultats (Drees)(1182)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER1182.pdf

En décembre 2015, 183 000 personnes ont reçu une aide financière au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), d'après la base RI-PCH de la DREES. Ces bénéficiaires « payés » en décembre 2015 représentent près de 70 % des 271 000 personnes ayant un droit ouvert à la PCH en France à cette date. Si la PCH couvre plusieurs types de volet, la prestation est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine : c'est le cas pour neuf bénéficiaires payés sur dix, soit 92 % des montants versés. Le recours à un aidant familial est majoritaire, en particulier pour les plus jeunes. Les bénéficiaires âgés de 50 ans ou plus ont, quant à eux, relativement plus souvent recours à un prestataire. En moyenne, 690 euros d'aide humaine par bénéficiaire ayant reçu un paiement à ce titre ont été versés pour le mois de décembre 2015. Si près de la moitié des dépenses de PCH sont consacrées aux personnes de 50 ans ou plus, les bénéficiaires les plus jeunes se distinguent par des montants perçus en moyenne plus élevés, aussi bien pour l'aide humaine que pour l'aménagement du véhicule et du logement et les aides techniques, ainsi que par un cumul plus fréquent des différentes formes d'aide.

France Stratégie (2021). "Protection sociale : qui paie le coût du vieillissement de la population ?". Paris France Stratégie.
https://www.strategie.gouv.fr/publications/protection-sociale-paie-cout-vieillissement-de-population

Entre 1979 et 2019, la part des plus de 60 ans dans la population est passée de 17 % à 26 %. Ce vieillissement a alimenté la hausse des dépenses de protection sociale, qui ont progressé sur la même période de 25 % à 31 % du PIB. De fait, les dépenses de santé et de retraites, qui

bénéficient largement aux plus de 60 ans, représentent aujourd'hui les trois quarts des dépenses de protection sociale. Pour autant, depuis une décennie, la part des dépenses de protection sociale dans le PIB s'est stabilisée, alors que le vieillissement de la population se poursuivait. Comment cette stabilisation a-t-elle été réalisée, et donc, qui paie le coût du vieillissement de la population ? Pour répondre à cette question, on mobilise ici les comptes de transferts nationaux (CTN) qui proposent des profils par âge de consommation, de revenu, de transferts publics et privés, reçus et versés. Ces comptes permettent de décomposer l'évolution des dépenses dont bénéficie un groupe d'âge en un facteur démographique, lié au poids de ce groupe dans la population, et un facteur « politique », lié au choix du niveau moyen de dépense par tête à âge donné. Plusieurs enseignements se dégagent. Tout d'abord, les plus de 60 ans reçoivent, collectivement, une part croissante des dépenses de protection sociale. Mais depuis une dizaine d'années, cette part augmente moins vite que la part des plus de 60 ans dans la population. Autrement dit, le montant des prestations de protection sociale reçues en moyenne par une personne de plus de 60 ans augmente moins vite que le PIB par habitant. Cela s'explique principalement par la montée en puissance des réformes successives du système de retraite. Ensuite, la diversification des ressources de la protection sociale s'est traduite par une mise à contribution plus forte des plus âgés : poids croissant, dans les ressources de la protection sociale, de la contribution sociale généralisée (CSG) et des impôts et taxes affectés, qui reposent sur une assiette large, et diminution du poids des cotisations sociales, qui ne reposent que sur le travail. Au total, si les plus de 60 ans restent bénéficiaires nets de la protection sociale, les transferts qu'ils reçoivent en moyenne individuellement, nets de leurs contributions à son financement, ont diminué significativement au cours de la dernière décennie. Cela a permis en retour de limiter pour les actifs la hausse des coûts associés au vieillissement de la population.

Abdouni, S. (2019). « Aide sociale aux personnes âgées ou handicapées : les départements ont attribué 2 millions de prestations fin 2018. » Etudes Et Résultats (1129)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aide-sociale-aux-personnes-agees-ou-handicapees-les-departements

D'après l'enquête Aide sociale menée chaque année par la DREES, les départements ont délivré, fin 2018, 2,01 millions de prestations d'aide sociale à des personnes âgées ou handicapées, en France métropolitaine et dans les DROM, soit une augmentation de 1,4 % en un an. Les personnes âgées ont bénéficié, fin 2018, de 1,47 million d'aides sociales départementales, un chiffre en hausse de 1 % par rapport à 2017. Ces prestations comprennent 54 % d'aides à domicile et 46 % d'aides à l'accueil. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente 90 % de l'ensemble des aides aux personnes âgées : 777 600 bénéficiaires à domicile et 548 000 en établissement. Fin 2018, 124 100 personnes âgées perçoivent l'aide sociale à l'hébergement (ASH), soit 8 % des aides aux personnes âgées. Le nombre d'aides sociales départementales allouées aux personnes handicapées s'établit à 545 800, dont 70 % d'aides à domicile et 30 % d'aides à l'accueil. Ce nombre augmente de 2,7 % entre 2017 et 2018, principalement en raison de la hausse de la prestation de compensation du handicap (PCH), accordée à 314 800 personnes au 31 décembre 2018 et représentant 58 % des aides aux personnes handicapées.

Abdouni, S. (2018). « Fin 2017, les départements ont attribué 2 millions de prestations d'aide sociale aux personnes âgées ou handicapées. » Etudes Et Résultats (Drees) [1091]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/fin-2017-les-departements-ont-attribue-2-millions-de-prestations-d-aide-sociale

D'après l'enquête Aide sociale menée par la DREES, les départements ont délivré, fin 2017, 1,96 million de prestations d'aide sociale à des personnes âgées ou handicapées, en France métropolitaine et dans les DROM, soit une augmentation de 0,5 % en un an. Les aides sociales départementales accordées aux personnes âgées atteignent 1,4 million en 2017 et sont en hausse de 0,5 % par rapport à 2016. Ces aides se répartissent entre 55 % d'aides à domicile et 45 % d'aides à l'accueil. L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) représente 90 % de l'ensemble des aides aux personnes âgées. 8 % des aides sont consacrées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH). Fin 2017, 121 200 personnes âgées en bénéficient (118 800 bénéficiaires de l'ASH en établissement et 2 400 en accueil familial). Le nombre d'aides sociales départementales allouées aux personnes handicapées s'établit à 521 500, dont 70 % d'aides à domicile et 30 % d'aides à l'accueil. L'augmentation de 0,6 % du nombre d'aides entre 2016 et 2017 est moins marquée que celle des années précédentes. La prestation de compensation du handicap (PCH) est accordée à 290 400 personnes fin 2017 et représente 56 % des aides aux personnes handicapées.

Boneschi, S. Et Zakri, M. (2018). « La durée de perception de l'allocation personnalisée d'autonomie. Des profils de bénéficiaires très différents. » Dossiers De La Drees (Les) [29]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-de-perception-de-lallocation-personnalisee-dautonomie-est

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de financer des dépenses liées à leur prise en charge à domicile ou en établissement. Huit cas de fermeture des droits sur dix interviennent au décès de la personne âgée. La durée moyenne de perception de l'APA est de trois ans et sept mois mais varie beaucoup selon le profil du bénéficiaire : âge, degré de perte d'autonomie, lieu de prise en charge, etc. Les durées de perception les plus longues concernent généralement des femmes prises en charge en établissement et dont la perte d'autonomie s'est aggravée au cours du temps. Les durées les plus courtes concernent souvent des hommes pris en charge au domicile et déjà très dépendants au moment de l'ouverture des droits.

Barnouin, T. Et Darcillon, T. (2017). « Les dépenses en faveur des personnes handicapées ont progressé de 13,5 milliards d'euros de 2005 à 2014. » Etudes Et Résultats (Drees) [999]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-depenses-en-faveur-des-personnes-handicapees-ont-progresse-de

L'effort social consenti en faveur des personnes handicapées s'élève à 46,6 milliards d'euros en 2014, soit 2,2 % du produit intérieur brut (PIB). Cet effort passe avant tout par le système de protection sociale : les différentes prestations sociales versées au titre du handicap représentent 42,7 milliards d'euros en 2014. Les avantages fiscaux et sociaux en sus s'élèvent, quant à eux, à 3,4 milliards d'euros en 2014. Cette hausse a été notamment portée par la montée en charge de la prestation de compensation du handicap, la réforme des prestations en faveur des enfants handicapés et la revalorisation de l'allocation adulte handicapé.

Couvert, N. (2017). « Allocation personnalisée d'autonomie : les aides apportées aux personnes âgées. » Etudes Et Résultats (Drees) [1033]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/allocation-personnalisee-dautonomie-les-aides-apportees-aux

Fin 2011, les plans notifiés par les départements aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) prévoient quasi systématiquement le recours à l'aide humaine. Trois quarts de ces plans prévoient le recours exclusif à des services prestataires. Près de quatre plans sur dix incluent également des aides techniques ou ponctuelles (téléalarme, fournitures d'hygiène).

Levieil, A. Et Dauphin, L. (2017). « Le nombre des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés a doublé depuis 1990. » Etudes Et Résultats (1087)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-nombre-des-beneficiaires-de-l-allocation-aux-adultes-handicapes-a-double

Fin décembre 2017, 1,13 million de personnes perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dont 55,6 % l'AAH1 (taux d'incapacité supérieur ou égal à 80 %) et 44,4 % l'AAH2 (taux d'incapacité entre 50 % et 79 %). 52 % des allocataires de l'AAH1 sont des hommes, dont l'âge médian est de 48 ans. Les femmes allocataires de l'AAH1 sont légèrement plus âgées, leur âge médian étant de 51 ans.

Levieil, A. (2017). « Le niveau de vie des personnes handicapées : des différences marquées selon les limitations. » Etudes Et Résultats (1003)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-niveau-de-vie-des-personnes-handicapees-des-differences-marquees-selon-les

En 2010, le niveau de vie annuel médian des personnes handicapées âgées de 15 à 64 ans s'élève à 18 500 euros, soit 2 000 euros de moins que celui des personnes sans handicap. Cet écart s'avère d'autant plus important que la limitation est sévère. Le niveau de vie médian des personnes ayant une limitation sévère est de 16 800 euros. Présenter une limitation mentale, visuelle ou cumuler plusieurs types de limitations augmente le risque d'avoir un faible niveau de vie et de vivre sous le seuil de pauvreté, tandis que présenter une limitation motrice légère, psychique légère ou auditive semble moins affecter le niveau de vie.

Marquier, R. (2016). « Dix ans d'aide sociale départementale aux personnes handicapées : 2004-2013. » Dossiers De La Drees (Les) [2]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/dix-ans-daide-sociale-departementale-aux-personnes

Entre 2004 et 2013, le nombre de mesures d'aide sociale départementale aux personnes handicapées a augmenté de 80 %. Les dépenses afférentes ont, elles, augmenté de 60 % en euros constants. Ces augmentations sont dues à l'introduction de la prestation de compensation du handicap (PCH) en 2006, qui se substitue progressivement à l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP), et au fait que les dépenses d'accueil en établissement restent très dynamiques. Les disparités entre les départements sont fortes.

Ramos-Gorand, M. (2016). « Le non-recours à l'APA à domicile vu par les professionnels de terrain : entre contraintes et expression du choix des personnes âgées. » Dossiers De La Drees (Les) [10]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/le-non-recours-lapa-domicile-vu-par-les-professionnels-de

Le non-recours à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, qui est difficile à mesurer, fait ici l'objet d'une analyse qualitative. Il recouvre des situations très diverses. Pour mieux comprendre les raisons du non-recours, des professionnels de terrain ont été interrogés : équipes médico-sociales d'évaluation de l'APA, représentants des centres communaux d'action sociale (CCAS), de centres d'information et de coordination gérontologique (CLIC) et d'unités territoriales d'intervention des départements. Le non-recours peut d'abord être lié à une méconnaissance partielle ou totale du dispositif. Les conseils départementaux, chargés de diffuser les informations, ont ainsi un rôle essentiel à jouer.

Tenand, M. (2016). « La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités : quels effets sur les aides reçues à domicile par les populations handicapées et dépendantes ? » Revue Française Des Affaires Sociales (4) : 129-155.

En France, près de 12 % de la population adulte éprouve des difficultés à réaliser au moins une activité de la vie courante, que ces difficultés soient dues à un accident, à des malformations, à des problèmes de santé ou encore au vieillissement physiologique. Il existe des prestations qui visent à compenser ces difficultés au quotidien, soit en finançant une partie du coût d'un hébergement dans une institution spécialisée, soit en facilitant la poursuite d'une résidence en logement ordinaire. Dans ce second cas, les prestations visent à couvrir une partie du coût induit par le recours à des aides à la vie quotidienne, techniques ou humaines. Bien que les organisations institutionnelles et les modalités en soient variables, on trouve des dispositifs de ce type dans l'ensemble des pays développés (Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE, 2011). Les dispositifs français se distinguent toutefois de leurs voisins européens par une particularité notable, qu'on retrouve seulement en Grèce et au Royaume-Uni : depuis la fin des années 1990, les modalités de financement d'aides à domicile par les pouvoirs publics dépendent de l'âge des individus. Une personne de moins de 60 ans ayant des difficultés à accomplir seule des actes de la vie quotidienne sera considérée comme « handicapée », tandis qu'elle sera classée comme « dépendante » si ses incapacités sont reconnues après ce seuil des 60 ans.

Berardier, M. (2015). « Aide sociale à l'hébergement et allocation personnalisée d'autonomie en 2011 : profil des bénéficiaires en établissement. » Etudes Et Résultats (Drees) [909]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aide-sociale-lhebergement-et-allocation-personnalisee-dautonomie

Fin 2011,502 000 personnes de 60 ans ou plus et vivant en établissement d'hébergement permanent perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou l'aide sociale à l'hébergement (ASH) en France métropolitaine. L'APA prend partiellement en charge le tarif dépendance et l'ASH, tout ou partie du tarif hébergement. 90 000 personnes cumulent APA et ASH. Les bénéficiaires de l'ASH, dont l'ouverture des droits est soumise à des conditions de ressources contrairement à l'APA, sont moins nombreux que les bénéficiaires de l'APA en établissement. Moins dépendants et plus souvent seuls, ils n'ont pas les ressources nécessaires pour se maintenir à domicile. La moitié des personnes seules bénéficiaires de l'ASH ont moins de

900 euros mensuels. La majorité des bénéficiaires de l'APA (90 %) s'acquittent uniquement du tarif du groupe iso-ressources (GIR) 5-6. Un bénéficiaire de l'ASH sur deux reçoit du conseil général des versements mensuels supérieurs à 860 euros.

7.33 Protection complémentaire (mutuelle, prévoyance, cmu/cmuc…)

(2025). "La complémentaire santé solidaire : Rapport annuel 2024". Paris, Ministère chargé de la Santé
https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/actualites/rapports/publication-du-rapport-annuel-de-la-c2s-2024
https://solidarites.gouv.fr/avis-cnle-sur-le-rapport-annuel-de-la-complementaire-sante-solidaire-c2s-2023

Le rapport annuel permet un suivi détaillé de la mise en œuvre de la C2S et vise à éclairer les parlementaires sur l'action du gouvernement et les éventuelles réformes à mener pour améliorer le dispositif. Il est toujours accompagné d'un avis du CNLE comportant de nombreuses préconisations en lien avec la C2S et avec les politiques d'accès aux soins des populations en situation de précarité de manière générale. La préparation de la rédaction de cet avis est également l'occasion pour le gouvernement d'échanger avec des personnes concernées et des usagers, qui constituent le 5e collège du CNLE.

(2024). "Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. : Malgré une forte hausse des cotisations, les organismes complémentaires sont globalement en déficit sur leur activité santé en 2023". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/241218_RAPPORT_hausse-des-cotisations

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie le rapport annuel à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Ce rapport analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Il analyse également leur solvabilité financière globale ainsi que leur démographie.

CarrÈre-gÉe, M.-M. et Lacovelli, X. (2024). "Rapport d'information sur les complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français". Paris, Sénat
https://www.senat.fr/notice-rapport/2023/r23-770-notice.html

Cette mission s'est intéressée aux périmètres respectifs des assurances maladie obligatoire et complémentaire, aux frais de gestion des complémentaires santé, à la gouvernance des relations entre AMO et AMC ou à l'information des assurés sur leurs contrats de complémentaire santé. Au terme d'une quarantaine d'auditions, elle présente 22 recommandations pour mieux protéger les assurés, et plus particulièrement les seniors, en limitant la hausse des cotisations des complémentaires santé, en améliorant le recours aux droits et en allant plus loin en matière de transparence, et pour mieux articuler AMO et AMC.

Lapinte, A., Pollak, C., Pierre, A., et al. (2024). "La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) réédite son Panorama La complémentaire santé, cinq ans après la précédente édition. Cet ouvrage décrit les évolutions récentes de la couverture complémentaire de la population, de l'activité des organismes complémentaires, ainsi que des garanties proposées par les contrats. Cette nouvelle édition s'enrichit d'un bilan de deux réformes déployées depuis 2019 : celle du « 100 % santé » proposant un panier de biens en optique, prothèses auditives et dentaires sans reste à charge et celle de la complémentaire santé solidaire (CSS).

(2023). "Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé". Paris, Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/RapportOC2023_0.pdf

Ce rapport annuel de la DREES, à destination du Parlement fait le point sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Il analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Il analyse également leur solvabilité financière globale ainsi que leur démographie.

(2023). "Rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire". Paris, Ministère chargé de la Santé
https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport%20annuel%20de%20la%20compl%C3%A9mentaire%20sant%C3%A9%20solidaire%20-%202022.pdf

Le présent rapport vise à présenter l'ensemble des évolutions de la complémentaire santé solidaire qui ont eu lieu en 2021 et 2022, s'agissant des effectifs de bénéficiaires ainsi que de la gestion et de la mise en oeuvre opérationnelle du dispositif par les organismes de sécurité sociale et les organismes complémentaires.

Guilloton, V. (2023). En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé. Etudes Et Résultats (Drees)(1260)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/en-2019-huit-beneficiaires-dun-contrat-de

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une étude sur les garanties dont disposaient les personnes ayant souscrit un contrat de complémentaire santé en optique, dentaire et audiologie en 2019, avant la mise en place de la réforme du 100 % santé, à partir des données de l'enquête Organismes Complémentaires 2019. Pour chacun de ces trois postes de soin, le niveau de couverture est comparé à celui imposé

ensuite par la réforme. Ces résultats sont mis en regard des premiers chiffres disponibles sur le recours au 100 % santé.

Le Rolland, L., Mendras, P. et Roy, D. (2023). "Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres." Dossiers de la Drees (les)(109)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-05/DD109.pdf

Le Défenseur des droits et le ministère de la santé et de la prévention, représenté par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) et la Direction de la sécurité sociale (DSS) rendent publics les résultats d'une étude réalisée par l'Institut des politiques publiques sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME), dans trois spécialités médicales : médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie. Cette étude s'appuie sur un testing téléphonique réalisé entre mars et septembre 2022 auprès de plus de 3 000 praticiens. Elle fait suite à un premier testing réalisé en 2019 sur les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) à l'initiative du Fonds CMU et du Défenseur des droits, et s'inscrit dans le cadre des missions de suivi, d'analyse et d'évaluation de la complémentaire santé solidaire (mise en place en 2019) confiées à la DREES et à la DSS.

Cabannes, P. Y. (2022). "Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé." Etudes Et Résultats (Drees)(1232)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-06/er1232.pdf

Cette étude est consacrée à la part des bénéficiaires de minima sociaux n'ayant pas de complémentaire santé. Elle est issue des données de l'enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux (BMS) réalisée fin 2018 - début 2019. Elle observe l'accès des personnes bénéficiaires de revenus minima garantis (minima sociaux et prime d'activité) aux différents types de couverture complémentaire, notamment la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et les contrats ACS, et les compare aussi à l'ensemble de la population. Cette étude présente aussi des données sur le renoncement aux soins des bénéficiaires des minima sociaux, qu'il s'agisse des consultations chez le médecin ou des soins dentaires.

Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (2022). "La complémentaire santé solidaire". In : [Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023], Paris : CCSS : 112-117
https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/rapports-de-la-commission

Pour limiter les barrières financières à l'accès aux soins, des dispositifs de complémentaires santé gratuites ou à tarifs modérés ont été mis en place. Depuis 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) assurait les remboursements du ticket modérateur pour les soins de ville et l'hôpital pour les personnes avec de faibles ressources. Pour les personnes dont les revenus étaient légèrement supérieurs au plafond à ne pas dépasser pour bénéficier de la CMU-C, l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été créée en 2004. En 2019, ces deux

dispositifs ont été remplacés et fusionnés en un seul : la Complémentaire santé solidaire (C2S). La présente fiche détaille les évolutions ainsi que les caractéristiques des populations couvertes par la C2S, et présente ses modalités de financement.

Benoît, C. (2021). "L'européanisation de l'assurance maladie complémentaire vue de France : plus d'Europe, plus de marché et… plus d'État." Informations sociales **203-204**(2): 110-117. https://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2021-2-page-110.htm

Le marché du risque santé en France connaît depuis une trentaine d'années un vaste mouvement d'européanisation. Dans les années 1990, une première série de directives remanie les relations entre les acteurs (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance). En 2016, l'entrée en vigueur de la directive Solvabilité II s'accompagne de nouvelles exigences réglementaires. Pourtant, et pendant la même période, une série de mesures adoptées à l'échelon national a renforcé la présence de l'État dans ses activités. Il en ressort une situation paradoxale : d'un côté, les principaux assureurs santé en France sont certainement plus européanisés qu'auparavant mais, d'un autre côté, les politiques nationales pèsent de façon croissante sur leurs activités.

De Williencourt, C. (2022). "Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé". Paris Drees. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/rapport_oc_2021.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie le rapport annuel à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Ce rapport analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Il analyse également leur solvabilité financière globale ainsi que leur démographie.

Fouquet, M. et Pollak, C. (2022). "Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie". Dossiers de la Drees ; 101 Paris Drees https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD101.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publie une nouvelle étude sur l'impact des assurances complémentaires santé sur la réduction des inégalités, ainsi que sur la distribution des aides socio-fiscales à la souscription d'une complémentaire parmi la population. En France, la quasi-totalité de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire, en partie grâce à des dispositifs d'aides publiques s'adressant aux personnes modestes et aux personnes en emploi. Ces résultats inédits sont issus du modèle de micro-simulation Ines-Omar.

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (2022). "La place de la complémentaire santé et prévoyance en France". Paris HCAAM. https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/document_travail_hcaam_-_complementaire_sante_et_prevoyance_-_janvier_2021.pdf

Ce rapport et le document de travail qui l'accompagne fournissent un état des lieux de la couverture des risques santé et prévoyance en France, et présentent quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, ainsi que des propositions de développement de la couverture prévoyance

Von Lennep, F. (2021). "Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire : édition 2021". Paris Ministère chargé de la santé.
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2022/Rapport%20de%20la%20compl%c3%a9mentaire%20sant%c3%a9%20solidaire%20-%202021.pdf

Selon l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale, dans sa version modifiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, « […], le ministre chargé de la sécurité sociale établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la protection complémentaire, l'évolution du montant des participations versées par les bénéficiaires [de la complémentaire santé solidaire avec participation financière] ainsi que l'évolution du montant des cotisations de taxe de solidarité additionnelle, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de santé versées par ces organismes et du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité". Il est remis au Parlement avant le 31 décembre. Ce rapport 2021 rend compte d'une information claire, précise et transparente sur la complémentaire santé solidaire, sa gestion ainsi que sa mise en œuvre. Il est aussi bien destiné au Grand public en raison de plusieurs parties à destinée pédagogique qu'à des acteurs et institutions spécialisés dans le domaine de l'accès aux soins.

Perronnin, M. et Raynaud, D. (2020). "La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017." Questions d'Economie de la santé (IRDES)(251)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/251-la-couverture-complementaire-collective-des-modalites-de-mise-en-oeuvre-variables-selon-les-entreprises.pdf

Depuis le 1er janvier 2016, les employeurs de droit privé doivent offrir une complémentaire santé à leurs salariés. Selon les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, désormais, la quasi-totalité des salariés travaillent dans une entreprise offrant une complémentaire santé. Les modalités de cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont strictement encadrées par la loi. Les employeurs doivent financer au moins la moitié de la prime et offrir des garanties supérieures ou égales à un contrat « socle », tout en respectant les contraintes des contrats « responsables » imposant aussi certains plafonds de garanties. Cette étude montre que les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé d'entreprise, dans le respect de l'encadrement prévu par la loi, sont néanmoins assez variables. Les niveaux de garanties et la participation de l'employeur dépendent notamment du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise et de sa structure de qualification. Plus le salaire moyen est élevé et la part des salariés de statut cadre dans l'entreprise est importante, plus les garanties offertes sont généreuses et la participation de l'employeur élevée. Les grandes entreprises offrent généralement les conditions les plus avantageuses, mais aussi des possibilités plus fréquentes de compléter le contrat de base par la souscription d'options ou de surcomplémentaires. Enfin, les entreprises qui offraient déjà une

couverture complémentaire avant que cela ne devienne obligatoire offrent de meilleures garanties et participent plus au paiement de la prime que les entreprises qui ont été contraintes par la loi d'en offrir une. Généralement, ces dernières limitent leur participation financière au minimum prévu par la loi.

Loiseau, R. (2020). « Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. » Etudes Et Résultats (1142)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1142.pdf

Depuis le 1er novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (CSS) remplace par un contrat unique les deux anciens dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). L'instauration de la CSS poursuit les mêmes objectifs que l'ACS. Elle vise à réduire les dépenses de santé en offrant un panier de soins sans reste à charge à tarif modéré. Sa mise en place est l'occasion d'un bilan des réformes successives de l'ACS. En 2018, 1,24 million de personnes sont couvertes par un contrat ACS et bénéficient d'un niveau théorique de prise en charge comparable en moyenne à celui des autres contrats individuels des complémentaires santé. Alors qu'en 2013, les contrats ACS faisaient partie des moins couvrants du marché, plusieurs changements de réglementation ont permis d'améliorer le recours au dispositif, l'accessibilité financière aux soins et le niveau de qualité de la couverture. Ainsi en 2018, le contrat ACS le plus couvrant, choisi par 4 bénéficiaires de l'ACS sur 10, donne accès à un niveau de prise en charge supérieur à celui dont disposent 90 % de l'ensemble des personnes couvertes en individuel. Cependant, le taux de recours au dispositif reste nettement plus faible que celui à la CMU-C. De plus, les restes à charge demeurent élevés sur des postes de soins tels que l'optique, les soins prothétiques dentaires et les audioprothèses. En simplifiant le dispositif par un contrat unique, dont le panier de soins accessible sans reste à charge est élargi, la CSS vise précisément à corriger ces défauts.

Adjerad, R., Perronnin, M., Pollak, C., et al. (2019). La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019, Paris : Drees
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2019

Cette deuxième édition de La complémentaire santé actualise les résultats de l'édition 2016 et décrit le champ d'intervention de la complémentaire santé, ses acteurs, et la couverture de la population française. Les effets de récentes réformes visant à améliorer l'accès à la complémentaire et à encadrer les garanties sont mis en lumière. Cette nouvelle édition s'enrichit notamment d'un bilan de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé à partir du 1er janvier 2016. Celui-ci est établi à partir de données inédites recueillies par l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée par la Drees et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) en 2017, et des données administratives collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Cette édition apporte également de nouveaux éclairages sur le développement des réseaux de soins et des surcomplémentaires et utilise une nouvelle méthode de classement des contrats s'appuyant sur les montants de remboursement d'un panier de soins pour un bénéficiaire moyen. De nombreuses données administratives ou d'enquêtes sont mobilisées. Elles sont collectées auprès des organismes complémentaires, des

ménages ou encore des entreprises et de leurs salariés : celles sur les consommations de soins proviennent du Système national des données de santé (SNDS).

Adjerad, R. (2019). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - Rapport 2019. Paris Drees
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_0c_2019.pdf

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 modifiant l'article L.862-7 du Code de la Sécurité sociale), le Gouvernement a été chargé d'établir, chaque année, à destination du Parlement et de rendre public un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé qui ont acquitté la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) auprès du Fonds CMU. Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2018 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par le Fonds CMU. Ce rapport se concentre en particulier sur l'activité santé (« frais de soins ») des organismes d'assurances. Ce rapport comprend six chapitres. Le premier présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivants analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, le dernier chapitre analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

Montaut, A. Et Adjerad, R. (2019). « Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social. » Etudes Et Résultats (Drees) [1101]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/premiere-estimation-du-nombre-de-personnes-couvertes-par-les-organismes-prives

En 2016, les organismes complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, ont perçu 70 milliards d'euros de cotisations au titre des risques sociaux. Ils ont versé 51 milliards d'euros de prestations à ce titre, ce qui représente plus d'un quart de leurs activités. Huit organismes sur dix gèrent des contrats couvrant des risques sociaux. Si les masses de cotisations perçues et de prestations versées sont bien connues, le nombre de personnes couvertes et servies par type de risques l'est beaucoup moins, notamment pour des risques dont la couverture est plus récente comme la dépendance. La DREES en propose pour la première fois une estimation. Celle-ci met en évidence l'ampleur du phénomène de multicouverture pour certains risques, aboutissant à des estimations assez larges. Ainsi, en 2016, entre 23 et 30 millions de personnes seraient couvertes en cas d'invalidité pour 0,3 à 0,4 million de bénéficiaires servis. Pour d'autres risques, la multicouverture est a priori plus rare, comme les risques retraite, décès par capitalisation ou dépendance. 10,4 millions de personnes seraient couvertes pour la retraite supplémentaire pour 2,2 millions de bénéficiaires servis. 4,8 millions de personnes seraient couvertes à titre principal contre le risque de dépendance.

Montaut, A. (2018). « Complémentaire santé : un organisme d'assurances sur quatre gère exclusivement des contrats individuels en 2015. » Etudes Et Résultats (Drees) [1064]

https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise-a-peu-fait-evoluer-le

Depuis le 1er janvier 2016, la généralisation de la complémentaire santé oblige les entreprises du secteur privé à fournir à leurs salariés une couverture collective. Les contrats collectifs représentent 46 % des cotisations collectées en 2016 contre 44 % en 2015. Cette hausse, bien que la plus forte de ces dernières années, n'est pas le signe d'une transformation importante du marché. Entre 2015 et 2016, le marché des contrats collectifs s'est accru de 912 millions d'euros hors taxes, soit une hausse de 5,8 %. Par ailleurs, les gains réalisés ont été très concentrés puisque, à eux seuls, 9 organismes ont aussi vu leurs cotisations en collectif progresser de 900 millions. Des trois catégories d'organismes complémentaires en santé (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance), les assureurs sont ceux dont les parts de marché ont le plus augmenté. Enfin, les nouveaux acteurs sur ce marché ont été peu nombreux : seuls 17 organismes ont commencé à développer une activité d'assurance santé collective en 2016.

Montaut, A. (2018). « Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé ? » Etudes Et Résultats (Drees) [1047]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/tarifs-et-prestations-que-revele-le-nom-des-organismes-de-complementaire-sante

Les noms des organismes de complémentaire santé transmettent de nombreuses informations. Ils indiquent le statut juridique des organismes par les termes « mutuelle « (cité dans 78 % d'entre eux en 2015), « assurance « (16 %) et « prévoyance « (12 %). Ces noms précisent aussi les marchés sur lesquels les organismes exercent : 41 % d'entre eux déclarent en effet être spécialisés pour une profession ou une entreprise et 35 % sur une zone géographique. Enfin, 18 % des organismes, plutôt non spécialisés, mettent en avant une valeur (cohésion, sécurité, famille, etc.) afin d'affirmer leur identité et de se démarquer de la concurrence.

Leduc, A. And A. Montaut (2017). « Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés. » Etudes Et Résultats (Drees) [992] : 6.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaire-sante-les-charges-reduites-des-organismes

En 2013,54 % des personnes sont couvertes par un contrat de complémentaire santé souscrit auprès d'un organisme spécialisé, c'est-à-dire créé pour des populations ciblées (fonctionnaires d'une administration, salariés ou retraités d'une entreprise ou d'une branche professionnelle.). Ces organismes se caractérisent par des charges réduites, en raison notamment des moindres frais qu'ils engagent pour attirer de nouveaux clients. En individuel, à caractéristiques comparables, ce sont les mutuelles d'entreprises ou corporatistes (mutuelles ciblant les salariés ou retraités d'une entreprise ou d'une profession particulière) qui ont les charges les plus faibles et qui offrent le meilleur retour sur cotisations.

Montaut, A. (2017). « Complémentaire santé : un organisme d'assurances sur quatre gère exclusivement des contrats individuels en 2015. » Etudes Et Résultats (Drees) [1004]

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaire-sante-un-organisme-dassurances-sur-quatre-gere

Chaque année depuis 2009, les contrats individuels en santé sont en moyenne excédentaires tandis que les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aura donc des conséquences encore incertaines sur la solidité financière des organismes d'assurances.

Montaut, A. (2017). « Organismes complémentaires : les sociétés d'assurances dominent la couverture des risques sociaux, sauf en santé. » Etudes Et Résultats (Drees) [1016]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/organismes-complementaires-les-societes-d-assurances-dominent-la-couverture-des

En 2015, les organismes privés d'assurances (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) ont perçu 69 milliards d'euros de cotisations et ont versé 50 milliards de prestations au titre des risques sociaux à leurs assurés, soit presque un tiers de leur activité globale.

Montaut, A. (2017). Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé : rapport 2016. Paris DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/rapport-2016-la-situation-financiere-des-organismes-complementaires-assurant

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2015 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le fonds CMU. Ce rapport comprend cinq chapitres. Le premier présente la structure et la démographie du marché de l'assurance complémentaire santé. Les suivants analysent tour à tour trois aspects de l'activité d'assurance santé : rentabilité, retour sur cotisations, charges de gestion. Enfin, le dernier chapitre analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

Barlet, M., et al. (2016). La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016, Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/la-complementaire-sante-acteurs

En France, 95 % des personnes bénéficient d'une complémentaire santé pour financer les dépenses non couvertes par l'assurance maladie. Qu'elle soit individuelle ou collective, cette assurance « privée « joue ainsi un rôle important dans l'accès aux soins. Cet ouvrage passe au crible les différents types de contrats (tarifs, prestations, bénéficiaires), mais aussi les organismes qui les proposent (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) et leur place dans le financement des dépenses de santé. Il analyse également dans le détail la prise en charge des différents postes de soins. Enfin, il se penche sur les dispositifs destinés aux populations les plus vulnérables (couverture maladie universelle complémentaire et aide à la complémentaire santé), éclairant ainsi le débat public sur l'ensemble des dimensions d'intervention de la complémentaire santé.

Leduc, A. Et Montaut, A. (2016). « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels. » Etudes Et Résultats (Drees) [972]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/tarification-des-complementaires-sante-declin-des-solidarites-dans

Sur le marché de la complémentaire individuelle, 50 % des personnes sont couvertes, en 2013, par des contrats de mutuelles dont les modes de tarification garantissent des solidarités entre niveaux de revenus ou classes d'âges. Cependant, les pratiques tarifaires des mutuelles en individuel semblent se rapprocher, ces dernières années, de celles des sociétés d'assurances, sans doute en raison de la pression concurrentielle.

Montaut, A. (2016). « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain. » Etudes Et Résultats (Drees) [952]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/assurance-complementaire-sante-les-contrats-collectifs-gagnent-du

En 2014, les cotisations collectées représentent un montant de 33,9 milliards d'euros sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France. La santé représente une part croissante du marché de l'assurance avec 15 % de l'activité totale d'assurance en 2014. Les mutuelles restent prédominantes, même si elles perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurances. Les contrats collectifs gagnent du terrain sur les contrats individuels : (43 % du marché en 2014 contre 41 % en 2009). 80 % des cotisations de complémentaire santé sont reversées sous forme de prestations.

Jacod, O. Et Montaut, A. (2015). « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013. » Etudes Et Résultats (Drees) [919]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/le-marche-de-l-assurance-complementaire-sante-des-excedents-degages-en-2013

En 2013,33 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de l'assurance complémentaire santé en France. Les mutuelles sont prédominantes sur ce marché avec 54 % des cotisations collectées, devant les sociétés d'assurance (28 %) et les institutions de prévoyance (18 %). La moitié des cotisations en santé concernent des contrats collectifs, qui couvrent des salariés d'entreprise ou de branches professionnelles. Le marché de l'assurance complémentaire santé a dégagé 228 millions d'euros d'excédents en 2013, soit 0,7 % des cotisations collectées. Les institutions de prévoyance sont les organismes qui reversent à leurs assurés la plus grande part de leurs cotisations en santé sous forme de charges de prestations et ceux dont les charges de gestion sont les plus faibles, ce qui s'explique notamment par leur spécialisation dans les contrats collectifs.

Jess, N. (2015). « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. » Etudes Et Résultats (Drees) [944] : 6.
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-effets-de-la-couverture-maladie-universelle-complementaire-sur-le-recours

En 2015, 5,3 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Depuis 2000, cette complémentaire santé gratuite permet aux personnes ayant de faibles ressources d'accéder aux soins. Ses bénéficiaires sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont plus élevées. Compte-tenu des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires. Quand ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à l'exception des dépenses de généralistes qui sont plus élevées. La CMU-C réduit le risque de renoncement aux soins pour raisons financières au même titre qu'une couverture complémentaire standard.

Le Palud, V. Et Perron-Bailly, E. (2015). Accessibilité des soins et assurance maladie : qu'en pensent les Français ? In : Les dépenses de santé en 2014 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2015., Paris : Ministère chargé de la Santé **:** 171-179

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, les inégalités de santé sont les moins acceptables de toutes, mais pas les plus répandues. Ainsi, en 2014, trois quarts des personnes interrogées pensent que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu et son lieu d'habitation. Cependant, pour plus de la moitié des Français, la qualité des soins est tributaire de ces deux critères. L'assurance maladie doit bénéficier à tous sans distinction, selon sept Français sur dix. Cette proportion est sensiblement plus élevée que pour les autres risques sociaux (chômage, retraites et allocations familiales notamment). Elle accuse toutefois une baisse de 9 points par rapport à 2013 : 78 % des Français étaient alors favorables à l'universalité de l'assurance maladie. C'est le plus faible niveau de soutien à l'universalité des prestations de l'assurance maladie enregistre depuis 2004, date d'introduction de la question dans le Baromètre. Afin de réduire le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont plus favorables aux mesures qui viseraient les professionnels de santé qu'à celles qui augmenteraient le niveau des cotisations sociales ou diminueraient celui des prestations servies. Ils sont notamment en très grande majorité opposés 0 la réduction de la prise en charge des longues maladies, seuls 15 % des Français y étant favorables en 2014.

Garnero, M. Et Le Palud, V. (2014). « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de santé en 2009.

« Série Statistiques - Document de Travail - Drees (190)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt-statistiques-190.pdf

Ce document de travail présente dans une première partie le marché de la complémentaire santé : les différents types d'organismes le constituant, son évolution au cours des dernières années et un aperçu du cadre juridique en vigueur. La deuxième partie est consacrée à la présentation de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Enfin, la troisième partie du document présente une série de tableaux fournissant l'ensemble des résultats de l'enquête portant sur l'année 2009.

Garnero, M. Et Le Palud, V. (2014). « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de santé en 2010. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (191)

https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-contrats-les-plus-souscrits-aupres-des-organismes-complementaires-sante-en-11343

Ce document de travail présente dans une première partie le marché de la complémentaire santé : les différents types d'organismes le constituant, son évolution au cours des dernières années et un aperçu du cadre juridique en vigueur. La deuxième partie est consacrée à la présentation de l'enquête statistique annuelle auprès des organismes complémentaires santé. Enfin, la troisième partie du document présente une série de tableaux fournissant l'ensemble des résultats de l'enquête portant sur l'année 2010. En 2010,57 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par un contrat individuel et 43 % par un contrat collectif. 53 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé sont couverts par une mutuelle, 21 % par une institution de prévoyance et 26 % par une société d'assurance.

7.34 Retraite

Cheloudko, P., Marino, A. (2024). "Les retraités et les retraites – édition 2024". Panorama de la Drees Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241030_Retraites_2024

Cette nouvelle édition du Panorama annuel rassemble les éléments de cadrage et les chiffres clés permettant d'appréhender la question des retraites, premier poste de dépenses de la protection sociale avec 353 milliards d'euros de pension versés en 2022 (13,4 % du PIB), et de l'invalidité. Elle met également à disposition des données actualisées sur les effectifs de retraités, les montants de pension et les âges de départ à la retraite, tous régimes confondus et par régime de retraite, jusqu'en fin d'année 2022.

Aubert, P. (2024). "Trente ans de réformes abaissant l'âge de départ à la retraite à taux plein : quelles conséquences sur les inégalités de durée de retraite?" Dossiers de la Drees (les)(125)

La Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES), en partenariat avec l'Institut des Politiques Publiques (IPP) publie un Dossier de la DREES qui mesure les écarts d'espérance de vie selon l'âge de début de carrière et selon l'âge d'atteinte du taux plein de retraite compte tenu de la réglementation issue des réformes. Dit autrement, cette étude cherche à apprécier l'impact de 40 ans de réformes, des années 1970 jusqu'aux années 2000, sur la réduction des inégalités de durée de vie passée à la retraite.

Musiedlak, Y. (2020). "En 2018, 3,4 % des retraités cumulent emploi et retraite." Etudes Et Résultats (Drees)(1146)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1146.pdf

En 2018, 3,4 % des retraités de 55 ans ou plus résidant en France, soit 482 000 personnes, exercent une activité professionnelle tout en percevant une pension de retraite, selon l'enquête Emploi de l'Insee. La part des personnes en situation de cumul emploi-retraite parmi les

retraités de 62 à 64 ans diminue depuis 2015, alors qu'elle augmente parmi les autres tranches d'âge. Cette baisse pourrait être liée aux nouvelles règles du cumul emploi-retraite définies par la réforme de 2014, qui a pu conduire certains assurés à prolonger leur carrière dans le cadre de la surcote plutôt que du cumul.

Arnaud, F. (2021). "Les retraités et les retraites – édition 2021". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-05/Retraites2021_0.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie Les retraités et les retraites. Cette nouvelle édition du Panorama annuel rassemble les éléments de cadrage et les chiffres clés permettant d'appréhender la question des retraites et de l'invalidité, premier poste de dépenses de la protection sociale avec 328 milliards d'euros de pension versés en 2019 (13,5 % du PIB).

2020 : https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/retraites2020.pdf

Aubert, P. (2020). "Les personnes ayant des incapacités quittent le marché du travail plus jeunes mais liquident leur retraite plus tard." Etudes Et Résultats (Drees)(1143)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1143.pdf

En 2018, les personnes considérées comme handicapées, car fortement limitées dans les activités de la vie quotidienne, liquident leur retraite à 62,4 ans en moyenne, soit 0,3 an de plus que les personnes sans incapacité, d'après l'enquête Emploi de l'Insee. Étant par ailleurs moins souvent en emploi, elles passent en moyenne 8,5 années sans emploi ni retraite après 50 ans, contre 1,8 an pour les personnes sans incapacité. Cet écart s'est accru depuis 2013, sous l'effet de la réforme des retraites de 2010. La liquidation des droits un peu plus tardive en moyenne pour les personnes handicapées s'explique par le fait que les départs anticipés à la retraite bénéficient davantage aux personnes sans incapacité. En 2018, 42 % de ces dernières sont déjà retraitées dans l'année qui précède l'âge légal minimal de droit commun, contre 19 % des personnes handicapées. Au début de leur retraite, 77 % des personnes n'ont aucune incapacité, 15 % ont des limitations modérées et 8 % sont handicapées. Les limitations se développent ensuite avec l'âge mais, en moyenne pour l'ensemble des retraités, 58 % de l'espérance de vie à la retraite est passée sans incapacité, et 80 % sans être fortement limité dans les activités de la vie quotidienne.

Cheloudko, P., Martin, H. Et Treguier, J. (2020). « Retraite : les dispositifs de solidarité représentent 22 % des pensions versées aux femmes et 12 % pour les hommes. » Dossiers De La Drees (Les) [49]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd49.pdf

Chartier, F. (2019). « Fin 2016, trois retraités sur quatre perçoivent une pension brute inférieure à 2 067 euros par mois. » Etudes Et Résultats (1119)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1119.pdf

D'après l'échantillon interrégimes de retraités (EIR) de la DREES de 2016, 16,1 millions de personnes, dont 14,9 millions vivant en France, perçoivent une pension de retraite de droit direct, acquise au titre de leur carrière, versée par l'un des régimes de retraite français. Celle-ci s'élève en moyenne à 1 472 euros bruts par mois. En raison, notamment, des carrières plus favorables des nouveaux retraités, cette pension moyenne s'est accrue de 3,3 % en quatre ans en euros

constants. Depuis 2012, le nombre de retraités de droit direct résidant en France a augmenté de 4,8 % (près de 680 000 personnes). Certains retraités veufs ou veuves peuvent percevoir, en outre, une pension de réversion. En tenant compte de cette pension, 75 % des retraités de droit direct d'un régime de base résidant en France ont une pension totale inférieure à 2 067 euros bruts mensuels. Les inégalités de pension sont plus fortes entre les femmes qu'entre les hommes. La pension des femmes résidant en France est nettement inférieure à celle des hommes : elle est inférieure de 42 % pour les seuls droits directs, et de 29 % si l'on tient compte de la réversion. Les écarts se réduisent cependant au fil des générations, du fait de l'amélioration des carrières féminines. Parmi les retraités nés en 1950, 81 % sont partis au taux plein, sans décote ni surcote. En particulier, 59 % ont pris leur retraite à 60 ans ou avant avec le taux plein sans surcote.

Langevin, G. Et Martinez, H. (2019). « Non-recours : à 70 ans, un tiers des assurés n'ont pas fait valoir tous leurs droits à retraite. » Etudes Et Résultats (1124)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1124.pdf

À l'âge de 70 ans, 68 % des assurés du système de retraite français nés en 1942 qui ont cessé leur activité professionnelle ont fait valoir l'ensemble de leurs droits à retraite. 7 % des assurés de la génération 1942 ne bénéficient d'aucune pension de retraite des régimes obligatoires. Le plus souvent, ils ont validé peu de trimestres en France et généralement en début de carrière. Trois quarts d'entre eux sont nés à l'étranger. 24 % des assurés bénéficient seulement d'une partie des pensions auxquelles ils ont droit. Les droits non liquidés correspondent le plus souvent à des régimes que ces retraités ont quittés depuis de nombreuses années et dans lesquels ils ont acquis peu de trimestres ou peu de points retraite. Les droits non liquidés correspondent pour l'essentiel à de faibles montants : environ 2 % de l'ensemble des droits acquis par la génération née en 1942. Le manque à gagner pour ceux qui n'ont liquidé qu'une partie de leurs droits est d'environ 40 euros bruts par mois. Le taux de recours varie d'un régime de retraite à l'autre. Alors que la totalité des assurés des régimes de fonctionnaires y ont liquidé leurs droits, c'est le cas de seulement 60 % de ceux du régime complémentaire des contractuels de la fonction publique. Au régime général, 87 % des assurés ont fait valoir leurs droits à retraite.

Arnaud, F., Solard, G. éd., et al. (2018). Les retraités et les retraites, Editions 2018. Paris : DREES

Fin 2016, 16,1 millions de personnes perçoivent une pension de droit direct des régimes de retraite français, soit des effectifs en hausse de 0,9 % par rapport à 2015. Tous régimes confondus, leur pension s'élève en moyenne à 1 389 euros bruts mensuels (+0,9 % en euros constants par rapport à 2015). L'édition 2018 des retraités et les retraites s'enrichit d'une nouvelle fi che sur le niveau de vie des retraités. Les évolutions par génération, les transitions entre l'emploi et la retraite, le cumul de la retraite avec un emploi font l'objet d'un examen approfondi. Cette édition comporte également les principales modifications législatives ou réglementaires de l'année 2016. Les aspects concernant le minimum vieillesse, la retraite supplémentaire ou encore les opinions, souhaits et motivations des Français vis-à-vis de la retraite sont également pris en compte.

➢ Pour les années antérieures, consultez :
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees

Collin, C. (2018). « L'âge moyen de départ à la retraite a augmenté de 1 an et 4 mois depuis 2010. » Etudes Et Résultats (Drees) [1052]

https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/l-age-moyen-de-depart-a-la-retraite-a-augmente-de-1-an-et-4-mois-depuis-2010

Fin 2016, l'âge moyen conjoncturel de départ à la retraite s'élève à 61 ans et 10 mois pour les personnes résidant en France (62 ans et 1 mois pour les femmes, et 61 ans et 6 mois pour les hommes). Cet âge augmente continuellement depuis l'entrée en vigueur de la réforme des retraites de 2010. En 6 ans, il a augmenté de 1 an et 4 mois, tandis qu'avant 2010, il avait légèrement diminué au vu de l'instauration des départs anticipés pour carrière longue. Entre les générations de 1951 et 1955, la proportion des personnes déjà retraitées à 61 ans a reculé de 73 % à 34 %.

Treguier, J. (2018). « 13 % des entreprises proposent au moins un dispositif de retraite supplémentaire à leurs salariés. » Etudes Et Résultats (1086)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/13-des-entreprises-proposent-au-moins-un-dispositif-de-retraite-supplementaire

En 2015, 13 % des entreprises de 10 salariés ou plus du secteur marchand non agricole proposent un dispositif de retraite supplémentaire à tout ou partie de leurs salariés, sous la forme de contrats à prestations défi nies ou de contrats à cotisations définies. Ces derniers sont nettement plus fréquents (12 % des entreprises) que les contrats à prestations défi nies (1,4 % des entreprises) qui correspondent dans la moitié des entreprises concernées à des contrats de « retraite chapeau «

Beauvoir, R. (2017). « En Ile de France, les retraités perçoivent une pension supérieure de 23 % à la moyenne nationale. » Etudes Et Résultats (Drees) [1023]

Fin 2012, les retraités de droit direct représentent 21,6 % de la population française. Ils sont proportionnellement plus nombreux dans l'ouest et le sud de la France, notamment en Nouvelle-Aquitaine et en Bretagne où plus d'une personne sur quatre est retraitée. À contrario, ils sont moins présents dans les DROM et en Île-de-France (respectivement 12 % et 16,4 %).

Aubert, P., et al. (2017). « La prise en compte de la durée de carrière dans les indicateurs de retraite. » Dossiers De La Drees (Les) [21]

À partir de la génération 1934, les durées de carrière augmentent et se rapprochent entre les femmes et les hommes. Ne pas tenir compte de ces évolutions peut biaiser certains diagnostics en matière de retraite. La notion « d'équivalent carrière complète » (EQCC) permet de neutraliser les durées de carrière dans le calcul du nombre de retraités et celui du montant moyen de la pension. Ainsi, si l'on comptabilise chaque retraité au prorata de sa durée validée pour la retraite, les 15,2 millions de retraités de droit direct d'un régime de base représentent un effectif en EQCC de 13,3 millions. Exprimés en EQCC, les écarts de pension entre les femmes et les hommes se réduisent, même s'ils restent importants : les femmes nées en 1946 ont une pension inférieure de 30 % à celles des hommes en EQCC. Plus largement, la notion d'EQCC peut être adaptée à d'autres indicateurs, comme le rapport entre la durée de la retraite et la durée de carrière, et permet un éclairage plus pertinent de l'équité en matière de retraite. Un autre exemple d'application est le calcul d'un rapport démographique qui, réalisé en EQCC, modifie les situations démographiques apparentes des régimes de retraite les uns par rapport aux autres.

Duc, C., et al. (2017). « Les différences de retraite entre secteurs public et privé : résultats de simulations. » Dossiers De La Drees (Les) [16] : 74.

> Malgré la convergence de certains paramètres depuis la réforme de 2003, les règles de retraite entre le secteur public et privé divergent sur plusieurs points. Après avoir présenté des éléments statistiques de cadrage sur les deux secteurs, ce Dossier de la DREES expose les résultats de simulations d'application des règles de retraite du privé aux fonctionnaires. Deux indicateurs sont particulièrement étudiés : l'âge d'atteinte du taux plein et le niveau de la pension de retraite. Avec les règles du privé, les fonctionnaires de catégorie active bénéficieraient du taux plein plus tardivement, du fait de leur possibilité de partir de manière anticipée selon les règles actuelles. En revanche, certains sédentaires (15 %) atteindraient le taux plein plus tôt, dans le scénario « règles du privé », grâce notamment aux majorations de durée pour enfants et aux règles d'acquisition de trimestres plus favorables dans le privé.

Masson, L. Et Solard, G. (2017/12). « Profiter de la retraite le plus longtemps possible motive les départs encore plus que par le passé. » Etudes Et Résultats (1042).
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/profiter-de-la-retraite-le-plus-longtemps-possible-motive-les-departs-encore

> Profiter de sa retraite le plus longtemps possible, atteindre l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite et bénéficier du taux plein sont les trois principales motivations de départ à la retraite évoquées par les fonctionnaires et salariés du privé partis à la retraite entre juillet 2015 et juin 2016. Par rapport à 2014, les deux premiers motifs ont gagné en importance. Pour les enquêtés qui ont déclaré ne pas être partis dès qu'ils en ont eu la possibilité, les motivations de prolongation de leur activité diffèrent selon leurs caractéristiques individuelles : les fonctionnaires avancent plus souvent que les salariés du privé des raisons financières : les cadres du privé évoquent plus fréquemment que les non-cadres un intérêt pour leur travail.

Masson, L. Et Solard, G. (2017). « Quand partir à la retraite ? Pour les retraités, la durée de cotisation requise contraint la date de départ. » Etudes Et Résultats (1043)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/quand-partir-a-la-retraite-pour-les-retraites-la-duree-de-cotisation-requise

> D'après l'enquête Motivations de départ à la retraite 2017 de la DREES qui interroge 5 000 personnes, près de huit personnes sur dix parties à la retraite récemment bénéficient d'une pension de retraite versée à taux plein sans avoir cherché à anticiper leur départ – au prix d'une décote – ou à le retarder pour bénéficier d'une surcote. Pour autant, un nouveau retraité sur deux déclare que le système de retraite offre suffisamment de souplesse pour choisir la date de son départ. L'autre moitié aimerait au contraire qu'il en offre plus. Une minorité des personnes interrogées (une sur six) estiment que le degré de liberté pour choisir la date de départ à la retraite a augmenté à la suite des dernières réformes. Il a au contraire diminué pour 30 % des enquêtés.

Senghor, H. (2017). « Les départs à la retraite dans la fonction publique : la décote concerne davantage les catégories actives. » Etudes Et Résultats (Drees) [1001]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-departs-a-la-retraite-dans-la-fonction-publique-la-decote-concerne

Les réformes des retraites menées depuis 2003 ont contribué à modifier les caractéristiques de départ à la retraite des fonctionnaires. Entre 2002 et 2015, l'âge moyen des nouveaux retraités au moment de leur départ à la retraite a augmenté de 2,8 ans dans l'ensemble de la fonction publique civile : 2,6 ans dans la fonction publique d'État civile, 4,1 ans dans la fonction publique hospitalière et+1,8 an dans la fonction publique territoriale. En 2015, la décote concerne 9 % des nouveaux retraités parmi les sédentaires de la fonction publique civile, contre 17 % parmi les actifs.

Andrieux, V., et al. (2016). « Droits familiaux et dispositifs de solidarité du système de retraite. » Dossier Solidarité Santé (Drees) [72]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/droits-familiaux-et-dispositifs-de-solidarite

Le système de retraite obligatoire intègre un grand nombre de dispositifs de solidarité visant notamment à réduire les inégalités de carrière des personnes lors du passage à la retraite. Ce dossier analyse ces dispositifs en étudiant principalement deux thématiques : les masses financières entrant en jeu et l'apport de ces dispositifs à la pension individuelle. Parmi ces dispositifs de solidarité, les droits familiaux jouent un rôle particulièrement important, notamment l'assurance vieillesse des parents au foyer, la majoration de durée d'assurance et la majoration de pension pour enfant.

Collin, C. (2016). « La part de la réversion dans la retraite des femmes diminue au fil des générations. » Etudes Et Résultats (Drees) [951]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-part-de-la-reversion-dans-la-retraite-des-femmes-diminue-au-fil

Fin 2012, un quart des retraités, vivant en France ou à l'étranger, perçoit une pension de réversion, parmi lesquels une grande majorité de femmes. 1,1 million de ces retraités de droit dérivé ne perçoivent pas de pension de droit direct. La réversion représente 25 % de la pension des femmes. Sa part dans la retraite totale était plus élevée pour les veuves des anciennes générations qui disposaient de droits directs plus faibles que les retraitées actuelles. En moyenne, les femmes perçoivent une pension de réversion de 642 euros, soit un montant plus de deux fois supérieur à celui des hommes : ces derniers bénéficiant, avant leur décès, d'une retraite plus élevée que celle des femmes, le montant de la pension de réversion versé aux femmes est donc mécaniquement plus important.

Salembier, L. Et Musiedlak, Y. (2016). « Retraite : à 30 ans, les femmes ont validé presque autant de trimestres que les hommes. » Etudes Et Résultats (Drees) [980]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/retraite-30-ans-les-femmes-ont-valide-presque-autant-de-trimestres

Pour les générations nées à partir du milieu des années 1970, la durée d'assurance validée pour la retraite par les actifs avant 30 ans se stabilise autour de 32 trimestres, soit 8 années. Elle n'avait cessé de diminuer entre les générations nées en 1950 et en 1974, en raison de l'allongement de la durée des études et des difficultés d'insertion sur le marché du travail. Le rythme de validation

des trimestres pour la retraite s'accroît avec l'âge en début de carrière, puis décroît à partir de 55 ans : une part plus grande d'affiliés ne valide aucun trimestre en fin de carrière.

Barthelemy, N., et al. (2015). « Retraites : le recul de l'âge minimal a peu d'effet sur les motivations de départ. » Etudes Et Résultats (Drees) [902]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/retraites-le-recul-de-l-age-minimal-a-peu-d-effet-sur-les-motivations-de-depart

Les nouveaux retraités du régime général ont en moyenne soixante-deux ans lorsqu'ils liquident leur pension, entre juillet 2012 et juin 2013. Le recul de l'âge légal d'ouverture des droits entraîne une augmentation de sept mois de l'âge moyen de liquidation par rapport à celui des retraités partis deux ans plus tôt. Le recul de l'âge légal d'ouverture des droits a un effet très limité sur les motivations de départ. Comme dans les enquêtes de 2010 et 2012, les trois quarts des retraités partent dès qu'ils en ont la possibilité parce qu'ils ont atteint le taux plein ou l'âge légal, ou encore parce qu'ils souhaitent profiter de la retraite le plus longtemps possible. Comme en 2012, huit nouveaux retraités sur dix ont le sentiment d'avoir été bien informés sur leurs droits, mais ils manquent de connaissances précises sur la durée requise pour bénéficier du taux plein et sur certains dispositifs.

Chabanne, M. Et Favrot, J. (2015). « Nouveaux retraités du régime général : des départs plus contraints pour les plus modestes. » Etudes Et Résultats (Drees) [940]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/nouveaux-retraites-du-regime-general-des-departs-plus-contraints

L'âge légal de départ à la retraite, les problèmes de santé et les licenciements sont des facteurs plus déterminants pour les pensionnés du régime général percevant une faible pension que pour les autres. L'atteinte du taux plein et le désir de profiter de la retraite le plus longtemps possible influencent le quart des retraités aux pensions les plus élevées. La majorité des nouveaux retraités à faible pension n'est pas en emploi au moment de la liquidation de ses droits. Beaucoup attendent 65 ans pour partir à la retraite afin de bénéficier du taux plein et du minimum contributif. Parmi les personnes toujours en activité avant leur retraite et ayant déclaré ne pas être parties dès que possible, celles percevant une faible pension prolongent davantage leur activité pour des raisons financières. Les retraités à pension élevée sont plus influencés par des raisons personnelles.

Salembier, L. (2015). « Fins de carrière autour des années 2000 : une hausse des situations de chômage à l'approche des 60 ans. » Etudes Et Résultats (Drees) [917]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/fins-de-carriere-autour-des-annees-2000-une-hausse-des-situations

Alembert, L. (2015). « Les droits à la retraite acquis en début de carrière : une analyse à partir de l'Échantillon inter régimes de cotisants 2009. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [60]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/les-droits-la-retraite-acquis-en-debut-de

Senghor, H. (2015). « Le taux de remplacement du salaire par la retraite diminue au fil des générations. » Etudes Et Résultats (Drees) [926]

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-taux-de-remplacement-du-salaire-par-la-retraite-diminue-au-fil

Aubert, P., et al. (2015). « Les effets du temps partiel sur la retraite des salariés du privé et du public : impact sur les taux de remplacement, une analyse par cas types. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [65]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/les-effets-du-temps-partiel-sur-la-retraite-des

Des périodes travaillées à temps partiel au cours de la carrière, avec un salaire mécaniquement plus faible qu'à poste équivalent à temps plein, peuvent se traduire par un montant de pension lui aussi plus faible au moment de la retraite. Certains mécanismes de retraite permettent d'atténuer ou de neutraliser cet effet négatif dans les régimes de base. Selon des simulations sur la base de carrières types, l'impact de périodes à temps partiel est relativement homogène pour les fonctionnaires : par exemple, dix années travaillées à mi-temps diminuent en général le taux de remplacement d'environ 12 %. Par contre pour les salariés du privé, l'impact peut varier fortement selon l'emplacement du temps partiel dans la carrière ou le niveau de salaire : pour les cas types étudiés, dix années travaillées à mi-temps peuvent ainsi diminuer le taux de remplacement de 1,9 % à 13,5 %.

Laborde, C. (2014). « Prévoir sa retraite : une personne sur cinq épargne. » Etudes Et Résultats (Drees) [880]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/prevoir-sa-retraite-une-personne-sur-cinq-epargne

7.5 AUTRES ETUDES

Andre, J. M. (2024). "L'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière en France. Une analyse critique des projets de réforme de l'aide médicale de l'état". Paris, Fondation Jean Jaurès
https://www.jean-jaures.org/publication/lacces-aux-soins-des-etrangers-en-situation-irreguliere-en-france-une-analyse-critique-des-projets-de-reforme-de-laide-medicale-de-letat/

Lors du débat sur la loi immigration votée en décembre 2023, la question de l'Aide médicale de l'État pour les étrangers en situation irrégulière a été régulièrement soulevée. Pourtant, Jean-Marie André, économiste à l'École des hautes études en santé publique (CNRS UMR 6051 ARENES) démontre qu'elle représente un montant modeste par rapport à la dépense de santé couverte par la Sécurité sociale, surtout au regard des multiples risques que sa suppression feraient courir. Des pistes d'amélioration sont toutefois envisageables.

(2024). "Les complémentaires santé, des compléments de plus en plus en première ligne". Paris, Le cercle de l'épargne
https://cercledelepargne.com/les-complementaires-sante-des-complements-de-plus-en-plus-en-premiere-ligne

Cette étude dresse un panorama de l'activité des complémentaires santé. Au sommaire : Un ralentissement de la concentration; Augmentation plus rapide des prestations que des

cotisations; Quatre cinquièmes des cotisations reversées aux assurés; Des résultats techniques globalement à l'équilibre

(2022). "La place de la complémentaire santé et prévoyance en France". Paris HCAAM
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/document_travail_hcaam_-_complementaire_sante_et_prevoyance_-_janvier_2021.pdf

Ce rapport et le document de travail qui l'accompagne fournissent un état des lieux de la couverture des risques santé et prévoyance en France, et présentent quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, ainsi que des propositions de développement de la couverture prévoyance.

(2022). "Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire". Paris HCAAM
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcaam-_quatre_scenarios_articulation_amo-amc_-_janvier_2022_0.pdf

Ce rapport et le document de travail qui l'accompagne fournissent un état des lieux de la couverture des risques santé et prévoyance en France, et présentent quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, ainsi que des propositions de développement de la couverture prévoyance.

(2021). "La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser" Paris : Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021

La branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) du régime général répare, pour les travailleurs affiliés, les dommages causés par les accidents de travail, de trajet et les maladies professionnelles. En 2020, la branche AT-MP enregistrait 13,4 Md€ de dépenses et, du fait des conséquences de la crise sanitaire, un résultat net déficitaire de 222 M€ après sept années d'excédents. Elle couvre le risque des 18,8 millions d'assurés du régime général dont elle finance les frais de santé, les dépenses relatives à l'incapacité temporaire et à l'incapacité permanente de travail, ainsi que les rentes versées à la suite d'un décès aux ayants droit. Reconnaître un accident subi par un salarié comme lié au travail sur la base d'une simple présomption de responsabilité sans faute de l'employeur est un principe fondamental de gestion de la branche AT-MP, issu de la loi historique du 9 avril 1898. Cette présomption dispense le salarié d'établir une faute de l'employeur et un lien de causalité avec le dommage subi. En contrepartie, la loi a prévu une réparation forfaitaire et partielle du dommage subi par le travailleur, financée exclusivement par des cotisations versées par les employeurs. Des réformes récentes ont à la fois clarifié les procédures de prise en charge et amélioré la protection des assurés. Les procédures demeurent toutefois complexes et sont à l'origine de contentieux, tandis que le coût des indemnités journalières augmente (I). Des réformes s'avèrent nécessaires pour faciliter le retour à l'emploi et mieux maîtriser la reconnaissance des maladies professionnelles et la détermination du degré d'incapacité permanente, l'organisation des procédures et de la gestion des dépenses devant également être améliorée (II).

(2022). "Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?" Note D'analyse (La)(11).

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-na_111-protection_sociale_et_vieillissement-juillet.pdf
https://www.strategie.gouv.fr/publications/protection-sociale-paie-cout-vieillissement-de-population

Le vieillissement de la population française va se poursuivre durant au moins deux décennies. Avec quel impact sur les finances sociales ? Cette étude utilise ici une méthode originale reposant sur les comptes de transferts nationaux et les projections démographiques de l'Insee pour évaluer les dépenses et recettes de protection sociale aujourd'hui si la structure par âge de la population était celle de la France du futur, celle de la France du passé et enfin celle de pays voisins aujourd'hui ou demain.

Barbier, J. C., et al. (2021). "Le système français de protection sociale". Repères. Paris : Editions La Découverte

Trois spécialistes analysent le système français de protection sociale, en le situant dans la moyenne durée (depuis 1975) et en le comparant à ceux de ses voisins européens. Ce système est confronté à des défis, engendrés notamment par les tendances sociodémographiques, la flexibilisation des marchés du travail et la libéralisation financière. Mais, loin de répondre mécaniquement à des facteurs extérieurs en partie communs aux économies riches, les évolutions du système français sont bien le produit d'une succession de décisions politiques. Le système a traversé la crise de 2008 et il connaît aujourd'hui encore une crise majeure déclenchée par la pandémie de la Covid-19. Pour penser les changements survenus depuis cinquante ans dans le système français, il faut tenir compte de son caractère hybride : l'universalisme de la protection y est paradoxalement recherché au travers de programmes fragmentés dont la Sécurité sociale reste la pierre angulaire. L'avenir de la protection sociale en France est ouvert, mais son caractère national est tout autant, sinon plus, affirmé qu'il y a vingt ans.

Bazin, A. et Bocquet, E. (2021). "Rapport d'information sur le rôle des maisons départementales des personnes handicapées dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)". Paris Sénat

En application de l'article 57 de la loi organique du 1er août 2001 relative aux lois de finances, Arnaud Bazin et Éric Bocquet, rapporteurs spéciaux de la commission des finances pour la mission « Solidarité, insertion et égalité des chances », ont mené une mission de contrôle budgétaire sur le rôle des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) dans la gestion de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Les rapporteurs pointent le contraste existant entre la relative stabilité des moyens dont ces structures sont dotées et la hausse considérable de leur activité, notamment au titre de l'AAH. Ils en appellent donc à une augmentation structurelle de leurs moyens, au financement de laquelle l'État doit prendre sa juste part. Ils considèrent également que les MDPH peuvent contribuer à améliorer notre connaissance de l'AAH et de ses bénéficiaires, aujourd'hui largement insuffisante eu égard à son coût, notamment grâce à la poursuite de l'effort d'harmonisation de leurs systèmes d'information et en les associant davantage à une démarche d'objectivation des phénomènes de fraude et de non recours au droit. Enfin, face au constat de disparités territoriales persistantes, les rapporteurs appellent de leurs vœux le renforcement du pilotage national des MDPH qui doit mettre au cœur de ses préoccupations l'harmonisation des pratiques, dans un souci de justice territoriale, tout en sachant prendre en compte les situations particulières (résumé de l'éditeur).

Causse, L. et Turquois, N. (2021). "Retraites et retraités modestes – Diagnostic et propositions". Paris Premier ministre
https://www.vie-publique.fr/rapport/279833-retraites-et-retraites-modestes-diagnostic-et-propositions

> La mission devait d'établir un diagnostic précis sur les situations des personnes concernées par les petites pensions. Elle devait porter en particulier sur le profil des assurés, leurs durées d'assurance, leurs profils de carrière, leurs régimes de retraite, les montants de pension tous régimes, les cotisations versées tout au long de la carrière notamment. Il s'agissait aussi de dégager des pistes pour corriger des situations jugées inéquitables, le tout en tenant compte avec attention de la trajectoire financière de l'assurance vieillesse.

Franc, C., et al. (2021). "Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ?"Paris : Éditions Eska

> Les spécificités du risque maladie, souvent qualifié de risque santé, contraignent fortement les systèmes d'assurance et de financement. La théorie économique a permis de mettre en évidence des arguments importants pour justifier la mise en place d'une assurance publique et/ou d'une régulation forte du secteur de l'assurance quand il est géré par des opérateurs privés. Dans une première partie, nous exposerons ces arguments et montrerons en quoi une assurance publique et une régulation forte de l'assurance privée permettent de favoriser l'accès financier aux soins, notamment des personnes ayant des besoins de soins importants et ou de faibles revenus. Dans une seconde partie, nous présenterons la situation bien particulière de la France, où l'assurance maladie privée est principalement complémentaire. Dans une troisième partie, nous présenterons les principales orientations de la régulation du marché de l'assurance complémentaire et de son articulation avec l'assurance publique qui ont, selon les périodes, soit favorisé le recours aux soins via une meilleure couverture d'assurance, soit limité les dépenses en limitant le périmètre de la couverture d'assurance (résumé d'auteur).

Kervasdoue, J. d., et al. (2021). "Le financement de la santé." Revue D'économie Financière(143): 9-230.

> Si en matière de politique de santé, et notamment en matière de financement des soins médicaux, les pays de la planète font face aux mêmes problèmes, ils ne les résolvent pas tous de la même manière même quand ils partagent les mêmes valeurs. Il est pourtant rare que les politiques publiques s'inspirent d'exemples étrangers. Il arrive plus fréquemment que leurs caricatures servent de repoussoir, c'est notamment le cas en France, aux États-Unis et au Royaume-Uni où la vigueur des propos est inversement proportionnelle à la connaissance de ces pays. Pour les autres États, l'ignorance est abyssale. Ce numéro de la revue d'économie financière rassemble une série d'articles français et étrangers sur cette problématique du financement de la santé.

Nezosi, G. (2021). "La protection sociale", Paris : La Documentation française

> Cette nouvelle édition présente la protection sociale en France en 2021, à l'aune notamment du véritable tsunami causé par la crise sanitaire sur les comptes sociaux (un déficit record de 72 milliards d'euros est attendu au titre de 2020 et les années suivantes devraient connaître des déficits élevés). Il est aussi question du risque dépendance, institué par les lois du 7 août 2020 en tant que cinquième branche de la Sécurité sociale et qui devrait connaître un très fort

développement avec le vieillissement de la population française et l'élévation de l'espérance de vie.

(2018). « Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide ». Paris Fonds CMU

Le Fonds CMU-C rend compte annuellement au gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Le dispositif créé en 2005 a été réformé le 1er juillet 2015. Le gouvernement a souhaité faciliter l'accès à l'ACS au plus grand nombre par un processus de mise en concurrence visant à offrir une plus grande lisibilité des offres de complémentaire santé et de meilleures garanties à des prix plus bas. Désormais, seuls les contrats sélectionnés par l'État pour leur bon rapport qualité-prix peuvent bénéficier de l'ACS sur la base de trois garanties type : un contrat A d'entrée de gamme, un contrat B de niveau intermédiaire, un contrat C, de niveau supérieur. Alors que le gouvernement vient d'annoncer l'extension de la couverture CMU-C aux personnes éligibles à l'ACS à compter de novembre 2019 (dans le cadre du PLFSS), ce nouveau rapport du Fonds dresse un panorama complet du dispositif ACS, trois ans après la réforme de 2015. Ce panorama fait état de l'évolution du nombre de bénéficiaires (progression à un rythme annuel de 7 %, soit une augmentation de 25 % depuis la réforme), du taux de recours et du taux d'utilisation du chèque ACS (un chèque ACS sur cinq n'est pas utilisé). Depuis la mise en place de la réforme, le niveau de garantie des contrats souscrits par les bénéficiaires de l'ACS s'est amélioré significativement, alors que le prix moyen des contrats a baissé de 10 %. Le rapport apporte aussi un éclairage sur les dépenses de santé des bénéficiaires, sur leurs restes à charge en santé après intervention de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire (environ 5 % de la dépense) et sur leurs restes à payer sur le prix du contrat (en moyenne, 62 % du prix des contrats est pris en charge par l'ACS). Si ce rapport fait, comme les années précédentes, un bilan positif de la réforme de 2015, il analyse également les difficultés qui demeurent pour l'accès aux soins des bénéficiaires de l'ACS et qui justifient la transformation à venir du dispositif

(2018). « VIIème rapport d'évaluation de la Loi CMU 2016 ». Paris Fonds CMU
https ://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf

Ce septième rapport porte une attention particulière aux actions mises en œuvre pour favoriser le recours à la CMU-C et à l'ACS, et réaliser un état des lieux des problématiques de refus de soins et d'analyser l'adéquation du panier de soins dentaires des bénéficiaires de la CMU-C à leurs besoins. Il examine également la situation des bénéficiaires et émet vingt-trois propositions et onze pistes de travail..

Bras, P. L. D. (2018). « Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2018 ». Paris Conseil d'orientation des retraites

Le rapport annuel 2018 du COR, Évolutions et perspectives des retraites en France, s'inscrit dans le cadre du processus de suivi et de pilotage du système de retraite français mis en place par la loi retraite du 20 janvier 2014. Pour cette cinquième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente le

cadrage démographique et économique qui détermine en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

Caniard, E. (2018). « Les assureurs complémentaires face au défi du reste à charge. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (102) : 50-52.
www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp ?clef=159

[BDSP. Notice produite par EHESP lJoEGR0x. Diffusion soumise à autorisation]. L'écart entre les bases et les prix réellement pratiqués explique l'augmentation continue des restes à charge pour les patients. La réforme de notre système de santé pour améliorer l'accès aux soins doit être menée avec une concertation et une responsabilisation de tous les acteurs.

Charpy, C. R. (2018). « Les pensions de réversion ». Paris Ministère chargé de la santé

Les pensions de réversion permettent aux conjoints et ex-conjoints1 d'un assuré de bénéficier d'une fraction de ses pensions de retraite lorsque celui-ci décède. Elles représentent en 2017 une masse financière de 40 Md€ pour l'ensemble des régimes de base et complémentaires, soit seulement 1 % des pensions de retraite des hommes mais 23 % de celles des femmes. Cette proportion tend à se réduire au fil des générations, sous l'effet de l'amélioration des carrières des femmes. Cette fiche distingue de façon conventionnelle les régimes de base non intégrés, qui servent des pensions de base complétées par les régimes complémentaires (par exemple, les salariés du secteur privé sont affiliés à la Cnav pour leur pension de base et à l'Agirc-Arrco pour la part complémentaire) et les régimes de base intégrés ou « régimes intégrés « qui servent des pensions équivalentes à la somme de la retraite de base et de la part complémentaire. La plupart des régimes de base non intégrés ont des modalités d'attribution et de détermination du montant des pensions de réversion identiques, qui diffèrent très significativement de celles des régimes intégrés ou complémentaires et ont pour conséquence un montant moyen nettement moins élevé que dans les régimes complémentaires ou intégrés.

Denormandie, P. Et Cornu Pauchet, M. (2018). « L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité ». Paris CNSA, Paris : Fonds CMU

Ce rapport rassemble les recommandations de la mission sur l'accès aux droits et aux soins des personnes handicapées ou en situation de précarité en France. Fondées sur la consultation de nombreux acteurs du secteur, ces recommandations s'articulent autour des aspects suivants : Rendre effectif le droit à une couverture santé : Rendre les soins financièrement accessibles : Faciliter l'accès à la santé : Mieux valoriser les spécificités de la prise en charge : Assurer un pilotage efficient de la santé de ces populations à tous les niveaux.

Le Minez S. Et Lefebvre, E. (2018). « Le financement des couvertures sociales dans les domaines de la famille et de la dépendance en comparaison internationale ». Paris HCFi-PS
www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcfips_financement_risques_famille_et_dependance_en_comparaison_.pdf

Dans le prolongement des travaux que le Haut Conseil du financement de la protection sociale a mené en 2017 sur les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison européenne et en 2018 sur les enjeux des réformes en cours pour le financement de la protection sociale française, le présent rapport se propose d'approfondir la connaissance des modes de financement de la protection sociale en France et à l'étranger, en concentrant son attention sur les deux risques que sont la famille et la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées, aussi qualifiée de « dépendance « .

Alberola, E., et al. (2017). La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours. Paris Fonds CMU

Afin de mieux comprendre les raisons du non-recours à l'ACS, le Fonds CMU a confié au CRÉDOC un projet de recherche visant à caractériser la population éligible à l'ACS et l'incidence du parcours de vie sur les conditions d'accès au dispositif. Compte tenu de l'insuffisance de connaissance des raisons du non-recours, l'approche retenue est qualitative. Elle permet de comprendre *via* des entretiens approfondis le phénomène de non-recours dans toute son ampleur et sa complexité. En revanche, les résultats obtenus ne sont pas généralisables. L'analyse repose sur des entretiens centrés sur le récit de vie, menés auprès d'un échantillon de 35 non-recourants et 27 recourants à l'ACS. Le recrutement a été effectué en population générale, permettant de tendre vers une diversité des situations. L'éligibilité des répondants est approchée par le montant de leurs revenus. Les entretiens ont été réalisés par téléphone de novembre à décembre 2016 pour une durée moyenne d'une heure.

Bros, A., et al. (2017). Le nouveau dispositif de l'ACS : quelles leçons tirer de la mise en œuvre ? Recherches- Action en protection sociale. Saint-Etienne EN3S : Paris Fonds CMU
https://en3s.fr/articles-regards/reac/2017/7-ACS.pdf

Dans le cadre de son programme de recherches-actions, la 55e promotion de l'EN3S a réalisé une étude qualitative sur la réforme du dispositif de l'ACS vue par les acteurs concernés. Les acteurs retenus sont les caisses d'assurance maladie du régime général (qui concentrent la majorité des bénéficiaires de l'ACS) ainsi que le service social de l'Assurance Maladie rattaché aux CARSAT (qui effectue de nombreuses actions en faveur de l'accès aux soins) et des organismes complémentaires (OC). Les différents acteurs d'organismes de sécurité sociale interrogés reconnaissent en très grande majorité que la réforme de l'ACS apporte dans son ensemble des évolutions positives. Les onze rapports de recherches-actions de la 55e promotion de l'EN3S sont en ligne. 3 axes : Transformations technologiques, économiques et protection sociale : Innovations et accès aux droits : Entreprises et protection sociale.

Grard, M. A. And M. Vignau (2017). Revenu minimum social garanti. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris CESE
https ://www.lecese.fr/travaux-publies/revenu-minimum-social-garanti

Revenu de solidarité active (RSA), Allocation de solidarité pour les personnes âgées (ASPA), Allocation aux adultes handicapés (AAH), Allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), Allocation de solidarité spécifique (ASS), Allocation veuvage (AV)… Alors que près de 9 millions de personnes vivent toujours sous le seuil de pauvreté, la complexité de notre architecture des minima sociaux soulève un enjeu d'accessibilité et d'acceptabilité. Notre système de minima sociaux doit mieux

favoriser l'accès de chacun.e à l'emploi et aux droits fondamentaux (éducation, santé, logement, participation citoyenne…). Dans cet avis, le CESE propose la mise en œuvre d'un revenu minimum social garanti qui constitue le socle de la solidarité nationale à l'égard des personnes en situation de fragilité économique et sociale. Le CESE formule en outre des propositions précises pour simplifier l'accès à ce revenu garanti, l'inscrire dans une démarche d'accès à l'emploi et agir pour une meilleure acceptabilité (résumé de l'éditeur).

Conseil d'Orientation des retraites (2017). Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2017. Paris Conseil d'orientation des retraites

Pour cette quatrième édition du rapport annuel du COR, il a été procédé à une actualisation des projections à court, moyen et long terme du système de retraite. Cette actualisation s'inscrit dans un contexte spécifique, puisqu'elle s'appuie sur un nouvel exercice complet de projection réalisé avec l'ensemble des régimes de retraite sur la base des nouvelles projections démographiques et de population active de l'INSEE sur la période 2013-2070. Le présent rapport est organisé en deux parties. La première partie (le contexte) présente les évolutions démographiques et économiques, observées sur le passé et prévisibles à l'avenir, dont dépend le système de retraite et qui déterminent en partie les évolutions des indicateurs de suivi et de pilotage. La deuxième partie (les résultats) décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, à l'aune des indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le COR.

Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie. (2017). Prestation de compensation du handicap 2016 : évolution et contenu de la prestation

En 2016, les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ont instruit 292 700 demandes de prestation de compensation du handicap (PCH) dont 12,5 % concernent des demandes de PCH enfants. La croissance des demandes de PCH se poursuit (+8 % par rapport à 2015). En 2016, les MDPH ont accordé environ 128 500 prestations de compensation (PCH). Le taux d'accord de PCH poursuit sa diminution. En 2016, la prestation de compensation du handicap représente près de 7 % des demandes déposées auprès des MDPH (une part stable depuis 2010), et l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) seulement 0,3 %. D'après les dernières statistiques trimestrielles disponibles de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, qui datent de décembre 2015, les conseils départementaux ont versé la prestation de compensation du handicap à 184 000 personnes (soit une augmentation de 6 % depuis décembre 2015). (R.A.).

(2017). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016. Paris Fonds Cmu

Le Fonds CMU établit chaque année le coût moyen définitif de la CMU-C par bénéficiaire pour l'année N-2 et réalise une estimation pour l'année N-1. Ce travail s'effectue à partir des données fournies par les différents régimes obligatoires et organismes complémentaires. En 2016, 5,5 millions3 de personnes bénéficient de la CMU-C pour l'ensemble des régimes et du territoire. Ces effectifs ont augmenté de 3,1 % en un an, en ralentissement par rapport à 2015 (+ 4,4 %). Les bénéficiaires de la CMU-C se composent de deux populations distinctes. Une grande part de personnes très jeunes, pour lesquelles la CMU-C permet d'arriver à l'âge adulte en bonne santé, et une part de personnes pour lesquelles ce dispositif apparaît d'autant plus nécessaire qu'elles

sont plus fréquemment atteintes de pathologies lourdes et chroniques. La concentration de cette partie des bénéficiaires au régime général explique une dépense moyenne par bénéficiaire plus élevée pour ce régime.

(2016). Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2016. Paris Conseil d'orientation des retraites

Après une présentation du contexte démographique et économique, le rapport annuel du COR décrit les évolutions du système de retraite au regard de ses principaux objectifs, selon les indicateurs de suivi et de pilotage identifiés comme tels par le Conseil : les évolutions année après année des indicateurs de pérennité financière du système de retraite : les évolutions année après année des montants de pension et du niveau de vie des retraités : les évolutions au fil des générations des indicateurs d'équité entre les générations : enfin, les évolutions des indicateurs d'équité entre les femmes et les hommes. Des données complémentaires sur les disparités de situation en matière de retraite sont également fournies, selon quatre grandes thématiques : les structures de financement des régimes de retraite : la dispersion des montants de pension, de leurs déterminants et des niveaux de vie des retraités : les âges de la retraite et les départs anticipés : enfin, les dispositifs de solidarité en matière de retraite, dont les droits familiaux.

- Pour les années antérieures : https ://www.data.gouv.fr/fr/datasets/evolutions-et-perspectives-des-retraites-en-france-rapport-annuel/

(2016). Rapport sur la protection sociale des non salariés et son financement. Paris HCFPS
https ://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-sur-la-protection-social.html

Réalisé sur demande du Premier ministre, ce rapport examine de façon analytique les différentes composantes de la protection sociale des non-salariés (organisation des régimes et architecture financière, modalités d'affiliation à ces régimes, assiette et modalités des prélèvements, couverture des risques sociaux). Il essaie, de façon systématique, de confronter la situation des travailleurs non-salariés « classiques », dans leur diversité (artisans, commerçants, dirigeants, professions libérales, exploitants agricoles), avec celle des salariés d'une part, et d'autre part avec celle des « nouveaux indépendants « , exerçant sous le régime de la micro-entreprise ou dans le cadre des plateformes d'intermédiation, qui accroissent cette diversité des formes d'emploi et d'activité. Le rapport s'achève sur un ensemble de propositions et de scénarios versés au débat, sachant que trois orientations pourraient être privilégiées : « la simplification et la clarification des frontières entre activités professionnelles et non professionnelles, ainsi que des règles d'affiliation des indépendants, l'équité des prélèvements finançant les risques sociaux dont la couverture est devenue universelle et l'amélioration des droits sociaux des travailleurs non salariés pour lesquels ils sont les plus fragiles ».

(2016). État des lieux actualisé du financement de la protection sociale. Paris HCFPS
https ://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/etat-des-lieux-actualise-du-fina.html

La présente note actualise l'état des lieux du financement de la protection sociale régulièrement établi pour le Haut Conseil. Elle s'attache tout d'abord à décrire l'environnement économique et

financier dans lequel la protection sociale a évolué en 2015 et 2016 (I). Elle porte une attention particulière à l'évolution récente du coût du travail en France, comparée aux autres pays développés, dans le contexte du déploiement des dispositions (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, pacte de responsabilité et de solidarité) qui visent à améliorer la compétitivité de l'économie française et l'emploi en agissant sur le coût du travail (II). Elle évoque enfin les évolutions du financement de la protection sociale qui interviennent en 2017, sous l'effet notamment de la mise en œuvre des mesures adoptées ou en cours d'adoption dans les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2017 (III).

Daude, M., and al. (2016). Evolution de la prestation de compensation du handicap (PCH). Paris Igas https://www.vie-publique.fr/rapport/36879-evolution-de-la-prestation-de-compensation-du-handicap-pch

Ce rapport mis en ligne le 31 août 2017 date de novembre 2016 et a été réalisé suite à une saisine de mars 2016. Après un bilan chiffré de la prestation de compensation du handicap, cette pointe les difficultés d'accès à la PCH pour certains types de handicaps (notamment le handicap psychique), la « non-inclusion » de l'aide-ménagère dans la PCH, et le manque de moyens des maisons départementales des personnes handicapées. Il par 35 recommandations destinées à soutenir la parentalité, à assouplir les barrières d'âge, préciser et clarifier le rôle des FDC, encourager les expériences d'habitat partagé, améliorer les contrôles d'effectivité et les rendre plus transparents, ou encore à mieux connaître les causes du handicap pour éviter les cumuls d'indemnisation.

(2015). « L'ACS, 10 ans après son entrée en vigueur. » Références Cmu : Lettre Du Fonds de Financement de La Couverture Maladie Universelle (La) [58]

Le Fonds CMU fait le point sur l'ACS, 10 après son entrée en vigueur (le 1er janvier 2005) alors que 2015 marquera la mise en place d'un dispositif « rénové ». Le plafond d'attribution s'établit actuellement à 973 € soit le « niveau du seuil de pauvreté ». En 2015, le tiers payant (existant depuis 2006 sur la part obligatoire) sera étendu à la part complémentaire à partir du 1er juillet, conformément à l'article 41 de la LFSS 2015. Autre évolution introduite par ce texte, les bénéficiaires seront exonérés du paiement des franchises sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux et les prestations de transport de patients ainsi que des participations forfaitaires pour les consultations ou actes réalisés par un médecin et pour les actes de biologies médicales. Toujours à partir du 1er juillet, seuls les contrats sélectionnés dans le cadre de la procédure de mise en concurrence lancée le 17 décembre (voir Lettre ESE 434) pourront bénéficier de l'ACS. À compter de cette même date, dans le cadre de l'article 56 de la LFSS 2014, un « contrat de sortie ACS » devra être proposé par les organismes. Le nombre de bénéficiaires d'une attestation ACS s'élevait à 1,2 million, fin octobre dernier. Une hausse de 3,4 % sur les 10 premiers mois de 2014. Par ailleurs, le Fonds CMU note une évolution de + 2,9 % de l'assiette de la TSA sur les 9 premiers mois de 2014. Sur cette même période, l'assiette de la TSA déclarée par les mutuelles atteint 13,6 millions : 4,5 millions pour les IP : et 7,4 millions pour les assurances.

(2015). La protection sociale en 500 mots : dictionnaire passionné, Paris : DOCIS https ://www.editions-docis.com/wpFichiers/1/1/Ressources/File/2015/PUB_DICO2.pdf

À l'occasion des 70 ans des Ordonnances de 1945 où fut instituée la Sécurité Sociale par le Conseil National de la Résistance, ce dictionnaire offre les clefs nécessaires pour comprendre le système de solidarité français à travers 7 grands thèmes : grands figures, grands événements et concepts : financement : emploi : santé : vieillissement : handicap : politique familiale : logement social. À la fois historique et prospectif, ce livre met le lecteur face à ses responsabilités de citoyen.

Marie, E. C. Et Boissier, P. P. (2015). a protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans Rapport annuel 2015 de l'Inspection générale des affaires sociales : remis au Président de la République, au Parlement et au Gouvernement, Paris : La documentation française

Dans son rapport, l'Inspection générale des affaires sociales analyse les dispositifs sociaux mis en place pour les 11 millions de jeunes de 16 à 29 ans que compte la France. A travers des simulations de droits, ce rapport recense un ensemble d'options de réformes possibles.

Weber, M. (2015). Le régime social des indépendants. Les Avis du Conseil Economique - Social et Environnemental. Paris CESE
https ://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2015/2015_25_rsi.pdf

La création en 2006 d'une caisse nationale unique pour les travailleurs indépendants a connu de nombreuses vicissitudes, aujourd'hui en voie de normalisation. Certains problèmes structurels demeurent : architecture complexe faisant intervenir l'ACOSS, les URSSAF et les organismes conventionnés, difficulté pour assurer l'interopératibilité des systèmes d'information, méconnaissance des mécanismes de cotisation... Le CESE préconise plusieurs mesures pour améliorer le recouvrement des cotisations, renforcer la prévention, l'accompagnement et garantir une restructuration efficiente. Pour autant, la couverture sociale des autoentrepreneurs, toujours plus nombreux et parfois peu au fait de la gestion de l'entreprise, reste un défi pour le RSI. (Résumé des éditeurs).

(2014). Analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe. Paris HCFPS
https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-sur-lanalyse-comparee-de.html

Afin de répondre à ce besoin d'analyse internationale comparée, le rapport examine quatre questions distinctes : dans son premier chapitre, il décrit les caractéristiques financières des systèmes européens de protection sociale, et présente les termes dans lesquels les questions de financement de la protection sociale sont abordées dans les débats publics des différents pays : le second chapitre du rapport tente de mesurer la contribution de la protection sociale à la réduction des inégalités de revenus dans les pays européens. Le rapport examine ensuite, dans son troisième chapitre, les expériences menées dans plusieurs pays européens ou américains, tendant à moduler les taux des cotisations sociales acquittées par les employeurs en fonction de leurs pratiques d'embauches et de licenciements s'agissant de l'assurance chômage, ou de la sinistralité observée en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles : la dernière partie du rapport examine enfin les liens entre les structures du financement de la protection sociale et les modes de pilotage financier et de gouvernance de la protection sociale dans cinq pays européens (Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni, Suède). Le rapport comporte également deux compléments : d'une part une étude réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques sur l'incidence redistributive de certains dispositifs

de protection sociale en Europe, d'autre part, une synthèse par la Direction générale du Trésor des réponses que les conseillers économiques et sociaux dans les ambassades de France en Allemagne, en Espagne, en Italie, au Royaume-Uni et en Suède ont apportées à un questionnaire que le Haut Conseil leur avait adressé en juillet 2014.

Palier, B., et al. (2014). « Quel avenir pour la protection sociale ? » Cahiers Français (81)
https ://www.vie-publique.fr/catalogue/23558-quel-avenir-pour-la-protection-sociale

Malgré une succession de réformes, dans un contexte de rationalisation des dépenses publiques et de difficultés économiques, le système de protection sociale français reste fragile. Retraites, assurance maladie, lutte contre la pauvreté, dépendance, politique familiale... Toutes ces politiques nécessitent de nouveaux aménagements afin de réaliser l'objectif de solidarité et de justice sociale. Ce numéro des Cahiers français s'interroge sur l'avenir et les enjeux de la protection sociale en France. Un dossier complet et rigoureux, clairement présenté.

Warin, P., et al. (2014). L'absence de complémentaire santé chez les étudiants. Paris Fonds Cmu

Réalisée à la demande du Fonds CMU, cette étude d'ODENORE vise à mieux connaître le nombre, la situation et le parcours des étudiants sans complémentaire santé qui pourraient remplir, à titre individuel, les conditions cumulatives d'autonomie financière, géographique et fiscale ouvrant droit à la CMU-C ou à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (A.C.S.).

7.4 ETUDES DE LA CNAMTS

(2017). « Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée ». Paris : Cnamts

Ces données statistiques 2016 recueillies par l'Assurance maladie porte sur les bénéficiaires d'une prise en charge à 100 % pour affection de longue durée (ALD). Les données de prévalence (pour l'ensemble des bénéficiaires du dispositif) et les données d'incidence (patients nouvellement affiliés au dispositif une année donnée) sont présentées par affection : dénombrement des bénéficiaires, caractéristiques d'âge et de sexe, répartition par région et par département, etc. En 2016, 10,4 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient du dispositif des ALD, soit 16,9 % des assurés. Le nombre d'entrées en affection longue durée s'accélère. Après 1,3 million de nouveaux malades en 2014, 1,4 million en 2015, il y en a eu 1,6 million en 2016. Le diabète, avec 2,6 millions de cas, reste en tête des effectifs. Mais c'est la catégorie insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque et cardiopathies, concernant 1,1 million de personnes, qui progresse le plus vite (+18,6 %), suivie de près par les tumeurs malignes (+17,1 %) qui sont aussi la deuxième affection de longue durée la plus répandue, avec 2 millions de victimes. Les affections psychiatriques de longue durée, hors démences de type Alzheimer, progressent, elles aussi vivement (+13,2 %) et touchent 1,3 million de personnes. Mais le chiffre total de 10 millions de bénéficiaires n'est pas représentatif. En élargissant le champ à toutes les personnes qui consomment des soins apparentés à une maladie chronique, avec ou sans reconnaissance officielle d'ALD, l'Assurance maladie a calculé que 20 millions de personnes étaient concernées en 2015, soit 35 % de la population, ce qui représente plus de la moitié de la dépense annuelle de la branche maladie.

(2016). Rapport sur les conditions d'application du tiers payant pour les bénéficiaires d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maternité ou pour les soins en rapport avec une affection longue durée (ALD). Paris CNAMTS

> L'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, publiée le 27 janvier 2016, a prévu la mise en place du tiers payant généralisé en trois étapes. Chaque étape permet une augmentation progressive du nombre de bénéficiaires concernés, en démarrant par les populations les plus précaires ou celles recourant au système de soins régulièrement - pour lesquelles l'avance des frais constitue un frein à l'accès aux soins - pour, au final, se généraliser à l'ensemble de la population. Ce rapport d'étape Ce rapport d'étape, porte sur la période 1er juillet - 15 novembre 2016 et a été établi par la CNAMTS en lien avec les organismes nationaux des autres régimes d'assurance maladie comme le prévoit la loi. Il est structuré en deux parties. La première partie décrit toutes les actions mises en œuvre, tant par les organismes d'assurance maladie que les éditeurs de logiciels des professionnels de santé, afin d'atteindre l'objectif de simplicité et de rapidité de la pratique du tiers payant par le professionnel de santé. La seconde partie présente un point de situation, à mi-novembre 2016, de la mise en œuvre de la pratique du tiers payant par les professionnels de santé pour la population visée à l'étape du 1er juillet 2016.

(2017). « La CMU au 30 juin 2017. Paris : Cnamts

(2017). « Prévalences et incidence des Affection de longue durée dans le régime général. » . Paris : Cnamts

(2016). « Coût des ALD. Paris : Cnamts

(2016). Rapport conjoint de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé sur les solutions techniques permettant la mise en place du tiers payant généralisé : document de travail. Paris Ministère chargé de la Santé
https ://www.mutualite.fr/content/uploads/2016/02/Rapport-TPG_2016-16-02.pdf

> Conformément à l'article 83 de la loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 27 janvier 2016, les caisses nationales d'assurance maladie, l'association des complémentaires santé (réunissant les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances) ont travaillé conjointement à l'élaboration de solutions techniques. Ce document de travail présente les premières solutions pour la mise en place du tiers payant. Un rapport définitif sera rendu fin février 2016. Il a vocation à présenter l'ensemble des modalités techniques permettant la mise en place du tiers payant pour tous les bénéficiaires de l'assurance maladie, à la fois sur la part obligatoire et sur la part complémentaire.

Paita, M., et al. (2016). « Les bénéficiaires du dispositif des ALD en 2014 et les évolutions depuis 2005. » Points de Repère (46)
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere

> L'objet de cette étude est de décrire les effectifs, les taux de prévalence (part des bénéficiaires du dispositif des ALD dans la population) et les caractéristiques des personnes bénéficiant d'une prise

en charge pour affection de longue durée en 2014 au sein du régime général de l'Assurance Maladie. Une analyse des évolutions depuis 2005 est présentée : par modalité d'exonération du ticket modérateur (au titre d'une des affections sur liste, d'une affection hors liste grave caractérisée ou d'une polypathologie invalidante) et par type d'affection. Enfin, les effectifs et taux d'incidence des patients ayant bénéficié de l'ouverture d'une nouvelle exonération du ticket modérateur au titre d'une affection sur liste en 2014 sont décrits.

8- Morbidité

8.1 ETUDES D'ENSEMBLE

Cadillac, M., Fouillet, A. et Rivera, C. (2024). "Les causes de décès en France en 2022 : recul du Covid-19 et hausse des maladies respiratoires." Etudes et Résultats (Drees)(1312)

La Direction de la recherche, des études et de l'évaluation des statistiques (DREES), le Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm) et Santé Publique France analysent les causes médicales de décès des personnes résidentes et décédées en France en 2022. Deux études complémentaires, qui présentent ces résultats, sont publiées conjointement dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (Santé publique France) et dans un Études et Résultats (DREES). Elles s'appuient sur la statistique nationale des causes de décès produite par le CépiDc de l'Inserm à partir du recueil exhaustif et de l'analyse des volets médicaux des certificats de décès.

Bagein, G., et al. (2022). "L'état de santé de la population en France". Les Dossiers de la Drees(102) Paris : Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102.pdf

Ce dossier fait le point sur l'état de santé en France et en analyse les déterminants. Il mobilise, pour se faire, les données les plus récentes, avec un focus sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

(2019). « Panorama de la santé 2019 ». Paris OCDE
https ://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm

Le Panorama de la santé compare les indicateurs clés relatifs à la santé de la population et à la performance du système de santé dans les pays membres, les pays candidats et les pays partenaires de l'OCDE. Il met en évidence les différences entre les pays en ce qui concerne l'état de santé et le comportement de leurs citoyens en matière de santé : l'accès et la qualité des soins de santé : ainsi que les ressources disponibles pour la santé. L'analyse est basée sur les dernières données comparables à travers 80 indicateurs, les données provenant des statistiques nationales officielles, sauf indication contraire. Outre une analyse par indicateur, un chapitre de synthèse fait le point sur les performances comparatives des pays et les grandes tendances, en mettant notamment l'accent sur les liens entre les dépenses de santé et le personnel de santé, l'accès aux

soins, la qualité des soins et les résultats en matière de santé. Cette édition propose par ailleurs un chapitre spécial consacré aux résultats déclarés par les patients et à leur vécu, qui offre une vue plus précise de ce qui compte pour les patients.

(2019). « World Health Statistics 2019 : Monitoring health for the SDGs ». Genève OMS
https ://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/

World health statistics 2019 summarizes recent trends and levels in life expectancy and causes of death, and reports on the health and health-related Sustainable Development Goals (SDGs) and associated targets. Where possible, the 2019 report disaggregates data by WHO region, World Bank income group, and sex : it also discusses differences in health status and access to preventive and curative services, particularly in relation to differences between men and women.

➢ Pour les années antérieures, consultez :
https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics

Geoffroy-Perez, B., Fouquet, A., Rabet, G., et al. (2018). « Programme Cosmop : surveillance de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle : Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1976 à 2005 ». Saint-Maurice, Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/programme-cosmop-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-selon-l-activite-professionnelle-analyse-de-la-mortalite-et-des-causes-de-deces-par-sec

Le programme de surveillance Cosmop a pour objectif principal de décrire de façon systématique et régulière, à l'échelle de la population française, la répartition des décès pour différentes causes, selon des caractéristiques professionnelles. Ce rapport dresse un bilan de l'exploitation des informations du Panel DADS de l'Insee, échantillon longitudinal représentatif de salariés en France, apparié aux causes médicales de décès du CépiDc de l'Inserm. Les résultats présentés illustrent la grande variété des indicateurs qu'il est possible de produire à partir de ces sources en fonction des questions posées. Ces indicateurs permettent de disposer d'une image représentative des situations professionnelles couvertes par le champ de la déclaration annuelle des données sociales à l'échelle nationale et d'apporter des éléments d'argumentation en cas de d'émergence de signaux sanitaires à l'échelle d'une population réduite d'actifs. La mise à jour régulière de ce type de base de données et leur exploitation périodique permettra d'étudier l'évolution de la mortalité en relation avec l'activité professionnelle sur les périodes plus récentes, de détecter des modifications des caractéristiques épidémiologiques en population, et d'objectiver ainsi des situations les plus à risque afin de guider la décision pour la mise en œuvre de mesures préventives.

(2017). L'état de santé de la population en France - Édition 2017. *E*tudes et Statistiques. Paris DREES
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie la 6e édition du rapport sur l'État de santé de la population en France, rédigé avec l'ensemble des producteurs de données. Cette édition 2017 du rapport L'état de santé de la population en France conjugue des approches transversales, par population, par déterminants et par pathologies, pour

illustrer l'état de santé globalement bon des Français. Il met également en lumière les principaux problèmes de santé auxquels est confronté notre pays et auxquels les politiques publiques doivent répondre.

Celant, N. Et Rochereau, T. (2017). L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Les rapports de l'Irdes : 566. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.pdf

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé protection sociale (ESPS) est un outil pluridisciplinaire qui explore les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. En 2014, en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), l'enquête ESPS a été le support de l'Enquête santé européenne (European Health Interview Survey-EHIS) qui devient, pour la France, la seule enquête généraliste sur le sujet représentative en population générale. L'année 2014 constitue ainsi la dernière vague du terrain de l'enquête ESPS dont les données de consommation de soins seront collectées et appariées aux données de l'Assurance maladie jusqu'en 2016. Pour la vague 2019 et les suivantes, prévues tous les six ans, la version française d'EHIS intègrera, en plus des questions européennes inscrites dans un règlement Eurostat, des questions spécifiques à la France sur la couverture complémentaire santé. En 2014, ESPS est représentative d'environ 95 % de la population vivant en ménage ordinaire en France. Selon les résultats de l'enquête, près d'une personne sur trois âgée de 15 ans ou plus déclare un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais. Près de 40 % évoquent un problème de santé chronique et un quart une limitation dans les activités du quotidien. Les catégories sociales les plus défavorisées déclarent globalement être en moins bonne santé que les autres. Environ 9 % des femmes et 5 % des hommes souffrent de symptômes dépressifs, ce qui place la France au huitième rang des 26 pays pour lesquels ces données sont disponibles. Concernant la couverture complémentaire santé, près de 5 % des personnes déclarent ne pas en avoir. L'absence de complémentaire santé concerne avant tout les populations les plus précaires, comme les personnes au chômage et celles disposant de faibles revenus. Malgré des dispositifs d'aide existants (Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)), le premier motif de non-recours demeure le coût trop élevé des contrats.

Grimaldi, A., et al. (2017). Les maladies chroniques : vers la 3e médecine, Paris : Odile Jacob

Vingt millions de Français souffrent de maladies chroniques, soit un tiers de la population – une véritable épidémie. Hier encore, on mourait de ces maladies, aujourd'hui, elles nous accompagnent toute notre vie. Diabète, cancers, hypertension artérielle, sida, insuffisance respiratoire, mucoviscidose, myopathies, maladies inflammatoires de l'intestin, polyarthrite rhumatoïde, asthme, lupus, insuffisance rénale, cirrhoses hépatiques, séquelles d'accidents vasculaires cérébraux, insuffisance cardiaque, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladies psychiatriques, maladie d'Alzheimer, obésité… La France doit à présent se doter de tous les moyens pour améliorer la vie de tous les patients atteints de ces maladies. Nous sommes entrés dans l'ère de la 3e médecine, véritable médecine de la personne, aux côtés de la médecine des maladies aiguës bénignes et de la médecine des maladies graves. Pour le patient, une nouvelle façon de vivre : pour le médecin, une nouvelle façon d'exercer son métier, à l'heure des grandes

avancées médicales et technologiques. Soixante-quatorze médecins, patients et experts se sont associés ici pour relever le défi des maladies chroniques.

Pisarik, J., et al. (2017). « État de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [223]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf

Près d'un tiers de la population métropolitaine âgée de 15 ans ou plus déclare que son état de santé est assez bon, mauvais ou très mauvais, d'après les premiers résultats de l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS 2014, menée auprès des ménages ordinaires (hors institution). Près de 40 % évoquent un problème de santé chronique et un quart une limitation dans les activités du quotidien. Ces indicateurs d'état de santé varient fortement selon les catégories socio-professionnelles, au détriment des catégories défavorisées, en particulier les ménages d'ouvriers non qualifiés. Presque une femme sur dix et un homme sur vingt présentent des symptômes dépressifs, qui s'accentuent à partir de 75 ans, et touchent particulièrement les ménages d'employés. Avec 7 % de personnes concernées, la France se situe dans la moyenne européenne. Parmi les facteurs de risque, l'excès de poids concerne 46 % de la population métropolitaine, le surpoids 31 % et l'obésité 15 %, soit moins que la plupart des autres pays européens participant à l'enquête. En revanche, 28 % des personnes fument, dont 22 % quotidiennement, soit un taux de fumeurs supérieur à la moyenne des pays européens. Ces deux facteurs de risque varient fortement selon les catégories socio -professionnelles, au détriment, notamment, des ménages d'ouvriers.

Bourdillon, F., et al. (2016). Traité de santé publique, Paris : Lavoisier Médecine Sciences

Cet ouvrage réalisé par des spécialistes du domaine synthétise toutes les informations disponibles et actualisées sur la santé publique en France. Les thèmes abordés sont regroupés selon les problématiques suivantes : les fondements de la santé publique (définition, réformes, déterminants...) : organisation du système de santé : politique de santé en France : enjeux contemporains de la politique de santé : enjeux internationaux.

Filipovic-Pierucci, A., et al. (2016). « L'état de santé des populations des départements d'outre-mer en 2012, comparativement à la métropole : une analyse de la base nationale de l'Assurance maladie. » Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique **64** (3) : 175-183.

Objectif : Cette étude, au travers de la consommation de soins, compare l'état de santé des assurés du régime général résidant dans les départements d'outre-mer (DOM) à ceux de la métropole, grâce au chaînage des bases de données médico-administratives. Cette étude met en évidence l'utilité de bases administratives pour appréhender et comparer l'état de santé de populations *via* la consommation de soins mais surtout d'en suivre les évolutions. Une stratégie de santé publique spécifique aux outre-mers est justifiée, prenant en compte les contextes locaux de chaque DOM et la nécessité d'actions afin d'infléchir la fréquence des maladies chroniques dans des contextes démographiques variés.

(2015). Santé en France : problèmes et politiques. Collection Avis et rapports. Paris La Documentation française
https ://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/9782110099815/index.shtml

La loi sur la santé publique de 2004 prévoit que le Haut Conseil de la santé publique établisse un rapport d'analyse des problèmes de santé de la population rendu public. L'étude porte sur les problèmes et les déterminants de santé et sur les stratégies de prise en charge en termes de politiques publiques. Une étude synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant…Le parti pris est celui de la concision : ni tableaux, ni courbes, ni cartes mais une tentative d'explication synthétique, pathologie par pathologie, âge par âge, déterminant par déterminant... Chacun (professionnels de la santé ou non) doit ainsi mieux comprendre l'étendue et la hiérarchie des problèmes de santé et l'action publique déployée à tous les échelons. Mobilisant des savoirs multidisciplinaires (épidémiologie, santé publique, sociologie, sciences politiques…), cet ouvrage témoigne des progrès accomplis comme aussi des innombrables enjeux qui restent à relever.

(2014). « Indicateurs de suivi de l'état de santé de la population. » Série Sources Et Méthodes - Document de Travail - Drees (44)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/indicateurs-de-suivi-de-letat-de-sante-de-la-population

L'objectif des travaux dont les résultats sont présentés ici était de mettre à jour, pour établir un état descriptif de l'état de santé de la population, la liste des indicateurs sur la base de l'expérience acquise depuis leur définition en 2005 et sur les mêmes thématiques, de l'évolution des systèmes d'information depuis cette date, et des propositions du Haut Conseil de la santé publique. Indépendamment du choix des objectifs stratégiques de la politique de santé, qui devraient être en nombre limité pour une période donnée, il semble en effet nécessaire de poursuivre la mise en commun et la publication régulière d'un ensemble d'indicateurs de suivi des principaux déterminants qui affectent la santé de la population, des principales pathologies et de l'état de santé de certains groupes de population.

(2014). Recueil d'indicateurs régionaux : offre de soins et état de santé, Paris : DREES
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-sources-outils-et-enquetes/hors-collection-1999-2015/recueil-dindicateurs-regionaux
Ce recueil d'indicateurs généraux, rapidement consultable et transportable, compile les résultats d'indicateurs courants disponibles, qui sont, par ailleurs, dispersés. Il esquisse un portrait sanitaire et social synthétique de chaque région en mobilisant à la fois des indicateurs de l'offre et de recours aux soins, de la consommation de soins, de l'état de santé de la population, issus des sources de référence, mais aussi des indicateurs démographiques et sociaux dont certains proviennent de l'ouvrage La France et ses régions, publié par l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) et mis à jour en 2014 selon la disponibilité des données.

Bahu, M., et al. (2014). « Le choix d'indicateurs de santé. L'exemple de l'enquête SIP 2006. » Série Sources Et Méthodes - Document de Travail - Drees (49) : 45.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/le-choix-dindicateurs-de-sante-lexemple-de-lenquete-sip

Ce document répertorie les variables disponibles sur la santé dans l'enquête, présente les indicateurs de santé qu'il est possible de construire avec ces variables, fournit les dénombrements essentiels sur ceux-ci en population générale et compare les résultats avec ceux d'enquêtes similaires. Il concerne à la fois la santé actuelle (au moment de la vague 2006 de l'enquête) et la santé passée grâce à la biographie établie en 2006. Les variables recueillies sur la santé des enquêtés en 2010 sont les mêmes qu'en 2006. Quelques éléments complémentaires ont été recueillis mais ne permettent pas la construction d'indicateurs synthétiques nouveaux. Le recueil sur les événements de santé vécus entre 2006 et 2010 ne relève pas du même protocole que le recueil biographique réalisé en 2006. Il ne peut donc faire l'objet d'une approche cumulative actualisant les indicateurs présentés ici. Les nouveautés de 2010 ne sont pas abordées dans ce document.

Celant, N., et al. (2014). Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Les rapports de l'Irdes : 556. Paris IRDES
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.pdf
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/198-l-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2012-premiers-resultats.pdf

Conduite par l'Irdes depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) est un outil qui explore à l'échelon national (France métropolitaine) les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. La périodicité biennale de l'enquête, son lien avec les données de prestations de l'Assurance maladie et sa dimension longitudinale permettent d'alimenter le suivi et l'évaluation des politiques en santé, d'analyser finement les déterminants du recours aux soins et de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. En 2012, l'enquête ESPS a interrogé plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus. Le rapport décrit les objectifs ainsi que la méthodologie de l'enquête et présente des travaux de recherche s'appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS 2012. Sont explorés les déterminants du don du sang, la mesure de la fragilité des personnes âgées dans les enquêtes ESPS et SHARE et les déterminants de la demande d'assurance du risque de dépendance.

➢Pour les années antérieures, consultez : https ://www.irdes.fr/recherche/enquetes/esps-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale/bibliographie.html

8.2 GROUPES DE POPULATION

8.21 Enfant

(2024). "Avis du Conseil de l'enfance et de l'adolescence Santé mentale, Grande cause nationale 2025 : le HCFEA poursuit ses travaux et renouvelle l'alerte sur l'aide et les soins face à la souffrance psychique des enfants et des adolescents". Paris, H.C.F.E.A.
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/hcfea_avis_sme_renouveler_lalerte.pdf

En 2024, la mise à jour des données et de nouvelles études renforcent ces constats. Le HCFEA pointe la dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents encore en 2024, et le risque de substitution des pratiques de première intention par le médicament, y compris faute de capacité à répondre et dans des délais raisonnables de la part d'un système de soins en grande difficulté. Il réitère l'importance de la prévention, de réponses thérapeutiques diversifiées, d'un accompagnement des familles, et d'une coordination des acteurs à l'échelle du bassin de vie des enfants. Le Conseil de l'enfance et de l'adolescence portera son attention sur la mise en œuvre de la feuille de route ministérielle présentée lors des Assises de la pédiatrie, et des priorités présentées par le gouvernement dans le cadre de la Grande cause nationale.

Gras le Guen, C. et Taquet, A. (2024). "Investir dans la santé de l'enfant : une urgence nationale". Paris, Ministère chargé de la Santé
https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/remise-du-rapport-sur-la-sante-de-l-enfant

Ce rapport est le fruit de travaux qui se sont organisés autour de l'enfant et de ses besoins. Six axes de travail ont structuré la réflexion, les concertations, et les recommandations formulées par le Comité d'Orientation : Garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture ;Améliorer le parcours en santé des enfants les plus fragiles ; Relever le défi de la santé mentale des enfants ; Mieux prévenir pour améliorer la santé globale des enfants ; Renforcer la formation professionnelle et faire évoluer les métiers de la santé de l'enfant ; Améliorer les connaissances et les pratiques en santé de l'enfant par la recherche, l'évaluation et favoriser les pratiques innovantes.

Monnier-besnard, S., Decio, V. et Delome, R. (2024). "Premiers résultats de l'étude nationale Enabee sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 3 à 6 ans scolarisés en maternelle en France hexagonale". Saint-Maurice, Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enabee-etude-nationale-sur-le-bien-etre-des-enfants/documents/premiers-resultats-de-l-etude-enabee-sur-le-bien-etre-et-la-sante-mentale-des-enfants-de-6-a-11-ans-en-france-metropolitaine

La santé mentale et le bien-être des enfants sont des préoccupations majeures de santé publique, pouvant influencer les apprentissages, la vie sociale et, à court, moyen ou long terme, leur état de santé futur. À ce jour, nous ne disposions pas de données objectivant la santé mentale et le bien-être des enfants de 3 à 11 ans en population générale en France. Afin de pallier ce manque, Santé publique France a mené « l'Étude nationale sur le bien-être des enfants » pour la première fois en 2022 (Enabee 2022), avec le soutien du ministère chargé de la santé et du ministère de l'Éducation nationale. Enabee 2022 est la première étude nationale visant à mesurer la santé mentale et le bien-être des enfants scolarisés à l'école maternelle (enfants âgés de 3 à 6 ans) et élémentaire (enfants âgés de 6 à 11 ans) en France hexagonale. Cette étude a vocation à être répétée à intervalles réguliers afin de mieux comprendre comment évoluent la santé mentale et le bien-être des enfants en France.

Mouton, S., Benyamina, A. et Jonathan, B. (2024). "Enfants et écrans, à la recherche du temps perdu". Orléans, FNAME
https://www.vie-publique.fr/rapport/293978-exposition-des-enfants-aux-ecrans-rapport-au-president-de-la-republique

A l'initiative du Président de la République, une Commission constituée d'experts issus de la « société civile » pour évaluer les enjeux attachés à l'exposition des enfants aux écrans et formuler des recommandations.

(2023). "Regards choisis et croisés sur la prévention dans le domaine de la santé". Paris, I.H.E.P.S. https://www.calameo.com/read/004310504b7d69ef73795

L'intérêt de la prévention en santé est souvent rappelé pour, en même temps, regretter son insuffisante prise en compte dans nos politiques publiques. Il est exact que nous avons un système qui est prioritairement construit autour de la consommation de soins. Ce sont les actes des professionnels, les séjours hospitaliers, les prescriptions de médicaments ou de dispositifs médicaux qui mobilisent la quasi-totalité des financements par l'assurance maladie. Le débat public insiste souvent sur le fait que l'évitement de la maladie ou du moins ce qui pourrait éventuellement en retarder l'apparition n'est pas suffisamment valorisé. C'est sans doute vrai. Pourtant, quand on regarde diverses actions conduites par les pouvoirs publics ou par différents organismes de protection sociale, la démarche préventive prend une certaine réalité. Cette brochure aborde les actions de prévention santé qui pourraient s'inscrire à certains âgés de le vie (petite enfance, jeunes adultes) et au travail (séniors avant la retraite).

Vandentorren, S. et Gorza, M. (2023). "Mieux intégrer les déterminants sociaux dans la promotion de la santé des enfants en France." Seve : les tribunes de la sante(77): 15-26. https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante-2023-3-page-15.htm

L'état de santé des enfants est un marqueur important de la santé globale de la population. Or en France, les indicateurs de santé disponibles pour la période périnatale et l'enfance montrent que des inégalités sociales de santé se forment dès la grossesse puis persistent durant l'enfance. Ces inégalités sont le résultat de la combinaison complexe des différents déterminants de la santé (structuraux et intermédiaires) via l'influence de mécanismes biologiques et socio-écologiques qui sont aujourd'hui de mieux en mieux connus. Pour réduire ces inégalités, il est essentiel d'intervenir tôt dans la vie des enfants et de leurs parents. L'état des connaissances actuelles plaide pour des stratégies d'actions intersectorielles, notamment pour répondre au besoin d'un environnement relationnel stable et réceptif assurant sa sécurité affective et relationnelle. Il est également important de soutenir les interventions qui permettent aux enfants de devenir acteurs de leur santé. Enfin, l'action sur les déterminants sociaux des inégalités, en améliorant les conditions de vie des familles, constitue un puissant levier d'action pour le développement, la santé et le bien-être des enfants et de leurs familles.

(2022). "Professionnels de santé et offre de soins pour les enfants : enjeux quantitatifs et qualitatifs". Paris HCSP
https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20220428_profdesantetoffrdesoinpourlesenf.pdf

L'expertise de soins au service des enfants est abordée sur deux aspects complémentaires. D'un côté, un bilan précis de l'offre démographique des professionnels de santé spécialisés. Ce bilan reflète les difficultés actuelles, et permet d'anticiper l'évolution à venir si rien n'est fait pour enrayer les tendances actuellement observées. De l'autre, dans le cadre d'une coexistence des

professions, il importe de préciser les compétences, la formation, l'expertise de ces professionnels de santé amenés à prendre en charge les enfants et d'avoir une vision claire de leur formation. Enfin de nouvelles compétences et de nouveaux besoins émergents pourraient susciter de nouvelles attributions. Le HCSP s'est autosaisi de la question de l'offre de soins de santé pour les enfants. Ce rapport dresse un bilan aussi précis que possible de la démographie des professionnels de santé œuvrant pour de la santé de l'enfant, spécialistes d'une part et généralistes de l'autre, en traçant les évolutions possibles, permettant de proposer de véritables parcours de soins pour les enfants, distinguant des soins primaires et secondaires articulés avec les soins tertiaires de référence. La description des compétences et formations des professionnels permet d'analyser leurs compétences, la place qu'ils peuvent occuper dans cette organisation des soins. Sur ces bases, le HCSP propose 31 recommandations déclinées par profession ou secteur (pédiatres et médecins généralistes ; chirurgie pédiatrique; pédopsychiatrie ; médecine scolaire ; infirmières puéricultrices ou non, psychomotriciens).

(2022). "Surpoids et obésité chez l'enfant et l'adolescent : Des outils pour améliorer le parcours de soins". Saint Denis : HAS
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3321295/fr/guide-du-parcours-de-soins-surpoids-et-obesite-chez-l-enfant-et-l-adolescent-e

Ce guide décrit les soins, l'accompagnement et le suivi médical de l'enfant/l'adolescent(e) en situation de surpoids ou d'obésité. Il réaffirme l'importance d'un dépistage précoce couplé à une évaluation des habitudes de vie. Il détaille le rôle de chacun des professionnels impliqués dans le parcours, et revient sur les situations dans lesquelles ils peuvent être sollicités. Dès le diagnostic et l'annonce du surpoids ou d'une obésité, la coordination entre les professionnels impliqués dans le parcours, la prévention de la stigmatisation, la communication avec les familles, la co-construction d'un projet de soins personnalisé sont autant d'enjeux au cœur de ce parcours.

Host, S., et al. (2022). "Bénéfices attendus de la mise en œuvre d'une zone à faibles émissions mobilité sur la santé des enfants : cas de l'agglomération parisienne." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)(19-20): 354-360.
https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/air/documents/article/mortalite-attribuable-a-la-pollution-atmospherique-en-ile-de-france.-quelle-evolution-depuis-10-ans-et-quels-benefices-d-une-amelioration-de-la-qua

La mise en oeuvre de zones à faibles émissions mobilité (ZFE-m), dispositifs emblématiques de la lutte contre la pollution atmosphérique, se heurte parfois à un manque d'acceptabilité sociale. Afin d'accompagner le dimensionnement de ces zones, l'Observatoire régional de santé (ORS) d'Île-de-France a développé, avec Airparif et Santé publique France, une approche innovante d'évaluation prospective de leurs bénéfices sanitaires. Une illustration des bénéfices attendus en matière de survenue de pathologies chez l'enfant (asthme et faible poids de naissance) est présentée dans cet article.

Millet, G. (2022). "Report Card sur l'activité physique et la sédentarité de l'enfant et de l'adolescent. Edition 2022". Clermont Ferrand Onaps,
https://www.activehealthykids.org/wp-content/uploads/2024/05/france-report-card-long-form-2022.pdf

Ce RC2022 propose une amélioration de plusieurs indicateurs, résultat positif et encourageant au regard du contexte sanitaire traversé depuis mars 2020, même si une stabilisation à un niveau de notation bas de l'indicateur sur les comportements sédentaires des enfants et adolescents est à noter. La première analyse de l'ensemble des indicateurs dans le contexte particulier du handicap souligne ô combien il est important de faire progresser nos stratégies de promotion de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité, dans un esprit et objectif d'inclusion et d'intégration, au service de la santé de tous.

Cour des Comptes (2021). "La santé des enfants". Paris Cour des comptes.
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-des-enfants

Les inégalités de santé dans l'enfance sont marquées (chapitre I). Cependant l'insuffisante coordination d'ensemble et la complexité de la gouvernance et du pilotage réduisent l'efficacité et la lisibilité de cette politique de réduction des inégalités de santé dans l'enfance. Des outils et mécanismes à vocation universelle visant à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé existent, mais leurs résultats n'ont qu'une portée limitée en raison des difficultés à atteindre toutes les catégories de la population (chapitre II). Alors que les acteurs historiques comme la médecine scolaire et la protection maternelle et infantile (PMI), et plus largement les médecins spécialisés en santé de l'enfant sont en situation de fragilité, il conviendrait de réorganiser l'ensemble de la prise en charge pour redéfinir le parcours de santé des enfants autour de la prévention et du médecin traitant, en l'inscrivant dans un cadre d'action territorialisé adapté aux besoins et aux ressources du territoire, et en s'appuyant sur le levier de la transformation numérique (chapitre III).

(2019). Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants 2018-2019. Paris HCFEA
https ://www.strategie.gouv.fr/publications/donnees-etudes-publiques-mieux-centrees-enfants-annee-2018-2019

De nombreuses politiques publiques touchent à la vie des enfants et des adolescents, à travers des institutions, services, ou dispositifs pour prévenir, accueillir, soigner, éduquer ou protéger. Dans la plupart des études scientifiques, et dans ces politiques publiques, les champs de la famille et de l'enfance sont à juste titre reliés, bien que l'angle de vue puisse être différent. Mais pouvoir aborder l'enfant dans une multifocale, croisant les dimensions et les contextes, modifierait utilement l'angle du regard et donc l'élaboration des priorités et politiques publiques. Ce rapport a identifié une grande richesse de bases de données administratives et d'enquêtes disponibles en France sur les enfants, qui instruisent une partie des dimensions nécessaires au pilotage des politiques publiques sur les enfants, le cas échéant à partir de données bâties sur les familles et les ménages ou les dispositifs. Mais un certain nombre d'améliorations mériteraient d'être apportées, qui permettront à notre infrastructure des données de contribuer à une politique de l'enfance plus éclairée, mieux ajustée, et plus articulée entre les différentes administrations et niveaux de décision et de la mise en œuvre.

Aujard, Y., Billette, Devillemeur, A., Colson, S., et al. (2019). Le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. Paris HCSP
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine ?clefr=744

Ce rapport constitue un inventaire des sources de données sur l'enfant, puis analyse les domaines traités en appréciant l'intensité et la qualité des dispositifs de suivi. Il propose un ensemble de recommandations portant sur les aspects et les déterminants de la santé de l'enfant qu'il est indispensable de mieux documenter ou de suivre, pour contribuer à évaluer les politiques publiques vis-à-vis des enfants et des axes de recherche à développer. Ce rapport est complété par un avis relatif aux données de recherche et études sur la santé et le développement global de l'enfant du Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) et du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA).

Duche, P., Billette-De-Villemeur, A., Com-Ruelle, L., et al. (2019). Analyse des données scientifiques : effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Paris HCSP
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine ?clefr=759

Les écrans font aujourd'hui partie du quotidien. L'analyse de la littérature apporte des éléments contradictoires de l'effet des écrans sur le développement cognitif de l'enfant et sur les troubles de la santé mentale. Les conséquences sur le sommeil sont établies et sont plus importantes si le temps d'utilisation augmente. Ce sont les comportements associés qui sont responsables de l'augmentation du surpoids : prises alimentaires augmentées, temps de sommeil réduit et qualité de sommeil altérée. Les chercheurs font état d'un risque significatif lorsque les enfants et les adolescents ont accès à des contenus sexuels et pornographiques, ou violents. Les écrans peuvent avoir des effets positifs dans des situations précises. Il existe des différences de comportements vis-à-vis des écrans en fonction des catégories sociales. Cette publication constitue le volet : analyse scientifique de l'étude.

Duche, P., Billette-De-Villemeur, A., Com-Ruelle, L., et al. (2019). Avis relatif aux effets de l'exposition des enfants et des jeunes aux écrans. Paris HCSP
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine ?clefr=759

Les écrans font aujourd'hui partie du quotidien. L'analyse de la littérature apporte des éléments contradictoires de l'effet des écrans sur le développement cognitif de l'enfant et sur les troubles de la santé mentale. Les conséquences sur le sommeil sont établies et sont plus importantes si le temps d'utilisation augmente. Ce sont les comportements associés qui sont responsables de l'augmentation du surpoids : prises alimentaires augmentées, temps de sommeil réduit et qualité de sommeil altérée. Les chercheurs font état d'un risque significatif lorsque les enfants et les adolescents ont accès à des contenus sexuels et pornographiques, ou violents. Les écrans peuvent avoir des effets positifs dans des situations précises. Il existe des différences de comportements vis-à-vis des écrans en fonction des catégories sociales. Cette publication constitue l'avis du Haut Conseil sur le sujet.

Gorza, M. C. Et Bolter, F. C. (2019). « Les besoins fondamentaux des enfants : dossier. » Santé En Action (La) [447]

Les connaissances dont nous disposons sur les besoins fondamentaux de l'enfant se sont considérablement développées au cours des dernières décennies. Les travaux réalisés par les précurseurs avaient révélé à quel point l'environnement social et affectif était vital pour le développement du petit enfant. Les recherches plus récentes – y compris en neurosciences affectives et sociales – sont venues confirmer ces travaux pionniers. Le Center on the Developing

Child de l'université de Harvard les a synthétisés et a ainsi défini trois fondements qui constituent le socle d'un développement sain des enfants : des relations stables et réceptives indispensables pour le développement d'interactions cohérentes, stimulantes et protectrices entre jeunes enfants et adultes : des environnements physiques, chimiques et bâtis sûrs et favorables : et une nutrition adaptée.

Pisarik, J. (2019). « Neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix sont en bonne santé, malgré des disparités liées à leur situation vis-à-vis de l'emploi. » Etudes Et Résultats (1134)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1134.pdf

L'état de santé des jeunes adultes est très satisfaisant en moyenne : près de neuf jeunes de 18 à 24 ans sur dix se perçoivent en bonne ou très bonne santé et ils déclarent peu de maladies chroniques (14 %) ou de restrictions d'activités (8 %). Pour la première fois, l'enquête nationale sur les ressources des jeunes, permet d'aller au-delà de ce constat général et d'éclairer la situation de groupes particuliers en matière de santé perçue, de couverture et de recours aux soins en les comparant à l'ensemble des jeunes adultes. Les jeunes chômeurs ou inactifs (hors étudiants) et les jeunes cumulant emploi et études déclarent ainsi un moins bon état de santé perçu. C'est aussi le cas pour les jeunes les moins diplômés et ceux qui n'habitent plus chez leurs parents. Ces écarts s'observent également pour la couverture par une complémentaire santé et pour le renoncement aux soins. Si 92 % des jeunes sont couverts par une complémentaire, ils ne sont que 85 % parmi les jeunes chômeurs ou inactifs. Ces derniers déclarent plus souvent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois : 7 % ont ainsi renoncé à consulter un médecin, et 6 % un dentiste, contre 4 % de l'ensemble des jeunes adultes pour chacun de ces professionnels de santé.

Safon, M. O. (2019). « La santé des enfants en France : bibliographie thématique ». Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-des-enfants-en-france.pdf

S'intéresser à la santé des enfants, c'est aussi s'intéresser à la santé des adultes de la prochaine génération et l'enjeu consiste à conduire les enfants à la vie d'adulte dans les meilleures conditions possibles pour chacun. Sans prétendre à l'exhaustivité, l'objectif de cette bibliographie est de recenser les principales sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels…) sur la santé des enfants en France pour la période s'étendant de 2000 à 2018. Quelques études internationales sont référencées. Les aspects ciblés sont les suivants : Éléments de contexte sociodémographiques et socio-économiques : État de santé et recours aux soins : Quelques aspects spécifiques : périnatalité, soins bucco-dentaires, obésité, vaccination.

Pomarede, R., et al. (2017). « La santé des jeunes. » Actualité et Dossier en Santé Publique (100) : 35-48.

Dès 1995, dans le premier dossier consacré aux jeunes, on constatait que, si globalement les indicateurs décrivant leur état de santé s'amélioraient, il demeurait des problèmes spécifiques, comme la souffrance psychique ou la consommation de produits psychoactifs. En 2014, un nouvel état des lieux mettait en exergue les inégalités sociales et leur poids dans la construction du capital santé des individus dès leur enfance.

(2016). L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin. Paris Le Défenseur des droits
https://juridique.defenseurdesdroits.fr/index.php?lvl=notice_display&id=18980

Ce rapport tente de répondre aux questions suivantes : Les enfants placés au titre de la protection de l'enfance sont-ils bien soignés ? Quelle effectivité de leurs droits à la santé et aux soins ? La prise en compte de la santé des enfants placés est d'autant plus importante que leur exposition plus fréquente à la précarité et à des situations de vulnérabilité particulière ont pu participer à dégrader leur état de santé et à les éloigner des soins et politiques de prévention. Aussi, la prise en charge de ces enfants au titre de leur protection prend-elle en compte ces problématiques renforcées de santé ?

(2015). Parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques. Paris Commission Nationale de la Naissance et de la Santé de l'Enfant.
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Parcours_de_soins_des_enfants_atteints_de_maladies_chroniques.pdf

Organiser le parcours de soins de tous les enfants atteints d'une maladie chronique et améliorer leur qualité de vie sont des objectifs majeurs. Les prévalences diverses des différentes maladies impliquent des schémas différents d'organisation du parcours de soins. L'évolution de certaines maladies chroniques peut entraîner la survenue d'un handicap, devenant ainsi un facteur aggravant de la maladie. La réflexion sur le parcours de soins des enfants atteints d'une maladie chronique doit intégrer la complexité liée à l'âge et aux différentes phases d'acquisition de l'autonomie de l'enfant. Chaque tranche d'âge a ses spécificités. L'âge et le développement de l'enfant sont à considérer au même titre que la maladie elle-même, ce qui fait la spécificité de la prise en charge de l'enfant. En conséquence, les modèles retenus pour les maladies chroniques des adultes ne peuvent s'appliquer tels quels au parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique. Ce document traite du parcours de soins des enfants atteints de maladie chronique somatique, y compris de ses conséquences sur le développement et l'état de santé psychique des enfants. Les troubles psychiatriques chroniques et les troubles envahissants du développement ne sont pas traités dans ce document (tiré de l'introduction).

Dreux, C. (2014). La prévention en santé chez les adolescents. Paris Académie nationale de médecine.
https ://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2014/06/DreuxPr_%C3_%A9vention-rapport-17.6.14final1.pdf

Près de 90 % des adolescents de 12 à 18 ans s'estiment en bonne santé, mais on observe chez certains d'entre eux des comportements à risque pouvant entraîner des troubles irréversibles pour leur devenir. Il s'agit en particulier de l'usage des drogues légales et illégales, de troubles psycho comportementaux pouvant conduire au suicide, d'une sexualité naissante mal contrôlée, d'habitudes alimentaires défavorables associées à la sédentarisation, d'une consommation excessive et peu contrôlée des technologies d'information et de communication (TICS) par ailleurs indispensables aujourd'hui. Pour tenter d'informer objectivement les adolescents, les méthodes de communication ciblées sur les adultes sont impuissantes et il faut mettre en place des actions spécifiques faisant appel, notamment, aux groupes de jeunes, les pairs, ayant suivis une formation adaptée pour éviter la stigmatisation des ados souvent victimes de groupes de pression ou du sectarisme de certains « éducateurs « .Le rôle de la famille, de l'école, de la médecine scolaire (à

refondre) est capital surtout dans la préadolescence (6-12 ans). L'accent est mis sur l'importance des activités physiques et sportives sur le plan de la santé mais aussi au niveau psycho-comportemental. Une attention particulière doit se porter sur les jeunes issus de milieux défavorisés. La prévention « humaniste « et le développement du lien social doivent constituer la base de nos actions.

8.22 Femmes

Vallée, A. et Ayoubi, J.-M. (2025). "Aborder les disparités de genre en France pour promouvoir l'équité en matière de santé des femmes." Santé Publique **Prépublications**(0): I47-VII. https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-0-page-I47

Malgré l'ancrage ferme de l'égalité des genres dans les lois et les valeurs de nos sociétés Modernes, des disparités indéniables entre les genres continuent d'exister. Il est important de noter que ces disparités de santé entre les genres ne résultent pas seulement des différences biologiques, mais aussi des dynamiques sociologiques et du système de santé français. La première cause de mortalité chez les femmes n'est pas le cancer, mais les maladies cardio-vasculaires. Le cancer occupe la deuxième position, le cancer du sein étant la principale cause de leur mortalité. Malgré un très grand nombre de cas, l'endométriose reste trop peu connue et diagnostiquée tardivement, avec un délai moyen de sept ans en France. La ménopause est un état physiologique chez la femme, mais divers problèmes de santé peuvent progressivement se manifester, tels que le syndrome climatérique. En plaçant la santé des femmes au cœur des préoccupations, nous pouvons transformer cette situation inacceptable en une victoire pour l'égalité des sexes et la justice en matière de santé.

Gomes, E., et al. (2023). "Rapport de surveillance de la santé périnatale en France 2010-2019". Saint Maurice : Santé Publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france-2010-2019

Ce rapport rassemble des indicateurs clés de l'épidémiologie périnatale en France et décrit de manière inédite, dans une analyse multisources, l'évolution de la santé périnatale pour la période 2010-2019 (2014-2019 pour Mayotte) dans une perspective nationale et régionale

Cinelli, H., et al. (2022). "Enquête nationale périnatale. Rapport 2021. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2016". Paris Inserm
https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf

Ce rapport décrit l'état de santé des mères et des nouveau-nés, leurs caractéristiques, les pratiques médicales durant la grossesse et au moment de l'accouchement, et les caractéristiques des lieux d'accouchements en France. Comme pour les enquêtes précédentes, les résultats présentent une description de la situation périnatale en 2021 et les évolutions depuis l'enquête nationale périnatale de 2016. L'édition 2021 de l'enquête nationale périnatale (ENP) s'est enrichie d'un suivi à 2 mois pour les femmes l'ayant accepté, permettant de décrire pour la 1ère fois, l'état de santé des mères à deux mois du post-partum, le vécu de leur accouchement, l'organisation du

retour à domicile et l'état de santé des enfants durant les deux premiers mois de vie. Les données de l'ENP 2021 seront également appariées à celles du système national des données de santé (SNDS) pour des analyses ultérieures.

8.22 Migrants

Tortelli, A. (2024). "Droit et santé mentale des migrants, quels liens ?" Journal de droit de la santé et de l' assurance maladie(40): 38-42 p.

Le risque augmenté de développement de troubles psychiatriques chez les migrants par rapport à la population native est étroitement lié à des facteurs environnementaux, dont l'accès aux droits dans toutes ses représentations. Ces facteurs ont un impact sur leur rétablissement et doivent être pris en considération dans le projet de soins.

Bodier, M., Le, J., Le Minez, S., et al. (2023). "Immigrants et descendants d'immigrés : édition 2023". Montrouge, I.N.S.E.E.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/6793391

Après une définition des concepts liés à la migration, cet ouvrage dresse une vue d'ensemble de la situation des descendants d'immigrés en France. Il comporte des fiches thématiques : population issue de l'immigration, flux d'immigration et trajectoires migratoires, éducation et maîtrise de la langue, situation sur le marché du travail, conditions de vie (avec des volets sur le recours aux soins et le handicap), vie sociale.

Centre Primo Levi. (2024). "Santé mentale des personnes exilées, une souffrance invisible". Paris, Centre Primo Levi
https://primolevi.org/actualites/rapport-sante-mentale-des-personnes-exilees-une-souffrance-invisible.html

Ce rapport alerte sur le problème de santé publique que constitue la souffrance psychique des exilés et formule des recommandations pour améliorer l'offre de soins en santé mentale de ces personnes. Il propose une meilleure prise en compte de la souffrance psychique des personnes exilées à toutes les étapes du parcours de la demande d'asile; l'adapter du droit commun à la souffrance psychique des personnes exilées; le placement des questions relatives à la santé, notamment mentale, des étrangers sous la compétence exclusive du ministère de la Santé et de la Prévention; l'accueil effectif aux personnes exilées, notamment à travers une meilleure articulation des dispositifs.

Marsaudon, A., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2023). "Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État." Questions d'economie de la sante (Ides)(280)

L'Aide médicale de l'État (AME) est une assurance santé publique et gratuite destinée aux personnes étrangères en situation irrégulière. L'AME permet notamment d'accéder sans reste à charge aux cabinets du généraliste ou du spécialiste. Dans quelle mesure l'AME améliore-t-elle

l'accès et l'usage des services de santé des personnes qui en bénéficient ? Dans ce Questions d'économie de la santé, nous étudions si les personnes étrangères en situation irrégulière couvertes par l'AME ont un recours aux soins différent de celles qui seraient éligibles mais non couvertes, tant en termes de services de santé visités que de lieux de soins usuels. Issus des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 à Paris et dans l'agglomération de Bordeaux, les résultats montrent que la couverture par l'AME est associée à un non-recours aux services de santé moins fréquent. Quand la durée de la couverture par l'AME augmente, la probabilité de consulter en cabinet médical ou en centre de santé s'accroît, alors que celle de recourir aux urgences ou dans une association diminue. De plus, les personnes couvertes ont une plus grande probabilité de déclarer comme lieu de soin usuel un cabinet médical ou un centre de santé. L'AME apparaît donc favoriser une meilleure intégration dans le système de santé, ses bénéficiaires substituant aux lieux de soins dédiés aux populations vulnérables des cabinets médicaux et centres de santé. Ces modes de recours sont susceptibles d'améliorer la prise en charge des personnes dont l'état de santé nécessite un suivi régulier.

Prieur, C., et al. (2022). "Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France." Questions d' Economie de la Santé (IRDES)(266)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/266-une-personne-sans-titre-de-sejour-sur-six-souffre-de-troubles-de-stress-post-traumatique-en-france.pdf

Les Troubles de stress post-traumatique (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle. Ces troubles nécessitent une prise en charge spécialisée. Pour les personnes sans titre de séjour, la migration peut avoir donné lieu à des expériences traumatiques sur le parcours migratoire ou dans le pays d'accueil, qui peuvent s'ajouter à des traumatismes plus anciens survenus dans le pays d'origine, alors que les conditions de vie sur le sol français sont susceptibles de favoriser le développement de TSPT. Quelle est la prévalence des troubles de stress post-traumatique au sein de cette population encore mal connue ? Comment les conditions de migration et les conditions de vie dans le pays d'accueil jouent-elles sur leur prévalence ? Quel est l'accès à l'Aide médicale de l'Etat (AME) des personnes qui en souffrent ?

Marsaudon, A., et al. (2020). "Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour." Questions d'Economie de la Sante (Irdes)(253)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/253-anticiper-les-consequences-de-l-epidemie-covid-19-et-des-politiques-de-confinement-pour-les-personnes-sans-titre-de-sejour.pdf

À partir des données de l'enquête Premiers pas, réalisée en 2019 auprès de personnes étrangères sans titre de séjour et de structures leur proposant de l'assistance, cette étude éclaire les risques encourus par cette population du fait de l'épidémie et des confinements successifs. La vulnérabilité des personnes sans titre de séjour aux facteurs de risque médicaux, leur situation économique ainsi que leurs problèmes de santé mentale les rendent plus fragiles aux conséquences de la mise en quarantaine. Alors qu'un second confinement est en place, il est important d'en anticiper les conséquences sur une population mal connue. Ce Questions d'économie de la santé s'inscrit dans la suite des travaux menés à partir de l'enquête Premiers pas sur la santé et l'accès aux soins des personnes étrangères sans titre de séjour en France. Il

vient compléter trois autres Questions d'économie de la santé. Le premier revenait sur l'histoire des droits des personnes étrangères sans titre de séjour en France et dressait un état des lieux des connaissances concernant l'Aide médicale de l'État (AME). Le second présentait la méthodologie de l'enquête et le troisième était consacré à l'analyse de l'accès à l'AME.

Andre, J. M. Et Fassin, D. P. (2019). La santé des migrants en question (s), Paris : Éditions Hygée

Depuis 2015, l'arrivée de populations d'Afrique et du Moyen-Orient en Europe a cristallisé les tensions politiques entre pays membres, divisés face à la « crise migratoire « . Mais, au-delà des discours alarmistes et/ou extrémistes, il apparaît que cette « crise « est moins liée au flux migratoire qu'à la gestion des conditions d'accueil. Quel est l'état de santé des migrants ? Comment accèdent-ils aux soins ? Quel est le rôle et le quotidien des professionnels de santé et acteurs de la solidarité ? À travers ces thématiques, des experts répondent, études et chiffres à l'appui, à certaines idées reçues sur les migrants (porteurs de maladies transmissibles, profitant du système de protection sociale français…) et décrivent les insuffisances des conditions d'accueil.

Bouchaud, O. (2019). « Santé des migrants (I) : données générales et accès aux soins. » Revue Du Praticien 69 (5) : 545-572.

Bouchaud, O. (2019). « Santé des migrants (II) : situations de vulnérabilité. » Revue Du Praticien 69 (6) : 667-686.

Dupont, E. (2019). « Accès aux soins primaires des mineurs isolés étrangers dits « mineurs non accompagnés ». » Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 15 (10) : 445-451.

Les mineurs non accompagnés (MNA) constituent un groupe vulnérable significatif. Ils nécessitent un accompagnement médical individualisé prenant en compte leur parcours et leur environnement : les médecins généralistes pourraient être des interlocuteurs privilégiés. Cependant, la complexité de leurs parcours et la situation administrative inhabituelle dans laquelle ils se trouvent peuvent être à l'origine d'inquiétudes chez les médecins. Un bilan de santé est recommandé dès l'étape d'évaluation de leur minorité effectuée par les conseils départementaux. Se pose alors la question de la possibilité de ces soins sans le consentement des titulaires de l'autorité parentale ou d'un représentant légal.

HCSP (2019). Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. Paris HCSP
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine ?clefr=753

Un rendez-vous santé initial est recommandé pour la population vulnérable des enfants étrangers isolés. Ce rendez-vous santé n'a pas pour objet de déterminer l'âge de l'enfant. Il est à dissocier de la procédure d'évaluation sociale. Le HCSP rappelle que ces enfants ont les mêmes droits à la santé et aux soins que tout autre enfant sur le territoire (priorité de l'intérêt de l'enfant, soins complets et gratuits, protection socioéducative). Ce rendez-vous santé, si possible organisé en deux étapes, peut être assuré par un personnel infirmier par délégation de compétence d'un médecin référent, avec l'aide d'un interprète professionnel si besoin et l'articulation avec un réseau de soins spécialisé incluant des soins psychiques, lorsque nécessaire. Il s'agit du premier temps de la mise en place d'un parcours de soins et de l'ouverture de droits à l'assurance maladie. L'enfant étranger isolé doit donner son consentement pour chaque soin, notamment pour les

procédures de dépistage et de rattrapage vaccinal. L'enfant, accompagné par un adulte en qui il a confiance, est adressé aux différentes structures de soins préalablement identifiées. Le HCSP décline ses recommandations en termes de prise en charge des soins, continuité du parcours de soins adapté aux pathologies somatiques et/ou psychiques identifiées, organisation au sein et entre les départements et propose une trame de guide d'entretien et de prise en charge initiale pour ce rendez-vous santé ainsi qu'un livret de santé.

Safon, M. O. (2018). La santé des migrants, Paris : Irdes.

L'étude de la santé des migrants est intéressante à plusieurs titres. En épidémiologie descriptive, elle relève d'une démarche d'investigation utilisée autrefois pour apprécier la part de l'environnement dans la genèse des maladies chronique. En santé publique, elle entre dans le champ de l'examen des populations vulnérables. Mais il s'avère très difficile d'avoir une vision globale de l'état de santé des migrants, d'une part pour des raisons idéologiques, d'autre part du fait de la diversité des populations, des biais de déclaration dans les enquêtes ou de la sous-estimation des données de mortalité, car les migrants gravement malades retournent souvent dans leur pays d'origine. Quel est aujourd'hui l'état de santé des personnes résidant en France ou à l'étranger ayant vécu une migration ? Quels sont leurs modes d'accès aux soins et à la prévention, quel est leur comportement de santé ? L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels…) sur l'ensemble de cette problématique. Le périmètre géographique étudié concerne la France, les pays de l'Union européenne, les Etats-Unis, le Canada et l'Australie.

Desgrees Dulou, A. (2018). « Migrations et santé : des (nouvelles) questions de santé publique au cœur des enjeux sociétaux. » Questions De Sante Publique (34)
https://iresp.net/wp-content/uploads/2022/09/IRSP_34_2018034.pdf

Les migrations constituent un des moteurs majeurs des dynamiques des populations. Elles sont pourtant encore trop peu étudiées sous l'angle de la santé publique, bien que celle-ci s'intéresse à tout ce qui est en lien avec le bien-être et la santé des populations. En France, cela vient en partie de notre modèle d'intégration républicaine, qui ne distingue pas les individus ou les groupes selon des critères d'origine ethnique ou de religion. Cependant, certaines maladies comme le VIH/sida ont montré qu'il pouvait être nécessaire de prendre en compte l'origine des personnes pour améliorer la prévention et l'accès aux soins. Améliorer l'accueil et la prise en charge des immigrés dans le système de santé français passe en effet par une meilleure connaissance de leurs besoins spécifiques.

Bourdillon, F. (2017). « Éditorial. Éclairages sur l'état de santé des populations migrantes en France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (19-20) : 373-374.

Huaume, H., et al. (2017). « Profil de santé des migrants en situation de précarité en France : une étude comparative des migrants accueillis dans les centres de Médecins du Monde et des patients de médecine générale de ville, 2011-2012. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (19-20) : 430-436.

Introduction : la précarité des conditions de vie des migrants et les difficultés d'accès aux soins dans le pays d'accueil les rendent particulièrement vulnérables sur le plan sanitaire. Cependant, leurs problèmes de santé sont peu documentés. Méthodes : les motifs et les résultats de

consultation des populations accueillies dans les Centres d'accueil, de soins et d'orientation (Caso) métropolitains de l'association Médecins du Monde entre décembre 2011 et mars 2012 ont été comparés à un échantillon national de patients ayant consulté en médecine générale de ville durant la même période. Résultats : les données de 15 608 consultations des Caso ont été comparées avec celles de 19 344 consultations de médecine générale de ville. Les consultants des Caso présentaient des motifs de consultation moins nombreux (1,4 vs 2,6) et ceux-ci correspondaient moins fréquemment à des demandes de renouvellement de prescriptions (2,1 % vs 20,4 %) ou de suivi (3,5 % vs 5,3 %). Les résultats de consultation étaient plus souvent des symptômes et des plaintes (65,8 % vs 43,2 %) que des diagnostics. Les problèmes de santé sur-représentés étaient surtout digestifs (14,5 % vs 7,8 %), oculaires (3,7 % vs 1,0 %), cutanés (9,2 % vs 4,8 %) et respiratoires (19,5 % vs 12,9 %). Les problèmes de santé sous-représentés dans les Caso étaient principalement métaboliques (4,5 % vs 10,7 %) et cardiovasculaires (8,3 % vs 12,8 %). Les situations de prévention étaient peu fréquentes dans les consultations des Caso (0,1 %) alors qu'elles représentaient le premier résultat de consultation en médecine générale de ville (11,7 %). Conclusion : un meilleur accès aux droits et aux soins primaires pourrait améliorer la continuité des soins des migrants en situation de précarité.

(2017). La santé des exilés : rapport d'activité et d'observation 2017. Le Kremlin Bicêtre Comité médical pour les exilés
https://www.comede.org/rapport-dactivite/

Comme chaque année, le Comité médical pour les exilés (Comede) analyse les statistiques d'accueil des patients accueillis dans ces centres de santé : description des populations, état de santé, accès aux soins et accès aux droits.

➢ Pour les années antérieures, consultez : https://www.comede.org/rapport-dactivite/

8.25 Personnes âgées / Personnes handicapées

Arnault, L. et Jusot, F. (2024). "La fragilité chez les 50 ans et plus en France et en Europe. Deux décennies d'évolution et d'inégalités à partir des données de l'enquête SHARE." Institut santé numérique en société(4): 21p.

Bellamy, V. (2024). "Le handicap en chiffres - édition 2024". Paris Drees
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241128_Panorama_Handicap2024

Cette nouvelle édition de l'ouvrage Le handicap en chiffres, réalise une synthèse de l'information statistique disponible sur le handicap. Son objectif est d'éclairer et de rassembler en un même ouvrage les réponses à des questions telles que le nombre de personnes handicapées en France, le nombre d'enfants et d'adultes handicapés accompagnés en établissement, le nombre d'enfants handicapés scolarisés, les emplois occupés par les personnes handicapées ou encore le profil des personnes bénéficiaires de prestations comme l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Eideliman, J. S. et Rey, M. (2024). "Le handicap, différentes approches pour une notion complexe - Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022." Etudes et résultats (Drees)(1317)

> L'enquête Autonomie en Ménages est la deuxième enquête du dispositif Autonomie 2021-2025, grand dispositif décennal d'enquêtes sur le handicap et la perte d'autonomie mis en place par la DREES. Elle permet un dénombrement, en France métropolitaine, des personnes qui déclarent des altérations de fonctions organiques qui peuvent être à l'origine de handicap, et un dénombrement des personnes qui déclarent une restriction d'activité dans la vie de tous les jours ou bien des limitations fonctionnelles.

Espagnacq, M. et Regaert, C. (2024). "Près de 7 % de la population a des limitations dans la vie quotidienne à la suite d'un trouble psychique, intellectuel ou cognitif." Questions d'économie de la santé (irdes)(294)

> Le repérage des personnes avec des limitations psychiques, intellectuelles ou cognitives (Pic), présenté ici, est le résultat d'un indicateur construit à partir d'un algorithme issu des données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS). Les troubles psychiques sont définis comme des difficultés psycho-sociales avec des manifestations d'ordre émotionnel, relationnel et comportemental. Ils peuvent affecter la vie sociale et professionnelle. Les troubles intellectuels résultent d'une capacité réduite d'apprentissage, de compréhension et d'application de nouvelles compétences, qui conduit à un fonctionnement altéré des fonctions cognitives. Les troubles cognitifs se caractérisent par des facultés moindres dans un ou plusieurs domaines de la cognition. L'algorithme ne permet pas de distinguer les troubles intellectuels des troubles cognitifs. En 2019, l'algorithme repère 4,5 millions de personnes ayant des troubles psychiques, intellectuels ou cognitifs conduisant à des limitations dans les activités de la vie quotidienne, soit 6,6 % de la population identifiée dans le SNDS. Cette population est en moyenne âgée de 55 ans, avec une grande différence selon le genre : un âge moyen de 59,6 ans pour les femmes et 49,8 ans pour les hommes. La majorité d'entre elles a des limitations à la suite d'un trouble psychique seul (2,8 millions) ou à la suite de troubles psychiques accompagnés de troubles intellectuels ou cognitifs (1,3 million), et seulement 266 000 du fait de troubles intellectuels ou cognitifs sans troubles psychiques associés. Au niveau géographique, les taux standardisés de limitations varient peu, de 4,9 % en Haute-Savoie à 8,3 % dans la Creuse. Mais même si la majorité des départements ont des taux similaires, le centre de la France et la Corse enregistrent les plus forts taux, tandis qu'ils sont plus faibles dans l'ouest de l'Ile-de-France, le Doubs et la Haute-Savoie. Cette cartographie inédite peut être un appui utile au service des politiques de santé et d'autonomie dédiées aux personnes atteintes de ces troubles.

Louvel, A., Monirijavid, S. (2024**).** Perte d'autonomie à domicile : les seniors moins souvent concernés en 2022 qu'en 2015 - Premiers résultats de l'enquête Autonomie 2022**.** Etudes et résultats (Drees) (1318)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/241114_ER_perte-autonomie-seniors

En 2022, en France métropolitaine, parmi les 18 millions de personnes qui ont 60 ans ou plus,16,7 millions vivent à leur domicile. L'enquête Autonomie Ménages réalisée par la DREES permet de mieux connaître leur état de santé et les difficultés qu'elles rencontrent au quotidien.

(2023). "Santé des personnes âgées." Epitome(6)
https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2023/12/Epitome6_Sante-des-personnes-agees_Decembre-2023_VF-2.pdf

Ce numéro est consacré à la santé des personnes âgées. Les problématiques concernant cette population sont multiples : accroissement important de sa part dans la population générale, prévalence croissante des maladies chroniques liées à l'âge, limitations fonctionnelles nécessitant le développement d'offres d'accompagnement adaptées, spécificités des difficultés d'accès aux soins des personnes âgées, inégalités d'offres entre les territoires.

Carrere, A. (2023). "Perte d'autonomie des personnes âgées en France : pourquoi y a-t-il des différences territoriales ?" Revue économique **74**(3): 345-372.

Cet article cherche à comprendre les différences départementales de prévalences de la perte d'autonomie : sont-elles sociales, liées à l'accessibilité financière ou géographique de l'offre médico-sociale, à des mobilités territoriales ou à d'autres facteurs territoriaux ? Les données de deux enquêtes : Vie quotidienne et santé (VQS) 2014 et EHPA 2015, sont assemblées pour modéliser la perte d'autonomie grâce à une analyse multiniveau. Elles sont complétées de données contextuelles caractérisant les départements. Nous trouvons que les différences territoriales sont surtout le reflet de différences sociales et de longévité mais qu'elles résultent aussi de la prise en charge.

CNSA (2023). "Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées – 2020". Paris CNSA
https://www.cnsa.fr/publications/bilan-de-levolution-de-loffre-destination-des-personnes-agees-et-des-personnes

Ce document présente, selon une approche thématisée, l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées au cours de l'année 2021, principalement sous le prisme des crédits médico-sociaux relevant de la branche Autonomie. Il est donc centré sur les réalisations soutenues par les ARS dans le secteur médico-social en 2021.

Dehon, M. (2023). "Davantage de personnes âgées en perte d'autonomie à domicile dans les départements les plus pauvres". Montrouge, I.N.S.E.E.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/7716002

En 2021, en France, 7 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à leur domicile sont en perte d'autonomie. Ce taux dépasse 9 % dans 16 départements. Il s'agit pour la quasi-totalité de territoires où la pauvreté est plus marquée qu'ailleurs et disposant souvent d'une offre restreinte de places d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La perte d'autonomie à domicile est légèrement plus répandue dans les communes urbaines : la population des seniors

y est plus souvent pauvre et est un peu plus âgée que dans les communes rurales. Par ailleurs, l'accès plus aisé en milieu urbain à des soins ou à de l'aide peut faciliter le maintien à domicile.

Le Retif, S., L Évêque-Morlais, N. et Yon, A. (2023). "L'état de santé des personnes en situation de handicap. : Zoom sur les bénéficiaires de l'AAH". Hérouville-Saint-Clair, C.R.E.A.I. - O.R.S. Normandie https://orscreainormandie.org/nos_derniers_travaux/letat-de-sante-des-personnes-en-situation-de-handicap-zoom-sur-les-beneficiaires-de-laah

Sur les dernières décennies, les personnes handicapées connaissent plus encore que le reste de la population, une augmentation de leur espérance de vie, même si celle-ci demeure inférieure à celle de la population générale. Diverses études mettent en évidence une morbidité et une mortalité plus élevée chez ce public, du fait du handicap qui le prédispose à un risque plus élevé de pathologies, mais également du fait d'une prise en charge médicale parfois insuffisante ou inadéquate. L'étude confiée par l'ARS à l'ORS-CREAI Normandie a pour objectif d'apporter des éléments de connaissance sur l'état de santé des adultes en situation de handicap dans la région, et ainsi d'éclairer les besoins futurs pour mieux y répondre.

Roy, D. (2023). "Qui vit à domicile, qui vit en établissement parmi les personnes de 60 ans ou plus ? - Une comparaison à partir des enquêtes Care-Ménages et Care-Institutions". Paris, Drees https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/DD102.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une comparaison inédite des caractéristiques des personnes de 60 ans ou plus selon leur lieu de vie, à partir des données des enquêtes Capacités, aides et ressources des seniors (Care) de la DREES. À l'heure où le « virage domiciliaire » constitue une orientation majeure des politiques publiques du grand âge, ce Dossier de la DREES met en lumière les questions posées par la volonté de « désinstitutionnalisation » des personnes âgées.

(2022). "Feuille de route EHPAD-USLD-DGCS-DGOS 2021-2023 : vers des établissements plus médicalisés pour faire face au défi de la grande dépendance". Paris Ministère chargé de la santé https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_-ehpad_usld-vdef-2.pdf

La présente feuille de route a pour objectif d'engager des actions à partir des analyses et des recommandations du rapport de mission sur les profils de soins en USLD et EHPAD remis en juillet 2021 par les Professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin, suite à la lettre co-signée le 31 août 2020 par la DGOS et la DGCS. Au travers de 15 mesures et axes de travail, elle propose l'évolution des réponses sanitaires et médico-sociales aux personnes âgées en perte d'autonomie dès lors que le maintien au domicile n'est plus possible. Elle porte également sur la réponse apportée par le secteur sanitaire à des personnes de tout âge qui présentent des profils polypathologiques et ne pouvant demeurer à domicile. Ces évolutions portent sur la réponse apportée par l'offre des USLD comme des EHPAD en vue de les adapter à l'évolution de ces profils et des besoins de soins des résidents dans les années à venir.

Balavoine, A. (2022). "Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées." Etudes Et Résultats (Drees)(1237)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie les premiers résultats de sa dernière enquête sur les personnes fréquentant un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) ou y vivant fin 2019. Elle décrit les caractéristiques des personnes accueillies avant la crise sanitaire, leur niveau de dépendance et les types de structures qu'elles fréquentent.

Carrere, A. (2022). "Cartographie de la perte d'autonomie des personnes âgées." Notes De L'ipp(77): https://www.ipp.eu/publication/cartographie-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees

La question des différences de perte d'autonomie entre les départements est essentielle puisque ceux-ci sont chefs de file de l'action sociale auprès des personnes âgées. Pour la première fois, grâce à la combinaison de plusieurs sources de données, il est possible d'avoir une photographie des besoins de prise en charge des personnes âgées dans chaque département de France. Cette étude permet d'éclairer les différences de prise en charge que l'on observe entre départements au prisme des besoins de leurs administrés, et peut les aider à orienter leur politique locale pour y répondre. Contrairement aux précédentes études sur le sujet, elle ne se restreint pas à la population recevant des prestations liées à la perte d'autonomie, elle inclut à la fois la population à domicile et celle en établissement et elle compare plusieurs mesures de la perte d'autonomie (Larbi et Roy, 2019). Par ailleurs, elle permet de questionner les implications de la politique départementale via deux canaux : (1) la façon dont les départements mobilisent les critères d'évaluation de la perte d'autonomie, et (2) l'offre de places en établissement et les mobilités résidentielles qu'elles peuvent induire.

(2022). "La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpad". Paris Cour des comptes https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prise-en-charge-medicale-des-personnes-agees-en-ehpad

Estimée à 2,5 millions de personnes en 2015, la population de personnes âgées dépendantes pourrait atteindre 4 millions en 2050. En dépit de la volonté des pouvoirs publics de promouvoir un « virage domiciliaire », les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) occupent une place centrale dans l'offre de prise en charge, puisqu'ils accueillent aujourd'hui environ 600 000 résidents - soit 15 % de la population de plus de 80 ans. Le volume global de la dépense publique consacrée aux soins et à la dépendance en Ehpad a progressé de 30 % entre 2011 et 2019 (près de trois fois plus vite que le PIB), pour atteindre 11,24 milliards d'euros en 2019. Pour autant, cette progression des dépenses n'a pas suffi à répondre aux besoins d'une population de plus en plus fragile. Face aux enjeux d'adaptation de l'offre, une meilleure appréhension de l'évolution des affections liées à la dépendance paraît nécessaire pour anticiper les besoins futurs et concevoir des plans à la hauteur des enjeux. Dans cet objectif, la Cour suggère de mieux intégrer les Ehpad dans les territoires, et de renforcer la prise en charge médicale au sein de ces derniers, ainsi que la démarche qualité.

Cour des comptes (2022). "Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap" Paris : Cour des comptes https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2022

En France, le secteur médico-social public et privé accompagne et soigne près de 1,1 million de personnes, âgées ou handicapées, en établissement ou à domicile. Ce secteur employait en 2020 près de 730 000 salariés. Dans cet ensemble, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) sont majoritaires, avec une capacité d'accueil de plus de 600 000 lits, soit 55 % des capacités et 61 % des effectifs de l'ensemble du secteur ; la Cour a récemment analysé les problématiques de la qualité de la prise en charge médicale des résidents de ces établissements. Les salariés du secteur médico-social sont, pour l'essentiel, des personnels paramédicaux (infirmiers, aides-soignants, psychomotriciens, ergothérapeutes) ou socio-éducatifs (éducateurs, aides médicopsychologiques, moniteurs). Ce secteur se caractérise par un nombre de journées d'arrêt de travail, du fait d'accidents de travail ou de maladies professionnelles (AT-MP), trois fois supérieur à la moyenne constatée pour l'ensemble des secteurs d'activité en France. Ce nombre a ainsi atteint 3,5 millions en 2019390, en augmentation de 41 % par rapport à 2016 et correspond à 17 000 postes équivalents temps plein par an. Au-delà des conséquences pour la santé et pour les carrières professionnelles des personnels concernés, l'organisation des activités des établissements et services médico-sociaux (ESMS) est aussi affectée par cette situation, qui nuit à la qualité et la continuité de l'accompagnement apporté aux personnes âgées ou handicapées et au soutien de leurs proches aidants. C'est cet impact qualitatif de la sinistralité AT-MP que la Cour a souhaité éclairer, au-delà des seuls enjeux financiers qu'elle situe dans une fourchette de 360 à 800 M€, au vu des données de l'assurance maladie ou à travers une valorisation des journées perdues. L'enquête conduite par la Cour souligne que la fréquence des AT-MP dans le secteur médico-social atteint des niveaux hors norme alors même qu'elle n'est pas appréhendée statistiquement de manière complète (I). La prévention des risques professionnels constitue par conséquent un enjeu essentiel pour l'attractivité du secteur médico-social et sa qualité de service (II).

Cour des comptes (2022). "Les personnes âgées hébergées dans les Ehpad"Paris : Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/fr/documents/58759

A l'issue d'une enquête portant plus largement sur la qualité des prises en charge médicale dans les Ehpad et reposant notamment sur 57 monographies d'établissements réalisées par les chambres régionales et la Cour des comptes, il a paru utile à la Cour de rendre compte de l'impact de la crise sanitaire sur ces établissements et des facteurs de vulnérabilité qui l'expliquent (I). Cette crise a été l'occasion d'une mobilisation nouvelle avec, d'une part, des soutiens financiers

Chataigner, N. et Darrigade, C. (2022). "Les disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins." Questions Politiques Sociales : Les Etudes(37)
https://politiques-sociales.caissedesdepots.fr/qps-les-etudes-ndeg37

Ce numéro de Questions Politiques Sociales est consacré aux disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins. La prise en charge du bien vieillir représente un enjeu essentiel pour les politiques publiques, en partie du fait de grandes disparités entre territoires tant en ce qui concerne les besoins des populations vieillissantes que l'offre de services, notamment de santé, mobilisable localement. Dans un premier temps de cette publication, sont mis en évidence les contrastes géographiques selon les situations démographiques mais aussi de fragilités économiques, sociales et de dépendance. Dans un second temps, les différences locales d'accessibilité des soins sont analysées à travers trois professions de santé : l'accessibilité aux

médecins généralistes, aux infirmiers libéraux et aux masseurs-kinésithérapeutes. A cette fin, un ensemble de données démo-économiques ont été mobilisées au niveau communal.

Espagnacq, M., et al. (2022). "Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019." Questions d'Economie de la santé (IRDES)(272)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/272-reperer-les-usagers-de-fauteuils-roulants-en-france-et-calculer-leur-reste-a-charge-a-partir-des-donnees-du-snds.pdf

La création en 2021 de la cinquième branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie et le débat sur la nécessité d'une grande loi sur son financement mettent en lumière les enjeux d'amélioration de la connaissance de ce secteur. Cette étude fait partie d'un programme de recherche (Fish) qui a pour objectif, en s'appuyant sur les données administratives issues des remboursements des soins par l'Assurance maladie (SNDS), d'améliorer la connaissance des limitations fonctionnelles en France. Ce premier travail s'intéresse aux usagers des fauteuils roulants afin d'en évaluer le nombre, de connaître leur profil (âge, sexe), le type de fauteuil qu'ils acquièrent et à quel coût, en distinguant les dépenses d'assurance maladie et le reste à charge.

(2021). "Vieillissement des personnes en situation de handicap." Recherche Sur Le Vieillissement(21):
https://www.ilvv.fr/sites/default/files/lettre-info/Lettre_Information21_ILVV_octobre_2021.pdf

Les dispositifs d'accompagnement des personnes touchées par des incapacités distinguent en France les situations avant et après 60 ans. Les progrès médicaux, sanitaires et sociaux récents ont continué à faire progresser l'espérance de vie. S'ils ont permis un allongement de la vie des plus âgés, avec un risque élevé de survenue d'incapacités, ils ont aussi permis à des âges plus jeunes d'accroître les chances de dépasser 60 ans avec des incapacités survenues plus tôt dans la vie. Ce faisant, des situations complexes émergent de la rencontre du déclin fonctionnel lié à l'avancée en âge et des altérations qui préexistent : les dispositifs en place

(2021). "Comment relever le difficile défi de la prévention dans le secteur des soins aux personnes âgées ?"Paris : Eurogip
https://eurogip.fr/comment-relever-le-difficile-defi-de-la-prevention-dans-le-secteur-des-soins-aux-personnes-agees/

Deux fois plus élevée que dans le bâtiment et les travaux publics, la sinistralité du travail dans le secteur de soins aux personnes âgées est un défi pour les années à venir. Cette question était au cœur des Débats d'Eurogip du 9 mars 2021. En effet, les salariés – en EHPAD ou à domicile – sont exposés à de multiples risques : TMS, RPS, violence des patients, situations conflictuelles, risques biologiques, routiers… Pour aider les employeurs et les salariés à gérer ces risques, des solutions existent. Celles-ci vont de la formation initiale et continue, l'information, les aides techniques et financières, les équipements, les partenariats avec les acteurs de la prévention des risques à des solutions plus coercitives comme la législation ou l'inspection du travail…Cette première synthèse rassemble le panorama des réflexions, études, actions présentées par les 23 intervenants lors des débats.

Canioni, M., et al. (2021). "Améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, un impératif éthique et une source d'efficience des dépenses de santé ?". Saint-Etienne en3s

> Désignant des situations de vie très diverses, le handicap renvoie aux déficiences qui limitent la participation d'un individu à la société (OMS). A l'inverse d'autres pays, la France a fait le choix d'une définition légale du handicap […] Ainsi, cette politique publique porte une dimension éthique de prise en compte du handicap comme une valeur morale intangible de la société française affirmant l'égalité de tous. […] Dans ce cadre, l'UGECAM Bourgogne Franche-Comté, pilote du groupe UGECAM sur le projet national d'accès aux soins, souhaite expérimenter un modèle tarifaire spécifique en lien avec l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. La Recherche-Action s'inscrit dans cette démarche expérimentale afin de proposer des améliorations de parcours de santé pour les personnes vivant avec un handicap.

Cour des Comptes (2021). "La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées". Paris Cour des comptes.
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-prevention-de-la-perte-dautonomie-des-personnes-agees

> Malgré une production abondante de travaux parlementaires, de recherche et de rapports administratifs publiés au cours de cette dernière décennie, la prévention de la perte d'autonomie occupe toujours une place marginale dans les politiques publiques. Alors que les constats et les actions pour mener une prévention efficace font largement consensus, la Cour a cherché à identifier les points de blocage, et à suggérer des leviers de progrès opérationnels qui permettraient d'améliorer la vie d'un quart de la population française – près d'un tiers demain. L'enquête publiée ce jour se situe en amont de la perte d'autonomie, sur le terrain de la prévention, et formule six recommandation

Penneau, A. et Pichetti, S. (2021). "Les femmes en situation de handicap vivant en institution ont-elles un meilleur accès au dépistage des cancers féminins ?" Questions d'Economie de la santé (IRDES)(256)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/256-les-femmes-en-situation-de-handicap-vivant-en-institution-ont-elles-un-meilleur-acces-au-depistage-des-cancers-feminins.pdf

> De nombreuses barrières physiques et psychiques réduisent l'accès à la prévention des cancers féminins pour les femmes en situation de handicap. Pourtant, les institutions qui accueillent certaines de ces femmes sont susceptibles de développer une politique de prévention qui réduit ces difficultés d'accès. Nous questionnons l'effet facilitateur des établissements sociaux et médico-sociaux pour accéder aux dépistages des cancers féminins pour les femmes âgées de 25 à 75 ans déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne. Afin de mesurer les différences de recours aux dépistages des cancers féminins des femmes vivant en institution, leur accès à la prévention est comparé à celui des femmes déclarant des restrictions d'activité dans la vie quotidienne et résidant à domicile. Ces recours sont également distingués en fonction des types d'établissements sociaux et médico-sociaux dans lesquels elles sont accueillies. Les femmes vivant en institution ont des profils et des caractéristiques (type de handicap, niveau de dépendance, liens sociaux…) qui diffèrent de ceux des femmes résidant à domicile. Ces caractéristiques peuvent aussi influer sur la probabilité de réaliser des actes de prévention des cancers féminins. Après prise en compte de ces différences de caractéristiques individuelles, les femmes handicapées résidant en institutions ont une probabilité significativement plus élevée de

déclarer avoir été dépistées que les femmes handicapées résidant à domicile. Nos résultats confirment donc un effet facilitateur des institutions pour accéder aux dépistages des cancers féminins des femmes en situation de handicap.

Siret, C., et al. (2021). "Accessibilité aux soins : cas particulier des personnes malentendantes et sourdes". Paris Cnom
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1dqhkr6/cnom_rapport_cru_2020.pdf

Lorsqu'on associe accessibilité et handicap, vient le plus souvent à l'idée celle mise en place pour les handicaps dits « visibles », ce qui est une infime partie de l'accessibilité, qui prône que chacun est libre de circuler et de vivre en totale autonomie. Il existe, en effet, des personnes en situation de handicap dit « invisible » et parmi elles, les personnes malentendantes et sourdes qui représentent plus de 7 millions de personnes déficientes, soit 11,2% des Français (Drees, août 2014). La particularité de ce handicap est de limiter de façon partielle ou totale l'accès à toutes informations en raison de difficultés de communication. Après un aperçu historique sur les sourds en France et quelques données épidémiologiques, ce rapport aborde les aspects suivants : présentation des déficiences auditifs, partiels ou complets, réglementation relative à l'accessibilité pour les personnes malentendantes et sourdes, les difficultés rencontrées dans l'accès aux soins, des solutions pour améliorer l'accès aux soins.

Abdoul-Carime, S. (2020). « Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé. » Etudes Et Résultats (1141)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1141.pdf

L'état psychologique de l'ensemble des résidents d'établissements pour personnes âgées est en moyenne moins bon que celui des personnes âgées de plus de 75 ans vivant à domicile, d'après l'enquête CARE de la DREES réalisée en 2015 et 2016. Cet écart s'explique en partie par le fait que la dégradation de l'état de santé de ces personnes est la cause majeure de l'entrée en établissement. Parmi les seniors de plus de 75 ans, 56 % des résidents d'établissements déclarent avoir souffert de fatigue, de lassitude ou d'épuisement au cours de l'année, contre 44 % des personnes âgées résidant à domicile. Le manque d'appétit et de motivation pour effectuer des activités quotidiennes est respectivement deux et sept fois plus fréquents chez les personnes vivant en établissement que parmi celles restées à domicile. Les états dépressifs sont également plus répandus que dans le reste de la population du même âge. La moitié des résidents consomment des antidépresseurs, contre une personne âgée de plus de 75 ans sur sept résidant à domicile. Un senior sur cinq vivant en établissement déclare souffrir de dépression. Environ un tiers des résidents en établissement sont en situation de détresse psychologique, contre un quart des plus de 75 ans vivant à domicile. L'état de santé, la fréquence et la qualité des relations sociales sont les principaux facteurs associés à l'état psychologique. Le sentiment d'isolement est toutefois un meilleur indicateur du bien-être que la fréquence objective des visites.

Or, Z., et al. (2020). "Que peut-on apprendre de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa) ?" Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(252)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/252-que-peut-on-apprendre-de-l-evaluation-d-impact-de-l-experimentation-parcours-sante-des-aines-paerpa.pdf

L'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa), lancée en 2014 dans neuf territoires pilotes, est un programme visant à faire progresser la coordination des acteurs sanitaires et médico-sociaux au niveau local. Le nombre et la diversité des dispositifs proposés et des acteurs impliqués dans la mise en place des projets rendent cette expérimentation et son évaluation complexes. Cet article dresse un bilan des résultats et des principaux enseignements de l'évaluation d'impact de l'expérimentation, réalisée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Globalement, l'expérimentation a un effet modeste, mais significatif, pour réduire les risques de iatrogénie médicamenteuse et les passages aux urgences, sans pour autant en avoir sur les hospitalisations des personnes âgées. La faible mobilisation des professionnels de santé autour des dispositifs Paerpa explique en partie ces résultats. Les analyses par territoire montrent que les résultats globaux sont portés par quelques territoires dont les contextes locaux ont permis une plus forte adhésion des professionnels de santé. Si les Plans personnalisés de santé (PPS), visant à renforcer la prise en charge globale des personnes âgées, ont permis d'enclencher une prise en charge médico-sociale au domicile des personnes âgées les plus fragiles avec une hausse des dépenses de soins infirmiers et une baisse des dépenses de médecine générale et de pharmacie, ils n'ont pas eu d'impact immédiat sur le recours à l'hôpital et la polymédication. Le manque d'impact visible de l'expérimentation sur les indicateurs hospitaliers, notamment les réadmissions et les hospitalisations évitables, interroge sur les limites des outils mis en place. Pour assurer la qualité et la continuité de la prise en charge globale des personnes âgées, il semble nécessaire de créer des passerelles plus formalisées entre les professionnels de ville, y compris les médecins spécialistes, les soignants à domicile et les acteurs hospitaliers.

De Miron, de Lespinay, A. et Roy, D. (2020). "Perte d'autonomie : à pratiques inchangées, 108 000 seniors de plus seraient attendus en Ehpad d'ici à 2030. Projections de population âgée en perte d'autonomie selon le modèle Lieux de vie et autonomie (LIVIA)." Etudes Et Resultats (Drees)(1172) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1172.pdf

En 2030, 21 millions de seniors de 60 ans ou plus vivront en France, soit 3 millions de plus qu'en 2019. Selon le modèle de projection Lieux de vie et autonomie (LIVIA) de la DREES, conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des personnes âgées en perte d'autonomie supposerait de doubler dans la durée le rythme d'ouverture de places observé depuis 2012, afin d'accueillir 108 000 résidents supplémentaires en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) entre 2019 et 2030, puis encore 211 000 entre 2030 et 2050, qui viendraient s'ajouter aux 611 000 résidents sur les places existantes. Cependant, favoriser le maintien à domicile et limiter les places en Ehpad, comme le plébiscitent les politiques actuelles, pourrait entraîner le report d'une partie des seniors vers des formes d'habitat intermédiaire entre les logements ordinaires et les Ehpad, comme les résidences autonomie. Le nombre de personnes en résidence autonomie, qui s'élève actuellement à un peu plus de 100 000, devrait alors être multiplié par 1,5 à 2,5 en 2030 par rapport à aujourd'hui, selon les scénarios d'évolution du nombre de places en Ehpad retenus. Les Ehpad se concentreraient alors sur l'accueil des seniors les plus dépendants. Dans une hypothèse plus optimiste, où l'espérance de vie sans perte d'autonomie augmenterait d'autant d'années que l'espérance de vie globale, le maintien du rythme d'ouverture de nouvelles places en Ehpad observé depuis 2012 suffirait pour conserver les pratiques actuelles d'entrée en institution des seniors en perte d'autonomie entre 2020 et 2050.

(2019). L'accès aux soins des personnes en situation de handicap repérables dans le SNDS. In [: Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance Maladie pour 2020]. Paris : CNAM **:** 92-125
https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/rapport-propositions-assurance-maladie-charges-produits

Ce chapitre analyse l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap. La notion de handicap renvoie à des situations complexes difficiles à mesurer. Au regard des données disponibles dans le système national des données de santé (SNDS), l'étude a identifié 2 populations dont on peut affirmer qu'elles sont en situation de handicap : 732 000 bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sans activité professionnelle et 734 000 bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Les données du SNDS ont permis de montrer que la fréquence des pathologies est plus importante parmi les bénéficiaires de l'AAH et de la pension d'invalidité que dans la population générale, en particulier en ce qui concerne les maladies psychiatriques. En dépit d'un état de santé plus dégradé, les bénéficiaires de l'AAH ont des taux de recours aux soins presque toujours inférieurs à ceux des bénéficiaires d'une pension d'invalidité. Les bénéficiaires de l'AAH et de la pension d'invalidité sont exposés à des niveaux de dépenses de santé plus élevés que la population générale. Le reste à charge, après déduction de la partie remboursée ou prise en charge par l'Assurance maladie, est parfois important et peut constituer pour les patients les plus fragiles une barrière à l'accès aux soins.

Cambois, E. (2019). « Différences de genre face au vieillissement en bonne santé : une imbrication des dynamiques démographiques, des parcours de vie et des politiques publiques. » Questions De Santé Publique (36)
https://iresp.net/ressources/QSP/

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la population âgée s'est densifiée. L'augmentation du nombre de personnes âgées constitue un enjeu de santé publique important, alors que les risques pour la santé s'accroissent avec l'âge. L'enjeu est aussi important parce que les situations de santé de cette population ont beaucoup évolué au cours du temps : et avec elles les besoins en matière de soins et de prise en charge. En effet, la population âgée s'est diversifiée sous l'effet des dynamiques démographiques et de l'évolution des parcours de vie au fil des générations (études, carrière, famille…). Les problèmes de santé des personnes âgées d'aujourd'hui résultent des facteurs de risques auxquels elles ont été exposées durant ces parcours renouvelés. À cet égard, les différences de santé entre femmes et hommes méritent une attention particulière : les femmes vivent plus longtemps que les hommes, mais leurs années de vie supplémentaires sont majoritairement vécues en mauvaise santé. Femmes et hommes se distinguent par les maladies déclarées, et se caractérisent par des parcours de vie notoirement différents et en évolution. On se propose de décrire leurs situations de santé, puis la manière dont elles peuvent être reliées à leurs parcours.

Goujon, S. (2019). « La santé des nouveaux retraités du régime général : perception, connaissance administrative et motivations de départ. » Cadrage (41)
https ://www.statistiques-recherches.cnav.fr/cadrage-n-41-septembre-2019.html

Parmi les nouveaux retraités du régime général, 9 sur 10 perçoivent leur santé de façon positive peu après leur départ à la retraite. Il existe cependant des écarts entre les assurés, notamment

selon la catégorie socioprofessionnelle de leur dernier emploi. Pour les 11 % d'assurés percevant leur état de santé comme mauvais ou très mauvais, celui-ci était le plus souvent dégradé avant la retraite. En effet, la plupart de ces assurés valident des trimestres au titre de l'invalidité ou de la maladie après 50 ans, ou ont obtenu le taux plein au titre de l'invalidité ou de l'inaptitude. Pour les assurés se percevant en mauvaise santé, ce facteur joue nettement dans les motivations de départ à la retraite. Il devient le principal motif, devant ceux habituels, notamment profiter de sa retraite le plus longtemps possible. Si 27 % des nouveaux retraités sont concernés soit par une mauvaise ou très mauvaise santé déclarée, soit par un départ à la retraite au titre de l'inaptitude au travail, soit par le fait que la santé a joué dans la motivation du départ à la retraite, seuls 3 % d'entre eux cumulent les trois aspects de la santé abordés dans l'étude.

Guedj, J., Broussy, L. et Kuhn-Lafont, A. (2019). "Les personnes âgées en 2030. Etat de santé,démographie, revenus, territoires, modes de vie : portrait-robot de la génération qui vient". Paris Matières Grises.
https://matieres-grises.fr/nos_publication/etude-les-personnes-agees-en-2030-portrait-robot-de-la-generation-qui-vient/

A travers sa première étude intitulée « Les Personnes Âgées en 2030 : Portrait-robot de la génération qui vient », le Think Tank Matières Grises a voulu se concentrer sur ce que sera, demain, la nature des besoins de la population âgée. Un état des lieux particulièrement utile au moment de l'élaboration de la future Loi Grand Âge

Blanpain, N., Flamand, L., Gilles, C., et al. (2018). Eclairage sur les seniors. In : France, portrait social. Edition 2018., Paris : Insee **:** 11-102
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/3646226

Cette série d'articles propose un éclairage sur la situation des seniors en France. On examine successivement les aspects démographiques, l'emploi des seniors, la question des retraites, leur niveau de vie et leur patrimoine, leur état de santé et la problématique de la dépendance, leurs activités et loisirs.

Brunel, M. Et Carrere, A. (2018). « Limitations fonctionnelles et restrictions d'activité des personnes âgées vivant à domicile : une approche par le processus de dépendance. Résultats de l'enquête Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) « ménages ». » Dossiers De La Drees (Les) [26]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/article/limitations-fonctionnelles-et-restrictions-d-activite-des-personnes-agees

[BDSP. Notice produite par MSSH-EHESP 99nR0xpk. Diffusion soumise à autorisation]. En 2015, les limitations fonctionnelles concernent 6 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à leur domicile, soit 40 % d'entre elles, et les restrictions d'activité près de 4,5 millions. Pour ces restrictions, comme pour les limitations physiques, les femmes déclarent davantage de difficultés que les hommes. Depuis l'enquête Handicap et Santé de 2008, la plupart des indicateurs de limitations fonctionnelles ou de restrictions d'activité ont baissé. Si les inégalités femmes-hommes se sont globalement réduites avant 75 ans, elles ont progressé en défaveur des femmes pour les 75 ans ou plus. (R.A.).

Rolland-Guillard, L. (2018). La difficulté pour entendre, voir et mastiquer augmente avec l'âge. Etudes Et Résultats (Drees) [1065]

> En France métropolitaine en 2015, 17 % des personnes de 60 ans ou plus vivant à domicile déclarent avoir beaucoup de difficultés à mordre et mâcher un aliment ferme ou ne pas y parvenir, même quand elles portent un dentier, d'après l'enquête Capacités, Aides et REssources (CARE) ménages, volet seniors, qui interroge 10 600 personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile.

Brunel, M. And A. Carrere (2017). « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 : premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014. » Dossiers de la Drees (Les) [13]

> Plusieurs mesures de la perte d'autonomie et des incapacités peuvent être estimées grâce à cette enquête. Ainsi, parmi les personnes de 60 ans ou plus, 26 % déclarent au moins une limitation fonctionnelle (physique, sensorielle ou cognitive) : 12 % ont des difficultés pour se laver et 28 % déclarent recevoir une aide humaine. Pour la plupart de ces mesures, les femmes sont les plus touchées par la perte d'autonomie. Par ailleurs, les difficultés ne sont pas indépendantes les unes des autres puisque l'on constate, pour plus d'un tiers des seniors, un cumul des limitations.

Défenseur des droits. (2017). Décision du Défenseur des droits n° 2017-257. Étude sur la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées. Paris Défenseur des droits

> Cette décision-cadre porte des recommandations générales destinées à améliorer la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées. L'évaluation des progrès accomplis dans la mise en œuvre de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées (CIDPH) implique de disposer de données statistiques accessibles et comparables. Or, en France, la mise à disposition et la valorisation des informations statistiques et des études sur le handicap ne font pas l'objet d'une coordination ou d'un pilotage national, d'où un manque de visibilité des données produites. Les diverses sources de données disponibles n'ont pas adopté une définition harmonisée du handicap. Certaines informations concernent le nombre et le type de prestations proposées, d'autres concernent les individus. Les données administratives souffrent d'un défaut de centralisation. Les sources de statistiques et les périodes de références diffèrent également souvent d'une étude à l'autre. Perdure aussi un manque de données sur le nombre d'enfants et d'adultes handicapés, leur situation, leurs besoins et le niveau de satisfaction de ces besoins. De fait, la mesure de l'effectivité des droits est difficile à réaliser. Le Défenseur des droits assure, au sein d'un dispositif national de suivi, une mission de protection, de promotion et de suivi de l'application de la CIDPH. À ce titre, il publie une étude relative à la connaissance statistique de la situation et des besoins des personnes handicapées et émet diverses recommandations destinées à améliorer cette connaissance et sa diffusion.

(2016). Avis sur les innovations et système de santé. Document 9 : Personnes âgées, état de santé et dépendance : quelques éléments statistiques. Paris HCAAM
https ://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2015/ANNEXE/HCAAM-2015-RAPPORT-ANNEXE-PERSONNES_AGEES_ETAT_DE_SANTE_ET_DEPENDANCE_QUELQUES_ELEMENTS_STATISTIQUES.pdf

Le HCAAM en 2010 et 2011 a conduit des travaux sur le vieillissement et la dépendance. Ces travaux ont permis d'établir, au vu des données disponibles, un premier diagnostic des besoins en santé des personnes âgées et des modalités de leur prise en charge, en particulier pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Sur la base de ce diagnostic le HCAAM a formulé un certain nombre de propositions parmi lesquelles la mise en place de parcours coordonnés de soins et d'accompagnement afin d'éviter des ruptures de prise en charge, le recours aux hospitalisations en urgence et la redondance des examens : parcours coordonnés auxquels devraient être associés les différents professionnels intervenant auprès des personnes concernées qu'il s'agisse de professionnels relevant du secteur de la santé (médecins, infirmiers, aides-soignants,…) ou encore du secteur social (assistants sociaux, auxiliaires de vie, aides ménagères). Cette fiche complète le diagnostic en s'appuyant sur les dernières études disponibles. Elle illustre la porosité des frontières entre les soins à domicile destinés aux personnes âgées et les aides dont elles bénéficient au titre de la dépendance en s'appuyant sur quatre constats : - La frontière entre perte d'autonomie et difficultés de santé est ténue : - Certaines dépenses de soins sont liées au niveau de dépendance : - A domicile, les dépenses de soins spécifiques aux personnes âgées en perte d'autonomie sont du même ordre de grandeur que les dépenses prises en charge par l'APA : - A domicile, la prise en charge des personnes âgées pour leurs soins de toilette et d'hygiène peut être assurée

Calvet, L. (2016). « Etat de santé et dépendance des personnes âgées en institution ou à domicile. » Etudes Et Résultats (Drees) [988]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/etat-de-sante-et-dependance-des-personnes-agees-en-institution-ou

[BDSP. Notice produite par MIN-SANTE qJDR0xHp. Diffusion soumise à autorisation]. Après 75 ans, une personne sur douze vit en institution. L'entrée dans un établissement pour personnes âgées est souvent liée à des problèmes médicaux, en particulier ceux entraînant une perte d'autonomie. En institution, 86 % des personnes âgées de 75 ans ou plus sont dépendantes, contre 13 % des personnes du même âge vivant à domicile. Les maladies non létales (cataracte, arthrite, scoliose.) sont plus souvent déclarées par les personnes vivant à domicile. D'autres maladies graves, comme le cancer, les maladies cardiaques et le diabète, sont autant signalées par les personnes en institution que par les personnes à domicile.

Or, Z., et al. (2015). Atlas des territoires pilotes Paerpa - Situation 2012, Paris : Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/001-atlas-des-territoires-pilotes-paerpa-parcours-sante-des-aines.pdf

Lancées en 2014 dans neuf territoires pilotes, les expérimentations « Parcours santé des aînés « (Paerpa) ont pour objectif d'améliorer la prise en charge et la qualité de vie des personnes âgées de 75 ans ou plus et de leurs aidants. Les projets visent à faire progresser la coordination des différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social pour améliorer la qualité de la prise en charge globale, prévenir la perte d'autonomie et éviter le recours inapproprié à l'hospitalisation des personnes âgées. Cet Atlas fournit un premier bilan comparatif des situations sanitaires et médico-sociales des personnes âgées dans les territoires Paerpa sur une période qui précède le lancement des expérimentations. Au moyen d'indicateurs communs et à partir des données disponibles en 2014 au niveau national, ce bilan initial révèle la grande diversité des territoires Paerpa en termes de population concernée, de situations géographiques,

démographiques, socio-économiques ainsi que de structures d'offre de soins hospitaliers et de ville.

Leon, C. éd. Et Beck, F. éd. (2014). Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Baromètre santé. St-Denis : INPES
https ://www.pourbienvieillir.fr/les-comportements-de-sante-des-55-85-ans-analyses-du-barometre-sante-2010

Cet ouvrage analyse les données de l'enquête Baromètre 2010 pour faire le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des personnes âgées de 55 à 85 ans. Il aborde les thèmes de la dépression, des pratiques addictives, des accidents de la vie courante, de la consommation de soins et de la nutrition chez les personnes âgées (résumé de l'éditeur).

8.26 Populations vulnérables

Toulemon, L. (2024). "Perte d'autonomie : quels effets sur la santé des proches aidants ?" Dossiers de la Drees (les)(n°122)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-10/DD122.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), en partenariat avec l'Institut des politiques publiques (IPP), propose un dossier sur l'état de santé des proches de seniors en perte d'autonomie vivant à domicile. Sont étudiées à la fois la situation des personnes de tout âge apportant une aide régulière à ces seniors (« proches aidants »), mais aussi celle des seniors cohabitants avec ces seniors, notamment leurs conjoints, indépendamment du fait qu'ils déclarent ou non être proches aidants.

(2023). "Santé des personnes âgées." Epitome(6)
https://www.fnors.org/wp-content/uploads/2023/12/Epitome6_Sante-des-personnes-agees_Decembre-2023_VF-2.pdf

Ce numéro est consacré à la santé des personnes âgées. Les problématiques concernant cette population sont multiples : accroissement important de sa part dans la population générale, prévalence croissante des maladies chroniques liées à l'âge, limitations fonctionnelles nécessitant le développement d'offres d'accompagnement adaptées, spécificités des difficultés d'accès aux soins des personnes âgées, inégalités d'offres entre les territoires.

Bricard, D., et al. (2022). "Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature". Document de travail Irdes ; 86 Paris : Irdes
https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/086-effets-attendus-sur-la-pauvrete-de-huit-politiques-de-sante.pdf

Quelles sont les conséquences des politiques de santé sur la situation économique et sociale des individus ? A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, nous proposons un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de

plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté 2018 et du Ségur de la santé 2020.

Fosse, J., et al. (2022). "Inégalités environnementales et sociales se superposent-elles ?". Note d'Analyse; 112. Paris : France stratégie
https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/fs-2022-na-112-inegalites_environnementales-septembre_0.pdf

Les effets sanitaires des combinaisons de polluants chez des populations particulières constituent une préoccupation de santé publique majeure. Des travaux de cartographie croisée des pollutions sont nécessaires pour dresser le panorama de ces combinaisons, préalable à l'examen des inégalités d'exposition des populations aux pollutions des milieux. Leur réalisation se heurte néanmoins à plusieurs obstacles méthodologiques.

Poucineau, J., et al. (2021). "Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères." Question d'Economie de la santé(Irdes)(259)
https://www.irdes.fr/recherche/2021/qes-259-quels-effets-attendre-sur-la-pauvrete-des-mesures-de-sante-introduites-dans-la-strategie-nationale-de-prevention-et-de-lutte-contre-la-pauvrete.pdf

Quelles sont les conséquences des politiques de santé sur la situation économique et sociale des individus ? A partir d'une revue de littérature sur des programmes et dispositifs français et étrangers, nous proposons un schéma théorique pour l'analyse des effets sur la pauvreté de plusieurs mesures de santé de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et du Ségur de la santé. Dans ce schéma, la santé joue sur la pauvreté selon deux canaux de causalité. D'une part, l'amélioration de l'accessibilité financière des soins réduit les dépenses de santé susceptibles d'entraîner une chute ou un maintien dans la pauvreté. D'autre part, l'amélioration de l'accès aux soins, et ainsi de l'état de santé, influence à terme le niveau d'éducation, l'accès à l'emploi et le revenu.

Berhuet, S., Croutte, P. Et De Barthes, J. (2020). Tous autonomes et vulnérables à la fois : état des lieux des publics fragiles. Cahier de recherche : C348. Paris Credoc

Cette étude du Centre de recherche des consommations et modes de vie souligne que 66 % des Français sont confrontés à au moins une des 6 situations de fragilité identifiées. Parmi elles : handicap et santé dégradée (36 %), emploi (21 %), pauvreté (20 %), logement (19 %), isolement (13 %) et relégation territoriale (11 %). En outre, 1/3 d'entre eux font face à des difficultés cumulées. Ainsi, les populations dans une situation de relégation territoriale sont souvent confrontées à d'autres facteurs de fragilités. Il n'existe donc pas d'un côté des personnes autonomes et de l'autre des publics fragiles, mais des moments de vie, des accidents de parcours qui peuvent faire basculer une personne dans une situation où l'écheveau des difficultés devient complexe à démêler. Le Crédoc recommande de davantage agir en prévention dans une logique d'investissement social qui bénéficiera au plus grand nombre.

Adam, C. éd., et al. (2017). La santé des populations vulnérables, Paris : Ellipses.

« Les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune. « L'article 1er de la Déclaration des droits de

l'homme et du citoyen du 26 août 1789 a ensuite été placé en 1791 en tête de la Constitution de la République française. Cependant, depuis la naissance d'un individu, se développent de manifestes inégalités face à la santé et à la maladie qui impactent directement l'espérance de vie, notamment au détriment des personnes aux revenus les plus faibles. La mortalité prématurée évitable touche de façon très discriminante les différentes catégories sociales. Pour les professionnels concernés, agir à cet égard ne relève pas d'une charité où la bonne volonté se substituerait à la compétence. Des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être sont indispensables. Ils résultent de nécessaires processus d'apprentissage enrichis par l'expérience.

(2016). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2015. Paris Médecins du Monde
https ://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/10/14/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2015

A l'occasion de la Journée mondiale du refus de la misère, le 17 octobre 2016, Médecins du Monde a publié son 16e rapport de l'observatoire de l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France. Un rapport qui témoigne des difficultés persistantes rencontrées par ces personnes pour accéder à leurs droits et se faire soigner. Cette année, elle constate que les politiques publiques sont bien en-deçà des enjeux actuels. De plus, l'année 2015 a été marquée par de nombreuses réformes (loi de santé, loi immigration, loi asile, réforme PUMa…) qui sont venues modifier en profondeur le contexte législatif français en matière d'accueil et d'intégration des étrangers en particulier et qui ont fortement mobilisé les équipes de MdM.

➢ Pour les années antérieures, consultez :
https ://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications =>rapports de l'Observatoire

Moisy, M. (2015). « La santé et le recours aux soins des personnes sans domicile en France en 2012. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (36-37) : 662-670.
https ://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2015/BEH-n-36-37-2015

Contexte : le nombre de personnes sans domicile a sensiblement augmenté depuis le début des années 2000 et cette population s'est diversifiée, comptant notamment de plus en plus de femmes, de familles avec enfants et de personnes de nationalité étrangère. La question de l'état de santé et de l'accès aux soins de ces personnes vulnérables est cruciale, compte tenu de leurs conditions de vie précaires. Population méthode : d'après l'enquête réalisée en 2012 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou de distribution de repas, le nombre de personnes sans domicile est estimé, en France métropolitaine, à 141 500. Cette enquête, menée entre janvier et mars 2012 dans les services d'aide, a interrogé en face-à-face les personnes sans domicile sur leurs conditions de vie, leur parcours résidentiel et leur état de santé. L'objectif était triple : mesurer l'hétérogénéité de l'état de santé de ces personnes, suivre l'évolution par rapport à la précédente enquête menée en 2001 et comparer les données actuelles avec celles observées en population générale. Les résultats de l'enquête témoignent d'un mauvais état de santé, physique et psychique, des adultes sans domicile en 2012. Ils montrent aussi que ceux-ci ne sont pas égaux face à la santé du fait même de l'hétérogénéité de cette population. Cette diversité

entraîne de nouveaux enjeux en matière de santé, notamment en termes de prévention, de prise en charge et de couverture santé.

Moisy, M. (2015). « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012. » Etudes Et Résultats (Drees) [933]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-recours-aux-soins-des-sans-domicile-neuf-sur-dix-ont-consulte

En 2012, près de neuf personnes sans domicile sur dix ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Les femmes et les personnes de moins de 60 ans se rendent plus fréquemment chez le généraliste ou le spécialiste. 37 % des sans domicile ne sont pas allés chez le dentiste au cours des deux dernières années et 7 % ne s'y sont jamais rendus. Un sans domicile sur dix déclare ne bénéficier d'aucune couverture maladie et un sur quatre d'aucune complémentaire santé. Ce constat masque des situations contrastées et peut expliquer un recours fréquent aux soins hospitaliers : 20 % des dernières consultations chez un médecin se sont déroulées à l'hôpital. Par ailleurs, un tiers des sans domicile précisent avoir été hospitalisés au moins une fois dans l'année écoulée et citent la maladie comme principal motif d'hospitalisation. 72 % des enquêtés sont passés par les urgences lors de leur dernière hospitalisation.

Barnay, T. Et de Riccardis N. (2014). « Inégalités de santé : influence du groupe social sur la dégradation de la santé perçue. » Etudes Et Résultats (Drees) [898]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/inegalites-de-sante-influence-du-groupe-social-sur-la-degradation-de-la-sante

En France, le groupe social marque les inégalités de santé. En 2006, dans la population de 30 à 49 ans, actifs en 2006 et en 2010, les cadres et les professions intermédiaires étaient respectivement 90 % et 87 % à se considérer en bonne ou en très bonne santé, contre 81 % des employés et 79 % des ouvriers. Les cadres, partant d'un haut niveau de santé perçue, sont moins susceptibles de voir leur santé s'améliorer entre 2006 et 2010. Cependant, l'évolution de leur santé est globalement plus favorable que celle des ouvriers, puisqu'ils sont moins nombreux à déclarer une détérioration de leur santé entre 2006 et 2010 (8 % contre 15 %). À état de santé général et caractéristiques individuelles comparables en 2006, les cadres et les professions intermédiaires ont moins de chances que les ouvriers de connaître une dégradation de leur santé perçue quatre ans plus tard.

Godin Blandeau E., et al. (2014). État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint -Maurice : INVS
https ://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=notice_display&id=74487

Les personnes incarcérées présentent un état de santé dégradé en comparaison de la population générale. Il existe cependant peu de systèmes de surveillance de leur santé. Dans ce contexte, ce rapport présente un état des lieux des connaissances épidémiologiques relatives à la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Les résultats mettent en évidence une hétérogénéité des connaissances selon les thématiques de santé. Les maladies infectieuses, les addictions et la santé mentale ont été particulièrement étudiées, avec des résultats convergents en France et à l'étranger, révélant des prévalences en milieu carcéral plus élevées qu'en population générale. Les maladies chroniques restent moins étudiées. Les premières données

rendent compte de prévalences variables selon les études, mais pas nécessairement supérieures à celles relevées en population générale. Enfin, concernant les autres thématiques de santé, telles que la dermatologie ou les traumatismes, les données sont assez rares et proviennent d'études présentant d'importantes limites méthodologiques. Ces problèmes de santé n'en sont pas moins présents en détention. Au vu de cette revue de littérature, il apparaît important de poursuivre les investigations dans le domaine et notamment concernant la surveillance des maladies chroniques et des problématiques de santé encore peu explorées en milieu carcéral, ceci afin d'adapter la prise en charge aux besoins identifiés (résumé d'auteur).

Moisy, M. (2014). « État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. » Etudes Et Résultats (Drees) [882]
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er882.pdf

Les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) sont moins nombreux à se percevoir en bonne santé que le reste de la population : moins de 60 % contre près de 80 % parmi l'ensemble des 18-59 ans. De même ils déclarent davantage de limitations fonctionnelles et de problèmes de santé mentale : la part des bénéficiaires du RSA qui présentent une détresse psychologique est particulièrement élevée, 36 % contre 14 % dans le reste de la population. Alors que leurs besoins de soins sont plus importants, ils déclarent renoncer plus souvent à consulter un médecin ou à recevoir des soins dentaires pour des raisons financières Très hétérogène par son profil socio-économique, la population des allocataires du RSA l'est aussi par sa santé : toutes choses égales par ailleurs, celle-ci est meilleure pour les allocataires du RSA activité seul, mieux insérés sur le marché du travail.

8.3 QUELQUES PATHOLOGIES

8.31 Cancer

Inca (2024). "Panorama des cancers en France - édition 2024". Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.
https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-edition-2024

Le panorama des Cancers en France, ici dans sa 4e édition, reprend en quelques pages l'essentiel des chiffres des cancers en France.

Inca (2024). "Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 : 3e rapport au président de la République". Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.
https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/Strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-l-Institut-publie-son-3e-rapport-au-president-de-la-Republique

L'Institut national du cancer présente dans ce rapport d'avancement annuel au président de la République les principales réalisations de la stratégie décennale de lutte contre les cancers en 2023.

Santé publique France (2024). "Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2022-2023 et évolution depuis 2005". Saint-Maurice, Santé publique France

https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2022-2023-et-evolution-depuis-2005

Le programme de dépistage organisé du cancer du sein français invite tous les deux ans les femmes de 50 à 74 à effectuer un examen clinique des seins et une mammographie de dépistage. Il propose un bilan diagnostic immédiat en cas de résultats suspect et une deuxième lecture de chaque mammographie normale en première lecture. Le programme est généralisé à tout le territoire français depuis 2004. Le dépistage est coordonné au niveau régional par les Centres Régionaux de Coordination de Dépistage des Cancers (CRCDC). Les taux de participation à ce programme, calculés pour les années 2005 à 2023, sont présentés ci-dessous, au niveau national, départemental et régional.

Buckingham, S., Colonnese, F. et Broughton, A. (2024). "Etude sur le maintien et le retour au travail des patients et survivants du cancer". Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne
https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b6dd313d-8528-11ef-a67d-01aa75ed71a1

Cette étude recense les mesures prises dans les États membres de l'UE et les États de l'EEE-AELE (Islande, Liechtenstein et Norvège) pour aider les personnes ayant des antécédents de cancer à rester et à retourner au travail (RTW)

Le Bihan-Benjamin, C. (2024). "Quel déploiement du Programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France en 2022." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(5): 82-91.

Chaque année en France, le cancer du col de l'utérus touche près de 3 000 nouvelles femmes et cause 1 100 décès, alors que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a indiqué que ce type de cancer pouvait être éradiqué grâce au dépistage et à la vaccination contre le papillomavirus humain. Depuis 2018, le dépistage du cancer du col de l'utérus en France repose sur le Programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (PNDOCCU). L'objectif de ce travail était d'observer les pratiques de dépistage après la mise en place du PNDOCCU et l'intégration du test HPV dans le dépistage en 2020 (pour les femmes âgées de 30 à 65 ans) à partir de données de vie réelle.

Quintin, C., Denis, B. et Rogel, A. (2024). "Vers une meilleure estimation des taux de participation au Programme national français de dépistage organisé du cancer colorectal." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(5): 70-81.

Le Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (PNDOCCR) permet aux personnes de 50 à 74 ans d'effectuer, tous les deux ans, un test de recherche de sang occulte dans les selles, sur invitation. Certaines personnes en sont exclues, notamment celles ayant bénéficié d'une coloscopie précédemment. Chaque année, Santé publique France publie les taux d'exclusion et de participation au programme à partir des données des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC). L'information recueillie sur les actes réalisés étant partielle, les taux d'exclusion sont sous-évalués et très variables d'un département à l'autre. L'objectif de cet article était de les estimer à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) et d'évaluer l'impact de cette estimation sur les taux de participation.

En 2018, le taux d'exclusion national d'après le SNDS atteignait 19,2% (de 10,8% à 24,7% selon les départements) et le taux de participation était de 39,8% (37,1% d'après les données CRCDC). Une meilleure estimation des taux d'exclusion permet d'augmenter mécaniquement les taux de participation. Mais même recalculés plus précisément, ils restent trop faibles en France, toujours en deçà du taux minimum recommandé par l'Union européenne (45%) et des disparités territoriales demeurent.

Villet, R., Lartigau, E. et Blay, J. y. (2024). "Offre de soins en cancérologie adulte". Paris, Académie nationale de médecine
https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2024/11/Rapport-Offre-de-soins-en-cancerologie-apres-vote-pleniere.pdf

La fréquence des cancers en France a doublé depuis trente ans. Malgré une organisation très structurée, il existe des difficultés et des inégalités territoriales de prise en charge tout au long du parcours de soins. Concernant la prévention, une analyse des besoins avec la recherche des populations concernées, une planification des offres et une évaluation des résultats sont indispensables. Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) doivent être inter établissements évitant des décisions « monolithiques » et facilitant l'accès aux techniques innovantes, aux protocoles de recherche clinique et aux RCP de recours. La caractéristique génomique des tumeurs est indispensable et repose sur la détection d'anomalies du génome effectuée de façon ciblée (test compagnon) ou de préférence d'une manière plus globale (séquençage haut débit : NGS). Une interaction entre pathologiste et biologiste moléculaire est indispensable avec des comptes rendus unifiés et standardisés. Pour la chirurgie pour lesquels des seuils d'activité et une gradation de soins ont été définis, la radiothérapie où une forfaitisation tarifaire par traitement, identique entre le public et le privé est en cours de mise en place et l'oncologie médicale, il est indispensable de créer des parcours territoriaux de soins équilibrés avec un engagement opposable entres centres de référence et centres de proximité. Une politique nationale incitant aux métiers orientés vers la cancérologie doit être largement proposée avec une qualification spécifique des chirurgiens oncologues et une amélioration des parcours professionnels pour les personnels paramédicaux. Les soins de support doivent débuter dès la prise en charge avec une articulation hôpital-ville.

(2023). "Baromètre cancer 2021 : Attitudes et comportements des Français face au cancer". Saint-Maurice, Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/rapport-synthese/barometre-cancer-2021.-attitudes-et-comportements-des-francais-face-au-cancer

Réalisée par l'Institut national du cancer (INCa), en partenariat avec Santé publique France, cette étude dévoile les résultats du 4e Baromètre cancer. Réalisé tous les 5 ans, cet outil permet d'appréhender les attitudes et les comportements de la population face au cancer. Envisagé comme un «outil de pilotage des politiques de prévention», il permet également de construire des actions différenciées pour les populations spécifiques.

(2023). "Panorama des cancers. Edition 2023". Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.

Pour la troisième année consécutive, l'Institut publie le « Panorama des cancers en France ». Document de référence sur les données des cancers, l'édition 2023 regroupe en trois chapitres les chiffres essentiels les plus récents. Le premier chapitre, sur les données épidémiologiques générales, présente notamment les projections d'incidence1 2023 et leur évolution depuis 1990. Le deuxième chapitre se concentre plus particulièrement sur les données des cancers les plus fréquents chez la femme et chez l'homme. Enfin, dans le troisième et dernier chapitre, l'Institut national du cancer revient sur la prévention des cancers -poids des facteurs de risques évitables et participation aux dépistages organisés- ainsi que sur les soins et les actions de recherche initiées pour limiter le poids de la maladie dans le quotidien des Français ; une ambition de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers.

(2023). "Profils sur le cancer par pays dans les l'Union européenne.". Paris, Ocde
https://www.oecd.org/fr/sante/profils-sur-le-cancer-dans-ue.htm

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan "Vaincre le cancer en Europe". Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin d'identifier les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et les régions. Les profils sur le cancer par pays identifient les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, afin d'orienter les investissements et les interventions aux niveaux européen, national et régional dans le cadre du plan "Vaincre le cancer en Europe". Les profils sont le fruit du travail mené par l'OCDE, en coopération avec la Commission européenne. Chaque profil sur le cancer par pays fournit une synthèse des points suivants : la charge nationale du cancer . les facteurs de risque du cancer, en mettant l'accent sur les facteurs de risque liés au comportement et à l'environnement . les programmes de détection précoce . les performances en matière de soins oncologiques, en mettant l'accent sur l'accessibilité, la qualité des soins, les coûts et l'impact du Covid-19 sur les soins oncologiques.

(2023). "Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 2ème rapport au Président de la République". Boulogne-Billancourt, I.N.C.A.
https://www.desk53.com.fr/TMP/INCA_RP/pdf/Inca_RapportPresident2023.zip

Annoncée le 4 février 2021 par le président de la République, la stratégie décennale de lutte contre les cancers entre en 2023 dans sa troisième année de mise en œuvre. Pour suivre son déploiement et présenter les actions déjà engagées avec l'ensemble des parties prenantes, l'Institut national du cancer publie le 2e bilan des actions de l'année 2022. Un bilan qu'il remet chaque année au président de la République. Au total, ce sont près 120 actions qui sont d'ores et déjà lancées, sur les 234 que compte la stratégie décennale. Prévention et dépistage, recherche, soins et qualité de vie : les actions développées couvrent l'ensemble des champs de la cancérologie.

(2022). "Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 1er rapport au Président de la République". Boulogne Billancourt INCA
https://www.e-cancer.fr/content/download/428620/6456026/file/Rapport%20au%20PR_fevrier%202022_VF.pdf

Un an après le lancement de la stratégie décennale, ce premier rapport adressé au président de la République témoigne des avancées réalisées dès cette année 2021, et de la progression globale accomplie en matière de lutte contre les cancers en France. La mobilisation de l'ensemble des partenaires, institutionnels et associatifs, professionnels de la santé et de la recherche, patients et usagers, aux niveaux national et local, a rendu possible des avancées dans tous les champs de la lutte contre les cancers : recherche, prévention, dépistage, soins, qualité de vie, après-cancer.

Dubois, B., et al. (2022). "La lutte contre le cancer : un pilier de l'Europe de la santé." Sève : Les Tribunes De La Sante(72): 15-23.

La lutte contre le cancer est présentée comme l'un des piliers de l'Europe de la santé par la Commission européenne. En effet, le nouveau plan européen pour vaincre les cancers constitue un engagement sans précédent porté au plus haut niveau politique avec des objectifs clairs et des moyens conséquents. Ces ambitions européennes représentent un véritable espoir de progrès dans de nombreux domaines de la cancérologie. De nombreux défis liés aux grandes disparités et aux différents modèles d'organisations des États membres devront être relevés dans la mise en œuvre des nombreuses initiatives programmées.

Dupays, S., et al. (2022). "Le dépistage organisé des cancers en France". Paris Igas
https://igas.gouv.fr/Le-depistage-organise-des-cancers-en-France

La stratégie décennale de lutte contre le cancer annoncée par le Président de la République le 4 février 2021 comprend pour objectif d'augmenter la participation aux dépistages des cancers (un million de dépistages supplémentaires à l'horizon 2025). Dans cette perspective, l'Igas s'est vu confier une mission d'évaluation du dispositif actuel relatif au dépistage organisé du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus. La mission a porté une attention particulière au rôle des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) créés en 2019. Le rapport montre que les résultats des trois programmes de dépistage organisé apparaissent en deçà des attendus, notamment en terme de participation et d'atteinte des publics, au regard des moyens alloués et des objectifs fixés au niveau national. Afin d'atteindre les objectifs assignés , il paraît donc nécessaire de revoir le pilotage et l'organisation des programmes, en particulier en changeant d'échelle dans les actions d' « aller vers » et en investissant massivement dans le numérique et la gestion des données.

Fayet, Y., et al. (2022). "Analyse et enjeux de la métropolisation des soins de cancer en France."
Cybergeo : European Journal of Geography **1015**.
https://doi.org/10.4000/cybergeo.38959

Dans un contexte de rationalisation progressive de l'offre de soins hospitaliers en France, les progrès enregistrés en cancérologie depuis plusieurs décennies ont permis une amélioration significative de la survie des patients mais ont aussi favorisé une centralisation des soins dans les établissements spécialisés. À partir de données hospitalières, nous proposons une analyse géographique de l'évolution de l'accessibilité spatiale des soins et de l'activité de chirurgie en cancérologie. Si le temps moyen pour accéder au centre de chirurgie le plus proche a augmenté de 5 minutes en moyenne entre 2005 et 2018, 2,1 % de la population française est concernée par une hausse de plus de 30 minutes de ce temps. Alors que l'activité de chirurgie des cancers entre 2005 et 2012 a augmenté de 9,1 % dans les aires urbaines équipées d'un Centre Hospitalier

Universitaire ou d'un Centre de Lutte Contre le Cancer, celle-ci a très légèrement diminué (-0,3 %) dans les autres communes françaises. Cette forte dynamique de concentration spatiale de l'activité de chirurgie des cancers depuis le début des années 2000 confirme l'hypothèse d'une métropolisation des soins de cancer, qui voit les plus grandes aires urbaines de France métropolitaine assurer aujourd'hui, dans le cas des parcours de soins en cancérologie, les fonctions de commandement et d'expertise spécifiques aux métropoles. Ces résultats traduisent aussi un recours de plus en plus fréquent aux centres spécialisés, dont les effets sur les patients et leurs territoires d'origine devraient être plus largement évalués.

Safon, M. O. et Suhard, V. (2022). "Le dépistage organisé des cancers en France et en Europe : Bibliographie thématique". Synthèses & Bibliographies Irdes. Paris : Irdes
https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-depistage-organise-des-cancers-en-france-et-en-europe.pdf

Réalisée à la demande de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) dans le cadre de sa mission d'évaluation, cette bibliographie a pour objectif de rassembler de la littérature scientifique sur le dépistage organisé des cancers au niveau des pays européens. Les aspects principalement documentés sont : les modèles d'organisation des dépistages organisés, les taux de participation ainsi que les facteurs explicatifs des écarts de participation (différences de mesure, d'organisation, de comportement…). Trois cancers sont plus particulièrement ciblés : le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal. Les recherches bibliographies ont été menées sur la période allant de 2010 à septembre 2021 sur les bases et portails suivants : Base documentaire de l'Irdes, Banque de données en santé publique (BDSP), Cairn, Medline, Sciencedirect, EMC Consulte, GoogleScholar. Des éléments sur l'épidémiologie, les coûts et la politique de prise en charge des cancers figurent en début de bibliographie.

(2021). "Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route 2021-2025". Boulogne Billancourt INCA

Alors que plus de 3,8 millions de nos concitoyens vivent ou ont eu à vivre avec un cancer, le Gouvernement a souhaité renforcer la lutte contre les cancers en France en s'attaquant à tous les champs où ces maladies pèsent sur le quotidien des Français, que ce soit en matière de prévention, de prise en charge ou d'accompagnement des patients. Pour la première fois, 4 objectifs chiffrés viennent donner la force de cette ambition : réduire de 60 000 par an le nombre de cancers évitables à horizon 2040 (le nombre de cancers évitables est aujourd'hui estimé à environ 153 000 par an) ; dépister un million de personnes en plus par an à partir de 2025 (9 millions de dépistages sont réalisés chaque année) ;réduire de deux tiers à un tiers la part des patients souffrant de séquelles 5 ans après un diagnostic ; infléchir significativement le rythme de progression du taux de survie des cancers de plus mauvais pronostic, à horizon 2030. Pour y répondre, la stratégie décennale de lutte contre les cancers s'est définie 4 axes stratégiques : Améliorer la prévention, primaire comme secondaire, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie des patients, lutter contre les cancers de mauvais pronostic chez l'adulte et chez l'enfant, s'assurer que les progrès en matière de lutte contre les cancers bénéficient à tous. Une première feuille de route à 5 ans, détaillant les actions pour les années 2021-2025, sera décrite dans un décret publié le vendredi 5 février 2021. Elle sera dotée d'1,74 milliards d'euros, soit une augmentation de près de 20% par rapport au précédent Plan cancer 2014-2019.

(2021). "Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 - Synthèse des résultats : tumeurs solides et hémopathies malignes". Saint Maurice Spf
https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/la-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-entre-1989-et-2018-s-ameliore-pour-une-large-majorite-de-localisations-cancereuses

La survie des personnes atteintes de cancer est un indicateur clé permettant d'apprécier l'amélioration globale du pronostic, résultant à la fois des avancées thérapeutiques, des actions mises en œuvre pour diagnostiquer les cancers à un stade plus précoce et pour améliorer leur prise en charge. La quatrième étude, sur la survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, apporte des estimations actualisées de la survie à 1 an, 5 ans et 10 ans après le diagnostic ainsi que sur son évolution pour 73 localisations de tumeurs solides et d'hémopathies malignes. Fruit d'un travail partenarial entre le réseau Francim des registres des cancers, le service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer, cette étude inclut, pour la première fois, les estimations de survie de 22 sous-localisations anatomiques ou histologiques telles que les cancers de la vésicule et des voies biliaires ou le glioblastome, ainsi que des estimations de survie, 20 ans après le diagnostic. Synthèse et rapports par type de localisations sont en ligne :

Loretti, L. (2021). "La fabrique des inégalités sociales de santé : Enquête sur la prise en charge des malades du cancer". Rennes : Presses de Ehesp

Dans l'ensemble des pays européens, on observe que les personnes situées en haut de l'échelle sociale bénéficient d'un meilleur état de santé et d'une espérance de vie plus longue que celles situées en bas. Ce livre s'intéresse à ces inégalités sociales face à la santé et vise à saisir leur processus de constitution. Pour cela, il s'appuie sur l'exemple de la cancérologie. Cette maladie représente en effet la première cause des écarts de mortalité entre les groupes sociaux, les hommes et les femmes et les régions en France. Elle ne nous touche pas tous de la même manière et les différences entre les milieux sociaux, tant en termes d'incidence que de survie, sont considérables. Pour donner à voir et à ressentir les effets multiples des inégalités sur les corps, cet ouvrage explore et compare les trajectoires de malades issus de différents milieux sociaux. L'enquête empirique sur laquelle il s'appuie permet de mieux comprendre à quels moments, de quelles manières et dans quels espaces ces inégalités se (re)produisent, dans le temps long de la maladie. Ce livre offre ainsi des pistes pour améliorer les pratiques en cancérologie, mieux prendre en compte le vécu des malades et, surtout, la diversité de leurs besoins et de leurs expériences. Il s'adresse tout autant aux soignantes et soignants qui s'interrogent sur leurs pratiques qu'aux malades et à leurs proches curieux d'en savoir plus sur la diversité des expériences de cancer. Il offre également matière à penser les défis actuels pour tes autorités publiques et les associations de défense des patients. (4ème couv.)

Uhry, Z., et al. (2021). "Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018. Matériel et méthodes". Saint Maurice SPF
https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-materiel-et-methodes

La présente étude porte sur le suivi des personnes après un cancer diagnostiqué entre 1989 et 2015, âgées de 15 ou plus au moment diagnostic et résidant dans un des départements métropolitains couverts par un registre (19 à 22 départements selon le cancer étudié). Le statut

vital des personnes incluses a été mis à jour au 30 juin 2018 par les registres selon une procédure standardisée. Les résultats sont structurés en 3 parties : Partie 1 : Survie à 1 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015 (tous registres) ; Partie 2 : Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1990 et 2015 (restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015, Hommes et Femmes ensemble) ; Partie 3 : Survie nette à long terme (20 ans) des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et âgées de moins de 75 ans.

(2020). "Enquête Agrican : agriculture et cancer (2020)". Bagnolet CCMSA, www.actu-environnement.com/media/pdf/news-36604-cohorte-agrican-bulletin.pdf

La cohorte AGRICAN est la plus grande étude au monde conduite sur les cancers en milieu professionnel agricole. Proche du modèle et des objectifs de la cohorte américaine Agricultural Health Study, elle la devance aujourd'hui en nombre de participants. En France, l'initiative a commencé en 1995 par la mise en place d'une cohorte plus modeste d'affiliés MSA dans le département du Calvados (plus de 6000 affiliés). En 2004, le projet s'est développé par la création de la cohorte prospective AGRICAN, basée sur une large sélection d'affiliés adultes à la MSA dans 11 des 13 départements français métropolitains disposant alors d'un registre des cancers.

(2020). "Etablir l'origine professionnelle d'une maladie. Zoom sur les approches italienne et danoise. Cas des TMS, cancers et pathologies psychiques". Paris Eurogip, https://eurogip.fr/etablir-lorigine-professionnelle-dune-maladie-un-nouveau-rapport-deurogip/

Pourquoi de telles disparités en Europe en matière de maladies professionnelles (MP) ? Dans ce nouveau rapport, EUROGIP apporte des éléments de réponse, en particulier concernant les maladies multifactorielles que sont les TMS, les cancers et les pathologies psychiques. Il approfondit les systèmes de reconnaissance en vigueur en Italie et au Danemark, respectivement très proche et très éloigné du système français. L'une des explications principales aux disparités exposées tient aux systèmes de déclaration des MP, aux conditions juridiques de reconnaissance propres à chaque pays et au mode d'instruction des cas soumis à l'organisme public d'assurance compétent. Et si ces paramètres divergent d'un pays à l'autre, c'est parce qu'une maladie n'est pas professionnelle par essence. La plupart sont multifactorielles, c'est-à-dire que leur apparition renvoie à divers facteurs. En outre, le concept juridique de "maladie professionnelle" ne recouvre pas la même chose partout. Au-delà de l'intérêt que peut susciter une approche comparative des systèmes de reconnaissance pour expliquer les écarts statistiques entre pays, ce rapport vise à apporter des éléments de réflexion sur le degré de souplesse ou d'adaptabilité des systèmes de prise en charge européens, confrontés à davantage de pathologies multifactorielles (certains cancers, maladies neurodégénératives, voire virus…).

(2020). "Plan cancer 2014-2019 : Plan cancer : Sixième rapport au président de la République - Mars 2020". Cancer, Boulogne, INCA https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Sixieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Mars-2020

Pilote de la mise en oeuvre du Plan cancer 2014-2019, sous la responsabilité des ministres chargés de la santé et de la recherche, l'Institut national du cancer présente au président de la République les principales réalisations obtenues avec ses partenaires dans cette sixième année. Avec cette

dernière année du troisième Plan cancer, la persévérance de l'ensemble des acteurs, locaux et nationaux, a permis de réaliser près de 90 % des jalons du Plan.

Bensadon, A. C., et al. (2020). "Evaluation du 3ème Plan cancer (2014-2019). 2 tomes". Paris IGAS

Avec 382.000 nouveaux cas et 157.000 décès annuels (chiffres de 2018), le cancer est la première cause de mortalité chez l'homme, et la deuxième chez la femme Afin de préparer les orientations de la prochaine stratégie décennale de lutte contre les cancers, les inspections générales des affaires sociales et de la recherche ont été chargées d'évaluer le troisième plan cancer couvrant la période 2014-2019. Ce plan comportait quatre axes : Guérir ; - Préserver la qualité de vie des patients ; Investir dans la prévention et dans la recherche ; Conforter les organisations. Les besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes atteints de cancer devaient recevoir une attention prioritaire, de même que la réduction des inégalités devant la maladie et des pertes de chance. La mission a mené des travaux très approfondis et rencontré près de 200 personnes (représentants des patients, professionnels de santé, sociétés savantes, conseils professionnels, collège de médecine générale, fédérations d'établissements, institutions de recherche, etc.), tout en parcourant plusieurs régions. Ses constats et ses recommandations tournent autour de 11 thèmes : Recherche - Observation – Prévention – Dépistage – Soins – Vie pendant et après le cancer – Démocratie en santé – Besoins des enfants, adolescents et jeunes adultes – Réduction des inégalités – Ressources - Gouvernance. Ces thèmes sont développés de manière détaillée dans le rapport complet, qu'accompagne un rapport de synthèse pour connaître l'essentiel.

(2019). « Les cancers en France en 2018. L'essentiel des faits et des chiffres (édition 2019) ». Boulogne Billancourt INCa
https ://www.e-cancer.fr/content/download/255246/3573612/file/Cancers_en_France-Essentiel_Faits_et_chiffres-2018.pdf

L'Institut national du cancer propose la onzième édition du rapport Les cancers en France, sous une forme synthétique reprenant L'essentiel des faits et chiffres. Cette synthèse a pour objectif de rassembler des données récentes et fiables pour informer le grand public et les professionnels, éclairer les décideurs et les parties prenantes de la lutte contre le cancer. Les données essentielles et les faits marquants sur les cancers en France en 2018 sont complétés par un volet focus interrogeant les priorités en matière de lutte contre le cancer. L'attention y est portée sur les cancers de mauvais pronostic et la connaissance du poids des facteurs de risque de cancer permettant de guider les actions de prévention.

(2019). Représentations des soins et information sur le cancer et ses facteurs de risque : Baromètre cancer 2015. Saint-Maurice Santé publique France
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-cancer-2015.-representations-des-soins-et-information-sur-le-cancer-et-ses-facteurs-de-risque

Les résultats du Baromètre cancer 2015 confortent ceux des éditions précédentes et montrent que certaines catégories socioprofessionnelles méritent une attention particulière pour combler le déficit d'information. - La majorité des Français semblent bien informés sur l'influence des habitudes de vie sur la santé. Le déficit d'information concerne plutôt les facteurs de risque environnementaux naturels et les agents physiques et infectieux. - Moins d'une personne sur dix

cite les campagnes de prévention comme source d'information. La télévision n'est plus le media-roi mais reste la principale source pour les catégories socioprofessionnelles défavorisées.

Defossez, G., Le Guyader Peyrous S., Uhry, Z., et al. (2019). Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Saint-Maurice Santé Publique France
https ://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud

Le plan cancer 2014-2019 qui entre dans sa dernière année, s'intitule « Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France ». Il met d'emblée la priorité sur une action concertée visant à réduire les inégalités de tous ordres face aux cancers. Pour être en mesure d'apprécier l'impact des actions préventives ou curatives menées durant les cinq années de ce plan, au regard de l'évolution des facteurs de risque et des pratiques de diagnostic ou de dépistage, notre pays dispose d'un système d'observation dont les registres de cancers constituent le standard de référence. Ce rapport présente l'analyse de l'évolution de l'incidence des cancers (nouveaux cas) et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018 (soit sur une durée de près de 30 années).

(2018). « Survie à long terme des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine ». Boulogne-Billancourt INCA
https ://www.e-cancer.fr/content/download/252117/3490594/file/Survie_nette_conditionnelle_chez_les_personnes_atteintes_de_cancer_en_France_metropolitaine_mel_20181211.pdf

Ce rapport porte sur la survie des personnes atteintes d'un cancer, en fonction du temps écoulé depuis le diagnostic. Indicateur récent, la survie nette conditionnelle apporte un nouvel éclairage sur la survie des personnes atteintes de cancer. Elle fournit un pronostic dynamique, en actualisant la probabilité de survie au fur et à mesure que le temps s'écoule depuis le diagnostic. Complémentaire de la survie nette habituellement utilisée, elle permet d'étudier la survie à long terme. Elle est ainsi particulièrement informative pour le médecin.

(2018). Plan cancer 2014-2019 : quatrième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer

À deux ans de l'échéance de ce troisième Plan cancer, ce quatrième rapport fait un bilan de l'ensemble des actions menées. La mobilisation des partenaires du secteur, communauté des soignants, chercheurs, acteurs de la prévention, des grandes associations et fondations dans la lutte contre les cancers a permis de réaliser plus de 64 % des jalons identifiés (1 369 au total) répondant aux attentes des malades et de leurs proches

(2018). « Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France en 2015. » Bull Epidemiol Hebd (21).

Barnay, T., Ben Halima, B., Ben Halima, M. A., et al. (2018). « Conséquences de la survenue du cancer sur les parcours professionnels : une analyse sur données medico-administratives ». Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/rapports/568-consequences-de-la-survenue-du-cancer-sur-les-parcours-professionnels.pdf

Ce rapport présente la contribution du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur la stratégie de transformation du système de santé français, qui s'inscrit nécessairement dans une perspective de moyen terme et doit être distingué des mesures urgentes qu'appelle la situation actuelle dans différents secteurs ou dans certains territoires. Ce document percutant s'attaque au risque d'inertie d'un système cloisonné entre la ville, l'hôpital, le médico-social. De plus en plus coûteux et de moins en moins efficient, ce modèle ne pourra pas prendre en charge le vieillissement de la population et les maladies chroniques. La soixantaine de membres du HCAAM (partenaires sociaux, gestionnaires des établissements de santé, élus, hauts fonctionnaires, complémentaires santé, etc.) rejettent aussi le scénario d'une restructuration de l'offre pilotée par les grands centres hospitaliers où les établissements cessent d'être le centre de gravité du système. Les malades chroniques ou âgés devraient être essentiellement traités dans un extérieur structuré, qui n'est plus conçu comme un 'amont' ou un 'aval' de séquences hospitalières. À terme, le Haut Conseil considère que l'ensemble des professionnels de santé devrait exercer dans des structures collectives. Ils devraient ainsi assumer collectivement des responsabilités sur leur territoire : garantir à chacun un médecin traitant et une orientation pertinente dans le système de soins. Quant aux hôpitaux, ils devraient se recentrer et passer contrat avec les communautés locales de professionnels pour coordonner les retours à domicile, les systèmes d'information, la formation...

Barnay, T., Ben Halima, M. A., Duguet, E., et al. (2018). « L'effet des cancers sur la trajectoire professionnelle. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [238]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/238-l-effet-des-cancers-sur-la-trajectoire-professionnelle.pdf

La trajectoire professionnelle est dégradée lorsque survient un cancer. Dans cette étude, la base de données administratives Hygie est mobilisée afin d'évaluer les effets de un à cinq ans de la survenue de plusieurs cancers sur la situation sur le marché du travail. Les résultats montrent que la probabilité d'être employé (e) au moins un trimestre dans l'année diminue fortement par rapport à l'année précédant l'apparition de la maladie. Cette diminution perdure jusqu'à cinq ans après la survenue d'un cancer au profit, à court terme, d'un accroissement des arrêts maladie et, à moyen terme, de situations d'inactivité. L'ampleur de ces effets est cependant variable selon le type de cancers, leur sévérité, le sexe et l'âge à la survenue de la maladie. Dans la population féminine, le cancer du sein, le plus fréquent, a une forte influence négative sur l'emploi à un an, qui persiste à cinq ans. Le cancer de l'ovaire se caractérise par l'effet négatif le plus prononcé sur l'emploi à court terme. Chez les hommes, la survenue du cancer de la prostate conduit à une baisse modérée à court terme de l'employabilité mais qui s'accentue dans le temps. Concernant les localisations communes aux deux sexes, le cancer du poumon et des bronches est le plus délétère sur l'emploi alors que le cancer de la thyroïde influence peu le parcours professionnel. Les effets négatifs contrastés sur l'emploi reflètent la sévérité de la maladie, des traitements et des séquelles mais, également, des dispositifs d'aménagement des conditions de travail et d'emploi proposés par les entreprises.

Platel, S. (2018). « Cancers liés au travail : une reconnaissance en maladie professionnelle à deux vitesses. » Connaissance De L'emploi : Le 4 Pages Du Ceet (139)
https ://ceet.cnam.fr/publications/connaissance-de-l-emploi/cancers-lies-au-travail-une-reconnaissance-en-maladie-professionnelle-a-deux-vitesses-981059.kjsp

La reconnaissance en maladie professionnelle des cancers liés au travail est à améliorer. Plus facilement acquise pour ceux qui s'inscrivent dans les tableaux de la Sécurité sociale, elle s'avère incertaine pour les nombreux autres cas qui ne correspondent pas aux critères de ces tableaux. De plus, la visibilité des cancers professionnels étant corrélée à leur reconnaissance par la Sécurité sociale, la part prépondérante des maladies imputées à l'amiante dans les données officielles ne reflète ni l'importante diversité des affections associées à d'autres substances cancérogènes, ni la poly-exposition à laquelle sont fréquemment soumis les travailleurs. Le dispositif complémentaire aux tableaux peine lui aussi à les prendre en charge, produisant une forme d'inégalité d'accès aux droits à réparation pour ces victimes du travail. Une recherche en santé publique, consacrée au processus de reconnaissance en maladie professionnelle des cancers liés au travail, a contribué à comprendre les mécanismes et dynamiques à l'œuvre.

(2017). Plan cancer 2014-2019 : troisième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer

Dans ce 3e rapport adressé au président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du Plan cancer 2014-2019 pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires sa progression globale et l'avancement de chacune des 208 actions.

Bourdillon, F. And al (2017). « Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (2-3).

Bryere, J., et al. (2017). « Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (4) : 68-77.

L'objectif de ce travail était de qualifier et de quantifier l'influence de l'environnement socioéconomique sur l'incidence des cancers, et ce pour chacune des 15 tumeurs solides et des trois hémopathies malignes les plus fréquentes en France.

Caron, M., et al. (2017). « Interventions pour le retour et le maintien au travail après un cancer : revue de la littérature. » Santé Publique 29 (5) : 655-664.

La reprise du travail après un cancer peut être un défi et les interventions conçues pour la soutenir sont encore mal comprises. L'objectif de cette étude était d'identifier les interventions visant la reprise et le maintien au travail des personnes ayant reçu un diagnostic de cancer. Une revue de la littérature a été réalisée. La recherche documentaire a principalement été menée dans des bases de données de références bibliographiques. Un processus systématique d'analyse et d'interprétation des résultats a ensuite été complété.

(2016). Les cancers en France : éditions 2015. Boulogne Billancourt INCa
https ://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/les-cancers-en-france-edition-2015/

Ce rapport présente un panorama des connaissances et des données actualisées sur la situation des cancers en France, concernant l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie avec un cancer, les inégalités face au cancer et la recherche.

(2016). Plan cancer 2014-2019 : deuxième rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer
https ://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/deuxieme-rapport-au-president-de-la-Republique-Fevrier-2016

Dans ce deuxième rapport adressé au Président de la République, l'Institut national du cancer (INCa), responsable du pilotage du troisième Plan cancer pour le compte des ministres chargés de la santé et de la recherche, présente avec ses partenaires les principales actions réalisées sur l'ensemble du territoire en 2015.

Colonna, M., et al. (2016). « Analyse descriptive de l'incidence du cancer de la thyroïde à partir des données des registres des cancers sur la période 1982-2012 en France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (11-12) : 206-213.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2016/11-12/index.html

Introduction : l'incidence du cancer de la thyroïde a fortement augmenté dans de nombreux pays au cours des dernières décennies. Cette augmentation concerne essentiellement les cancers papillaires. Les pratiques diagnostiques et l'effet de facteurs de risque sont évoqués pour expliquer cette augmentation. Nous présentons une analyse descriptive en termes d'évolution et de répartition spatiale de l'incidence de ce cancer en France.

Cowppli-Bony, A., et al. (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice Institut de Veille Sanitaire

L'objectif de cette étude est de fournir, à partir des données de population des registres du réseau Francim, des estimations actualisées de survie observée et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer et de présenter les tendances temporelles de la survie. Des estimations de la survie à 15 ans sont également produites pour la première fois en France.

Doat, S., et al. (2016). « Estimation de l'incidence des cancers du sein, de la prostate et du côlon-rectum à partir des bases de données médico-administratives (échantillon généraliste des bénéficiaires de l'assurance maladie). » Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 64 (3) : 145-152.

Objectif : L'objectif de cette étude était de comparer l'incidence des cancers du sein, de la prostate et du côlon-rectum obtenue à partir d'algorithmes appliqués à un échantillon de la base de données médico-administratives de l'assurance maladie, à celle estimée à partir des données de registres du cancer.

Gremy, I., et al. (2016). « Dix ans de lutte contre le cancer : Dix ans d'innovations dans la lutte contre le cancer. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (94) : 10-30
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/Adsp ?clef=151

Depuis 2003, la lutte contre le cancer est devenue une priorité nationale, avec 3 plans successifs dont la mise en œuvre a été coordonnée par un opérateur unique avec des moyens conséquents. On a assisté à une évolution importante des pratiques médicales et une prise en compte des besoins et souhaits du malade. (introd.).

Grosclaude, P., et al. (2016). « Le cancer de la prostate : incidence, survie et mortalité en France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (39-40) : 693-699.
https ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/39-40/2016_39-40_1.html

Introduction : le cancer de la prostate est devenu depuis deux décennies le cancer le plus fréquent chez l'homme. Ce travail décrit l'évolution de l'incidence, de la mortalité et de la survie de 1980 à 2011 pour la France métropolitaine et la distribution des marqueurs pronostiques dans deux études ponctuelles réalisées en 2001 et 2008.

Monnereau, A., et al. (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 2 : hémopathies malignes, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2013.-etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-francim.-partie-2

Réalisée à partir des données des registres de population du réseau Francim, cette étude a pour objectif de fournir des estimations actualisées de survie observée et nette à 1,3,5 et 10 ans après un diagnostic d'hémopathie maligne, et de présenter les tendances temporelles de la survie. De plus, pour la première fois en France, les estimations de la survie à 15 ans sont fournies.

(2015). Plan cancer 2014-2019 : premier rapport au président de la République. Paris Institut National du Cancer
https ://www.e-cancer.fr/publications/93-plan-cancer/826-premier-rapport-au-president-de-la-republique-plan-cancer-2014-2019

Ce rapport constitue une première évaluation de la première année du troisième Plan cancer. Des efforts importants ont été déployés en 2014 pour programmer la mise en œuvre des 185 actions qui composent le Plan et en organiser le pilotage et le suivi. Si trente-huit actions connaissent un retard, la grande majorité des actions programmées respecte le planning prévu et trois actions sont désormais achevées. Ce rapport fait un bilan de réalisation autour des 3 axes, avec pour objectif : Guérir plus de personnes malades : L'annexe 1 du rapport (p. 31) regroupe les tableaux de suivi de toutes les actions au 1er janvier 2015.

(2015). Rapport 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers. Cancer du sein : se reconstruire après une mastectomie. Paris Ligue Nationale contre le cancer
https ://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/docs/observatoire_societal_des_cancers_rapport_2014.pdf

L'édition 2014 de l'Observatoire sociétal des cancers se focalise sur le cancer du sein et ses effets délétères en donnant la parole aux femmes ayant subi une mastectomie afin de mieux comprendre leur parcours dans la maladie. Une enquête inédite, menée par BVA1 pour la Ligue contre le cancer, permet d'analyser les principales difficultés rencontrées par ces femmes. Quelles sont leurs attentes ? Comment vivent-elles cette étape ? Quelles sont les conséquences psychologiques, matérielles, ou encore financières de la maladie et de ses traitements ? Cette enquête révèle l'existence de restes à charge importants qui pèsent sur la personne qui a subi la

mastectomie et sa famille. Elle souligne également que la reconstruction chirurgicale relève d'un choix personnel.

➢ Pour les années antérieures consultez : https ://www.ligue-cancer.net/article/37650_5eme-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers

Colonna, M., et al. (2015). Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010 : Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administrative. Saint-Maurice INVS
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/estimations-de-l-incidence-departementale-des-cancers-en-france-metropolitaine-2008-2010.-etude-a-partir-des-donnees-des-registres-des-cancers-du-r

En France, les registres des cancers couvrent seulement 20 % de la population. Afin d'estimer l'incidence (I) départementale des cancers, les séjours hospitaliers issus du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et les Affections de longue durée (ALD) peuvent être utilisés. En appliquant la démarche retenue pour les estimations régionales d'incidence 2008-2010, l'objectif de ce travail était de fournir des estimations départementales d'incidence sur la même période. Ce travail présente la première démarche structurée conduisant à des estimations départementales d'incidence. Les disparités spatiales de l'incidence concernent les cancers liés au tabagisme et à l'alcool, cancers pour lesquels il ne faut cependant pas oublier le rôle possible d'autres facteurs de risque (professionnels, environnementaux, etc.). Les disparités et gradients géographiques pour les autres localisations de cancers doivent être considérés avec prudence.

(2014). Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Paris INCA
https ://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-de-la-prevalence-partielle-et-totale-du-cancer-en-France-metropolitaine-chez-les-15-ans-et-plus-en-2008

L'objectif de ce rapport est de présenter les estimations de la prévalence totale et de la prévalence partielle du cancer en France métropolitaine, en 2008, chez les 15 ans et plus. Réalisées à partir des données issues du Réseau français des registres des cancers Francim, ces estimations correspondent à une actualisation des dernières publications de prévalence totale [Colonna 2000] et partielle [Colonna 2008] réalisées en France.

(2014). La vie deux ans après un diagnostic de cancer - de l'annonce à l'après-cancer. Paris Inca **:**
https ://www.e-cancer.fr/content/download/63361/570197/file/La-vie-2-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-2014-V2.pdf

L'enquête nationale sur les conditions de vie deux ans après le diagnostic de cancer (VICAN2) de l'INCa, a été réalisée en partenariat avec les trois principaux régimes d'Assurance maladie (Cnamts, MSA et RSI) et avec l'Inserm. Elle nous renseigne sur la vie quotidienne des personnes atteintes au moment de l'enquête, mais aussi sur leur parcours depuis le diagnostic. Différentes facettes de la vie de ces personnes y sont explorées : la prise en charge de la maladie et leur relation avec le système de soins : l'état de santé à deux ans du diagnostic : l'impact de la maladie sur les ressources et l'emploi : les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne et sociale. Cette enquête s'inscrit dans la continuité de la première enquête réalisée en 2004 sous l'égide de la

Drees. La méthodologie a néanmoins été adaptée avec la prise en compte de douze localisations ciblées selon le niveau de pronostic (bon, moyen, mauvais) et la combinaison de trois recueils de données (enquête téléphonique auprès des patients, enquête médicale auprès des soignants, données de consommation de soins).

(2014). Les cancers en France : éditions 2013. Rapports & synthèses. Boulogne Billancourt INCa

Ce rapport actualise les indicateurs de la cancérologie pour l'année 2013. Premièrement, il fait le point sur l'épidémiologie des cancers, par tranche d'âges et par localisation. En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer, en augmentation depuis plusieurs années, atteint 350 000 cas. L'augmentation du mélanome cutané chez les hommes et du cancer du poumon chez les femmes sont les plus alarmants. Le rapport fait aussi état des données récentes sur la prévention vis-à-vis des principaux facteurs de risque. Il décrit les résultats des programmes de dépistage, fait le bilan de l'offre de soins, de l'activité hospitalière et des traitements par chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie. En outre, des chapitres sont consacrés à la vie avec un cancer, aux inégalités de santé et à la recherche. Un ensemble de données qui ont servi de référence pour l'élaboration du plan cancer.

(2014). Plan cancer 2013-2019 : guérir et prévenir les cancers. Donnons les mêmes chances à tous et partout en France. Paris Ministère chargé de la santé
https://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Strategie-de-lutte-contre-les-cancers-en-France/Les-Plans-cancer/Le-Plan-cancer-2014-2019

Le 4 février, Journée mondiale contre le cancer, le Président François Hollande a lancé le troisième plan cancer (2014-2019). Doté d'un montant d'1,5 milliard d'euros, ce troisième plan a pour fil rouge la réduction des inégalités face au cancer. Le Plan s'organise autour de quatre priorités, qui sont déclinées en 17 objectifs opérationnels. La première priorité est de guérir plus de malades, ce qui implique de favoriser le dépistage et l'accès rapide et pour tous à une médecine d'excellence. La seconde priorité est de préserver la continuité et la qualité de vie des malades, en assurant des prises en charge globales et personnalisées, et en réduisant les séquelles des traitements et les conséquences du cancer sur la vie personnelle. La troisième priorité va à l'investissement dans la prévention et la recherche. Enfin, la quatrième priorité concerne le pilotage et l'organisation de la lutte contre le cancer, qui devraient, notamment, affirmer le rôle des patients et des usagers dans la mise en œuvre des politiques.

8.32 Diabète

(2024). "Tous responsables de notre santé ! Bilan et perspectives pour une Responsabilité populationnelle". Paris, F.H.F.
https://www.fhf.fr/bilan-2024-et-perspectives-pour-une-responsabilite-populationnelle

Le résultat de santé, qu'il soit mesuré sur une personne ou sur une population, dépend d'une action collective, coordonnée, dont l'objectif est explicitement le maintien en santé et la réponse aux besoins de santé, qu'ils soient exprimés ou non. C'est le sens de la Responsabilité populationnelle. Une organisation collective, s'appuyant sur des programmes de santé partagés, qui visent la meilleure santé de la population d'un territoire, la meilleure prise en charge de

chaque patient dans cette population, la meilleure utilisation des ressources du territoire. En France, près de 18 millions de personnes devraient faire l'objet d'une action en lien avec la prévention du diabète de type 2. Alors, comment faire en pratique ?

Mathieu-Bolh, N. (2024). "Économie de l'obésité". Paris, Edition de la Découverte
https://www.editionsladecouverte.fr/economie_de_l_obesite-9782348078286

Au cours des dernières décennies, le problème de l'obésité s'est aggravé partout dans le monde, y compris en France, où 47 % de la population est aujourd'hui soit en surpoids soit obèse. L'obésité entraîne des maladies qui ont des coûts sociaux importants et croissants, affectant les systèmes d'assurance maladie et le marché du travail. Or l'obésité est en grande partie évitable dans la mesure où elle est essentiellement liée à la hausse de l'apport nutritionnel et à la baisse de l'activité physique. La prévention peut se faire à travers diverses mesures de politique publique étudiées par les économistes. Après avoir présenté les faits et tendances sur l'obésité, ce livre offre une synthèse de la littérature économique sur cette maladie. Il donne l'état du savoir sur ses causes économiques, psychologiques, sociales et biologiques. Il expose les conséquences sur l'économie et explique de façon détaillée les résultats avérés ou potentiels des politiques de prévention de l'obésité.

Fosse Edorh, S., De Crouy Chanel, P., Lebreton, E., et al. (2023). "Diabète en outre-mer : comprendre les spécificités locales pour cibler les actions." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(20-21)

L'étude Entred 3 permet pour la première fois de dresser un état des lieux du diabète type 2 quatre DROM, de décrire des populations aux profils démographique, socio-économique, métabolique très spécifiques. Elle confirme également la fréquence élevée des facteurs de risque et des complications du diabète principalement à La Réunion et en Guyane. Intégrés dans un contexte culturel, social, et sanitaire, ces résultats permettront d'aider les décideurs à adapter les politiques publiques en matière de prévention, d'accompagnement et de prise en charge des personnes atteintes d'un diabète de type 2 en outre-mer afin d'en réduire le fardeau.

Revue Prescrire (2023). "Dispositif Asalée : une coopération médecins-infirmiers pour améliorer la qualité des soins." Prescrire : la revue **43**(474): 306-307.

Selon de nombreux retours d'expériences, la coopération médecins -infirmiers est une voie pour améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Plusieurs études ont été menées pour évaluer le dispositif de coopération médecins - infirmiers Asalée. Elles montrent une amélioration de la qualité des soins et du suivi des patients diabétiques de type 2.

Schlegel, V. (2022). « Une autonomie sous contrainte. Les usages sociaux de l'autosurveillance glycémique par les personnes atteintes de diabète », *Anthropologie & Santé* [En ligne], (25)

À l'instar d'autres maladies chroniques, la gestion médicale du diabète est largement déléguée aux malades eux-mêmes. Les diabétiques sont ainsi amenés à mesurer seuls leur taux de sucre dans le sang, à interpréter le chiffre relevé et à agir en conséquence. En prenant pour objet les transformations induites par la délégation de la surveillance du corps aux malades, cet article propose d'interroger la fabrique du patient autonome lors des programmes éducatifs. Pour ce

faire, l'article montre d'abord comment les usages de l'autosurveillance par les malades sont encadrés en amont par l'institution médicale. En adoptant le point de vue des malades, on peut ainsi déceler une profonde incorporation des gestes médicaux. Les pratiques de surveillance du corps donnent à voir comment le contrôle médical se dépersonnalise pour s'incarner dans des raisonnements intériorisés. Paradoxalement, c'est aussi grâce à l'appropriation de gestes et de raisonnements médicaux que certains malades en viennent à s'écarter des prescriptions qui leur sont faites.

Gilles De La Londe, J., et al. (2021). "La coopération entre médecins généralistes et infirmières améliore le suivi des patients diabétiques. L'impact du dispositif Asalée." Questions d'Economie de la santé (IRDES)(264)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/264-la-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-ameliore-le-suivi-des-patients-diabetiques.pdf

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmier·ère.s Action de santé libérale en équipe (Asalée), a pour objectif principal d'améliorer la qualité des soins et services rendus, notamment aux personnes souffrant de pathologies chroniques. Il s'appuie pour cela sur la substitution de certains actes des médecins vers les infirmières et sur le développement d'une démarche d'éducation thérapeutique. L'analyse des impacts du dispositif, inscrits dans le programme d'évaluation Doctor and Advanced Public Health Nurse Experiment Evaluation (DAPHNEE), est appréhendée ici à travers l'évolution de la qualité des soins et services dont ont pu bénéficier les patients diabétiques de type II, avant et après l'entrée de leur médecin traitant dans l'expérimentation Asalée. Les analyses montrent que l'entrée des médecins dans le dispositif Asalée a un impact positif et significatif sur la qualité du suivi des patients diabétiques et, particulièrement, de ceux bénéficiant d'un suivi spécifique par des infirmières. De plus, l'impact est plus important pour les binômes médecins-infirmières pour lesquels la coopération est plus intense, notamment en termes de nombre de patients concernés, de démarches éducatives entreprises ou encore de nombre et de variétés des actes substitués.

Chenu, C., et al. (2020). "L'activité physique adaptée comme stratégie de prévention et de traitement des maladies chroniques. Les cas de diabète du type II et de la dépression." Questions de Santé Publique(39)

L'activité physique adaptée (APA) se définit comme une activité physique ou sportive adaptée aux capacités de personnes à besoins spécifiques : atteintes de maladies chroniques, vieillissantes, en situation de handicap ou vulnérables. Elle mobilise des connaissances scientifiques pluridisciplinaires pour évaluer les ressources et les besoins des individus et concevoir avec eux des dispositifs et des projets d'intervention sportifs ou artistiques adaptées à des fins de prévention, de réadaptation, d'inclusion, d'éducation ou de participation sociale. Au-delà de l'accessibilité de la pratique, elle cherche surtout à créer les conditions du développement d'un projet personnel d'activité physique durable, qui s'intègre au parcours de vie des individus. Sollicitée par le ministère des Sports, l'Inserm a réalisé une expertise collective faisant le bilan des connaissances scientifiques sur l'APA, afin d'analyser, dans le cadre des maladies chroniques, son impact et sa place dans le parcours de soin. S'appuyant sur les résultats de cette expertise collective, ce nouveau numéro de Question de Santé Publique présente le cas du diabète de type II et de la dépression. Face au vieillissement de la population, l'APA est aujourd'hui devenue un nouvel enjeu de santé publique dont les conditions politiques, sociales, organisationnelles et

professionnelles de son émergence restent à définir, ainsi que les caractéristiques des programmes d'activité les plus efficients. Pour le diabète de type II et la dépression, comme pour les autres pathologies chroniques, les bénéfices des programmes d'APA sont bien supérieurs aux risques, lorsque les conseils et les

CNAM (2019). Nouvelles évaluations du service sophia : Un impact positif notamment sur les adhérents en écart par rapport au suivi recommandé, Paris : Cnam
https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/recherche?search=sophia

Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé du patient diabétique, expérimenté en 2008 dans neuf départements puis étendu à l'ensemble du territoire en 2013, avant d'être étendu progressivement aux personnes asthmatiques à partir de 2014. Aujourd'hui, le service s'appuie sur 220 infirmiers-conseillers en santé et compte plus de 790 000 adhérents diabétiques et 72 000 adhérents asthmatiques. Pour la première fois, la longévité du service d'accompagnement des patients diabétiques permet d'avoir un recul suffisant pour mesurer des résultats en termes de santé publique (morbi-mortalité). Une nouvelle étude réalisée en 2018 évalue l'impact à huit ans du service sophia (2008-2016) auprès des premiers adhérents de l'année 2008. Par ailleurs, depuis son lancement en 2014, le service d'accompagnement des patients asthmatiques, sophia a fait l'objet d'une seconde évaluation médicale et économique à deux ans de ce service. La note de synthèse publiée par la Cnam en février constitue la troisième évaluation du dispositif. Les résultats montrent que ce service est très apprécié par ses 870 000 adhérents et contribue à une amélioration de leur suivi médical recommandé et de leur santé. Cela conforte l'Assurance maladie à poursuivre ce service en focalisant son action sur les personnes ayant le plus besoin de soutien. Des adaptations du service vont ainsi être menées pour mieux cibler ses actions de recrutement et d'accompagnement, diversifier ses modes d'actions en utilisant les médias digitaux (emails, SMS, apps) et encore mieux relayer les recommandations des professionnels de santé.

Ali-Kada, A., Charles, R., Valee, J., et al. (2018). « Education thérapeutique du patient diabétique en médecine générale. » Médecine : De La Médecine Factuelle à Nos Pratiques 14 (10) : 457-462.
https ://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/education_therapeutique_du_patient_diabetique_en_medecine_generale_313678/article.phtml

L'éducation thérapeutique occupe une place importante dans le suivi et la prise en charge du patient diabétique de type 2, et doit lui permettre d'acquérir une réelle autonomie. Cet article a pour objectif de décrire les pratiques d'éducation thérapeutique des généralistes auprès de leurs patients diabétiques à partir d'une enquête réalisée par voie postale auprès de 50 % des médecins généralistes du Loiret et de l'Indre.

Fosse-Edorh, S., Mandereau-Bruno, L. Et Piffaretti, C. (2018). Le poids du diabète en France en 2016. Synthèse épidémiologique. Saint-Maurice, Santé publique France

Chiffres clés en 2016 : Plus de 3,3 millions de personnes sont traitées pharmacologiquement pour un diabète en France, soit 5 % de la population. Parmi ces personnes traitées pharmacologiquement pour un diabète : 244 / 100 000 ont été hospitalisées pour un infarctus du myocarde transmural, soit plus de 8100 personnes : 596 / 100 000 ont été hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral (AVC), soit plus de 19 800 personnes : 805 / 100 000 ont été

hospitalisées pour une plaie du pied, soit plus de 26 700 personnes : 255 / 100 000 ont été hospitalisées pour une amputation de membre inférieur, soit plus de 8400 personnes : 133 / 100 000 ont été hospitalisées pour une mise sous dialyse ou une greffe rénale, soit plus de 4 400 personnes. Les taux d'incidence de ces complications sont stables sur la période 2010-2016, sauf pour les AVC et les plaies du pied dont la fréquence augmente. Les inégalités socio-économiques et territoriales restent très marquées, que ce soit en termes de fréquence du diabète ou de survenue de complications graves.

Guerci, B., et al. (2017). « Pratique de l'auto-surveillance glycémique en France : données d'une enquête nationale. » Sante Publique 29 (2) : 229-240.

Objectif : Décrire les pratiques d'auto-surveillance glycémique (ASG) chez les patients diabétiques de type 1 (DT1) ou 2 (DT2) et estimer la proportion de patients réalisant une ASG selon la fréquence recommandée, la proportion de patients respectant les recommandations de qualité de la mesure. Matériels et méthodes : Etude nationale, transversale, conduite auprès de 238 pharmacies. Un questionnaire était complété avec les patients sur les items suivants : diabétiques adultes, achetant pour eux-mêmes du matériel d'ASG, utilisant un lecteur depuis au moins six mois, sous insuline ou sulfamide/glinide+/-autres antidiabétiques (AD). Résultats : 449 patients ont été inclus : 85 DT1 et 121 DT2 traités par multi-injections de type basale-bolus+/-AD (Groupe A et Groupe B), 123 DT2 par insuline basale+/-AD (Groupe C), 102 patients sous un autre schéma insulinique+/-AD (Groupe D) et 120 DT2 par sulfamides/glinides sans insuline+/-autres AD (Groupe E). La fréquence recommandée était suivie respectivement par 29,8 %, 36,4 %, 61,8 % et 69,2 % des patients Groupe A, Groupe B, Groupe C, Groupe E. La qualité de l'auto-mesure restait insuffisante qu'il s'agisse du nettoyage de l'appareil, des conditions de conservation/péremption des bandelettes ou de l'utilisation des solutions de contrôle. La capacité des patients à prendre une décision face à leur ASG restait faible (Groupe A : 56,5 %, Groupe B : 70,2 %, Groupe C : 49,2 %, Groupe E : 36,0 %) comme leur connaissance de leurs objectifs glycémiques (Groupe A : 81 %, Groupe B : 80,5 %, Groupe C : 68,6 %, Groupe E : 73,7 %). Conclusion : Si des progrès restent à faire sur la fréquence et la qualité des mesures, professionnels et patients doivent surtout porter leurs efforts sur l'éducation à l'interprétation des résultats de l'ASG.

Mandereau Bruno, L. And Fosse Edorh S. (2017). « Prévalence du diabète traité pharmacologiquement (tous types) en France en 2015. Disparités territoriales et socio-économiques. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (27-28) : 586-591.

Fosse-Edorh (S.), et al. (2016). « Mortalité liée au diabète en France » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (37-38)
https ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/37-38/pdf/2016_37-38.pdf

Au sommaire de ce numéro : Évolution de la mortalité et de la surmortalité à 5 ans des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France métropolitaine : comparaison des cohortes Entred 2001 et Entred 2007 : Surmortalité sur la période 2002-2011 des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France métropolitaine par rapport à la population générale. Cohorte Entred 2001 : Déterminants de la mortalité des personnes diabétiques de type 2. Cohortes Entred, France, 2002-2013

Regnault, N., et al. (2016). « Diabète gestationnel en France en 2012 : dépistage, prévalence et modalités de prise en charge pendant la grossesse. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (9) : 164-173.

Les objectifs de cette étude sont : 1) estimer la prévalence et la fréquence du dépistage du diabète gestationnel (DG) en 2012 en France, en population générale et chez les femmes à risque, après la publication fin 2010 de nouvelles recommandations de dépistage ciblé sur facteurs de risque, 2) décrire la prise en charge pendant la grossesse des femmes avec DG et les caractéristiques de leur enfant à la naissance.

Couralet, P. E. (2015). Evaluation médico-économique du programme Sophia 2010-2013. Paris CNAMTS **:** https://www.ameli.fr/content/evaluation-du-service-sophia-diabete-2010-2013-evaluations-du-service-sophia-septembre-2015

Le programme Sophia est un programme d'accompagnement personnalisé des patients diabétiques piloté par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs Salariés (Cnamts). Son déploiement s'est fait au cours de deux périodes distinctes : une phase expérimentale de 2008 à 2012, puis une phase de généralisation à partir de la fin de l'année 2012. Depuis son lancement en 2008, le service Sophia a fait l'objet de trois évaluations médico-économiques ayant pour objectif de mesurer l'impact du service sur la réalisation des examens de surveillance recommandés dans le suivi du diabète et observer son incidence sur les dépenses de soins des patients diabétiques. Cette nouvelle évaluation médico-économique porte sur les périodes suivantes : les années 2011 et 2012 pour les patients éligibles lors de la troisième vague de l'expérimentation, entrés fin 2010 dans le programme, l'année 2013 pour les patients éligibles lors de la généralisation fin 2012-début 2013. Elle confirme les observations des deux précédentes, soit une amélioration plus importante de la réalisation des examens recommandés chez les patients diabétiques adhérents au service Sophia que chez les patients diabétiques ne bénéficiant pas de ce service. La mise en place du service Sophia a amélioré le suivi de l'ensemble de la population diabétique mais n'a pas d'impact significatif à court terme sur la dépense totale de soins.

Fosse Edorh, S. « Journée mondiale du diabète 2015. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France**.** Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (34-35)
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/34-35/index.html

Au sommaire :C complications sévères du diabète et suivi des examens recommandés en France : progrès, insuffisances et disparités : Le poids des complications liées au diabète en France en 2013. Synthèse et perspectives : Les hospitalisations pour infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France en 2013 : Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France en 2013 : Les hospitalisations pour complications podologiques chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement en France en 2013 : Suivi des examens recommandés dans la surveillance du diabète en France en 2013

Azogui-Levy, S. Et Rochereau, T. (2014). « État de santé et suivi bucco-dentaire selon le statut diabétique : exploitation de l'enquête ESPS 2008. » Revue D'épidémiologie Et de Santé Publique 62 (6) : 329-337.

Le diabète mal contrôlé entraîne des complications sévères comme la maladie parodontale, affection orale entraînant la perte des dents. Les diabétiques bénéficient en France d'une prise en charge à 100 % des soins liés à leur diabète, dans la limite des tarifs conventionnels de l'assurance maladie. On observe des inégalités sociales en santé orale et face au diabète. L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques sociales associées à l'état de santé et au recours aux soins dentaires des personnes diabétiques à partir de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 et de les comparer à celles des personnes non diabétiques (Résumé auteur).

Fosse Edorh, S.., et al. (2014). « Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2014. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (30-31)
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/30-31/index.html

Au sommaire : Diabète : des disparités sociales et territoriales importantes : Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012 : Associations entre niveau socioéconomique et recours aux soins des personnes diabétiques, et évolutions entre 2001 et 2007, à partir d'une approche écologique. Enquêtes Entred 2001 et 2007, France : Pathologies associées, états de santé et traitements des personnes diabétiques en France : les données du Sniiram 2011Connaissances et pratiques en termes de santé bucco-dentaire chez les personnes diabétiques de type 2 dans l'étude Entred 2007, France : Impact d'une intervention nutritionnelle en centres d'examens de santé chez des consultants français recrutés entre 2005 et 2007 et présentant une hyperglycémie modérée à jeun.

Perlbarg, J., et al. (2014). « Faisabilité et intérêt de l'appariement de données individuelles en médecine générale et de données de remboursement appliqué au diabète et à l'hypertension artérielle. » Santé Publique 26 (3) : 355-363.
https ://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-355.htm

Le monde de la Santé Publique en France est soucieux d'améliorer l'utilisation des bases de données nationales. L'objectif du projet était de construire un outil de recherche en soins ambulatoires en appariant des données médicales et des données de remboursement. Les sources étaient la base de données du SNIIRAM et la base de données de l'Observatoire de Médecine Générale (OMG). Le SNIIRAM est une base médico-administrative nationale regroupant les données ayant servi au remboursement des soins et l'OMG est une base de données médicales en soins ambulatoires fournissant les motifs de recours aux soins appelés Résultats de Consultation (RC). A partir des données des patients ayant consulté un des 30 médecins généralistes sélectionnés en 2008, nous avons réalisé un appariement probabiliste des deux bases. La procédure d'appariement a permis d'apparier 89 211 séances et 29 088 patients. La comparaison des Affections de Longue Durée (ALD) et des RC a montré que 94 % des patients en ALD diabète avaient un RC diabète dans l'année. Mais seulement 65 % des patients avec un RC diabète étaient déclarés en ALD. L'appariement a permis d'identifier 12 % de patients diabétiques sans traitement antidiabétique et hors ALD qui n'étaient pas repérables dans le SNIIRAM (résumé d'auteur).

8.4 PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

8.41 Asthme

Cour des comptes (2024). "La santé respiratoire. : Un enjeu de « santé environnement » insuffisamment pris en considération". Paris, Cour des comptes
https://www.ccomptes.fr/fr/publications/la-sante-respiratoire

> La Présidence de la commission des affaires sociales du Sénat a saisi la Cour des comptes d'une enquête sur la « santé respiratoire ». Cette dernière vise à évaluer l'efficacité des politiques de prévention et de lutte contre les principales maladies respiratoires que sont la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), l'asthme et le cancer du poumon. Ces trois pathologies ont été sélectionnées en raison de l'importance du nombre de patients atteints, (10% des français souffrent de l'une de ces trois maladies) et des conséquences en termes de qualité de vie, de santé et de dépense publique. S'agissant de leur coût, l'assurance maladie estime en 2021 les dépenses de prise en charge des maladies respiratoires chroniques à 3,7 Md€. À ce montant s'ajoutent 3 Md€ de dépenses d'assurance maladie pour les cancers du poumon, soit un total pour l'ensemble des maladies respiratoires de 6,7 Md€. L'enquête a porté non seulement sur le système de santé, mais aussi sur les objectifs fixés, et les moyens mobilisés pour lutter contre les facteurs de risques environnementaux et leurs conséquences sur la santé respiratoire.

Provost, D., Delmas, M. c. et Benezet, L. (2023). "Impact de l'asthme sur l'itinéraire professionnel en France : analyse des données de la cohorte Constances". Saint-Maurice Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme/documents/rapport-synthese/impact-de-l-asthme-sur-l-itineraire-professionnel-en-france-analyse-des-donnees-de-la-cohorte-constances.-synthese

> L'asthme a un impact défavorable sur le parcours professionnel en France. Dans cette étude, lorsque l'asthme était estimé par un score de symptômes, des associations significatives étaient observées avec les indicateurs de l'itinéraire professionnel étudiés (durée d'emploi, nombre d'emplois, d'emplois à temps partiel, de périodes d'interruptions liées au chômage ou à la santé, statut vis-à-vis de l'emploi), tant chez les hommes que chez les femmes. Lorsque l'asthme était défini de façon dichotomique, ces associations étaient davantage marquées chez les femmes. Les actions de prévention visant notamment à maintenir l'emploi et à favoriser le retour au travail des asthmatiques doivent être renforcées. Un accompagnement des travailleurs asthmatiques et de ceux présentant des symptômes évocateurs d'asthme, mobilisant médecins du travail et cliniciens doit être encouragé afin de maintenir l'emploi et de favoriser le retour au travail.

Suarez Castillo, M. (2024). "Plus exposés à la pollution de l'air, les jeunes enfants des ménages modestes, plus fragiles, sont les plus affectés." Etudes et Résultats (Drees)(1292)

> En France métropolitaine, ce sont les jeunes enfants vivant dans les ménages les plus aisés et les ménages les plus modestes qui sont les plus exposés à la pollution de l'air due aux particules fines de moins de 2,5 micromètres. En effet, les plus aisés résident plus souvent dans les grandes aires urbaines, où se concentre la pollution atmosphérique, et les moins aisés dans les communes les plus polluées, au sein de ces aires. Néanmoins, au-delà des différences d'exposition, les fortes disparités de vulnérabilité vis-à-vis de la pollution de l'air doivent être prises en compte, notamment en fonction de l'état de santé, lié également au niveau de vie des parents : les enfants

des ménages les plus modestes sont en moins bon état de santé général à la naissance que ceux des ménages les plus aisés. En termes de recours au système de santé pour cause de maladies respiratoires, sur la période 2008-2017, environ 28 000 enfants de chaque génération sont hospitalisés en urgence pour bronchiolite avant leurs 2 ans et 11 000 pour asthme avant leurs 3 ans. Si l'exposition moyenne annuelle aux principaux polluants atmosphérique diminuait d'environ 1 % sur les 365 premiers jours de vie, ce qui reviendrait par exemple à préserver les enfants de moins de 1 an d'une quinzaine de jours d'augmentation ponctuelle importante de leur exposition à ces polluants, de l'ordre de 2 000 cas hospitalisés en urgence pour bronchiolite, 1 800 cas hospitalisés en urgence pour asthme et 6 100 enfants pris en charge avec des délivrances de médicaments anti-asthmatiques seraient évités. L'effet de la pollution de l'air masque en réalité de fortes disparités : 10 % des enfants concentrent l'essentiel des effets détectables statistiquement lors d'une augmentation de l'exposition avant leur premier anniversaire et sont donc en ce sens les plus affectés. Ces enfants sont caractérisés par un certain nombre de facteurs de risques, comme la prématurité, mais aussi par un niveau de vie plus faible : parmi ces enfants les plus affectés, le dixième le plus modeste est 1,6 fois plus représenté que le dixième le plus aisé.

Safon, M.O. (2022). Le fardeau de l'asthme : Bibliographie thématique. Paris : Irdes°
https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/le-fardeau-de-l-asthme.pdf

Réalisée dans le cadre du projet Ecenvir, cette bibliographie s'intéresse plus particulièrement aux aspects épidémiologiques et économiques de l'asthme ainsi qu'aux interventions réalisées par des professionnels (Conseillers d'environnement intérieur en France, community health worker, home based environmental interventions dans les pays anglo-saxons) -au domicile des patients. Elle a été réalisée à partir de l'interrogation des bases et portails suivants : Pubmed, Econlit, Science direct, Web of science, Cairn, bases documentaires de l'Irdes, de l'Ehesp et de Santé publique France. Elle porte sur la période 2000-2022/06.

Houot, M., Moisan, F. Et Iwatsubo, Y. (2018). « Surveillance de l'asthme par secteur d'activité chez les artisans et commerçants affiliés à la Sécurité sociale des indépendants ». Saint Maurice : Santé Publique France
https ://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme/documents/rapport-synthese/surveillance-de-l-asthme-par-secteur-d-activite-chez-les-artisans-et-commercants-affilies-a-la-securite-sociale-des-independants

Points clés : l'objectif de ce travail était d'estimer la fréquence d'asthme chez l'ensemble des artisans et des commerçants affiliés à la Sécurité sociale pour les indépendants (anciennement régime social des indépendants, RSI) : à l'aide d'un algorithme de repérage de l'asthme élaboré à partir des médicaments anti-asthmatiques présentés au remboursement : selon les secteurs d'activité.

Delmas, M. C., et al. (2014). « Évolution de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France : enquêtes nationales de santé en milieu scolaire 2003-2008. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (20) : 360-365.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/20/pdf/2014_20_3.pdf

Les données sur les tendances de la prévalence de l'asthme chez l'enfant en France sont rares. Les enquêtes nationales de santé en milieu scolaire sont effectuées sur des échantillons d'élèves tirés au sort, alternativement en grande section de maternelle, cours moyen 2e année (CM2) et troisième. La prévalence cumulée de l'asthme et les prévalences des symptômes d'asthme au cours des 12 derniers mois ont été estimées à partir des données des enquêtes effectuées en classe de CM2 en 2007-2008 et en troisième en 2008-2009. Elles ont été comparées aux prévalences estimées lors des précédentes enquêtes (CM2 en 2004-2005 et troisième en 2003-2004). La prévalence cumulée de l'asthme était de 14 % en CM2 et de 16 % en troisième. Dans chaque niveau scolaire, la prévalence des sifflements dans l'année écoulée était de 10 %. Par rapport aux précédentes enquêtes, on observait une augmentation de la prévalence cumulée de l'asthme et de la prévalence au cours de l'année écoulée de certains symptômes d'asthme. En revanche, la proportion d'élèves asthmatiques ayant eu des symptômes fréquents ou graves dans l'année écoulée était restée stable quel que soit le niveau scolaire. Les tendances observées devront être confirmées par les données des enquêtes à venir. Les données disponibles à ce jour ne montrent pas d'amélioration du contrôle de l'asthme chez l'enfant (résumé d'auteur).

Taille, C., et al. (2014). « Parcours de soins : Asthme de l'adulte. Le contrôle optimal fondé sur une médecine personnalisée. » Concours Médical 136 (5) : 359-389.

La prise en charge de l'asthme de l'adulte en France est presque un paradoxe : alors que l'on dispose d'un panel très large de molécules, de dosages et de dispositifs d'inhalation, la proportion de patients dont le traitement est adapté (permettant de contrôler les symptômes) est de seulement 40 %. À l'inverse, la baisse continue de la mortalité et des hospitalisations pour asthme depuis quinze ans démontre que la prise en charge s'améliore et que ces traitements sont très efficaces pour l'immense majorité des asthmatiques.

8.5 MALADIES CARDIOVASCULAIRES

8.51 Généralités

Diène, E., Fouquet, A., Geoffroy-Perez, B., et al. (2018). « Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les femmes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité ». Saint-Maurice, Santé publique France
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/mortalite-prematuree-par-maladies-cardiovasculaires-chez-les-femmes-selon-la-categorie-sociale-et-le-secteur-d-activite

Chatignoux, E., et al. (2017). « Attentats de 2015 et de 2016 en France : quel impact sur les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires ? » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (26) : 552-558.

Introduction : en 2015 et 2016 la France a subi trois vagues d'attaques terroristes d'une ampleur sans précédent sur son territoire. Leur nature et leur violence, ainsi que le relais médiatique continu qui a suivi, ont conduit à une augmentation du niveau d'anxiété et de stress dans la population, y compris dans celle non directement exposée aux attentats. Or, le stress est un facteur favorisant la survenue de certaines maladies cardiovasculaires. L'objectif était d'étudier,

au niveau national et régional, l'impact à court terme des attentats de 2015 et de 2016 sur les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires.

De Peretti, C. (2017). « Mortalité après hospitalisation pour motif cardio-vasculaire : description et comparaison avec les causes de décès. » Dossiers De La Drees (Les) [12]

La première étude décrit les principaux motifs cardio-vasculaires d'hospitalisation, ainsi que la mortalité à 30 jours et à un an. Parmi les patients décédés 30 jours au plus après une hospitalisation pour maladie de l'appareil circulatoire, trois sur dix avaient été hospitalisés pour maladie cérébro-vasculaire, deux sur dix pour insuffisance cardiaque et 14 % pour cardiopathie ischémique. La comparaison entre le motif d'hospitalisation et la cause initiale de décès montre qu'une cause de décès cardio-vasculaire n'est retrouvée que pour deux tiers de ces patients. Ces écarts sont dus aux finalités et règles de codage propres de chacun de ces recueils.

Gabet, A., et al. (2016). « Évolution temporelle du recours à la réadaptation cardiaque après un infarctus du myocarde, France, 2010-2014. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (43) : 764-774.

Introduction : l'objectif était de décrire les taux de recours nationaux et régionaux aux soins de suite et de réadaptation (SSR), particulièrement en réadaptation cardiaque (RC), après hospitalisation pour infarctus du myocarde (IDM) en France en 2014, et d'analyser les évolutions temporelles du recours à la RC après IDM entre 2010 et 2014. L'étude des disparités régionales met en avant des inégalités territoriales importantes qu'il paraît nécessaire de combler pour assurer une prise en charge équitable sur l'ensemble du territoire.

Barnay, T. Et Defebvre, E. (2016). « L'effet des contraintes physiques du travail sur les maladies cardiovasculaires chez les femmes. Enquête Santé et itinéraire professionnel, vagues 2006 et 2010, France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (7-8) : 148-153.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2016/7-8/2016_7-8_7.html

Introduction : en France, les maladies cardiovasculaires (MCV) représentent la première cause de mortalité chez les femmes. Le rôle du milieu professionnel dans l'apparition de ces pathologies est peu documenté. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'effet de l'exposition aux contraintes physiques du travail sur la déclaration de MCV chez les femmes.

Bensadon, A.-C. Et Barbezieux, P. (2014). Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires. Rapport IGAS. Paris IGAS
https ://www.vie-publique.fr/rapport/34028-articulation-entre-sante-au-travail-et-sante-publique-une-illustration

Dans le prolongement d'un premier rapport publié en juin 2013, l'IGAS poursuit sa réflexion sur la question de l'articulation entre santé au travail et santé publique, au travers de l'exemple des maladies cardiovasculaires (MCV). La mission s'est efforcée de répondre aux questions suivantes : comment mieux anticiper et analyser les risques liés au travail pour les prévenir, notamment ceux liés à de nouvelles formes d'organisation du travail ? Comment améliorer la dynamique d'articulation entre santé au travail, santé publique et santé environnementale ? Quelles pistes concrètes pourraient favoriser le maintien dans l'emploi des salariés malades ? L'entreprise peut-elle jouer un rôle comme lieu de promotion de la santé ?

Diene, E., et al. (2014). Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité. Saint-Maurice InVS
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/mortalite-prematuree-par-maladies-cardiovasculaires-chez-les-hommes-selon-la-categorie-sociale-et-le-secteur-d-activite

L'objectif de cette analyse est de décrire la mortalité prématurée d'origine coronarienne ou cérébrovasculaire selon deux indicateurs socioprofessionnels que sont la catégorie sociale et le secteur d'activité. Ces résultats contribuent à l'évaluation des liens entre les facteurs socioprofessionnels et la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Gabet, A., et al. (2014). « Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (26) : 430-438.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/26/index.html

Introduction : les maladies cardiovasculaires représentent la 3e cause de mortalité prématurée en France. L'objectif de cette étude était de décrire les disparités régionales de mortalité cardiovasculaire prématurée pour les cardiopathies ischémiques (CPI), les maladies cérébrovasculaires (MCV), l'insuffisance cardiaque (IC) et l'embolie pulmonaire (EP), en 2008-2010, et d'étudier les évolutions temporelles… Les résultats montrent que, malgré une diminution de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire durant la dernière décennie, des disparités régionales demeurent. Elles sont possiblement liées à une variabilité géographique des principaux facteurs de risque et de la prise en charge. La contribution respective de ces différents facteurs reste à établir. (R.A.).

8.52 Infarctus, maladies coronaires, AVC

(2024). "Multi-expositions professionnelles à des nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire chez les salariés en 2016-2017 en France à partir de l'enquête Sumer". Saint-Maurice, Santé publique France
https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/enquetes-etudes/multi-expositions-professionnelles-a-des-nuisances-ayant-un-effet-sur-le-systeme-cardiovasculaire-chez-les-salaries-en-2016-2017-en-france-a-partir

Le but de cette étude était de décrire la multi-exposition de la population française salariée à un ensemble de nuisances (chimiques, physiques, psychosociales…) ayant des effets sur le système cardiovasculaire à des fins de prévention. Pour cela, des indicateurs (quantitatifs et qualitatifs) de la multi-exposition aux nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire par grand secteur d'activité et domaine professionnel dans la population française de travailleurs salariés ont été déterminés à partir de l'enquête Sumer 2016-2017. L'étude s'est aussi attachée à la description de l'exposition à des nuisances susceptibles d'amplifier une exposition à une nuisance donnée ayant un effet sur le système cardiovasculaire. La multi-exposition à un ensemble de nuisances ayant un effet sur le système cardiovasculaire a aussi été décrite dans

deux sous-populations vulnérables : les femmes en âge de procréer et les salariés séniors (55 ans et plus).

Allain, S., et al. (2022). "En France, les AVC sont plus fréquents, plus graves et moins souvent pris en charge en unité spécialisée pour les personnes les plus modestes." Etudes Et Résultats (Drees)(1219) https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-02/er1219_1.pdf

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie une nouvelle étude sur la survenue des accidents vasculaires cérébraux (AVC), leur fréquence, la prise en charge et les séquelles selon le niveau de vie des personnes. À partir des données appariées de l'échantillon démographique permanent et des données de santé (EDP-santé), cette étude décrit les inégalités sociales de santé relatives aux AVC : un taux de survenue plus important chez les personnes au niveau de vie le plus modeste, une moindre prise en charge dans les unités spécialisées neuro-vasculaire (UNV), des séquelles plus importantes à la sortie de l'hospitalisation et à l'inverse, un risque de décès à 1 an plus faible chez les personnes les plus aisées.

Safon, M. O. et Suhard, V. (2021). "Les parcours de soins des personnes victimes d'AVC : Bibliographie thématique". Synthèses & Bibliographies Irdes. Paris : Irdes https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/les-parcours-de-soins-des-personnes-victimes-d-avc.pdf

L'objectif de cette bibliographie est de rassembler des références concernant les caractéristiques des personnes victimes d'AVC et de leurs parcours de soins. Il s'agit également de pointer la problématique des variabilités territoriales sur les deux aspects évoqués ci-dessus.

Gabet, A., et al. (2020). "Connaissance de l'accident vasculaire cérébral et de ses symptômes en France en 2019." Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)(28): 554-561. https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-27-octobre-2020-n-28

Introduction – L'objectif était d'étudier la connaissance de l'accident vasculaire cérébral (AVC) et de ses symptômes au sein d'un échantillon de la population française. Méthode – Nous avons utilisé les données du Baromètre de Santé publique France 2019 où 5 074 personnes, âgées de 18 à 85 ans et résidant en France métropolitaine ont été interrogées sur l'AVC. La méthode d'enquête reposait sur une génération aléatoire de numéros de téléphones fixes et mobiles. Les analyses ont été pondérées puis redressées sur les caractéristiques de la population générale française d'après l'Enquête emploi 2018 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Résultats – En 2019, plus de 40% des personnes pensaient que l'AVC affectait uniquement le cœur, ou à la fois le cœur et le cerveau, une sur cinq ne savait pas que l'AVC pouvait survenir à tout âge, et une personne sur deux ignorait qu'il existait des traitements efficaces. Par ailleurs, 53% des personnes ont déclaré craindre l'AVC, en particulier les femmes (58%). Concernant la connaissance des symptômes d'AVC, « des difficultés à parler » était le symptôme le mieux connu, identifié par 94% des participants. « La paralysie d'un bras ou d'une jambe » et « une déformation de la bouche » étaient respectivement reconnus par plus de 90% des personnes interrogées. Enfin, 83% de la population donnait ces trois symptômes simultanément, montrant une bonne connaissance des symptômes de l'AVC. La

méconnaissance des symptômes était, toutes choses égales par ailleurs, plus élevée chez les hommes, les moins de 45 ans et les plus de 65 ans, les personnes ayant un niveau d'éducation inférieur au Bac, celles n'ayant pas eu d'antécédent d'AVC ainsi que les fumeurs. Conclusion – La connaissance des symptômes de l'AVC était élevée et s'est améliorée par rapport à des études antérieures datant de 2013. Cela souligne l'importance des campagnes d'information.

Nestrigue, C., Bricard, D., Com-Ruelle, L., et al. (2019). « Influence des modalités de prises en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) sur la durée d'hospitalisation. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [242]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/242-influence-des-modalites-de-prises-en-charge-de-l-accident-vasculaire-cerebral-avc-sur-la-duree-d-hospitalisation.pdf

Les parcours de soins des patients sont étudiés ici à travers l'articulation entre le premier épisode de prise en charge de l'Accident vasculaire cérébral (AVC) en établissement hospitalier de court séjour (Médecine, chirurgie, obstétrique-MCO) et la prise en charge d'aval par d'autres établissements de soins, structures médico-sociales ou en ville. Plus précisément, il s'agit d'observer la variabilité de la durée du primo-épisode hospitalier pour AVC en MCO. La nature de l'AVC et l'état de santé global des patients jouent un rôle déterminant, ainsi que la prise en charge médicale, notamment le passage en Unité neurovasculaire (UNV). Mais au-delà des critères de bonne pratique clinique, la disponibilité de l'offre de soins d'aval, en particulier les Soins de suite et de réadaptation (SSR), permet la réduction de cette durée tout en minimisant les pertes de chances de récupération des victimes d'AVC.

Nestrigue, C., Com-Ruelle, L. Et Bricard, D. (2019). Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC). Document de travail Irdes : 82. Paris Irdes
https ://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/082-analyse-sequentielle-et-determinants-des-parcours-de-soins-en-phase-post-aigue-d-un-accident-vasculaire-cerebral-avc.pdf

La complexité des parcours de soins des victimes d'un primo-Accident vasculaire cérébral (AVC), au cours des trois mois suivant la sortie de la phase aiguë hospitalière, est analysée à partir des données médico-administratives du Système national des données de santé (SNDS). L'étude s'appuie sur une méthode originale de construction des parcours individuels par analyse séquentielle basée sur l'identification et la chronologie des lieux de prise en charge à l'hôpital ou en ville et, pour la ville, sur les types de professionnels de santé intervenant. Les déterminants des parcours sont analysés en mesurant les effets propres de l'âge et du sexe, des caractéristiques cliniques, de la prise en charge médicale et de l'offre de soins locale. A la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation (en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)), six patients sur dix ont un parcours comprenant une prise en charge majoritairement à domicile, un patient sur quatre bénéficiant d'actes de rééducation en ville. Seulement un patient sur 20 bénéficie d'une prise en charge en ville avec des actes infirmiers en plus des actes de rééducation. A l'inverse, un patient sur trois, à la sortie de l'épisode aigu d'hospitalisation après un AVC, présente ensuite un faible recours aux soins. Moins de trois patients sur dix empruntent des parcours majoritairement en établissements de Soins de suite et de réadaptation (SSR), le plus souvent pour des durées supérieures à deux mois. Les parcours où interviennent majoritairement les structures d'hébergement médico-sociales ne concernent qu'une minorité de patients (3 %). Enfin, 6 % des patients décèdent dans les trois mois suivant la sortie de l'hospitalisation en court séjour. Ces parcours de soins

s'expliquent notamment par l'intensité des soins requis liée à des facteurs cliniques et démographiques (gravité de l'état de santé, âge, sexe). Cependant, les facteurs d'offre jouent aussi un rôle déterminant. La rééducation dans un SSR est plus fréquente quand la densité de lits de SSR est plus forte. Lors d'une prise en charge majoritairement à domicile, la rééducation semble initiée souvent tardivement suite au premier contact avec le médecin généraliste, alors qu'elle aurait dû répondre à une prescription hospitalière de sortie de MCO. En ville, la rééducation s'accompagne parfois d'interventions d'infirmiers, surtout quand l'offre libérale en soins infirmiers est importante. Nos travaux soulignent enfin l'importance des structures Unités neuro-vasculaires (UNV) dans la réduction de la mortalité. En effet, toutes choses égales par ailleurs, les patients pris en charge dans une structure UNV lors de leur hospitalisation initiale préalable en phase aiguë décèdent moins souvent au cours des trois mois suivants (résumé d'auteur).

Leandre, C. Et Com-Ruelle, L. (2019). « Les facteurs de risque des patients hospitalisés pour un premier épisode d'accident vasculaire cérébral en France. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [240]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/240-facteurs-de-risque-des-patients-hospitalises-pour-un-premier-episode-d-accident-vasculaire-cerebral-en-france.pdf

La fréquence des accidents vasculaires cérébraux en France et leurs conséquences majeures en termes de létalité et de handicap lié aux séquelles les érigent en véritable enjeu de santé publique. Afin d'améliorer la prise en charge des patients, le Plan d'actions national Accidents vasculaires cérébraux (AVC) 2010-2014 préconise notamment de développer la prévention de l'AVC en déployant des actions de prévention et de dépistage des facteurs de risque sources d'AVC. Si les facteurs de risque sont bien identifiés par les cliniciens et mesurés dans certaines études sur échantillons, qu'en est-il sur le plan national ou régional ? Le Système national des données de santé (SNDS) offre la possibilité d'analyser la population exhaustive des AVC sur le territoire français à partir des données d'information médicale et de consommation de soins hospitaliers et de ville qui y sont intégrées. Une série de cohortes françaises en est extraite, incluant les victimes d'un primo AVC survenu de 2010 à 2019 (à terme) : elles englobent le suivi médical des 24 mois d'amont et autant en aval. Afin de repérer et quantifier les facteurs de risque d'AVC, une méthode a été mise au point et testée sur la cohorte 2012 d'adultes. Ainsi, les prévalences des facteurs de risque liés à des pathologies sont estimées à 51 % pour l'hypertension artérielle, à 37 % pour la dyslipidémie, à 20 % pour le diabète, à 16 % pour la fibrillation auriculaire et à 20 % pour la dépression. Elles sont situées dans les fourchettes cliniques nationales et internationales et apportent des informations nouvelles utiles en termes de prévention de l'AVC et de bonne prise en charge des malades. En revanche, le SNDS ne s'avère pas adapté au repérage des facteurs de risque liés aux habitudes de vie et au comportement de l'individu tels que l'obésité, le tabagisme et l'alcoolisme, soulignant le besoin d'être complété par d'autres études incluant des données cliniques.

Schnitzler, A., Erbault, M., Solomiac, A., et al. (2018). « Impact du plan AVC sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ischémiques constitués : évolution 2011-2016 des indicateurs d'évaluation de la Haute Autorité de santé. » Bull Epidemiol Hebd (5) : 78-84.

Introduction : une large partie du plan national AVC 2010-2014 avait pour but d'améliorer la prise en charge aiguë des patients ayant une ischémie cérébrale (AIC). Dans le cadre de son suivi, quatre campagnes d'évaluation nationales ont été coordonnées par la Haute Autorité de santé.

Méthode : les dossiers analysés ont été identifiés *via* le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information médecine, chirurgie, obstétrique) en 2011, 2012, 2014 et 2016, chaque structure éligible ayant un maximum de 80 dossiers à analyser (échantillon réalisé par tirage au sort aléatoire). Résultats : au total, 87 365 dossiers de patients AIC ont été analysés. Le délai médian (DM) entre l'apparition des symptômes et l'arrivée à l'hôpital est resté stable entre 2011 et 2016 (3h07mn en 2016 vs 3h03mn en 2011, p=0,013). Le DM arrivée à l'hôpital-réalisation de l'imagerie a significativement diminué (1h42mn en 2016 vs 1h54mn en 2011, p<0,001). Le taux de thrombolyse a significativement augmenté (8,6 % en 2011 vs 14,3 % en 2016, p<0,001). Conclusion : hormis pour le délai apparition des symptômes-arrivée à l'hôpital, cette étude met en avant une amélioration de la qualité de la prise en charge aiguë des patients AIC, cohérente et concomitante avec les restructurations organisées dans le cadre du plan national AVC.

Corre, J., et al. (2016). « Les freins à la prescription de la réadaptation cardiaque après un syndrome coronarien aigu en France en 2014. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (20-21) : 374-380. https ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/20-21/2016_20-21_4.html

Introduction : le syndrome coronarien aigu (SCA) est une pathologie fréquente et grave dans les pays développés. La réadaptation cardiaque (RC), en améliorant le pronostic des patients, est une thérapeutique recommandée en prévention secondaire. Pourtant, moins d'un tiers des patients éligibles y participent en France. L'objectif de cette étude prospective était d'identifier la place de la RC dans la prise en charge des SCA et les freins à sa prescription dans un centre cardiologique. Conclusion : dans cette étude, les freins à la prescription de la réadaptation sont nombreux et principalement liés au patient lui-même (comorbidités limitantes ou refus).

Gabet, A., et al. (2016). « Infarctus du myocarde chez la femme : évolutions des taux d'hospitalisation et de mortalité, France, 2002-2013. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (7-8) : 100-108. https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2016/7-8/2016_7-8_1.html

L'infarctus du myocarde (IDM) constitue une cause très importante de morbidité et de mortalité en France. L'objectif de ce travail était d'examiner les tendances récentes des taux de patients hospitalisés pour IDM et de la mortalité par IDM, avec une analyse spécifique chez les femmes.

Lecoffre, C., et al. (2016). « Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (20-21) : 359-366. https ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/20-21/2016_20-21_2.html

Introduction : la survenue de nombreuses maladies chroniques est inversement associée à la position socioéconomique. Cet article décrit l'association entre le taux de patients hospitalisés et le désavantage social pour l'infarctus du myocarde (IdM), l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance cardiaque (IC) et l'embolie pulmonaire (EP), en France métropolitaine en 2013.

Lecoffre, C., et al. (2016). « Mortalité cardio-neuro-vasculaire et désavantage social en France en 2011. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (20-21) : 352-358. https ://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/20-21/2016_20-21_1.html

Introduction : les différences de niveau socioéconomique d'une population sont à l'origine de disparités en termes de mortalité. Cet article décrit le lien entre mortalité et désavantage social

pour l'infarctus du myocarde (IdM), l'accident vasculaire cérébral (AVC), l'insuffisance cardiaque (IC) et l'embolie pulmonaire (EP), en France métropolitaine en 2011.

Collart, P., et al. (2015). « Association entre pollution atmosphérique et infarctus du myocarde sur base de la méthode cas-croisé. » Revue d'épidémiologie et de Santé Publique 63 (2) : 97-103.

Position du problème : de nombreuses études mettent en évidence un lien entre maladie cardiovasculaire et pollution atmosphérique. L'analyse cas-croisé est une méthode permettant d'étudier les effets à court terme de la pollution atmosphérique. Cette étude démontre son intérêt en évaluant l'effet modificateur des saisons ainsi que les effets confondants de différents paramètres environnementaux sur l'association entre pollution atmosphérique et infarctus du myocarde (IDM).

Fosse Edohr, S., et al. (2015). « Les hospitalisations pour infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en France en 2013. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (34-35) : 625-631.
https ://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2015/BEH-n-34-35-2015

Objectif : dresser un bilan des hospitalisations pour infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral chez les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement, en France en 2013 grâce aux données été extraites du Sniiram chaîné au PMSI.

De Peretti, C., et al. (2014). « Prévalences et statut fonctionnel des cardiopathies ischémiques et de l'insuffisance cardiaque dans la population adulte en France : apports des enquêtes déclaratives « Handicap-Santé ». » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (9-10) : 172-181.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/9-10/2014_9-10_3.html

Les cardiopathies ischémiques (CPI) et l'insuffisance cardiaque (IC) sont des pathologies chroniques fréquentes et graves. Les objectifs de cette étude sont d'estimer la prévalence « déclarée » des antécédents de CPI et d'IC dans la population adulte française à partir des enquêtes « Handicap-Santé » et de décrire les restrictions d'activité et de participation sociale, ainsi que la qualité de vie des personnes atteintes de ces pathologies.

Diene, E., et al. (2014). Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires chez les hommes selon la catégorie sociale et le secteur d'activité. Saint-Maurice InVS
https ://www.santepubliquefrance.fr/docs/mortalite-prematuree-par-maladies-cardiovasculaires-chez-les-hommes-selon-la-categorie-sociale-et-le-secteur-d-activite

Les maladies cardiovasculaires constituent la seconde cause de mortalité en France : et parmi l'ensemble des territoires vasculaires concernés par ces décès, les territoires coronariens et vasculaires cérébraux sont les plus souvent touchés. L'objectif de cette analyse est de décrire la mortalité prématurée d'origine coronarienne ou cérébrovasculaire selon deux indicateurs socioprofessionnels que sont la catégorie sociale et le secteur d'activité. Ces résultats contribuent à l'évaluation des liens entre les facteurs socioprofessionnels et la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Gabet, A., et al. (2014). « Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (26) : 430-438.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/26/index.html

Les maladies cardiovasculaires représentent la 3e cause de mortalité prématurée en France. L'objectif de cette étude était de décrire les disparités régionales de mortalité cardiovasculaire prématurée pour les cardiopathies ischémiques (CPI), les maladies cérébrovasculaires (MCV), l'insuffisance cardiaque (IC) et l'embolie pulmonaire (EP), en 2008-2010, et d'étudier les évolutions temporelles.

Gabet, A., et al. (2014). « Mortalité due à l'insuffisance cardiaque en France, évolutions 2000-2010. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (21-22) : 386-394.
https ://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2014/21-22/2014_21-22_3.html

L'insuffisance cardiaque est une maladie à l'origine de nombreuses hospitalisations dans les pays occidentaux et présente une létalité très élevée. L'objectif de ce travail était d'estimer le taux annuel de décès par insuffisance cardiaque en France et d'en analyser les évolutions entre 2000 et 2010, grâce aux données du CépiDc.

8.53 Hypertension artérielle

Gabet, A., Bonaldi, C. et Grave, C. (2024). "Impact du dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque sur l'hypertension artérielle en France métropolitaine, 2014-2016." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(9)

La consommation d'alcool est un facteur de risque important d'hypertension artérielle (HTA). Une expertise collective a établi des repères à moindre risque dont l'une des composantes est, pour protéger sa santé, de ne pas dépasser 10 verres d'alcool par semaine. L'objectif de ce travail était d'estimer le nombre de cas d'HTA attribuables à la consommation d'alcool dépassant cette composante des repères au sein de la population française de métropole d'âge compris entre 18 et 74 ans, au global et selon le sexe et l'âge. Une approche par fraction attribuable à l'alcool (FAA) dans la population a été utilisée. Celle-ci a été calculée avec les risques relatifs d'HTA pour différents niveaux de consommation d'alcool issus de la méta-analyse la plus récente et la prévalence des niveaux de consommation d'alcool déclarés et corrigés d'une sous-déclaration dans le Baromètre de Santé publique France 2017. La prévalence de l'HTA estimée en 2015 dans l'Étude de santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban) a été extrapolée à l'ensemble de la population française de métropole recensée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), pour la même année, afin de déduire les nombres de cas d'HTA attribuables à la consommation d'alcool dans la population.

Grave, C., Gautier, A., Gane, J., et al. (2020). « Prévention, dépistage et prise en charge de l'HTA en France, le point de vue des médecins généralistes, France, 2019. » Bull Epidemiol Hebd (5) : 115-123.

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie chronique fréquente qui constitue un facteur de risque cardiovasculaire important. Son diagnostic et sa prise en charge sont principalement effectués par les médecins généralistes (MG). Dans ce contexte, l'objectif de cette étude était de décrire les opinions et ressentis des MG français sur l'HTA.

Perrine, A.-L., Lecoffre, C., Blacher, J., et al. (2018). « L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. » Bull Epidemiol Hebd (10) : 170-179.

Introduction : l'hypertension artérielle (HTA) est la pathologie chronique la plus fréquente en France, touchant près d'un adulte sur trois. Elle constitue un facteur de risque majeur de pathologies cardio-neuro-vasculaires. L'un des objectifs de l'étude Esteban était d'estimer la prévalence de l'HTA en France, son dépistage et sa prise en charge en 2015 et d'en étudier les évolutions depuis l'Étude nationale nutrition santé (ENNS) de 2006.

9 - Santé mentale

9.1 PSYCHIATRIE

9.1.1 Etudes Irdes

Coldefy, M. et Gandre, C. (2025). "Série thématique : « La santé mentale, grande cause nationale 2025, quels défis pour le système de santé ? » : Episode n°1 : Le système de santé mentale français : décryptage d'une organisation spécifique". Podcast n° 5. Paris, Irdes. https://www.irdes.fr/recherche/2025/podcast-05-01-la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025-le-systeme-de-sante-mentale-francais.html

> La santé mentale est un sujet de plus en plus présent dans le débat public en France, notamment depuis la pandémie de Covid-19 qui a agi comme un véritable révélateur de ses enjeux. Ces enjeux sont en premier lieu épidémiologiques, puisque chaque année, près de 9 millions de personnes ont recours au système de santé pour un problème de santé mentale, même s'il a été constaté dans le même temps un non-recours aux soins particulièrement élevé pour ce type de troubles. Les enjeux sont également économiques, car la prise en charge des troubles psychiques représente le premier poste de dépenses de l'Assurance maladie. Enfin, ces défis sont d'ordre organisationnel, puisqu'il faut répondre aux besoins des personnes concernées. La santé mentale a ainsi été érigée en « Grande cause nationale 2025 » par les pouvoirs publics, un label qui a pour objectif d'offrir chaque année une tribune médiatique à un thème de société porté par un ou plusieurs organismes associatifs. Magali Coldefy, chercheuse en géographie, et Coralie Gandré, chercheuse en santé publique, toutes deux spécialisées dans les services et politiques de santé mentale à l'Irdes, sont interrogées sur cette question d'actualité, qui fait l'objet d'une série thématique de trois podcasts. Ce premier épisode est consacré au décryptage de l'organisation spécifique du système de santé mentale français, qui se distingue des autres pays occidentaux et des autres champs de la santé, et aux principaux défis auxquels ce système doit fait face aujourd'hui.

Gandre, C. et Mcginty, B. (2024). "Bridging the gap. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux Etats-Unis : enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psychiques sévères en France." Questions d'économie de la santé (irdes)(292): 8p.

> Les personnes vivant avec un trouble psychique sévère présentent des besoins de soins somatiques complexes, caractérisés par de fréquentes comorbidités et une surmortalité persistante. Ces constats suggèrent une inadéquation des prises en charge existantes et appellent à réduire la fragmentation de l'offre de soins, par exemple via des modes d'organisation permettant l'implication de structures ambulatoires spécialisées en santé mentale - telles que les Centres médico-psychologiques (CMP) en France - dans les soins primaires de leur patientèle. Les États-Unis se singularisent par l'adoption de cette approche depuis une dizaine d'années, dans le cadre du dispositif des Medicaid Behavioral Health Homes soutenu par l'Affordable Care Act. Cette synthèse présente les enseignements issus des évaluations de ce dispositif en vie réelle. Celui-ci repose sur la présence d'un infirmier salarié avec un rôle de coordination des soins au sein des structures de santé mentale ambulatoires travaillant en partenariat avec un professionnel de soins primaires autour de missions prédéfinies (promotion de la santé, bilans, orientation vers des spécialistes...) pour les

personnes avec un trouble psychique sévère. Des impacts positifs ont été montrés chez ces personnes en termes de recours aux soins primaires, de dépistage et de suivi des pathologies somatiques et de leurs facteurs de risque. Cependant, afin de permettre des effets à long terme, les évaluations révèlent que le développement de ce type de dispositifs doit être soutenu par des modes de financement pérennes, encourageant la collaboration et la responsabilité partagée entre les professionnels de santé, le renforcement des dotations en personnel au sein des structures de santé mentale ambulatoires, et des investissements dans les capacités de recueil et d'échange de données. Ces enseignements s'avèrent précieux pour la France, alors que des initiatives émergent au sein de CMP sans le soutien d'une stratégie nationale coordonnée.

Touitou-Burckard, E., Gandré, C., et al. (2024). "Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements." Questions d'économie de la santé (Irdes)(286)

L'isolement et la contention en psychiatrie constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise et ne devant être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. En France, la réduction de leur usage, inscrite à l'agenda politique international, figure parmi les objectifs de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie lancée en 2018 et s'appuie sur un nouveau cadre législatif à visée dissuasive. Dans ce contexte, cette étude fournit des données récentes sur le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale, et propose un panorama inédit de la population concernée et des variations du recours à ces mesures entre établissements de santé, en amont d'une deuxième étude qui visera à en caractériser les déterminants. En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements, certains d'entre eux n'en faisant aucun usage. L'ampleur des variations suggère qu'elles ne peuvent être justifiées par des différences de besoins des populations prises en charge et soulève des interrogations en lien avec les enjeux éthiques et juridiques associés à l'usage de l'isolement et de la contention. Des éclairages qualitatifs permettent de repérer l'existence de savoirs, de pratiques et de représentations, portés par une organisation du travail, une politique de ressources humaines et l'affirmation de valeurs, favorisant un moindre usage des pratiques coercitives en psychiatrie. Des politiques publiques plus ambitieuses, soutenant les équipes soignantes dans la limitation de l'usage des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, demeurent à penser pour atteindre tous les établissements.

Gandre, C., Moreau, D., Ben Dridi, I., et al. (2023). "Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère." Questions d'économie de la santé (irdes)(281)

La surmortalité des personnes vivant avec un trouble psychique a été reconnue comme problème de santé publique depuis une dizaine d'années en France. Cependant, les actions concrètes pour lutter contre cette surmortalité demeurent limitées et nécessitent une meilleure compréhension des parcours de soins somatiques complexes pour cette population présentant un cumul de vulnérabilités. À partir de l'analyse des parcours pour cancer – reposant sur une

double approche qualitative et quantitative – cette recherche met en évidence des inégalités pour les personnes vivant avec un trouble psychique, qui concernent en particulier l'accès aux examens diagnostiques recommandés, le délai entre le diagnostic et la mise en place des traitements, le caractère invasif et l'intensité des traitements, le suivi post-traitement et le risque de décès, tout en soulignant l'hétérogénéité des situations vécues. Les différences identifiées dans les parcours de soins peuvent être liées à des adaptations aux spécificités des personnes suivies et à leurs choix, mais aussi à des préconceptions sur les difficultés associées aux troubles psychiques, ou encore à une organisation inadaptée des soins que des politiques publiques seraient susceptibles d'améliorer.

Coldefy, M., et al. (2022). "Les Soins Sans Consentement Et Les Pratiques Privatives De Liberté En Psychiatrie : Un Objectif De Réduction Qui Reste À Atteindre." Questions d'Economie de la santé (IRDES)(269)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf

La réduction des pratiques de soins sans consentement, d'isolement et de contention est un des objectifs de la Feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » en vigueur dix ans après la loi du 5 juillet 2011 modifiant les modalités de soins sans consentement en psychiatrie et cinq ans après la loi de modernisation de notre système de santé énonçant une volonté d'encadrement et de réduction des pratiques d'isolement et de contention. Dans ce cadre, un état des lieux national du recours à ces pratiques et de leurs évolutions est présenté à partir des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie.

Lecarpentier, P., et al. (2022). "Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (267)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/267-le-recours-a-l-electroconvulsivotherapie-en-france.pdf

L'électroconvulsivothérapie (ECT) consiste à déclencher une crise d'épilepsie sous anesthésie générale. Elle figure parmi les traitements recommandés pour le soin des troubles psychiques sévères ne répondant pas aux prises en charge usuelles, notamment pharmacologiques. Associée à des représentations négatives, ses mécanismes d'action restent en partie méconnus et les travaux documentant son utilisation à grande échelle font défaut. Cette recherche décrit le recours à l'ECT en France métropolitaine en 2019 et en identifie les principaux facteurs associés à partir des données d'activité hospitalière de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) – qui comportent depuis 2017 un recueil des actes d'ECT visant l'exhaustivité. Selon ces données, l'ECT a concerné 3 705 personnes pour 44 668 actes en 2019 en France, constituant ainsi un soin hyper-spécialisé peu prescrit. Un peu plus d'1 % des adultes hospitalisés au moins une journée à temps plein en psychiatrie sont concernés, qui sont plus âgés, plus souvent de sexe féminin et ont des diagnostics de troubles plus sévères et complexes que les autres personnes hospitalisées selon les mêmes modalités. Ces caractéristiques cliniques sont en cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques.

Gandre, C., et al. (2021). "Détresse psychologique pendant le premier confinement lié à la Covid-19 : des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap." Questions d'Economie de la Santé (Irdes) (255)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/255-detresse-psychologique-pendant-le-premier-confinement-lie-a-la-covid-19.pdf

L'impact sur la santé mentale de la crise sanitaire et du premier confinement liés à la pandémie de Covid-19 en France a été objectivé par des enquêtes en population générale qui ont souligné le sur-risque de survenue de détresse psychologique chez les personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap. Mais les données issues de telles enquêtes ne permettent pas d'étudier avec précision la situation de ces populations spécifiques, du fait de leurs faibles effectifs parmi les répondants. Pour pallier ce manque d'informations et mieux comprendre les mécanismes impliqués, le choix a été fait de recourir à une enquête par internet diffusée par un réseau social et des associations de personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap. Malgré des facteurs de vulnérabilité communs à la population générale, la survenue de détresse psychologique au cours du confinement chez ces personnes s'avère également liée à des problématiques qui leur sont propres : difficultés à appliquer les mesures sanitaires, fait de penser ne pas être pris en charge comme les autres en cas d'infection par la Covid-19, arrêt ou diminution du suivi médical ou médico-social habituel pendant le confinement. Nos résultats soulignent ainsi l'importance de prendre en compte les besoins spécifiques des personnes vivant avec une maladie chronique ou un handicap dans le cadre de la réitération des politiques de confinement, d'autant que l'impact de la plupart des facteurs de vulnérabilité qui leur sont propres semble pouvoir être modéré par des politiques adaptées.

Coldefy, M. et Gandre, C. (2020). "Atlas de la santé mentale en France"
https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf

L'Atlas de la santé mentale en France propose une photographie inédite tant des prises en charge que de l'offre disponible sur le territoire à partir de systèmes d'information existants. Il décrit des situations spécifiques, notamment celles de populations particulièrement vulnérables du fait de leur âge ou de leur milieu de vie : les enfants et adolescents, les adultes de 18 à 64 ans suivis pour des troubles psychiques fréquents ou des troubles psychiques sévères et persistants, les personnes âgées et la population pénitentiaire. Il s'adresse ainsi tant aux acteurs concernés dont les usagers des services de santé mentale, leurs proches, les professionnels de santé et du secteur social et médico-social qu'aux décideurs politiques nationaux et locaux et aux chercheurs.

Gandre, C. et Coldefy, M. (2020). "Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(250)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/250-moins-de-soins-de-prevention-plus-d-hospitalisations-evitables-chez-personnes-suivies-pour-trouble-psychique-severe.pdf

Les individus suivis pour des troubles psychiques font face à une mortalité prématurée, quelle que soit la cause de décès. Ce phénomène, marqueur d'inégalité de santé, questionne le suivi et l'accès aux soins somatiques des personnes vivant avec un trouble psychique sévère. Les données du Système national des données de santé (SNDS) permettent de caractériser leur recours aux soins courants à l'échelle nationale en comparaison aux principaux bénéficiaires de l'Assurance

maladie. Leur exploitation démontre un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants chez les individus suivis pour un trouble psychique sévère, malgré une prévalence plus élevée des principales pathologies chroniques qu'en population générale, et une fréquence plus importante des hospitalisations évitables, malgré des contacts plus fréquents en médecine générale. Ces résultats soulignent les difficultés du système de santé à répondre de manière satisfaisante aux besoins spécifiques des personnes vivant avec un trouble psychique et soutiennent le développement de mesures dédiées pour améliorer l'accès et la prise en charge somatique de cette population aux multiples vulnérabilités.

Gandre, C., et al. (2020). "Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020." Questions d'Economie de la Santé (Irdes)(249)
https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/249-les-inegalites-face-au-risque-de-detresse-psychologique-pendant-le-confinement-premiers-resultats-enquete-coclico.pdf

La France fait face à une crise sanitaire sans précédent, liée à l'épidémie de Covid-19, qui a conduit à la mise en place d'un confinement obligatoire à domicile pour toute la population. Or, cette mesure n'est pas sans impact potentiel sur la santé, en particulier la santé mentale. Cette étude a pour objectif de déterminer l'ampleur de la survenue de détresse psychologique dans la population française au cours des premières phases du confinement, et d'en identifier les facteurs associés afin de repérer des populations vulnérables nécessitant un soutien. Une première vague d'enquête internet a été diffusée entre le 3 et le 14 avril 2020 en mobilisant un échantillon de personnes de 18 ans ou plus, représentatives de la population française vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. La survenue d'une détresse psychologique est observée chez un tiers des répondants. Si le fait d'être exposé au virus en constitue un facteur de risque, les conditions et conséquences du confinement semblent jouer le rôle le plus marqué. Certains segments de la population particulièrement à risque ont été identifiés, notamment les femmes, les personnes vivant avec une maladie chronique, celles bénéficiant d'un faible soutien social, celles confinées dans des logements sur-occupés et celles dont la situation financière s'est dégradée. Ces résultats encouragent le développement d'actions ciblées à destination de ces populations, que ce soit pour favoriser leur accès aux soins de santé mentale ou pour modérer l'impact social et économique de nouvelles mesures de confinement si elles devaient être reproduites.

Coldefy, M. Et Gandre, C. (2018). « Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [237]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite.pdf

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. La réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq

fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé. Ces premiers résultats encouragent à développer des travaux visant à expliquer cette surmortalité ainsi qu'à mener en parallèle des actions ciblées pour réduire les inégalités de santé dont sont victimes les personnes vivant avec un trouble psychique.

Coldefy, M., et al. (2017). « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [222]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf

La législation française concernant les soins sans consentement en psychiatrie a été transformée par la loi du 5 juillet 2011. Elle réaffirme les droits des personnes prises en charge dans ces conditions et introduit deux mesures phares : l'intervention du juge des libertés et de la détention dans le contrôle de la mesure de soins sans consentement, et la possibilité de soins ambulatoires sans consentement dans le cadre de programmes de soins. D'autre part, un nouveau mode d'admission en « soins en cas de péril imminent « est mis en place pour favoriser l'accès aux soins des personnes isolées ou désocialisées. Réalisée à partir de données médico-administratives, cette étude analyse l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie, depuis la mise en place de la loi en 2011. 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012. Cette hausse est expliquée par plusieurs facteurs : l'extension de la durée des soins sans consentement en dehors de l'hôpital, dans le cadre des programmes de soins, et la montée en charge des soins pour péril imminent. Utilisé pour faciliter l'admission dans un contexte d'urgence et décharger le tiers de cette difficile démarche, ce dispositif est déployé de façon disparate selon les territoires.

Coldefy, M., et al. (2015). « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. » Questions d'Economie De La Santé (Irdes) [205]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/205-de-l-hospitalisation-aux-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf

S'appuyant sur les données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude sur les soins sans consentement après la loi du 5 juillet 2011 fait suite à un premier état des lieux sur l'année 2010, précédant la loi (Coldefy, Nestrigue, 2013). Cette loi, modifiée en septembre 2013, vise à faire évoluer l'exercice des soins sous contrainte en psychiatrie : l'hospitalisation à temps plein n'y est plus la seule modalité de prise en charge, un nouveau mode légal de soins est introduit avec les soins en cas de péril imminent et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention (JLD) est désormais prévue dans ce cadre. Cette étude présente des premiers résultats, l'année suivant la mise en place de la loi, son déploiement sur le territoire, et explore l'impact sur la prise en charge des patients. Elle se concentre essentiellement sur deux volets de la loi : les programmes de soins et les soins en cas de péril imminent. L'objectif est de décrire les modifications consécutives à la loi et de mesurer l'activité en psychiatrie en répondant à différentes questions : Comment caractériser l'évolution du recours à la contrainte ? Dans quelle mesure les établissements de santé recourent-ils aux nouvelles modalités de prise en charge proposées par la loi ? Quel est le contenu des programmes de soins ? Quels patients en bénéficient ? Cette réforme a-t-elle amélioré l'accès et la continuité des soins des personnes dont les troubles psychiques peuvent altérer temporairement la conscience du trouble ou du besoin de soins psychiatriques ?

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2015). « La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011. » Questions d'Economie De La Santé (Irdes) [206]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/206-la-variabilite-de-la-prise-en-charge-de-la-schizophrenie-dans-les-etablissements-de-sante-en-2011.pdf

La schizophrénie, trouble psychique sévère et invalidant, touche 1 à 2 % des adultes en France, soit environ 400 000 personnes (HAS, 2007). Ses caractéristiques en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. À partir des données du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), cette étude a pour but d'apporter des connaissances sur cette population et sa prise en charge au sein des
établissements de santé français. Après une présentation de la patientèle suivie en établissement de santé, sont observées les différences de prises en charge entre établissements. Ces dernières sont d'autant plus variées que les phases de cette maladie complexe réclament une large gamme de modalités de prises en charge : depuis l'hospitalisation à temps plein aux différentes prises en charge à temps partiel et en ambulatoire.

Coldefy, M. (2014). « Analyser le recours aux soins psychiatriques à partir du système d'information sur les établissements de santé : intérêts et limites. » Série Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees (129)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/organisation-de-loffre-de-soins-en-psychiatrie-et-sante

Coldefy, M. Et Le Neindre, C. (2014). Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. Les rapports de l'Irdes : 558. Paris IRDES
www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf

À partir d'une typologie des territoires de santé, il s'agissait d'aller au-delà des clivages entre territoires quantitativement bien et sous dotés en soins en psychiatrie afin de qualifier plus finement les disparités d'offre et d'organisation des soins. Ces disparités traduisent aussi des besoins différents des populations entre territoires urbains et ruraux, notamment, et reflètent également une histoire du développement inégal de la psychiatrie sur ces espaces en termes de sectorisation et d'implantation du secteur privé ou médicosocial. Elles questionnent enfin l'équité d'accès à des soins de qualité et diversifiés des populations concernées.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2014). « L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [202]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/202-l-hospitalisation-au-long-cours-en-psychiatrie-analyse-et-determinants-de-la-variabilite-territoriale.pdf

Les hospitalisations au long cours en psychiatrie – d'un an ou plus, en continu ou non, et associées à une présence en hospitalisation l'année précédente – ont concerné près de 12 700 patients en 2011. Si ce poids est faible dans la file active – 0,8 % des patients pris en charge en établissements

de santé –, il représente en revanche un quart des journées d'hospitalisation et un quart des lits. Quand une indication thérapeutique ne l'impose pas et dans un contexte tant de réduction des capacités d'hospitalisation que de durée moyenne de séjour et de développement des soins ambulatoires en psychiatrie, le maintien prolongé à l'hôpital interroge. À partir du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et de nombreuses bases de données médico-administratives, cette étude vise à répondre à plusieurs questions : quelles sont les caractéristiques des patients hospitalisés au long cours en psychiatrie ? Comment expliquer la variabilité territoriale du recours à ce type d'hospitalisation ? Quel est le rôle joué par l'organisation de l'offre de soins, de l'offre médicosociale et du contexte socio-économique dans ces disparités ?

Coldefy, M. (2014). « Territorialité (s) et santé mentale. » Série Etudes Et Recherche - Document De Travail - Drees (129)
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/organisation-de-loffre-de-soins-en-psychiatrie-et-sante

9.1.2 Autres Etudes

Porta Bonete, F. et Vautard, A. (2024). "La santé mentale en France". Bordeaux, LEH Editions

Avec treize millions de personnes concernées chaque année par un trouble psychique en France, la « médecine de l'âme » s'est installée au cœur de la santé publique de ce XXIe siècle. Jamais les Français n'ont été si nombreux à s'intéresser à la santé mentale et à la psychiatrie. Toutefois, la morosité règne parmi les acteurs des soins, les patients et leurs proches : listes d'attentes interminables pour obtenir un rendez-vous, difficultés d'accès à certaines thérapeutiques, déstabilisation due à la crise de la Covid-19, discours simplistes ou caricaturaux… La psychiatrie a pourtant profondément évolué au cours des dernières décennies. Ce livre est donc né d'une double ambition. D'une part, permettre au lecteur d'embrasser ce que sont santé mentale et psychiatrie en France au quart de ce siècle. D'autre part, porter un plaidoyer citoyen, afin de faire de la psychiatrie une grande cause nationale. Trois axes structurent l'ouvrage : les troubles et thérapeutiques ; l'organisation des soins ; la place de la santé mentale dans nos sociétés avec l'éclairage des sciences humaines. De façon inédite, 114 auteurs, issus de toute la France, médecins, directeurs d'hôpitaux, universitaires, soignants, personnes concernées, représentants institutionnels, dessinent, chacun dans leur champ, les grands enjeux d'aujourd'hui et de demain, pour imaginer le monde d'après (4è de couv.)

(2023). "Santé mentale et psychiatrie : mise en œuvre de la feuille de route : État d'avancement au 1er mars 2023". Paris, Ministère chargé de la Santé
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf

La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques en France est préoccupante. La demande de soins est en augmentation constante notamment pour les troubles anxiodépressifs, les psycho-traumatismes, les troubles du comportement, les addictions. Ces troubles appartiennent aux causes principales de morbidité et de mortalité. En effet, selon l'OMS, 1 personne sur 4 est touchée par des troubles psychiques à un moment de sa vie. Ces troubles

représentent aujourd'hui le premier poste des dépenses de santé de notre pays, avec un coût total de 23,4 Mds € pour l'assurance maladie(14,5% des dépenses) , et de 30 Md€ avec les aides indirectes (indemnités journalières- aide sociale). L'épidémie de Covid-19 a par ailleurs aggravé les indicateurs de santé mentale. Ce rapport fait le bilan au 1er mars 2023 de l'état d'avancement de la feuille de route "Santé mentale et psychiatrie".

Fovet, T., Lancelevee, C., Wathelet, M., et al. (2023). "Santé mentale de la population carcérale : résultat d'une nouvelle étude nationale et nouvelle feuille de route". Saint-André-lez-Lille, F2RSM Psy https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30838.pdf

Ce rapport présente les résultats de l'étude nationale sur la santé mentale en population carcérale sortante (SPCS) qui s'est donné pour objectif d'évaluer la santé mentale et le parcours de soins des personnes sortant de prison en France. Il comprend trois volets qui concernent respectivement : la population carcérale masculine sortant de maison d'arrêt ; la population carcérale féminine sortant des établissements pénitentiaires des Hauts-de-France ; et le dispositif de santé mentale en milieu carcéral dans certains territoires d'Outre-Mer. L'étude SPCS a été financée par la DGS (Direction générale de la santé) et SpF (Santé Publique France). Elle a été portée par la F2RSM Psy (Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie) et coordonnée par le professeur Pierre Thomas. La réalisation de l'étude a été pilotée par Thomas Fovet et Camille Lancelevée assistés d'Oumaïma El Qaoubii et d'Élodie Floury pour le volet Outre-Mer. La méthodologie a été conçue par Marielle Wathelet. L'étude a été rendue possible par la participation d'une centaine d'enquêteurs et d'enquêtrices, professionnels de santé mentale exerçant en milieu carcéral, chargés du recueil des données.

Henckes, N. et Majerus, B. (2023). "Maladies mentales et sociétés XIXe-XXIe siècle". Paris, Editions de la Découverte

Les sciences humaines et la psychiatrie ont longtemps donné des maladies mentales une image de radicale altérité. Celles-ci ont pourtant joué un rôle constitutif dans les sociétés européennes contemporaines, à la fois expression d'une série de vulnérabilités médicales et sociales et représentation associée au génie et au crime, part honteuse de la famille bourgeoise et révélateur des désordres et des grands bouleversements sociaux. Cet ouvrage est à la fois une introduction à l'histoire des rapports de nos sociétés aux maladies mentales au cours des XIXe et XXe siècles et une synthèse des acquis historiographiques des quarante dernières années sur cette question, de l'histoire sociale et culturelle aux science and technology studies, en passant par l'histoire d'en bas et l'histoire matérielle. Organisé autour de quatre dimensions – espaces, savoirs, pratiques et expériences –, il montre comment les maladies mentales et leur traitement social ont été à la fois un reflet et un moteur de certaines des transformations de nos sociétés (4e de couv.).

Lopez, A. (2023). "La psychiatrie dans la tourmente". Rennes, Hygée Edition

Contrairement à ce qui est souvent affirmé, il n'existe pas de véritable consensus sur les problèmes existants et les solutions à mettre en œuvre en psychiatrie. Depuis quarante ans, rapports et ouvrages se succèdent et se contredisent. Cette situation peut expliquer l'embarras de l'autorité publique à concevoir et engager une refondation pourtant indispensable de ce dispositif de soins. Comment adapter l'organisation de l'appareil de soins public à la

transformation considérable de l'offre hospitalière et ambulatoire, découpée en secteurs par la circulaire de 1960 ? Comment concevoir les places respectives de la psychiatrie publique et privée ? Comment faire face à l'inflation des demandes de prises en charge des souffrances psychiques par la psychiatrie ? Comment renforcer les droits des patients ? C'est autour des réponses à apporter que se concevra un nouvel élan, nécessaire, à donner à la psychiatrie. Cet essai livre une analyse critique et sans détour des réformes de la psychiatrie depuis 40 ans et présente des propositions concrètes pour éclairer professionnels de santé, élus et responsables administratifs en charge des politiques de santé mentale, et tout citoyen inquiet de l'état et de l'avenir de la psychiatrie.

Melchior, M. (2023). "Santé mentale. Un défi pour le XXIè siècle". Paris Editions Michalon

Environ 1 Français sur 5 est touché chaque année par un trouble psychique. La crise sanitaire a mis en lumière l'évident enjeu que représente leur prise en charge, à l'heure où l'OMS estime que la santé mentale sera le prochain défi sanitaire du siècle. Un défi qui concerne plus que jamais la France : ses niveaux de suicide sont plus élevés que d'autres pays européens et notre consommation de médicaments psychotropes est parmi les plus fortes au monde. Si la multiplication des témoignages d'anonymes ou de personnalités publiques faisant récit de leurs difficultés a permis d'inviter le sujet dans la sphère médiatique, qu'en est-il de la réalité de l'accès aux soins ? Comment définir les principaux troubles psychiques pour assurer leur identification à tous les âges ? Peut-on en prévenir la survenue ? Quel est le rôle de la psychiatrie dans un paysage qui tend à s'ouvrir aux neurosciences et aux sciences sociales et humaines ?Autant de questions que Maria Melchior explore dans cet ouvrage complet qui envisage l'homme, avec ses forces et ses fragilités, dans l'incertitude de notre monde. Dans une société qui célèbre l'accomplissement à tout prix et encourage la réussite individuelle, afficher sa vulnérabilité serait-il une façon de faire un pas de côté ?

Safon, M. o. et Suhard, V. (2023). "La santé mentale en France et dans les pays de l'OCDE : Bibliographie thématique". Paris (Synthèses & Bibliographies Irdes)
https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-sante-mentale-en-france-et-dans-les-pays-de-l-ocde.pdf

Les maladies mentales représentent une proportion considérable – et croissante – de la charge mondiale de morbidité. On estime qu'une personne sur deux sera atteinte d'une maladie mentale au cours de sa vie, et qu'environ un adulte en âge de travailler sur cinq en souffre à tout moment . Les troubles mentaux ont d'importantes conséquences sur la vie des personnes qui en sont atteintes, et se traduisent par des résultats éducatifs médiocres, des taux de chômage plus élevés, et une moins bonne santé physique. Dans les cas graves, la dépression et d'autres maladies mentales, comme les troubles bipolaires et la schizophrénie, peuvent conduire les personnes au suicide. L'objectif de cette bibliographie est de recenser des sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels…) dans le domaine de la santé mentale pour la période allant de 2000 à mai 2019 avec quelques publications clefs antérieures à ces dates. Le périmètre géographique retenu concerne la France et les pays de l'OCDE. Les recherches bibliographiques ont été réalisées sur les bases et les portails suivants : Irdes, BDSP, Cairn, Medline et Econlit.

Ehrenberg, A., et al. (2022). "La santé mentale." Cahiers Français(426): 15-97.

Au-delà de l'effet de circonstance propre à la crise sanitaire, la santé mentale des Français fait régulièrement l'objet d'alertes de la part des spécialistes qui soulignent l'insuffisante prise en charge des troubles psychiques des malades. Ces troubles sont multiples et sont fréquemment liés à des évolutions de notre société plus ou moins éprouvantes selon les personnes : l'intensification du travail, la précarité et le chômage, la solitude, la fragilisation du couple sont autant de situations vécues plus ou moins bien selon que l'on détient ou non les ressorts nécessaires pour affronter les épreuves de l'existence. Ce dossier est l'occasion de cerner l'évolution de la prise en charge qui en est faite, les nouveaux besoins qui ont émergés ainsi que les nouvelles approches qui sont aujourd'hui privilégiées, davantage axées sur la prévention que par le passé (résumé de l'éditeur).

Gautier, A.(2021). Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. Paris Cese
https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parcours_soin_psychiatrie.pdf

(2019). Chiffres clés 2018 de la psychiatrie, Paris : ATIH
https ://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-de-la-psychiatrie

Cette étude réalisée par l'ATIH rassemble les chiffres clés 2018 issus du recueil d'information médicalisé en psychiatrie (Rim-P). Ces chiffres comprennent notamment le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie en 2018 (424.000), leur ventilation entre les 552 structures psychiatriques de France, ainsi que la répartition des prises en charge à temps complet et à temps partiel.

Coldefy, M. Et Gandre, C. (2019). « Troubles psychiques et surmortalité. » Santé Mentale (238)
https ://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/troubles-psychiques-et-surmortalite.html

La mortalité des individus suivis pour des troubles psychiques sévères n'avait été étudiée que de façon parcellaire en France. La mise à disposition de données relatives aux causes médicales de décès appariées aux données de consommation de soins dans le Système national des données de santé (SNDS) en a permis l'étude à l'échelle nationale chez les principaux bénéficiaires de l'Assurance maladie. Les résultats montrent une réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques en moyenne de 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé.

Emmanuelli, J. Et Schechter, F. (2019). Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution. Paris Igas

Près d'un quart des Français sont confrontés personnellement ou à travers leurs proches aux troubles psychiques. Ceux-ci sont classés au premier rang des maladies en termes de dépenses de soins, devant les cancers et les maladies cardiovasculaires. En forte croissance, ces troubles suscitent des interrogations sur la nature des réponses apportées par notre système de santé (avec un recours important aux médicaments psychotropes), sur la temporalité des repérages et des prises en charges, et sur l'accessibilité financière très variable des différents types de soins. Plusieurs expérimentations ont été lancées au cours des années récentes, portant sur des populations adultes ou des jeunes, afin de faciliter une prise en charge précoce des troubles

psychiques d'intensité faible à modérée (anxiété, troubles dépressifs...). Si elles sont encore trop récentes pour se prêter à une évaluation, ces expérimentations ont en commun de reposer souvent sur le recours aux psychologues libéraux (en lien avec le médecin traitant) et sur l'ouverture de nouvelles prises en charge par l'assurance maladie, dans des conditions spécifiques. Dans ce contexte évolutif, l'IGAS a étudié la place des psychologues dans le système de soins – qui se révèle atypique – et son évolution possible dans le cadre de parcours de soins coordonnés donnant accès aux financements collectifs. Le rapport précise quelles pourraient en être les conditions pour ces professionnels, en termes par exemple de formation, de cadre déontologique et d'articulation avec les interventions des autres professionnels de santé.

Fiat, C., Wonner, M. Et Brahim-Hammouche, M. (2019). Rapport d'information relatif à l'organisation de la santé mentale. Paris Assemblée nationale **:** 139.
https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cion-soc/l15b2249_rapport-information

Ce rapport de la mission d'évaluation sur l'organisation de la santé mentale en France dresse tout d'abord un état des lieux plutôt alarmant de la prise en charge de la psychiatrique et dénonce un parcours de soins chaotique. Il émet ensuite des pistes d'amélioration.

Greacen, T. Et Jouet, E. (2019). Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie : rétablissement, inclusion sociale, empowerment, Toulouse : Erès

Par le rétablissement, l'inclusion sociale et l'empowerment, une personne vivant avec un trouble psychique devient actrice de sa propre vie, citoyenne à part entière, experte de son expérience. La notion de rétablissement rappelle que, même pour des pathologies lourdes comme la schizophrénie, les psychoses, la majorité des personnes peuvent se rétablir et mener une vie comme tout un chacun. L'inclusion sociale ajoute l'idée que, si la moitié du travail vers le rétablissement est l'affaire de l'usager, l'autre moitié du travail est à faire par la société elle-même. De même qu'on aménage la ville pour que la personne en fauteuil roulant puisse s'inclure dans la société, on doit aménager les esprits et l'organisation de la vie de tous les jours pour supprimer tout mécanisme d'exclusion sociale, toute stigmatisation, toute discrimination contre la personne handicapée psychique. Enfin, l'empowerment consiste à mettre à la disposition de la personne les moyens pour acquérir les savoirs, savoir-faire et pouvoirs nécessaires – notamment par l'accès à la formation tout au long de la vie – pour apprendre à vivre avec sa maladie et jouer un vrai rôle dans la société.

Olie, J. P. (2019). « Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale. » Bulletin De L'Academie Nationale De Médecine 203 (7) : 479-485.

Les malades mentaux demeurent les invisibles de nos sociétés, la maladie mentale restant marquée, dans notre imaginaire collectif, par l'étrangeté et l'idée du handicap. Trop nombreux sont ceux qui paient un lourd tribut à la stigmatisation et au renoncement thérapeutique. Pourtant des progrès considérables ont déjà été accomplis durant les 50 dernières années. L'identification des désordres neurobiologiques sous-jacents à ces maladies, la mise en évidence du poids de l'environnement dans leur déclenchement annoncent des avancées majeures en matière de recherche et surtout de traitement. Les données de l'épidémiologie, le poids et le coût des maladies mentales rendent indispensable une évolution radicale des investissements en recherche et dans l'organisation graduée de l'offre de soins. Pour la psychiatrie du XXIe siècle,

l'objectif n'est plus de prendre en charge et d'accompagner les malades mais de guérir les maladies mentales.

Revue, Prescrire (2019). « Hausse des troubles psychiques reconnus d'origine professionnelle. » Revue Prescrire 39 (430) : 617-619.

En France, les troubles psychiques reconnus comme accidents du travail ou maladies professionnelles sont en hausse. En 2016, 10 000 cas de troubles psychiques (dépressions, troubles anxieux, états de stress post-traumatique, etc.) ont été reconnus au titre des accidents du travail, et 600 au titre des maladies professionnelles. Les arrêts de travail sont en moyenne de 112 jours pour les troubles psychiques reconnus comme accidents du travail (soit deux fois plus longtemps que pour l'ensemble des accidents du travail, toutes causes confondues), et de 400 jours en cas de maladie professionnelle. Dans environ 6 cas sur 10, les troubles psychiques concernent des femmes, parce qu'elles sont davantage présentes dans des métiers exposant davantage aux risques psychosociaux. Le secteur médicosocial, le transport de voyageurs et le commerce de détail concentrent près de la moitié des troubles psychiques reconnus comme accidents du travail. Ces données ont des limites, notamment parce qu'elles ne portent que sur une fraction des salariés, principalement du secteur privé, et que tous les troubles psychiques liés au travail ne sont pas déclarés. Selon des estimations établies notamment par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 120 000 à 400 000 personnes seraient atteintes de troubles psychiques liés au travail. La sous-déclaration résulte de plusieurs facteurs : opposition des employeurs à faire la déclaration, craintes des salariés pour leur emploi, réticence ou information insuffisante des médecins. Ces diverses limites ne permettent pas de savoir quelle part de l'augmentation constatée des troubles psychiques reconnus comme liés au travail relève d'une hausse réelle des risques psychosociaux, ou d'une plus grande prise de conscience de la part des travailleurs et des médecins.

(2018). « La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe : rapport de synthèse ». Paris Le Défenseur des droits
https ://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/09/rapport-denoc-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-en-europe

Ce rapport de l'ENOC, organisation à but non lucratif réunissant des institutions indépendantes en charge de la promotion et de la protection des droits de l'enfant, vise à apporter un premier aperçu européen de la situation relative à la santé mentale des enfants et des adolescents. Afin de dresser un constat de la situation, un questionnaire a été adressé à l'ensemble des membres du réseau ENOC en février 2018. Les objectifs du questionnaire sont les suivants : appréhender la définition de la santé mentale retenue dans les différents pays ou régions : documenter l'organisation des politiques publiques et stratégies nationales engagées : dresser un constat de la situation propre à chaque État membre quant à l'accès aux services de santé mentale et au respect des droits des enfants et des adolescents pris en charge : recenser les bonnes pratiques en la matière : et enfin, recueillir des éléments de connaissance sur l'accès à la santé mentale des enfants et adolescents en situation de vulnérabilité particulière.

(2018). « La souffrance psychique des exilés. Une urgence de santé publique ». Paris Médecins du Monde, Paris Centre Primo Levi

La santé mentale, et plus largement la souffrance psychique, se situe dans l'exact angle mort des politiques publiques concernant les personnes exilées, encore majoritairement orientées vers le soin des maladies infectieuses et la prise en charge des urgences médicales. Elle constitue pourtant une urgence sanitaire et un enjeu de santé publique majeur. Le Centre Primo Levi et Médecins du Monde, tous deux engagés dans l'accueil et le soin des personnes exilées, réunissent leurs constats dans ce rapport. Ils dressent un tableau sans concession de la situation et mettent en avant des propositions afin que soit enfin élaborée, au niveau national, une réponse de santé publique adaptée à l'enjeu majeur que représente la santé mentale de ces personnes.

(2018). « Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé ». [In : Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018.], Paris : Ministère chargé de la santé **:** 122-125

L'offre de soins en psychiatrie occupe un champ large, puisqu'elle touche tant au sanitaire, au médico-social, qu'aux soins de ville. Les dépenses, France entière, remboursées par l'assurance maladie au titre des maladies psychiatriques et de consommation de psychotropes, incluant les soins de ville (30 %), les hospitalisations (48 %) et les prestations en espèces (22 %), ont atteint 22,5 Md€ en 2015, tous régimes confondus. Cette fiche se concentre sur les soins psychiatriques dispensés en établissements de santé. Sur ce champ, les crédits d'assurance maladie consacrés à la psychiatrie se décomposant en une dotation annuelle de financement (DAF) et un objectif quantifié national (OQN), se sont élevés à près de 9,7 Md€ en 2017.

(2018). « Santé mentale et isolement social : quelles interactions et réponses territorialisées ? ». Saint Denis Fabrique Territoires Santé
https://www.ceapsy-idf.org/sante-mentale-et-isolement-social-quelles-interactions-et-reponses-territorialisees-la-fabrique-des#sthash.Qjbg3B6W.dpbs

Près de six millions de Français souffrent d'isolement social, ce qui aggrave leur situation de vulnérabilité. Ils ont de ce fait plus de risques d'avoir un état de santé dégradé et de renoncer à leurs droits et aux soins. L'isolement social est un enjeu de santé publique, mais aussi de cohésion sociale. Il figure parmi les enjeux de la Stratégie nationale de santé et du plan Priorité Prévention. Des leviers d'action peuvent être mobilisés au niveau des territoires : l'échelle locale, voire micro-locale, est sans doute la plus pertinente pour construire et maintenir un lien social de proximité, et accompagner les personnes à sortir de leur isolement. Fin 2017, Fabrique Territoires Santé a mené une capitalisation auprès des porteurs et partenaires de démarches territoriales de santé. Élaboré à partir de ce recueil d'expériences, le Dossier ressources propose un état des lieux et présente une trentaine d'actions locales inspirantes pour promouvoir la santé mentale et lutter contre l'isolement.

Leboyer, M., Llorca, P.-M., Durand-Zaleski, I., et al. (2018). « Psychiatrie : l'état d'urgence ». Paris : Fondation fondamental Paris : Institut Montaigne Paris : Fayard

Les troubles psychiatriques concernent 12 millions de Français chaque année. Il suffit d'égrener le nom des pathologies concernées : dépressions, troubles bipolaires, autisme, schizophrénie, pour prendre conscience qu'elles nous concernent tous, de près ou de loin. Or, face à ces drames humains, un silence assourdissant persiste, qui dit beaucoup de la perception de la psychiatrie dans notre pays. Celle-ci se situe aux confluents de la méconnaissance, des amalgames, des préjugés, du déni, de la honte. Cet ouvrage ausculte l'organisation des soins en psychiatrie qui,

en cinquante ans, est passée d'un idéal d'égalité, sur l'ensemble du territoire, à un dédale dans lequel plus personne ne se retrouve, même les acteurs les plus impliqués. Il constate que le système craque de toutes parts et engendre de la souffrance pour les malades, leurs proches et les équipes médicales. Ce livre, rédigé en lien avec des associations de patients, entend dresser un diagnostic de la situation de la psychiatrie française (organisation des soins, inégalités sociales et territoriales, enjeux économiques, recherche), bâti sur les études, les récits des patients, de leurs familles et des soignants. Le système de soins en psychiatrie souffre, mais il recèle d'incroyables richesses humaines, d'initiatives et d'espoirs. Les auteurs entendent contribuer ainsi à la mutation de la psychiatrie en France pour qu'elle entre de plain-pied dans ce siècle porteur de découvertes majeures, afin de mieux comprendre et soigner les maladies psychiatriques.

Velpry, L. D., Vidal-Naquet, P. A. Et Eyraud, B. (2018). « Contrainte et consentement en santé mentale : forcer, influencer, coopérer ». Rennes : Presses Universitaires de Rennes

La démocratisation des pratiques d'aide et de soin est au cœur des politiques sanitaires, sociales et médico-sociales depuis la fin du XX° siècle. Rechercher le consentement, éviter la contrainte en constituent les deux injonctions dominantes. En effet, les règles qui encadrent les pratiques de prise en charge visent à réduire la dimension contraignante de l'aide, à garantir le droit à l'information et la participation des personnes, ainsi que leur protection. En situation, les professionnels sont souvent confrontés à des conflits normatifs qui deviennent indécidables quand les personnes souffrent d'une altération de leurs capacités mentales. Comment faire alors, lorsque, à défaut de pouvoir « protéger sans contraindre », il faut envisager de « contraindre pour protéger » ?

Bec, E., et al. (2017). Santé mentale et organisation des soins : dossier documentaire, Toulouse : ORSMIP Montpellier : CREAI-ORS Languedoc Roussillon.

Ce dossier a été élaboré à la demande de l'Agence Régionale de Santé d'Occitanie à partir d'une recherche des différentes publications sur l'organisation des soins en santé mentale en France ou dans d'autres pays. Il permet d'identifier les principales problématiques rencontrées sur cette thématique et les expériences qui se mettent en place pour pouvoir y répondre.

Brisset, C. (2017). « Note sur l'organisation de la psychiatrie et la réforme de son enseignement : dossier il y a 50 ans. » Lettre De Psychiatrie Française (La) [249] : 13-19.

Le Livre blanc de la psychiatrie française (1964-1967) a montré qu'il était impossible de dissocier pour la psychiatrie le domaine de l'enseignement de celui de l'organisation des soins. Ce dossier rassemble quelques commentaires sur le sujet. La formation du psychiatre requiert un long apprentissage pratique, comportant des responsabilités contrôlées de diagnostic et de traitement. Or, cette formation est assurée actuellement presque uniquement par les lieux et les personnes qui n'en sont pas officiellement chargés. Ces lieux (hôpitaux psychiatriques) et ces personnes (médecins des hôpitaux psychiatriques et psychiatres privés) demandent qu'on organise en France la psychiatrie moderne. Une réforme doit donc permettre à la fois de réorganiser l'appareil des soins, en lui fournissant un renfort d'encadrement et d'organiser un enseignement à base clinique.

Lopez, A. And Turan-Pelletier, G. (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Paris : IGAS
https://igas.gouv.fr/Organisation-et-fonctionnement-du-dispositif-de-soins-psychiatriques-60-ans

Un Français sur trois est susceptible de souffrir de troubles mentaux au cours de sa vie. Le dispositif de soins psychiatriques s'est profondément transformé depuis la circulaire fondatrice de 1960 sur la sectorisation, qui visait à développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire responsable de la prise en charge de tous les patients de son territoire. Ce modèle dit « sectorisé » n'est qu'une partie du dispositif de soins qui comprend également les professionnels libéraux, les cliniques privées et quelques établissements de service public non sectorisés. Depuis 1960, le nombre de lits a été fortement réduit, cependant que les soins ambulatoires se sont développés et diversifiés : parallèlement, la part des établissements privés lucratifs a augmenté. Au terme de ses travaux portant spécifiquement sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins (et non sur les pratiques des professionnels), la mission propose de nouvelles perspectives afin de garantir un égal accès de tous à des soins psychiatriques de qualité.

Milon, A. And M. Amiel (2017). Rapport d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Paris Sénat

Créée le 16 novembre 2016 à l'initiative du groupe Rassemblement démocratique et social européen (RDSE) du Sénat, la mission d'information traite du sujet de la psychiatrie des mineurs en France. Elle dresse le constat d'une grande difficulté de la discipline, traversant une double crise démographique et universitaire ne lui permettant pas de répondre à des besoins en évolution. Alors que la santé mentale fait l'objet d'une appréhension renouvelée, la mission d'information précise le rôle de la psychiatrie des mineurs et des disciplines associées, dont la reconnaissance doit être améliorée. Le repérage et le dépistage précoces des troubles doit concentrer l'action de tous les intervenants auprès des enfants, enseignants comme médecins généralistes ou services départementaux de protection de l'enfance, afin d'interrompre le continuum des troubles le plus en amont possible. L'articulation entre le dépistage précoce et la prise en charge doit ensuite être assurée, en confortant les structures et en progressant dans leur coordination, pour que la logique de parcours prime. Répondant aux invitations à « sauver la pédopsychiatrie « , la mission d'information avance cinquante-deux propositions (résumé de l'éditeur).

Pascal, J. C., et al. (2017). Le secteur de psychiatrie. Manuel de psychiatrie. 3e édition., Issy les Moulineaux : Elsevier Masson **:** 762-765.

Depuis 25 ans, de nombreux rapports suivis de plans de santé ont tenté d'améliorer le dispositif de soins psychiatriques...La politique de secteur a été à l'origine d'un bond en avant pour la psychiatrie publique française (extrait).

Plancke, L. And A. Amariei (2017). « Les hospitalisations longues en psychiatrie. » Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 65 (1) : 9-16.

Theron, S. And C. Arbus (2017). Les soins psychiatriques sans consentement : aide-mémoire, Paris : Dunod.

En 2015, 92 000 personnes étaient prises en charge en psychiatrie sans y avoir consenti. Les soins sans consentement – par définition dérogatoires – ont fait l'objet d'une attention particulière du législateur ces dernières années. La loi du 5 juillet 2011 a créé une alternative à l'hospitalisation complète par le biais des programmes de soins. Elle a aussi instauré un contrôle systématique du juge judiciaire sur les hospitalisations complètes. La loi du 27 septembre 2013 a tenté de renforcer les droits du patient ou du moins de minimiser le plus possible les atteintes susceptibles d'y être portées lors de la mise en œuvre des procédures. Cet ouvrage analyse les règles juridiques du dispositif des soins psychiatriques sans consentement, de son déclenchement à sa levée, en mettant l'accent sur les droits et libertés du patient.

(2016). Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Paris HCSP
https ://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine ?clefr=555

Le Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 a été construit autour d'objectifs stratégiques avec un rôle central des agences régionales de santé pour sa mise en œuvre. Il est décliné autour de quatre axes pour prévenir et réduire les ruptures : 1) au cours de la vie : 2) selon les publics et les territoires : 3) entre la psychiatrie et son environnement sociétal : 4) entre les savoirs. Le HCSP dresse les constats suivants : ce plan est consensuel et pertinent. On constate des progrès dans la reconnaissance du rôle des personnes vivant avec des troubles psychiques et de leur entourage. Les études et les recommandations sur le handicap psychique se sont développées. On a assisté à un rôle accru des secteurs médico-social et social, et à un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique est mieux prise en compte et une attention a été apportée à la prise en charge en urgence et à l'accès aux soins des populations défavorisées. Il persiste cependant des difficultés : notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens. Le HCSP regrette l'absence de remboursement des soins de psychothérapie. Le HCSP recommande d'inscrire la politique de santé mentale et de psychiatrie de façon pérenne et pilotée à long terme, avec une dimension interministérielle, plutôt que de mettre en place des plans successifs. Une enquête qualitative dans 5 régions a permis d'enrichir cette évaluation. Le rapport comporte 64 recommandations déclinées autour de cinq thèmes principaux : organisation des actions, prévention, développement des formations et soutien de la recherche, amélioration de l'accès aux soins, et amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec un trouble psychique.

Coldefy, M., et al. (2016). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. » Revue Française Des Affaires Sociales (6) : 253-273.

En France, 71 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie, en 2010. Le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement varie fortement géographiquement, à la fois entre pays et à l'intérieur d'un pays. Si la contrainte aux soins est une exception psychiatrique, le soin librement consenti reste privilégié et majoritaire. Nécessaire dans certains cas, elle pose des questions en termes d'atteinte aux libertés des personnes et constitue une problématique majeure pour les équipes soignantes et les personnes concernées. À partir de l'exploitation des données du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, la présente étude propose de décrire cette population, de mesurer la variabilité géographique du recours aux soins sans consentement, et d'explorer le rôle de l'environnement géographique, socio-économique et sanitaire dans les disparités observées. Elle conclut au rôle prépondérant du contexte social et économique pour expliquer cette variabilité.

Coldefy, M. (2016). « Les données administratives de l'isolement. » Santé Mentale (210) https ://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/les-donnees-administratives-de-l-isolement.html

En 2015, selon le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (RIM-P), l'isolement thérapeutique a concerné 28 000 personnes hospitalisées en psychiatrie, soit 1 personne sur 12. Malgré des limites, ce recueil de données permet d'objectiver le recours à l'isolement en psychiatrie.

Coldefy, M. (2016). « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. » Revue Française des Affaires Sociales (6) : 21-30.

Le système français de prise en charge des troubles psychiques se caractérise par une grande pluralité des acteurs, des organisations, des structures et des modalités d'accompagnement. Il fait également l'objet d'une organisation et d'une législation spécifiques par rapport au reste du champ sanitaire. Cette spécificité est liée à plusieurs dimensions (extrait).

Coldefy, M. Et Leboyer, M. (2016). Politique de secteur en France : à quel prix ? Les enjeux économiques de la santé mentale : perspectives et recherches internationales., Montrouge : John Libbey Eurotext **:** 17-20.

Réalisé dans le cadre des conférences 2014-2014 du Réseau de coordination scientifique en santé mentale, et compte tenu de l'impact de la santé mentale sur la société d'aujourd'hui, cette publication rassemble les contributions de différents experts du secteur afin de faire le point sur l'impact médico-économique des maladies mentales. Le présent article concerne la politique de sectorisation psychiatrique.

Cambon, L. (2016). « Hospitalisation sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. » Santé Publique 28 (1) : 61-.

Objectifs : Comparer les taux de recours à l'hospitalisation, avec et sans consentement, en fonction du lieu de résidence, en zone urbaine sensible (ZUS) ou non. Puis, chez les patients en soins sans consentement (SSC), rechercher une association entre soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'État (SPDRE) et ZUS.

Durand-Zaleski, I., et al. (2016). Les enjeux économiques de la santé mentale : perspectives et recherches internationales, Montrouge : John Libbey Eurotext

Réalisé dans le cadre des conférences 2014-2014 du Réseau de coordination scientifique en santé mentale, et compte tenu de l'impact de la santé mentale sur la société d'aujourd'hui, cette publication rassemble les contributions de différents experts du secteur afin de faire le point sur l'impact médico-économique des maladies mentales depuis la question des méthodes permettant l'évaluation des ressources nécessaires à l'obtention d'un résultat médical efficient, aux résultats, comme la mesure des disparités de moyens d'une région à l'autre, l'étude des stratégies de mesure de la réduction du coût et de l'amélioration de la qualité de vie par pathologie.

Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la santé mentale. Paris Ministère chargé de la Santé https ://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale

Le présent rapport a pour objet d'élaborer des réponses concrètes permettant d'accompagner la mise en œuvre de la loi de modernisation de notre système de santé sur la question de la santé mentale. La question n'est pas tant de redire dans quel sens doit évoluer le système de santé que de proposer comment y parvenir, avec quels leviers, quelles alliances, quelles coopérations entre acteurs, quelles méthodes et quels moyens.

Zribi, G. éd. Et Ceccotto, R.éd. (2016). Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques, Rennes : Presses de l'Ehesp

Depuis la récente restructuration globale du système de santé, une réforme de l'articulation des actions de santé et de l'accompagnement social s'est imposée, entraînant un basculement de la prise en charge des patients chroniques du secteur sanitaire, notamment psychiatrique, vers le secteur médico-social. Les questions de santé, somatiques et psychiques, sont ainsi devenues prégnantes dans les établissements et services destinés aux enfants, adolescents, adultes et personnes âgées handicapées, qu'il s'agisse d'autisme, de handicaps mentaux et psychiques, de handicaps graves à expression multiple ou encore rares. Dans cette nouvelle édition, les auteurs abordent les grandes problématiques populationnelles dans lesquelles les soins somatiques et psychiques ont une place importante (les troubles psychiques, les troubles du spectre autistique, le vieillissement, les épilepsies sévères, les polyhandicaps, etc.)…

(2014). Prévention des maladies psychiatriques : en finir avec le retard français. Paris Institut Montaigne **:** https://www.institutmontaigne.org/publications/prevention-des-maladies-psychiatriques-pour-en-finir-avec-le-retard-francais

Pathologies méconnues et mal comprises, les maladies mentales font l'objet d'une forte stigmatisation. Elles affectent pourtant une personne sur cinq chaque année et représentent un enjeu majeur de santé publique encore sous-estimé en France. À l'heure où la prévention constitue un levier essentiel de rénovation des politiques de santé, il y a urgence à inscrire les maladies mentales dans une politique de prévention globale et à repenser les modèles de leur prise en charge à la lueur des progrès accomplis et des pratiques les plus porteuses d'espoir. L'Institut Montaigne, en collaboration avec la Fondation FondaMental, a voulu comprendre le poids social et économique des maladies mentales en France et identifier les axes d'une politique de prévention susceptible de contribuer à réduire leurs conséquences dramatiques, tant à l'échelle individuelle que collective. Cette étude se concentre sur quatre maladies parmi les plus graves : les schizophrénies, les troubles bipolaires, les dépressions et l'autisme. Ces pathologies sévères, qui débutent le plus souvent chez l'enfant ou le jeune adulte, sont fréquentes et leur prévalence ne diminue pas (résumé de l'éditeur).

Hardy-Bayle, M. C., et al. (2014). « Parcours de soins : Santé mentale, coordination et coopérations, cotte de mailles contre le handicap. » Concours Médical 136 (8) : 613-648.

Ce dossier examine des points sensibles du parcours de santé de personnes présentant une pathologie psychiatrique : l'entrée du patient dans le parcours de soins et la question du repérage précoce, la coopération entre médecins généralistes et psychiatres voire gériatres. Par ailleurs, le handicap psychique pose la question de l'insertion professionnelle, de l'hébergement et de l'aide aux aidants familiaux. La problématique est abordée en plusieurs étapes : Optimiser la coordination lors de l'entrée dans le parcours de soins, notamment pour offrir à chaque patient les soins appropriés selon la sévérité du trouble mental, et optimiser la coordination médicosociale et sanitaire pour la qualité de vie des patients atteints de trouble mental sévère.

(2014). « Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. » Série Etudes Et Recherches - Document de Travail - Drees (129)
https ://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-etudes-et-recherche/article/organisation-de-l-offre-de-soins-en-psychiatrie-et-sante-mentale

Actes du séminaire recherche organisé par la DREES en 2012 afin d'identifier les besoins dans l'organisation des prises en charge en psychiatrie et en santé mentale, et de transformer les questions que se posent les régulateurs ou les acteurs de terrain en sujets de recherche. Ce séminaire s'est déroulé entre mars et septembre et a comporté cinq séances thématiques. Le présent ouvrage retranscrit le contenu de ces études et de ces échanges afin d'aider le lecteur à en acquérir une vue d'ensemble.

Tremine, T., et al. (2014). « Médecine générale et psychiatrie. » Information Psychiatrique (L') 90 (5) : 307-371

Sommaire : - Éditorial : Généralistes et psychiatres, entre autres : questions actuelles. - Décloisonner, verbe actif - État des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». - État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. - Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. - Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. - Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. - Prévalence et impact de l'exposition précoce aux anxiolytiques. - Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?

9.2 Depression / suicide

Troy, L. (2025). "6 % des Européens souffrent de syndromes dépressifs : qui sont-ils ?" Etudes et résultats (drees)(1324)

En 2019, près de 6 % des Européens souffrent de syndrome dépressif, avec des disparités marquées selon les régions d'Europe et l'âge. Les taux de dépression les plus élevés sont observés en Europe de l'Ouest et du Nord, notamment en France (11 %) – la prévalence la plus haute du continent – et en Suède (10 %), tandis qu'ils sont plus faibles dans les pays du Sud et de l'Est. La dépression est rare chez les jeunes en Europe du Sud et de l'Est, mais plus fréquente au Nord. À l'inverse, chez les plus de 70 ans, elle est plus répandue dans le Sud et l'Est. Cette étude, centrée

spécifiquement sur les jeunes et les séniors, explore les variations des facteurs de risque en fonction de l'âge et de la région de résidence. Elle met en avant l'importance d'être en bonne santé et de bénéficier d'un soutien fort de l'entourage, ainsi que l'effet négatif de l'inactivité chez les jeunes et du veuvage chez les seniors, particulièrement en Europe de l'Est, sur la prévalence du syndrome dépressif.

Chan Chee, C. et Ha, C. (2024). "Pensées suicidaires et tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois chez les personnes en activité professionnelle en France métropolitaine entre 2010 et 2021 : résultats du Baromètre santé." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(25): 560-571.

L'objectif de cet article est de décrire, chez les actifs occupés en France métropolitaine, la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées, les raisons auxquelles celles-ci sont attribuées, les évolutions de 2010 à 2021, ainsi que les facteurs associés aux pensées suicidaires. Les données sont issues des Baromètres de Santé publique France 2010, 2014, 2017, 2020 et 2021. Les prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mis ont été décrites selon l'année d'enquête, la classe d'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. L'association entre les pensées suicidaires et les caractéristiques sociodémographiques, socioprofessionnelles et de santé a été étudiée sur les données du Baromètre 2021.

Hazo, J.B.. et Pirard, P. (2024). "Hospitalisations pour gestes auto-infligés : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022." Etudes et résultats (Drees)(1300)

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), avec la collaboration de Santé Publique France, publie une nouvelle étude sur les hospitalisations en lien avec un geste auto infligé, c'est-à-dire une tentative de suicide ou une automutilation non suicidaire (scarifications, brûlures, coups contre un mur etc.).

Leon, C. et Du Roscoat, E. (2024). "Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021." Bulletin épidémiologique hebdomadaire(3): 42-56.

En 2021, 4,2% des 18-85 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Au total, 6,8% déclaraient une tentative de suicide au cours de leur vie et 0,5% au cours de l'année écoulée. Parmi les 18-75 ans, la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide déclarées dans l'année était en légère baisse depuis 2014, tandis que celle des tentatives de suicide au cours de la vie s'était stabilisée aux alentours de 7%. Le résultat principal est une augmentation importante des pensées suicidaires et des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-24 ans, observée depuis une dizaine d'année. Cette étude confirme la détérioration de la santé mentale des jeunes adultes observée par ailleurs à partir des données de passage aux urgences et d'hospitalisation. En parallèle de la mise en œuvre de la stratégie nationale de prévention du suicide et du renforcement des dispositifs de prise en charge, une meilleure compréhension des mécanismes qui affectent la santé mentale des plus jeunes depuis la pandémie de Covid-19 s'avère nécessaire en vue de renforcer les politiques de prévention.

Hazo, J. B., et al. (2022). "Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes." Etudes Et Résultats (Drees)(1233): https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-06/er1233.pdf

> En juillet 2021, le taux moyen des syndromes dépressifs chez les 16 ans ou plus se stabilise par rapport à novembre 2020, une personne sur dix étant concernée. Chez les jeunes de 16 à 24 ans, le recul de la prévalence de ces syndromes est notable, sans toutefois retrouver les niveaux observés en 2019. Une personne sur dix présente un syndrome anxieux. Les symptomatologies dépressives et anxieuses sont souvent mêlées chez un même individu, plus d'une personne sur vingt est affectée des deux syndromes en même temps. Des comportements boulimiques sont déclarés par 4 % des 16 ans ou plus, une proportion qui varie beaucoup selon les âges et le sexe : près de 8 % des femmes de 16 à 24 ans déclarent des comportements boulimiques, contre 1 % des personnes de 65 ans ou plus. Entre mars 2020 et juillet 2021, 13 % de la population a consulté pour raison de santé mentale

Haute Autorité de Santé (2022). "Analyser les suicides et tentatives de suicides en milieu de soins pour en limiter la survenue". Saint Denis : HAS https://www.has-sante.fr/jcms/p_3363715/fr/analyser-les-suicides-et-tentatives-de-suicides-en-milieu-de-soins-pour-en-limiter-la-survenue

> A partir de l'analyse des 795 cas de suicides et tentatives de suicides déclarés dans le cadre du dispositif national de déclaration des événements indésirables graves associés aux soins entre mars 2017 et juin 2021, la HAS publie un rapport d'analyse des circonstances et des causes de ces 795 évènements assorti d'enseignements et préconisations aux établissements en vue de réduire leur survenue et un nouveau « Flash sécurité patient », illustré par 4 cas pour sensibiliser les professionnels de santé à la gestion des risques de suicides et tentatives de suicide.

Morgny, C., et al. (2022). "Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide". Paris Fnors
https://www.fnors.org/parcours-de-jeunes-suicidaireset-suicidants-impact-desactions-et-dispositifs-deprevention-du-suicide/

> La Fnors et les ORS Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire ont réalisé une étude qualitative, en partant d'expériences concrètes et du vécu de 28 jeunes de 15 à 25 ans ayant exprimé des idées suicidaires, des projets de suicide ou ayant effectué des tentatives de suicide. À partir d'entretiens semi-directifs réalisés auprès des jeunes, cette étude a examiné les ressources d'aide et actions de prévention dont les jeunes ont bénéficié, et comment celles-ci ont répondu (ou non) à leurs besoins. Les jeunes ont été rencontrés à partir de structures de soins, de prévention, du secteur social et, dans une moindre mesure, des groupes d'entraide sur internet et des relations interpersonnelles. L'étude a été réalisée en 2019-2020, pour et sur financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), pour l'Observatoire national du suicide (ONS).

(2021). "Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge". Saint Denis Has
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-prise-en-charge

L'objectif de ce travail est l'élaboration de recommandations dans le but d'améliorer le repérage, l'évaluation, la prise en charge et le suivi des enfants et adolescents ayant des idées suicidaires ou des conduites suicidaires. Après une présentation des définitions et des quatre principes généraux de la prévention du suicide, la recommandation comporte les parties suivantes : Comment identifier les enfants et adolescents suicidaires ou à risque suicidaire ? Comment évaluer une crise suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent ? Comment orienter ? Comment prendre en charge la crise suicidaire en aigu ? Prise en charge hospitalière; Plan de sécurité; accompagnement de moyen et long terme; À la sortie d'un séjour hospitalier ou des urgences.

Chan Chee, C. (2019). « Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. » Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (3-4) : 48-54.

Introduction : l'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide (TS) dans les établissements de soins de courte durée en France et de présenter leur évolution entre 2008 et 2017.

Fond, G., Lancon, C., Auquier, P., et al. (2019). « Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018 : une revue systématique de la littérature. » Presse Med 48 (4) : 365-375.

Objectif : Présenter une revue de la littérature concernant les données épidémiologiques du trouble dépressif majeur en France, en population générale et dans des populations cliniques spécifiques.

Léon, C., Chan-Chee, C., du Roscoät, E., et al. (2019). « Baromètre de Santé publique France 2017 :tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans. » Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (3-4) : 38-47.

Introduction : la France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Ce constat a amené les pouvoirs publics à réinscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques, et à fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicide et de tentatives de suicide. L'objectif de ce travail est de présenter une actualisation de la prévalence des comportements suicidaires en France métropolitaine en 2017, d'identifier les populations concernées et d'observer les évolutions depuis 2000.

(2018). Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie - Risques professionnels. Paris Cnamts

Selon cette étude, plus de 10 000 affections psychiques ont été reconnues en 2016 au titre des accidents du travail. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ 1,6 % des accidents du travail avec arrêt. Si l'on retient également tous les accidents dont les circonstances décrites dans les déclarations d'accident du travail rédigées par l'employeur s'apparentent à celles de ces 10 000 cas sans pour autant se solder par des TPS, ce sont quelques 10 000 cas supplémentaires qu'il faut rajouter à ce décompte, soit au total près de 20 000 AT représentant 3,2 % des accidents du travail. Une affection psychique peut également être

reconnue au titre d'une maladie professionnelle et le nombre de cas reconnus a été multiplié par 7 en 5 ans. Ce rapport estime le coût pour la branche AT/MP à environ 230 M€ en 2016.

(2018). Suicide : Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence Paris Observatoire National du Suicide
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide

Pour ce troisième rapport, l'Observatoire porte son attention sur les enjeux éthiques que soulève la prévention du suicide. Une seconde réflexion aborde les comportements suicidaires chez les jeunes, leurs singularités ainsi que les actions efficaces pour les prévenir. Enfin, un état de l'avancement des travaux de l'Observatoire est également présenté.

Gigonzac, V., Delézire, P., Khireddine-Medouni, I., et al. (2018). « La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017. » Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) [32-33] : 645-652.

Objectifs : décrire la prévalence de la dépression chez les actifs occupés en France métropolitaine et étudier les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la dépression, à partir des données du Baromètre santé 2017. Méthodes : les données étudiées concernent 14 520 actifs occupés. Les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ont été mesurés à l'aide du questionnaire standardisé CIDI-SF. La prévalence des EDC a été décrite notamment selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions à des facteurs psychosociaux au travail et évènements professionnels indésirables) et l'EDC. Résultats : le taux de prévalence d'EDC parmi les actifs occupés était de 8,2 %. Les femmes présentaient une prévalence deux fois plus élevée que les hommes (11,4 % vs 5,3 %). Les taux de prévalence étaient significativement différents chez les hommes selon le secteur d'activité. Les secteurs les plus touchés étaient l'hébergement et la restauration ainsi que les activités financières et d'assurance. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient associés à un risque plus élevé de présenter un EDC. Discussion-conclusion : cette étude apporte un nouvel éclairage sur la dépression dans la population active française. Le milieu du travail étant un environnement favorable pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale, ces résultats devraient permettre d'orienter des actions de prévention notamment dans les secteurs d'activité les plus touchés.

Léon, C., Chan Chee, C., du Roscoät, E., et al. (2018). « La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. » Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH) [32-33] : 637-644.

Introduction : le fardeau sanitaire, économique et social induit par les troubles mentaux a contribué à inscrire la santé mentale au premier rang des priorités de santé publique. L'objectif de ce travail est de présenter les données de prévalence de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) en France métropolitaine en 2017, d'identifier les segments de population les plus concernés et d'observer les évolutions depuis 2005. Méthode : en 2017, le Baromètre santé a interrogé 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans par collecte assistée par téléphone et informatique selon un sondage aléatoire. L'EDC a été mesuré par le biais du Composite International Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF). Résultats : près d'une personne sur dix avait vécu un EDC au cours des 12 derniers mois. Les femmes, notamment celles âgées de 35-44 ans, les personnes de moins

de 45 ans, les chômeurs et autres inactifs, les personnes veuves ou divorcées et les personnes déclarant de faibles revenus présentaient les niveaux de prévalence les plus élevés. Après une stabilité observée entre 2005 et 2010, la prévalence de l'EDC a augmenté de 1,8 points sur la période 2010-2017 : cette augmentation concerne davantage les femmes (+3 points), les 35-44 ans (+4 points), les chômeurs (+5 points) et les individus déclarant des revenus faibles (+3 points). Discussion : la prévalence élevée de la dépression ainsi que son augmentation au cours des dernières années plaident pour un renforcement des dispositifs de prévention et de prise en charge des troubles dépressifs, en particulier à destination des populations les plus vulnérables.

Linder, A., Widmer, D., Fitoussi, C., et al. (2018). « Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques. » Revue française des affaires sociales (4) : 239-258.

Partant du constat que les représentations d'une maladie influent sur la prise en charge que les médecins en proposent, une équipe de recherche multidisciplinaire s'est intéressée aux représentations et à la prise en charge de la dépression chronique par les médecins généralistes, au moyen de focus groups. Dans un premier temps, nous présentons les types de patients qui sont décrits par les médecins généralistes lorsqu'est évoquée la dépression chronique. Dans un second temps, nous nous intéressons aux savoir-faire et aux savoir-être qui sont déployés par les généralistes pour faire face à ces situations complexes. Enfin, nous interrogeons la place qu'occupent les antidépresseurs dans la prise en charge de cette maladie. Il apparaît que la prise en charge proposée par les généralistes relève davantage d'un cadre conceptuel de médecine générale – qui pourrait s'appliquer à différents troubles psychiques ou psychosomatiques – que d'une compréhension spécifique de la dépression chronique.

Nestrigue, C., Coldefy, M. Et Mousques, J. (2017). « Une hétérogénéité des hospitalisations pour dépression liée aux parcours de soins en amont. » Questions D'économie De La Sante (Irdes) [228]
https ://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/228-une-heterogeneite-des-hospitalisations-pour-depression-liee-aux-parcours-de-soins-en-amont.pdf

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS-ESPS), la prévalence estimée de la dépression en France est de 7 %, soit près de 4 millions de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 2012-2013, 200 000 primo-hospitalisations pour un épisode dépressif ont été recensées dans les établissements de santé (Sniiram apparié aux données hospitalières). Ces épisodes hospitaliers sont décrits à travers une typologie en 9 classes. Celles-ci mettent en évidence l'hétérogénéité des prises en charge, la fréquence des hospitalisations en service de médecine plutôt qu'en psychiatrie et leur caractère souvent « non programmé « . Ainsi, 1 primo-hospitalisé sur 10 n'a pas eu de suivi en ambulatoire avant cet épisode hospitalier, surtout parmi les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les jeunes et les personnes très âgées. Un psychiatre a été consulté par 3 patients hospitalisés sur 10 et plus de la moitié des patients a eu une délivrance d'antidépresseurs en amont de l'hospitalisation. L'analyse se concentre ensuite sur 5 classes afin d'étudier le parcours de soins des patients à travers les recours en ambulatoire aux médecins généralistes et aux psychiatres le semestre précédant l'hospitalisation.

Ministère chargé du Travail. (2017). « Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ? » Dares Analyses (061)

Les changements organisationnels ont concerné quatre salariés sur dix en 2013. Ils peuvent être un facteur d'insécurité pour les salariés, du public comme du privé, et contribuer à dégrader leur santé mentale. Les effets de ces changements dépendent beaucoup de la qualité de l'information des salariés et de leur consultation sur ces changements : 56 % des salariés ayant vécu un changement disent avoir reçu une information satisfaisante, et 17 % estiment avoir eu une influence sur les changements. Les salariés bien informés présentent moins souvent un symptôme dépressif que ceux qui ne l'ont pas été : c'est encore plus vrai pour les salariés qui jugent avoir influencé les modalités du changement.

Robert, M., et al. (2017). « Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. » Évolutions (36)

Ce numéro exploite les données du Baromètre santé 2014 de Santé publique France concernant le suicide. Les résultats confirment l'importance du phénomène suicidaire en population générale et la nécessité d'actions de prévention ciblées et efficaces. En France, la mortalité par suicide et les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation sont étudiées à partir de données médico-administratives de surveillance.

Recueil numérique sur la thématique du suicide. Paris Observatoire National du Suicide.
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide
https://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/recueil_numerique_suicide27012016.pdf

Ces recueils numériques proposent une sélection bibliographique sur la thématique du suicide. Il est composé de références à des ouvrages, des études et des rapports, d'une part, et à des articles scientifiques, d'autre part. Il comporte également d'autres types d'informations en lien avec le suicide : des colloques, des sites Web institutionnels et associatifs.

(2016). Suicide : connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives. Paris Observatoire National du Suicide£
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide

Dans ce deuxième rapport, l'Observatoire s'attache à mettre en lumière les données et les actions de prévention, menées à un niveau national comme local, par les pouvoirs publics comme par les associations. Il fait aussi le point sur les connaissances récentes concernant le rôle joué par les facteurs de risque et de protection du suicide.

Barnay, T. Et Defebvre, E. (2016). « L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi. » Economie Et Statistique (486-487)

Cet article vise à mesurer l'effet causal de la santé mentale déclarée en 2006 (troubles anxieux et épisodes dépressifs) sur le maintien en emploi en 2010. Pour ce faire, nous mobilisons les données de l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP).

Blasco, S. Et Brodaty, T. (2016). « Chômage et santé mentale en France. » Economie Et Statistique (486-487) : 17-44.

Nous utilisons le panel Santé et itinéraire professionnel pour étudier l'effet causal du chômage sur la santé mentale en France. Plus précisément, nous cherchons à évaluer si l'expérience et la

durée de chômage augmentent les troubles mentaux dits courants de type dépression majeure et trouble d'anxiété généralisée. Nous mobilisons l'historique de problèmes de santé depuis l'enfance et mettons en œuvre une méthode à variable instrumentale afin de tenir compte des problèmes d'hétérogénéité inobservée et d'endogénéité du chômage. Nos résultats indiquent que l'expérience du chômage a un effet sur les hommes alors que ce n'est pas le cas pour les femmes. Nous montrons également que l'effet se concentre sur les hommes en deuxième partie de carrière. Ces résultats sont robustes à nos différentes mesures de santé mentale. Du point de vue des politiques publiques, cette étude montre qu'un accompagnement psychologique ciblé et efficace des chômeurs permettrait de prévenir la survenue de troubles mentaux (résumé d'auteur).

Moisy, M. (2015). « Problèmes dentaires, tabac, dépression : la santé précaire des « sans domicile ». » Etudes Et Résultats (Drees) [932]
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/problemes-dentaires-tabac-depression-la-sante-precaire-des-sans

Bien qu'en moyenne plus jeunes, les personnes sans domicile se déclarent en moins bonne santé que l'ensemble de la population. Seule la moitié d'entre elles se considèrent en « bonne » ou en « très bonne » santé (69 % dans l'ensemble de la population). Les femmes de 60 ans ou plus sont particulièrement concernées par ces problèmes. Ce niveau de santé perçue est le reflet d'une santé physique et psychique dégradée. À âge et sexe identiques à la population générale, 34 % des sans domicile déclarent être en partie ou totalement édentés et 20 % être obèses, soit dans les deux cas une prévalence supérieure d'un tiers par rapport à la population générale. Près d'un quart des sans domicile déclare être en dépression avec des facteurs liés comme une sur-déclaration d'événements graves vécus pendant l'enfance ainsi que des comportements à risque, telle la consommation intensive d'alcool.

(2014). Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Note de cadrage. Saint-Denis HAS
https ://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-ladulte-prise-en-charge-en-premier-recours-note-de-cadrage

Cette note de cadrage vise à présenter le projet d'actualisation des Recommandations de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire « publiées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES-devenue la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2002. Cette actualisation est une autosaisine de la HAS. L'objectif de cette recommandation est d'améliorer le repérage, le diagnostic, et la prise en charge initiale d'un épisode dépressif caractérisé.

Aouizerate, B. (2014). Dépression : dossier, Paris : Inserm
https ://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/depression

Ce dossier a été réalisé en collaboration avec le Pr Bruno Aouizerate, psychiatre au Centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux, directeur adjoint des soins au sein de la Fondation FondaMental, chercheur au Neurocentre Magendie (unité Inserm 862) – Université de Bordeaux. La dépression est une maladie qui touche tous les âges, depuis l'enfance jusque très tard dans la

vie. Ses nombreux symptômes, parmi lesquels la tristesse ou la perte de plaisir, sont très handicapants et accroissent le risque suicidaire. La maladie peut être soignée efficacement grâce aux médicaments antidépresseurs et à la psychothérapie. Toutefois, le risque de rechute est extrêmement présent et persiste plusieurs années après la rémission. Les chercheurs tentent de comprendre pourquoi certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres à la dépression. Au fur et à mesure de leurs découvertes sur les mécanismes de la maladie, de nouvelles pistes thérapeutiques se profilent.

De Riccardis, N., et al. (2014). « Profils et trajectoires des personnes ayant des idées suicidaires. » Etudes Et Résultats (Drees) [886]

En 2010,5 % des personnes âgées de 40 à 59 ans déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP). Leurs indicateurs de santé sont plus dégradés que les autres personnes du même âge et elles sont plus isolées sur le plan social ou relationnel. Elles sont deux fois plus nombreuses à fumer quotidiennement ou à avoir une consommation d'alcool à risque chronique : elles occupent moins souvent des emplois et lorsqu'elles travaillent, elles sont davantage exposées aux risques psycho-sociaux. Ce mal-être actuel s'inscrit dans des carrières spécifiques : ces personnes passent plus de temps hors de l'emploi, sont aussi moins satisfaites de leur parcours professionnel et ont des sentiments exacerbés sur la place du travail dans leur vie. Tous ces écarts de santé, d'emploi et de conditions de travail entre les personnes déclarant les idées suicidaires et les autres sont plus importants que ceux observés entre hommes et femmes.

10- Indicateurs démographiques, mortalité

10.1 PUBLICATIONS INSEE

10.11 Bilan démographique

(2024). Bilan démographique 2024. Chiffres détaillés, Paris : Insee
https://www.insee.fr/fr/statistiques/8313983
https://www.insee.fr/fr/statistiques/8327319

Le bilan démographique donne la population de la France estimée au 1er janvier de chaque année et l'évolution de la situation démographique depuis 1982 : population au 1er janvier, nombre de naissances, de décès et de mariages (les données France métropolitaine sont disponibles sur une période plus longue : elles sont diffusées à partir de 1946). Il présente également les principaux indicateurs démographiques.

En 2023 : https://www.insee.fr/fr/statistiques/7746197
En 2022 : https://www.insee.fr/fr/statistiques/6036447
En 2020 : https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136

Pointet, P. et Thelot, H. (2024). "Les naissances en 2023. : Une baisse d'une ampleur inédite depuis la fin du baby-boom." Insee focus(339).
https://www.insee.fr/fr/statistiques/8282356

Athari, E., Papon, S. Et Robert-Bobee, I. (2019). Quarante ans d'évolution de la démographie française : le vieillissement de la population s'accélère avec l'avancée en âge des baby-boomers. In : France, portrait social. Edition 2019., Paris : Insee **:** 11-26
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/4238437 ?sommaire=4238781

Ce chapitre revient sur 40 ans de grandes évolutions démographiques. La France métropolitaine compte désormais 65 millions d'habitants contre 53 millions en 1975. 78 % de cette hausse est due au solde naturel, 22 % au solde migratoire 13,4 % de la population a 65 ans ou plus en 1975 contre 20,3 % en 2019.

Papon, S. Et Beaumel, C. (2019). « Bilan démographique 2018. » Insee Première (1730)
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/4218743

Au 1er janvier 2019, la France compte près de 67 millions d'habitants. Au cours de l'année 2018, la population a augmenté de 0,30 %. Comme les années précédentes, cette progression est principalement due au solde naturel (+ 144 000 personnes), différence entre les nombres de naissances et de décès, bien que ce solde soit historiquement bas. En 2018, 758 000 bébés sont

nés en France, soit 12 000 de moins qu'en 2017. Il s'agit de la quatrième année consécutive de baisse. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'établit à 1,87 enfant par femme en 2018. Il recule depuis quatre ans, mais la baisse ralentit. Il retrouve son niveau de 2002. La France reste encore en 2016 le pays le plus fécond de l'Union européenne.

(2018). « La situation démographique en 2016. » Insee Résultats : Société : Non paginé.
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/3552423

La situation démographique en 2016 permet de cerner en détail la situation actuelle et les évolutions de la population. Cette édition contient des données au niveau de la France métropolitaine mais également au niveau de la France entière (métropole et départements d'outre-mer). De nombreux tableaux au niveau départemental sont également disponibles sur le site de l'Insee.

Papon, S. (2018). « 606 000 personnes sont décédées en France en 2017, la moitié avait plus de 83 ans. » Insee Focus (128)
https://www.insee.fr/fr/statistiques/3629105

En 2017, 606 000 personnes sont décédées en France. La moitié avait plus de 83 ans et un quart plus de 90 ans. L'âge moyen au décès ne cesse d'augmenter depuis cinquante ans. Il est passé de 72 ans pour les femmes décédées en 1967 à 83 ans pour celles décédées en 2017, et de 64 à 76 ans pour les hommes sur la même période. Depuis 1967, le nombre de décès de nouveau-nés a été divisé par six.

Bellamy, V. And C. Beaumel (2017). « Bilan démographique 2016. À nouveau en baisse, la fécondité atteint 1,93 enfant par femme en 2016. » Insee Première (1630)
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860

Bellamy, V. Et Beaumel, C. (2016). « Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre. » Insee Première (1581)

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

Depuis la fin des années 1970, les hommes de 35 ans ont gagné 7 années d'espérance de vie et les femmes 5,5 années. Toutes les catégories sociales ont profité de ce progrès et les écarts entre les cadres et les ouvriers se sont maintenus. Les hommes cadres vivent en moyenne 6 ans de plus que les ouvriers dans les conditions de mortalité de 2009-2013. Chez les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées, seuls 3 ans séparent l'espérance de vie des cadres et des ouvrières. Pour la première fois, l'Insee publie l'espérance de vie de la population selon le niveau de diplôme.

Beaumel, C. Et Bellamy, V. (2015). « La situation démographique en 2014. » Insee Résultats : Société (167)

Bellamy, V. Et Beaumel, C. (2015). « Bilan démographique 2014. Des décès moins nombreux. » Insee Première (1532)

Bellamy, V. Et Beaumel, C. (2014). « Bilan démographique 2013. Trois mariages pour deux Pacs. » Insee Première (1482)

10.12 Statistiques d'état-civil

(2022). « Les décès en 2021. » Insee Résultats : 1 html.
https://www.insee.fr/fr/statistiques/6539845

Cette rubrique en ligne sur le site de l'Insee présente les chiffres détaillés des décès en 2018 en France.

➢Pour les années antérieures, consultez :

« Les décès en 2019 » - Etat civil Insee Résultats
« Les décès en 2016 » – Etat civil Insee Résultats
« Les décès en 2015 » – Etat civil Insee Résultats : Société (186)
« Les décès en 2014 » – Insee Résultats : Société (172)

(2022). « Les naissances en 2021 » – Etat civil Insee Résultats
https://www.insee.fr/fr/statistiques/6524912

En 2015, 799 000 bébés sont nés en France. C'est 20 000 naissances en moins par rapport à 2014, soit une baisse de 2,4 %. Le nombre de naissances retrouve ainsi son niveau de 2002 ou 2003 et son niveau moyen des dernières décennies. Parmi les nouveau-nés de 2015, 5 % ont une mère de 40 ans ou plus. Mais être mère à ces âges n'est pas nouveau : déjà, en 1948, 5 % des nouveau-nés avaient une mère de 40 ans ou plus. La part de ces maternités tardives avait par la suite diminué, pour augmenter régulièrement depuis le début des années 1980. Depuis cette période, les naissances tardives sont de plus en plus souvent des premières naissances. En 2015, 17 % des nouveau-nés ont un père de 40 ans ou plus.

➢Pour les années antérieures, consultez :
« Les naissances en 2016 » – Etat civil. « Insee Résultats
« Les naissance en 2014 – Etat civil. « Insee Résultats : Société (171)
« Les naissances de 2006 à 2013. » Insee Résultats : Société (157, 147, 134, 123, 110, 97,85, 74)

Robert-Bobee, I. Et Volant, S. (2018). « Baisse récente de la fécondité en France : tous les âges et tous les niveaux de vie sont concernés. » Insee Focus (136)
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/3675496

La fécondité diminue légèrement en France depuis 2015. Cette baisse est générale : elle n'est pas centrée sur une classe d'âge en particulier. Tous les niveaux de vie sont concernés. La baisse de la fécondité touche aussi bien les femmes qui n'avaient pas encore d'enfant que celles qui en avaient

déjà. Elle ne concerne toutefois pas les immigrées, dont la fécondité reste stable. Leur contribution à la fécondité globale se maintient à 0,1 enfant par femme

Bellamy, V. (2016). « Les mariages en 2014. » Insee Résultats : Société (178)
https ://www.insee.fr/fr/statistiques/1913585

241 292 mariages ont été célébrés en France en 2014. La légère hausse par rapport à 2013 (+ 2 700) provient des mariages entre personnes de même sexe. Les mariages entre personnes de sexe différent sont stables. Un peu plus jeunes en 2014 qu'en 2013, les mariés de même sexe restent toutefois plus âgés que ceux de sexe différent. Plus de 20 % des mariages de personnes de même sexe ont été célébrés dans des communes de 200 000 habitants ou plus, contre moins de 10 % pour les mariages de personnes de sexe différent.

➢Pour les années antérieures, consultez :
« Les mariages de 2006 à 2013. » Insee Résultats : Société (163, 152, 140, 129, 115, 100, 89, 75)

10.2 ETUDES DE L'INED

Breton, D., Belliot, N. et Barbieri, M. (2024). "L'évolution démographique récente de la France 2024 : Une position singulière dans l'Union européenne." Population **79**(4): 88p.
https://www.ined.fr/fr/publications/editions/conjoncture-demographique/evolution-demographique-recente-de-la-france-2024/
https://www.ined.fr/fr/publications/editions/conjoncture-demographique/evolution-demographique-recente-de-la-france-2023

Au 1er janvier 2024, la France comptait 68,4 millions d'habitants, soit 230 000 de plus qu'au 1er janvier 2023. Le solde naturel a atteint un niveau historiquement bas depuis l'après-guerre et depuis 2018, et le solde migratoire est le principal moteur démographique du pays. Deuxième pays le plus peuplé de l'UE27 (15,2 % de la population), la France présente toutefois un accroissement légèrement inférieur à celui de la moyenne européenne et demeure un peu plus jeune que la moyenne de l'UE, mais vieillit plus rapidement. le pays montre un retard important et croissant pour la mortalité infantile. L'écart de mortalité entre les hommes et les femmes est plus élevé que dans la moyenne européenne, même s'il continue de baisser. Le cancer est la première cause de mortalité en France, alors qu'il s'agit des maladies cardiovasculaires à l'échelle européenne.

Solaz, A., Toulemon, L. et Pison, G. (2024). "La France, toujours une exception démographique en Europe ?" Population et sociétés (620)

La baisse de la fécondité entamée en 2010 se poursuit en France. Qu'en est-il dans les pays voisins ? Les auteurs replacent cette diminution dans le contexte européen de la dernière décennie et examinent à l'aide de projections si les évolutions démographiques de 2023 pourraient annoncer une décroissance de la population à terme.

Breton, D., Belliot, N., Barbieri, M., et al. (2023). "L'évolution démographique récente de la France. Les comportements des femmes et des hommes sont-ils si différents ?" Population (édition française) **78**(3): 68.

En janvier 2023, la France comptait 68 millions d'habitants, soit 200 000 de plus qu'en janvier 2022. Les naissances ont diminué et les décès augmenté : le solde naturel baisse, atteignant un niveau historiquement faible et inférieur au solde migratoire. En 2022, la France fait partie des 6 pays européens parmi les 27 dont le solde naturel est positif, mais son solde migratoire est relativement faible : l'accroissement de la population française est deux fois moindre que celui de l'UE27. En 2021, les flux d'entrées de personnes venant de pays tiers avec un titre de séjour augmentent par rapport à 2020, pour retrouver leur niveau d'avant la crise sanitaire. En 2022, l'indice conjoncturel de fécondité diminue (1,8 enfant par femme) et atteint son niveau le plus bas depuis 20 ans. Toutefois, le renouvellement des générations nées jusqu'en 1992 semble assuré. La fécondité des hommes est plus forte que celle des femmes, principalement du fait des enfants nés après leur 50 ans. Le recours à l'avortement est en augmentation entre 2021 et 2022, et plus fréquent dans les groupes d'âges auxquels la fécondité est élevée. La part des IVG réalisées par la méthode médicamenteuse continue sa progression, tout comme celles pratiquéespar les sages-femmes. En 2022, le rattrapage des mariages qui n'ont pas pu être célébrés en 2020 et 2021 se poursuit. Le nombre de mariages augmente ; en revanche, le nombre de pacs diminue dans les couples hétérosexuels. Cependant, le nombre de pacs augmente pour les couples de même sexe et n'a jamais été aussi élevé. L'écart d'âge entre les conjoints diminue légèrement, mais subsiste notamment pour les couples d'hommes.Le nombre de décès reste important en 2022 malgré une amélioration de la situation sanitaire : 2 épidémies de grippe et 3 épisodes caniculaires expliquent une surmortalité de 45 800 décès. L'espérance de vie à la naissance augmente en 2022 pour les hommes et pour les femmes, mais ne retrouve pas son niveau d'avant la pandémie.La France reste l'un des pays d'Europe de l'Ouest dont l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est parmi les plus importants (6 ans), même si cet écart diminue constamment depuis 1980.

Breton, D., Belliot, N., Barbieri, M.. (2022). « L'évolution démographique récente de la France : moins de naissances, de mariages et de migrations, plus de décès… La Covid-19 bouleverse la dynamique de la population française » Population 76 (4)

Le 1er janvier 2021, la France comptait 67,4 millions d'habitants soit 120 000 de plus qu'au 1er janvier 2020. Contrairement à de nombreux pays européens, la population de la France n'a pas diminué, mais marque un très fort ralentissement, du fait principalement de la crise sanitaire engendrée par la pandémie de Covid qui a eu des effets sur toutes les composantes démographiques. L'année 2020 devrait voir diminuer le nombre de titres de séjour d'au moins un an délivrés à des personnes des pays tiers (– 10 000), notamment ceux en provenance de pays d'Afrique et ceux pour causes « familiale » et « humanitaire ». Le nombre de naissances a également fortement baissé, particulièrement 9 mois après le confinement. Cette baisse s'explique par une diminution du nombre de conceptions et non une augmentation des interruptions volontaires de grossesses qui sont en recul, notamment les mois suivant le premier confinement. Mais les deux phénomènes les plus fortement affectés sont, d'une part, les mariages rendus impossibles du fait des règles sanitaires (– 70 000) et, comme on pouvait s'y attendre, la mortalité avec une diminution de l'espérance de vie de 0,56 an pour les hommes et 0,45 an pour les femmes, soit un retour au niveau de mortalité observé 6 ans auparavant.

Toulemon, L., et al. (2022). "La population française devrait continuer de vieillir d'ici un demi-siècle." Population Et Sociétés(597)

> Selon les projections de l'Insee publiées en 2021, la France comptera entre 58 et 79 millions d'habitants en 2070. Le scénario central conduit à une population de 68 millions d'habitants. Il annonce une population plus vieille qu'aujourd'hui, et en légère diminution à partir de 2044 alors que les projections précédentes tablaient sur un maintien de la croissance. L'excédent des décès sur les naissances ne serait en effet plus compensé par un solde migratoire positif. L'écart avec le chiffre annoncé pour 2070 par les projections précédentes (publiées en 2016), 76 millions, est important. Il vient de la révision à la baisse à la fois de l'effectif de la population de 2021 et des hypothèses de fécondité, d'espérance de vie et de migrations.

Breton, D., Barbieri, M., Belliot, N., et al. (2020). « L'évolution démographique récente de la France : situations et comportements des mineurs » Population 75 (4)

Pison, G. et Dauphin, S. (2020). "Enjeux et perspectives démographiques en France 2020-2050. Un état des connaissances". Document de travail; 259
https://www.ined.fr/fr/publications/editions/document-travail/enjeux-et-perspectives-demographiques-en-france-2020-2050/

> Ce document présente une synthèse sur les perspectives démographiques en France d'ici 2050. La situation et les évolutions françaises sont replacées dans un cadre plus général au moyen de comparaisons internationales et européennes. Le document se compose de cinq parties abordant chacune un thème de la démographie. La première porte sur la croissance de la population mondiale, européenne et française. La deuxième traite des spécificités de la démographie française au sein de l'Union européenne. La troisième examine l'évolution des naissances et de la fécondité en France. La quatrième s'interroge sur les perspectives d'allongement de la vie et le vieillissement démographique. Enfin, la cinquième porte sur les migrations et étudie leur contribution à la population française hier, aujourd'hui et demain.

Breton, D., Barbieri, M., Belliot, N., et al. (2019). « L'évolution démographique récente de la France : une singularité en Europe ? » Population 74 (4) : 409-498

> Cet article expose un bilan démographique détaillé qui s'appuie sur les données disponibles les plus récentes. Il et souligne les tendances en cours concernant les migrations, la natalité, les interruptions volontaires de grossesse, les mariages et les divorces, les pacs et leurs ruptures ainsi que la mortalité. L'année 2018 confirme, entre autres, le ralentissement de l'accroissement démographique de la France en lien avec la baisse du nombre de naissances, en partie liée à celle de la fécondité pour la 4e année consécutive, mais aussi un nombre historiquement élevé de décès, résultant du vieillissement de la population. Chaque année, les auteurs proposent un fil rouge : après une analyse départementale (2017) et la saisonnalité des événements démographiques (2018), l'accent porte cette année sur les comparaisons européennes, montrant en quoi la France, deuxième pays le plus peuplé d'Europe après l'Allemagne, fait figure d'exception démographique à l'échelle de l'Union européenne des 28 (UE-28).

Pison, G. (2018). « 1968-2018 : quatre surprises démographiques en France depuis cinquante ans. » Population Et Sociétés (553)

> L'espérance de vie a augmenté de 11 ans en France entre 1967 et 2017, passant de 71,5 ans à 82,5 ans sexes confondus. Une telle progression dépasse toutes les prévisions, et l'espérance de vie n'a toujours pas atteint de plafond comme on le prévoyait il y a cinquante ans. Trois autres surprises démographiques ont marqué le demi-siècle passé : le report des naissances, avec un recul de l'âge moyen à la maternité de plus de 4 ans depuis 1977, l'augmentation des naissances hors mariage, qui sont désormais majoritaires, et l'invention et le succès du pacs, les nouveaux pacs conclus étant presque aussi fréquents que les mariages aujourd'hui.

Breton, D., Barbieri, M., Mazuy, M., et al. (2017). « L'évolution démographique récente de la France : de forts contrastes départementaux. » Population 72 (4) : 583-652

> Au premier janvier 2017, la France comptait près de 67 millions d'habitants, soit un accroissement annuel de 4,0 ‰. L'indice conjoncturel de fécondité poursuit sa baisse en 2016, notamment chez les femmes de 25 à 29 ans, groupe d'âges dans lequel la fécondité est la plus forte. Le nombre de titres de séjour délivrés augmente légèrement et est à son plus haut niveau depuis 1998. Les ressortissants bénéficiant de ces titres représentent 0,32 % de la population française au 1er janvier 2015 (contre 0,30 % en 2014). Le nombre de mariages continue de baisser pour les couples hétérosexuels et les couples de même sexe, alors que les pacs augmentent. Les couples mixtes, composés d'un conjoint de nationalité française et l'autre de nationalité étrangère (18 % du total des unions) se distinguent par un plus grand écart d'âge entre conjoints. En 2016, la mortalité recule de nouveau après une année 2015 marquée par une épidémie de grippe. L'écart d'espérance de vie entre les femmes et les hommes diminue encore et atteint 6,1 ans en 2016. D'un département à l'autre, les comportements démographiques présentent de fortes disparités, probable reflet d'inégalités sociales et économiques des territoires, ainsi que géographiques (départements frontaliers) et culturelles (mortalité et nuptialité).

Pison, G. (2017). « France 2016 : la natalité est en baisse. » Population Et Sociétés (542)

> Le nombre des naissances a baissé de 4,5 % en France entre 2014 et 2016, sous l'effet conjoint de la diminution du nombre de femmes en âge d'avoir des enfants et de la baisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité : 1,97 enfant par femme en 2014, 1,89 en 2016. De telles baisses se sont aussi produites dans la plupart des pays développés, mais celle en France est plus modeste et plus tardives qu'ailleurs en raison vraisemblablement des politiques sociales et familiales qui ont amorti le choc de la crise (résumé éditeur).

Desesquelles, A., et al. (2016). « On ne meurt qu'une fois... Mais de combien de causes ? » Population Et Sociétés (534)

> L'analyse des causes de décès permet de mieux comprendre les évolutions de la mortalité. En France, les certificats de décès remplis par les médecins mentionnent en général plusieurs causes de décès : 2,4 en moyenne en 2011. Habituellement, une seule d'entre elles, la cause initiale est prise en compte. Ceci conduit à sous-estimer fortement la contribution de certaines maladies à la mortalité, par exemple, les maladies endocriniennes. Il est utile de prendre en compte également

ces causes dites associées, sachant qu'avec l'augmentation de l'espérance de vie, on meurt de plus en plus souvent d'une combinaison de causes et non d'une seule (résumé d'auteur).

Pison, G. Et Toulemon, L. (2016). « Le nombre de décès va augmenter dans les prochaines années. » Population Et Sociétés (531)

La population de la France a augmenté de plus de moitié depuis 70 ans et a vieilli, ce qui aurait dû entraîner une hausse du nombre annuel de décès. Deux facteurs expliquent qu'ils se soient maintenus à peu près constants au cours de cette période : l'augmentation de la durée de vie et l'arrivée aux grands âges des classes creuses nées pendant la Première Guerre mondiale. Leur extinction et l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom vont entraîner une hausse des décès dans les prochaines années

Mazuy, M., et al. (2015). « L'évolution démographique récente en France et ses tendances depuis 70 ans. » Population 70 (3) : 417-486

Au 1er janvier 2015, la France comptait 66,3 millions d'habitants (dont 64,2 millions en France métropolitaine), soit un accroissement annuel de 4,5 %. La fécondité augmente légèrement, passant à 2,0 enfants par femme. Les femmes ont eu en moyenne leurs enfants à 30,2 ans, les hommes à 30,1 ans. Près de six enfants sur dix naissent hors mariage. Le solde migratoire varie peu. Parmi les migrants ayant obtenu un titre de séjour en 2013, la moitié ont reçu un titre pour motif familial, un peu moins du quart pour les études, 10 % pour motif humanitaire, 7 % pour le travail. Le nombre de mariage (pour les couples de sexe différent) est toujours en légère baisse. Depuis que le mariage a été ouvert de même sexe, en mai 2013, 17 000 mariages ont été enregistrés jusqu'à la fin 2014. Le nombre de décès en 2014 est provisoirement estimé à 559 300. L'espérance de vie des femmes est égale à 84,7 ans et celle des hommes à 79,2 ans, soit un écart de 5,5 ans qui se réduit au fil des années (résumé de l'éditeur).

Veron, J. (2015). « Repères démographiques 1945-2015. » Population Et Sociétés (526)

À l'occasion du quarantième anniversaire de l'Ined, Michel Louis Lévy avait consacré un numéro du bulletin Population et Sociétés (numéro 203, juin 1986) à une « Chronologie démographique « qui retraçait » les dates significatives des principales évolutions démographiques ». Ce numéro est rédigé sur le même modèle en étendant la période de référence aux 70 années de vie de l'institution.

Mazuy, M., et al. (2014). « L'évolution démographique récente en France : la diminution du nombre de mariages se poursuit. » Population 69 (3) : 313-3632
https ://www.ined.fr/fichier/rte/General/Publications/Population/articles/population_fr_2014_3_france_conjoncture_demographique_vieillissement_migration_fecondite_conjugalite_mortalite_causes_de_deces.pdf

Au premier janvier 2014, la France comptait 66 millions d'habitants (dont 63,9 millions en France métropolitaine), soit un accroissement annuel de 4,2 ‰. En 2012, 180 000 titres de séjour ont été délivrés à des personnes immigrantes venant de pays tiers. Une majorité de titres concernaient des femmes. Les motifs des titres délivrés relèvent pour moitié de raisons familiales et pour un quart des études. La fécondité diminue légèrement, passant à 1,99 enfant par femme. Cette

baisse, conjuguée à la diminution de la part des femmes en âge de procréer au sein de la population et à l'augmentation de la population totale, implique que le taux de natalité est également en baisse en 2013. Après une légère remontée en 2012, le nombre de mariages diminue à nouveau : d'après les données provisoires, on a enregistré 231 000 mariages en 2013. Le mariage a été ouvert aux couples de même sexe le 17 mai 2013 et 7 000 mariages ont été enregistrés entre mai et décembre 2013. Le nombre de pacs enregistrés en 2013 est de 168 000. Le nombre de décès en 2013 est provisoirement estimé à 572 000, et en France métropolitaine, il dépasse le seuil de 560 000. L'espérance de vie des femmes est de 85 ans et celle des hommes de 78,7 ans, soit un écart de 6,3 ans en légère diminution par rapport à l'année 2012. (résumé de l'éditeur).

Pison, G. (2014). « 1914-2014 : un siècle d'évolution de la pyramide des âges en France. » Population Et Sociétés (509)
https ://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/bdd/publication/1676/

L'histoire d'un pays se lit à livre ouvert dans sa pyramide des âges, et mieux encore quand on suit cette dernière au fil du temps. La pyramide des âges de la France n'a cessé d'évoluer depuis le déclenchement de la guerre de 1914-1918. On a choisi d'effectuer ici un arrêt sur image tous les vingt ans, soit les années 1914, 1934, 1954, 1974, 1994 et 2014 (résumé de l'éditeur).