

La santé en France : éléments de bibliographie

Bibliographie thématique

Décembre 2022

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>

Sans être exhaustive, cette bibliographie essaie de présenter les principaux documents de référence statistique sur la santé en France, selon les thèmes mentionnés dans le sommaire à partir de l'année 2005 (années antérieures disponibles sur demande)

Tous ces documents sont consultables, sur rendez-vous, au **centre de documentation de l'Irdes**. Les publications éditées par l'Irdes peuvent être commandées auprès du **Service publications de l'Irdes** ou consultées en ligne sur le site de l'Irdes, à la rubrique : [Nos publications](#).

Il ne sera, en revanche, **délivré aucune photocopie par courrier** des références signalées dans cette bibliographie.

Si **vous souhaitez vous procurer ces documents**, vous pouvez, néanmoins, vous adresser directement aux **organismes éditeurs**.

Si la référence est un article paru dans une revue ou un fascicule de revue, vous pouvez identifier l'éditeur en consultant « [le Sudoc](#) : **catalogue bibliographique de l'Agence bibliographique de l'Enseignement Supérieur** » sur internet

Sommaire

1 - Panorama général dans lequel s'inscrit le système de santé français	6
1.1 INDICATEURS ET PROBLEMATIQUE AU NIVEAU NATIONAL	6
1.2 AU NIVEAU REGIONAL ET DEPARTEMENTAL	15
2 - Géographie de la santé	17
2.1 ETUDES IRDES	17
2.2 ETUDES DE LA CNAM	33
2.3 ETUDES DE LA DREES.....	33
2.4 AUTRES ETUDES.....	38
3 - Hôpital	48
3.1 ENQUETES DE L'IRDES	48
3.2 ENQUETES DREES	61
3.31 <i>Enquêtes d'ensemble</i>	61
3.32 <i>Psychiatrie</i>	65
3.34 <i>Activité hospitalière</i>	67
3.35 <i>Analyse économique</i>	71
3.4 DONNEES DE L'ATIH.....	74
3.5 AUTRES ETUDES (SOURCES DIVERSES).....	78
4 -Professions de santé	91
4.1 DONNEES DE LA DREES.....	91
4.2 DONNEES DE LA CNAMTS	112
4.3 ETUDES DE L'IRDES	113
4.5 AUTRES SOURCES	129
5 - Comptes, dépenses et consommation médicale.....	141
5.1 COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE	141
5.2 COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE.....	149
5.3 COMPTES DE LA SANTE	152
5.4 COMPTES DE LA DEPENDANCE	156
5.3 DEPENSES DE SANTE, CONSOMMATION MEDICALE	157

5.31 Données de la CNAMTS	157
5.32 Données de l'Irdes	161
5.33 Données de la Drees	170
5.34 Autres sources.....	180
6 -Médicaments	191
6.1 DONNEES GENERALES.....	191
6.2 CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE	210
6.3 EVALUATION ECONOMIQUE	223
6.4 PRESCRIPTION	238
7 Protection sociale	247
7.2 ENQUETES DE L'IRDES	247
7.3 DONNEES DE LA DREES.....	274
7.31 Aide sociale, minimas sociaux.....	274
7.32 Dépendance et handicap	285
7.33 Protection complémentaire (mutuelle, prévoyance, cmu/cmuc...)	292
7.34 Retraite	303
7.4 ETUDES DE LA CNAMTS.....	313
7.5 AUTRES ETUDES	316
8- Morbidité	330
8.1 ETUDES D'ENSEMBLE.....	330
8.2 GROUPES DE POPULATION.....	338
8.21 Enfant.....	338
8.22 Femmes	347
8.22 Migrants.....	350
8.25 Personnes âgées / Personnes handicapées.....	355
8.26 Populations vulnérables	368
8.3 QUELQUES PATHOLOGIES	374
8.31 Cancer	374
8.32 Diabète.....	394
8.4 PATHOLOGIES RESPIRATOIRES	403
8.41 Asthme	403
8.42 Broncho-pneumopathies	407
8.5 MALADIES CARDIOVASCULAIRES	411
8.51 Généralités	411

8.52 <i>Infarctus, maladies coronaires, AVC</i>	414
8.53 <i>Hypertension artérielle</i>	423
9 - Santé mentale	424
9.1 PSYCHIATRIE.....	424
9.1.1 <i>Etudes Irdes</i>	424
9.1.2 <i>Autres Etudes</i>	427
9.2 DEPRESSION / SUICIDE.....	446
10- Indicateurs démographiques, mortalité	457
10.1 PUBLICATIONS INSEE.....	457
10.11 <i>Bilan démographique</i>	457
10.12 <i>Statistiques d'état-civil</i>	460
10.2 ETUDES DE L'INED.....	461
11 – Autres sources d'information	468

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

1.1 INDICATEURS ET PROBLEMATIQUE AU NIVEAU NATIONAL

(2022). France, portrait social. Edition 2021 Paris : Insee
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5435421>

➤ Pour les années antérieures, consultez :

[France, portrait sociale 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](#)

[France, portrait social. Edition 2014](#)

[France, portrait social. Edition 2013](#)

[France, portrait social. Edition 2012](#)

[France, portrait social. Edition 2011](#)

[France, portrait social. Edition 2010](#)

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-francais.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 santé (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 (2022). Tableaux de Bord de l'économie Française - Edition 2020. Collection Insee Références. 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. L'ouvrage se compose de 87 fiches organisées autour de cinq grands thèmes : territoire-population, emploi-revenus, conditions de vie société, économie-finances et système productif. Chacune de ces fiches propose des commentaires, des tableaux et des graphiques, des définitions et une liste de publications de référence sur le sujet développé. Elles fournissent des informations récentes sur la France et des données permettant de la situer par rapport à d'autres pays de l'Union européenne ou du monde.

- 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. Méthode : la méthode repose sur la même approche que celle proposée par Guérin et coll. Pour estimer la mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. À partir de données d'enquêtes et de ventes, on estime la distribution de la consommation d'alcool dans la population par sexe, âge et niveau de consommation. Pour chaque cause de décès dont le risque est modifié par la consommation d'alcool, des fonctions de risque sont extraites de méta-analyses récentes. En combinant ces risques avec les prévalences de consommation, on peut calculer les fractions de mortalité attribuables à l'alcool pour chaque cause. Ces fractions multipliées par les nombres de décès enregistrés correspondants permettent d'estimer le nombre de décès attribuables à l'alcool. Résultats : en 2015, 41 000 décès sont estimés être attribuables à l'alcool, dont 30 000 décès chez les hommes et 11 000 décès chez les femmes, soit respectivement 11 % et 4 % de la mortalité des adultes de 15 ans et plus. Ceci inclut 16 000 décès par cancers, 9 900 décès par maladies cardiovasculaires, 6 800 par maladies digestives, 5 400 pour une cause externe (accident ou suicide) et plus de 3 000 pour une autre maladie (maladies mentales, troubles du comportement, etc.). La fraction attribuable pour l'ensemble des pathologies associées à l'alcool représente jusqu'à 15 % des décès chez les 35-64 ans contre moins de 8 % pour les autres âges. Hors causes externes, un peu moins de 500 décès (1 % des décès attribuables à l'alcool hors causes externes) sont attribuables à une consommation modérée entre 7 et 18 grammes d'alcool pur par jour, et 90 % du total des décès

sont liés à des consommations supérieures à 53 g/j. Conclusion : bien que la consommation d'alcool ait beaucoup diminué en France depuis la fin des années 1950, on estime que 7 % des décès chez les plus de 15 ans sont attribuables à l'alcool sur un total de 580 000 décès en 2015. L'impact sanitaire de la consommation d'alcool en France reste donc considérable. Ces résultats soulignent l'importance des politiques de santé publique visant à réduire la consommation d'alcool en France.

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.

OCDE (2019). Profils de santé par pays, Luxembourg : Office des publications de l'Union européenne https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_fr

Des experts de l'OCDE et de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé ont préparé une série de 30 profils par pays couvrant tous les États membres de l'Union européenne, ainsi que l'Islande et la Norvège. Les profils de santé par pays produits dans le cadre du cycle sur l'état de santé dans l'UE constituent un guichet unique de connaissances et d'informations sur le système de santé d'un pays, qui est mis en perspective en le comparant aux systèmes des autres pays de l'UE. Chaque profil allie profondeur et brièveté afin de rendre les analyses utiles et accessibles à un large public. Bien qu'ils suivent un format et une méthode standard, chaque profil est adapté aux particularités du pays concerné, de manière que l'analyse soit la plus pertinente possible. Depuis leur première édition en 2017, les profils par pays sont devenus une importante source de connaissances et d'informations pour les acteurs de la politique de santé. Chaque profil par pays donne un bref aperçu de la situation sanitaire et des déterminants de la santé (axés sur les facteurs de risques comportementaux), présente l'organisation du système de santé et analyse l'efficacité, l'accessibilité et la capacité d'adaptation de chaque système de santé.

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. Méthodes : le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête probabiliste transversale menée par téléphone auprès d'un échantillon de 25 319 personnes résidant en France métropolitaine, parlant le français et âgées de 18 à 75 ans. La méthode repose sur la génération aléatoire de numéros de téléphone fixe et mobile. Le taux de participation à cette enquête menée entre janvier et juillet 2017 était de 48,5 %. Résultats : en 2017, 87 % des 18-75 ans ont consommé de l'alcool au moins une fois dans l'année : 21 %

déclaraient avoir connu une ivresse dans l'année, 10 % étaient des consommateurs quotidiens et 5 % consommaient six verres ou plus en une même occasion toutes les semaines. La consommation d'alcool apparaît de plus en plus masculine à mesure que la fréquence de consommation augmente. Elle évolue avec l'avancée en âge, avec une diminution du nombre de verres consommés associée à une augmentation du nombre de jours de consommations. L'hétérogénéité existe également en ce qui concerne la quantité d'alcool bue : à eux seuls 10 % des 18-75 ans consommaient 58 % de la quantité d'alcool consommée déclarée. Conclusion : en 2017, la consommation d'alcool restait courante et à un niveau relativement stable par rapport aux années précédentes. Chez les moins de 25 ans, les tendances récentes montrent une stabilité des alcoolisations excessives, ceci faisant suite à une décennie d'augmentation, notamment des ivresses régulières. La répétition des Baromètres et des enquêtes menées auprès des adolescents permet de suivre les tendances de consommation d'alcool et de décrire la diversité de ses usages.

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-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-espérance-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

Publié pour la première fois en 2008, puis réédité en 2012, 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.

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 Schwartz, 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. Une introduction à la santé publique illustrée par le dessinateur de presse, Loïc Schwartz.

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.

Chevreur, K., et al. (2015). Health system review: France. France Health system review: Vol. 17 No. 3. Copenhagen Bureau Régional de l'Europe
https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf

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.

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 6^e 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>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2009-2010>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2008>

(2015). Panorama de la santé 2015. Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE

<https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015-health-glance-2015-fr>

La publication Panorama de la santé présente les données les plus récentes et les tendances de différents aspects des performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations entre pays en ce qui concerne l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les différences de coûts, d'affectation des ressources et d'activités des systèmes de santé.

Pour les années antérieures, consulter le site de l'OCDE : https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320

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 (4^e de couverture).

Sivek, P. (2011). Gouvernance de la santé, les acteurs institutionnels. Brignais : Editions le Coudrier

Rochaix, L., et al. (2009). Traité d'économie et de gestion de la santé, Paris : Editions de Santé : Paris : SciencesPo Les Presses

<https://www.pressesdesciencespo.fr/fr/book/?GCOI=27246100728790>

Cet ouvrage collectif pluridisciplinaire placé sous la direction de Pierre-Louis Bras, Gérard de Pourville et Didier Tabuteau est composé de 59 chapitres ayant chacun un auteur spécialisé différent. Il s'agit à la fois d'un bel outil et d'une référence, le gold standard de la pensée et de l'analyse du système de santé actuel. Ce traité synthétise l'ensemble des problématiques et des connaissances de base pour comprendre les débats économiques sur la santé, il permet d'appréhender les politiques de régulation des dépenses de santé et constitue une aide à la gestion et au pilotage des principales institutions du système de santé. Destiné aux étudiants, aux décideurs et aux acteurs de la santé, il pourrait aussi fournir quelques clés pour faire évoluer et conforter une organisation collective qui est au cœur du pacte social, comme le souhaitent les auteurs. Chacun peut en effet y trouver ce qu'il recherche dans le champ de l'économie et de la gestion de la santé dans les huit chapitres qui structurent l'ouvrage : principes généraux, les dépenses de santé, l'accès aux soins, la maîtrise des dépenses de santé, la qualité, la gouvernance et les acteurs, l'information de santé, mondialisation et santé. Aujourd'hui soigner et compter sont des notions admises par tous et ne sont plus antinomiques : cet ouvrage le démontre largement.

Fantimo, B. Et Ropert, G. (2008). Le système de santé en France : diagnostic et propositions, Paris : Dunod

<https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/systeme-sante-en-france-diagnostic-et-propositions>

Les Français apprécient autant leurs professionnels de santé que leur « Sécu », qui assure la prise en charge de l'ensemble de leurs dépenses dans le cadre d'une assurance maladie obligatoire et publique. Les premiers comme les seconds mesurent cependant mieux le prix de

la santé que son coût. La montée des déficits publics est pourtant si prégnante qu'elle n'autorise plus de simples ajustements séquentiels en forme de « plans de redressement des comptes ». Cet ouvrage démontre qu'il est encore possible de concilier progrès médical et social à condition qu'une profonde volonté réformatrice anime tous les acteurs afin de faire émerger progressivement un nouveau système de santé. Cette émergence suppose avant tout un véritable pilotage, exercé par un État stratège et courageux, appuyant sur une gouvernance déconcentrée régionalement. Grâce à un panier de biens et de services définissant les périmètres et les modalités de prise en charge, à l'intérieur de centres de décision tantôt régaliens tantôt contractuels, mais comprenant à la fois des leviers et des sanctions, les opérateurs publics et privés pourront alors agir dans le cadre d'une assurance santé cohérente. Les auteurs, un médecin et un responsable administratif, souhaitent au travers de cet ouvrage contribuer à cette démarche : d'où un diagnostic sans complaisance mais aussi de nombreuses propositions fondées sur des expériences professionnelles complémentaires.

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.

(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.

Bigard, M., et al. (2010). La France et ses régions. Edition 2010, Paris : INSEE
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1372497?sommaire=1372505>

Cet ouvrage rassemble indicateurs et analyses statistiques illustrant les disparités et similitudes des 26 régions françaises et leur positionnement dans le cadre européen. Il intègre les données les plus récentes du nouveau recensement de la population. Après la vue d'ensemble, des dossiers développent des points particuliers : régions et départements face à la pauvreté, occupation du territoire et mobilités, attractivité des territoires, progression de l'intercommunalité, perspectives de la démographie médicale, et enfin dynamiques régionales et urbaines. Un ensemble de 80 fiches aborde de nombreux thèmes tels l'emploi, la population, les conditions de vie, l'organisation administrative, l'activité économique, le développement durable, etc.

Leclerc, C. Et Ledesert, B. (2010). État des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants en région. Paris FNORS

Cette étude vise à décrire les dispositifs d'observation de la santé et de ses déterminants à l'échelle de chacune des 26 régions de France, dans l'Hexagone comme en Outre-mer. Il s'agit d'un travail d'identification, de recensement et de description des structures et dispositifs d'observation. Sont également analysées les principales caractéristiques de leur fonctionnement, notamment dans le cadre actuel de la réorganisation du paysage institutionnel lié à la mise en place des ARS et, plus largement, à la révision générale des politiques publiques.

Trugeon, A., et al. (2010). Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton, Paris : Elsevier Masson

Cet ouvrage a pour objet d'offrir une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et de ses déterminants et d'en mesurer les évolutions, aux niveaux régional et cantonal. L'ouvrage fournit une analyse détaillée puis synthétique des disparités et inégalités socio-sanitaires en France hexagonale et dans les départements d'outre-mer. Il est illustré par soixante cartes présentées par canton sur les données disponibles les plus récentes. L'observation menée à ce niveau géographique donne une vision précise des variations spatiales au sein des régions, mais aussi des similitudes au-delà des découpages administratifs. La mesure de certaines évolutions au cours de la dernière décennie et une partition de la France en sept classes de cantons complètent l'état des lieux à travers quarante autres cartes. Cet Abrégé constitue un outil d'aide à la décision précieux pour la définition de politiques adaptées aux besoins des populations, une base de discussion pour les acteurs de santé au sens large, tant décideurs que professionnels et représentants des usagers (4^e de couverture).

2 - Géographie de la santé

2.1 ETUDES IRDES

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 Sante (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 al. (2022). "Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités." Document de travail Irdes : 87
<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/087-inegalites-spatiales-d-accessibilite-aux-medecins-specialistes.pdf>

A la suite des travaux menés sur l'accessibilité spatiale aux médecins généralistes et avant la mise à disposition des données, nous discutons dans ce rapport des adaptations nécessaires de la méthode Accessibilité potentielle localisée (APL) pour son application aux médecins exerçant dans le champ de la médecine spécialisée ambulatoire. L'exercice présenté dans ce rapport est centré sur trois spécialités (ophtalmologistes, cardiologues, dermatologues). L'objectif cependant est de proposer une méthodologie généralisable ou, du moins, adaptable à d'autres spécialités médicales. Nous proposons dans un premier temps une approche critique des indicateurs d'accessibilité aux soins en se basant sur les dernières évolutions des indicateurs d'accessibilité de type 3SFCA qui ont servi de socle à la définition de l'APL. L'interaction spatiale dans les mesures de type 3SFCA est plus particulièrement examinée. Dans un second temps, les différentes dimensions et paramètres de l'indicateur d'accessibilité spatiale sont questionnées. Concernant l'échelle d'observation, une approximation de la réalité à l'échelle de l'Iris ou de la commune semble être un bon compromis. En effet, les exigences de finesse géographique sont un peu plus distendues pour les médecins spécialistes que pour les généralistes. La distance entre l'offre et la demande est mesurée en distance-temps par la route en voiture particulière car il est à ce jour impossible d'en disposer de commune à commune en transports en commun (résumé d'auteur).

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 Mousques, 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 Sante 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 al. (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 aux soins. » 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.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). Document de travail Irdes : 70. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/070-analyse-de-sensibilite-de-l-accessibilite-potentielle-localisee-apl.pdf>

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure locale de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes. Calculée au niveau de chaque commune, elle considère également l'offre de soins et la demande des communes environnantes. L'APL permet de répondre aux principales critiques faites aux indicateurs usuels d'offre de soins tels que la densité et la distance. L'un des enjeux de l'indicateur est également de proposer des pistes d'amélioration concernant la quantification de l'offre de soins et des besoins de soins ainsi qu'une définition plus précise de l'interaction entre l'offre et la demande. Pour ce faire, l'APL tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Une fonction de décroissance du recours avec la distance à parcourir est également utilisée pour pondérer l'accessibilité spatiale en fonction de l'éloignement de la population à l'offre de soins. Le paramétrage de ces différents critères a un impact important sur la mesure de l'APL. La mesure de la sensibilité de l'indicateur APL a été testée en modifiant les deux grands paramètres de l'APL que sont la définition d'Équivalent temps plein (ETP) de médecin et les seuils d'accessibilité à cette offre de soins. L'utilisation d'une fonction continue rapportant l'activité du médecin à l'activité moyenne nationale entraîne une augmentation significative de l'APL – entre 21 et 24 % – par rapport à l'APL initiale. Cette augmentation profite à tous les types de communes, qu'elles soient urbaines ou rurales, situées dans un pôle ou dans sa périphérie ou bien hors de l'influence de ceux-ci. Par ailleurs, l'utilisation de fonctions théoriques de décroissance associée à une augmentation du

seuil d'accessibilité de 15 à 30 minutes impacte considérablement l'APL. Ceci entraîne à la fois une réduction des disparités infra régionales par rapport à la seule modification du paramètre de l'offre de soins et une structuration des valeurs de l'APL selon le type de communes autour d'un axe centre/périphérie des pôles beaucoup plus importante (résumé d'auteur).

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.

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 ?

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 efficaces. 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).

Chevillard, G., et al. (2013). « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [190]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>

Les maisons de santé sont-elles implantées dans des espaces où l'offre de soins est fragile et les besoins importants ? Le développement de ces structures a-t-il eu un effet sur l'évolution de la densité de médecins généralistes ? Ce deuxième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) traite ces deux questions concernant les maisons de santé recensées par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins. Il s'appuie sur deux typologies caractérisant les situations socio-économiques et sanitaires des espaces français, l'une sur des espaces à dominante rurale,

l'autre sur des espaces à dominante urbaine. À partir des classes de bassins de vie et de pseudo-cantons ainsi définies, les densités de médecins généralistes y exerçant sont comparées sur deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2011, selon que ces espaces abritent ou non une maison de santé.

Chevillard, G., et al. (2013). Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Document de travail Irdes : 57. Paris : Irdes
<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons et pôles de santé. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles. Cette étude décrit les espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé, et analyse l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces. Deux typologies ont été réalisées, qui distinguent les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale, permettant une analyse spécifique de ceux-ci. Ces typologies décrivent les espaces d'implantation des maisons et pôles de santé selon les caractéristiques de la population, de l'offre de soins et de la structure spatiale de ceux-ci. Ces typologies permettent, dans un second temps, d'analyser l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces, selon qu'ils abritent ou non des maisons et pôles de santé. Les premiers résultats montrent que ces structures sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels ces structures sont moins présentes, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. En outre, on constate une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes

Barlet, M., et al. (2012). « L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [174]
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>

Cette étude propose un indicateur original et enrichi de mesure de l'accessibilité spatiale aux soins, appliqué ici aux médecins généralistes libéraux. Cet indicateur, l'Accessibilité potentielle localisée (APL), tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Il s'agit d'un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes.

Ben Halima, M. A., et al. (2012). « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [177]
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes177.pdf>

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT50UnderstandingSickLeavesDisparities.pdf>

En 2008, le montant des indemnités journalières versées par l'assurance maladie obligatoire aux salariés en arrêts maladie s'élevait à 11,3 milliards d'euros, soit plus de 5 % des dépenses de santé en France. Depuis, leur montant a tendance à croître. Par ailleurs, la proportion d'arrêts maladie est très variable selon les départements, passant du simple au double : 13 % dans les Hautes-Alpes à 29 % dans les Ardennes, pour une moyenne de 23 %. Cette étude cherche à comprendre les raisons de cette variabilité départementale du nombre d'arrêts maladie en utilisant la base de données Hygie. Construite par lres à partir de la fusion des fichiers de l'assurance maladie (Cnamts) et de l'assurance vieillesse (Cnav) sur les salariés du secteur privé en France en 2005, cette base permet de croiser des informations jusqu'à présent non disponibles conjointement sur les salariés (carrière professionnelle, consommation médicale, arrêts maladie) et les établissements qui les emploient (secteur, taille de l'entreprise) [résumé d'auteur].

Coldefy, M. Et Lucas-Gabrielli, V. (2012). « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011. » *Questions d'Économie de La Santé (Irdes)* [175]
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est pensé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire : il est également un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2011). Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007. 2 volumes avec annexes méthodologiques. *Rapport Irdes* : 1838-1839. Paris : Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1838.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1839.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes164.pdf>

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, mesurée au 1^{er} janvier 2007, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités. Le temps d'accès aux soins est globalement satisfaisant : 95 % de la population française a accès à des soins de proximité en moins de quinze minutes. De même, la plupart des médecins spécialistes libéraux et les équipements médicaux les plus courants sont accessibles en moyenne à moins de 20 minutes par la route.

Concernant les soins hospitaliers courants, 95 % de la population française peut y accéder en moins de 45 minutes, les trois quarts en moins de 25 minutes. Cependant, des inégalités d'accès persistent tant pour les spécialités les plus courantes que les plus rares. Les régions rurales, à faible densité de population, cumulent l'éloignement des soins de proximité et de la plupart des soins spécialisés. Depuis 1990, la distance moyenne d'accès aux soins a diminué pour certains spécialistes, notamment les urologues, mais a augmenté pour d'autres, en particulier les pédiatres.

Coldefy, M. (2010). De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. Thèse de doctorat de géographie. Paris : Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne
<https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>

Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIXe siècle à la politique de sectorisation, qui a inscrit la désinstitutionnalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial. Le développement des services de santé mentale au plus proche du lieu de vie du patient, dans le sillage de la désinstitutionnalisation, est un processus avec de nombreuses implications géographiques. Malgré la forte dimension spatiale des politiques de soins en santé mentale en France, le champ de la recherche de la géographie des soins psychiatriques est très peu développé en France, comparé aux autres pays occidentaux. Cette recherche analyse, tout d'abord, la localisation des services de santé mentale du XIXe siècle à nos jours, démontrant l'extrême difficulté d'achever les ambitions politiques initiales de la politique de sectorisation. Les critères administratifs, économiques et sociaux, ainsi que des pratiques d'exclusion, ont souvent dépassé les objectifs cliniques. En combinant approches qualitatives, analyses à l'échelle nationale et locale, cette recherche propose une lecture spatiale de l'histoire de la psychiatrie française institutionnelle et ouvre un large champ de recherches potentielles en France (Résumé d'auteur).

Coldefy, M., et al. (2010). Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France. Rapport Irdes : 1812. Paris : Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf>

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Cette étude décrit les disparités existantes entre les secteurs de psychiatrie générale et analyse leur impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux sur une base expérimentale en région Île-de-France. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée. Elle différencie les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés et fournit une analyse fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme

sous ou moins bien dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes.

Allonier, C., et al. (2009). « Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [139]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>

Une première recherche de l'IRDES a mis en évidence un état de santé plus dégradé chez les habitants des zones urbaines sensibles (ZUS). Cette nouvelle étude montre, dans la suite logique de la précédente, l'impact des caractéristiques des quartiers habitation sur l'état de santé des personnes qui y vivent. En effet, indépendamment des caractéristiques individuelles, des effets de contexte peuvent aussi influencer l'état de santé. Les résultats suggèrent que vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Il en est de même pour les personnes vivant dans des quartiers où la mobilité résidentielle est faible. Enfin, les habitants des quartiers récemment construits et avec une forte présence de jeunes sont en meilleure santé que ceux qui vivent dans des quartiers anciens habités par des ménages plus âgés. Le critère administratif ZUS est un bon zonage pour observer l'évolution de la santé dans les zones les plus défavorisées. Cependant, il ne permet pas d'appréhender l'ensemble des facteurs de contexte géographique jouant sur l'état de santé de la population. Ces résultats confirment l'importance de mettre en œuvre des politiques territorialisées dans l'objectif de lutter contre les inégalités d'État de santé.

Bourgueil, Y., et al. (2009). « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [147]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

Les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux, se développent un peu partout en France. Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels. Une évaluation exploratoire de neuf maisons de santé pluridisciplinaires menée dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels notamment entre généralistes et infirmières, une gamme étendue de l'offre de soins. La qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires.

Coldefy, M., et al. (2009). « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisation. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [145]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Afin de rendre compte de ces disparités, une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée, qui propose une classification selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie, qui permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés, offre une analyse plus fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein.

Coldefy, M. Et Lucas-Gabrielli, V. (2008). Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. Document de travail Irdes : 10. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT10TerritoireSanteApprRegion.pdf>

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2011 ont pour leur part été profondément rénovés. Ils sont dorénavant l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. De simple contenant il devient un élément structurant de l'offre. Ce changement sémantique correspond à une évolution importante de la place et la conception de l'espace dans la planification sanitaire. Nous montrons que la définition de ce nouvel instrument a été traitée de manière assez différenciée selon les régions. Un tiers des régions ont préféré stabiliser le découpage du SROS2 en maintenant le découpage précédent, en regroupant des secteurs ou encore en les modifiant à la marge mais la grande majorité a cherché à inventer les territoires de santé en développant une nouvelle méthodologie. Le résultat final aboutit à une légère augmentation du nombre de secteurs, avec sept territoires supplémentaires, et notamment des petits territoires de moins de 200 000 habitants. À la lecture des différents SROS, nous constatons que les régions se sont relativement bien emparées de certains concepts de ces nouveaux schémas tels que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre niveaux de soins, l'utilisation sans réserve des différentes natures de territoire (organisation, projet et concertation). Par contre, certaines activités comme la psychiatrie, le secteur médico-social ou la médecine de ville sont encore insuffisamment intégrés dans la réflexion territoriale globale (résumé d'auteur)

Allonier, C., Debrand T., et al. (2007). « Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [117]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf>

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT11HealthStatusNeighbourhoodPubChoice.pdf>

La création des Zones urbaines sensibles (ZUS) répond à un phénomène de ségrégation spatiale, correspondant au regroupement, dans une zone déterminée, de personnes défavorisées. Cette ségrégation peut affecter l'état de santé du fait de la concentration de la pauvreté et d'une

moindre qualité de l'habitat et de l'environnement. L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé des habitants des ZUS, à partir des données de l'enquête décennale Santé 2002-2003.

Bourgueil, Y., et al. (2006). « Améliorer la répartition géographique des professionnels de santé : les enseignements de la littérature. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [116]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes116.pdf>

Cette recherche s'inscrit dans le cadre d'une étude réalisée pour le compte de l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) et a bénéficié d'un financement de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elle a donné lieu à la publication d'une synthèse dans le rapport annuel 2005 de l'ONDPS et à un rapport IRDES en juin 2006. Ce « Questions d'économie de la santé » présente la première partie des résultats relatifs aux principaux enseignements de la revue de la littérature internationale consacrée aux politiques visant à combattre les inégalités de répartition géographique des professionnels de santé. Une prochaine édition présentera les résultats d'une enquête recensant en France les mesures nationales, régionales et locales qui visent à améliorer la répartition géographique des professionnels de santé. Ces résultats seront analysés en regard des conclusions de la revue de la littérature.

Bourgueil, Y., et al. (2006). Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature internationale et des mesures adoptées en France. Rapport Irdes. Paris : Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>

Les objectifs de cette étude sont de recenser les mesures publiques visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé en France : d'analyser leurs caractéristiques (nature, évaluation, efficacité ?) et de les mettre en perspective, notamment au regard de la littérature internationale. Ce rapport en présente les principaux enseignements au travers des trois parties suivantes : une revue de la littérature internationale consacrée à l'évaluation des politiques visant une meilleure répartition géographique des professionnels de santé : un recensement et une analyse des mesures nationales visant à améliorer la régulation de la répartition géographique des professionnels de santé mises en œuvre en France : l'identification et l'analyse des mesures régionales et locales au moyen d'une enquête par questionnaire menée en 2005 auprès des comités régionaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé et d'entretiens ciblés dans trois régions.

Com-Ruelle, L., et al. (2006). Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France : aspects géographiques, cliniques et thérapeutiques. Rapport Irdes. Paris : Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1651.pdf>

En France, le cancer colorectal est au 1^{er} rang des tumeurs malignes en termes d'incidence pour l'ensemble de la population, hommes et femmes confondus, et au second rang en termes de mortalité. En Ile-de-France, pour le seul cancer du côlon, le nombre de nouveaux cas annuels est de l'ordre de 4 000. Selon notre étude basée sur les données d'une enquête menée par l'URCAMIF, les dépenses médicales d'un patient nouvellement admis en Affection de longue durée (ALD) pour un cancer du côlon s'élèvent à 28 000 ? en 2002. Les 9/10es de ce montant

sont imputables au cancer lui-même. L'hospitalisation est la composante majeure du coût médical. Elle intervient surtout en début de période pour la réalisation d'actes de chirurgie et de séances de chimiothérapie. L'état de santé du patient (stade de gravité, comorbidité) est un déterminant essentiel de la dépense. A stade de gravité égal, la variabilité géographique des dépenses médicales s'explique principalement par l'offre de soins hospitaliers disponible à proximité. Une prise en charge plus conforme aux recommandations des experts n'augmenterait en rien les coûts et, conjuguée à une plus grande précocité du diagnostic, elle les diminuerait de 15 à 25 %.

2.2 ETUDES DE LA CNAM

Abadie, C., et al. (2010). « La prise en charge du cancer du sein en Aquitaine : évolution 1999-2004. » Pratiques et Organisation des Soins (1) : 11-22
<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-11.htm>

Cette étude compare les prises en charge observées en 1999 et en 2004 et établit un bilan de la situation épidémiologique du cancer du sein en Aquitaine en 2004.

Coldefy, M. Et Lucas-Gabrielli, V. (2010). « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification. » Pratiques et Organisation des Soins (1) : 73-80
<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-73.htm>

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) couvrant la période 2006-2011 sont profondément rénovés. La carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. L'objectif est de montrer comment les régions ont dessiné ce nouveau territoire : avec quels concepts (distance, temps, flux, découpages administratifs) et quelles méthodes ? Quels sont les découpages réalisés au final ?

2.3 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'accroissent 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.

(2013). Accès aux soins : quels outils pour les territoires ? Actes du colloque du 16 octobre 2012, Paris : Ministère de l'économie et des finances Paris : Ministère des affaires sociales et de la santé Paris : DREES

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/colloques/acces-aux-soins-quels-outils-pour-les-territoires>

Ces actes de colloque réunissent différentes contributions dont certaines visent à présenter les nouveaux outils disponibles développés pour mieux appréhender la thématique de l'accès géographique aux soins en ville comme à l'hôpital, et en particulier les nouveaux indicateurs statistiques de la DREES et de l'INSEE, tandis que d'autres interrogent la place des outils d'analyse dans les processus de décisions en matière d'accès aux soins.

Barlet, M., Collin, C. (2012). Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité. *Etudes et Résultats (DREES)* [817]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/offre-de-soins-de-premier-recours-proximite-ne-rime-pas-toujours-0>

La quasi-totalité de la population française habite à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, d'un infirmier et d'un masseur-kinésithérapeute. Cependant, les patients ne consultent pas toujours le professionnel de santé le plus proche pour les soins de premier recours. Ce phénomène est particulièrement marqué pour les spécialistes en accès direct : gynécologues et ophtalmologues. L'utilisation d'un nouvel indicateur d'accessibilité, dépassant les simples distances aux professionnels et tenant compte des tensions locales entre offre et demande de soins, permet de mieux appréhender les disparités territoriales d'accès aux soins. Le choix de la commune de recours, lorsque ce n'est pas la plus proche, est souvent lié à sa taille ou sa proximité avec le lieu de travail du patient.

Collin, C., et al. (2012). « Un accès géographique aux soins comparable entre les personnes âgées et les autres adultes. » *Série Statistiques - Document de Travail - Drees* (172)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/un-acces-geographique-aux-soins-comparable-entre-les-personnes-agees-et-les>

Les personnes âgées sont en moyenne en plus mauvaise santé et de mobilité plus réduite que le reste de la population. Il apparaît dès lors important de savoir si leurs conditions d'accès aux soins sont identiques à celles des autres adultes. Cette étude cherche à éclairer cette question en comparant l'accès aux soins des personnes âgées de 70 ans ou plus à l'accès aux soins des plus jeunes (19-69 ans inclus) pour les professionnels de premier recours les plus souvent consultés (médecins généralistes, infirmiers et masseurs kinésithérapeutes) et l'hôpital. Elle s'appuie sur les outils d'analyse de l'accès géographique aux soins développés récemment par la Drees et l'Insee. Ces outils, qui peuvent être mobilisés par les Agences régionales de santé (ARS), permettent d'évaluer les conditions territoriales d'accès aux soins : de calculer, par commune, territoire de santé, département, région, les temps d'accès aux différents professionnels de santé, ou encore d'en évaluer l'accessibilité par une comparaison de l'offre et de la demande « potentielle » de soins (voir annexe). Ils permettent aussi d'estimer l'impact que peut avoir une restructuration hospitalière ou encore une modification de l'implantation territoriale des professionnels de santé en termes de temps d'accès et d'accessibilité.

Solard J., Evain F. (2012.) Les disparités territoriales d'accès aux soins hospitaliers : comparaison de deux spécialités. *Etudes et Résultats (DREES)* [794]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-disparites-territoriales-dacces-aux-soins-hospitaliers-0>

Cette étude présente les temps d'accès aux soins hospitaliers à travers deux spécialités, l'ophtalmologie et la pneumologie. Elle est réalisée dans le cadre d'un investissement INSEE - DREES sur les disparités territoriales d'accès aux soins. Le temps de trajet nécessaire aux patients pour se rendre de leur domicile à un établissement de santé est plus important pour un séjour d'ophtalmologie que pour un séjour de pneumologie. Cette hiérarchie est valable pour le temps théorique - temps d'accès à l'établissement le plus proche accueillant la spécialité - et pour le temps de trajet effectif - temps réellement observé. Le temps de trajet effectif est par ailleurs supérieur au temps théorique, les patients ne se rendant pas forcément à l'établissement le plus proche.

Coldefy, M., et al. (2011). « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1^{er} janvier 2007 : rapport : annexes. » Sources Et Méthodes - Document de Travail - Drees (22)

La question de l'accès aux soins médicaux est devenue centrale dans le contexte actuel de fortes mutations du monde hospitalier et de réduction à venir des effectifs de médecins sur le territoire. Cette étude s'intéresse à l'accessibilité spatiale, au regard des distances et temps d'accès aux soins les plus proches en ville et à l'hôpital. Pour les soins hospitaliers, une méthodologie novatrice est proposée pour le repérage et la géolocalisation des principales spécialités.

Evain, F. (2011). « À quelle distance de chez soi se fait-on hospitaliser ? » Etudes Et Résultats (Drees) [754]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/quelle-distance-de-chez-soi-se-fait-hospitaliser-0>

L'étude de la fréquentation des hôpitaux de court séjour montre que près de 30 % des patients sont hospitalisés à moins de 10 minutes de chez eux et près de 50 % à moins de 20 minutes. Ces distances apparaissent plutôt faibles au regard de la rareté de l'événement que constitue une hospitalisation. Ce sont logiquement les prises en charge fréquentes et bénignes qui sont réalisées au plus proche du domicile alors que les hospitalisations pour des pathologies complexes peuvent avoir lieu assez loin du lieu de résidence. Les disparités interrégionales apparaissent quant à elles inférieures aux disparités infrarégionales. C'est donc bien au sein des régions que se joue la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Leroux, I. Et Schultz, P. (2011). « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale : à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (155)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/cartographie-regionale-de-l-offre-de-soins-en-sante-mentale>

Ce document de travail contient les principaux résultats régionaux, voire départementaux, issus des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP). Elle visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ces données sont présentées sous forme de tableaux et de cartographies régionales des lieux de soins, selon deux entrées. Une entrée par région propose, pour chaque région de France métropolitaine, et en distinguant

psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Une entrée par thème propose des indicateurs régionaux, pour la France entière, sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Deux chapitres introductifs présentent en détail l'enquête (place dans le système d'information, objectifs, organisation de la collecte), les concepts utilisés, les précautions à prendre dans l'utilisation des résultats ainsi que des éléments de cadrage nationaux sur l'offre de soins en santé mentale.

Barlet, M. Et Collin, C. (2010). « Localisation des professionnels de santé libéraux. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (149)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/comptes-nationaux-de-la-sante-2009>

La présente étude s'intéresse à la localisation des professionnels de santé libéraux de premier recours (médecins généralistes, pharmacies, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) ainsi qu'à certains des médecins spécialistes en accès direct (en pédiatrie, en ophtalmologie, en gynécologie) en France métropolitaine en 2008. À l'échelle des bassins de vie, les médecins et les pharmacies sont mieux distribués sur le territoire que la plupart des services et équipements sanitaires ou non sanitaires. Les médecins généralistes libéraux et les pharmacies sont situés là où se trouve la population. Ainsi, même s'il peut exister localement des problèmes d'accès géographique à ces professionnels, ce résultat suggère que ce phénomène est globalement limité. Les autres professionnels de premier recours sont un peu moins bien répartis que les médecins généralistes libéraux. Enfin, les médecins spécialistes présentent l'adéquation avec la population la plus faible des professions étudiées. L'étude distingue pour les médecins généralistes les médecins de moins de 40 ans. Ces derniers ne sont pas aussi bien répartis sur le territoire que leurs confrères au regard de la répartition de la population. L'étude des situations de colocalisation (présence simultanée dans une même zone géographique) montre que les autres professionnels de santé et, en particulier les médecins spécialistes, tout en étant moins bien répartis sur le territoire que leurs confrères généralistes, sont plus fréquemment présents parmi les équipements ou services à proximité des médecins généralistes libéraux que sur l'ensemble du territoire. Les médecins généralistes de moins de 40 ans sont, quant à eux, plutôt installés à proximité d'un de leurs jeunes confrères.

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 : (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.

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 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 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 notable 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'efficacité 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_Mangenev_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. (2017). 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 spécialisés).

(2016). Territoires et politiques de l'autonomie (extrait du rapport 2015 de la CNSA). Paris CNSA
https://www.cnsa.fr/documentation/chapitre_prospectif_soumis_au_vote_du_conseil_de_la_cnsa.pdf

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)

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/territoires-incubateurs-de-sante-1.html>

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.

<https://www.iau-idf.fr/nos-travaux/publications/territoires-incubateurs-de-sante.html>

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.

Lucas-Gabrielli, V. Et Coldefy, M. (2013). « Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (82) : 32-34.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad823234.pdf>

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), a inscrit le « territoire » au cœur de son dispositif. La territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus dont le point de départ est souvent fixé à la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant des indices « de besoin » (en fait, des ratios d'équipements) par secteur et région sanitaires.

Barlet, M., et al. (2012). « L'accessibilité aux médecins généralistes libéraux : plus faible en milieu rural. » Pour (214) : 31-40.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud124.pdf>

Mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de médecins généraliste libéraux est une tâche délicate car elle nécessite de définir correctement à la fois la demande de soins, l'offre considérée et la maille territoriale pertinente pour cette mesure. Un nouvel outil a donc été mis en œuvre afin de répondre aux principales critiques faites aux indicateurs usuels d'accessibilité aux soins, tout en restant relativement aisé à calculer dans la mesure où il mobilise des données facilement disponibles. Cet outil, l'indicateur d'accessibilité potentielle

localisée (APL), est un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune, mais qui considère également l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. Il intègre également une meilleure définition de l'offre et de la demande de soins en prenant en compte l'activité des professionnels et la structure par âge de la population pouvant recourir à ces soins. Cet indicateur est notamment particulièrement adapté pour confronter l'accessibilité aux médecins généralistes libéraux des habitants des communes rurales à celles des habitants des communes urbaines. Cet indicateur a été développé conjointement par la Drees et l'Irdes.

Barlet, M., et al. (2012). « Santé en milieu rural : réalités et controverses. Dossier. » Pour (214) : 85-171. <https://www.cairn.info/revue-pour-2012-2.htm>

Ce document propose d'abord un état des lieux, où il n'est pas seulement question de l'accessibilité des médecins généralistes, mais aussi des difficultés rencontrées par les pharmacies rurales ou des mesures prises pour équilibrer l'offre de soins infirmiers sur le territoire. Il est ensuite question des mesures prises ou à prendre pour améliorer l'offre de soins mais surtout en améliorant l'accès pour les habitants des zones rurales.

Debrand, T., et al. (2012). « Critical urban areas, deprived areas and neighbourhood effects on health in France. » Health Policy 105 (1) : 92-101

Since the 1980s, different French governments have formulated public policies aimed at taking into account the specific problems of deprived neighbourhoods. The aim of this paper is to determine the existence of a neighbourhood effect on health and to discuss the implementation of a geographical index of deprived areas in France. Using the National Health Survey of 2002-2003 and 1999 French census data, we attempt to measure the individual and collective determinants of Self Reported Health Status (SRH). By using a principal component analysis of aggregated census data, we obtain three synthetic factors: economic and social condition, residential stability and generational, and show that these contextual factors are correlated with individual SRH. Our research shows that health inequalities cannot be tackled by using only the Critical Urban Area criterion (the fact of living in a CUA or not) because some inequalities remain ignored and thus, hidden. We suggest a methodology to build a new health deprivation index allowing to better target health inequalities.

Desplanques, G. (2012). « Vieillesse démographique et territoires : les personnes âgées à travers la France, aujourd'hui et à 2040. » Territoires 2040 (5) : 11-25.

Les personnes âgées composent une population très diverse, par l'âge et la santé, mais aussi par la situation familiale, les revenus et le patrimoine accumulé. Par leur nombre croissant, elles prendront de plus en plus de place en tant qu'acteurs dans la vie locale ou consommateurs et usagers. Comparées à leurs aînés, les personnes âgées de demain, surtout les plus jeunes d'entre elles, seront moins souvent d'origine rurale. Mais beaucoup gardent un attachement à des communes où elles ont souvent passé des vacances en famille, même sans y vivre en permanence. Les données de recensement, qui ignorent pour l'instant la double résidence, sous-estiment probablement l'occupation de ces territoires ruraux par des jeunes retraités qui y trouvent là des occasions de s'investir fortement dans un cadre plus facile à maîtriser que la grande ville.

Despres, C., et al. (2012). Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre. Paris Fonds CMU : Paris Irdes
https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de le mesurer sur des territoires géographiques donnés. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain. L'objectif de cette recherche est d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural. Ce nouveau test de discrimination a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) ont également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

Fleuret, S. Et al. (2011). Santé et géographie : nouveaux regards, Paris : Economica
<https://www.eyrolles.com/Loisirs/Livre/sante-et-geographie-9782717860986 ?PHPSESSID>

Composé de contributions inédites, ce livre apporte de nouveaux regards et de nombreux éclairages sur les positions théoriques critiques prises par les géographes de la santé (sur la mondialisation, les changements des systèmes de santé, les mobilisations des acteurs pour la santé) et sur l'état des travaux qui sortent des courants majeurs de la recherche en étudiant les phénomènes moins connus (populations minoritaires, soins alternatifs ou complémentaires par exemple).

Rican, S., et al. (2011). « Désavantages locaux et santé : construction d'indices pour l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé en France et leurs évolutions. » Environnement Risques & Santé 10 (3) : 211-215.

L'analyse des inégalités face à la santé, après avoir longtemps mis l'accent sur les situations sociales, économiques et culturelles de chaque individu, insiste aujourd'hui sur la nécessaire prise en compte des contextes sociaux, environnementaux et politiques dans lesquels évoluent ces individus. Ces analyses passent par la construction d'indicateurs permettant de repérer des situations locales en faveur ou en défaveur de l'état de santé d'un individu ou de la population dans son ensemble. Ces indicateurs synthétiques, outre leur intérêt pour la surveillance des inégalités face à la santé et l'analyse des déterminants associés à ces inégalités, peuvent également constituer des outils d'aide à la décision en matière d'allocations de ressources et de politiques ciblées de prévention ou de prise en charge de certaines populations. Largement utilisé dans les études anglo-saxonnes depuis la fin des années 1980, leur universalité et la pertinence de leurs composantes sont toutefois aujourd'hui discutées. Il n'existe pas à ce jour d'indicateur localisé faisant consensus et suffisamment standardisé pour permettre des comparaisons entre les différentes études menées dans le champ des inégalités face à la santé. L'objectif de ce projet, regroupant différentes équipes de recherche travaillant sur l'influence du contexte de résidence dans le domaine sanitaire, est de chercher à dégager un consensus concernant la définition, la construction et les conditions d'utilisation d'indicateurs localisés de

désavantage en lien avec les inégalités de santé en France. On s'interrogera également sur la capacité de tels indicateurs à rendre compte des vulnérabilités sanitaires en cours ou à venir, et sur leur potentiel d'utilisation dans la gestion des ressources sanitaires (résumé d'auteur).

Vigneron, E. (2011). Les inégalités de santé dans les territoires français. État des lieux et voies de progrès, Issy les Moulineaux : Elsevier Masson

Les inégalités territoriales de santé (ITS) sont profondes dans la France d'aujourd'hui. Bien sûr, elles existaient déjà, mais elles s'aggravent notamment sous l'effet de la crise économique, qui frappe inégalement les territoires, et sous l'effet de la concentration de l'offre de soins dans certaines zones. Les ITS constituent une forme insidieuse et silencieuse des inégalités de santé. De nombreux habitants vivent en marge des centres et, donc, du dynamisme socio-économique et des revenus qu'il génère : zones rurales reculées, centres et banlieues déshérités... Au problème de l'accessibilité économique, se mêlent ceux de l'accessibilité géographique. Sur la base d'un constat très documenté, cet ouvrage, réalisé en partenariat avec Sanofi Aventis, offre de vraies révélations (comme ces coupes sur le taux de mortalité à Paris et en banlieue), de nombreuses études inédites mais aussi une trentaine de propositions d'actions concrètes (résumé d'auteur).

Coldefy, M. Et Lucas-Gabrielli, V. (2010). « Territoires de santé : comment les régions ont-elles organisé ce nouvel espace ? » Villes En Parallèle (44) : 131-147.

https://www.persee.fr/doc/vilpa_0242-2794_2010_num_44_1_1477

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2011 ont pour leur part été profondément rénovés. Ils sont dorénavant l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. De simple contenant il devient un élément structurant de l'offre. Ce changement sémantique correspond à une évolution importante de la place et la conception de l'espace dans la planification sanitaire.

Rican S., Salem G., Vaillant Z., Jouglu E. (2010). *Dynamiques sanitaires des villes françaises*. Paris : La documentation française : Paris : Datar

D'importants changements ont marqué la géographie des villes françaises depuis les années cinquante. Dans le même temps, l'état de santé de la population et la distribution des inégalités sanitaires se sont profondément transformés. L'objectif de cette étude est de constituer un état des lieux de ces dynamiques et de leurs interrelations sur la longue durée (1970-2000). Les territoires suivants, fortement contrastés font l'objet des études plus spécifiques : le Bassin parisien, le pourtour méditerranéen, le grand Nord-Est et le bassin rennais.

3 - Hôpital

3.1 ENQUETES DE L'IRDES

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 SANTE (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.

Lecarpentier, P., et al. (2022). "Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes." Questions d'Économie de la Santé (Irdes) 267

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/267-le-recours-a-l-electroconvulsivothérapie-en-france.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/2022/rapport-585-recours-a-l-electroconvulsivothérapie-pour-les-personnes-hospitalisées-en-psychiatrie-en-france.html>

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.

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'Économie 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.

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.

Or, Z., 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.

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>

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).

Bonastre, J., et al. (2013). « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. » Questions d'économie de la santé (Irdes) [186]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes186.pdf>

Introduite en 2004-2005, la tarification à l'activité (T2A) permet de financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés afin d'améliorer l'efficacité des établissements de santé et du secteur hospitalier. Pour autant, le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité, de la productivité hospitalière et de la qualité des soins restait partiel à ce jour. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant de répondre à différentes questions : la mise en place de la T2A a-t-elle permis d'accroître la productivité ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ?

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2013). « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [191]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2013). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [193]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. 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 et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

Or, Z., et al. (2013). Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A. Document de travail Irdes : 56. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT56SoinsHospitaliersT2A.pdf>

La tarification à l'activité (T2A), introduite en 2004-2005 pour financer l'activité de court séjour des hôpitaux publics et privés, avait pour but d'améliorer l'efficacité des établissements de santé et du secteur hospitalier. Or le suivi de l'impact de la T2A sur l'évolution de l'activité et de la productivité hospitalière reste à ce jour partiel. Cette étude fournit de nouvelles données et analyses quantitatives permettant d'apprécier les effets de la réforme de la T2A sur l'activité, la productivité et la qualité des soins hospitaliers. Au moyen d'une série d'indicateurs estimés annuellement sur la période 2002-2009, nous tentons de répondre aux questions suivantes : produit-on plus ou moins pour chaque euro dépensé pour l'hôpital depuis l'introduction de la T2A ? La structure de la production a-t-elle été modifiée ? Comment la qualité des soins a-t-elle évolué ? (Résumé d'auteur).

Coldefy, M. (2012). « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. » *Questions d'Économie de La Santé (Irdes)* [180]

<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>

La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Après avoir montré comment le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays. Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

Coldefy, M. Et Lucas-Gabrielli, V. (2012). « Le territoire, un outil d'organisation des soins et des politiques de santé ? Évolution de 2003 à 2011. » *Questions d'Économie de La Santé (Irdes)* [175]

<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes175.pdf>

En 2003, lors de l'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins de troisième génération (Sros 3), le territoire de santé devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire créée en 1970. Le territoire de santé est pensé comme un élément structurant de l'organisation des soins encadré par des objectifs quantifiés de l'offre de soins et un projet médical de territoire : il est également un espace de concertation entre acteurs de santé à travers les conférences sanitaires de territoire. Dans ce nouveau contexte, les régions sont incitées à repenser le territoire et son découpage. D'abord centré sur l'hôpital avec les Agences régionales d'hospitalisation (ARH), le territoire est ensuite élargi à des activités de

santé publique et d'accompagnement médico-social dans le cadre de la loi Hôpital, santé et territoires (HPST) de 2009, avec les Agences régionales de santé (ARS). Comment les régions ont-elles fait évoluer ce maillage ? Un panorama de la territorialisation en santé de 2003 à 2011.

Coldefy, M., et al. (2012). Étude de faisabilité sur la diversité des pratiques en psychiatrie. Les rapports de l'Irdes : 1896. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1896.pdf>

Malgré des sources riches et de mieux en mieux renseignées, la production de connaissances sur les populations suivies en psychiatrie bute encore sur la complexité d'utilisation des données. Cette étude vise à vérifier dans quelle mesure les sources de données actuelles - la Statistique annuelle des établissements (SAE), mais également les plus récentes, le Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) et les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) - permettent l'analyse de la diversité des pratiques en psychiatrie. Cette étude de faisabilité porte ainsi sur deux pathologies traceuses, la dépression et la schizophrénie, pathologies majeures dans la prise en charge psychiatrique. Elle mobilise les données du Rim-P 2010. Après un rapide panorama de l'état des connaissances en matière de variabilité des pratiques, nous présentons le Rim-P, ses concepts et définitions, et étudions son exhaustivité et la qualité du chaînage des séjours et actes pour un même patient. Nous faisons ensuite le point sur l'identification possible des patients pris en charge pour troubles dépressifs et schizophréniques à travers l'analyse de leurs épisodes et parcours de soins, ainsi que sur les limites et biais du Rim-P pour observer les disparités des prises en charge. Enfin, nous suggérons des pistes d'analyse des disparités des pratiques en psychiatrie en proposant des indicateurs mobilisables, des échelles d'analyse pertinentes ainsi que des facteurs potentiellement explicatifs de ces disparités.

Despres, C., et al. (2012). Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre. Paris Fonds CMU : Paris Irdes

https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Refus_soins_en_milieu_rural.pdf

Plusieurs tests de discrimination (testing) ont été réalisés par le fonds CMU depuis une dizaine d'années. Ils ont permis de confirmer l'existence de refus de soins de professionnels de santé à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que de le mesurer sur des territoires géographiques donnés. Cependant, les professionnels testés étaient tous installés en milieu urbain. L'objectif de cette recherche est d'analyser les obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et de manière plus large les personnes dans des situations de précarité en milieu rural. Ce nouveau test de discrimination a été réalisé dans deux départements ruraux, la Nièvre et l'Orne. Il permet d'enrichir l'analyse des attitudes des praticiens à l'égard des bénéficiaires de la CMU-C dans un environnement marqué par une faible démographie médicale. Une vingtaine d'entretiens auprès de personnes vivant en milieu rural, dans des situations de vie précaires (dont des bénéficiaires de la CMU-C) ont également été réalisés pour compléter l'analyse quantitative.

Nestrigue, C. Et Or, Z. (2012). Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France. Document de travail Irdes : 44. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes171.pdf>

Les événements indésirables associés aux soins (EIS) représentent non seulement un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients, mais également un problème économique puisque leurs conséquences financières peuvent être importantes. Cependant, jusqu'ici en France, il n'y avait aucune étude de coût à l'échelle nationale regardant l'impact économique des événements indésirables associés aux soins. Notre étude exploite les données hospitalières collectées en routine afin d'établir l'importance et les conséquences économiques de neuf EIS à l'hôpital. Nous avons suivi la méthodologie développée aux États-Unis pour construire des indicateurs de sécurité des patients (PSI) et dénombrer les EIS à l'hôpital. Les surcoûts et allongements de durées de séjour liés aux EIS sont mesurés selon deux méthodes : la méthode de stratification et l'analyse de régression.

Or, Z. Et Hakkinen, U. (2012). Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? Document de travail Irdes : 53. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT53QualiteSoinsT2A.pdf>

La Tarification à l'activité (T2A), liant le financement des établissements de santé à leur production de soins, est devenue le mode de paiement le plus répandu en Europe pour améliorer l'efficacité. En incitant les établissements à mieux évaluer et gérer cette production, la T2A peut également contribuer à améliorer la qualité des soins. Le risque demeure cependant qu'en créant une pression directe sur les établissements de santé pour réduire le coût des séjours hospitaliers sans pour autant contrôler les résultats des soins, leur qualité soit affectée. Cet article examine les effets potentiels de la T2A sur la qualité des soins à l'hôpital et développe les options possibles pour faire évoluer ce mode de paiement en intégrant la qualité (résumé d'auteur).

Or, Z. Et Renaud, T. (2009). Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A) à l'hôpital : enseignements de la théorie économique et des expériences étrangères. Document de travail Irdes : 23. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT23PrincipEnjeuxTarificActiviteHopital.pdf>

Après avoir exposé les principes économiques constitutifs de la T2A et identifié les variables structurelles modulant son impact, les auteurs présentent ses avantages et effets pervers potentiels. Le détour par les expériences étrangères aux États-Unis, en Angleterre et en Australie offre un éclairage intéressant. Malgré des architectures et applications différentes de ce mode de paiement, ces pays tout comme la France sont confrontés aux mêmes risques en termes de garanties de la qualité des soins et d'équité d'accès. Un focus est en outre fait sur un des principaux défis de la T2A : la question de la fixation des tarifs.

Or, Z. Et Renaud, T. (2009). Volume d'activité et résultats des soins en France : une analyse multinationale des données hospitalières. Rapport Irdes : 1777. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2009/rap1777.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes149.pdf>

Bien que la concentration de l'activité dans de grandes structures hospitalières soit souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, à ce jour, aucune étude ne vérifie

le lien entre volume d'activité et qualité des soins en France. Cette étude teste l'existence et l'ampleur de la corrélation entre le volume d'activité et les résultats de soins hospitaliers en France pour huit prises en charge distinctes : chirurgie lourde (résection de cancer du côlon, résection pancréatique, pontage aorte-coronarien), chirurgie plus courante (appendicectomie, prothèse totale de hanche, pose de stent) ou prise en charge médicale (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde). A partir des données du PMSI-MCO 2006, nous réalisons une modélisation multi-niveaux logistique pour évaluer l'effet du volume d'activité d'un établissement sur la probabilité de réadmission et de décès à 30 jours, en contrôlant à la fois le profil clinique des patients pris en charge et les différences organisationnelles entre établissements. Les résultats montrent qu'il y existe un lien significatif entre volume d'activité et résultats de soins pour la plupart des prises en charge, mais que l'ampleur et la forme de ce lien varient selon le niveau de technicité de la procédure. De plus, la relation est non linéaire : l'impact du volume sur les résultats de soins s'atténue au fur et à mesure que l'activité augmente. Cela suggère qu'il serait efficient de limiter le nombre d'établissements à très faible volume mais qu'il y aurait sans doute peu de bénéfice supplémentaire à concentrer l'activité au-delà d'un certain point.

Or, Z., et al. (2009). Les écarts des coûts hospitaliers sont-ils justifiables ? Réflexions sur une convergence tarifaire entre les secteurs public et privé en France. Document de travail Irdes : 25. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT25EcartscoutHospitaliers.pdf>

Dans le cadre de la tarification à l'activité, introduite en 2005 en France, un objectif de convergence tarifaire pour les établissements publics et privés est affiché. Ce travail questionne les justifications économiques de cette convergence, d'une part, en examinant la littérature sur les variations de coûts hospitaliers et, d'autre part, à partir d'une analyse empirique des données d'activité hospitalière françaises. La littérature sur l'économie de l'hôpital identifie de nombreux facteurs qui peuvent générer des différences de coûts entre établissements à niveau d'efficacité égal. La taille de l'établissement et sa gamme d'activité, la qualité des soins, la différence dans les caractéristiques des patients pris en charge et dans les facteurs de production sont reconnus comme des facteurs contribuant à expliquer les variations de coûts entre établissements. Cette analyse de la littérature montre que les tarifs doivent être ajustés au mieux pour prendre en compte ces facteurs, qui ne sont pas toujours contrôlables par les établissements publics mais qui impactent tout de même directement les coûts. Par ailleurs, l'examen de l'activité hospitalière française indique une forte partition des soins entre les secteurs public et privé, correspondant à des établissements de profils différents. Ignorer ces différences de profils dans une politique de tarification peut mettre en danger la capacité du système hospitalier à fournir les soins nécessaires ainsi qu'à en assurer l'équité d'accès.

Afrite A., Com-Ruelle L., Or, Z., Renaud, T. (2008). Soins de réhabilitation et d'accompagnement : une analyse comparative des coûts d'hospitalisation à domicile et en établissement. Rapport Irdes : 1689. Paris : Irdes

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1689.pdf>

Le besoin en lits dédiés aux soins de réhabilitation et d'accompagnement sera croissant dans les années à venir, notamment pour les personnes âgées. Ce type de soins, dispensé principalement dans des structures hospitalières spécialisées en soins de suite et de réadaptation (SSR), se

développe également en hospitalisation à domicile (HAD). Dans le contexte politique actuel, favorable à la création de nouvelles places en HAD, cette étude compare les coûts de ces deux modes de prise en charge pour des soins comparables. L'étude estime qu'en termes de cas pris en charge, près des deux tiers des journées réalisées en établissements de SSR en 2003 pourraient être techniquement effectuées en hospitalisation à domicile, sous réserve de bonnes conditions psychosociales. Pour des soins comparables, le coût d'une journée pour les financeurs publics est, en moyenne, 50 % plus élevé en SSR. Cette différence s'atténue pour les patients âgés et/ou fortement dépendants mais le coût moyen journalier en SSR demeure supérieur quels que soient l'âge, le niveau de dépendance et le profil médical du patient. L'HAD peut donc envisager des perspectives de développement importantes pour les soins de réhabilitation et d'accompagnement.

Afrite A., Chaleix M., Com-Ruelle L. (2008). L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [140]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>

Outre le profil des patients hospitalisés à domicile en 2006, sont analysés ici les soins qui leur sont administrés et comment la prise en charge en HAD se situe dans leur trajectoire de soins. En 2006, plus de deux millions de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été réalisées en France métropolitaine. Les patients pris en charge, de tous âges, sont surtout des hommes plutôt âgés et des jeunes mères. Ils répondent à des situations cliniques très diverses et 30 % d'entre eux sont moyennement à fortement dépendants. Les soins palliatifs, de cancérologie et de périnatalité sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD. Grâce à cette prise en charge, une hospitalisation en établissement de santé a été raccourcie pour un patient sur trois et évitée pour un patient sur trois également. Près de 7 % des séjours se sont terminés par le décès du patient chez lui.

Com-Ruelle (L.), Afrite (A. (2008). L'HAD, une prise en charge hospitalière moderne. Paris : Elsevier – Masson

L'hospitalisation à domicile existe depuis plus d'un demi-siècle, mais son essor est très récent. Elle reste cependant encore trop méconnue dans son objet et son organisation et mérite d'être expliquée tant aux professionnels médicaux qu'aux malades susceptibles d'en bénéficier. Tel est l'objectif de cette publication réalisée par des chercheurs de l'Irdes en partenariat avec les laboratoires Bayer, qui dresse un panorama de l'HAD en France sous plusieurs aspects : définition, organisation des soins, financement, satisfaction des acteurs, etc.

Com-Ruelle, L., Or, Z, et al. (2008). « Volume d'activité et qualité des soins dans les hôpitaux : quelle causalité ? Enseignements de la littérature. » Questions d'Économie de La Santé (Irdes) [135]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes135.pdf>

Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens de la relation entre volume d'activité et qualité des soins fait toujours débat. La revue systématique de la littérature menée par l'IRDES montre que pour certaines procédures et interventions, en particulier pour la chirurgie complexe, la possibilité d'améliorer la qualité des soins lorsque le volume d'activité augmente est réelle. L'effet d'apprentissage au niveau individuel (chirurgien) mais aussi au niveau de l'hôpital (transfert de

connaissances, mode d'organisation) semble expliquer une grande partie de cette corrélation. Mais dans certains cas, hypothèse alternative du « renvoi sélectif », selon laquelle les patients sont orientés vers les hôpitaux ayant de meilleurs résultats, ne peut être réfutée. Ce lien de causalité entre volume et qualité doit par ailleurs être nuancé : les résultats sont sensibles à la nature des procédures et interventions analysées ainsi qu'aux seuils d'activité retenus. Plus l'intervention est spécifique et complexe, plus la corrélation volume-qualité est affirmée. Pour la plupart des interventions, il n'existe pas de seuil d'activité unanimement accepté. De plus, certaines études montrent que la relation volume-qualité devient marginale au-delà d'un seuil qui peut être relativement bas.

Com-Ruelle, L., et al. (2008). Volume d'activité et qualité des soins dans les établissements de santé : enseignements de la littérature. Rapport Irdes : 1734. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1734.pdf>

Si la concentration de l'offre de soins hospitaliers dans de grandes unités est souvent présentée comme un moyen d'améliorer la qualité des soins, le sens et l'ampleur de la relation entre volume d'activité et qualité des soins font toujours l'objet de débats. Ce rapport dresse un examen complet et systématique de la littérature portant sur la relation entre le volume d'activité dans les établissements de santé et les résultats des soins. Au total, 175 articles ont été évalués selon un protocole standard. Par ailleurs, ce rapport étudie également les concepts d'économie industrielle pour en comprendre les mécanismes sous-jacents du lien entre volume d'activité et résultats.

Or, Z. Et Com-Ruelle, L. (2008). La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? Document de travail Irdes : 19. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT19QualitedesSoinsEnFrance.pdf>

Définir et évaluer la qualité des soins est une démarche fondamentale si l'on veut améliorer le système de santé. Malgré sa réputation « de meilleur système de santé dans le monde », selon l'OMS, la France est en retard sur l'étude de la qualité des soins. Il n'existe pas à l'heure actuelle de système d'information permanent sur la qualité et la sécurité des soins et les données demeurent partielles, contradictoires et difficilement accessibles. Afin d'obtenir une image globale des problèmes de qualité de soins et développer des stratégies pour l'améliorer, il est important de recueillir des données de manière systématique et sur une base nationale cohérente. Cet article fournit une vue d'ensemble des données disponibles sur la qualité de soins en France en suivant le cadre d'analyse et les recommandations internationales pour mesurer la qualité. En comparant la situation de la France à celles d'autres pays développés, elle vise également à identifier les lacunes et les points forts du système actuel pour améliorer la gestion de la qualité des soins.

3.2 ENQUETES DREES

3.31 Enquêtes d'ensemble

Toulemonde, F., et al. (2022). Les établissements de santé : édition 2022, Paris : Drees

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-etablissements>

Pour les années antérieures, consultez le site de la Drees :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/>
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2019>

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'examen 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'examen 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 accroît 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-frequence-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-privés-sont-davantage-frequentés-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

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 Resultats (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

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.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2013). « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. » Etudes Et Résultats (Drees) [860]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er860.pdf>

La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées. Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011. Les personnes atteintes de dépression recourent le plus souvent au médecin généraliste (21 %), devant les psychiatres (13 %) et les psychologues libéraux (7 %). Même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre, la dépression constitue également le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. La mise en place en 2007 du Recueil d'informations

médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé pour cette étude permet d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Leroux, I. Et Schultz, P. (2011). « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale : à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008. » *Série Statistiques - Document de Travail - Drees* (155) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-secteurs-de-psychiatrie-generale-en-2003>

Ce document de travail contient les principaux résultats régionaux, voire départementaux, issus des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP). Elle visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ces données sont présentées sous forme de tableaux et de cartographies régionales des lieux de soins, selon deux entrées. Une entrée par région propose, pour chaque région de France métropolitaine, et en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Une entrée par thème propose des indicateurs régionaux, pour la France entière, sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Deux chapitres introductifs présentent en détail l'enquête (place dans le système d'information, objectifs, organisation de la collecte), les concepts utilisés, les précautions à prendre dans l'utilisation des résultats ainsi que des éléments de cadrage nationaux sur l'offre de soins en santé mentale.

3.34 Activité hospitalière

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 Resultats (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 psychiatrie (+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. Lorsqu'elles ne sont pas justifiées par l'état de santé des patients, les variations de pratiques de chirurgie ambulatoire sur le territoire permettent d'identifier les organisations de l'offre de soins les plus propices à cette pratique et les potentiels de progression. Depuis 2008, les disparités départementales de chirurgie ambulatoire se sont réduites. Tous les départements ont vu leur taux d'ambulatoire progresser sur cette période, et les écarts observés par rapport à la moyenne nationale se sont réduits de 40 %. Toutefois des disparités subsistent, quoique de manière très différente d'un type d'intervention chirurgicale à l'autre. Le potentiel de développement de la chirurgie ambulatoire paraît faible pour deux catégories d'interventions : celles dont le taux

d'ambulatoire est déjà très élevé (14 groupes d'interventions chirurgicales dont la cataracte et les chirurgies de la main ou du poignet) et celles pour lesquelles la pratique ambulatoire est peu adaptée, du fait de la complexité des cas et du petit nombre de séjours concernés (16 groupes d'interventions dont les chirurgies du rachis ou celles de la thyroïde). Entre ces deux cas polaires, il existe un ensemble de 30 groupes d'interventions, concernant 28,5 % des séjours de chirurgie, dont les taux d'ambulatoire sont très inégaux selon les départements et pour lesquelles le potentiel d'ambulatoire pourrait être développé, par exemple les chirurgies transurétales ou celles de la cheville ou du pied. L'analyse des facteurs associés à la décision de recourir à ce type de prise en charge met en évidence l'importance des caractéristiques individuelles des patients (âge et comorbidités) : ainsi, la chirurgie ambulatoire est moins fréquente pour les patients plus âgés ou poly-pathologiques. Le degré de complexité des interventions influence aussi ce mode de prise en charge. La proximité du lieu d'hospitalisation est aussi un facteur en faveur d'une plus grande prise en charge en ambulatoire. Des caractéristiques liées directement aux établissements, comme la taille de l'établissement, jouent aussi un rôle : les petites structures prennent en charge davantage en ambulatoire toutes choses égales par ailleurs. En revanche, nos estimations peinent à mettre en évidence un effet systématique de l'offre de soins de ville sur la chirurgie ambulatoire, sauf pour quelques interventions spécifiques alors que le développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être limité par une offre de ville insuffisante.

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.

Evain, F. (2013). « Hospitalisation de court séjour : évolution des parts de marché entre 2003 et 2011. » Etudes Et Résultats (Drees) [854]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/hospitalisation-de-court-sejour-evolution-des-parts-de-marche-0>

Sur la période 2003-2011 étudiée ici, l'activité globale a logiquement augmenté, en lien avec l'accroissement et le vieillissement de la population. Ainsi, la déformation de la structure de la

population est responsable de 80 % de la hausse du nombre de séjours entre 2003 et 2011. Si l'effet démographique apparaît donc prépondérant sur l'évolution de l'activité globale, il est minoritaire pour certains segments d'activité. Par ailleurs, la part de marché des hôpitaux publics en nombre de séjours - valorisés ou non par les tarifs - s'est développée sur la période au détriment des cliniques privées.

Kranklader, E. (2012). « Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [25]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/evolution-de-loffre-et-des-prises-en-charge>

Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6 % malgré une diminution de 0,5 % des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes. La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux. Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.

Arnault, S., et al. (2010). « L'activité des établissements de santé en 2008 en hospitalisation complète et partielle. » Etudes Et Résultats (Drees) [716]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lactivite-des-etablissements-de-sante-en-2008-en-hospitalisation-0>

Avec 25 millions de séjours en 2008, l'activité en hospitalisation complète ou partielle est en hausse de 1,0 % par rapport à 2007. En revanche, les capacités exprimées en nombre de lits et places au 1^{er} janvier 2009 sont en légère diminution (-1,0 % par rapport au 1^{er} janvier 2008). L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), mesurée en nombre d'entrées et de venues, est en très légère hausse (+0,5 % environ). À champ constant, l'hospitalisation partielle est toutefois plus dynamique que l'hospitalisation complète (+1,9 % par rapport à 2007), en lien avec la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire. En psychiatrie générale, la baisse de l'activité en hospitalisation complète observée ces dernières années se confirme en 2008 (-1,6 %). En revanche, en hospitalisation partielle, l'activité semble se stabiliser (+0,3 %) après plusieurs années de hausse. Pour l'activité en soins de suite et de réadaptation (SSR), plus de trois millions d'entrées sont enregistrées en 2008, tous modes d'hospitalisation confondus, soit une augmentation de 6,7 % par rapport à 2007. La diminution de l'activité en soins de longue durée (SLD) qui s'accélère (-8,5 %) résulte d'un transfert de l'activité sanitaire vers le médicosocial.

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 enregistraient 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).

Exertier, A., et al. (2012). « Estimation du coût de prise en charge de neuf événements indésirables associés aux soins. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [24]

Studer, N. (2012). « Quelles évolutions récentes de la productivité hospitalière dans le secteur public ? » Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees (114)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt114.pdf>

Après plusieurs décennies de forte croissance des dépenses de santé, l'efficacité de cette dépense fait l'objet d'une attention accrue. La description fine de l'activité de court séjour fournie par le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) permet d'analyser l'évolution de la performance économique des établissements de santé. Ce travail se propose

ainsi de définir un indice de productivité globale construit à partir de l'estimation d'une fonction de production pour le secteur hospitalier public. Notre étude permet de conclure à une hausse de la productivité hospitalière en court séjour dans ce secteur entre 2003 et 2007 ainsi qu'à une réduction des écarts de productivité entre entités juridiques.

Evain, F. (2011). « Évolution des parts de marché dans le court-séjour entre 2005 et 2009. » Etudes Et Résultats (Drees) [785]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/evolution-des-parts-de-marche-dans-le-court-sejour-entre-2005-et-2009>

La généralisation de la tarification à l'activité en 2005 a conduit les établissements de santé à repenser leur mode de fonctionnement. Les ressources qui leur sont octroyées sont désormais fondées à la fois sur la nature et le volume de leurs activités. L'enveloppe globale destinée au financement de ces établissements étant régulée *via* un objectif national de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique, une certaine forme de concurrence est ainsi mise en place. Sur la période 2005-2009, l'activité de court-séjour produite par les établissements de santé a globalement augmenté, en nombre de séjours comme en montant remboursé aux établissements par l'assurance maladie, mais les évolutions sont contrastées selon les secteurs.

Nestrigue, C. Et Or, Z. (2011). « Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital : premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. » Etudes Et Résultats (Drees) [784]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/surcout-des-evenements-indesirables-associes-aux-soins-lhopital-0>

Cette étude fournit de premières estimations nationales du coût de prise en charge d'une partie des événements indésirables associés aux soins qui surviennent à l'hôpital, en exploitant les données hospitalières collectées en routine. Neuf indicateurs de sécurité des patients, permettant d'identifier les événements indésirables nécessitant une attention particulière et sur lesquels il est possible d'intervenir en amont, ont été retenus. Les résultats montrent que 0,5 % des séjours hospitaliers sont associés à l'un ou l'autre de ces neuf événements indésirables. Il existe toutefois de fortes disparités de surcoûts, ceux-ci pouvant varier d'un peu plus de 500 euros pour les traumatismes obstétricaux à environ 20 000 euros pour les septicémies. Ces surcoûts sont étroitement corrélés avec la durée des séjours et l'intensité des soins. En 2007, le coût total de prise en charge de ces neuf événements indésirables est estimé à 700 millions d'euros, concentré à 90 % sur quatre événements indésirables (désordres physiologiques et métaboliques postopératoires, septicémies postopératoires, escarres et embolies pulmonaires postopératoires). Les événements indésirables examinés dans cette étude sont associés à une augmentation significative du coût et de la durée de séjour à l'hôpital. Cette question nécessite donc d'être explorée dans la perspective d'améliorer la qualité des soins tout en renforçant le rapport coût-efficacité des établissements.

Yilmaz, E. (2011). « Le redressement des comptes des hôpitaux publics observé en 2008 se poursuit en 2009. » Etudes Et Résultats (Drees) [684]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/le-redressement-des-comptes-des-hopitaux-publics-observe-en-2008-0>

La situation économique et financière des hôpitaux publics s'améliore en 2008. Le déficit global des hôpitaux publics se réduit, passant de 486 millions d'euros en 2007 à 345 millions d'euros en 2008 grâce à une progression des produits (+5,4 %) plus forte que celle des charges (+5,1 %). Le déficit représente 0,6 % des produits perçus par les établissements publics de santé. D'après les premières estimations, le déficit continuerait de diminuer en 2009 pour s'établir à 200 millions d'euros, soit 0,3 % des produits. En 2008, l'effort d'investissement continue d'être soutenu sous l'impulsion du plan Hôpital 2012. L'objectif de ce plan est de poursuivre la modernisation du secteur hospitalier. La part des dépenses d'investissement au sein des produits est passée de 10,1 % à 10,9 % entre 2007 et 2008. Toutefois, bien que la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé progresse en 2008, l'endettement continue de croître à un rythme régulier. Le niveau d'endettement atteint 43 % en 2008.

(2009). « Second rapport d'activité du Comité d'évaluation de la T2A. » Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees (94)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/second-rapport-dactivite-du-comite-devaluation-de-la>

Le présent rapport apporte les premiers éléments d'évaluation de la mise en œuvre de la tarification à l'activité correspondant aux principaux axes identifiés. Pour la plupart ils doivent être complétés par des approfondissements qui seront conduits en 2009 en s'appuyant fortement sur la mobilisation des données issues des sources administratives (données comptables, données de recensement, données relatives à l'activité) dans le prolongement des travaux initiés en 2008.

3.4 DONNEES DE L'ATIH

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". ATIH, L.

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>

(2014). Analyse de l'activité hospitalière 2013. Deux tomes : l'essentiel. Données chiffrées. Lyon ATIH

<https://www.atih.sante.fr/analyse-de-l-activite-hospitaliere-2013>

Le recueil de l'information des établissements de santé, cœur de métier de l'ATIH, donne lieu à différentes formes de restitution comme cette analyse de l'activité hospitalière. Réalisée chaque

année, elle vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des financements des établissements et de leur activité comparée à celle des années précédentes.

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

(2014). Rapport sur les coûts de prise en charge à l'hôpital en 2012 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Lyon : ATIH

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2563/rapport_couts_de_prise_en_charge_2012.pdf

L'objectif de ce document est de fournir un panorama des coûts de prise en charge dans les établissements de santé français en 2012 et leur évolution depuis 2010. Les coûts de l'hospitalisation sont décrits pour les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) dans les établissements de santé publics et privés. Ce rapport vise à éclairer les acteurs de santé en offrant une vision globale des coûts des activités MCO et de leur évolution. Plusieurs activités phares sont analysées, notamment la périnatalité, le cancer et la chirurgie ambulatoire. Cette analyse est réalisée à partir des données de l'échelle nationale de coûts (ENC) 2012, dont les référentiels de coûts sont déjà publiés depuis le 23 mai 2014.

(2013). L'activité d'hospitalisation à domicile en 2011. Lyon : ATIH

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1432/Rapport_d_activite_HAD_2011_ATIH.pdf

Ce rapport a comme objectif de décrire et de synthétiser l'activité des établissements de santé d'hospitalisation à domicile (HAD) en 2011 à partir des données du PMSI. Afin d'évaluer les évolutions de l'HAD, l'activité des cinq dernières années est détaillée à la fois au niveau global et sous différents angles : les adultes, les moins de 18 ans, les personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et le recueil des actes CCAM. En 2011, l'activité HAD a poursuivi sa progression avec : +2,9 % de patients : +7,6 % de journées de prise en charge : +3,8 % d'établissements.

(2012). Vieillesse de la population et évolution de l'activité hospitalière 2007-2010 : focus sur la prise en charge des plus de 80 ans et plus. Lyon : ATIH

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1475/etude_vieillesse.pdf

La plupart des pays développés sont confrontés au phénomène de vieillissement démographique, conséquence d'un faible indice de fécondité et/ou d'un allongement de l'espérance de vie. Dans les pays utilisant un système de répartition, le vieillissement a un impact important sur les régimes des retraites ou d'assurance maladie. Ainsi, compte tenu de l'augmentation du recours aux soins en fonction de l'âge, le vieillissement démographique devrait avoir un impact sur l'activité hospitalière, sa structure, et sur le coût du système hospitalier. Pour mesurer l'effet du vieillissement de la population sur l'activité hospitalière, trois segments d'analyse ont été développés : - comparer l'évolution démographique à celle de l'activité hospitalière, en se focalisant notamment sur les personnes âgées de plus de 80 ans : - identifier les caractéristiques des séjours des personnes âgées par rapport à l'ensemble des séjours : - analyser plus spécifiquement la dynamique des séjours des personnes âgées. Il

convient de noter que dans cette étude une personne âgée sera définie comme un individu âgé de 80 ans ou plus. Ces segments d'analyse sont traités dans une première partie au niveau national. En seconde partie, une analyse régionalisée permettra de saisir les disparités régionales en termes de vieillissement, structure et dynamiques des séjours des personnes âgées de 80 ans et plus.

3.5 AUTRES ETUDES (SOURCES DIVERSES)

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. 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). 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.

(2018). Prise en charge de la psychiatrie en établissements de santé. 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). 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.

Biecheler, P. (2018). Panorama de l'hospitalisation en France : bilan et perspectives 2017-2021. Paris Cabinet Berger
www.rolandberger.com/fr/Publications/Panorama-de-l-hospitalisation-en-France.html

Cette étude constate que l'activité hospitalière devrait progresser de 0,6 % par an au cours des prochaines années, alors que le volume de séjours a augmenté de 1,3 % par an en moyenne de 2014 à 2017. Plusieurs raisons expliquent cette stabilisation. D'abord un « effet de saturation » : pour certaines pathologies, comme l'hépatite C ou la chirurgie de la cataracte et du canal carpien, le gros des malades a déjà été traité et le pic des dépenses est passé. Par ailleurs, les hospitalisations sans nuitée se développent et les patients cancéreux peuvent prendre leur chimiothérapie par voie orale, à la maison. Puis les nouvelles thérapies ou méthodes opératoires permettent de limiter les réhospitalisations. Enfin, la baisse de la natalité réduit les séjours dans les maternités, surtout dans le secteur privé. Roland Berger plaide cependant pour une hausse annuelle de 1 % des prix remboursés aux établissements publics et privés pendant trois ans, alors qu'ils n'ont cessé de diminuer depuis 2014

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.

(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.

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.

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, Techniques 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). 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 1^{er} 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.

(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 Pourville).

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
<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article539>

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.

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_hmdefmodifsdddev150316.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. 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/rapportauparlementart41fss14.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

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-039R_-_Rapport.pdf

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 5^e 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 (4^e de couverture).

Aubertin, A., et al. (2013). L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales. Paris La Documentation française

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000107.pdf>

Ce rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales 2012 est consacré à l'hôpital. Dans une première partie, le parti a été pris de focaliser l'analyse sur une dizaine de questions d'actualité : Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? Quelle place pour l'utilisateur de l'hôpital ? Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? Puis, dans une seconde partie, l'IGAS revient sur une sélection de 25 rapports réalisés de 2009 à 2012. Enfin, chiffres et définitions fournissent quelques clés d'accès au lecteur.

Cash, R. Et Aoustin, M. (2013). Tarification à l'activité dans les établissements de santé de court séjour : mécanismes, stratégie et perspectives, Paris : Infodium Editions

Le modèle de financement par la tarification à l'activité mis en place ces dernières années a eu un impact retentissant sur la gestion des établissements de santé. Acteur de premier de plan de cette réforme, l'auteur en explique les fondements et en décrit les éléments de façon détaillée puis aborde les questions concrètes et stratégiques rencontrées par les responsables hospitaliers. Une approche transversale qui permet également d'aborder les débats relatifs à ce mode de financement et ses perspectives.

Aubertin, A., et al. (2013). L'Hôpital. Rapport 2012 de l'Inspection Générale des Affaires sociales. Paris La Documentation française

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/134000107.pdf>

Ce rapport annuel de l'Inspection générale des affaires sociales 2012 est consacré à l'hôpital. Dans une première partie, le parti a été pris de focaliser l'analyse sur une dizaine de questions d'actualité : Quel rôle et quelle place pour l'hôpital dans le système de santé en France ? Les réformes du financement et de la gouvernance ont-elles eu des effets bénéfiques sur les hôpitaux ? L'exigence économique à l'égard des établissements de santé est-elle trop forte ? Comment connaître et promouvoir la qualité des soins ? Comment améliorer la sécurité et la maîtrise des risques dans les établissements de santé ? Quelle place pour l'utilisateur de l'hôpital ?

Sait-on mettre à profit tout le potentiel des ressources humaines hospitalières publiques ? Puis, dans une seconde partie, l'IGAS revient sur une sélection de 25 rapports réalisés de 2009 à 2012. Enfin, chiffres et définitions fournissent quelques clés d'accès au lecteur.

Cash, R. Et Aoustin, M. (2013). Tarification à l'activité dans les établissements de santé de court séjour : mécanismes, stratégie et perspectives, Paris : Infodium Editions
<https://www.infodium.fr/editions/7-tarification-a-l-activite.html>

Le modèle de financement par la tarification à l'activité mis en place ces dernières années a eu un impact retentissant sur la gestion des établissements de santé. Acteur de premier de plan de cette réforme, l'auteur en explique les fondements et en décrit les éléments de façon détaillée puis aborde les questions concrètes et stratégiques rencontrées par les responsables hospitaliers. Une approche transversale qui permet également d'aborder les débats relatifs à ce mode de financement et ses perspectives.

Clarge, F. Et Gless, P. (2012). La performance globale dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

L'ouvrage démontre que la performance globale intégrée dans le management des établissements sanitaires et médico-sociaux est essentielle pour une gouvernance collective et responsable, facteur d'efficacité pour tous. Il donne tous les outils pour mettre en œuvre de manière pratique la performance globale dans son établissement. La première partie définit le concept de performance globale mais également les enjeux pour un établissement dans sa mise en œuvre, comme un véritable outil de management. La seconde partie analyse l'existant dans le secteur de la santé et montre que, si la performance globale est encore peu présente dans le secteur de la santé, elle est centrale dans tous les textes et les évolutions actuelles visant la performance. La troisième partie de cet ouvrage propose un outil d'autodiagnostic et définit de manière très concrète les actions à mettre en place dans un établissement pour atteindre un management responsable et performant (4^e de couverture).

Fellinger, F. C. Et Boiron, F. C. (2012). Mission hôpital public. Paris : Ministère chargé de la santé
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Mission_Hopital_Public_RapportDefinitif_Remis_au_Ministre_18avril2012.pdf

A l'occasion des nombreux débats professionnels engagés au sein des établissements de santé, en particulier entre mi-2010 et mi-2011, suite à la mise en œuvre de la Loi HPST, et devant le constat de certaines tensions, de ressentis difficiles, voire d'un sentiment de perte de sens au sein des équipes des hôpitaux publics, le besoin est apparu de conduire une évaluation des nouvelles dispositions issues des réformes récentes, par un abord professionnel et tangible. Cette démarche concrète pouvait compléter utilement les travaux confiés peu auparavant au Comité Fourcade chargé d'assurer l'évaluation parlementaire prévue par la Loi. C'est dans cet esprit que le Ministre du Travail, de l'emploi et de la Santé, M. Xavier Bertrand, a mis en place en juin 2011 une mission nationale, composée exclusivement de professionnels hospitaliers en activité dans les établissements, chargée d'organiser et de conduire une large concertation dans les territoires, avec les responsables médicaux, les directeurs, les cadres hospitaliers, afin d'évaluer avec eux la mise en œuvre des nouvelles modalités d'organisation interne et

territoriale issues des réformes récentes, en particulier de la loi du 21 juillet 2009 Hôpital, Patient, Santé et Territoire (loi HPST).

Granger, B. Et Pierru, F. (2012). L'hôpital en sursis. Idées reçues sur le système hospitalier, Paris : le Cavalier Bleu

L'hôpital public est en crise... Ce leitmotiv s'accompagne généralement de jugements définitifs tels que : « L'hôpital est mal géré », « Les hôpitaux manquent de personnel », « Le secteur privé à l'hôpital est une honte », « Les hôpitaux de proximité disparaissent », « Les urgences font de la bobologie », etc. Touchant le système de santé publique, donc notre santé, ces idées reçues ont un écho d'autant plus fort que nous disposons rarement des connaissances suffisantes pour faire la part entre la polémique politicienne et la réalité. Regard croisé d'un praticien hospitalier et d'un sociologue spécialiste des systèmes de santé, cet ouvrage nous offre une analyse précise et complète, détaillant tant les aspects historiques, économiques que les comparaisons avec les autres pays, sans oublier la dimension humaine de la vie quotidienne de l'hôpital (4^e de couv).

(2011). « Le volet hospitalier de la loi HPST : enjeux, premier bilan et perspectives. » Revue Générale de Droit Médical

Présentée comme l'une des réformes « phare » du quinquennat, la loi n° 2009-879, du 21 juillet 2009, dite loi « HPST » constitue bien plus qu'une énième réforme hospitalière, puisqu'elle touche l'ensemble du système de santé français dans une période où les finances sociales sont au plus mal. Quatorze auteurs, spécialistes reconnus, ont néanmoins souhaité commenter, analyser ou faire le premier bilan du volet hospitalier de cette réforme à une période où le législateur lui-même reprend la plume pour modifier de nombreuses dispositions de ce texte dont la mise en œuvre n'est pourtant toujours pas terminée (Résumé de l'éditeur).

Fourcade, J. P. (2011). Rapport au Parlement du Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé. Paris Ministère chargé de la santé
https://www.senat.fr/fileadmin/Fichiers/Images/evenement/loi_hpst/rapport_evaluation.pdf

Ce rapport d'étape du comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade, fait une évaluation de la mise en œuvre du volet hospitalier de la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires), deux ans après sa publication. Une partie importante du rapport est consacrée aux changements introduits par la loi dans la gouvernance hospitalière (mises en place des nouvelles instances et leur impact sur les équilibres institutionnels, transformations du management de l'hôpital). Le comité s'est ensuite penché sur l'intégration de l'hôpital dans son environnement. Plus particulièrement, il a examiné les changements introduits par la loi dans l'exercice des missions de service public et dans les structures de coopération. Le comité s'est intéressé au fonctionnement des ARS (Agences régionales de santé). La troisième partie du rapport est consacrée au décloisonnement du système de santé. À cet égard, le comité s'est intéressé au dispositif de planification du système de santé et au décloisonnement des professions de santé. La dernière partie du rapport traite du dispositif d'accompagnement des transformations de la gouvernance et du management de l'hôpital. Il s'est intéressé aux missions et au fonctionnement de l'ANAP (Agence nationale d'amélioration de la performance), ainsi qu'au dispositif de formation des équipes de direction, à la formation continue des médecins hospitaliers et à la formation des managers de la santé. En conclusion, six observations essentielles se dégagent des travaux du

comité d'évaluation. La quasi-totalité des acteurs de terrain, après des réformes qui se sont succédé à un rythme soutenu, demande que les règles soient stabilisées. L'accès à des soins de qualité suppose que soit réformé le dispositif d'affectation des ressources de l'assurance maladie aux différents éléments du système de santé. L'extrême centralisation du processus de décision de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) est un facteur de dysfonctionnement pour les ARS qui mettent en œuvre une culture déconcentrée. La gouvernance des établissements hospitaliers demande quelques corrections pour éviter d'être mal vécue par certains élus, médecins hospitaliers ou cadres de santé. L'action de l'État portée par les ARS ne doit pas exclure du paysage sanitaire et social des régions, parfois marqué par une certaine désertification médicale, les autorités préfectorales, les représentants des collectivités territoriales et les représentants des usagers. Le comité souhaite souligner la situation particulière des régions ultramarines. L'observation finale concerne la faiblesse du dispositif d'accompagnement de la réforme engagée par la loi HPST. Le rôle du CNG reste ambigu, les interventions de l'ANAP sont trop dispersées. Dans ce rapport d'étape, le comité émet 33 recommandations pour améliorer le dispositif dans les hôpitaux et au sein de leur environnement.

Guinchard, P. P. Et Vincent, G. P. (2011). L'hôpital expliqué : son organisation, son environnement, Paris : Fédération Hospitalière de France : Paris : Héral

Cet ouvrage permet de replacer l'hôpital dans son contexte et contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement et de l'organisation hospitalière. Après une introduction présentant les grandes étapes historiques de l'hôpital et les chiffres clés de l'hôpital public, la première partie fait le point sur les établissements publics de santé. Le statut, les structures, les missions, le financement de ces établissements sont tour à tour décrits et des points particuliers sont examinés tels que les droits des patients, la gestion du risque, la responsabilité juridique, la qualité, ou bien encore, les particularités des assistances publiques. Puis, la deuxième partie de l'ouvrage s'intéresse aux spécificités du secteur psychiatrique : l'organisation sectorielle, les différents modes d'hospitalisation (hospitalisation libre, hospitalisation sans consentement), les équipements, l'usager en santé mentale. Enfin, la troisième partie traite du secteur social et médico-social et aborde notamment le statut juridique des services et établissements d'hébergement pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la stratégie de l'établissement, les droits des résidents, le fonctionnement financier des établissements autonomes du secteur social et médico-social, la démarche qualité, et enfin, la planification avec le régime des autorisations et les schémas gérontologiques

Mas, B., et al. (2011). L'hôpital en réanimation. Le sacrifice organisé d'un service public organisé, Bellecombe-en-Bauges : Editions du Croquant

Cet ouvrage consacré à l'hôpital est organisé en deux parties. La première vise à restituer le contexte macro-économique et, surtout, macro-politique de la confrontation toujours plus grande du monde hospitalier à la rationalité néo-libérale et aux préconisations du 'New public management'. Elle démonte les engrenages idéologiques, budgétaires, instrumentaux de la réforme. La seconde partie cherche à identifier les conséquences de cette grande transformation hospitalière sur les pratiques des soignants et, partant, sur la qualité des soins reçus (ou non) par les usagers de cette institution républicaine centrale. Ce faisant, cet ouvrage tente de tenir ensemble les dynamiques macrosociales et leurs manifestations

microsociologiques, les analyses de chercheurs en sciences sociales et en économie et les leçons qu'il est possible d'en tirer pour dessiner une réforme alternative de l'hôpital (tiré de l'intro.)

Clement, J. M. (2010). Histoire des réformes hospitalières sous la Ve République, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

Pourquoi tant de réformes hospitalières sous la Ve République ? Alors que 4 réformes jalonnent la vie juridique des hôpitaux et hospices de 1789 à 1958, 9 réformes majeures vont bouleverser l'organisation et le fonctionnement des hôpitaux depuis 1958. La Ve République, dans sa volonté réformatrice que l'on retrouve dans beaucoup d'autres aspects de la vie politique, économique, sociale et culturelle, va s'efforcer d'adapter le service public hospitalier aux réalités du progrès des techniques médicales. C'est une course incessante entre le progrès scientifique et technique et l'inflation des dépenses de santé. Longtemps financées par l'expansion économique (les Trente Glorieuses), les recettes de la Sécurité sociale stagnent à compter des années 1980 et remettent en cause le fonctionnement du service public hospitalier. La concentration des équipements hospitaliers sera la réponse des pouvoirs publics en guise de maîtrise des dépenses. Cela ne suffira pas et à l'aube du XXI^e siècle s'impose alors la T2A qui va ébranler le service public hospitalier justifiant, en conséquence, la fin de l'union organique entre le statut public de l'hôpital et ses missions de service public. Le service public hospitalier n'est plus réservé aux seuls établissements publics de santé, il lui est substitué des missions de service public qui peuvent être déléguées à tous les établissements de santé, publics ou privés. Cette Histoire des réformes hospitalières, chronologique et détaillée, illustre, sur le plan sanitaire, histoire économique et sociale de la V^e République face aux coûts des services publics, dont l'usage est élargi à des activités concurrentielles au secteur privé. Ceux qui veulent connaître les enjeux hospitaliers actuels seront éclairés par cette histoire institutionnelle de l'hôpital de 1958 à nos jours ?

Dalmasso, R. (2010). L'hospitalisation à domicile, Bordeaux : Les Etudes hospitalières

L'hospitalisation à domicile connaît actuellement un développement accéléré. Demande des patients, réponse aux difficultés économiques du système de santé, adaptation aux nouvelles pathologies, évolution des technologies. Ce mode de prise en charge apparaît comme une excellente alternative, présentant les mêmes conditions de qualité et de sécurité qu'une hospitalisation traditionnelle. Mis en œuvre par des professionnels de différents milieux, il répond à des conditions techniques de fonctionnement strictes dont la coordination doit être exemplaire : c'est la principale mission de l'HAD. Cet ouvrage est issu d'une expérience de terrain ayant permis le développement d'une structure d'HAD. Il est destiné au grand public, pour lui faire mieux connaître ce mode de prise en charge, et aux professionnels de santé souhaitant mettre en œuvre ou développer une structure de ce type.

Mallot, J. (2010). Rapport d'information sur le fonctionnement de l'hôpital. Paris Assemblée Nationale <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rap-info/i2556.asp>

Ce rapport d'information fait la synthèse des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) sur « le fonctionnement de l'hôpital ». La mission qui a concentré son analyse sur les établissements hospitaliers publics a étudié les voies et moyens de nature à améliorer l'organisation et le fonctionnement interne des établissements

afin d'améliorer la qualité du service médical rendu aux usagers et leur efficacité médico-économique. Le document comporte 46 propositions visant à réorganiser et à améliorer le fonctionnement des hôpitaux, et donc leur performance. Les pistes tracées portent sur le pilotage de l'efficacité médico-économique (fixer des objectifs aux ARS en la matière), l'appui technique aux réorganisations hospitalières et la prise en compte de l'efficacité (clarification des missions des multiples structures chargées de l'audit et de l'accompagnement des hôpitaux), la mise en place des pôles (instauration d'audits d'efficacité médico-économique obligatoires), les outils de pilotage et de gestion dans les établissements (généralisation de la comptabilité analytique performante dans les deux ans, accélération des dispositifs d'aides à la performance), les évolutions de l'activité hospitalière (lever les freins au développement de la chirurgie et de la médecine ambulatoires, poursuivre le développement de l'HAD), la régulation par la qualité (mise en place et diffusion de référentiels, veiller davantage à la pertinence des interventions et des soins), l'efficacité des achats et la sécurité juridique des marchés publics (rendre obligatoire le recours aux groupements d'achats hospitaliers), les rapports avec les usagers (améliorer l'information des usagers), le financement des établissements (généralisation du codage à la source, au lit du malade, des séjours et des actes par les professionnels de santé et généralisation des paiements des patients dès leur entrée à l'hôpital pour la consultation, les actes et examens programmés), la gestion du personnel. Tous ces progrès dans la gestion des hôpitaux français paraissent plus que jamais urgents, alors que ceux-ci vont être amenés à davantage se serrer la ceinture. Déjà cette année, les tarifs de rémunération des actes hospitaliers ont été gelés. Et l'objectif d'un retour à l'équilibre des hôpitaux en 2012 est confirmé.

Clement, J. M. (2009). La nouvelle loi Hôpital patients santé et territoires : analyse critique et perspectives, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières

4 -Professions de santé

4.1 DONNEES DE LA DREES

(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 Resultats (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.

Bergeat, M., et al. (2022). "Un médecin généraliste sur six assure lui-même son secrétariat en 2022." *Etudes Et Resultats (Drees)*(1245)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ER1245MAJ.pdf>

Cinq médecins généralistes libéraux sur six déclarent disposer d'un secrétariat médical, selon le Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale réalisé entre janvier et avril 2022. Le recours à un secrétariat – présence physique, plateforme téléphonique ou outil de prise de rendez-vous en ligne – dépend de l'organisation du cabinet : les médecins en groupe sont plus nombreux à en disposer. L'usage des outils de prise de rendez-vous en ligne est de plus en plus fréquent : plus d'un généraliste sur trois en utilise en 2022, contre moins d'un sur quatre en 2019. Le recours à ces solutions logicielles est plus courant parmi les médecins plus jeunes. Dans la plupart des cas, elles sont associées à un secrétariat physique ou téléphonique. Parmi les médecins assurant eux-mêmes leur secrétariat en 2019, près d'un sur trois dispose d'une autre solution en 2022. Ils privilégient alors plus souvent un outil de prise de rendez-vous en ligne.

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 Resultats (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.

Parent, C. (2022). "A l'hôpital, la surcharge de travail a touché l'ensemble des familles professionnelles." Etudes Et Résultats (Drees)(1235)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1235_2.pdf

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 1^{er} 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 1^{er} 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. Ainsi, chez le médecin généraliste, la moitié des prises de contact aboutissent à un rendez-vous dans la journée en cas d'apparition ou d'aggravation de symptômes, contre 6 jours pour un contrôle périodique. Les temps d'attente sont plus longs dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnels de santé est faible, notamment dans les petits et moyens pôles et dans les communes hors influence des pôles. Les délais sont jugés corrects ou rapides pour huit demandes de rendez-vous sur dix, sauf dans les spécialités médicales pour lesquelles ils sont les plus longs. La quasi-totalité des prises de contact se concrétisent par l'obtention d'un rendez-vous. Toutefois, les personnes qui ne réussissent pas à en obtenir un, cherchent en majorité à contacter un autre professionnel. Elles se reportent assez peu vers les urgences hospitalières.

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 1^{er} 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 1^{er} 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. 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 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). 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.

➤ Pour les données antérieures, consultez :

2014 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/?annee=2014#articles>

2013 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/?annee=2013#articles>

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.

➤ Pour les données antérieures, consultez :

2012 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er811.pdf>

2011 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er786-2.pdf>

2010 : <https://www.drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-revenus-liberaux-des-medecins-en-2007-et-2008>

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. 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.

(2013). État des lieux de la démographie des chirurgiens-dentistes. Paris ONDPS

<https://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_des_lieux_de_la_demographie_des_chirurgiens_dentistes_decembre_2013.pdf)

Ce rapport dresse un état des lieux de la profession des chirurgiens-dentistes afin d'appréhender au préalable : les principales caractéristiques de sa démographie et de son activité actuelle : les éventuelles disparités régionales (description, recherche de facteurs explicatifs) : les éléments d'information susceptibles d'éclairer des évolutions prévisibles, tant en termes de besoins que d'offre de soins...

Bellamy, V. (2013). « Les revenus des chirurgiens-dentistes en 2008. » Etudes Et Résultats (Drees) [849]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er849.pdf>

En 2008, les chirurgiens-dentistes libéraux en activité en Métropole ont déclaré en moyenne à l'administration fiscale 93 820 euros de revenus liés à leurs activités professionnelles. Ce sont les prothèses dentaires qui contribuent le plus aux honoraires moyens perçus par l'ensemble des chirurgiens-dentistes. Les soins conservateurs sont leur deuxième source d'honoraires, puis les actes d'orthodontie et enfin les actes de chirurgie. Les hommes gagnent plus que les femmes. Leur rémunération augmente avec l'âge jusqu'à atteindre un pic à 40-49 ans, puis diminue. Enfin, les chirurgiens-dentistes spécialisés en orthopédie dento-faciale, peu nombreux (5 %), ont des revenus deux fois plus élevés que ceux des omnipraticiens.

Kranklader, E., et al. (2013). « Établissements de santé : le personnel soignant de plus en plus âgé. » Etudes Et Résultats (Drees) [846]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/etablissements-de-sante-le-personnel-soignant-de-plus-en-plus-age>

Le personnel non médical des établissements de santé en France est relativement âgé, en particulier le personnel non soignant, parmi lequel les 50 ans et plus sont davantage représentés. Les structures d'âge des sages-femmes et professions non médicales soignantes sont plutôt diversifiées avec un personnel d'encadrement âgé, des sages-femmes et infirmiers jeunes et des aides-soignants vieillissants. Les professionnels soignants âgés de moins de 30 ans travaillent davantage dans les centres hospitaliers universitaires et régionaux et dans les cliniques privées. Ils exercent également plus fréquemment dans les régions du nord de la France, au contraire des professionnels plus expérimentés, âgés de 50 ans et plus, plus présents dans le sud de la France. Dans la moitié des régions françaises, les professionnels soignants âgés de 50 à 60 ans représentent plus du quart des salariés âgés de 20 à 60 ans. Cette situation va entraîner, dans les années à venir, de nombreux départs en retraite.

Sicart, D. (2013). « Les médecins au 1^{er} janvier 2013. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (179)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-medecins-au-1er-janvier-2013>

Ce document de travail donne les résultats de l'exploitation statistique du Répertoire partagé des Professionnels de Santé (RPPS) pour les médecins au 1^{er} janvier 2013. Il présente une série de tableaux numériques d'effectifs de médecins et, pour la première fois cette année, des

tableaux relatifs aux activités exercées. Ces tableaux sont complétés par une cartographie régionale et départementale des densités pour l'ensemble des médecins, mais aussi pour certaines catégories particulières : les médecins généralistes, les médecins spécialistes, les médecins libéraux et mixtes, et les médecins généralistes libéraux et mixtes.

➤ Pour les données antérieures, consultez :

2012 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-medecins-au-1er-janvier-2012>

2011 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-medecins-au-1er-janvier-2011>

2010 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/documents-de-travail/serie-statistiques/article/les-medecins-au-1er-janvier-2010>

Sicart, D. (2014). « Les professions de santé au 1^{er} 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.

➤ Pour les données antérieures, consultez :

2013 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2013>

2012 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2012>

2011 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-professions-de-sante-au-1er-janvier-2011>

Cavillon, M. (2012). « La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. » Etudes Et Résultats (Drees) [791]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et-projections>

Début 2011, 18 800 sages-femmes exercent leur activité en France. La moitié d'entre elles sont âgées de moins de 40 ans. Au cours des vingt dernières années, leur nombre a augmenté de manière régulière et à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. Début 2011, on compte 126 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans. Les sages-femmes exercent majoritairement à l'hôpital. Néanmoins, le secteur libéral est en expansion, avec une hausse de 7 % par an entre 2000 et 2010. Les nouvelles diplômées s'insèrent rapidement sur le marché du travail. Mais leur entrée dans la profession se fait de plus en plus

par un contrat à durée déterminée. En 2011, la durée moyenne d'activité professionnelle est estimée à trente ans. En maintenant constants les comportements des sages-femmes et en l'absence de nouvelle décision des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre de sages-femmes en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030, mais à un rythme moins soutenu. En 2030, une sur trois exercerait en libéral. Du fait d'une diminution annoncée du nombre de gynécologues obstétriciens entre 2011 et 2020 et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes, leur activité pourrait évoluer malgré une baisse du nombre de naissances par sage-femme et par an. Un autre scénario a été simulé afin de mesurer l'effet de la réforme des retraites adoptée fin 2010. Cette réforme pourrait augmenter de 2,8 % le nombre de sages-femmes en activité en 2030 par rapport au scénario tendanciel.

Barlet, M. Et Cavillon, M. (2011). « La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections aux niveaux national et régional. » *Etudes Et Résultats (Drees)* [760]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-demographie-des-infirmiers-lhorizon-2030-un-exercice-de>

L'évolution du nombre d'infirmiers en activité dépend des choix professionnels des infirmiers et des décisions des pouvoirs publics. Les projections ici présentées permettent de simuler, sous certaines hypothèses, les effets probables de mesures de régulation et de changements de comportements sur l'évolution des effectifs d'infirmiers. En maintenant constants les comportements des infirmiers et les décisions des pouvoirs publics (scénario tendanciel), le nombre d'infirmiers en activité devrait continuer à augmenter jusqu'en 2030 mais à un rythme de moins en moins soutenu. La répartition des infirmiers par mode d'exercice serait assez peu modifiée, l'hôpital public restant le mode d'exercice le plus fréquent : environ 50 % des infirmiers continueraient d'y exercer. Enfin, les écarts entre les densités régionales d'infirmiers libéraux devraient se réduire fortement. Trois autres scénarios ont été modélisés afin de simuler l'impact de différentes mesures sur les effectifs à l'horizon 2030. La réforme des retraites comme la réforme statutaire des infirmiers salariés de l'hôpital public conduirait à augmenter de 4 % les effectifs d'infirmiers en 2030. Cette hausse toucherait tous les secteurs d'activité s'agissant de la réforme des retraites, mais les seuls salariés de l'hôpital public pour la réforme statutaire.

Bloy, G. (2011). « Jeunes diplômés de médecine générale : devenir médecin généraliste... Ou pas ? Les enseignements du suivi d'une cohorte d'une cinquantaine d'anciens internes (2003-2010). » *Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees* (104)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/jeunes-diplomes-de-medecine-generale-devenir-medecin>

Il n'y a pas d'équivalence automatique entre le nombre de généralistes diplômés et ceux qui pratiquent effectivement la médecine générale (MG) quelques années plus tard. Le phénomène n'est d'ailleurs pas neuf, mais a fait l'objet d'une prise de conscience récente. Une recherche conduite entre 2002 et 2004 sur la transmission de la MG lors du stage chez le praticien, par entretiens approfondis auprès des généralistes seniors comme des stagiaires accueillis dans les cabinets révélait déjà un devenir des internes de MG extrêmement ouvert et incertain. D'où l'idée de suivre la cinquantaine des jeunes médecins pour observer la manière dont se déroulait leur insertion professionnelle et leur parcours, en MG ou ailleurs, au-delà de l'obtention de leur titre de médecin généraliste. Ce suivi de cohorte analyse les itinéraires et le devenir

professionnel de 51 jeunes diplômés de médecine générale, rencontrés à 2 ou 3 reprises en cinq ans, dans une approche qui articule les apports de divers champs de la sociologie (du travail et de l'emploi, de la jeunesse et des générations, des rapports de genre, des carrières et parcours de vie).

Collet, M. (2011). « Un panorama de l'offre en matière de prise en charge des IVG : caractéristiques, évolutions et apport de la médecine de ville. » Revue Française des Affaires Sociales (1) : 87-115.

Pour assurer un accès rapide aux patientes désireuses d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse et un réel choix quant au lieu et à la méthode d'intervention, il est nécessaire de disposer d'une offre de soins suffisante, variée et bien répartie sur le territoire. Le mouvement de retrait du secteur privé et la persistance de difficultés, certes localisées, quant aux délais de prise en charge ont abouti à la mise en œuvre de politiques visant à consolider et diversifier les modes d'accès à l'IVG. Dans ce contexte, cet article se propose de dresser un panorama de l'offre de soins en orthogénie sur le territoire français.

Dormont, B. Et Samson, A.-L. (2011). « Est-il profitable d'être médecin généraliste ? Carrières comparées des médecins généralistes et des cadres supérieurs. » Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees (105)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/est-il-profitable-detre-medecin-generaliste>

Cette étude compare les revenus des médecins généralistes à ceux des cadres supérieurs diplômés des grandes écoles ou équivalent, en tenant compte de la durée des études et de la carrière. Elle permet d'apporter des éléments factuels nouveaux sur la position relative des médecins dans l'échelle des rémunérations, que la seule observation des niveaux de revenus perçus une année donnée ne peut éclairer. Il résulte de cette comparaison que les généralistes libéraux ont des revenus cumulés sur l'ensemble de leur carrière de même niveau que ceux des cadres supérieurs du privé. En effet, le manque à gagner des médecins en début de carrière, lié à des études plus longues, est compensé par leur supplément de revenus au cours de leur carrière. Toutefois, la situation relative des médecins s'est améliorée par rapport à celle des cadres, les revenus des cohortes récentes de médecins ayant davantage progressé que ceux de leurs aînés au même âge, du fait notamment du resserrement du numerus clausus qui les a concernés.

Grignon, M./coor (2011). « Le métier de médecin. » Revue Française des Affaires Sociales (2-3) : 339.

Ce numéro de la RFAS traite du métier de médecin et de la profession médicale. Il rassemble des contributions de chercheurs en sciences sociales et en services de santé. Ces chercheurs font le point des connaissances et des récentes recherches sur les conditions d'exercice de la médecine en France et dans les pays riches, puis analysent leurs conséquences sur les systèmes de soins et les politiques de santé.

Nahon, S. (2011). « Les étudiants en formation sociale ou de santé pour l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie. » Etudes Et Résultats (Drees) [781]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-etudiants-en-formation-sociale-ou-de-sante-pour-0>

En 2009, 5 775 étudiants se sont inscrits à une formation d'auxiliaire de vie sociale (AVS), 7 332 à une formation d'aide médico-psychologique (AMP) et 24 292 à une formation d'aide-soignant (AS), principalement en Île-de-France, en Rhône-Alpes et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. En 10 ans, l'offre de formation à ces métiers et le nombre de diplômés ont fortement augmenté. Les étudiants aides-soignants sont les plus diplômés, quatre sur dix ont au moins le Bac à leur entrée en formation. Ces formations sont particulièrement féminisées. Les étudiants y sont aussi plus âgés que ceux des autres formations sociales et de santé : leur moyenne d'âge, d'au moins 30 ans, atteint 36 ans pour les futurs AVS. Plus de la moitié des étudiants en formation d'AS étaient en emploi l'année précédant leur entrée en formation, ainsi que les deux tiers de ceux en formation d'AMP. En revanche, plus de la moitié des futurs AVS étaient au chômage ou inactifs. Les étudiants se forment pour la plupart dans leur région, sauf pour ceux originaires des DOM ou d'une région avec une offre de formation réduite.

Barlet, M. Et Cavillon, M. (2010). « La profession infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles. » Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees (101)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-profession-dinfirmiere-situation-demographique-et-0>

Avec près de 500 000 infirmiers en activité au 1^{er} janvier 2009 en France, la profession infirmière est la première profession de santé en termes d'effectifs devant les médecins (209 000), les pharmaciens (73 000) et les masseurs-kinésithérapeutes (66 000). Dans les années à venir, deux phénomènes d'envergure vont renforcer le besoin en infirmiers. D'une part le vieillissement de la population et d'autre part la baisse prévisible du nombre de médecins de 10 % dans les dix prochaines années. Ainsi, même si les effectifs infirmiers sont en constante augmentation, il faudra veiller à assurer l'adéquation entre offre et besoins.

Despres, P., et al. (2010). « Santé physique et psychique des médecins généralistes. » Etudes Et Résultats (Drees) [731]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/sante-physique-et-psychique-des-medecins-generalistes>

Les médecins généralistes des cinq régions du panel (Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire) ont été interrogés à l'automne 2008 sur leur état de santé et sur les facteurs liés à leurs conditions d'exercice pouvant y être associés. Huit médecins sur dix se déclarent en bonne santé, un médecin sur trois indique pourtant souffrir de problèmes de santé chroniques. Les médecins interrogés présentent moins fréquemment une surcharge pondérale que la population générale. Ils ont également davantage pris en compte les risques liés au tabac et à l'alcool que les professions intellectuelles et d'encadrement. Plus d'un généraliste sur dix est en détresse psychologique, les femmes étant deux fois plus souvent concernées que les hommes.

Micheau, J. Et Moliere, E. (2010). « L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [15]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/emploi-du-temps-des-medecins-liberaux>

Parler de l'activité, du temps de travail et des modes d'organisation des médecins libéraux nécessite de combiner une double approche. La première, objective, tend à décrire comment le temps est découpé et séquencé, avec des formes et des intensités d'activités distinctes. Elle permet aussi de saisir les rythmes de travail des médecins libéraux, d'éclairer les modes d'organisation choisis et leurs contraintes. La seconde est plus subjective et plus analytique puisqu'elle repose sur les représentations que les médecins ont de leur temps de travail et de leurs pratiques professionnelles, puis tente d'en analyser les modalités. La manière dont les médecins libéraux parlent de leur temps nous aide à mieux comprendre leurs postures et leurs manières de vivre leurs activités professionnelles. Fondée sur des entretiens auprès d'une cinquantaine de praticiens généralistes ou spécialistes, cette analyse décrit l'extrême diversité des formes d'emploi du temps des praticiens. Une majorité d'entre eux ont de longues journées de travail et ils sont nombreux à travailler le samedi.

Attal-Toubert, K. Et Vanderschelden, M. (2009). « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [12]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss12.pdf>
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-demographie-medicale-lhorizon-2030-de-nouvelles-projections>

Anticiper longtemps à l'avance les évolutions de la démographie médicale et les mettre en regard des évolutions prévisibles de la population est nécessaire pour favoriser une gestion sans à-coups de l'adaptation des effectifs de médecins aux besoins. Les projections des effectifs de médecins à l'horizon de 2030 permettent de dessiner les évolutions futures de la population médicale. A comportements constants, le nombre de médecins actifs se réduirait jusque vers 2020 et la densité médicale serait durablement inférieure à son niveau actuel. La profession rajeunirait et se féminiserait progressivement. Les évolutions des effectifs des différentes spécialités et de médecins dans les régions seraient très contrastées. Selon les différentes variantes simulées, une unique mesure de régulation ne suffirait pas à répondre aux enjeux à venir. Une augmentation du numerus clausus par exemple, ou un report de deux ans de l'âge de départ à la retraite, permettrait certes de limiter la baisse des effectifs, voire d'accroître transitoirement le nombre de médecins actifs, mais n'aurait pas d'impact sur les déséquilibres entre spécialités ou sur les inégalités régionales.

Collet, M. Et Kermadec, C.-D. (2009). « L'activité des officines pharmaceutiques et les revenus de leurs titulaires : situation en 2006 et évolutions depuis 2001. » Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees (92)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/lactivite-des-officines-pharmaceutiques-et-les-revenus-de-leurs>

En 2006, les 22 500 pharmacies implantées en France ont généré un chiffre d'affaires de 34 milliards d'euros toutes taxes comprises. Avec une augmentation annuelle moyenne de 5,8 % du chiffre d'affaires depuis 2000, ce secteur d'activité est particulièrement dynamique. Cette forte hausse est liée à l'accroissement de la consommation de médicaments et à l'évolution de la structure des ventes. En 2006, les titulaires d'officine bénéficient d'un revenu brut annuel de 132 000 euros en moyenne (111 000 euros net), avec des écarts de revenus allant de 121 000 euros dans les sociétés à 143 000 euros pour les titulaires d'une entreprise individuelle. Entre 2001 et 2006, ce revenu brut moyen a baissé, en euros constants, de près de 0,6 % par an. Cette

diminution résulte de l'accroissement des charges d'exploitation et de la contraction des taux de marge commerciale. Elle concorde avec un léger fléchissement de la consommation de médicaments en 2005 et 2006 et, surtout, avec une nette baisse des prix.

Gouyon, M. (2009). « Consulter un spécialiste libéral à son cabinet : premiers résultats d'une enquête nationale. » *Etudes Et Résultats (Drees)* [704]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/consulter-un-specialiste-liberal-son-cabinet-premiers-resultats>

La présente étude dresse un tableau des consultations en cabinet auprès de neuf spécialités, en examinant tant la nature et le caractère urgent ou non du recours que son contenu, les prescriptions qui en découlent et sa durée. Les consultations durent en moyenne 16 minutes chez un ophtalmologiste (comme chez un médecin généraliste), 29 minutes chez un cardiologue et 32 minutes chez un psychiatre. Enfin, à l'exception des pédiatres (34 %) et des ORL (15 %), moins de 10 % des consultations auprès des spécialistes libéraux étudiés relèvent d'une urgence.

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 25/07/2022

En ligne

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/index.php>

Les informations relatives aux professionnels de santé libéraux sont présentées par région et par département, pour différents thèmes. Les « Données complètes » permettent, pour chacune des années de créer des tableaux personnalisables avec les données souhaitées.

(2022). Zoom sur les professions de santé libérales. 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. Paris : Cnam

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/professionnels-de-sante-liberaux/zoom-professions-de-sante-liberales>

(2021). Les cardiologues libéraux 2019. *Profils; 1*; Paris : CNAM

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-profils-cardiologues-liberaux-2019>

En France, près de 7 200 cardiologues sont en activité. Cette étude porte sur une partie d'entre eux, à savoir les 4 567 cardiologues exerçant une activité libérale en 2019, qu'elle soit exclusive ou complémentaire d'une activité salariée. Tout d'abord, est présentée une description des cardiologues libéraux, de leur activité et de leur patientèle. Puis, une typologie des cardiologues libéraux est proposée, fondée sur le type d'actes pratiqués, mettant en évidence des groupes homogènes ou « profils » de cardiologues.

(2011). Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système, Paris : CNAMTS

L'Assurance Maladie a mené une étude soulignant le poids croissant du secteur 2 chez les médecins spécialistes et la progression continue des dépassements d'honoraires. Face à ce constat, une réforme structurelle du système apparaît nécessaire.

(2010). Démographie des infirmiers libéraux : des résultats positifs pour l'accord conventionnel d'avril 2009, Paris : CNAMTS

La répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire constitue un thème majeur pour l'accès aux soins des patients, l'exercice des professionnels concernés et les contours de l'offre de soins pour les années à venir. Dans le cadre des négociations conventionnelles nationales, les représentants des infirmiers libéraux et l'assurance Maladie ont signé, en avril 2009, un accord innovant (Avenant n°1 à la Convention) pour améliorer l'accès aux soins et rééquilibrer l'offre de soins infirmiers entre les régions. Expérimenté sur une durée de 2 ans, le dispositif mis en place s'appuie sur une incitation à l'installation dans les zones très sous-dotées au travers d'une aide financière de l'assurance Maladie et, en parallèle, une régulation des installations dans les zones sur-dotées.

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 Santé (Irdes) [239]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/239-des-organisations-et-pratiques-cooperatives-diverses-entre-medecins-generalistes-et-infirmieres-dans-le-dispositif-asalee.pdf>

Le dispositif expérimental de coopération entre médecins généralistes et infirmières, Action de santé libérale en équipe (Asalée), a plusieurs objectifs : améliorer la qualité de prise en charge des patients souffrant de maladies chroniques et sauvegarder du temps médical grâce à l'éducation thérapeutique et une délégation d'actes des médecins généralistes vers les infirmières. Démarré en 2004, il concerne aujourd'hui environ 700 infirmières et 3 000 médecins. Cette typologie des binômes de médecins généralistes et d'infirmières participant au dispositif Asalée s'inscrit dans le cadre du programme d'évaluation DAPHNEE de l'expérimentation de coopération de ces professionnels. Elle complète les premiers travaux qualitatifs parus (Fournier et al., 2018) par une analyse quantitative exploratoire de 1 065 binômes de médecins généralistes et d'infirmières à partir d'une enquête menée mi-2015. Trois classes de binômes se distinguent par l'intensité de l'activité des professionnels impliqués, leur ancienneté dans le dispositif et leur perception de ses apports, la nature et l'intensité des échanges au sein des binômes et le contexte ou mode d'exercice des infirmières. La classe 1 (38 % des effectifs) regroupe les binômes les plus anciens dans le dispositif, considérant positivement ses apports et dont l'activité est la plus intense, soit les binômes entrés dans une phase de maturité. La classe 2 (44 % des effectifs) est caractérisée par des binômes en phase de croissance, entrés plus récemment et présentant une activité intermédiaire. La classe 3 (18 % des effectifs) est surtout constituée de binômes en construction avec moins de deux ans d'expérience dans Asalée, et ayant l'activité dans le dispositif la plus faible.

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 Santé (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).

Com-Ruelle, L., et al. (2016). « Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients : des différences importantes selon l'accessibilité territoriale aux soins. » 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.

Fournier, C., et al. (2016). Les pratiques pluriprofessionnelles dans des maisons de santé libérales : attentes, contenus, interactions et instruments mobilisés. 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.

Lucas-Gabrielli, V., et al. (2016). Analyse de sensibilité de l'Accessibilité potentielle localisée (APL). Document de travail Irdes : 70. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/070-analyse-de-sensibilite-de-l-accessibilite-potentielle-localisee-apl.pdf>

L'Accessibilité potentielle localisée (APL) est une mesure locale de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes. Calculée au niveau de chaque commune, elle considère également l'offre de soins et la demande des communes environnantes. L'APL permet de répondre aux principales critiques faites aux indicateurs usuels d'offre de soins tels que la densité et la distance. L'un des enjeux de l'indicateur est également de proposer des pistes d'amélioration concernant la quantification de l'offre de soins et des besoins de soins ainsi qu'une définition plus précise de l'interaction entre l'offre et la demande. Pour ce faire, l'APL tient compte du niveau d'activité des médecins pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Une fonction de décroissance du recours avec la distance à parcourir est également utilisée pour pondérer l'accessibilité spatiale en fonction de l'éloignement de la population à l'offre de soins. Le paramétrage de ces différents critères a un impact important sur la mesure de l'APL. La mesure de la sensibilité de l'indicateur APL a été testée en modifiant les deux grands paramètres de l'APL que sont la définition d'Equivalent temps plein (ETP) de médecin et les seuils d'accessibilité à cette offre de soins. L'utilisation d'une fonction continue rapportant l'activité du médecin à l'activité moyenne nationale entraîne une augmentation significative de l'APL – entre 21 et 24 % – par rapport à l'APL initiale. Cette augmentation profite à tous les types de communes, qu'elles soient urbaines ou rurales, situées dans un pôle ou dans sa périphérie ou bien hors de l'influence de ceux-ci. Par ailleurs, l'utilisation de fonctions théoriques de décroissance associée à une augmentation du seuil d'accessibilité de 15 à 30 minutes impacte considérablement l'APL. Ceci entraîne à la fois une réduction des disparités infra régionales par rapport à la seule modification du paramètre de l'offre de soins et une structuration des valeurs de l'APL selon le type de communes autour d'un axe centre/périphérie des pôles beaucoup plus importante (résumé d'auteur).

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://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 des 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).

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

<https://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.

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 25^e 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 efficaces. 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.

Afrite, A., et al. (2013). « L'impact du regroupement pluriprofessionnel sur l'offre de soins. Objectifs et méthode d'une évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre de l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération. » *Questions d'Économie de la Santé (Irdes)* [189]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/189-l-impact-du-regroupement-pluriprofessionnel-sur-l-offre-de-soins.pdf>

La pratique en groupe monodisciplinaire des médecins généralistes, attractive pour les jeunes, est désormais majoritaire. Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, principalement en direction des maisons, pôles et centres de santé. Dans ce cadre, les expérimentations de nouveaux modes de rémunération (ENMR) à destination de ces structures ont été mises en œuvre en 2010. Il s'agit de financer l'amélioration de l'organisation et de la coordination des soins, de proposer de nouveaux services aux patients et de développer la coopération interprofessionnelle. À partir de l'observation des sites recensés dans l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins ou participant aux ENMR, cet article présente les objectifs et la méthode générale d'une évaluation de ces formes de regroupement, dont la connaissance reste encore parcellaire. Deux questions principales sont posées : 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, de consommation et de qualité des soins ? Premier volet de cadrage méthodologique, ce Questions d'économie de la santé inaugure une série de publications de résultats.

Chevillard, G., et al. (2013). Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France. Document de travail Irdes : 57. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/057-maisons-et-poles-de-sante-places-et-impacts-dans-les-dynamiques-territoriales-d-offre-de-soins-en-france.pdf>

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics encouragent le regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, notamment en direction des maisons et pôles de santé. Ces structures ont pour vocation première de maintenir ou renforcer l'offre de soins dans les espaces fragiles. Cette étude décrit les espaces dans lesquels sont implantés les maisons et pôles de santé, et analyse l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces. Deux typologies ont été réalisées, qui distinguent les espaces à dominante urbaine et à dominante rurale, permettant une analyse spécifique de ceux-ci. Ces typologies décrivent les espaces d'implantation des maisons et pôles de santé selon les caractéristiques de la population, de l'offre de soins et de la structure spatiale de ceux-ci. Ces typologies permettent, dans un second temps, d'analyser l'évolution de la densité de médecins généralistes dans ces espaces, selon qu'ils abritent ou non des maisons et pôles de santé. Les premiers résultats montrent que ces structures sont majoritairement implantées dans des espaces à dominante rurale plus fragiles en termes d'offre de soins, ce qui suggère une logique d'implantation des maisons et pôles de santé qui répond à l'objectif de maintenir une offre là où les besoins sont importants. On observe une moindre diminution de la densité des médecins généralistes entre 2008 et 2011 dans ces espaces, comparés à ceux du même type mais sans maisons et pôles de santé. Dans les espaces à dominante urbaine, dans lesquels ces structures sont moins présentes, la logique d'implantation suggère également une logique de rééquilibrage de l'offre de soins de premiers recours en faveur des espaces périurbains moins dotés. En outre, on constate une évolution plus favorable de la densité de médecins généralistes

Chevillard, G., et al. (2013). « Répartition géographique des maisons et pôles de santé en France et impact sur la densité des médecins généralistes libéraux. Deuxième volet de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR). » *Questions d'Économie de la Santé (Irdes)* [190]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/190-repartition-geographique-des-maisons-et-poles-de-sante-en-france-et-impact-sur-la-densite-des-medecins-generalistes-liberaux.pdf>

Les maisons de santé sont-elles implantées dans des espaces où l'offre de soins est fragile et les besoins importants ? Le développement de ces structures a-t-il eu un effet sur l'évolution de la densité de médecins généralistes ? Ce deuxième volet de l'évaluation des sites regroupés pluriprofessionnels participant aux expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) traite ces deux questions concernant les maisons de santé recensées par l'Observatoire des recompositions de l'offre de soins. Il s'appuie sur deux typologies caractérisant les situations socio-économiques et sanitaires des espaces français, l'une sur des espaces à dominante rurale, l'autre sur des espaces à dominante urbaine. À partir des classes de bassins de vie et de pseudo-cantons ainsi définies, les densités de médecins généralistes y exerçant sont comparées sur deux périodes consécutives 2004-2008 et 2008-2011, selon que ces espaces abritent ou non une maison de santé.

Barlet, M., et al. (2012). L'Accessibilité potentielle localisée (APL) : une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France. Document de travail Irdes : 51. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT51AccessibilitePotentielleLocalisee.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes174.pdf>

Les soins de premiers recours jouent un rôle essentiel sur la santé de la population. En France, bien que la densité médicale soit l'une des plus élevées d'Europe, l'accessibilité aux soins est aujourd'hui un enjeu majeur des politiques de santé, du fait du rôle important accordé au médecin généraliste, de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins et des tendances démographiques à la baisse du nombre de médecins sur le court terme ainsi que des fortes attentes d'une population vieillissante aux besoins de soins élevés et à la mobilité réduite. Dans cette recherche, nous nous intéressons à la mesure de l'accessibilité spatiale au médecin généraliste. Profitant des récents développements en géographie de la santé sur les soins de premiers recours, nous proposons de construire un indicateur permettant de considérer simultanément l'offre, la demande de soins et l'accès aux soins, en nous appuyant sur la méthode du *Two-step floating catchment area* développée dans quelques pays anglophones. Nous l'adaptions ici au contexte des soins français et proposons quelques pistes d'amélioration dans trois dimensions principales : la définition et la quantification de l'offre de soins, l'intégration du besoin de soins du côté de la demande, une définition plus précise de l'interaction entre l'offre et la demande (résumé d'auteur).

Afrite, A., et al. (2011). « Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [165]

<https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

Le projet exploratoire Epidaure-CDS vise à analyser la spécificité de 21 centres de santé (CDS) polyvalents, principalement municipaux, dans l'offre de soins et à évaluer leur rôle dans la réduction des inégalités de santé, notamment dans l'accès aux soins primaires. Les premiers résultats montrent que les patients recourant à la médecine générale dans ces CDS sont socio-économiquement plus défavorisés et déclarent un état de santé plus dégradé qu'en population générale. Le niveau de précarité est évalué à l'aide du score Epices, une mesure multidimensionnelle qui va au-delà des indicateurs socio-administratifs habituellement utilisés. Ce score montre que plus de 60 % des patients en CDS sont précaires contre moins de 40 % en population générale. Cette précarité est associée à une plus faible probabilité de se déclarer en bonne santé ainsi qu'à un recours à la médecine générale plus fréquent. De plus, cette précarité se concentre sur les bénéficiaires d'une assurance complémentaire autre que la CMU-C. Si ces résultats montrent que ces CDS prennent en charge une population plus vulnérable et contribuent ainsi à faciliter son accès aux soins, il reste à évaluer la qualité des services fournis dans ces structures, et plus généralement leur adéquation aux besoins spécifiques des populations précaires.

Afrite, A., et al. (2010). Score Epices : comparaison des résultats dans les échantillons ESPS et Cetaf. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008., Paris : IRDES : 43-65

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

Le score Epices est recueilli chaque année auprès d'environ 600 000 personnes qui bénéficient d'un examen périodique de santé (EPS), tous les cinq ans, dans un Centre d'examen de santé (CES) de l'Assurance maladie (près de 6 % de la population affiliée au régime général). Ainsi, en collaboration avec le Cetaf, nous avons pu comparer pour la première fois les données relatives au score Epices dans l'enquête ESPE 2008 à celles recueillies auprès des CES par le Cetaf pour l'année 2007. Les premiers résultats de cette comparaison confirment la reproductibilité du score Epices en population générale et l'apport de ce score en termes de qualification de la précarité sociale comparativement à d'autres outils de mesure existants. Après avoir présenté les deux populations d'étude et comparé les liens entre les valeurs du score Epices et différentes dimensions (sociodémographiques, d'état de santé, de recours aux soins et de comportements à risque), nous analyserons l'apport du score Epices comparativement à celui d'autres outils de mesure comme le revenu ou l'indicateur global de vulnérabilité sociale (Cambois et Jusot, 2006) [résumé d'auteur].

Baudier, F., et al. (2010). « La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [157]
<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>

À partir des enquêtes Baromètre santé médecins généralistes de 1998, 2003 et 2009, l'Inpes et l'Irdes analysent ici, sur la base d'échantillons représentatifs au plan national, l'exercice en groupe des généralistes libéraux, ses caractéristiques et son évolution. L'exercice en groupe est aujourd'hui majoritaire. La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009. Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans qui sont près de huit sur dix à travailler en groupe. Les médecins généralistes exerçant en groupe travaillent pour les trois quarts d'entre eux dans des cabinets exclusivement composés de médecins généralistes et/ou spécialistes. Ces cabinets rassemblent en majorité deux ou trois praticiens. Le regroupement semble par ailleurs transformer le rythme de travail hebdomadaire des généralistes sans pour autant modifier leur volume d'activité sur la semaine : les généralistes exerçant en groupe déclarent en effet travailler plus souvent moins de cinq jours mais réaliser plus d'actes par jour que les médecins exerçant seuls. La pratique de groupe est également associée à un mode d'exercice qui laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique (résumé d'auteur).

Clerc, P., et al. (2010). « Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [156]
<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes156.pdf>

Dans un contexte où les maladies chroniques sont en augmentation constante, les risques associés au traitement médicamenteux de patients atteints de multiples pathologies restent mal documentés. Or, si certains effets indésirables sont inévitables car inhérents à l'usage du médicament, d'autres sont évitables car résultant d'une utilisation non conforme aux indications et recommandations. L'étude expérimentale Polychrome apporte un éclairage sur la question. Elle montre d'une part que la polyopathie occupe une place majeure dans l'activité des généralistes et s'accompagne inévitablement d'un phénomène de polyprescription : et, d'autre part, que cette polyprescription n'est pas dénuée de risque iatrogénique. Toutefois, les

effets indésirables graves sont relativement rares. Plus généralement, l'étude montre que la qualité des ordonnances peut être améliorée, les modifications les plus nombreuses concernant l'imprécision de la prescription ou un dosage inadéquat, et les autres modifications visant à réduire le nombre de médicaments prescrits. Si l'étude Polychrome reste expérimentale, elle met toutefois en évidence les difficultés pour les généralistes de la prise en charge de ces patients polypathologiques, et offre des perspectives intéressantes pour favoriser le bon usage du médicament et son utilisation en association avec d'autres moyens thérapeutiques non médicamenteux (résumé d'auteur).

Coldefy, M., et al. (2010). Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France. *Rapport Irdes* : Paris IRDES
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf>

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Cette étude décrit les disparités existantes entre les secteurs de psychiatrie générale et analyse leur impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux sur une base expérimentale en région Île-de-France. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée. Elle différencie les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques bien dotés et sous-dotés et fournit une analyse fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes.

Bourgueil, Y., et al. (2009). « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. » *Questions d'Économie de la Santé (Irdes)* [141]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes141.pdf>

Cette étude, financée par la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la Santé, s'inscrit dans le cadre des travaux de l'Irdes et notamment depuis janvier 2009, de l'équipe émergente Prospere (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours). Dans les pays développés, trois modèles types d'organisation sont recensés : le modèle normatif hiérarchisé, dans lequel le système de santé est organisé autour des soins primaires et régulé par l'État (Espagne/Catalogne, Finlande, Suède) : le modèle professionnel hiérarchisé, dans lequel le médecin généraliste est le pivot du système (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni) et le modèle professionnel non hiérarchisé, qui traduit une organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs (Allemagne, Canada). L'évolution et les réformes menées depuis les années 1990 tendent à rapprocher les systèmes de soins primaires. Cette hybridation des modèles caractérise notamment la France dont le système de santé,

appartenant initialement au modèle professionnel non hiérarchisé, emprunte désormais des caractéristiques d'organisation similaires aux deux autres modèles.

Bourgueil, Y., et al. (2009). « Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [147]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes147.pdf>

Les maisons de santé pluridisciplinaires, qui regroupent dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux, se développent un peu partout en France. Dans un contexte de crise de la démographie médicale et d'inégalité de répartition géographique de l'offre de soins, cette forme d'organisation est perçue comme un moyen de maintenir une offre de santé suffisante sur le territoire, moderne et de qualité, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels. Une évaluation exploratoire de neuf maisons de santé pluridisciplinaires menée dans les régions de Franche-Comté et de Bourgogne confirme que ces structures, comparées à la pratique moyenne en médecine générale, permettent un meilleur équilibre entre vie personnelle et cadre d'exercice des professionnels. Les maisons de santé pluridisciplinaires présentent d'autres avantages : une plus grande accessibilité horaire, une coopération effective entre les professionnels notamment entre généralistes et infirmières, une gamme étendue de l'offre de soins. La qualité du suivi des patients diabétiques de type 2 semble également meilleure dans les maisons de santé pluridisciplinaires malgré la forte hétérogénéité des résultats. À ce stade, on ne peut conclure à l'augmentation ou à la réduction des dépenses de soins de ville des patients suivis en maisons de santé pluridisciplinaires.

Le Fur P., et al. (2009). « Le temps de travail des médecins généralistes : Une synthèse des données disponibles. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [144]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>

Le temps de travail du médecin est au cœur des transformations en cours dans le système de soins ambulatoire. Il constitue à ce titre un enjeu en termes de mesure et d'évaluation. Les données disponibles rassemblées ici, multiples mais souvent parcellaires ou anciennes, permettent malgré tout d'estimer des ordres de grandeur tant en termes de temps de travail global des généralistes que de décomposition de ce temps par grande catégorie d'activité. Ainsi, les généralistes déclarent travailler en moyenne entre 52 et 60 heures par semaine, réparties de la façon suivante : 61 % de leur temps de travail hebdomadaire serait consacré aux activités de soins dans le cadre libéral, 19 % aux activités de soins hors cadre libéral et 20 % aux activités autres que celles directement dédiées aux soins. Les sources de données actuelles font néanmoins apparaître un manque d'informations représentatives et non commerciales sur l'emploi du temps des généralistes, sur les modalités de leur organisation et sur le contenu précis de leur pratique en fonction, en particulier, des caractéristiques médicales des patients.

Bourgueil, Y., et al. (2008). La coopération entre médecins généralistes et infirmières pour le suivi des patients diabétiques de type 2. Évaluation médico-économique de l'expérimentation ASALEE. Rapport Irdes : 136. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1733.pdf>
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>

Cette recherche évalue l'efficacité et les coûts d'une expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières dans la prise en charge des patients diabétiques de type 2. Les infirmières ont pour rôle principal de gérer les données informatisées (dossier patient et rappels informatiques) et de dispenser des consultations d'éducation thérapeutique. La méthode d'évaluation est rétrospective, avant/après, contrôlée. L'évaluation de l'efficacité repose sur la mesure de l'amélioration, sur une année, des taux de réalisation des examens recommandés et du contrôle de l'équilibre glycémique (HbA1c). L'évaluation des coûts repose sur la comparaison de l'évolution sur deux années consécutives des coûts directs. Cette expérimentation de coopération s'avère être efficace sans dépense significativement majorée pour l'assurance Maladie. L'apport bénéfique de l'action des infirmières est également clairement démontré tant pour l'amélioration de l'équilibre glycémique (éducation thérapeutique) que pour celui de la qualité du suivi (gestion des dossiers patients et rappels informatiques).

Beaute, J., et al. (2007). Baromètre des pratiques en médecine libérale : Résultats de l'enquête 2006 « L'organisation du travail et la pratique de groupe des médecins généralistes bretons ». Document de travail Irdes : 5. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT5BarometrePratiquesMedLib.pdf>

Face aux nouveaux enjeux épidémiologiques (maladies chroniques), à l'exigence croissante en termes de qualité et d'efficience des soins ou encore les tensions de la démographie médicale, de nombreux auteurs plébiscitent un renforcement de la médecine de première ligne et des soins primaires. Le regroupement de médecins en cabinet de groupe s'inscrit dans cette logique. Il permettrait en effet, par la mutualisation des moyens, d'améliorer la production de soins et services. Toutefois, on ne dispose que de peu de données concernant la pratique de groupe en France. Davantage d'informations sont nécessaires pour envisager l'éventuelle mise en place de politiques incitatives. L'objectif de cette étude est donc de décrire la pratique de groupe, de la comparer avec la pratique individuelle et d'identifier les éventuels leviers utilisables par les décideurs publiques à travers l'identification des motivations des médecins évoluant en groupe ou non.

Bourgueil, Y., et al. (2007). Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : état des lieux et perspectives. Rapport Irdes : 1675. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2007/rap1675.pdf>

En France, si la médecine de groupe tend à augmenter, elle reste moins développée que dans d'autres pays, notamment dans les disciplines cliniques de premiers recours comme la médecine générale, qualifiées à l'étranger de « soins primaires ». Dans l'objectif d'éclairer la situation française, la situation du regroupement des médecins généralistes a été analysée dans six pays européens et deux provinces canadiennes. Dans les pays où la médecine de groupe est majoritaire (Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède, Québec et Ontario), les processus de regroupement et les modes d'exercice des médecins sont variés. En Suède et en Finlande, le regroupement s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Les pays où la médecine de groupe est minoritaire (Allemagne, Belgique et Italie) se dirigent pour la plupart, comme c'est le cas pour la France, vers un exercice plus collectif de la médecine générale. Les politiques incitant au regroupement des médecins généralistes

s'accompagnent le plus souvent de pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins, etc. L'importance de la place accordée aux soins primaires dans chaque pays, de même que l'évolution de la demande et de l'offre de soins à partir des années quatre-vingt-dix, semblent constituer des déterminants importants du regroupement.

Bourgueil, Y., et al. (2007). « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [127]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes127.pdf>

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires, souvent appelés soins primaires à l'étranger, est peu développée comparativement à d'autres pays. En Finlande et en Suède, le regroupement s'opère dans des structures publiques locales avec des équipes multidisciplinaires, tandis qu'au Canada, aux Pays-Bas et au Royaume-Uni, il s'organise dans des structures privées gérées par des professionnels de santé indépendants dans un cadre contractuel. Parmi les facteurs explicatifs forts du regroupement, on relève d'une part une réelle volonté politique de placer les soins primaires au cœur du système, et d'autre part l'évolution de la demande et de l'offre de soins : augmentation de la demande de soins dans un contexte de baisse de la densité médicale, nécessité d'une meilleure coordination des soins, recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants ? On perçoit également des règles et des pratiques nouvelles : mécanismes d'inscription volontaire des patients auprès d'un médecin en groupe, développement de la coopération entre professions de santé, modification de la rémunération des médecins et nouveaux contrats entre groupes et autorités de santé. Certains de ces signes sont tangibles en France, précurseurs certainement d'une accélération du processus de regroupement des médecins.

Bessiere, S., et al. (2006). Les effectifs, l'activité et la répartition des professionnels de santé : tome 1 : rapport 2005. Rapport Irdes. Paris La documentation française :

Ce deuxième rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) rassemble les données qui caractérisent la situation démographique, la répartition et l'évolution de l'activité des professions de santé. La croissance globale des effectifs de professionnels de santé est plus ou moins marquée selon les métiers. Elle s'accompagne de fortes disparités de répartition entre les territoires, les spécialités et les secteurs libéral et hospitalier. Ce rapport comporte une synthèse générale et trois tomes thématiques. Le tome I intitulé : Les effectifs et la répartition des professionnels de santé, met en regard les données quantitatives disponibles sur les effectifs et les données sur le renouvellement des différents métiers et leur attractivité. La situation de l'offre de soins de premier recours fait, dans cette première partie, l'objet d'un examen particulier.

4.5 AUTRES SOURCES

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 pluridisciplinaire 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 3^e 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 3^e 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 3^e 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. 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 numerus clausus. Du côté 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 ? » Tresor-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 numerus 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 :

CNOP (2019). Démographie des pharmaciens : panorama au 1^{er} janvier 2019. Paris CNOP : 100

<https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/458867/2117170/version/1/file/la-demographie-2019-brochure-web.pdf>

Comme chaque année, l'Ordre national des pharmaciens publie son panorama démographique des pharmaciens au 1^{er} janvier 2019. Les tendances observées précédemment se confirment : le maillage territorial est harmonieux, favorisant ainsi l'accès à des soins de proximité, le renouvellement de la profession est assuré, les pharmaciens sont de plus en plus jeunes et la profession est particulièrement féminine.

➤ Pour les années antérieures, consultez :

<https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Elements-demographiques>

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., Andriantsehenoharina, L. Et Colle, S. (2019). « Recherche 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.

Bouet, D. Et Mougues, J. M. (2018). Atlas de la démographie médicale en France 2018. Situation au 1^{er} janvier 2018. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de l'Atlas 2018 publié par l'Ordre des médecins. Alors que les inégalités entre départements favorisés et défavorisés en termes de démographie médicale se creusent, l'on constate que les fragilités dans l'accès aux soins sont souvent cumulées à d'autres facteurs de fragilité territoriale. Cela contribue à la remise en question du pacte républicain, dont la santé pour tous est un pilier. L'Ordre réitère par conséquent sa conviction : notre système de santé exige une réforme en profondeur et cohérente. Cette réforme ne peut se contenter d'ajustements techniques. L'Ordre réaffirme qu'il est impératif que la réforme à venir soit portée par une vision politique forte et assumée.

➤ 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 (imbalances) 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 2013. 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 notable 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. 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 1^{er} 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.

Fromentin, V. é. (2017). « La désertification médicale : mythes et réalités. » Lettre De Galilée (La) [H.S. N° 2]

Si le phénomène de désertification médicale est souvent évoqué dans la presse régionale comme nationale, quels sont les réels chiffres de la démographie médicale ? Manque-t-on vraiment de professionnels de santé ? Comment l'État a-t-il appréhendé le phénomène ? Au-delà des statistiques, comment s'est-il largement fourvoyé dans sa politique en faveur de la médecine de proximité ? Après un historique sur la notion de « désert médical », ce cahier spécial de Galilée tente de répondre à ces questions.

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.lalettredagalilee.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. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2016, prévisions 2017 et 2018., Paris : Ministère chargé de la santé : 111-115

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000715.pdf>

Au 1^{er} 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.

(2016). Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2015. Paris CNOM

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/cnom_rapport_pdsa_2018.pdf

La 13^{ème} édition de l'enquête annuelle de l'Ordre des médecins souligne que la mobilisation des médecins généralistes volontaires a globalement permis de répondre aux besoins de la population en matière de permanence des soins (PDS) sur l'année 2015. Pour autant, au niveau de certains territoires, voire de départements entiers, le dispositif continue de se fragiliser. L'Ordre des médecins rappelle son inquiétude sur le manque d'accompagnement apporté aux médecins volontaires pour assurer cette mission de service public et plaide pour une gouvernance mieux partagée et une remise à plat profonde de l'organisation territoriale des soins.

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.

Le Breton Lerouillois, G. Et Rault, J. F. (2015). Atlas régionaux de la démographie médicale en France. Situation en 2015 Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/18abtr9/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf

Cette troisième édition des Atlas régionaux de la démographie médicale en France apporte quelques éclairages sur les évolutions actuelles. La variation du nombre de médecins généralistes libéraux par rapport à celle de la population est variable d'une région à l'autre (d'ailleurs, la logique d'une augmentation de la population n'amène pas systématiquement une augmentation du nombre de médecins). Une analyse prospective de 2013 à 2018 amène certaines interrogations, en particulier la baisse des généralistes installés par rapport aux autres spécialités. Pour ce qui est de l'origine des premières installations, les jeunes médecins vont, en priorité, dans leur région de formation et l'installation des médecins étrangers (Européen et Extra-européen) se produit plus facilement dans les départements où il n'existe pas de CHRU (centres hospitaliers régionaux universitaires). Ces atlas présentent aussi une étude plus affinée des spécialités en accès direct : gynécologues, ophtalmologues, pédiatres et psychiatres.

➤ Pour les années antérieures, consultez : <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale>

(2015). Démographie des médecins libéraux et remboursements de l'assurance maladie. 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. 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 luttés 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 ordinaires 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.

Le Breton Lerouvillois G. (2012). Les médecins à diplômes européens et extra-européens exerçant en France. Situation au 1^{er} janvier 2012. Paris Conseil National de l'Ordre des médecins

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1icbxzn/diplomes_europeens_extra_europeens_2012.pdf

Au nombre de 19 890 médecins titulaires d'un diplôme européen et extra-européen, ils représentent 7,4 % de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. Parmi les 6 053 médecins nouvellement inscrits au cours de l'année 2011, 27 % d'entre eux sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France. Ces derniers privilégient davantage l'exercice salarié que libéral. Surtout, aucun d'entre eux ne s'est installé dans une commune recensée comme étant déficitaire.

5 - Comptes, dépenses et consommation médicale

5.1 COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

(2021). "Rapport sur l'état des lieux du financement de la protection sociale". HCFIS, P.

<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/rapport-sur-letat-des-lieux-du-1.html>

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. Ce rapport dresse un état des lieux du financement de la protection sociale. Il revient dans un premier temps sur l'ampleur de la crise sanitaire et économique. Elle présente ensuite les principaux canaux par lesquels la crise

a affecté les comptes sociaux. Le vote des lois financières pour 2021 à l'automne dernier permet enfin d'apporter des éléments prospectifs pour les exercices à venir, même si de grandes incertitudes demeurent à ce stade

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 Resultats (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 oeuvre 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>

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 scénarios 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. En complément à la présentation des dépenses, des recettes et des soldes techniques sur la durée de projection, il se penche spécifiquement sur la question de la dette que pourraient induire ces soldes techniques pour les différents régimes sociaux, des frais financiers qui en découlent, et de leurs conséquences sur les conditions d'équilibre à long terme de la protection sociale. Enfin, le troisième chapitre discute six enjeux de débats soulevés par ces projections : Quelles contributions respectives des dépenses et des recettes au retour potentiel à l'équilibre ? Faut-il concevoir une gestion séparée ou globale des conditions du retour à l'équilibre des différents risques de la protection sociale ? Du côté des dépenses, quelle place relative a moyen-long terme pour les différents risques de la protection sociale, eu égard notamment à la dynamique de revalorisation des prestations ? Du côté des ressources, quelles parts respectives pour les contributions des ménages et des entreprises, et quelle adéquation à la logique propre aux différents risques ? Quelles modalités de gestion des frais financiers et de l'endettement des régimes de protection sociale ? Quelles modalités de suivi et de pilotage des comptes des régimes de protection sociale entre le court-moyen et le long terme. Le rapport est complété : d'une part, par des contributions de membres du Haut Conseil qui ont souhaité exprimer leurs propres appréciations sur les conditions du retour et du maintien à l'équilibre des régimes de protection sociale, notamment au regard des questions soulevées ci-dessus : d'autre part, par huit annexes qui fournissent une information plus détaillée sur des questions évoquées dans le corps du rapport qui nécessitent des approfondissements techniques.

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 HCFPS 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 rapprocherait (+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). Analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe. Paris HCFPS

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCFIPS/2014/RAPPORT/HCFIPS-2014-RAPPORT--ANALYSE_COMPAREE_DES_MODES_DE_FINANCEMENT_DE_LA_PROTECTION_SOCIALE_EN_EUROPE.pdf

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a adopté le 19 novembre 2014 un rapport sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe, qui a été transmis le même jour au Premier Ministre. Les travaux antérieurs du Haut Conseil ont fait émerger le souhait d'un élargissement de ses réflexions aux analyses et aux expériences conduites dans les pays partenaires de la France dans le domaine du financement de la protection sociale. 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.

(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 allègements 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 scénarios 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. En complément à la présentation des dépenses, des recettes et des soldes techniques sur la durée de projection, il se penche spécifiquement sur la question de la dette que pourraient induire ces soldes techniques pour les différents régimes sociaux, des frais financiers qui en découlent, et de leurs conséquences sur les conditions d'équilibre à long terme de la protection sociale. Enfin, le troisième chapitre discute six enjeux de débats soulevés par ces projections : Quelles contributions respectives des dépenses et des recettes au retour potentiel à l'équilibre ? Faut-il concevoir une gestion séparée ou globale des conditions du retour à l'équilibre des différents risques de la protection sociale ? Du côté des dépenses, quelle place relative a moyen-long terme pour les différents risques de la protection sociale, eu égard notamment à la dynamique de revalorisation des prestations ? Du côté des ressources, quelles parts respectives pour les contributions des ménages et des entreprises, et quelle adéquation à la logique propre aux différents risques ? Quelles modalités de gestion des frais financiers et de l'endettement des régimes de protection sociale ? Quelles modalités de suivi et de pilotage des comptes des régimes de protection sociale entre le court-moyen et le long terme. Le rapport est complété : d'une part, par des contributions de membres du Haut Conseil qui ont souhaité exprimer leurs propres appréciations sur les conditions du retour et du maintien à l'équilibre des régimes de protection sociale, notamment au regard des questions soulevées ci-dessus : d'autre part, par huit annexes qui fournissent une information plus détaillée sur des questions évoquées dans le corps du rapport qui nécessitent des approfondissements techniques.

Koubi, M., et al. (2012). « 50 ans d'évolution de la structure de financement de la protection sociale. » *Etudes Et Résultats (Drees)* [826]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/50-ans-devolution-de-la-structure-de-financement-de-la-protection>

Au cours des cinquante dernières années, la part de la richesse nationale consacrée à la protection sociale a doublé et son mode de financement s'est profondément transformé. La crise économique jette un éclairage nouveau sur la question du financement, en creusant le déficit de la protection sociale à un niveau historique, par le fort ralentissement de la croissance de ses ressources qu'elle a entraîné. Cette étude retrace la dynamique sur longue période du

financement de la protection sociale, en privilégiant une approche par les assiettes économiques sur lesquelles repose le financement (salaires, revenus des non-salariés, revenus de remplacement, revenus du patrimoine et consommation). Les mutations du financement de la protection sociale, qui ont pérennisé le financement, favorisé l'emploi des travailleurs à bas salaires, et augmenté la redistribution monétaire effectuée *via* les prélèvements, ont entraîné une lente et partielle substitution, entre 1959 et 2010, d'assiettes diversifiées aux cotisations sur les salaires.

5.2 COMPTES DE LA SECURITE SOCIALE

(2022). Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023. Paris Ministère chargé de la santé

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

(2022). 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-2022>

Ce rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale s'inscrit dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement. Dans cette édition 2018, la Cour des comptes constate que le déficit de la sécurité sociale et la dette sociale ont continué à se réduire en 2017. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été respecté pour la huitième année consécutive. Toutes les branches ont vu leur solde s'améliorer, à l'exception notable de l'Assurance Maladie, qui concentre la quasi-totalité du déficit. L'amélioration constatée en 2017 étant entièrement conjoncturelle, le retour à l'équilibre de la sécurité sociale prévu pour 2019 doit être consolidé par des mesures structurelles, notamment sur les dépenses d'assurance maladie. Pour cela, il est indispensable de mieux prévenir les accidents de santé et les maladies chroniques liées aux habitudes de vie et à l'organisation du travail, organiser les soins de manière plus efficiente en fonction de critères de qualité et de sécurité plus rigoureux et mieux appliqués et accroître l'efficacité des organismes sociaux dans l'exercice de leurs missions constituent autant de leviers à mobiliser activement pour l'atteindre. Parmi les problématiques plus particulièrement étudiées : un examen des systèmes de santé et de la prise en charge des dépenses de santé dans huit pays européens, la lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires, les soins visuels dont la prise en charge est à réorganiser, la tarification des accidents du travail et maladies professionnelles. La dernière partie est consacrée à une gestion plus efficace des organismes de protection sociale.

➤ 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 5^e 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. 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>

Le Haut Conseil juge que les prévisions du Gouvernement de croissance (+2,7 %), d'inflation (+5,3 %) et de croissance de la masse salariale (+8,6 % dans les branches marchandes) pour 2022 sont crédibles. Il considère que celle de solde public (5,0 points de PIB) est prudente, au vu du dynamisme des rentrées fiscales jusqu'en juillet. Pour 2023, il estime que la prévision de croissance du Gouvernement (+1,0 %), supérieure à celle de la majorité des prévisionnistes, est, du fait de plusieurs hypothèses fragiles, un peu élevée. Les prévisions d'inflation (+4,2 %) et de masse salariale dans les branches marchandes (+5,0 %) sont quant à elles plausibles. Il estime aussi que le solde public pour 2023, tout en étant affecté par la grande incertitude qui entoure les évolutions macroéconomiques et notamment les prix de l'énergie, pourrait être plus dégradé que prévu du fait de la sous-estimation de certaines dépenses. Le Haut Conseil relève que le déficit public prévu pour 2023 ne se réduirait pas par rapport à 2022 et que l'ajustement structurel serait limité à 0,2 point de PIB potentiel. Une fois neutralisé l'impact de la baisse des dépenses exceptionnelles engagées en réponse aux crises sanitaire et énergétique, et rapportée au prix du PIB, la dépense publique est en effet prévue en hausse en volume (+0,7 %). Cela tient notamment à l'augmentation de 24 Md€ des crédits des ministères (emploi, intérieur, justice, défense en particulier) et à une croissance des dépenses d'assurance maladie (Ondam) – hors dépenses liées à la crise sanitaire – toujours supérieure à celle d'avant la crise sanitaire. Au total, bien que s'appuyant sur des hypothèses optimistes, le Gouvernement prévoit pour 2023 une simple stabilité du déficit public effectif, une amélioration au mieux limitée du solde structurel et une quasi-stabilité du ratio de dette. Le redressement des finances publiques s'annonce ainsi lent et très incertain en 2023. La soutenabilité à moyen terme des finances publiques continue donc à appeler à la plus grande vigilance. Le Haut Conseil rappelle que le retour à des niveaux de dette garantissant à la France de disposer de marges de manœuvre suffisantes est nécessaire pour être en mesure de faire face à des chocs macroéconomiques ou financiers et aux besoins d'investissement public. Il suppose un effort collectif reposant sur la maîtrise de la dépense couplée à la recherche d'une plus grande efficacité de celle-ci.

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). Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2015, Paris : Ministère chargé de la santé
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/DSS/2015/CHIFFRES_CLES/DSS-2015-CHIFFRES_CLES.pdf

Publiée chaque année, cette publication rassemble en 44 pages les principales données chiffrées des recettes, dépenses et prestations pour chaque branche de la Sécurité sociale. Elle met en avant les équilibres financiers, les principaux indicateurs de la performance du service public de la Sécurité sociale (qualité de service, accueils téléphonique et physique, délais de traitement, coûts de gestion, dématérialisation, mise en œuvre des politiques de sécurité sociale), les programmes de qualité et d'efficience, et présente des données relatives au RSI et à la MSA. Un organigramme institutionnel au 1^{er} juillet 2016 complète le document.

➤ Pour les années antérieures, consultez : <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/chiffres-cles>

(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'efficacité, 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

Arnaud, F., et al. (2022). "Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé". Panorama de la Drees. Paris : Drees

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.

(2019). Les dépenses de santé en 2018 : résultats des Comptes de la santé. Edition 2019. Panorama de la Drees. Paris Ministère chargé de la Santé

<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 dépenses de santé en 2018 – édition 2019 mettent en évidence qu'en 2018, 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.

➤ Pour les années antérieures consultez

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). Les dépenses de santé en 2018 : Résultats des comptes de la santé. Edition 2019. 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.

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. *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.

➤ Pour les années antérieures, consultez :

2013 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2012>

2012 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2011>

2011 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2010>

2010 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-comptes-nationaux-de-la-sante-en-2009>

Le Garrec, M.-A., et al. (2013). « 60 années de dépenses de santé. Une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010. » Etudes Et Résultats (Drees) [831]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/60-annees-de-depenses-de-sante>

En soixante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,6 % en 1950 à 9,1 % du PIB en 2010. De 1950 à 1985, la CSBM a progressé plus rapidement que le PIB, en raison du développement de l'assurance maladie et d'une forte croissance des dépenses hospitalières. Cette période est, en effet, marquée par d'importants programmes de construction d'hôpitaux. Depuis 1985, on observe une alternance de périodes de croissance puis de stabilisation des dépenses de santé sous l'effet de mesures de régulation. Sur les quinze dernières années, la prise en charge par l'assurance complémentaire a

augmenté de 1,4 point et atteint 13,5 % de la dépense en 2010, tandis que celle laissée à la charge des ménages a fluctué entre 9 % et 10 % pour s'établir à 9,6 % en 2010.

Fenina, A. Et Le Garrec M-A (2010). « Analyse de l'impact des mesures d'économies dans les Comptes de la santé. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (149)

Au début des années 2000, la progression des dépenses de santé a connu un rythme nettement supérieur à celui de la croissance du PIB. En effet, la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a crû de 6 % par an en moyenne entre 2001 et 2003 tandis que le rythme de croissance du PIB était inférieur à 4 %. Parallèlement le déficit de la branche « assurance maladie » s'est fortement accru (passant de -1,6 milliard d'euros en 2000 à -11,6 milliards d'euros en 2004 pour le seul régime général). Face à cette situation, des réformes structurelles visant à ralentir le rythme de croissance de la dépense et à redresser les comptes de l'assurance maladie ont été engagées (cf. Loi du 13 août 2004). Si les différentes mesures prises depuis cette date ont infléchi la dynamique des dépenses, elles ont également modifié la répartition de leur financement. Entre 2004 et 2008, la part financée par la Sécurité sociale a ainsi légèrement diminué, passant de 77,1 % de la CSBM en 2004 à 75,5 % en 2008, les parts des organismes complémentaires et des ménages passant quant à elles respectivement de 13,2 % à 13,7 % et de 8,3 % à 9,5 %. L'année 2009, marque de ce point de vue une rupture, la structure du financement restant quasiment stable par rapport à 2008. Cet éclairage présente comment cette répartition a évolué par grands postes de dépenses en mettant en regard les principales mesures de redressement prises. Une décomposition des dépenses selon qu'elles sont remboursées, remboursables ou non remboursables est établie.

5.4 COMPTES DE LA DEPENDANCE

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 Vieillessement (ASV), entrée en vigueur le 1^{er} 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-l-horizon>

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'efficacité 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 Repere (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 consommateurs, 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>

Les dépenses relatives aux soins hospitaliers de court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ont augmenté de +4,9 % entre 2009 et 2011. Le volume hospitalier est l'un des différents facteurs contributifs à cette croissance. Sur la période, le volume des séjours

MCO a augmenté de 5,6 % : les deux tiers s'expliquent par un effet de structure (+3,7 %) et un tiers par l'augmentation du nombre de séjours (+1,8 %). La déformation de la structure de répartition des séjours, liée à une augmentation de la part des séjours les plus coûteux, s'explique principalement par l'accroissement des séjours à fort niveau de sévérité (3,2 %). L'augmentation du nombre de séjours, liée à une augmentation de la patientèle, s'explique quant à elle, en fonction des pathologies, par un effet démographique (2,4 %) lié à l'augmentation et au vieillissement de la population et/ou à un effet d'évolution des pratiques. Cette décomposition de l'évolution du volume des soins hospitaliers dans son ensemble recouvre des situations très diverses illustrées au travers de deux exemples d'hospitalisation : les interventions orthopédiques majeures et prothèses d'une part, la cardiologie autre qu'interventionnelle d'autre part.

(2013). Analyse médicalisée des dépenses de santé : éclairages sur la répartition des dépenses et les leviers d'amélioration pour le système de santé, Paris : CNAMTS

La France, par rapport aux autres pays de l'OCDE, enregistre depuis plusieurs années une progression plus maîtrisée de ses dépenses de santé. Depuis 2010, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est respecté, témoignant des efforts collectifs importants engagés pour maîtriser leur croissance et assurer la soutenabilité financière du système. Cette maîtrise de l'évolution des dépenses ne dispense toutefois pas d'analyser leur nature et leurs finalités : en effet, en 2013, les dépenses relevant de l'ONDAM représentent 175 mds €. Pour mieux appréhender l'usage fait de ces ressources importantes consacrées au système de santé, l'Assurance Maladie a développé une nouvelle approche permettant d'analyser la dépense non seulement par type de soins (médicaux, infirmiers, médicaments, hospitalisation), comme cela est fait traditionnellement, mais par pathologie et processus de soins : Quels sont les problèmes de santé pris en charge ? Combien de personnes sont traitées pour ces pathologies ? La croissance des dépenses est-elle liée au nombre de personnes traitées ou à des évolutions de coûts de traitements ? Quelle part est induite par les facteurs démographiques ? Plusieurs points-clés ressortent de cette analyse et sont détaillés dans le rapport annuel sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de l'année 2014. Ce dossier de presse en fait la synthèse.

Reduron, V. (2013). « Une stabilité des dépenses du médicament de ville en 2011. » Points de Repère (41)

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

En 2011, les dépenses de médicaments pris en charge par l'Assurance maladie délivrés en ville sont stables à 22,8 milliards d'euros, soit près d'un tiers (30 %) des dépenses de soins de ville. La stabilité de ces dépenses (+ 0,2 % par rapport à 2010) masque toutefois de fortes disparités dans la dynamique des dépenses de médicaments par classe thérapeutique. La croissance des dépenses se concentre aujourd'hui sur des médicaments de spécialité souvent prescrits par des médecins hospitaliers comme les anti-cancéreux ou les antirétroviraux. En revanche, les médicaments traitant d'épisodes aigus ou prévenant des facteurs de risque contribuent à la modération de la croissance du fait de la maîtrise des volumes, du développement des génériques et des baisses de prix. La structure des dépenses de médicaments s'en trouve

progressivement modifiée avec une part de plus en plus importante des dépenses liées aux prescriptions hospitalières par rapport à celles liées aux prescriptions des médecins de ville.

Robba, L., et al. (2010). « Les actes de biologie médicale : analyse des dépenses en 2008 et 2009. » Points de Repère (33)

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

En 2009, les dépenses des actes de biologie médicale codés ont représenté environ 4,36 milliards d'euros facturés à l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Le taux d'augmentation de ces dépenses, 2,0 % par rapport à 2008, est le plus bas observé depuis 2000, du fait de la baisse des prix de certains actes courants pour lesquels des économies d'échelle importantes avaient été obtenues par les laboratoires de biologie médicale. A l'opposé, les modifications tarifaires ont conduit à l'amélioration de la rémunération des frais fixes d'un dossier de biologie. À cet égard, en 2009, un nouveau forfait de prise en charge pré-analytique du patient a été créé, augmentant mécaniquement la part d'actes de « dispositions générales » dans le total des dépenses. Ce Points de repère est une mise à jour du n° 19.

➤ 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

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-francais.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>

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 décembre 2019. 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.

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 inégalement 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-dépense-en-part-de-complémentaire-santé-des-bénéficiaires-de-la-cmu-c.pdf>

Mise en place au 1^{er} 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 Santé (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 1^{er} 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). « Vieillesse, 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-vieillesse-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 intéressante 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 ? À 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-profil-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-vieillessement-et-fragilite-le-cas-francais.pdf>

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/216-vieillesse-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.

Dourgnon, P., et al. (2012). Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Rapport Irdes : 1886. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.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. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à

l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2010, l'enquête ESPS prenant en compte l'évolution des systèmes d'information de l'Assurance maladie a été réalisée sur un échantillon intégralement renouvelé. Plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus ont été interrogés. Après avoir décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête, un article appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS, concernant la problématique santé-travail, présente des résultats sur l'état de santé des salariés en emplois précaires en 2010.

Debrand, T. (2011). L'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé. Document de travail Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT41InfluenceConditionsTravaildepensesSante.pdf>

L'impact de certaines conditions de travail (pénibilité physique et risques psychosociaux) sur les dépenses de santé est estimé à partir des données de l'enquête Santé 2002-2003 auprès des salariés âgés de 18 à 65 ans. Trois indicateurs de dépenses de santé sont utilisés : le nombre de recours aux médecins généralistes ou spécialistes au cours des douze derniers mois, la prise d'arrêts de travail sur une période de deux mois consécutifs et le recours à l'hôpital au cours des douze derniers mois. Deux méthodes d'analyse sont retenues : l'une « naïve » et l'autre par appariement. Les résultats font apparaître un accroissement des dépenses de santé non seulement dû aux effets des pénibilités retenues sur la consommation ambulatoire, la prise d'arrêts de travail et les hospitalisations, mais également lié au cumul des risques professionnels.

Allonier, C., et al. (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. Rapport Irdes : 1800. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 explore les relations entre l'état de santé, les accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter des questions d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, deux nouvelles problématiques sont proposées : l'une sur le renoncement avec un focus sur les CMU-Cistes, l'autre sur une comparaison inédite des données de l'ESPS et du Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (Cetaf) relatives au score Epices qui mesure la précarité et les inégalités de santé. Enfin, des premiers résultats sont fournis sous la forme de tableaux.

Com-Ruelle, L., et al. (2010). « Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [152] : 8.

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes152.pdf>

En France, selon les résultats de l'appariement des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006 avec celles de l'Assurance maladie, la dépense médicale totale en soins de ville des asthmatiques est une fois et demie supérieure à celle des non-asthmatiques en raison de leur asthme, du niveau de contrôle de leurs symptômes, mais aussi d'autres maladies plus fréquentes chez eux. Six asthmatiques sur dix ont toutefois leurs symptômes insuffisamment contrôlés et seuls 12,5 % d'entre eux ont consulté un pneumologue de ville, le médecin généraliste restant pour tous les asthmatiques en première ligne de leur suivi. Les médicaments arrivent en tête des dépenses de ville liées à l'asthme mais se concentrent, selon les classes thérapeutiques, sur une part de consommateurs variables. Un tiers des asthmatiques n'a eu aucun traitement antiasthmatique. Ceci suggère que les professionnels de santé ont encore des marges de manœuvre pour améliorer la prise en charge des malades sur le plan médical ainsi qu'en termes d'éducation thérapeutique et de mesures environnementales.

Albouy, V., et al. (2009). Dynamic estimation of health expenditure : a new approach for simulating individual expenditure. Document de travail Irdes : 20. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT20DynamicEstimationOfHealthExpenditure.pdf>

This study compares estimates of outpatient expenditure computed with different models. Our aim is to predict annual health expenditures. We use a French panel dataset over a six year period (2000-2006) for 7112 individuals. Our article is based on the estimations of five different models. The first model is a simple two part model estimated in cross section. The other models (models 2 to 5) are estimated with selection models (or generalized tobit models). Model 2 is a basic sample selection model in cross section. Model 3 is similar to model 2, but takes into account the panel dimension. It includes constant unobserved heterogeneity to deal with state dependency. Model 4 is a dynamic sample selection model (with lagged adjustment), while in model 5, we take into account the possible heteroelasticity of residuals in the dynamic model.

Heijink, R. Et Renaud, T. (2009). « Etudes de coûts par pathologie : une comparaison méthodologique entre cinq pays : Allemagne, Australie, Canada, France et Pays-Bas. » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [143]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes143.pdf>

Réalisées dans différents pays à partir des comptes nationaux de la santé, les études de coûts par pathologie permettent d'estimer la répartition des dépenses de soins par grand groupe de pathologies. Dans les cinq pays retenus (Allemagne, Australie, Canada, France, Pays-Bas), les études de coûts s'appuient sur une méthodologie analogue, ce qui autorise le travail de comparaison. Cependant, les différences de structure des systèmes de soins et de règles de comptabilité nationale représentent un obstacle majeur pour la fiabilité de la comparaison. Trois grands groupes de pathologies prédominent dans les dépenses de soins (hospitaliers, médecins libéraux et médicaments) dans les cinq pays : les maladies cardiovasculaires, les maladies digestives et les troubles mentaux. Pour que ces travaux deviennent, dans le futur, de véritables outils de pilotage et permettent une lecture comparative de la performance des systèmes de santé, il conviendrait de se doter d'une nomenclature comptable commune pour les Comptes de la santé et d'élaborer des règles méthodologiques identiques et pérennes dans les études nationales de coûts par pathologie.

Allonier, C., et al. (2008). Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006. Rapport Irdes : 1701. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un suréchantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'œuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

Renaud, T., et al. (2008). Les dépenses de prévention en France : Estimation à partir des Comptes nationaux de la santé en 2002. Rapport Irdes : 1706

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1706.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes111.pdf>

Les dépenses de prévention isolées dans les Comptes Nationaux de la Santé s'élèvent, en 2002, à 2,5 milliards d'euros pour la prévention individuelle et 2,2 milliards d'euros pour la prévention collective, ce qui représente au total 2,9 % de la Dépense Courante de Santé. Cependant, ces montants sous-estiment le niveau réel des ressources consacrées à la prévention individuelle puisqu'ils recouvrent uniquement les actions de prévention dont le financement est institutionnel ou alloué sur des fonds spécifiques : en particulier, l'activité préventive intégrée à la pratique courante des professionnels de santé est occultée. Cette étude présente une méthodologie pour estimer ces dépenses de prévention complémentaires à partir des Comptes de la santé : il s'agit de repérer et de valoriser les actions de prévention au sein de l'agrégat Consommation de Soins et de Biens Médicaux. Préalablement, nous menons une réflexion sur les contours du champ de la prévention, sur ses frontières avec l'activité curative et proposons un mode de classement ad hoc des différents niveaux de prévention.

5.33 Données de la Drees

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 Resultats (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 Resultats (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 Resultats (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 Resultats (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 Resultats (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-entraîne-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 ? *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 apparaît 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. *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 ? Les Comptes nationaux de la santé 2013., 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).

Calvet, L. (2013). Dépenses de santé, hospitalisations et pathologies des personnes âgées de 75 ans et plus. Comptes nationaux de la santé 2012, Paris : Ministère chargé de la Santé : 55-70

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/comptes-nationaux-de-la-sante-2012>

Dans une première partie, l'article présente la consommation en soins de ville des personnes âgées de 75 ans ou plus (consultations de médecins, soins infirmiers, séances de kinésithérapie). Une attention particulière est portée à la consommation de médicaments⁶, poste de dépense le plus élevé et qui représente un enjeu de santé publique pour une population ayant un risque iatrogénique important. Le lien entre dépenses de santé, dépendance et lieu de résidence des personnes âgées (à domicile ou en institution) est aussi examiné. La deuxième partie porte sur les dépenses d'hospitalisation, leurs fréquences et leur coût. Dans une troisième partie, enfin, on s'intéresse aux pathologies des personnes âgées : d'abord en observant les pathologies les plus fréquentes et les situations de polyopathologies, puis en examinant les liens entre dépenses de santé et pathologies des personnes âgées

Calvet, L. Et Montaut, A. (2013). « Dépenses de soins de ville des personnes âgées dépendantes. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [42]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/depenses-de-soins-de-ville-des-personnes-agees>

La France compte 1 320 000 personnes âgées dépendantes en 2008. Elles représentent 10 % des personnes de plus de 60 ans et une sur trois vit en institution. Les personnes âgées dépendantes vivant à domicile ont des dépenses de santé jusqu'à trois fois plus élevées que celles qui sont autonomes, en raison des soins infirmiers, de kinésithérapie et de certains matériels médicaux, mais leurs dépenses en soins de spécialistes, dentaire et optique sont plus faibles. Enfin, à

niveau de dépendance comparable, les dépenses des personnes hébergées en institution sont proches de celles de leurs homologues à domicile.

Le Garrec, M. A, et al. (2013). « 60 années de dépenses de santé. Une rétopoliation des Comptes de la santé de 1950 à 2010. » *Etudes Et Résultats (Drees)* [831]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/60-annees-de-depenses-de-sante>

En soixante ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,6 % en 1950 à 9,1 % du PIB en 2010. De 1950 à 1985, la CSBM a progressé plus rapidement que le PIB, en raison du développement de l'assurance maladie et d'une forte croissance des dépenses hospitalières. Cette période est, en effet, marquée par d'importants programmes de construction d'hôpitaux. Depuis 1985, on observe une alternance de périodes de croissance puis de stabilisation des dépenses de santé sous l'effet de mesures de régulation. Sur les quinze dernières années, la prise en charge par l'assurance complémentaire a augmenté de 1,4 point et atteint 13,5 % de la dépense en 2010, tandis que celle laissée à la charge des ménages a fluctué entre 9 % et 10 % pour s'établir à 9,6 % en 2010.

Baillot, A. (2012). « Disparités territoriales des consommations de soins de spécialistes et de dentistes : le poids des dépassements. » *Série Statistiques - Document de Travail - Drees (172)* : 77-96

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er812.pdf>

Les études antérieures sur les disparités territoriales de consommation de soins portaient sur les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire. Elles ne traitaient pas d'un élément déterminant de l'accès financier aux soins : les dépassements de tarif opposable. Or, comme la consommation de soins remboursée, les dépassements ne sont pas uniformément répartis entre les personnes ni entre les territoires. À partir des données des trois grands régimes d'assurance maladie, cette étude analyse les disparités départementales de consommation de soins par tête, en ajoutant les dépassements à la dépense reconnue par l'assurance maladie. Les analyses portent principalement sur les soins de ville, y compris honoraires des médecins libéraux en cliniques privées. Elles portent plus particulièrement sur les consommations de soins de médecins généralistes, de spécialistes et de chirurgiens-dentistes (dont les dépassements représentent la moitié des dépassements de soins de ville). En soins de ville, les dépassements concernent surtout les dispositifs médicaux, les chirurgiens-dentistes et les spécialistes (partie I). Les disparités géographiques de consommation de soins par personne protégée sont importantes pour les trois postes de soins étudiés. Présentes au niveau de la dépense reconnue, elles concernent aussi le dépassement de tarif opposable (partie II). Si l'on tient compte des spécificités démographiques et contextuelles des départements, en particulier du niveau de revenu de la population et de l'offre de soins locale, les consommations de soins ainsi corrigées paraissent deux fois moins dispersées (partie III).

Lardellier, R., et al. (2012). « Dépenses de santé et restes à charge des ménages : le modèle de microsimulation Omar. » *Série Sources Et Méthodes - Document de Travail - Drees (34)*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/depenses-de-sante-et-restes-charge-des-menages-le>

La Drees a construit un Outil de microsimulation pour l'Analyse des restes à charge (Omar). Celui-ci permet de simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois

financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu. En outre, Omar a désormais été rapproché de l'outil Ines, rendant ainsi possible des études plus larges de la redistribution. Cet article, de nature méthodologique, présente les différentes étapes de construction d'Omar. En fin d'article, une étude de la sensibilité des valeurs simulées à la méthode d'imputation des contrats offre un aperçu des possibilités offertes par ce nouvel outil.

Dourgnon, P., et al. (2011). « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. » *Série Statistiques - Document de Travail - Drees* (161)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/comptes-nationaux-de-la-sante-2010>

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, et dans une moindre mesure l'optique et les consultations de médecin. À partir de l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes, qui mesure les déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières, et recueille aussi des informations socioéconomiques, sur l'état de santé et la consommation de soins, cette étude analyse les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

5.34 Autres sources

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 : Le 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.

(2019). Hôpital : des restes à charge inégalitaires. L'Observatoire de la Mutualité française, Paris : FNMF

<https://www.mutualite.fr/presse/hopital-des-restes-a-charge-inegalitaires>

Dans l'édition 2019 de son Observatoire, la Mutualité Française décrypte les restes à charge encore supportés par les Français, alors que se met en place la réforme du 100 % Santé. Ces restes à charge peuvent s'avérer élevés et très variables en fonction de l'âge et du lieu d'habitation, en particulier pour les dépenses hospitalières. L'intervention des mutuelles est alors déterminante pour réduire la facture et les inégalités. L'Observatoire confirme les préoccupations des Français liées au grand âge et révèle également leur inquiétude pour l'hôpital dont ils considèrent la réforme comme une priorité.

(2019). Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail. 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).

(2019). Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés. 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).

Rapport Charges et Produits MSA . Bagnolet CCMSA

<https://www.msa.fr/lfp/presse/rapport-charges-produits-2021>

(2019). Optique médicale. Etat des lieux. Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2018, prévisions 2019., Paris : CCSS : 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 Sante 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.

(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. 2^e édition de l'Observatoire Place de la santé ». Paris FNMF

www.mutualite.fr/actualites/perte-dautonomie-des-restes-a-charge-trop-elevés/

La Mutualité Française consacre la 2^e 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 Ministère chargé de la santé

<https://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'efficacité 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 efficacité, 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'inefficacité 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 figure 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
<https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article631>

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_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 méthodologiques 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 (BRICS). 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.

https://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES4811.pdf

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.

https://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/FPORSOC15b_EC2_sante.pdf

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 surmortalité et d'une surmorbidité. 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
https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2014-Rapport_Cout_Moyen_2012-2013.pdf

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/2019-12/Doc_04_DREES_depenses_%20santé.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

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.

(2021). "Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2020". Paris CEPS

Le rapport décrit les principales activités du Comité au cours de l'année 2020 pour les médicaments et les produits et prestations de la LPPR. La première partie est consacrée aux médicaments. Elle traite de la description du marché des médicaments remboursables (chapitre I), de l'activité de fixation des prix dont la doctrine (chapitre II), de la régulation économique de la dépense remboursable (chapitre III), de sa régulation financière (chapitre IV) ainsi que des autres modes de régulation (chapitre V). Les statistiques d'activité du Comité dans le secteur des médicaments (dossiers traités et délais de traitement de ces dossiers) sont présentées dans les chapitres II et III. La deuxième partie porte sur les produits et prestations de la LPPR. Elle traite

successivement de l'accès au marché dont la doctrine (chapitres I et II), de sa régulation économique et des autres activités du CEPS (chapitres III et IV), de la description du marché (chapitre V).

Revue Prescrire (2021). "L'année 2020 du médicament." Revue Prescrire **41**(448): 142.

Biot, J. (2020). "Mission stratégique visant à réduire les pénuries de médicaments essentiels : rapport au Premier ministre". santé, 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 Sante(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). « Enrichir et mettre à jour sa panoplie thérapeutique : le tri 2019. » Revue Prescrire **38** (435) : 32-55.

Dans cet article, Prescrire présente, comme chaque année, son bilan thérapeutique pour 2019. 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.

Revue Prescrire (2020). « Le palmarès des médicaments : édition 2019. » Revue Prescrire **40** (436) : 84-89.

Cet article fait le point sur le palmarès 2019 des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.

Revue Prescrire (2020). Plan d'action pour l'évaluation des médicaments innovants. Saint Denis : Haute Autorité de Santé

https://www.has-sante.fr/plugin/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.

CEPS (2019). Comité économique des produits de santé (CEPS) : Rapport d'activité 2018. Paris Comité Economique des Produits de Santé

Le présent rapport, consacré aux médicaments, décrit les principales activités du Comité au cours de l'année 2018. Il traite de la description du marché (chapitre I), de l'activité de fixation des prix et de la régulation conventionnelle (chapitre II) ainsi que des autres modes de régulation (chapitre III). Le chapitre IV porte sur les statistiques d'activité du comité, les dossiers traités dans le secteur du médicament et les délais de traitement de ces dossiers.

➤ Pour les années antérieures, consultez : <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/article/rapports-d-activite-du-ceps>

Revue Prescrire (2019). « Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2019. » Revue Prescrire **39** (424) : 131-141.

Pour aider à choisir des soins de qualité, cet article met à jour pour début 2019 un bilan des médicaments que Prescrire conseille d'écarter pour mieux soigner.

Revue Prescrire (2019). « Pour mieux soigner, des médicaments à écarter : bilan 2020 » Revue Prescrire **39** (434) : 931-942

<https://www.prescrire.org/fr/Summary.aspx>

Pour aider à choisir des soins de qualité et éviter des dommages disproportionnés pour les patients, nous avons mis à jour fin 2019 le bilan des médicaments que *Prescrire* conseille d'écarter pour mieux soigner.

➤ Pour les années antérieures, consultez :

2018 : Revue Prescrire **39** (424) : 142-144.

2017 : Revue Prescrire **37** (400) : 132-136

2016 : Revue Prescrire **36** (388) : 132-137.

2015 : Revue Prescrire **35** (376) : 132-136.

2014 : Revue Prescrire **34** (364) : 132-136.

2013 : Revue Prescrire **33** (352) : 134-137

(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 où 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. Rapport 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. 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>

En 2014, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables, hors rétrocession, représente 18,1 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine, soit une baisse de 1,9 % par rapport à 2013 (source : GERS). Il faut noter cependant que, nette des remises et rétrocession incluse, la consommation de médicaments remboursables en ville

augmente de 1,1 % en 2014. En croissance depuis les années 1990, le chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville, hors rétrocession, est ainsi en baisse pour la troisième année consécutive (-3,3 % en 2012 et -2,3 % en 2013). Ce recul s'explique par deux facteurs : une politique de baisse des prix des médicaments tout au long de leur cycle de vie et une hausse de la part des médicaments génériques au détriment des princeps correspondants. Ces évolutions découlent de la chute des brevets en 2012 de médicaments à chiffre d'affaires élevé, du renforcement des objectifs de prescription et de délivrance des génériques par les médecins et les pharmaciens (ROSP3) et, enfin, de la mise en œuvre du dispositif « tiers payant contre génériques » auprès des patients. Depuis 2011, seuls les médicaments remboursés à 100 %, médicaments dits « irremplaçables et particulièrement coûteux », et les médicaments récents affichent une croissance positive de leur chiffre d'affaires. Les autres catégories de médicaments ont, quant à elles, fait l'objet de baisses de prix. C'est particulièrement le cas des médicaments dont le brevet est tombé dans le domaine public et des génériques correspondants, qui forment le répertoire des médicaments génériques. L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires fabricants : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent. Les montants présentés par la suite sont donc des montants hors taxes.

(2014). Analyse des déclarations de ventes 2012 des dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic in vitro. St Denis ANSM

https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9271fde79b3325ccaebd273c11ef407e.pdf

Les données présentées dans ce rapport proviennent exclusivement de l'exploitation des déclarations de ventes effectuées auprès de l'ANSM et du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) par les entreprises ayant réalisé en 2012 des ventes de dispositifs médicaux (DM) ou de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DM-DIV). Ces déclarations à caractère obligatoire, prévues par l'article L. 5121-18 du Code de la Santé Publique, concernent tous les dispositifs médicaux, quelle que soit la catégorie à laquelle ils appartiennent, quel que soit leur acheteur ou leur utilisateur final, qu'ils soient ou non pris en charge par les régimes d'assurance maladie. À travers ces déclarations, il sera ainsi possible d'appréhender dans toute sa diversité le marché des DM et des DM-DIV, d'en dégager les principales caractéristiques et d'en suivre les évolutions. Les informations contenues dans ces déclarations s'inscrivent donc dans le cadre des missions de surveillance des produits de santé dévolues à l'ANSM, qui ne peuvent être pleinement exercées sans une connaissance précise des marchés. Dans ce contexte, le bilan des déclarations 2013 doit être considéré comme une première étape, car de nombreuses données, notamment celles portant sur les quantités vendues, ont fait défaut ou se sont révélées difficilement exploitables.

➤ Pour les années antérieures, consultez :

(2014). « L'annuel 2014 de la pharmacie. » Moniteur des Pharmacies (Le) [3058/3059 - Cahier 2] : 58

(2013) « L'annuel 2013 de la pharmacie. » Moniteur des Pharmacies (Le) [3011/3012 - Cahier 2] : 58

(2011). « L'annuel 2011 de la pharmacie. » Moniteur des Pharmacies Et des Laboratoires (Le) [2910/2911 - Cahier 2]

(2010). « L'annuel 2010 de la pharmacie. » Moniteur des Pharmacies Et des Laboratoires (Le) [2858/2859 - Cahier 2] : 68

(2014). Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. St Denis ANSM

https://archiveansm.integra.fr/var/ansm_site/storage/original/application/7b8a53c5219badcd6d0c100edc891a8c.pdf

Chaque année, l'Agence publie un rapport d'analyse des ventes de médicaments, remboursables ou non, réalisées en officines et dans les hôpitaux, à partir des données exhaustives transmises par les laboratoires. Les données pour 2013 font apparaître, comme l'année précédente, un ralentissement de la croissance en valeur du marché pharmaceutique, qui représente environ 26,8 milliards d'euros (20,6 milliards d'euros de ventes destinées aux officines et environ 6,2 milliards d'euros de ventes aux hôpitaux). Ce marché subit un recul global de -1,4 %, même s'il n'a pas la même évolution en ville ou à l'hôpital, puisque les ventes réalisées en officines ont reculé de 2,4 % alors que celles destinées aux établissements hospitaliers ont progressé de 1,8 % en valeur (versus respectivement -2,8 % et +3 % en 2012). Le marché des génériques a continué de progresser en 2013. Il représente désormais 15,5 % du marché en valeur et plus de 30 % en quantité. L'amoxicilline reste la substance active la plus utilisée parmi les génériques. Parmi les autres grandes tendances de 2013, on peut noter que : Plus de 11 000 spécialités pharmaceutiques différentes sont disponibles en France, correspondant à 2 800 substances actives : les formes orales sèches représentent toujours plus des deux tiers du marché de ville alors qu'à l'hôpital cette place est tenue par les médicaments injectables : la substance active la plus vendue en ville (en chiffre d'affaire et en nombre de boîtes) reste le paracétamol. À l'hôpital, c'est un antinéoplasique (anticancéreux), le bévacizumab (Avastin) qui réalise le chiffre d'affaires le plus important : au sein du marché officinal (en ville), les spécialités soumises à prescription obligatoire sont les plus vendues et représentent plus de 84 % du chiffre d'affaires et 54 % des quantités vendues : le marché des spécialités non remboursables est en recul en ville et représente dorénavant moins de 9 % des ventes en valeur et près de 15 % en quantités. La progression observée en 2012 s'expliquait en partie par un « effet de champ », résultant du déremboursement de 150 présentations en mars 2012.

➤ Pour les années antérieures, consultez :

(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 ?

(2014). Mémento du médicament et des dispositifs médicaux : édition 2014. Paris FNMF

<https://www.mutualite.fr/L-actualite/Kiosque/Communiques-de-presse/Le-Memento-du-Medicament-edition-2013-pour-tout-savoir-sur-le-marche-du-medicament>

Le Mémento Médicament de la Mutualité Française fournit chaque année aux décideurs mutualistes et aux acteurs de la politique du médicament, les principales données sur le marché du médicament et son financement par les mutuelles en France. Cette édition 2014 révèle que 5 classes thérapeutiques ont concentré près de 22 % des dépenses de pharmacie pour les mutuelles. Il s'agit des antalgiques (186 millions d'€, -5,2 % par rapport à 2012), des hypolipémiants (118 millions d'€, -12,6 %), des antiulcéreux (101 millions d'€, -23,7 %), des

traitements de l'adénome de la prostate (95 millions d'€, -4 %) et des antidépresseurs (84 millions d'€, -4,7 %).

Adenot, I. é. (2014). *L'officine française : le contraire d'une rente*. Paris CNOP

Ce document sur la pharmacie d'officine en France fait suite à la parution du rapport de l'Inspection générale des finances sur les professions réglementées. Il revient sur le monopole pharmaceutique, qui est une mission de service publique au service des patients et montre que la pharmacie d'officine est un acteur majeur des économies de santé, mais une économie actuellement fragilisée. Il propose des voies nouvelles d'évolution.

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. Dépasant le simple périmètre des Big Pharma (multinationales), l'ouvrage s'intéresse à l'ensemble des acteurs concernés par la filière. Loin des vues partisans et des considérations purement techniques, il offre une analyse originale et aussi objective que possible de la question (4^e de couverture).

Ferrante, A. (2014). « Les pharmacies depuis 2000. Mutations d'un secteur très réglementé. » *Insee Première* (1525)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1525/ip1525.pdf>

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 éteinte, 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://www.igas.gouv.fr/spip.php?article524>

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 ? Le médicament n'est pas un produit comme les autres : s'il a contribué de façon décisive à

l'allongement de la vie et à l'amélioration de la santé, il nécessite un usage raisonné puisqu'il peut, à défaut, détériorer l'état de santé. Cette note examine les recours au médicament en ambulatoire sur l'ensemble du cycle de vie du médicament, une fois celui-ci mis sur le marché avec un prix et, le cas échéant, un taux de remboursement. Les usages qu'en font les différents acteurs sont parfois peu pertinents (prescriptions inadaptées, conseils des pharmaciens insuffisants, utilisation peu adéquate de la part des usagers, etc.) et entraînent d'importants coûts sanitaires, économiques et environnementaux. À partir d'exemples observés dans d'autres pays, cette note propose des pistes pour une démarche globale cohérente, impliquant l'ensemble des acteurs, pour favoriser un recours pertinent au médicament (résumé d'auteur).

Pilorge, C. (2014). L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2012 et 2013. 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>

Le rapport sur les comptes de la santé 2013 comporte un chapitre sur l'évolution du marché des médicaments remboursables entre 2012 et 2013. Cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Il présente ensuite une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville en France métropolitaine. L'analyse ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais porte sur les achats de médicaments par les pharmacies d'officine en ville (et donc symétriquement sur les ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés ici sont des montants hors taxes. L'évolution du marché du médicament remboursable entre 2012 et 2013 est présentée selon trois critères : le taux de remboursement a priori, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte progression (respectivement la plus forte baisse) en termes de chiffre d'affaires entre 2012 et 2013.

(2013). Avis n° 13-A-24 du 19 décembre 2013 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament à usage humain en ville. Paris Autorité de la Concurrence
<https://www.autoritedelaconcurrence.fr/fr/avis/relatif-au-fonctionnement-de-la-concurrence-dans-le-secteur-de-la-distribution-du-medicament>

En février 2013, l'Autorité de la concurrence a pris l'initiative de lancer une vaste enquête sectorielle afin d'examiner la distribution en ville du médicament à usage humain. Après avoir interrogé les acteurs du secteur et avoir analysé en profondeur son fonctionnement, l'Autorité de la concurrence rend public son avis. Elle appelle de ses vœux une animation de la concurrence sur l'ensemble de la chaîne de distribution et soutient notamment une ouverture encadrée de la distribution au détail des médicaments non remboursables.

(2013). Les médicaments biosimilaires. Un état des lieux. St Denis ANSM
<https://archiveansm.integra.fr/>

Ce rapport sur les médicaments biosimilaires partage les données disponibles sur ces médicaments innovants dont elle assure un suivi attentif. Un médicament biosimilaire est similaire à un médicament biologique (produit à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivé de ceux-ci) de référence qui a déjà été autorisé en Europe et dont le brevet est tombé

dans le domaine public. Il illustre l'évolution rapide du marché des médicaments biosimilaires en France. Il propose un point sur les aspects réglementaires de l'AMM (autorisation de mise sur le marché) qui est délivrée au niveau européen dans le cadre de la procédure centralisée. Le rapport aborde également la question du bon usage des médicaments biosimilaires dont les indications peuvent être moindres que celles du médicament de référence et dont le suivi des effets indésirables doit être spécifique à chaque produit, compte tenu notamment de leur apparition récente sur le marché. Le rapport dresse encore un état du marché des produits biosimilaires (60 millions d'euros en 2012) dont les ventes ont été multipliées par onze entre 2008 et 2012. Ces produits sont 20 à 30 % moins chers que les produits de référence, mais ils représentent à l'heure actuelle moins de 10 % des prescriptions. L'arrivée prochaine de nouveaux produits biosimilaires devrait provoquer une augmentation du marché des biosimilaires et une baisse du prix des produits biologiques de référence.

Begaud, B. Et Costagliola, D. (2013). Rapport sur la surveillance et la promotion du bon usage du médicament en France. Paris Ministère chargé de la santé

<https://www.vie-publique.fr/rapport/33483-rapport-sur-la-surveillance-et-la-promotion-du-bon-usage-du-medicament-e>

Ce rapport décrit l'exception française en matière de surconsommation médicamenteuse et d'absence de suivi du mésusage du médicament. Il constitue la synthèse du travail mené dans le cadre d'une mission sur la « pharmacovigilance » confiée par Marisol Touraine le 26 février 2013. Les constats sont sévères. Par une carence surprenante au vu de l'enjeu, aucune étude ou programme n'a depuis plus de 20 ans permis d'estimer la proportion ou le nombre des prescriptions non conformes et l'ampleur de leurs conséquences néfastes, tant au plan clinique, sanitaire et économique. Ce qui n'empêche pas la Mission d'avancer que la France est l'un des pays développés dans lequel les prescriptions non conformes (qu'il s'agisse des recommandations de AMM autorisations de mise sur le marché ou des données actualisées de la science) semblent les plus fréquentes, si ce n'est banalisées. Les conséquences de cette situation sont considérables, avec des surcoûts induits qui se chiffrent en milliards d'euros par an et se cumulent depuis de nombreuses années. Parmi les recommandations, les auteurs du rapport préconisent, dans un premier temps, d'agir sur deux leviers qui constituent des préalables essentiels : la création, indispensable, d'une structure organisant et facilitant l'accès, pour les autorités sanitaires et les chercheurs (dont le rôle d'appui méthodologique et de lanceurs d'alerte est essentiel), aux différentes sources de données en santé pertinentes en ce domaine, et une meilleure formation et information des professionnels de santé et du grand public, bien mal préparés en France aux principes de base de la bonne prescription et du bon usage des produits de santé.

Daudigny, Y. (2013). Les médicaments génériques : des médicaments comme les autres. Rapport d'information. Paris Sénat

<https://www.senat.fr/rap/r12-864/r12-8641.pdf>

Les médicaments génériques font l'objet, en France, de polémiques récurrentes, d'amalgames ou de faux débats qui sont inconnus à l'étranger. Qu'est-ce qu'un médicament générique ? Pourquoi les Français sont-ils méfiants ? Comment expliquer un développement qui reste nettement inférieur en France ? Pour répondre à ces interrogations, la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat a organisé, le 19 juin 2013, deux tables rondes

réunissant de nombreux acteurs concernés : la première pour répondre effectivement à la question lancinante de l'équivalence entre le médicament d'origine et ses génériques : la seconde pour évaluer la politique publique poursuivie depuis quelques années en la matière. Le présent rapport retrace ces débats et présente des propositions à même de restaurer la confiance des Français dans les médicaments génériques qui constituent bien, comme l'ont montré les interventions de la première table ronde, des médicaments comme les autres.

Reduron, V. (2013). « Une stabilité des dépenses du médicament de ville en 2011. » Points de Repère (41)

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

En 2011, les dépenses de médicaments pris en charge par l'Assurance maladie délivrés en ville sont stables à 22,8 milliards d'euros, soit près d'un tiers (30 %) des dépenses de soins de ville. La stabilité de ces dépenses (+ 0,2 % par rapport à 2010) masque toutefois de fortes disparités dans la dynamique des dépenses de médicaments par classe thérapeutique. La croissance des dépenses se concentre aujourd'hui sur des médicaments de spécialité souvent prescrits par des médecins hospitaliers comme les anti-cancéreux ou les antirétroviraux. En revanche, les médicaments traitant d'épisodes aigus ou prévenant des facteurs de risque contribuent à la modération de la croissance du fait de la maîtrise des volumes, du développement des génériques et des baisses de prix. La structure des dépenses de médicaments s'en trouve progressivement modifiée avec une part de plus en plus importante des dépenses liées aux prescriptions hospitalières par rapport à celles liées aux prescriptions des médecins de ville.

(2012). Les médicaments génériques : des médicaments à part entière. St Denis ANSM

<https://archiveansm.integra.fr/>

Ce rapport a pour objectif de faire le point sur la réglementation des médicaments génériques, de rappeler leurs critères d'autorisation et d'établir un état des lieux des actions de l'Agence relatives à l'évaluation des médicaments génériques et à leur suivi en termes d'inspection, de contrôle et de pharmacovigilance. Il apporte à tous les acteurs une information de référence, afin de répondre à leurs principales questions et réticences concernant les médicaments génériques.

(2012). Recommandations Temporaires d'Utilisation (RTU). Principes et éléments d'information sur les modalités d'élaboration et de mise en œuvre par l'ANSM. St Denis ANSM

<https://archiveansm.integra.fr/>

Depuis mai 2012, l'ANSM a la possibilité d'encadrer des prescriptions non conformes à l'autorisation de mise sur le marché (AMM), sous réserve : qu'il existe un besoin thérapeutique non couvert, c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique appropriée disposant d'une AMM ou d'une ATU de cohorte dans l'indication concernée, et que le rapport bénéfice/risque du médicament soit présumé favorable, notamment à partir de données scientifiques publiées d'efficacité et de tolérance. Dans ce contexte, l'ANSM élabore des Recommandations Temporaires d'utilisation (RTU). Les RTU ont pour objectif de sécuriser l'utilisation des médicaments grâce à la mise en place d'un suivi des patients organisé par les laboratoires concernés. Il s'agit d'une mesure temporaire ne pouvant excéder 3 ans.

Even, P. Et Debre, B. (2012). Guide des 4 000 médicaments utiles, inutiles ou dangereux, Paris : Le Cherche Midi

Des dépenses de 1,3 à 2 fois supérieures à celles de tous les autres grands pays européens, soit 10 à 15 milliards d'euros jetés par les fenêtres, sans aucun bénéfice pour la santé, plus que le déficit de l'Assurance-maladie, aux dépens des véritables priorités : hôpitaux, maternités, infirmières, handicaps physiques et mentaux, dépendance et vieillesse. Ce guide s'adresse d'abord aux malades et aux praticiens pour les alerter et les éclairer sur l'efficacité réelle et les risques des médicaments. Ensuite aux politiques et aux agences qui autorisent les médicaments, accordent aux firmes des prix de vente exorbitants et remboursent les médicaments sans discernement. Cette politique n'est pas au service des malades et des citoyens qui paient, mais à celui de l'industrie pharmaceutique qui encaisse, alors que, depuis vingt-cinq ans, elle n'invente plus guère et est devenue la moins éthique et la plus lucrative de toutes les industries, confortée par le silence indifférent ou complice d'une grande part de l'élite médicale universitaire. La justice, la sécurité et la crise imposent de tailler à coups de serpe dans des dépenses injustifiées et des médicaments trop souvent dangereux (4^e de couverture).

Imbaud, D., et al. (2012). Évaluation de la politique française des médicaments génériques. Rapport IGAS : 2012 115. Paris IGAS

La politique en faveur du développement des médicaments génériques, lancée en France au milieu des années 90, a connu un succès très important dans l'ensemble des pays occidentaux. Elle s'inscrit dans le cadre plus global de la maîtrise de la croissance des dépenses de médicaments au sein des dépenses de santé. Si l'utilisation des médicaments génériques a régulièrement augmenté depuis, elle connaît un ralentissement depuis 2008, en raison notamment de prises de position contradictoires concernant leur qualité. C'est dans ce contexte que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a évalué cette politique.

Juillard-Condât, B. Et Pilorge, C. (2012). « L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2010 et 2011. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (172) : 119-130
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat172.pdf>

En 2011, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,7 milliards d'euros, soit une évolution de +0,5 % par rapport à 2010. Dans un premier temps, cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Dans un deuxième temps, cet éclairage présente une analyse de l'évolution du marché du médicament remboursable en ville : cette analyse ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais porte sur les achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement sur les ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette analyse sont des montants hors taxes. L'évolution du marché du médicament remboursable entre 2010 et 2011 est présentée selon trois critères : le taux de remboursement a priori, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte progression (respectivement la plus forte baisse) en termes de chiffre d'affaires entre 2010 et 2011.

Lajoux, C. (2012). Médicament : l'état d'urgence, Paris : le Cherche Midi

Dans une crise sanitaire, il est légitime que la colère et l'inquiétude trouvent des voies d'expression. Mais il faut pouvoir échapper à l'émotion et aux idées reçues pour s'engager dans une analyse objective et documentée d'un secteur industriel pourvoyeur de progrès. Les enjeux, pour le pays et pour les patients, sont trop importants pour être passés sous silence. « . À la tête du Leem, l'organisation professionnelle des industries du médicament, Christian Lajoux a vécu de l'intérieur la crise du Mediator et son retentissement politique, médiatique et sociétal. Une crise révélatrice d'une défiance galopante entre la société et ses « élite », et de la difficulté d'établir un diagnostic dépassionné sur le rôle de l'industrie du médicament, sur l'efficacité des autorités sanitaires et sur la place de la France dans les sciences du vivant (4^e de couv.)

(2011). Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux en France. 1999-2009. St Denis AFSSAPS

<https://archiveansm.integra.fr/>

Ce tableau de bord consacré à l'analyse du marché pharmaceutique français présente les chiffres-clés, les principales données de l'année écoulée 2009 mais aussi des données complémentaires retraçant l'évolution des ventes au cours de ces vingt dernières années. Il comprend quelques premiers éléments pour l'année 2010. Il est enrichi par des comparaisons internationales sur la consommation pharmaceutique. Parmi les grandes tendances en 2009, les ventes de médicaments représentent 27,3 milliards d'euros dont 79 % en officines et 21 % à l'hôpital, 92 % des ventes en officine concernent des médicaments remboursables. Les médicaments génériques remboursables progressent et représentent 22,6 % des ventes totales en volume et 10,4 % des ventes en valeur. En ce qui concerne la consommation internationale, les données montrent que la consommation de médicaments en France reste l'une des plus importantes d'Europe.

(2011). Des médicaments issus des biotechnologies aux médicaments biosimilaires : état des lieux. Rapport d'expertise. St Denis AFSSAPS

Un médicament biosimilaire est semblable à un médicament biologique de référence qui a déjà été autorisé en Europe. Le principe de biosimilarité s'applique à tout médicament biologique dont le brevet est tombé dans le domaine public. Les produits biosimilaire sont autorisés selon des conditions strictes afin de garantir la sécurité des patients. L'autorisation de mise sur le marché (AMM) est délivrée sur la base d'une équivalence de résultats pharmacologiques et cliniques, et non pas uniquement sur la seule base de la bioéquivalence pharmacocinétique. Ainsi, et contrairement aux produits génériques, le dossier de demande d'AMM repose tout d'abord sur une notion de comparaison avec un médicament choisi comme référence et surtout nécessite de soumettre des données dans les trois domaines que sont la qualité, la sécurité et l'efficacité clinique. La démonstration de la biosimilarité nécessite donc de nouveaux essais précliniques et cliniques. Quatorze spécialités pharmaceutiques ont été autorisées en Europe sous le statut de médicament biosimilaire. Ce rapport revient à la fois sur le processus d'autorisation de mise sur le marché de ces médicaments biosimilaire et en dresse un état des lieux précis.

Bras, P. L., et al. (2011). Pharmacies d'officines : rémunération, missions, réseau. Rapport Igas : RM2011-090P. Paris Igas

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/114000355.pdf>

Comment se porte le secteur de la pharmacie d'officine en France et quel est son avenir ? L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) livre son diagnostic notamment à partir de l'enquête nationale qu'elle a menée sur les pratiques officinales, première du genre en France et propose des pistes pour diversifier le rôle des pharmaciens, les rémunérer comme des professionnels de santé et optimiser le réseau des officines sur le territoire.

Cubaynes, M. H., et al. (2011). Le circuit du médicament à l'hôpital (2 tomes). Rapport IGAS : RM2011-063P. Paris IGAS

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Circuit_du_medicament.pdf

Le circuit du médicament en établissement de santé recouvre deux circuits, distincts et interconnectés. Le premier circuit, clinique, est celui de la prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé, depuis son entrée, au moment où son traitement personnel est pris en compte, jusqu'à sa sortie au moment où une prescription est effectuée. Au sein de l'hôpital, ce circuit clinique inclut les phases de prescription, dispensation et administration. Le second circuit, logistique, concerne le médicament en tant que produit, de l'achat jusqu'à la délivrance dans l'unité de soins, rejoignant le circuit clinique au stade de l'administration du médicament au patient. Chacune des phases de ces deux circuits fait intervenir des acteurs différents. La mission de l'inspection générale des affaires sociales devait capitaliser les précédents rapports établis sur le thème du circuit du médicament à l'hôpital, en complétant l'expertise sur des établissements non universitaires ayant mis en œuvre des initiatives intéressantes sur ce champ et en explorant l'ensemble de la problématique dans ses dimensions sécurité, qualité, efficacité et pilotage. Elle a inscrit ses travaux et réflexions dans le cadre des évolutions impulsées ces dernières années pour améliorer la prise en charge des patients à l'hôpital. Ses recommandations s'appuient sur les exigences et les possibilités ouvertes par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), en particulier son volet de modernisation des établissements de santé, ainsi que celles de ses dispositions qui organisent les collaborations entre professionnels de santé et ont pour objectif de garantir la continuité du parcours de soins. Ces recommandations convergent vers un objectif : l'intérêt des patients.

Thao Khamsing, W., et al. (2011). « L'évolution du marché du médicament remboursable en ville entre 2009 et 2010. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (161)

Cet éclairage a pour champ principal les médicaments remboursables. Il ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments, mais aux achats de médicaments par les pharmacies d'officine de ville (et donc symétriquement aux ventes des laboratoires qui les commercialisent). Les montants présentés dans cette étude sont donc des montants hors taxes. En 2010, le marché pharmaceutique en ville des médicaments remboursables représente 19,4 milliards d'euros, soit une évolution de +0,8 % par rapport à 2009. Dans un premier temps, cet éclairage fournit des éléments de cadrage sur le marché du médicament en France et rappelle un certain nombre de caractéristiques de la régulation de ce marché. Ensuite l'évolution du marché du médicament remboursable entre 2009 et 2010 est analysée selon trois critères : le taux de

remboursement a priori, le statut du médicament et l'ancienneté du produit. L'éclairage se termine par une analyse du palmarès des 10 classes ayant connu la plus forte (respectivement la plus faible) progression en termes de chiffre d'affaires entre 2009 et 2010.

Barnay, T., et al. (2010). Simuler les dépenses de médicaments remboursables en ville à l'horizon 2029 : impact du vieillissement et de la morbidité, Boulogne - Billancourt : Editions LEEM Services
<https://www.leem.org/sites/default/files/1475.pdf>

Au moment où la France s'engage dans un débat important sur le financement des retraites, le Leem a mesuré l'effet du vieillissement de la population française sur les dépenses de médicaments à l'échelle d'une génération. Ainsi d'ici 2029, les dépenses de médicaments remboursables vendus en pharmacie devraient accuser une hausse comprise entre 7,5 et 12,5 milliards d'euros par rapport à 2004. Les Entreprises du Médicament ont confié la réalisation d'une étude prospective au Collège des Economistes de la Santé (CES). Celui-ci a mis en place une méthode inédite avec le concours de l'INSERM pour estimer le niveau de croissance des dépenses annuelles de médicaments remboursables, vendus en officine, entre 2004 et 2029. D'ici 2029, quelles que soient les hypothèses de vieillissement, l'allongement de la durée de vie représentera un coût pour l'assurance maladie similaire à l'évolution de la production des richesses du pays, hors période de crise majeure. Si l'allongement de la durée de vie pose un problème pour le financement des retraites, l'étude montre clairement qu'elle n'en pose pas en matière de dépenses de médicaments. Dans un premier scénario, qui prend en compte uniquement les évolutions démographiques, le vieillissement de la population se traduira par un surcroît de dépenses de médicaments de près de 9,8 milliards d'euros en 2029 par rapport à 2004, soit une croissance moyenne annuelle de 1,44 %. Dans un scénario de « vieillissement en bonne santé » (même âge de décès, mais maladie plus tardive), ce surcroît de dépenses atteint 7,5 milliards d'euros, soit une croissance de 1,14 %. Enfin, dans un scénario de « vieillissement en bonne santé et de progrès médical » (la maladie et le décès surviennent plus tard), le surcroît de dépenses atteint 12,5 milliards d'euros, soit une croissance moyenne annuelle de 1,77 %. Cependant, les auteurs de l'étude précisent que d'autres facteurs peuvent jouer : virage thérapeutique vers le médicament (substitution à la chirurgie ou à d'autres actions thérapeutiques, innovations dans les molécules disponibles) : modification des prix relatifs : intensification de la demande de santé (raisons culturelles). Les comportements de recours aux soins seront aussi dictés par les niveaux de remboursements des médicaments et par la part prise en charge par les assurances complémentaires santé. Les données proviennent de l'EPAS (Echantillon Permanent des Assurés Sociaux) de la Cnamts et de l'enquête ESPS 2004 de l'Irdes (Enquête Santé Soins Protection Sociale).

Lajoux, C. (2010). Le médicament, enjeu du 21^e siècle : le temps des alliances, Paris : Editions le Cherche Midi

Président du syndicat français de l'industrie pharmaceutique et de Sanofi-Aventis, l'auteur fait le point sur la recherche, la production, la commercialisation des médicaments en France. L'ouvrage ouvre le débat sur l'avenir de l'industrie pharmaceutique, sur la manière de consommer et sur les prix pratiqués. De nombreuses questions se posent sur le progrès thérapeutique, le projet industriel, l'information et le rôle des patients en tant que citoyens. Avec les médicaments, le XX^e siècle a connu des avancées majeures et de nouveaux défis s'imposent à l'industrie qui les découvre, les fabrique et les distribue. Ce secteur est soumis à de

profondes mutations, essentiellement liées à l'évolution des connaissances scientifiques et à la révolution de la génomique, des thérapies cellulaires et des nanotechnologies. Le progrès thérapeutique, l'indépendance stratégique des pays dans la maîtrise du médicament et une énorme compétition pour y parvenir sont les véritables enjeux que ce livre soulève de manière objective pour expliquer un univers trop souvent caricaturé : Il raconte l'histoire de l'engagement des hommes et des femmes qui participent au combat contre la maladie.

Morel, A., et al. (2010). Évolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux. Tome 1. Rapport Igas : RM2010-154P. Paris Igas

<https://www.vie-publique.fr/rapport/31650-evolution-et-maitrise-de-la-depense-des-dispositifs-medicaux>

Les dispositifs médicaux (DM) recouvrent des produits nombreux (près de 2 millions) et hétérogènes : pansements, lits médicalisés, fauteuils roulants, seringues, lecteurs de glycémie, pompes à insuline, orthèses, prothèses, verres optiques, stimulateurs cardiaques, défibrillateurs mais aussi équipements médicaux. Ils représentent en France un marché estimé à environ 21,3 milliards d'euros (hors équipements médicaux). Par lettre du 27 mai 2010, le chef de l'inspection générale des affaires sociales demandait à la mission d'analyser les causes de la forte croissance des dépenses remboursées des DM, en se concentrant sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (L). Ces produits concernent la ville mais aussi l'hôpital où certains d'entre eux sont facturés en sus des tarifs de séjour. Il s'agissait également d'apprécier l'efficacité des outils de maîtrise de la dépense et de faire des propositions pour une meilleure régulation.

Morel, A., et al. (2010). Évolution et maîtrise de la dépense des dispositifs médicaux. Annexes et pièce jointes. Tome 2. Rapport Igas : RM2010-154P. Paris Igas

<https://www.vie-publique.fr/rapport/273394-polynesie-francaise-evaluation-de-la-protection-sociale-et-de-sante>

Les dispositifs médicaux (DM) recouvrent des produits nombreux et hétérogènes. Ils représentent en France un marché estimé à environ 21,3 milliards d'euros (hors équipements médicaux). Par lettre du 27 mai 2010, le chef de l'inspection générale des affaires sociales demandait à la mission d'analyser les causes de la forte croissance des dépenses remboursées des DM, en se concentrant sur les produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP). Ce tome 2 présente les 12 annexes du rapport principal : la lettre de mission, la liste des personnes rencontrées, le marché des dispositifs médicaux, la mise sur le marché des dispositifs médicaux en France : marquage CE, TVA et surveillance du marché, le circuit du remboursement du dispositif médical en France, les nouveaux outils juridiques de la régulation, la prise en charge des dispositifs médicaux à l'étranger (États-Unis, Royaume-Uni, Allemagne et Italie), l'étude sur les prix d'audioprothèses et de véhicules pour handicapés physiques dans quatre maisons départementales du handicap, les prestataires de service à domicile et les distributeurs de matériels, le bilan de la réévaluation des descriptions génériques par la HAS (juin 2010), le financement des Omedits en 2007-2008, l'évaluations des DM finances par le Stic depuis 2000. Une pièce jointe présente la comparaison des indications de la LPP et de la fiche de bon usage de la HAS « Angioplastie coronarienne : intérêt des stents actifs » (travail réalisé par l'ARS de Bourgogne).

Dussol, A. (2009). Le médicament générique, Paris : PUF

Enjeux d'accès aux soins dans les pays défavorisés, enjeux de maîtrise des dépenses de santé dans les pays développés, enjeux industriels et financiers pour l'industrie pharmaceutique, le médicament générique représente aujourd'hui un marché supérieur à 75 milliards de dollars. Il est au cœur de des politiques de santé et de nombreuses questions économiques et sociales à l'échelle de la planète. Cet ouvrage analyse les aspects juridiques et économiques d'une activité dont le poids croissant va reconfigurer le paysage pharmaceutique mondial, modifier profondément le marché de ce secteur et induire des changements notables de comportement chez les prescripteurs et les consommateurs (tiré de la 4ème de couv.).

Joly, P. (2009). Les médicaments du futur, Paris : Editions Odile Jacob

Témoin et acteur de la grande aventure pharmaceutique lancée il y a une cinquantaine d'années, Pierre Joly livre un bilan critique, alors que s'annonce une deuxième révolution avec les nouveaux médicaments à venir. Célébré pour les progrès qu'il a apportés à la santé, le médicament est dénigré de toutes parts : trop de consommation sans nécessité réelle, trop coûteux, trop de faux espoirs, trop d'intérêts privés au mépris de la santé publique parfois. Que retenir de ce que le XX^e siècle a créé ? Quelle est la situation dans un pays comme la France ? Que peut vraiment la recherche aujourd'hui ? Quels réels espoirs à terme et comment faire ? Comment éviter que notre pays ne soit désormais en position de faiblesse ? Un professionnel de la recherche thérapeutique, sans concession ni langue de bois, livre les clés pour comprendre les enjeux sanitaires, économiques et même politiques du médicament aujourd'hui.

(2008). Actualisation de la note sur le médicament, adoptée le 29 juin 2006 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Paris HCAAM

<https://docplayer.fr/13411139-Actualisation-de-la-note-sur-le-medicament-adoptee-le-29-juin-2006-par-le-haut-conseil-pour-l-avenir-de-l-assurance-maladie-1.html>

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a rendu le 29 juin 2006 son avis consacré au médicament. Un panorama complet et actualisé des principes et mécanismes qui régissent la politique du médicament en France (mise sur le marché, distribution et dispensation, prescription, prise en charge et régulation du marché, génériques)... Cette réactualisation s'attache essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Elle n'aborde cependant pas un nombre de points importants traités dans l'avis de 2006 et qui ont donné lieu depuis cette date à de nouvelles réflexions, tels que l'exercice pharmaceutique (approche européenne du monopole pharmaceutique, conditions de propriété des officines, conditions d'installation et densité professionnelle) ou les expérimentations du dossier pharmaceutique.

(2008). Avis sur le médicament, adopté le 25 septembre 2008 par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Paris HCAAM

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2008/AVIS/HCAAM-2008-SEPTEMBRE-AVIS-AVIS_SUR_LE_MEDICAMENT.pdf

Comme lors des travaux de juin 2006 le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie s'est attaché essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance

maladie. Ses analyses n'ont pas porté sur les autres aspects de ce secteur industriel et commercial qui constitue une importante contribution à l'économie nationale, et notamment son apport en investissements, en emplois, en exportations et en recherche-développement de molécules innovantes.

(2007). La pharmacie d'officine en France : bilan et perspectives - livre blanc. Paris CNOP

<https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/4906/57542/version/2/file/Livre-blanc-La-pharmacie-officine-en-France-Bilan-et-perspectives.pdf>

A l'occasion de la présentation de son livre blanc, rendu public hier, l'Ordre national des pharmaciens entend réagir face aux attaques régulières de la grande distribution, reprises dernièrement dans les rapports Attali (21 janvier 2008) ou Beigbeider (13 décembre 2007) sur la question du monopole officinal. Si le livre blanc reconnaît que la grande distribution pourrait contribuer à une baisse des prix des médicaments évaluée entre 5 et 15 %, réduire le pharmacien à simple agent de distribution n'aurait guère de sens. « Les pharmaciens sont aujourd'hui sous-utilisés » estime Jean Parrot, président du conseil de l'Ordre qui plaide pour élargir davantage le champ d'action des officinaux au-delà de la simple délivrance du médicament de prescription, qui représente aujourd'hui 80 % de leur rémunération. Soulignant que les 23 000 officines françaises assument déjà des tâches de conseil aux patients, de suivi des traitements ou de dépistage, les pharmaciens réclament dans ce livre blanc une reconnaissance légale et une rémunération pour leurs actes qui ne donnent pas lieu à la délivrance de médicaments (Voir l'analyse dans Industrie Pharmaceutique Hebdo, n° 608, 28 février 2008).

Bras, P. L., et al. (2007). L'information des médecins généralistes sur le médicament. Rapport IGAS : 2007 136. Paris Igas

<https://www.vie-publique.fr/rapport/29429-linformation-des-medecins-generalistes-sur-le-medicament>

Si les médecins s'estiment globalement bien informés sur le médicament, ils font toutefois état de manques et de besoins et soulignent que l'information dont ils disposent est surabondante et qu'ils éprouvent des difficultés à l'ordonner et à la hiérarchiser. Tel est le constat du présent rapport qui se penche sur les différents acteurs en matière d'information sur le médicament. L'industrie pharmaceutique, à travers l'importance des moyens qu'elle déploie pour la promotion de ses produits, est un acteur prééminent dans le dispositif d'information des médecins, mais ses objectifs commerciaux (expansion de la prescription) ne correspondent pas systématiquement avec les exigences du bon usage du médicament. Les pouvoirs publics, par le biais de la HAS (Haute autorité de santé), l'AFSSAPS (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), jouent un rôle jugé timide et ne disposent pas de moyens d'action suffisants, comparé à celui de l'industrie pharmaceutique. Il existe en outre une certaine confusion entre les actions de la HAS et de l'AFSSAPS. Sur la base de ce constat, la mission recommande notamment de donner à la HAS le pilotage de la politique d'information, compte tenu de la loi de 2004 relative à l'assurance maladie. La CNAMTS doit quant à elle s'affirmer comme un acteur de la promotion du bon usage. Elle suggère par ailleurs aux pouvoirs publics de provoquer tant pour des raisons économiques que de qualité des soins, une diminution de la « pression promotionnelle » de l'industrie pharmaceutique.

(2006). Avis sur le médicament, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. Paris HCAAM

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2006/AVIS/HCAAM-2006-JUIN-AVIS-AVIS_SUR_LE_MEDICAMENT.pdf

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a rendu le 29 juin son avis consacré au médicament. Un panorama complet et actualisé des principes et mécanismes qui régissent la politique du médicament en France (mise sur le marché, distribution et dispensation, prescription, prise en charge et régulation du marché, génériques...).

Delomenie, P. Et Fourcade, M. (2006). Rapport sur les préparations pharmaceutiques à l'hôpital et à l'officine. Paris IGAS

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/064000503.pdf>

Le présent rapport porte sur les préparations hospitalières, ainsi que sur les préparations magistrales et officinales, et les produits officinaux divisés. Il constate que la réglementation française connaît de nombreuses difficultés d'interprétation et d'application. Afin de replacer la situation française dans le contexte international, la mission a effectué des investigations en Belgique, Royaume-Uni et Suisse, pays présentant dans le domaine des préparations pharmaceutiques des spécificités fortes, et a étudié plus ponctuellement la situation dans quatre autres pays : États-Unis, Allemagne, Pays-Bas et Suède. Puis elle a formulé des propositions qui s'articulent autour des trois idées suivantes : standardiser et garantir la qualité avec des normes communes pour les pharmacies d'officine et les pharmacies à usage intérieur, améliorer la gestion du risque des préparations hospitalières et moderniser l'exercice officinal. Sont également faites des propositions de modification des définitions de la préparation officinale. Il est enfin recommandé d'étudier l'intérêt d'une éventuelle sous-traitance à l'industrie pharmaceutique.

Le Sourd P., et al. (2006). La société du médicament ? Paris : Le Cherche-Midi

Le médicament, hier simple remède, est devenu grâce au progrès thérapeutique une nécessité, un besoin, une habitude. Il est partout et doit répondre à tout. Il a un prix, fonction de sa complexité. Il nous faut comprendre le patient, acteur d'une société bouleversée, et analyser les mutations des rapports entre les responsables de la santé : État, autorités publiques, agences de sécurité sanitaire, médecins, pharmaciens, hôpitaux, patients... Mais aussi reconnaître de nouvelles solidarités entre les hommes, ONG, associations de patients et instances internationales. Il faut donc expliquer le travail et les risques d'une industrie pharmaceutique en pleine mutation. Qui peut mieux le faire que Les Entreprises du Médicament ? Elles sont devenues en moins de trente ans un secteur clé de la vie française en matière d'innovation, de production, d'investissement et de création d'emplois, proposant des avenir de progrès à l'homme du XXI^e siècle. Pour que la société du médicament soit une société de santé ! (4^e de couverture.)

6.2 CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE

(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 oeuvre, 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).

Cavalié, 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>

Un rapport de Santé publique France, s'inquiète d'une hausse de la consommation d'antibiotiques. Environ 700 prescriptions pour 1.000 habitants ont été réalisées en 2021, ce qui vaut à la France d'être encore le quatrième pays européen le plus consommateur, derrière la Grèce, la Roumanie et la Bulgarie. Depuis dix ans, leur consommation baissait pourtant régulièrement, encore plus en 2020 avec l'effondrement des consultations, conséquence des confinements. Mais un an plus tard, l'abandon des gestes barrière et la reprise des infections hivernales signent leur grand retour, en particulier chez les plus petits, de zéro à quatre ans. Les campagnes d'information, dont celle lancée le 8 octobre par SpF et l'Assurance-maladie sous le slogan "Les antibiotiques, bien se soigner, c'est d'abord bien les utiliser", peinent en outre à lutter contre des idées reçues toujours bien présentes.

(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 oeuvre 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 3^e 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://archiveansm.integra.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://archiveansm.integra.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://archiveansm.integra.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). « Medicam 2012-2014. Paris : Cnamts

<https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/medicaments-rembourses-par-lassurance-maladie/>

Medic'AM présente des informations détaillées sur les médicaments remboursés au cours des années 2012 à 2014 (Régime Général - Hors Sections Locales Mutualistes - Métropole). Ce tableau présente pour chaque médicament, par code CIP, les données suivantes : la base de remboursement : le montant remboursé : le dénombrement (nombre de boites remboursées) : la base de remboursement des prescripteurs de ville : la base de remboursement des autres prescripteurs.

➤ Pour les années antérieures, consultez : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/medicaments-rembourses-par-lassurance-maladie/#>

(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>

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. Les ATB à visée systémique de la classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), la rifampicine, les imidazolés per os et la fidaxomicine, ainsi que les antifongiques à visée systémique de la classe J02, dispensés en hospitalisation complète, ont été exprimés en nombre de doses définies journalières (DDJ) et rapportés à l'activité selon les recommandations nationales et de l'Organisation mondiale de la santé (système ATC-DDD, 2014). Des données de résistance ont été collectées pour sept couples

bactérie/antibiotique. Les 1 484 ES participants en 2014 représentaient 70 % des journées d'hospitalisation et avaient consommé 375 DDJ/1 000 journées d'hospitalisation (JH). Les ATB les plus utilisés étaient l'association amoxicilline-acide clavulanique (30 %), l'amoxicilline (18 %) et la ceftriaxone (6 %). La consommation médiane d'ATB variait de 55 DDJ/1 000 JH dans les hôpitaux psychiatriques à 699 dans les hôpitaux d'instruction des armées. Des variations étaient observées selon les secteurs d'activité, de 60 DDJ/1 000 JH en psychiatrie à 1 513 en réanimation. Dans 621 ES ayant participé chaque année depuis 2009, la consommation a diminué entre 2013 et 2014 (-1,8 %) alors qu'elle avait progressé de 3,3 % entre 2009 et 2013. Les données de résistance étaient en cohérence avec celles issues de réseaux spécifiques. La consommation d'antifongiques était plus importante en hématologie (330 DDJ/1 000 JH) qu'en réanimation (153 DDJ/1 000 JH). La surveillance en réseau permet à chaque ES de se situer, dans un objectif de comparaison, d'échanger sur les pratiques et organisations, et de suivre les tendances évolutives. L'analyse des consommations d'ATB est à compléter d'évaluation des pratiques et du suivi d'indicateurs reflétant la qualité des prescriptions.

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

L'utilisation massive et répétée d'antibiotiques en santé humaine et animale génère au fil du temps une augmentation des résistances bactériennes. En effet, les antibiotiques agissent non seulement sur leur cible spécifique, la bactérie responsable de l'infection à traiter, mais également, pour la majorité d'entre eux, sur d'autres cibles telles que les bactéries commensales du tube digestif qui sont des bactéries utiles et non pathogènes. Or, toutes les bactéries sont susceptibles d'acquérir des capacités de résistance aux antibiotiques. Ainsi, la prise d'antibiotique, répétée ou ponctuelle, peut conduire à l'émergence de bactéries résistantes qui vont rendre les traitements antibiotiques ultérieurs moins efficaces, pour le patient chez qui elles apparaissent, mais également pour la collectivité quand elles diffusent dans l'environnement et se transmettent à d'autres patients. Afin de contenir ce phénomène, il importe que chacun dispose de connaissances actualisées sur les résistances bactériennes et sur les consommations des antibiotiques. La journée européenne de sensibilisation au bon usage des antibiotiques du 18 novembre 2015 donne l'occasion de sensibiliser les professionnels de santé et le grand public à la nécessaire mobilisation pour un meilleur usage des antibiotiques disponibles et un renforcement de la lutte contre la résistance aux antibiotiques. 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 incluse 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 de 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). Les données sont présentées séparément pour le secteur non hospitalier (intitulé « en ville » dans l'ensemble du document) et pour le secteur hospitalier (intitulé « établissements de santé (ES) » dans l'ensemble du document) car si la plus grande part des antibiotiques est utilisée en médecine de ville, les consommations hospitalières présentent des spécificités (types d'antibiotiques utilisés et lien avec l'activité hospitalière) qui justifient de les distinguer.

L'ensemble des données présentées sont comparées aux données européennes quand ces dernières sont disponibles

(2014). L'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013. St Denis : ANSM
<https://archiveansm.integra.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. Les ATB à visée systémique de la classe J01 de la classification Anatomical Therapeutic Chemical (ATC), la rifampicine et les imidazolés per os, ainsi que les antifongiques à visée systémique de la classe J02, dispensés en hospitalisation complète, ont été exprimés en nombre de doses définies journalières (DDJ) et rapportés à l'activité selon les recommandations nationales et de l'Organisation mondiale de la santé (système ATC-DDD, 2012). Des données de résistance ont été collectées pour sept couples bactérie/antibiotique. Les 1 411 ES participants en 2012 représentaient 66 % des journées d'hospitalisation (JH) et avaient consommé 374 DDJ/1 000 JH. Les ATB les plus utilisés étaient l'association amoxicilline-acide clavulanique (32 %), l'amoxicilline (17 %) et la ceftriaxone (5 %). La consommation médiane d'ATB variait de 52 DDJ/1 000 JH dans les hôpitaux psychiatriques à

550 dans les hôpitaux d'instruction des armées. Des variations étaient observées selon les secteurs d'activité, de 62 DDJ/1 000 JH en psychiatrie à 1 506 en réanimation. Dans 565 ES ayant participé chaque année depuis 2008, la consommation en 2012 était stable par rapport à celle de 2011 alors qu'elle avait progressé de 7 % environ entre 2008 et 2012. Les données de résistance étaient en cohérence avec celles issues de réseaux spécifiques. La consommation d'antifongiques était deux fois plus importante en hématologie (340 DDJ/1 000 JH) qu'en réanimation (163 DDJ/1 000 JH). La surveillance en réseau permet à chaque ES de se situer, dans un objectif de comparaison, d'échanger sur les pratiques et organisations, et de suivre les tendances évolutives. L'analyse des consommations d'ATB est à compléter d'évaluation des pratiques. (R.A.)

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 poly pathologiques 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'efficacité 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.

Sclicson, S. (2014). Disparités régionales de consommation pharmaceutique, Paris : IMS Health
<https://www.imshealth.com/deployedfiles/imshealth/Global/EMEA/France/Home%20Page%20Content/News/Disparite%20R%C3%A9gionales.pdf>

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

(2013). Usage des statines : une structure de consommation à améliorer, un potentiel d'économies majeur pour le système de soins, Paris : CNAMTS

<https://docplayer.fr/28835517-Usage-des-statines-une-structure-de-consommation-a-ameliorer-un-potentiel-d-economies-majeur-pour-le-systeme-de-soins.html>

Les statines, médicaments destinés à traiter l'excès de cholestérol dans le sang, notamment le LDL-Cholestérol, constituent l'une des principales classes thérapeutiques prescrites en France : 6,4 millions de patients suivent actuellement un traitement par statines, on enregistre plus d'1 million de nouveaux patients traités chaque année et les remboursements représentent 1,2 md € en 2012. L'Assurance Maladie, dans le champ qui est le sien et comme elle le fait depuis plusieurs années, a souhaité compléter son analyse sur l'usage de ces médicaments en France, afin de favoriser une utilisation appropriée des statines et optimiser leurs coûts pour la collectivité. Les recommandations sanitaires, françaises et internationales, reconnaissent l'efficacité clinique des statines chez le patient à risque cardio-vasculaire, et ce, quelle que soit la molécule prescrite. Une étude inédite menée par l'Assurance Maladie, à partir de ses bases de données et du PMSI, ne montre ainsi pas de différence significative d'efficacité sur la morbidité entre la rosuvastatine 5 mg et la simvastatine 20 mg. Celle-ci porte sur un effectif important : près de 165 000 patients, suivis sur une période moyenne de 3 ans et ayant débuté un traitement par statines en prévention primaire. Les conclusions de cette analyse apportent un éclairage complémentaire pour améliorer la prescription des statines en France.

(2013). État des lieux en 2013 de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise. St Denis : ANSM

<https://archiveansm.integra.fr>

Ce rapport fait un état des lieux sur la consommation de benzodiazépines. Ce rapport est une actualisation du rapport précédent publié en janvier 2012. L'ensemble de ces nouvelles données confirme en particulier la reprise de la consommation de benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques en lien avec une prescription importante de ces molécules et pour une durée souvent trop longue. En conséquence, un nouveau plan d'actions va être proposé par les autorités sanitaires courant 2014 pour mieux encadrer ces prescriptions de benzodiazépines et mieux informer professionnels de santé et patients sur leurs risques afin de prévenir la banalisation de leur recours

(2013). Évolution des consommations d'antibiotiques en France. Saint-Denis : ANSM

<https://archiveansm.integra.fr>

Depuis plus de dix ans, tant au niveau français qu'europpéen, de nombreuses actions ont été entreprises pour lutter contre le développement des résistances aux antibiotiques. En France, sous l'égide du ministère des Affaires Sociales et de la Santé, un troisième plan pluriannuel a été

mis en place pour la période 2011-2016. Dans un contexte qui se caractérise par le développement des situations d'impasse thérapeutique, ce nouveau plan vise à une juste utilisation des antibiotiques, en s'articulant autour de trois axes stratégiques : 1. Améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients : 2. Préserver l'efficacité des antibiotiques : 3. Promouvoir la recherche. Cet objectif est d'autant plus prioritaire que la consommation d'antibiotiques en France est élevée : elle se situe à un niveau nettement supérieur à la moyenne européenne. Pour évaluer les résultats déjà obtenus, et mieux définir des axes de progrès, une connaissance précise des caractéristiques de la consommation d'antibiotiques et de son évolution est donc indispensable. Elle s'inscrit, de surcroît, dans les préoccupations du nouveau Plan Antibiotiques qui fixe désormais un objectif chiffré en matière de réduction des consommations : - 25 % d'ici 2016. Aussi, depuis deux ans, l'ANSM a-t-elle entrepris de réunir et de publier chaque année, sous une forme synthétique, les principales données dont elle dispose. Ce nouveau rapport présente également les principaux enseignements que l'on peut dégager des premiers chiffres de l'année 2012. Ces données proviennent de deux sources. Les déclarations de ventes dont dispose l'ANSM ont, bien entendu, été utilisées. Elles ont permis, en raison de leur caractère exhaustif, de mesurer la totalité de la consommation française. Des données complémentaires, portant sur la consommation en ville, traitées par l'ANSM mais résultant d'une collaboration avec la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés, ont également été utilisées. Elles permettent de connaître et d'analyser de façon plus détaillée les caractéristiques de la consommation de la population affiliée au régime général

(2013). Médicaments : pour une transparence de la consommation et des coûts. Paris CNOP

https://www.ordre.pharmacien.fr/content/download/131173/683213/version/3/file/Medicaments_pour_une_transparence_de_la_consommation_et_des_couts-HDef.pdf

Cette étude vise à tordre le cou à cinq idées reçues selon lesquelles la consommation de médicaments des Français est la plus élevée d'Europe, tout comme les prix des produits sans ordonnance, les pharmaciens incitent les Français à la consommation, une concurrence réelle n'existe pas entre les pharmacies françaises et les pharmacies sont systématiquement plus chères que les parapharmacies.

(2012). Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France. St Denis ANSM

<https://archiveansm.integra.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 baisser la consommation d'antibiotiques tant en ville qu'à l'hôpital. Ce mouvement de baisse n'a cependant pas été continu et, depuis 2005, une légère tendance à la reprise se dégage. Les premiers résultats de l'année 2011 confirment cette évolution. Il apparaît également que l'incidence des pathologies hivernales (quelle qu'en soit l'origine) constitue un élément majeur pour expliquer les évolutions d'une année sur l'autre. Pris dans leur ensemble, ces résultats demeurent néanmoins positifs et démontrent 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 le premier consommateur d'antibiotiques en Europe, comme c'était le cas au début des années 2000. Une analyse détaillée des données fait apparaître que la consommation n'est pas homogène : elle présente

des disparités importantes, en fonction de l'âge, du sexe, mais aussi du lieu de résidence. Ainsi les femmes consomment-elles plus d'antibiotiques que les hommes, et la consommation progresse-t-elle avec l'âge. Par ailleurs, le niveau de consommation est plus élevé dans les régions du nord de la France que dans les Pays de la Loire ou la région Rhône-Alpes. D'un département à l'autre, ces écarts peuvent être encore plus importants. Sur un autre plan, il ressort que le nombre de substances actives antibiotiques dont disposent les prescripteurs diminue. Contrairement à d'autres classes thérapeutiques qui ont bénéficié de l'introduction d'innovations importantes, très peu de nouveaux médicaments sont venus enrichir les différentes classes d'antibiotiques.

(2012). La consommation médicamenteuse des personnes âgées en ville. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2011 - Prévisions 2012 et 2013. Tome 1., Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale : 135-137

https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2012/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-JUILLET_2012.pdf

La dépense de médicaments en ville s'est élevée à 22,6 Md en 2011. Une grande part de cette dépense est consacrée aux personnes âgées de plus de 65 ans. Cette catégorie représente en effet 17 % de la population française (13 % pour les plus de 70 ans) mais a concentré près de 44 % de la dépense remboursée de médicaments en ville en 2011. La croissance de la dépense globale est tirée par les traitements de pathologies souvent liées à l'âge.

Cadet-Tairou, A., et al. (2012). Médicaments psychotropes, consommations et pharmacodépendance. Expertise collective. Paris INSERM

<https://www.vie-publique.fr/rapport/32927-medicaments-psychotropes-consommations-et-pharmacodependances>

Sous le terme de médicaments psychotropes, on désigne les médicaments qui agissent sur l'état du système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux. Il s'agit globalement des médicaments utilisés pour traiter des troubles mentaux banals ou graves et dans le cadre du traitement de la douleur. Du fait de leurs propriétés psychoactives, les médicaments psychotropes peuvent entraîner une dépendance dans un contexte de consommation chronique ou d'abus. Les médicaments psychotropes sont parfois consommés en dehors de tout contexte médical et peuvent faire l'objet de détournements voire de trafics au même titre que les drogues illicites. La Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT) a sollicité l'Inserm pour la réalisation d'une expertise collective sur les consommations de médicaments psychotropes, les mésusages et pharmacodépendances associés afin de bénéficier d'un éclairage scientifique sur ces phénomènes assorti de recommandations utiles à l'amélioration des dispositifs réglementaires, de prévention et de soin existant en France. Pour répondre à cette demande, l'Inserm a réuni un groupe pluridisciplinaire de 11 experts dans les champs de l'épidémiologie, la pharmacovigilance, la santé publique, la sociologie, l'anthropologie, la toxicologie, la psychiatrie, la neurobiologie qui ont analysé plus de 1100 publications scientifiques internationales permettant de dresser les principaux constats sur la situation française dans ce domaine.

Cavalié, P. C. Et Richard, N. C. (2012). État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. St Denis AFSSAPS

<https://archiveansm.integra.fr>

Les benzodiazépines sont des molécules qui agissent sur le système nerveux central et qui possèdent toutes des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes mais a des niveaux différents en fonction de leur structure chimique. En France, 22 benzodiazépines et apparentées sont actuellement commercialisées. Elles sont ainsi indiquées et prescrites, selon leurs propriétés pharmacologiques, dans le traitement symptomatique des manifestations anxieuses, dans les manifestations du sevrage alcoolique, dans les troubles sévères du sommeil, dans le traitement des épilepsies généralisées ou partielles et le traitement des contractures musculaires douloureuses. Depuis les années 1990, de nombreux travaux ont souligné le niveau élevé de la consommation de médicaments psychotropes des français, en particulier des anxiolytiques et des hypnotiques, principalement représentés par les benzodiazépines. En 2009, selon certaines données européennes, la France était le deuxième pays européen consommateur d'anxiolytiques (après le Portugal) et hypnotiques (après la Suède). Par ailleurs, un certain nombre d'effets négatifs et de risques sont associés à la consommation de benzodiazépines. Ce rapport vise à étudier la consommation actuelle des benzodiazépines en France et son évolution depuis 10 ans au travers des données de ventes déclarées à l'Afssaps, de données de remboursement de l'assurance maladie, d'études réalisées sur des populations particulières et de données provenant des systèmes de vigilance de l'Afssaps. Il présente également les actions réalisées par les autorités sanitaires ainsi qu'un plan d'action proposant des mesures pour limiter la consommation des benzodiazépines et favoriser leur bon usage.

Cavalié, P. (2012). « Évolution 2000-2010 de la consommation d'antibiotiques en France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (42-43) : 480-484.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/resistance-aux-antibiotiques/documents/article/evolution-2000-2010-de-la-consommation-d-antibiotiques-en-france>

En raison du développement de la résistance bactérienne, l'usage inapproprié des antibiotiques a des conséquences pour la collectivité toute entière. Ce problème a pris une telle ampleur que les autorités ont, depuis le début des années 2000, développé des programmes de surveillance et favorisé des actions visant à maîtriser l'usage des antibiotiques. Il en a résulté, au cours des dix dernières années, une baisse de leur consommation, tant en ville qu'à l'hôpital. Cette baisse a cependant été plus marquée au début de la période et, depuis quelques années, une tendance à la reprise se manifeste. Une analyse détaillée des résultats révèle que la consommation française ambulatoire, qui demeure l'une des plus élevées d'Europe, se caractérise par son hétérogénéité. Les femmes consomment davantage que les hommes, la consommation varie significativement selon la tranche d'âge et surtout, d'importantes disparités régionales existent. En termes qualitatifs, la consommation des pénicillines, seules ou en association, demeure prédominante, mais le développement de l'usage de certaines molécules, dites de « réserve », est d'autant plus préoccupant que l'innovation est aujourd'hui trop faible pour faire face aux situations d'impasse thérapeutique auxquelles sont confrontés les prescripteurs. (Résumé d'auteur).

(2011). Les Français ont modéré leur consommation de médicaments, mais restent en retard sur les génériques, Paris : CNAMTS

f

Parmi les pays observés dans cette étude, la France enregistre la plus faible croissance des volumes de médicaments consommés. Les actions mises en place par l'Assurance Maladie auprès des médecins et du grand public pour consommer à bon escient les médicaments portent leurs fruits. La France conserve cependant la 1^{ère} place des pays européens pour les dépenses de médicaments, en raison notamment de prescriptions encore trop faibles de médicaments génériques.

Kambia-Chopin, B. Et Perronnin, M. (2010). « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? » Questions d'Économie de la Santé (Irdes) [158]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

Les franchises de 0,5 centimes sur les boîtes de médicaments, mises en place le 1^{er} janvier 2008, avaient notamment pour objectif d'inciter les individus à réguler leur consommation de médicaments. Néanmoins, la somme prélevée par boîte étant la même quels que soient la nature du médicament, le niveau de ressources et l'état de santé des individus, cette charge financière pèse plus fortement sur les individus malades ou à faibles revenus et peut les contraindre à renoncer à des soins utiles. Afin d'apporter un premier éclairage sur ces hypothèses, une analyse a été menée à partir de données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008. 12 % des enquêtés déclarent avoir modifié leurs achats de médicaments suite à la mise en place des franchises. Ce comportement est influencé par le niveau de revenu et l'état de santé : la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 euros par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1 167 euros par mois, soit un quasi-doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparés aux autres. Une différence similaire est observée entre les individus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais comparés à ceux qui se déclarent en bonne santé (résumé d'auteur).

Reduron, V. (2010). « Médicaments remboursables délivrés en officine : principales évolutions en 2009. » Points de Repère (34)

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

Avec plus de 21 milliards d'euros en 2009, les remboursements de médicaments représentent le premier poste de dépense des soins de ville. Sa croissance s'est nettement infléchie au cours des cinq dernières années, atteignant 2 % en 2009.

6.3 EVALUATION ECONOMIQUE

(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%20JUN%202021.pdf>

En 2020, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville continue de progresser pour la troisième année consécutive et atteint 19,8 Md€, en hausse de 1,8%. Cette hausse intervient alors même que la crise de la Covid-19 a pesé sur le nombre de boîtes de médicaments vendues, avec un recul historique de 3,5%, qui s'explique d'une part par les deux confinements, mais aussi par la baisse du volume de médicaments indiqués dans le traitement des pathologies hivernales, mieux contrôlées par les gestes barrières liés à la Covid-19. En sens inverse, les baisses de prix ont été moindres que lors des années précédentes (-2,9% contre -4% en moyenne entre 2012 et 2019), tandis que le chiffre d'affaires a été dynamisé par l'arrivée sur le marché officinal de molécules onéreuses. En particulier, Orkambi® a été délivré en pharmacie à compter de décembre 2019, alors qu'il était auparavant disponible exclusivement à l'hôpital au titre de son autorisation temporaire d'utilisation dans le traitement de la mucoviscidose. En outre, la progression toujours soutenue des anticoagulants oraux Eliquis® et Xarelto® contribue pour 0,6 point à la croissance du chiffre d'affaires en 2020. La modération du chiffre d'affaires liée à la pénétration en hausse des médicaments génériques ne fait que tempérer cette hausse du CAHT. Cette pénétration en hausse s'explique en partie par l'entrée en vigueur d'une nouvelle mesure qui plafonne le remboursement des assurés refusant sans justification médicale la substitution d'un médicament princeps par un générique (article 66 de la LFSS pour 2019). Les remboursements par l'assurance maladie de médicaments délivrés en ville évoluent beaucoup plus vite (+4,0% en 2020) que le chiffre d'affaires hors taxe (+1,8%), alors qu'en 2019, leurs taux de croissance étaient proches (cf. graphique 1). Ce décalage exceptionnel tient aux honoraires des pharmaciens, intégrés au périmètre remboursé par l'assurance maladie. Les honoraires des pharmaciens ont en effet été augmentés pendant la crise (tests antigéniques et délivrance de masque), ce qui s'ajoute aux hausses prévues dans le cadre de la refonte des honoraires des pharmaciens (avenant 11 à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, signé en 2017).

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 sociale. Résultats 2019, prévisions 2020](#)], Paris : CCSS.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS%20JUN%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 sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021], Paris : CCSS.

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

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 encombrant 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)

Dans le premier article de ce numéro intitulé « Existe-t-il un juste prix du médicament ? », Claude Le Pen se demande s'il existe une définition « scientifique » du juste prix. Il s'arrête sur trois définitions que la science économique a successivement proposées. Pour Saint Thomas d'Aquin, le juste prix n'est pas dans l'objet mais dans les motivations morales des contractants. La deuxième définition dérive de la théorie de la valeur de l'école classique puis néoclassique : le juste prix est celui qui reflète exactement sa valeur d'échange, soit son coût de production dans une perspective ricardienne, soit sa valeur thérapeutique dans une perspective néoclassique où valeurs d'usage et d'échange coïncident. La dernière définition est celle des théoriciens de la justice sociale comme John Rawls. Pour ces penseurs, le juste prix n'est pas défini par la vertu des contractants ou par son adéquation à une quelconque valeur intrinsèque dissimulée dans l'objet (coût de production ou valeur thérapeutique) mais par son mode de détermination. Dans ces conditions, un prix peut parfaitement être exorbitant et juste, pourvu qu'il résulte d'une procédure de fixation correcte et équitable. C. Izambert, A. Toullier, C. Glémarec et M. Dixneuf proposent ensuite une analyse des positionnements successifs des associations concernant l'accès aux innovations thérapeutiques en France. À travers un retour sur l'histoire de la lutte contre le sida, l'article montre comment la bataille pour l'accès à l'innovation a évolué. Dans les années 1990, le combat des associations visait à exiger des industriels la production de traitements adaptés aux besoins des malades et à obtenir un accès rapide et inconditionnel aux nouveaux traitements. À cette époque, si les prix des nouvelles molécules ne font pas l'objet

d'une expertise critique systématique de la part des associations de lutte contre le sida en France, la solidarité avec la situation des malades des pays du Sud leur permet toutefois de se forger un regard critique sur les pratiques tarifaires des industriels. Dans la décennie 2000, la question du prix commence à se poser également dans les pays du Nord. En effet, à cette époque s'opère un changement d'échelle. Alors que jusqu'à présent, les prix très élevés concernaient seulement les médicaments de niche destinés à un nombre très limité de malades, désormais des traitements largement prescrits sont également concernés. Dans ces conditions, le prix du médicament menace la pérennité des systèmes de santé et est susceptible de compromettre l'accès universel aux innovations thérapeutiques.

(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

En 2017, le chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officines de ville retrouve une croissance positive après une année de stabilisation et plusieurs années de recul (+0,2 % en 2017 après 0,0 % en 2016, -0,9 % en 2015, -1,9 % en 2014 et -2,3 % en 2013). Cette progression résulte notamment de l'arrivée sur le marché de produits onéreux avec par exemple l'inscription au remboursement de l'anticancéreux Imbruvica®. Le CAHT des médicaments du répertoire des médicaments génériques est en hausse de 1,8 % et s'élève à 5,0 Md€ dont 3,5 Md€ concernent les médicaments génériques. Le chiffre d'affaires des génériques a augmenté en 2017 de 0,2 %. Cette hausse s'explique par les tombées de brevets notamment celle de Crestor® (rosuvastatine, permettant de diminuer les taux de cholestérol et de triglycérides circulant dans le sang) ou encore par la commercialisation de l'imatinib, générique du référent Glivec® (indiqué dans le traitement des leucémies), mais aussi par la hausse du taux de pénétration des génériques poussée par la mise en place du plan national de promotion des génériques en mars 2015. En décembre 2017, plus d'une boîte sur trois délivrée en ville est un générique. Le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATTC, comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève globalement à 25 Md€, en hausse de 0,4 % par rapport à 2016. Sur la base de ce CATTC, le montant remboursable par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en hausse de 0,4 % par rapport à 2016.

(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'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer. 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'efficacité 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'efficacité nécessaires. 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. Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2016. Prévisions 2017, Paris : Ministère chargé de la santé : 132-135.

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000715.pdf>

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://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/174000870-les-donnees-de-vie-reelle-un-enjeu-majeur-pour-la-qualite-des-soins-et-la-regulation?xtor=EPR-526>

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 CESE
<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 concitoyens 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).

Panel, 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 polymédication 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.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/164000608.pdf>

En 2015, le chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) des médicaments remboursables délivrés en officine de ville est de 18,0 Md€, en baisse de 0,9 % par rapport à 2014. Sur le même champ, le chiffre d'affaires toutes taxes comprises (CATT – comprenant les marges des grossistes et des pharmaciens et la TVA) s'élève à 25,1 Mds€. Sur la base de ce CATT, le montant remboursé par l'assurance maladie s'élève à 20,3 Md€, en baisse de 0,1 % par rapport à 2014. Suite à la mise en place de l'avenant n°5 à la convention nationale, les montants remboursés, en 2015, intègrent les honoraires de dispensation. Comme l'année précédente, le CAHT (chiffre d'affaires de l'industrie) et le montant remboursé de médicaments en ville n'évoluent pas au même rythme. En 2015, les montants remboursés par l'assurance maladie diminuent moins que le CAHT en raison notamment de l'augmentation tendancielle du taux de prise en charge par l'assurance maladie. D'autres facteurs peuvent intervenir, tels que l'évolution des marges (grossistes et pharmaciens), mais aussi les ventes en automédication, les comportements de stockage des médicaments par les pharmaciens, et les modifications de taux de remboursements suite à réévaluation du service médical rendu. De plus, le développement des génériques a déplacé la structure des remboursements de médicaments vers des médicaments à marges relativement plus élevées expliquant la baisse plus faible des montants remboursés, même si ce facteur a modérément joué en 2015. Les dépenses de médicaments comptabilisées dans l'ONDAM soins de ville, d'un montant de 23,0 Md€ en 2015, comprennent les médicaments rétrocédés en pharmacie hospitalière qui avaient fortement augmenté en 2014 en raison notamment de l'arrivée sur le marché des nouveaux traitements contre l'hépatite C. Par ailleurs, ces dépenses sont brutes des remises conventionnelles versées par l'industrie pharmaceutique. L'analyse des remboursements, pour l'assurance maladie, porte ici sur le champ relevant de l'objectif relatif aux soins de ville.

Parkinson, B., et al. (2016). « Stratégies de désinvestissement des produits pharmaceutiques : une revue de littérature internationale. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [220] : 8.
<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://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000858.pdf>

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'avons 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 allègement 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). Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher. La Défense IMS Health

Cette étude, menée par IMS Health et le groupe de réflexion pharmaceutique, sur 170 000 patients suivis durant un an dans six pathologies chroniques, apporte des éclairages nouveaux sur l'importance sanitaire et sur les conséquences économiques de la mauvaise observance. Les résultats montrent que seuls 13 % à 52 % des patients selon les pathologies peuvent être considérés comme de bons observants. Le coût évitable des complications médicales liées à la mauvaise observance est évalué à plus de 9 milliards d'euros par an pour les six pathologies considérées.

(2014). Le marché des génériques en France 2014. Situation actuelle et perspectives. Paris Smart Pharma Consulting

Cette étude évalue l'impact des mesures déjà mises en place au cours de ces dernières années. L'étude dresse également les perspectives du marché générique d'ici à 2017.

(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-referance-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'efficacité 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'efficacité 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 I). 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://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-066R - Rapport_DEF.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-066R_-_Rapport_DEF.pdf)

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).

(2013). Bilan de 9 ans de régulation sur les différents postes de soins 2005-2013. Paris Le BIPE : Paris LEEM

<https://www.leem.org/sites/default/files/Etude-Bipe-2005-2013.pdf>

Cette étude synthétise, pour la 1ère fois, l'ensemble des économies réalisées par l'assurance maladie sur les différents postes de dépenses depuis 2005 jusqu'à 2013, à partir des données officielles et avec une méthodologie explicitée. Le résultat confirme, en les affinant, les travaux précédents du BIPE : le médicament a apporté 56 % des économies totales sur la période alors qu'il ne représente que 15 % de l'ONDAM. Ceci sans compter le médicament hospitalier, pour lequel les économies n'ont pas été séparées de celles estimées pour l'ensemble des dépenses hospitalières. Les économies nouvelles réalisées par l'assurance-maladie de base sur le médicament ont représenté 10,3 milliards d'euros en 9 ans, soit 1,15 milliard d'euros par an, soit un gain de « productivité » moyen de 5,4 % par an. Ce ratio a atteint près de 7 % en 2012 et en 2013.

(2013). Économies sur les dépenses de médicaments en ville : retour sur les mesures prises depuis 2005. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012 - Prévisions 2013., Paris : Commission des comptes de la sécurité sociale

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

Depuis 2004, un volet pluriannuel de mesures portant sur le médicament, visant à modérer la dépense du secteur, a été engagé. Celles-ci se sont appuyées à la fois sur des baisses de prix des médicaments sous brevet et sur le répertoire des génériques. Des baisses de taux des prises en charge ont également été réalisées. En parallèle, l'assurance maladie a mis en œuvre des actions de maîtrise médicalisée qui visent à inciter les médecins à des prescriptions plus efficaces et portant sur un nombre croissant de classes thérapeutiques. L'enjeu est important car en 2012 les dépenses de médicaments tous régimes en soins de ville se sont élevées à 22,5 Md€, soit près de 29 % des soins de ville et plus de 13 % de la dépense globale du champ de l'ONDAM. Sur ce poste, l'économie totale pour l'assurance maladie des mesures 2012 est estimée à 1,25 Md€ sur les soins de ville.

(2013). Médicaments, pour une transparence de la consommation et des coûts. 5 questions franches et 1 enquête incontestable. Paris Conseil National de l'Ordre des pharmaciens

<https://www.ordre.pharmacien.fr/Communications/Rapports-Publications-ordinales/Medicaments-pour-une-transparence-de-la-consommation-et-des-couts>

Alors que l'Autorité de la concurrence publie un rapport relatif à la distribution des médicaments en ville et que le secteur de la pharmacie est régulièrement interpellé, l'Ordre national des pharmaciens (ONP) publie ce document intitulé « Médicaments, pour une transparence de la consommation et des coûts, en 5 questions franches et une enquête incontestable ». Il rassemble des données issues de rapports officiels : ANSM, Cnamts, OCDE, Drees, IMS Health et porte sur plusieurs milliers de pharmacies françaises et européennes, parapharmacies et Grandes et Moyennes Surfaces (GMS).

Legal, R. Et Pilorge, C. (2013). « Coût de l'ordonnance des médecins généralistes. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [44]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article44.pdf>

Cette étude examine la possibilité de cibler les médecins en fonction du coût de leurs prescriptions : on compare des ciblage avec et sans ajustement au risque, c'est-à-dire avec et sans prise en compte de l'état de santé de la patientèle. La sensibilité de l'indicateur à la méthode retenue d'ajustement au risque est analysée à partir de données sur les prescriptions des médecins. Les résultats indiquent que l'ajustement au risque permet de mieux expliquer les différences de prescription entre médecins. Toutefois, cet ajustement ne modifie pas sensiblement le ciblage des « gros prescripteurs ».

Paris, V. Et Belloni, A. (2013). Value in Pharmaceutical Pricing. OECD Health Working Papers : 63. Paris OCDE

<https://dx.doi.org/10.1787/5k43jc9v6knx-en>

Cette étude analyse comment 14 pays de l'OCDE prennent en compte la "valeur" dans leurs décisions concernant le remboursement et le prix des nouveaux médicaments. Elle décrit le type de « résultats » pris en compte, la perspective et les méthodes adoptées pour l'évaluation économique là où elle est utilisée, ainsi que la prise en compte de l'impact budgétaire. Elle décrit quelles dimensions sont prises en compte pour évaluer le caractère innovant et les conséquences de cette évaluation en termes de prix : elle confirme que les pays accordent souvent une valeur plus élevée aux traitements pour les maladies sévères et/ou rares et montre comment les pays utilisent les accords « par produit » pour tenter de mieux adapter le prix à la valeur.

Aunay, T. (2012). « Les prix des médicaments de 2000 à 2010. » Insee Première (1408)
<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1408/ip1408.pdf>

L'Insee suit deux types de prix à la consommation pour les médicaments : le prix « brut », qui est le prix de marché hors remboursement de sécurité sociale et le prix « net », qui correspond à la partie résiduelle du prix acquittée par le consommateur après prise en charge de tout ou partie du coût par la sécurité sociale (hors mutuelles). Entre 2000 et 2010, le prix « brut » de l'ensemble des médicaments remboursables et non remboursables baisse en moyenne de 1,8 % par an. Dans le même temps, le prix « net » de ces médicaments augmente en moyenne de 0,6 % par an entre 2000 et 2010. Ces évolutions opposées s'expliquent par les différentes mesures de déremboursement partiel ou total intervenues durant la période, ainsi que par la forte progression du prix des médicaments non remboursables.

Bergua, L., et al. (2012). « Comment expliquer les écarts de prix des médicaments similaires ? Une analyse en données de panel 2001-2009. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [178]
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes178.pdf>

Le débat autour des médicaments similaires, bien que datant des années 1960, reste d'actualité au regard de leur prolifération sur le marché. Ces médicaments - qui ont une structure chimique, un mode d'action thérapeutique et des indications proches du premier entrant de la classe thérapeutique à laquelle ils appartiennent - sont pour certains équivalents sur le plan clinique, en raison de l'effet de classe qui les lie, alors que d'autres justifient leur présence sur le marché par l'innovation même faible qu'ils contiennent. Si les médicaments similaires sont suffisamment proches du médicament original, leurs prix ne devraient théoriquement pas différer dès lors que l'un des objectifs du régulateur est de rémunérer prioritairement l'innovation thérapeutique. Or qu'en est-il ? À partir d'une sélection de 31 groupes de médicaments similaires, il s'agit ici d'étudier et de chercher à expliquer les écarts de prix existant, sur la période 2001-2009, entre le premier entrant dans une classe thérapeutique et les entrants successifs. Les résultats montrent des écarts de prix significatifs entre similaires, avec un écart moyen par groupe de 59 % par rapport au premier entrant. Parmi les facteurs qui influencent le plus les écarts de prix, notons, ce qui est conforme aux règles de fixation du prix du médicament en France, l'innovation thérapeutique. Mais l'ampleur des écarts de prix due à cette innovation souvent minime (+ 16 % pour un degré d'innovation, + 43 % pour deux degrés ou plus) interroge. Par ailleurs, la tarification proportionnelle au dosage accroît fortement les écarts de prix, ce qui se révèle inéquitable pour les patients dont l'état de santé justifie de plus fortes doses. Au vu des expériences étrangères, la question de la gestion des flux d'entrées et de sorties des médicaments similaires pris en charge par la collectivité mérite d'être posée.

Sorasith, C., et al. (2012). Déterminants de l'écart de prix entre médicaments similaires et le premier entrant d'une classe thérapeutique. Document de travail (Irdes) : 43. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT43determinantsPrixMedicamentsClasseTherapeutique.pdf>

Cette recherche vise à estimer, au sein de 31 groupes de médicaments homogènes du point de vue de leur structure moléculaire et de leurs indications, l'écart de prix entre la première présentation arrivée sur le marché et les similaires qui l'ont suivie, et à analyser les déterminants de cet écart de prix. Les résultats montrent l'existence d'écarts de prix significatifs avec un écart moyen de 59 % par groupe. Au sein d'un groupe donné, l'innovation accroît les écarts de prix tandis que l'arrivée de génériques dans un groupe ou la mise sous TFR (Tarif forfaitaire de responsabilité) les réduit.

Borgetto, M., et al. (2011). « Prix et remboursement des médicaments : bilan d'une politique. » Revue de Droit Sanitaire Et Social (3) : 389-440.

Le secteur pharmaceutique traverse actuellement une crise majeure en France avec l'affaire du Mediator. Représentant environ 20 % du budget de l'assurance maladie, la prise en charge des spécialités pharmaceutiques se trouve aujourd'hui confrontée à de nouveaux enjeux, dont le coût de plus en plus important des innovations thérapeutiques. Le régime de remboursement des médicaments repose sur des textes remontant essentiellement à 1999, malgré des réformes intervenues dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Reprenant les actes du colloque organisé, le 23 juin 2010, par l'Institut Droit et Santé de Paris Descartes, ce dossier dresse un bilan sur l'économie du médicament remboursable.

Pichetti, S. Et Sermet, C. (2011). « Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2010 : éléments d'évaluation. » Questions d'Economie de la Santé (167)
<https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes167.pdf>

L'augmentation continue des dépenses pharmaceutiques a incité les pouvoirs publics, sur la période 2002-2010, à dérembourser les médicaments à faible efficacité thérapeutique. Sur les 486 médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant toujours commercialisés en mars 2011, 369 ont été déremboursés tandis que 117 restent remboursés à 15 % pour la plupart. Le premier impact de ces vagues de déremboursement est une baisse immédiate de la prescription des médicaments concernés et une réduction importante du nombre de boîtes de médicaments vendus. L'augmentation de l'automédication sur ces médicaments déremboursés ne compense pas la forte baisse des quantités vendues. Pour les patients continuant à consommer ces médicaments, le prix a augmenté de 43 % en moyenne juste après le déremboursement. Le bilan de ces mesures de déremboursement doit également prendre en considération les éventuels reports de prescription vers des classes thérapeutiques toujours remboursées, qui peuvent avoir des conséquences à la fois en termes de santé publique. La substitution peut ne pas être pertinente d'un point de vue médical et en termes d'économies pour l'Assurance maladie, qui sont d'autant plus réduites que la substitution vers des classes toujours remboursées est forte. Si le déremboursement des médicaments produit des économies immédiates, son efficacité sur le long terme pose question et mériterait de s'appuyer sur des

outils de pilotage permettant d'anticiper et de suivre l'impact des futures sorties du panier remboursable.

(2010). Efficacité et efficacité des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines. Evaluation économique. Paris : HAS

https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/5_statines-argumentaire_complet_maj_sept_2010.pdf

Toutes statines confondues, le traitement par statines diminue le risque de mortalité toutes causes de 10 % quel que soit le profil du patient, et le risque d'événements cardiovasculaires de 15 % à 23 %, selon l'événement étudié. Le rapport coût-efficacité d'un traitement par statine est jugé favorable en prévention secondaire, et en prévention primaire pour les patients à haut risque cardiovasculaire. Les différentes statines n'ont pas d'effet significativement différent en termes de mortalité toutes causes et les effets indésirables sont de nature et de fréquence identiques. L'effet des différentes statines sur la survenue d'événements cardiovasculaires (ECV) ne peut pas être analysé de manière rigoureuse sur l'ensemble des molécules et des dosages à partir des données disponibles. Dans la mesure où il existe une relation démontrée entre la baisse du LDL-c et la réduction des ECV, la réduction du LDL-c peut être acceptée comme un indicateur intermédiaire de la morbidité CV. Les statines ayant une efficacité biologique différente, la prise en compte de ce second critère dans la décision conduit à recommander, pour un patient en initiation de traitement, la statine la plus efficace en fonction de la baisse de LDL-c recherchée lorsqu'un traitement est jugé nécessaire par le prescripteur, en tenant compte du niveau de risque cardio-vasculaire initial du patient. La prescription d'une simvastatine générique est à envisager en priorité pour les hypercholestérolémies faibles à modérées (moins de 40 % de réduction visée du niveau de LDL-c), avec un dosage adapté à la valeur cible recherchée (10 mg, 20 mg, 40 mg). Lorsque la baisse de LDL-c souhaitée est très faible et qu'un traitement médicamenteux est jugé nécessaire, la pravastatine 10mg sera préférée. L'atorvastatine 10 mg et la rosuvastatine 5 mg sont des alternatives de la simvastatine 40 mg lorsque la baisse de LDL-c souhaitée est modérée (entre 30 % et 40 %). Pour une baisse du LDL-c souhaitée de plus de 40 %, seules la rosuvastatine et l'atorvastatine permettent d'atteindre la valeur cible : entre 40 % et 50 %, la rosuvastatine (10,20 mg) est à envisager en priorité : au-delà, l'atorvastatine 80mg est la seule molécule permettant une réduction moyenne du LDL-c de plus de 50 %.

6.4 PRESCRIPTION

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 et 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." *Geneses* **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'efficacité 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'efficacité 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 2018¹⁴. 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 chantiers 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-medicine.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. Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale., Paris : Cour des Comptes : 241-324

<https://prd.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'introduction).

(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 1^{er} 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 ROESP. 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. La synthèse bibliographique porte sur la prévention et la gestion des

problèmes associés aux médicaments (PAM). L'analyse décrit la population exposée aux problèmes de médicaments, les mécanismes professionnels et organisationnels en cause et les conséquences sur le système de soins (solicitation des structures hospitalières) et sur l'état de santé du patient (événement indésirable lié aux médicaments [EIM] et perte de chances par sous-traitement). Elle rappelle les notions de bonnes pratiques de prescription et les caractéristiques des prescriptions (au sens prises en charge) inappropriées. L'abondance de la littérature sur le médicament permet un point actualisé sur les interventions et les programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée et l'apport de l'informatique médicale (résumé de l'éditeur).

(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.

Clerc, P. Et Le Breton J. (2013). « Polyprescription médicamenteuse et polyopathologies chroniques : ce qu'en disent les médecins généralistes. » Sciences Sociales Et Santé 31 (3) : 71-101.

Dans un contexte de dépenses de santé croissantes, de scandales pharmaceutiques, d'émergence de patients polyopathologiques chroniques, la prescription des médecins généralistes est régulièrement remise en cause. Mais la gestion au quotidien du patient polyopathologique par ces praticiens est mal connue. Nous avons donc réuni 60 médecins généralistes, pendant une journée, pour, d'une part, réfléchir sur leur pratique et, d'autre part, discuter en groupes de pairs autour de diagnostics et de prescriptions réelles de patients polyopathologiques chroniques. Les résultats présentés ici montrent le réseau complexe qui se noue en arrière fond de la relation médecin-malade dans ce contexte. La conclusion est qu'il ne sera pas possible d'améliorer la prise en charge de ces patients en ambulatoire sans une réorganisation majeure du système de soins et un changement culturel dans la coopération entre professionnels de santé.

Mornex, R. (2013). « Améliorer la pertinence des stratégies médicales. » Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine **197** (4-5) : 1033-1049.

La pertinence des stratégies médicales est une caractéristique essentielle du bon exercice de la médecine. Or ce rapport constate que trop d'échographies, d'examen biologiques, de bilans de santé, d'ordonnances de médicaments, de recours à l'imagerie lourde, voire à des interventions chirurgicales, sont réalisés de façon abusive et sans discernement. Pour lutter contre ses dérives, il propose des pistes d'amélioration.

Vega, A. (2013). « Les médecins libéraux petits prescripteurs : des révélateurs de mutation. » Revue de Droit Sanitaire Et Social (4) : 606-614.

Les médecins généralistes sont l'objet de multiples attentes des pouvoirs publics. Cependant, leur activité reste difficile à appréhender du fait d'une hétérogénéité des parcours et des orientations professionnelles. L'exercice de la médecine générale se caractérise également par des organisations informelles du travail et par une « personnalisation » des soins importants. À cet égard, il apparaît pertinent d'analyser les pratiques courantes que sont les prescriptions médicamenteuses. En effet, les médecins libéraux revendiquent un ensemble de libertés, dont la liberté de prescription. Or, de multiples influences socio-culturelles pèsent sur les décisions médicales : les prescriptions de médicaments ne sont pas seulement dictées par « la science » mais aussi par un ensemble de contingences déterminant les pratiques médicales. Les observations qui suivent portent sur les usages sociaux des médicaments par les médecins généralistes, et se fondent sur l'hypothèse suivante : les pratiques de prescriptions dépendraient moins du statut du prescripteur (libéral ou non) que d'autres facteurs plus sociologiques et liés à la fois à la trajectoire personnelle et professionnelle des praticiens. Pour le montrer, nous avons poursuivi en 2009-2010 un travail d'observation de consultations et/ou de visites à domicile (débuté en 2003) auprès d'un nouveau panel d'enquêtés, en lien avec la féminisation et l'augmentation du salariat en médecine générale. Parmi eux, nous avons également privilégié les moins prescripteurs : qui sont-ils, et quelles sont leurs difficultés spécifiques au sein de notre système de santé ? Pourquoi ces médecins et ceux qui pratiquent la médecine la plus « économique », en particulier pour l'argent public, semblent-ils les moins encouragés par les pouvoirs publics ?

Verger, P. (2013). La politique du médicament en EHPAD. Paris Ministère chargé de la santé : https://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Politiquedu_medicament_en_EHPAD_final.pdf

La France en 2009 compte 12 millions de personnes de plus de 60 ans, soit 20 % de la population et 6 % des personnes âgées vivent en institution. En France, la consommation de médicaments est importante et augmente avec l'âge. L'arrivée en institution est associée le plus souvent à une situation de dépendance, de rupture d'autonomie et de poly pathologie. De facto, les résidents d'EHPAD bénéficient d'une prise en soins avec un suivi médical qui nécessite la mise en œuvre d'une thérapeutique médicamenteuse. Après un état des lieux sur les EHPAD et leur population, cinq pistes de réflexions ont été retenues en matière d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse : un regard est porté sur l'usage du médicament chez le sujet âgé : la démarche de sécurisation du circuit du médicament : la nécessité des actions de prévention : l'optimisation du système d'information des EHPAD : le développement de la recherche relative au médicament chez le sujet âgé.

Faroudja, J. M., et al. (2012). « Prescription : les responsabilités du médecin. Dossier. » Médecins : Bulletin D'information de l'Ordre National des Médecins (25) : 22-27.

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/bulletin/2012-09/MEDECINS-25.pdf>

La prescription médicamenteuse occupe une part majeure dans l'exercice médical. Quelle responsabilité déontologique et juridique en découle pour les médecins. En se basant sur les résultats d'un rapport du conseil national de l'ordre des médecins, cet article permet de mieux en prendre la mesure.

Pichetti, S., et al. (2011). « Analysis of the impact of removing mucolytics and expectorants from the list of reimbursable drugs on prescription rates: A time-series analysis for France 1998-2010. » Health Policy 102 (2-3) : 159-169

After a comprehensive review of the therapeutic advantage of all drugs reimbursed by the French Public Health Insurance, a large number of drugs were removed from the list of reimbursable drugs, among them mucolytics and expectorants (ATC Class R05C) in March 2006. The aim of this study is to evaluate the impact of this measure on the mucolytic and expectorant class, on the prescription of possible substitute drugs (other bronchodilators, antitussives and antibacterials) and on the costs for Public Health Insurance : Prescription data were taken from a 850 French physicians sample surveyed by the IMS-Health Permanent Survey on Medical Prescription from 1998 to 2010. We performed linear segmented regression to determine changes in the level and slope of the prescription rates and to estimate the budget impact. Following their removal from the list of reimbursable drugs, the prescription rate for mucolytics declined significantly and we recorded an increase in the prescription rates for antitussives and bronchodilators. The medically unexpected increase in antitussives can be viewed as a negative side-effect of the policy. Four years after the reform, total savings for Public Health Insurance were estimated at EUR 32.1 million. Conclusions: Further removals from the list of reimbursable drugs should take into account the possibility of negative impact on public health and potential savings.

Clerc, P., et al. (2010). « Les enjeux du traitement médicamenteux des patients atteints de polyopathologies. Résultats de l'étude expérimentale Polychrome. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [156]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes156.pdf>

Dans un contexte où les maladies chroniques sont en augmentation constante, les risques associés au traitement médicamenteux de patients atteints de multiples pathologies restent mal documentés. Or, si certains effets indésirables sont inévitables car inhérents à l'usage du médicament, d'autres sont évitables car résultant d'une utilisation non conforme aux indications et recommandations. L'étude expérimentale Polychrome apporte un éclairage sur la question. Elle montre d'une part que la polyopathie occupe une place majeure dans l'activité des généralistes et s'accompagne inévitablement d'un phénomène de polyprescription : et, d'autre part, que cette polyprescription n'est pas dénuée de risque iatrogénique. Toutefois, les effets indésirables graves sont relativement rares. Plus généralement, l'étude montre que la qualité des ordonnances peut être améliorée, les modifications les plus nombreuses concernant

l'imprécision de la prescription ou un dosage inadéquat, et les autres modifications visant à réduire le nombre de médicaments prescrits. Si l'étude Polychrome reste expérimentale, elle met toutefois en évidence les difficultés pour les généralistes de la prise en charge de ces patients polypathologiques, et offre des perspectives intéressantes pour favoriser le bon usage du médicament et son utilisation en association avec d'autres moyens thérapeutiques non médicamenteux (résumé d'auteur).

Reduron, V. (2010). « Les traitements médicamenteux en grand conditionnement : la situation 5 ans après l'autorisation. » Points de Repère (30)

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

La prescription et la dispensation de boîtes en conditionnement trimestriel entrent peu à peu dans les habitudes et ont largement progressé depuis la mise en œuvre de la réglementation, pour concerner aujourd'hui près d'un quart des traitements délivrés en officine. Les marges de progression restent néanmoins importantes. En outre, cette analyse montre que la prescription se fait à bon escient pour les patients stabilisés dans leur traitement. Pour l'année 2009, on estime à 105 millions d'euros l'économie réalisée grâce aux grands conditionnements. Celle-ci se fait au bénéfice à la fois des assureurs et des patients.

7 Protection sociale

7.2 ENQUETES DE L'IRDES

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 éparpillées et incomplètes. L'enquête Premiers 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 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 1^{er} 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 Santé (Irdes) [243]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/243-protoger-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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2018, entraînerait une diminution moyenne de 5 accidents du travail pour 1 000 salariés dans ces entreprises.

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 1^{er} 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.

Pierre, A. Et Jusot, F. (2017). « The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France. » *Health Policy On line* : 1-8.

In France, access to health care greatly depends on having a complementary health insurance coverage (CHI). Thus, the generalisation of CHI became a core factor in the national health strategy created by the government in 2013. The first measure has been to compulsorily extend employer-sponsored CHI to all private sector employees on January 1st, 2016 and improve its portability coverage for unemployed former employees for up to 12 months. Based on data from the 2012 Health, Health Care and Insurance survey, this article provides a simulation of the

likely effects of this mandate on CHI coverage and related inequalities in the general population by age, health status, socio-economic characteristics and time and risk preferences.

Pierre, A. Et Jusot, F. (2017). The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France. *Document de travail Irdes* : 67bis. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/english/working-papers/067bis-the-likely-effects-of-employer-mandated-complementary-health-insurance-on-health-coverage-in-france.pdf>

In France, access to health care greatly depends on having a Complementary Health Insurance coverage (CHI). Thus, the generalisation of CHI became a core factor in the national health strategy created by the government in 2013. The first measure has been to compulsorily extend employer-sponsored CHI to all private sector employees on January 1st, 2016 and improve its portability coverage for unemployed former employees for up to 12 months. Based on data from the 2012 Health, Health Care and Insurance survey, this article provides a simulation of the likely effects of this mandate on CHI coverage and related inequalities in the general population by age, health status, socio-economic characteristics and time and risk preferences. We show that the non-coverage rate that was estimated to be 5 % in 2012 will drop to 4 % following the generalisation of employer-sponsored CHI and to 3.7 % after accounting for portability coverage. With its focus on private sector employees, the policy is likely to do little for populations that would benefit most from additional insurance coverage while expanding coverage for other populations that appear to place little value on CHI. Indeed, the mandate could reduce the relationship between non-coverage and time and risk preferences without eliminating social inequalities as the most vulnerable populations are expected to remain more often without CHI.

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. Elle permet d'étudier simultanément la dynamique des comportements et leurs éventuelles hétérogénéités tout en raisonnant « toutes choses égales par ailleurs ». 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. Les résultats obtenus par le modèle à effets fixes concordent avec ceux de la littérature. Il existe un effet négatif durable de l'accident du travail sur le salaire annuel qui s'amplifie dans le temps. Les femmes et les individus de moins de 35 ans semblent les plus touchés. La survenue d'un accident du travail impacte aussi le statut sur le marché du travail avec une augmentation de la probabilité d'être en emploi irrégulier : + 4,2 % pour les hommes, + 5,1 % pour les femmes. L'accident du travail a une forte incidence sur le nombre de jours d'arrêts de travail : +7,9 jours par an pour les hommes, +10,6 jours pour les femmes. Si l'on tient compte de la gravité des accidents du travail par la reconnaissance d'une Incapacité partielle permanente (IPP), les résultats sont plus marqués : la perte moyenne de salaire des hommes est de 5 139 € et de 5 156 € pour les femmes. Les individus sont également plus souvent en emploi irrégulier cette probabilité augmentant de 25,7 % pour les hommes et de 28,7 % pour les femmes. Pour autant, l'accident du travail ne ressort pas comme un facteur de désinsertion professionnelle, aucun effet sur la probabilité d'être au chômage de longue durée n'apparaissant.

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 1^{er} 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).

Guthmuller, S., et al. (2014). « Comment expliquer le non recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* [195]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/195-comment-expliquer-le-non-recours-a-l-aide-a-l-acquisition-d-une-complementaire-sante.pdf>

L'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est un dispositif, sous la forme d'une aide financière, mis en place en 2005 pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond de l'éligibilité à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Malgré sa montée en charge, le non-recours à l'ACS est important, seules 22 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2011 (Fonds CMU, 2012). Comprendre les raisons du non-recours apparaît, dans ce contexte, essentiel pour améliorer l'efficacité du dispositif et permettre aux personnes aux revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé. Suite à une expérimentation sociale, une enquête a été réalisée en 2009 à Lille auprès de personnes potentiellement éligibles à l'ACS afin de mieux connaître leurs caractéristiques et leurs motivations ou blocages à recourir au dispositif. Les résultats de cette enquête montrent que la population identifiée comme éligible à l'ACS à Lille est confrontée à des difficultés économiques et sociales et fait face à des besoins de soins importants. Le taux de recours à l'ACS est néanmoins faible puisque seules 18 % des personnes ont entrepris des démarches pour l'obtenir. Les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.

Lengagne, P., et al. (2014). « L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* [197]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/197-l-acces-aux-soins-dentaires-ophtalmologiques-et-gynecologiques-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.pdf>

Peu d'études françaises ont jusqu'à présent analysé la question du recours aux soins des personnes en situation de handicap. Les enquêtes Handicap, Santé, Ménages (HSM) et Institutions (HSI) réalisées par la Drees et l'Insee en 2008-2009 ont en partie comblé le manque de données sur le handicap. À travers l'enquête HSM, trois soins médicaux courants – les soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques – ont été explorés ici au sein d'une population âgée de 20 à 59 ans. L'analyse repose sur deux indicateurs définissant le handicap : les limitations fonctionnelles (limitations motrices, cognitives, visuelles ou auditives) et la reconnaissance administrative du handicap, mesurée par l'accès à des prestations, allocations, emplois ou droits spécifiques. Cette première étude met en évidence un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques des personnes en situation de handicap, quel que soit l'indicateur de handicap utilisé. En revanche, elle ne montre pas de problème d'accès aux soins ophtalmologiques. Ce différentiel d'accès peut s'expliquer par la situation sociale des personnes handicapées, qui appartiennent plus souvent à des milieux sociaux plus défavorisés. D'autres problèmes d'accessibilité physique aux structures ou aux transports peuvent également exister. Enfin, une concentration des inégalités d'accès aux soins courants est observée chez les personnes relevant de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). Ces dernières cumulent des

revenus plus faibles que les allocataires des pensions et rentes d'invalidité et ne bénéficient pas de la prise en charge à 100 % de leurs soins (résumé d'auteur).

Dourgnon, P., et al. (2013). « L'impact du dispositif des affections de longue durée (ALD) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [183]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes183.pdf>

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) vise à réduire la charge financière des assurés souffrant d'une maladie longue et coûteuse. Introduit dès 1945 au titre de quatre maladies (cancer, tuberculose, poliomyélite, maladie mentale), il concerne aujourd'hui 32 groupes de pathologies. En 2009, les personnes en ALD représentent 15 % des assurés du régime général, soit 8,6 millions de personnes. Leurs dépenses s'élèvent à 60 % du total des dépenses remboursées et croissent à un rythme annuel de 4,9 % de 2005 à 2010. Un dispositif de ce type peut-il prendre en charge de façon satisfaisante l'ensemble des problèmes d'accès financier aux services de santé ? Comment l'effet de l'ALD articule-t-il avec les autres dispositifs jouant sur les restes à charge (Complémentaire privée, Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : À partir des données appariées de l'enquête santé et protection sociale de l'Irdes et de l'échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) des régimes d'assurance maladie, l'impact des ALD sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires est étudié sur la période 1998-2008. Plus âgées que le reste de la population, les personnes en ALD sont aussi plus défavorisées et leurs restes à charge plus élevés. Le niveau d'inégalité de consommation de soins ambulatoires au sein de la population en ALD, en faveur des plus riches de 1998 à 2000, devient non significatif à partir de 2002 alors qu'il demeure significatif dans le reste de la population. Au total, le dispositif des ALD améliore l'accès aux soins ambulatoires des personnes qui en bénéficient et ainsi contribue à réduire le niveau d'inégalités constaté dans l'ensemble de la population. Il existe également une forme de complémentarité entre CMU-C et ALD. Néanmoins, les inégalités de recours aux spécialistes, en faveur des plus riches, perdurent tant pour les personnes en ALD que les autres.

Fontaine, R. Et Zerrar, N. (2013). « Comment expliquer la faible disposition des individus à se couvrir face au risque dépendance ? Une revue de la littérature. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [188]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes188.pdf>

Le financement de la prise en charge des personnes âgées dépendantes s'organise en France autour de trois acteurs : la famille, l'État et le marché. Face aux possibles difficultés à mobiliser davantage les solidarités publiques et familiales pour répondre à l'augmentation attendue des besoins de prise en charge, se pose la question du rôle que pourrait jouer à l'avenir le marché de l'assurance dépendance. Paradoxalement, malgré des restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée pouvant atteindre au total jusqu'à plusieurs dizaines de milliers d'euros, la majorité des individus ne dispose pas de couverture assurantielle. Cette revue de la littérature propose une synthèse des différents freins à la souscription volontaire d'une assurance dépendance. Les premiers renvoient au manque d'attractivité de l'offre d'assurance qui propose des garanties partielles à un prix relativement élevé. Les seconds renvoient directement aux caractéristiques de la demande d'assurance et à la manière dont les individus appréhendent le risque dépendance. S'appuyer sur la responsabilité individuelle pour anticiper et couvrir les restes à charge induits par la consommation de soins de longue durée

apparaît peu souhaitable au regard des caractéristiques du risque dépendance et de la demande d'assurance. Une analyse empirique plus précise de la perception du risque dépendance et des comportements de couverture dans le contexte français permettra d'éclairer l'opportunité d'instaurer une assurance obligatoire, ainsi que ses modalités.

Kambia-Chopin, B. Et Perronnin, M. (2013). Deductibles and the demand for prescription drugs: evidence from french data. Document de travail Irdes : 54. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT54deductiblesAnddemandPrescriptionDrugs.pdf>

Une franchise de 0,5 cts par boîte de médicaments prescrite a été mise en place le 1^{er} janvier 2008. Afin d'apporter un premier éclairage sur les effets de celle-ci sur la consommation de médicaments, une analyse a été menée en ayant recours au modèle comportemental d'Andersen et à un modèle économique de demande. À partir de données déclaratives de l'enquête santé protection sociale (ESPS) 2008, nous montrons que la probabilité de modifier la demande de médicaments suite à la mise en place de la franchise est influencée par le niveau de revenu et l'état de santé : toutes choses égales par ailleurs, elle varie de manière opposée avec chacune de ces variables. Les franchises médicales représentent ainsi une charge financière pour les individus à bas revenus et ceux en mauvais état de santé, avec pour corollaire une limitation potentielle de leur accès financier aux soins (résumé d'auteur).

Allonier, C., et al. (2012). « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [173]
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes173.pdf>

Les bénéficiaires de la CMU-C, plus jeunes et plus souvent des femmes, se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population selon les résultats des Enquêtes santé et protection sociale 2006 et 2008. À âge et sexe équivalents, ils mentionnent plus de pathologies que le reste de la population, jusqu'à deux fois plus pour certaines affections comme la dépression et le diabète. L'exposition aux facteurs de risque comme le tabac et l'obésité est également plus élevée au sein de cette population, 1,6 fois supérieure au reste de la population pour le tabac et 1,7 fois pour l'obésité, en lien avec les affections digestives hautes et maladies cardiovasculaires qu'ils déclarent davantage. Parmi les principaux motifs de la dernière consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste, les maux de dos, la dépression, les problèmes respiratoires, digestifs et hépatiques sont plus fréquemment évoqués par les bénéficiaires de la CMU-C, conformément aux pathologies déclarées. En revanche, alors qu'ils déclarent davantage souffrir de maladies de l'oreille et des dents, ils invoquent moins que les autres ces motifs de recours.

Ben Halima, M. A., et al. (2012). « Arrêts maladie : comment expliquer les disparités départementales ? Premières exploitations de la base Hygie. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [177]
<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes177.pdf>
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT39ArretsMaladieComprendreDisparitesdepartement.pdf>

En 2008, le montant des indemnités journalières versées par l'assurance maladie obligatoire aux salariés en arrêts maladie s'élevait à 11,3 milliards d'euros, soit plus de 5 % des dépenses de

santé en France. Depuis, leur montant a tendance à croître. Par ailleurs, la proportion d'arrêts maladie est très variable selon les départements, passant du simple au double : 13 % dans les Hautes-Alpes à 29 % dans les Ardennes, pour une moyenne de 23 %. Cette étude cherche à comprendre les raisons de cette variabilité départementale du nombre d'arrêts maladie en utilisant la base de données Hygie. Construite par lres à partir de la fusion des fichiers de l'assurance maladie (Cnamts) et de l'assurance vieillesse (Cnav) sur les salariés du secteur privé en France en 2005, cette base permet de croiser des informations jusqu'à présent non disponibles conjointement sur les salariés (carrière professionnelle, consommation médicale, arrêts maladie) et les établissements qui les emploient (secteur, taille de l'entreprise) [résumé d'auteur].

Dourgnon, P., et al. (2012). Enquête sur la santé et la protection sociale 2010. Rapport Irdes : 1886. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.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. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système de soins ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2010, l'enquête ESPS prenant en compte l'évolution des systèmes d'information de l'Assurance maladie a été réalisée sur un échantillon intégralement renouvelé. Plus de 8 000 ménages et près de 23 000 individus ont été interrogés. Après avoir décrit les objectifs et la méthodologie de l'enquête, un article appuyant sur de nouvelles questions posées dans ESPS, concernant la problématique santé-travail, présente des résultats sur l'état de santé des salariés en emplois précaires en 2010.

Perronnin, M., et al. (2012). Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise 2009. Rapport Irdes : 1890. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1890.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes181.pdf>

Cette deuxième édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE 2009), qui présente un panorama de la complémentaire santé d'entreprise et de la prévoyance offertes par les entreprises à leurs salariés et ayants droit, s'inscrit dans un contexte différent de la précédente (PSCE 2003). Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2009, la loi Fillon conditionne en effet les exonérations de charge dont bénéficient les entreprises proposant un contrat de complémentaire santé au caractère obligatoire de ce dernier. PSCE 2009 s'est en outre enrichie d'un questionnaire auprès des salariés qui permet d'étudier la demande d'une telle complémentaire santé.

Behaghel, L., et al. (2011). Disability and social security reforms: the french case. Document de travail Irdes : 38. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT38DisabilitySocialSecurityReformsFrenchCase.pdf>

En France, les sorties précoces de l'emploi sont expliquées principalement par un âge légal de départ à la retraite peu élevé et par l'existence de dispositifs de sorties liés à l'assurance chômage ou à des mesures de préretraites qui permettent aux travailleurs seniors de cesser leur activité avant d'accéder à une retraite « normale ». Pour ces raisons, les dispositifs liés à l'incapacité sont assez peu développés contrairement à la situation qui règne dans des pays où les âges normaux de départs à la retraite sont élevés et où les systèmes de sorties liés au chômage ou à la préretraite sont quasiment inexistants. Pourtant il demeure intéressant d'examiner le rôle de l'incapacité dans le processus de départ à la retraite en France, au moins d'un point de vue prospectif dans un contexte de réduction de la générosité du système de pension et des dispositifs de sortie alternatifs traditionnels. L'étude des réformes passées montre que l'incapacité est souvent un dispositif qui se substitue à d'autres dispositifs existants. Les changements dans la détermination des indemnités d'invalidité semblent plus impacter les sorties d'activités *via* ce dispositif que les modifications des indicateurs de santé tels que les taux de mortalité. Cependant, les résultats suggèrent que les augmentations des niveaux moyens d'état de santé pendant les dernières deux décennies sont corrélées avec une augmentation des inégalités de santé. Dans un contexte où les pensions vont devenir de moins en moins généreuses, les demandes concernant le mécanisme d'invalidité peuvent, donc augmenter pour deux raisons : suite à l'existence des effets de substitution entre les dispositifs mais également pour répondre à des inégalités de santé grandissantes (résumé d'auteur).

Ben Halima, M. A. Et Debrand, T. (2011). Durée d'arrêt de travail, salaire et assurance maladie : modèle microéconomique à partir de la base HYGIE. Document de travail Irdes : 42. Paris Irdes
<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT42DureeArretTravailAssuranceMaladieMicroBaseHygie.pdf>

L'objectif de cette étude est de mettre en évidence la relation entre la durée d'arrêt de travail, les salaires et l'assurance maladie. Elle présente une réécriture du modèle développé par Allen (1981), en tenant compte des spécificités du modèle français. Les propriétés d'équilibre du modèle montrent qu'il existe une indétermination de l'effet du salaire sur la durée de l'arrêt de travail et que les règles de l'Assurance maladie modifient aussi la durée d'arrêt de travail. Cette propriété est soumise à estimation économétrique en utilisant la base de données Hygie, construite à partir de la fusion de différents fichiers administratifs de salariés du secteur privé en France en 2005, qui permet de prendre en considération : les relations employeurs/employés, l'impact des caractéristiques des entreprises sur la santé de leurs employés mais aussi les interactions entre la santé et le travail. Elle estime un modèle à hasard proportionnel à temps discret en tenant compte d'hétérogénéité inobservée sur l'échantillon des hommes et des femmes. Afin de lever l'indétermination du salaire sur la durée d'arrêt de travail, quatre niveaux sont mobilisés : le niveau actuel du salaire, le taux d'évolution depuis le début de la carrière salariale (rendement de l'éducation), la progression sur les deux dernières années (récompense monétaire) et le salaire d'efficience. Les résultats des estimations montrent que le salaire actuel a un effet négatif sur la durée d'arrêt de travail. En revanche, une forte progression salariale de long terme tend à réduire la durée d'arrêt de travail pour les hommes et à la rallonger pour les femmes. De plus, les différentes modalités de l'assurance maladie semblent modifier les comportements des salariés concernant les arrêts de travail.

Guthmuller, S., et al. (2011). « Le recours à l'aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille. » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* [162] : 8.

<https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes162.pdf>

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT36RecoursCompSanteExperimentationSocialeLille.pdf>

L'aide complémentaire santé (ACS), ou « chèque santé », a été mise en place en 2005 pour réduire le coût de la couverture complémentaire santé des ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Afin d'en comprendre les motifs, une expérimentation sociale a été menée à Lille auprès d'un échantillon d'assurés sociaux potentiellement éligibles à l'ACS au regard de leurs ressources. Les résultats de cette expérimentation montrent notamment que la majoration du montant du « chèque santé » améliore légèrement le taux de recours à l'ACS et permet de mieux cibler les personnes effectivement éligibles. Ils confirment aussi que l'ACS est un dispositif compliqué qui touche difficilement sa cible : au total, seuls 17 % des assurés de cette expérimentation ont fait une demande d'ACS. De plus, seuls 9 % des assurés invités à participer à une réunion d'information sur le dispositif y ont effectivement assisté, et l'invitation à cette réunion a largement découragé les autres assurés. Enfin, seuls 55 % des assurés ayant déposé une demande ont effectivement reçu l'aide, en raison le plus souvent de ressources trop élevées. Cette incertitude importante sur l'éligibilité au dispositif est certainement un frein s'ajoutant à la complexité des démarches.

Perronnin, M., et al. (2011). « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* [161]

<https://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>

Dans un contexte de croissance continue des dépenses de santé et d'augmentation récente de la part des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire, la diffusion de la couverture complémentaire santé représente un enjeu important pour maintenir l'accès aux soins des personnes les plus pauvres et les plus malades. Depuis une trentaine d'années, les pouvoirs publics ont mis en place divers lois et dispositifs visant à favoriser l'accès à la complémentaire santé de l'ensemble de la population. Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé a fortement augmenté, passant de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon l'enquête santé protection sociale (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008. Quels sont les différents modes d'accès à la couverture complémentaire santé ? Quelles sont les personnes qui restent en marge de cette couverture ? S'agit-il d'un choix de leur part ou bien persiste-t-il des barrières à l'accès à la complémentaire santé ? Quelles sont les conséquences sur leur accès aux soins et leur état de santé ?

Allonier, C., et al. (2010). Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. *Rapport Irdes* : 1800. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1800.pdf>

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008 explore les relations entre l'état de santé, les accès aux services de santé, à l'assurance publique et privée et le statut économique et social

des individus enquêtés. Sa périodicité bisannuelle et sa dimension longitudinale permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter des questions d'équité du système ou de santé publique. De plus, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. En 2008, plus de 8 000 ménages et 22 000 individus ont été interrogés. Après une présentation des objectifs et de la méthodologie de l'enquête, deux nouvelles problématiques sont proposées : l'une sur le renoncement avec un focus sur les CMU-Cistes, l'autre sur une comparaison inédite des données de l'ESPS et du Centre technique d'appui et de formation des centres d'exams de santé (Cetaf) relatives au score Epices qui mesure la précarité et les inégalités de santé. Enfin, des premiers résultats sont fournis sous la forme de tableaux.

Debrand, T. Et Sorasith, C. (2010). « Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [159]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes159.pdf>

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT32BouclierSanitaireAnalyseModeleArammis.pdf>

En France, bien qu'une grande partie des dépenses de santé soit prise en charge par le système d'assurance maladie obligatoire, d'importants restes à charge diffèrent entre les dépenses de santé et les remboursements de l'Assurance maladie peuvent persister. Dans le cadre de la réflexion engagée sur les moyens de limiter ces restes à charge « excessifs », nous avons testé deux types de plafonnement des restes à charge, à partir du modèle de microsimulation Arammis. Nous avons simulé le remplacement du dispositif actuel de remboursement à 100 % des malades en affections de longue durée (ALD) par l'instauration de deux plafonnements appliqués à l'ensemble des assurés (hors bénéficiaires de la CMU) sur les remboursements de leurs dépenses de santé en ambulatoire (hors hôpital et dépassements d'honoraires). Le premier applique un plafond identique à tous : le deuxième établit un plafond en fonction du revenu. L'étude documente, à partir d'un modèle de microsimulation basé sur des données individuelles, deux mécanismes de plafonnements de restes à charge en ne modifiant pas les équilibres financiers de l'Assurance maladie obligatoire (résumé d'auteur).

Debrand, T. Et Sorasith, C. (2010). Out-of-pocket maximum rules under a compulsory health care insurance scheme : a choice between equality and equity. Document de travail Irdes : 34. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT34OutPocketMaxRulesCompulsoryHealthCare.pdf>

Cette publication cherche à mesurer, à l'aide du modèle d'Analyse des réformes de l'Assurance maladie par microsimulation statique (ARAMMIS), les effets de la mise en place d'un bouclier sanitaire financé par la suppression du régime des affections de longue durée (ALD). Notre étude repose sur la comparaison des conséquences redistributives de différentes règles de boucliers sur les restes à charge des patients dans le secteur ambulatoire en France. Nous attachons une importance particulière aux indicateurs permettant de mettre en évidence les modifications des restes à charge et de mesurer l'évolution du système en termes d'équité. Nous présentons, dans une première partie, le cadre général du système de santé en France pour mieux comprendre le contexte et les enjeux d'une refonte du mode de remboursement lié à l'Assurance maladie obligatoire. Dans une deuxième partie, nous décrivons les hypothèses

retenues, la base de données et le modèle de micro-simulation. Enfin, nous consacrons la dernière partie à la présentation des principaux résultats mesurant l'impact de la réforme tant au niveau des individus qu'au niveau du système (résumé d'auteur).

Franc, C., et al. (2010). « Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection. » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* [150]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes150.pdf>

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT35SubscribingSupplementaIHealthInsurance.pdf>

Selon la théorie économique, les individus choisissent leur niveau de couverture en fonction de leurs dépenses de santé anticipées, révélant ainsi une partie de leur risque. Pourtant, sur le marché français de l'assurance santé, cette hypothèse, qualifiée d'« auto-sélection », n'a jusqu'ici été testée que sur la décision de souscrire ou non une complémentaire. Or, le marché de la complémentaire est très hétérogène, au moins autant que les risques des assurés. Entre le 1^{er} juillet 2003 et le 31 décembre 2006, une surcomplémentaire a été proposée aux assurés bénéficiant de la complémentaire santé de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET). Ce contexte permet de tester l'existence d'auto-sélection dans le cas d'une demande d'augmentation des garanties parmi des individus couverts par une même complémentaire santé. À partir d'une approximation du risque santé par l'âge des assurés et leurs dépenses de santé passées, les déterminants de la souscription de la surcomplémentaire sont analysés et comparés au cours du temps. Fin 2005, environ 20 % des assurés de la MGET ont souscrit la surcomplémentaire, pour la grande majorité dès son lancement. Les premiers à l'avoir souscrite sont plus âgés, avec des besoins de soins importants principalement en consultations et visites, en optique et en dentaire. Les assurés les plus modestes auraient eu tendance à différer l'achat de la surcomplémentaire dans le temps (à partir de 2004) en anticipant des dépenses d'optique, seul poste qui conserve une influence positive significative au cours du temps.

Grignon, M. Et Kambia-Chopin, B. (2010). « Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé. » *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)* [153] : 6.

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes153.pdf>

L'assurance santé réduit le risque financier et joue un rôle important en termes d'accès aux soins des ménages à faibles revenus. Cependant, ces ménages bénéficient le moins d'une couverture santé complémentaire. Le revenu mensuel moyen des ménages sans couverture complémentaire est de 844 euros contre 1 382 euros pour ceux bénéficiant d'une couverture complémentaire. Favoriser l'achat d'une assurance santé complémentaire par les ménages modestes peut se faire en subventionnant une partie de leur prime. C'est l'approche retenue par le dispositif d'Aide complémentaire santé (ACS) en France. Se pose alors la question des montants d'aide à apporter pour que la subvention permette une amélioration effective de l'accès à la complémentaire santé. L'objectif ici est de simuler l'impact de divers barèmes d'aide sur la décision d'achat d'une assurance complémentaire pour des ménages situés juste au-dessus du seuil de la CMU-C. Pour mener cette simulation, les comportements individuels d'achat de complémentaire santé sont observés. Selon nos résultats, pour que les trois quarts des bénéficiaires potentiels de l'ACS acceptent de payer une prime de 50 euros par mois, il faudrait porter le montant de l'aide à 80 % de cette prime.

Guillaume, S. Et Rochereau, T. (2010). « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [155]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes155.pdf>

Selon les premiers résultats de la nouvelle enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de l'IRDES, en 2009, plus de deux établissements sur cinq (hors administration et secteur agricole) proposent une complémentaire santé à leurs salariés. L'offre de complémentaire santé pouvant différer selon les établissements d'une même entreprise, l'enquête PSCE est réalisée au niveau de l'établissement. Cependant, ce sont les caractéristiques des entreprises, plus que celles des établissements, qui expliquent l'offre. Ainsi, seules 32 % des très petites entreprises (TPE de moins de 10 salariés) proposent une complémentaire alors que 91 % des établissements des entreprises de 250 salariés et plus en proposent une. De même, plus la proportion de cadres employés au niveau de l'entreprise est forte plus la proportion d'établissements proposant une couverture santé est élevée, ainsi que le niveau de garanties des contrats proposés. Par ailleurs, la loi Fillon de 2003 a incité les entreprises à adapter l'offre de complémentaire santé aux salariés afin de conserver des exonérations fiscales et sociales. En 2009, le tiers des contrats date de moins de deux ans. Dans plus de trois établissements sur quatre, le ou les contrats sont exclusivement obligatoires : 15 % des établissements déclarent avoir transformé un contrat facultatif en un contrat obligatoire pour se conformer à la législation. Les employeurs participent au financement du contrat à hauteur de 57 %. Dans 85 % des établissements dont les salariés participent à ce financement, celui-ci est forfaitaire (résumé d'auteur).

Kambia-Chopin, B. Et Perronnin, M. (2010). « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [158]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes158.pdf>

Les franchises de 0,5 centimes sur les boîtes de médicaments, mises en place le 1^{er} janvier 2008, avaient notamment pour objectif d'inciter les individus à réguler leur consommation de médicaments. Néanmoins, la somme prélevée par boîte étant la même quels que soient la nature du médicament, le niveau de ressources et l'état de santé des individus, cette charge financière pèse plus fortement sur les individus malades ou à faibles revenus et peut les contraindre à renoncer à des soins utiles. Afin d'apporter un premier éclairage sur ces hypothèses, une analyse a été menée à partir de données déclaratives de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008. 12 % des enquêtés déclarent avoir modifié leurs achats de médicaments suite à la mise en place des franchises. Ce comportement est influencé par le niveau de revenu et l'état de santé : la probabilité de déclarer avoir modifié ses achats est de 7 points plus élevée chez les individus gagnant moins de 870 euros par mois, comparés à ceux gagnant plus de 1 677 euros par mois, soit un quasi-doublement de cette probabilité. Elle est plus élevée de 2 points chez les individus souffrant d'une pathologie chronique, comparés aux autres. Une différence similaire est observée entre les individus déclarant un état de santé moyen, mauvais ou très mauvais comparés à ceux qui se déclarent en bonne santé (résumé d'auteur).

Debrand, T. Et Sirven, N. (2009). « Partir à la retraite en Europe : déterminants individuels et rôle de la protection sociale. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [148]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes148.pdf>

En Europe, les comportements de passage à la retraite des seniors sont comparables et reposent à la fois sur des facteurs individuels - âge, sexe, niveau d'éducation et état de santé - et des facteurs contextuels, tels que les situations familiale et professionnelle. Outre ces facteurs explicatifs habituels, l'analyse présentée ici met l'accent sur le rôle des systèmes de protection sociale. Elle montre que les trois volets de la protection sociale (emploi, retraite, maladie) expliquent, pour une grande part, hétérogénéité du taux d'emploi des seniors en Europe, qui varie de 34 % en Italie à 70 % en Suède. Toute politique publique visant à favoriser l'activité des seniors en Europe devrait donc tenir compte non seulement de la complexité des déterminants des décisions individuelles mais aussi de l'ensemble des systèmes de protection sociale, et non uniquement ceux liés à la retraite.

Debrand, T. Et Sirven, N. (2009). Quelles sont les motivations des départs à la retraite en Europe : situation personnelle, familiale, professionnelle, ou rôle de la protection sociale. Document de travail Irdes : 26. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsdeTravail/DT26MotivationdepartRetraiteEurope.pdf>

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT28MotivationsPathwaysRetirementEurope.pdf>

L'objectif de cette recherche consiste à appréhender le processus de départ à la retraite des seniors et de mieux comprendre les différences entre les pays européens, au regard des différentes dimensions - individuelle, familiale, professionnelle, et institutionnelle - qui sont susceptibles d'influencer l'offre de travail. Pour cela, ont été utilisées les données longitudinales de l'enquête SHARE (2004-2006) complétées par des séries macroéconomiques provenant de l'OCDE et décrivant trois systèmes de protection sociale (emploi, retraite et santé). L'identification des déterminants de l'emploi a été menée simultanément en termes de « stock » (la participation à l'emploi des seniors en 2004) et de « flux » (transition emploi-retraite entre 2004-2006). Des indices permettant de mesurer le rôle des différentes dimensions dans l'explication des différences entre les pays ont ensuite été développés. Les résultats sont de trois ordres : (1) les déterminants de la participation à l'emploi et du passage à la retraite sont nombreux et multi-dimensionnels. (2) Chaque élément de la protection sociale (Emploi Retraite et Santé) influe sur l'emploi des seniors. Il semble exister une complémentarité entre ces différents systèmes. (3) L'explication des différences entre les pays en ce qui concerne la participation à l'emploi et au passage à la retraite trouve son origine principalement dans les déterminants institutionnels. Dès lors, toute politique publique qui aurait pour but une augmentation de taux d'emploi des seniors devrait reposer ces deux postulats : premièrement, elles doivent tenir compte de la complexité des déterminants de la décision des individus et de leurs interactions : deuxièmement, les principaux facteurs de convergence au sein de l'Europe sont à rechercher dans les différences systémiques.

Grignon, M. Et al. (2009). Income and the demand for complementary health insurance in France. Document de travail Irdes : 24. Paris Irdes : 28.

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT24IncomedemandComplementHealthInsuranceFrance.pdf>

Afin d'expliquer économiquement le non-recours à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), les auteurs analysent la demande d'assurance et, en particulier, le comportement des personnes éligibles à l'ACS. L'analyse empirique montre un très fort effet du revenu sur la souscription d'une complémentaire : l'effort financier qui peut donc être consacré à cette dépense est un élément déterminant. Les simulations réalisées sur la base d'un modèle théorique de demande d'assurance laissent penser que quelle que soit l'incitation financière à l'achat d'une complémentaire, les personnes à bas revenus ne modifient pas significativement leur comportement de demande. Sans doute faudrait-il plutôt augmenter le plafond de ressources de la CMU complémentaire pour infléchir ces comportements.

Allonier, C., et al. (2008). Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006. Rapport Irdes : 1701. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2008/rap1701.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes131.pdf>

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les Français sur leur état de santé, leur recours aux soins et leur couverture maladie. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. Un sur-échantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire a complété l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population. L'enquête 2006 incorpore de nouveaux questionnements. Elle vise en particulier à participer à l'évaluation de la réforme du « médecin traitant » et du parcours de soins coordonnés. Des questions sur la santé respiratoire et l'asthme permettront d'évaluer l'évolution de la maladie, d'étudier ses déterminants sociaux et environnementaux, puis d'évaluer l'adéquation des traitements effectifs avec les normes de bonnes pratiques médicales. Un module sur les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents permettra d'approfondir les travaux menés sur les mécanismes intergénérationnels à l'œuvre dans la construction des inégalités des chances en santé, notamment la transmission des comportements à risque pour la santé.

Cases, C., et al. (2008). « Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ? » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [130]

<https://irdes.fr/Publications/Qes/Qes130.pdf>

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques (troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux et de l'oreille). L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches. L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les

médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

Franc, C., et al. (2008). Private supplementary health insurance : retirees' demand. Document de travail Irdes : 9. Paris Irdes

<https://www.irdes.fr/EspaceAnglais/Publications/WorkingPapers/DT9PrivateSuppleHealthInsurance.pdf>

In France, private health insurance, that supplements public health insurance, is essential for access to health care. About 90 % of the population is covered by a private contract and around half of them obtain their coverage through their employer. Considering the financial benefits associated with group contracts compared to individual contracts, we assume that the switching behaviors vary among different beneficiaries during the transition to retirement. Indeed, despite a 1989 law, the gap in premiums increases at retirement between group and individual contracts affords the opportunity to study the marginal price effect on switching behaviors. In this study, we consider the nature of the contract prior to retirement (compulsory or voluntary membership group contract and individual contract) as an indirect measure of the price effect. We focus on its role and check for a large number of individual characteristics that may influence the new retirees' health insurance demand.

Kambia Chopin, B., et al. (2008). « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006). » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [132]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes132.pdf>

En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise. Pour la première fois, les données de l'enquête Santé Protection Sociale (ESPS) sont exploitées pour calculer le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire. Ce taux d'effort varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C). Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés. Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières qui concerne, en 2006, 14 % de la population.

Kambia Chopin, B., et al. (2008). Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ? Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006., Paris : IRDES

Les données recueillies dans l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes ? Irdes permettent d'étudier le poids d'un contrat de couverture complémentaire santé dans le budget des

ménages. Ce poids, appelé « taux d'effort », n'a pas encore été étudié en population générale sur données françaises. Pourtant, dans un contexte où les dernières réformes de santé tendent à diminuer le rôle de l'assurance obligatoire, il semble important de l'évaluer et de le prendre en considération dans la conduite des politiques publiques. L'accès à la couverture complémentaire santé se fait soit par l'intermédiaire de l'entreprise, soit par une démarche individuelle. Pour étudier le taux d'effort des ménages, nous observons uniquement les personnes qui bénéficient d'un contrat individuel, seules à arbitrer le coût et les bénéfices d'un contrat. En effet, dans le cas des contrats collectifs, l'employeur participe au paiement de la prime à hauteur de 50 % en moyenne. De plus, le salarié ne connaît pas précisément le montant de sa prime, souvent prélevée directement sur sa feuille de paie. Enfin, dans 50 % des cas, la souscription est imposée à l'ensemble des salariés. Avant d'étudier le taux d'effort des ménages ne bénéficiant pas de contrats collectifs, les auteurs commencent par présenter le cadre théorique dans lequel s'inscrit cette étude, ainsi que les différences de revenus et de primes en fonction de la couverture des ménages.

Le Fur, P. Et Yilmaz, E. (2008). « Modes d'accès aux spécialistes en 2006 et évolution depuis la réforme de l'Assurance maladie. Enquêtes Santé Protection sociale 2004 et 2006. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [134]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes134.pdf>

Cette étude propose une analyse de la répartition des modes d'accès aux spécialistes en 2006 (accès direct, conseil du médecin traitant ou autre ?) et de leurs évolutions entre 2004 et 2006. Elle fait suite à celle réalisée en 2004 avant la mise en place de la réforme du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés (Le Fur et al., 2006). Les données utilisées proviennent des enquêtes ESPS 2004 et 2006 au cours desquelles il est demandé un descriptif de la dernière consultation de spécialiste réalisée au cours des douze derniers mois. L'étude analyse uniquement la structure des modes d'accès des patients ayant consulté un spécialiste : elle ne traite donc ni des non-recours, ni du niveau d'activité des spécialistes dont on sait par ailleurs qu'il a diminué pour certaines spécialités, notamment cliniques, après la mise en place de la réforme.

Franc, C., et al. (2007). « Changer de complémentaire santé à l'âge de la retraite : un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [126]

<https://irdes.fr/Publications/Qes/Qes126.pdf>

Lors du passage à la retraite, de nombreux assurés changent d'organisme complémentaire santé : c'est le cas de 51 % des titulaires d'un contrat d'entreprise obligatoire, 39 % des titulaires d'un contrat d'entreprise facultatif et 23 % des titulaires d'un contrat individuel. Les changements plus fréquents parmi les personnes ayant un contrat collectif - a fortiori un contrat obligatoire - sont confirmés après avoir pris en compte d'autres caractéristiques pouvant expliquer cette mobilité, notamment l'état de santé. Ce résultat reflète l'impact, lors du passage à la retraite, de la hausse des cotisations pour les titulaires d'un contrat collectif, hausse principalement due à la perte de la tarification de groupe et de la participation de l'employeur. La plus forte mobilité des bénéficiaires d'un contrat collectif peut également signifier que les garanties conçues pour un groupe de salariés sont inadaptées aux besoins de soins des retraités. La mobilité est aussi liée au type d'organisme gérant le contrat avant le passage à la retraite : les

assurés des sociétés d'assurance changent plus fréquemment que ceux des mutuelles ou des institutions de prévoyance.

Allonier, C., et al. (2006). Santé - soins et protection sociale en 2004 : Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS). *Rapport Irdes*. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1621.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes110.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes105.pdf>

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée en 2004 par l'Irdes est un outil pluridisciplinaire qui permet d'étudier, au niveau de l'individu, les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à la couverture maladie publique ou privée et le statut économique et social. Sa périodicité courte, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système ou de santé publique. Enfin, son lien avec les données de prestation de la Sécurité sociale rend notamment possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins. Parmi les principales nouveautés, on peut noter des questions sur le déroulement de séances de médecine ambulatoire, des questions sur les périodes d'inactivité, de difficultés financières ou d'isolement, ainsi qu'un recueil du capital social.

7.3 DONNEES DE LA DREES

7.31 Aide sociale, minimas sociaux

Baradji, E. (2021). "Minima sociaux : des conditions de vie plus dégradées pour les bénéficiaires handicapés." *Etudes Et Resultats (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 Resultats (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>

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) publie son ouvrage annuel « Minima sociaux et prestations sociales ». 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. L'édition 2022 propose notamment des études sur les conditions de vie et de logement, l'isolement social, l'emploi, la conciliation des vies familiale et professionnelle, l'accompagnement et l'insertion, le niveau de vie, la santé et les trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux et de la prime d'activité. Elle présente, en outre, les barèmes en vigueur à ce jour des prestations sociales et, pour la première fois, intègre dans le périmètre de cet ouvrage, les étudiants bénéficiaires de bourses sur critères sociaux de l'enseignement supérieur. Les effets des prestations sociales sur la réduction de la pauvreté y sont aussi analysés.

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 Resultats (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. Dans une première partie, est analysée la situation de logement des bénéficiaires (statut d'occupation, accès à un logement ordinaire, hébergement par des proches, ...). Puis sont étudiées les conditions de logement selon trois approches : une approche de la qualité objective et intrinsèque du logement, notamment par un indicateur synthétique de défaut de qualité du logement qui regroupe seize critères ; une approche de l'adéquation entre la composition du ménage et la taille du logement, grâce à l'indicateur de surpeuplement ; enfin, une approche par le ressenti sur l'environnement extérieur du logement (bruits, délinquance, pollution et accessibilité). Enfin, l'étude se conclut sur la satisfaction des bénéficiaires par rapport à leurs conditions de logement et sur leur désir de déménager. L'étude compare les conditions de logement des bénéficiaires de revenus minima garantis entre eux mais également avec l'ensemble de la population. Elle détaille aussi, lorsque les données sont disponibles, l'évolution des conditions de logement des bénéficiaires de minima sociaux entre 2012 et 2018. Pour ce qui

concerne la prime d'activité, prestation mise en place le 1er janvier 2016 en remplacement du RSA activité et de la prime pour l'emploi, ce Dossier présente la toute première analyse des conditions de logement de ses bénéficiaires.

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>

Les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse sont particulièrement touchés par l'isolement social

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.

Pour les années antérieures, consultez :

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/minima-sociaux-et-prestations-sociales-menages-aux-revenus-modestes-et-11871>
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/les-minima-sociaux/>

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 1^{er} 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>

Les ménages ne disposent pas totalement librement de leur revenu disponible, une partie étant déjà pré-engagée pour certaines dépenses. En 2011, les ménages de France métropolitaine consacrent ainsi un peu plus du tiers de leur revenu disponible à des dépenses pré-engagées. Cette part est supérieure pour les ménages bénéficiaires de revenus minima garantis : elle s'élève à 42 % en 2012, selon l'enquête sur les bénéficiaires de minima sociaux menée par la DREES. Une fois les dépenses pré-engagées déduites du revenu disponible, la moitié des

personnes vivant dans un ménage bénéficiaire de revenus minima garantis disposent d'un revenu arbitrage par unité de consommation mensuel inférieur à 500 euros.

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 aidants. 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.

Borderies, F. Et Trespeux, F. (2013). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2011. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (176)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-beneficiaires-de-laide-sociale-departementale-en-2>

Fin 2011, en France métropolitaine, près de 3,5 millions de prestations ont été attribuées au titre de l'une de ces quatre formes d'aide : 1 362 500 aides ont bénéficié aux personnes âgées et 355 600 prestations ont été attribuées au titre de l'aide sociale aux personnes handicapées. Enfin, 297 300 prestations ont été allouées au titre de l'aide sociale à l'enfance et 1 474 500 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.

Legal, A. (2013). « La hausse du nombre d'allocataires des minima sociaux se poursuit en 2011. » Etudes Et Résultats (Drees) [844]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-hausse-du-nombre-dallocataires-des-minima-sociaux-se-poursuit>

Fin 2011, 3,7 millions de personnes sont allocataires de l'un des neuf minima sociaux (+2,4 %). En incluant les conjoints et les enfants à charge, 10 % de la population française est ainsi couverte. Cette évolution est due à l'augmentation du nombre de bénéficiaires de la partie socle du revenu de solidarité active (RSA) [+2,9 %] dont la montée en charge s'est quasiment achevée avec sa substitution au revenu minimum d'insertion (RMI) et à l'allocation de parent isolé (API) dans les DOM. Le nombre d'allocataires de l'ASS (allocation de solidarité spécifique) croît en 2011 (+3,8 %) sous l'effet de la hausse du chômage de longue durée. Le nombre d'allocataires du minimum vieillesse confirme son mouvement de baisse tandis que celui des bénéficiaires de

l'allocation aux adultes handicapés (AAH) augmente sous l'effet du plan de revalorisation sur cinq ans, engagé en 2008. Dans les DOM, la hausse du nombre des bénéficiaires de minima sociaux est légèrement moins marquée qu'en Métropole.

Marquier, R. (2013). « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010). » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [39]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/une-decennie-daide-sociale-des-departements-aux>

Entre 2001 et 2010, le nombre de mesures d'aide sociale des conseils généraux à destination des personnes âgées dépendantes est passé de 370 000 à 1 350 000 environ, cette augmentation très importante étant principalement due à la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2002 puis à sa montée en charge. Parallèlement, les dépenses totales d'aide sociale à destination de ces personnes a fortement augmenté : de 2,81 milliards d'euros de dépenses brutes en 2001 à 8,12 milliards en 2010. Déductions faites des recours et récupérations, le montant net des dépenses d'aide sociale s'établit à 6,89 milliards en 2010. Les dépenses par bénéficiaire ou par habitant suivent des mouvements parfois très différents selon les départements considérés, la tendance globale étant néanmoins à une certaine convergence : les départements dont les dépenses par bénéficiaire sont les plus élevées au début des années 2000 sont aussi ceux qui ont connu la plus forte diminution sur la décennie.

Borderies, F. Et Trespeux, F. (2012). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2010. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (171)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-beneficiaires-de-laide-sociale-departementale-en-3>

L'aide sociale, qui relève de la compétence des conseils généraux depuis les lois de décentralisation de 1984, comprend des prestations et services destinés aux personnes qui se trouvent dans l'impossibilité de faire face à un état de besoin en raison de la vieillesse, du handicap ou de difficultés sociales et s'exerce dans trois domaines principaux : l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées et l'aide sociale à l'enfance. Parallèlement, la compétence des départements dans le domaine de l'insertion s'est considérablement élargie depuis 2004, la loi du 18 décembre 2003 portant décentralisation du revenu minimum d'insertion (RMI) et créant un revenu minimum d'activité (RMA), les départements ont alors en charge le versement du RMI aux allocataires, en plus de leurs responsabilités en matière d'insertion. Depuis juin 2009, les compétences des départements de métropole se sont encore étendues avec la mise en place du revenu de solidarité active (RSA), dont la partie « socle », à la charge des conseils généraux se substitue au RMI mais aussi à l'allocation pour parent isolé (API), jusqu'alors financée par l'État.

Clement, E. (2012). « Dépenses d'aide sociale départementale en 2010. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (169)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/depenses-daide-sociale-departementale-en-2010>

Borderies, F. Et Trespeux, F. (2011). « Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2009. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (156)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-beneficiaires-de-laide-sociale-departementale-en-4>

Clement, E. (2011). « Dépenses d'aide sociale départementale en 2009. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (159)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-beneficiaires-de-laide-sociale-departementale-en-4>

Clement, E. (2010). « Dépenses d'aide sociale départementale en 2008. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (143)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/depenses-daide-sociale-departementale-en-2008>

7.32 Dépendance et handicap

(2022). "Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2022". Paris CNSA, P

https://www.cnsa.fr/documentation/cnsa_chiffres_cles_2022_access_exe_3.pdf

La treizième édition des Chiffres clés de l'aide à l'autonomie met à la disposition des acteurs et des décideurs du secteur médico-social les données disponibles en 2022. Depuis le 1er janvier 2021, la CNSA gère la branche autonomie de la Sécurité sociale. Elle devient ainsi le pendant de l'Assurance maladie, de l'Assurance retraite ou encore de la Caisse nationale d'allocations familiales. Elle soutient l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en contribuant au financement des aides individuelles versées aux personnes, ainsi qu'au financement des établissements et des services qui les accompagnent, en veillant à l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national. En 2022, la CNSA consacre plus de 35 milliards d'euros à l'aide à l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

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 Resultats (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 Resultats (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-veillissement-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 DOM, 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.

Espagnacq, M. (2013). « Évolution des prestations compensatrices du handicap de 2006 à 2012. » Etudes Et Résultats (Drees) [829]

De décembre 2006 à juin 2012, le nombre de bénéficiaires d'une prestation ou d'une allocation de compensation du handicap est passé de 139 000 à 223 000 personnes. Cette augmentation

résulte de la mise en place, en janvier 2006, de la prestation de compensation du handicap (PCH), dont bénéficient 143 000 personnes en juin 2012. La PCH coexiste depuis sa création avec l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP). L'ACTP doit, à terme, être remplacée par la PCH. Les dépenses liées aux deux prestations augmentent également chaque année. On constate donc une baisse du montant moyen de la PCH (775 euros en juin 2012). L'aide humaine représente l'essentiel du recours à la PCH : 93 % des personnes relevant de cette prestation ont reçu un financement à ce titre. Le montant moyen de la PCH enfant est supérieur à celui des adultes (1 075 euros), mais on ne compte que 11 500 bénéficiaires.

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.

Lo, S.-H. Et Dos Santos, S. (2011). « Les bénéficiaires de l'allocation compensatrice pour tierce personne et de la prestation de compensation du handicap : deux populations bien différentes. » Etudes Et Résultats (Drees) [772]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/aide-sociale-lhebergement-et-allocation-personnalisee-dautonomie>

Trois ans après la mise en place de la prestation de compensation du handicap (PCH) qui est vouée à succéder à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la DREES a mené une enquête auprès d'un échantillon de bénéficiaires de l'une ou l'autre de ces prestations. Ces populations souffrent le plus souvent d'une déficience motrice (42 % des allocataires de la PCH et 37 % de ceux de l'ACTP ont une déficience principale motrice) mais diffèrent fortement sur les autres types de déficience : les déficients intellectuels et visuels sont plus nombreux parmi les allocataires de l'ACTP tandis que parmi les allocataires de la PCH, on trouve davantage de personnes ayant une déficience auditive ou langagière. Même si la PCH couvre divers types d'aides (aides humaines, mais aussi aides techniques ou aménagements du logement par exemple), la prestation est principalement attribuée pour financer de l'aide humaine, le plus souvent pour dédommager un aidant familial. Les bénéficiaires de l'ACTP peuvent conserver leur allocation ou basculer vers la nouvelle prestation, la PCH. Le choix pour l'une ou l'autre prestation est fortement lié au type de déficience de la personne, mais aussi à la nature et à l'importance des besoins d'aide. Il apparaît ainsi que les allocataires qui ont opté pour la PCH

ont des besoins relativement élevés aussi bien en aides humaines qu'en aides matérielles. La PCH serait alors plus adaptée à leurs besoins que l'ACTP qui ne couvre que l'aide humaine.

7.33 Protection complémentaire (mutuelle, prévoyance, cmu/cmuc...)

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'eupéanisation 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'eupéanisation. 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%3a9m%20entaire%20sant%3a9%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 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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-referance/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 ? 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 enregistré 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 à 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.

(2013). État des lieux de la protection sociale complémentaire d'entreprise. Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012 - Prévisions 2013., Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale
<https://www.vie-publique.fr/rapport/33216-les-comptes-de-la-securite-sociale-resultats-2012-previsions-2013>

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise prévue par l'accord national interprofessionnel (ANI) à compter du 1^{er} janvier 2016 et mise en place dans le cadre de la loi sur la sécurisation de l'emploi adoptée le 14 mai 2013, va modifier le paysage de la couverture complémentaire d'entreprise. Cette fiche dresse un état des lieux statistique du marché de la complémentaire d'entreprise afin de mieux cerner les évolutions à venir.

Le Palud, V. (2013). « Comment les organismes complémentaires fixent leur tarif. » Etudes Et Résultats (Drees) [850]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/comment-les-organismes-complementaires-fixent-leurs-tarifs>

La majorité des Français est couverte par une assurance complémentaire santé privée. L'encadrement des critères de tarification de ces contrats conduit à des pratiques tarifaires différentes selon les types d'organismes et de contrats. Ainsi, par rapport aux contrats individuels offerts par les mutuelles, les contrats individuels des sociétés d'assurance ont plus souvent un tarif accélérant avec l'âge. Sur ce type de contrats, les mutuelles opèrent donc davantage de transferts entre classes d'âges que les sociétés d'assurance. La prise en compte des enfants dans le tarif des contrats collectifs est plus favorable aux familles que celle dans les contrats individuels.

Garnero, M. Et Zaidman, C. (2011). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Paris Ministère chargé de la santé
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/rapports/article/la-situation-financiere-des-organismes-complementaires-assurant-une-couverture-11845>

Par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009 (article 12 et article L.862-7 du code de la sécurité sociale) le gouvernement a été chargé d'établir un rapport présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé. Ce rapport, élaboré par la DREES pour la troisième année, présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008, 2009 et 2010. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU, et en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP

Garnero, M. Et Rattier, M.-O. (2011). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008. » Etudes Et Résultats (Drees) [752]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-contrats-les-plus-souscrits-aupres-des-complementaires-sante-0>

Garnero, M. Et Rattier, M.-O. (2011). « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007. » Série Statistiques - Document de Travail - Drees (151)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/les-contrats-les-plus-souscrits-aupres-des-organismes-1>

Garnero, M. Et Zaidman, C. (2010). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Paris Ministère chargé de la santé

Ce rapport, élaboré par la DREES pour la deuxième année, présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008 et 2009. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU, et en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP pour le compte de la DREES. Dans une première partie sont rappelés les principaux éléments de cadrage sur le marché de la couverture santé complémentaire, un secteur d'activité qui se concentre mais qui reste très morcelé en ce qui concerne les mutuelles. La deuxième partie du rapport s'intéresse à la situation financière des organismes assurant la couverture complémentaire santé. En 2009, le rapport constate une baisse du résultat net comptable aussi bien pour les assurances que pour les mutuelles, avec des différences notables selon les organismes. Le résultat technique santé est positif en contrat individuel et négatif en collectif pour l'ensemble des organismes. Globalement, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes et le type de contrat. Elles s'élèvent, pour la couverture des risques « santé », à 30 % pour les sociétés d'assurance non-vie pour les contrats individuels contre 22 % pour les mutuelles et 15 % seulement pour les institutions de prévoyance. En contrat collectif, l'écart se réduit fortement (respectivement 22 %, 21 % et 18 %). Enfin, des annexes détaillant les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes sont jointes au rapport.

Legal, R., et al. (2010). « Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation. » *Série Statistiques - Document de Travail - Drees (149)* : 73-93
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/comptes-nationaux-de-la-sante-2009>

La présente étude offre pour la première fois une analyse microéconomique de la structure de financement des dépenses de santé des ménages. L'article se compose de trois parties. La première partie décrit le profil de morbidité de la population en fonction de ses grandes caractéristiques socioéconomiques et la nature des dépenses associées³. L'hétérogénéité de la couverture complémentaire et ses répercussions sur la structure de financement des dépenses au niveau microéconomique sont discutées dans une seconde partie, essentiellement à partir d'une revue de littérature. Enfin, la variabilité de la structure de financement des dépenses de santé et les taux d'effort associés sont présentés et analysés dans une troisième partie selon différentes caractéristiques des ménages : niveau de vie, âge et situation face à l'emploi.

Legal, R., et al. (2010). « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ? » *Série Statistiques - Document de Travail - Drees (149)*
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/comptes-nationaux-de-la-sante-2009>

La présente étude analyse la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux par l'assurance maladie mais aussi par les assurances complémentaires selon la gravité de leur état de santé, appréhendée ici à travers la reconnaissance d'une affection de longue durée (ALD).

7.34 Retraite

Marino, A. (2022). "Les retraités et les retraites – édition 2022". Panorama de la Drees Paris Drees <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/les-retraites-et-les>

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 332 milliards d'euros de pension versés en 2020 (14,4 % du PIB), et de l'invalidité

Musiedlak, Y. (2020). "En 2018, 3,4 % des retraités cumulent emploi et retraite." Etudes Et Resultats (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 Resultats (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 fiche 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 définies ou de contrats à cotisations définies. Ces derniers sont nettement plus fréquents (12 % des entreprises) que les contrats à prestations définies (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. (2017/12). « 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>

Fin2012, 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>

En fin de carrière, la part des personnes principalement au chômage au cours d'une année progresse avec l'âge : pour la génération 1942, elle passe de 3 % des hommes et des femmes à 50 ans, à 14 % des hommes et 12 % des femmes à 59 ans. Elle est plus faible au-delà. Les départs à la retraite se font le plus souvent l'année des 60 ans ou des 65 ans. Les femmes sont plus nombreuses à partir tardivement : moins présentes sur le marché du travail entre 50 et 65 ans, elles attendent plus fréquemment l'âge du taux plein pour liquider leurs droits. Entre 50 et 65 ans, les personnes de la génération 1942 changent 1,8 fois en moyenne de situation principale vis-à-vis du marché du travail. Globalement, 49 % des hommes et 60 % des femmes connaissent au moins une fois une période significative de chômage, de maladie ou d'absence du marché du travail entre ces deux âges. Les personnes éloignées du marché du travail de façon prolongée sont beaucoup plus nombreuses en fin de carrière.

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>

Dans un contexte d'allongement de la durée des études et de chômage des jeunes plus élevé depuis le début des années 1980, les premières acquisitions de droits à la retraite sont plus tardives pour les jeunes générations et leur rythme de validation de trimestres est plus lent en début de carrière. De plus, l'allongement de la durée de cotisation pour obtenir le taux plein, le recul de l'âge légal de départ à la retraite et de l'âge d'annulation de la décote au fil des réformes entraîneront des âges moyens de liquidation plus élevés pour les jeunes générations

que pour les plus anciennes. Sans les majorations de durée pour enfants, la majorité des femmes ne pourrait espérer atteindre la durée minimale requise dès l'âge d'ouverture des droits. Les écarts d'âge de début d'acquisition entre les femmes et les hommes sont stables au fil des générations mais se réduisent entre les situations professionnelles. Les générations récentes acquièrent plus de trimestres avant la validation d'une première année complète que leurs aînées, ce qui traduit le développement du cumul emploi-études et un début de carrière plus heurté.

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>

Pour les retraités de droit direct de la génération 1946, le taux de remplacement médian du salaire net moyen de fin de carrière par la retraite s'élève à 74,0 % pour les hommes et 72,5 % pour les femmes. La dispersion de ces taux est marquée : 10 % des retraités perçoivent une pension correspondant à moins de 53,4 % et 10 % d'entre eux une pension supérieure à 92,5 % de leur salaire net moyen de fin de carrière. Le taux de remplacement diminue en général avec le salaire. Pour les salaires inférieurs à 3 000 euros nets mensuels, les taux de remplacement médians des hommes sont plus élevés que celui des femmes : pour les salaires plus élevés, ils sont très proches. Les anciens salariés du privé de la génération 1946 bénéficient de taux de remplacement légèrement plus élevés que les anciens salariés du public. Au fil des générations les taux médians de remplacement diminuent plus fortement dans le public (-7,3 points) que dans le privé (-3,4 points).

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>

En 2010, près de 20 % de la population de 18 ans ou plus épargnent en prévision de la retraite. L'assurance-vie est l'actif financier préféré avec 7,1 % de souscripteurs. Les produits de retraite supplémentaire sont moins diffusés et représentent des montants épargnés plus modestes. Le recours à des actifs financiers en prévision de la retraite augmente avec l'âge jusqu'à 60 ans, et avec le niveau de vie. 1 personne retraitée sur 5 perçoit une rente issue des produits de retraite supplémentaire, notamment des anciens cadres, artisans, commerçants ou chefs d'entreprise. Les hommes qui ont plus souvent occupé ce type d'emplois sont 22,5 % à disposer d'une rente, contre 13,7 % des femmes.

Aubert, P., et al. (2012). « Le départ à la retraite : motivations et connaissance des droits : les enseignements de l'enquête Motivations de départ à la retraite. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [34]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/le-depart-la-retraite-motivations-et>

De nombreux motifs ont pesé dans la décision de partir des nouveaux retraités. La majorité d'entre eux évoquent à la fois des raisons d'ordre personnel ou professionnel, et des facteurs relevant de la réglementation sur le droit à pension, sans qu'on puisse savoir si l'une ou l'autre des catégories a davantage influencé la décision. Dans le cas des motivations financières, un des éléments de contexte primordial concerne le niveau de connaissance dont disposent les personnes en matière de règles de calcul de leur pension. Bien qu'essentiels pour le calcul de la pension, le taux plein, la décote, la surcote, le cumul emploi-retraite et la retraite progressive semblent assez mal connus et seul un retraité sur dix est parti à la retraite en connaissant les cinq dispositifs.

Aubert, P., et al. (2012). « Les poly-pensionnés. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [32]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dss32.pdf>

Environ un retraité sur trois de la génération 1942 touche une pension de plusieurs régimes de retraite de base. D'une part, les règles de calcul de la pension ne sont pas les mêmes dans tous les régimes, et d'autre part la pension n'est pas strictement proportionnelle aux cotisations dans chacun des régimes. Cela implique que deux retraités dont les carrières ont été rigoureusement identiques pourront percevoir des montants totaux de pension sensiblement différents. Ce numéro de « Dossiers Solidarité et Santé » fournit des éléments descriptifs sur la situation des poly-pensionnés. Il apporte également un éclairage particulier sur les poly-pensionnés cumulant une pension du régime général et une pension de l'un des régimes de la fonction publique. Enfin, il propose une simulation d'un passage à un régime unique englobant le régime général et les régimes alignés (salariés agricoles, artisans, commerçants).

Aubert, P., et al. (2012). « Montant des pensions de retraite et taux de remplacement. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [33]

Ce Dossier solidarité et santé s'intéresse à deux indicateurs traditionnellement utilisés : le montant des pensions et le taux de remplacement qui mesure la part du salaire de fin de carrière couvert par les pensions de retraite. Le niveau des pensions de retraite augmente tous les ans en raison de la revalorisation des pensions liquidées (évolution individuelle) mais aussi du renouvellement de la population des retraités (effet de composition), les nouveaux retraités

percevant généralement des pensions supérieures à celles des personnes qui décèdent. Le taux de remplacement du dernier revenu d'activité par la pension de retraite est un indicateur synthétique de la variation de revenu lors de la liquidation de la pension. Il permet de comparer la situation de l'ensemble des assurés alors que les règles des régimes de retraite sont très diverses. Cet indicateur est pertinent pour les personnes dont le parcours de fin de carrière n'est pas heurté. Mais dès lors que des périodes de chômage, d'inactivité, ou d'emploi à temps partiel apparaissent en fin de carrière, son interprétation est plus délicate.

Benallah, S., et al. (2011). « Les motivations de départ à la retraite : premiers résultats de l'enquête auprès des nouveaux retraités du régime général. » *Etudes Et Résultats (Drees)* [745]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-motivations-de-depart-la-retraite-premiers-resultats-de#:~:text=Les%20motifs%20de%20d%C3%A9part%20le,retraite%20le%20plus%20longtemps%20possible.>

Les nouveaux retraités de la CNAV qui ont pris leur retraite entre juin 2008 et juillet 2009 ont été interrogés en février 2010 sur les principales motivations de leur départ et sur leur connaissance des dispositifs d'incitation à la poursuite d'activité. Une majorité des nouveaux retraités déclarent qu'ils sont partis dès qu'ils en ont eu la possibilité. Les motifs de départ le plus souvent invoqués sont le fait d'avoir atteint les conditions requises pour l'obtention d'une retraite au taux plein (sans décote) ou l'âge de 60 ans, ainsi que le souhait général de profiter de sa retraite le plus longtemps possible. Le taux plein et le cumul emploi-retraite sont les notions les mieux connues des nouveaux retraités. 87 % des retraités interrogés savent ce qu'est le cumul emploi-retraite ou en ont au moins entendu parler : c'est le cas de 81 % d'entre eux pour le taux plein. Le fait d'atteindre le taux plein semble largement compter dans leur décision de partir à la retraite. À l'inverse, les notions de décote et surcote semblent mal connues, et l'attrait de la surcote n'aurait motivé que 17 % de ceux qui ont bénéficié de ce dispositif. Pour ces derniers, c'est l'intérêt du travail et le niveau du salaire (supérieur à celui de la retraite) qui restent les principales motivations de la poursuite de l'activité.

Aubert, P. Et Duc, C. (2010). « Profils individuels des revenus d'activité au cours de la carrière : quelles conséquences sur le niveau des pensions de retraite ? » *Série Etudes Et Recherche - Document de Travail - Drees* (103)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/dt103.pdf>

En début de carrière, la pente moyenne des revenus d'activité selon l'âge est d'autant plus élevée que les personnes sont à hauts revenus. En deuxième partie de carrière (après 40 ans) la plupart des personnes ont un revenu d'activité stable. Les revenus d'activité ou salaires « exceptionnels », que ce soit vers le haut ou vers le bas, sont par ailleurs beaucoup plus fréquents pour les personnes à bas revenus. La règle de calcul du salaire (ou revenu d'activité) annuel moyen sur les 25 meilleures années plutôt que sur l'ensemble de la carrière - régime général et régimes alignés - pour calculer le montant des pensions, devrait avantager en premier lieu les personnes à très hauts revenus et les personnes à plus bas revenus. En pratique, deux dispositifs nuancent fortement ce résultat : le plafonnement des salaires portés au compte, d'une part, et le minimum contributif, d'autre part.

7.4 ETUDES DE LA CNAMTS

(2017). « Données relatives à l'ensemble des bénéficiaires du dispositif des ALD une année donnée ». Paris : Cnamts

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>

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'accroît. 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

<https://www.ameli.fr/content/rapport-tiers-payant-novembre-2016>

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 porte sur la période 1^{er} 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 1^{er} juillet 2016.

(2017). « La CMU au 30 juin 2017. Paris : Cnamts

<https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/couverture-maladie-universelle-cmu.php>

(2017). « Prévalences et incidence des Affection de longue durée dans le régime général. » . Paris : Cnamts

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>

(2016). « Coût des ALD. Paris : Cnamts

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>

(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 polyopathie 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.

(2012). « Les chiffres de la Couverture Maladie Universelle dans le régime général au 31 décembre 2011 ». Paris : Cnamts

Dans ce document, la CNAMTS actualise les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans le régime général au 31 décembre 2011. À cette date, environ 4 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient de la couverture complémentaire CMU. 40 %

d'entre elles bénéficient également de l'affiliation à la CMU « de base » sous critère de résidence pour le régime obligatoire. Sur le portail de l'Assurance maladie, est proposé un ensemble de tableaux sur la répartition des bénéficiaires de la CMU par mode de couverture et qualité de bénéficiaire. Les bénéficiaires sont ventilés suivant leur régime obligatoire France métropolitaine, France entière, par département.

Gilles, L. Et Lautie, S. (2012). « Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique. » Points de Repère (37)

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

La CNAMTS a confié au CREDOC une enquête auprès des bénéficiaires de la CMU-C ayant eu un reste à charge en optique afin de caractériser et hiérarchiser les circonstances et les motifs de ces restes à charge et d'envisager des évolutions du dispositif pour diminuer leur montant.

(2011). Analyse du reste à charge en soins de ville des assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire. Nanterre CPAM

https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2012_01_13_analyse_RAC_soins_de_ville_benefs_CMUC.pdf

L'objectif de cette étude est de mesurer les montants restant à la charge des bénéficiaires de la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) sur les principaux postes de dépenses. En effet, de récents travaux, menés notamment par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS) ont mis en évidence l'existence de participations financières supplémentaires pour des soins qui n'auraient pas dû en générer. C'est pourquoi, le Fonds CMU a sollicité la caisse des Hauts-de-Seine pour mener un état des lieux détaillé de la situation, au niveau local.

Ricci, P. (2011). « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010. » Points de Repère (35)

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

Aujourd'hui, plus de 4 millions de personnes ont, au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), une protection complémentaire gratuite. Ce dispositif offre un panier de soins élargi par rapport à l'Assurance maladie obligatoire (AMO), notamment grâce à des forfaits relatifs aux prestations d'optique et de dentaire. L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. L'objectif de cette étude est de mesurer l'ampleur et d'analyser la structure des restes à charge (RAC) des bénéficiaires de la CMU-C qui ont eu recours aux soins en 2010.

(2010). « Les chiffres de la Couverture Maladie Universelle dans le régime général au 30 juin 2010. ». Paris ; Cnamts

Dans ce document, la CNAMTS actualise les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) dans le régime général au 30 juin 2010. À cette date, environ 3,89 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient de la couverture complémentaire CMU (France entière),

un chiffre en légère hausse par rapport à la fin 2009 (3,80 millions). 36 % d'entre elles bénéficient également de l'affiliation à la CMU « de base » sous critère de résidence pour le régime obligatoire. Les organismes conventionnés augmentent leur part en gérant à présent 14,24 % des bénéficiaires d'une complémentaire, soit 0,3 point de plus que fin 2009 (13,9 %) et 1,3 point par rapport à fin 2008 (12,94 %). 2,15 millions de personnes sont couverts par la CMU de base dans la France entière (critères de résidence). Sur le portail de l'Assurance maladie, est proposé un ensemble de tableaux sur la répartition des bénéficiaires de la CMU par mode de couverture et qualité de bénéficiaire. Ventilation des bénéficiaires suivant leur régime obligatoire France métropolitaine, France entière, par département.

Dellacherie, C., et al. (2010). « Fréquence des ALD au 31/12/2009. Paris : Cnamts

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/affections-longue-duree-ald>

8,6 millions de personnes du régime général bénéficient au 31 décembre 2009 de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD), soit une personne sur sept. Les tableaux suivants présentent des données détaillées concernant les personnes en affection de longue durée au 31/12/2009.

7.5 AUTRES ETUDES

(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).

(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-veillissement-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.

(2022). "Protection sociale : le choc du vieillissement est-il (in)soutenable ?" Note D'analyse (La)(11): 7. 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.

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).

Kervasdoué, J. d., et al. (2021). "Le financement de la santé." Revue D'economie Financiere(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

https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2018-11-29_RapportAnnuel_ACS_2017_Internet.pdf

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 1^{er} 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

➤ Pour les années antérieures, consultez https://www.cmu.fr/rapports_prix_contenu.php

(2018). « VII^{ème} 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. Plusieurs propositions visent à mieux suivre les droits associés à CMU-C et l'ACS et à affiner les connaissances sur ces dispositifs. Il s'agit notamment de suivre la bonne application de l'opposabilité des tarifs pour les bénéficiaires de l'ACS aussi

bien par les médecins que par les chirurgiens-dentistes. Ces suivis devront être mis en place en collaboration avec les régimes obligatoires. Par ailleurs, pour mieux comprendre la dépense CMU-C, il est recommandé de créer un observatoire en s'appuyant sur des CPAM. Les travaux d'analyse de la dépense ont d'ores et déjà été lancés en début d'année 2017 par le Fonds CMU-C en partenariat avec une dizaine de CPAM. Pour faciliter l'accès aux droits et lutter contre le non-recours, le rapport préconise notamment la simplification du formulaire de demande CMU-C / ACS et l'allègement des pièces justificatives. Cette démarche a été initiée depuis plusieurs mois et devrait se concrétiser prochainement par la mise à disposition d'un formulaire simplifié et un allègement des pièces justificatives. Plusieurs propositions ont aussi pour objectif de faciliter l'attribution et le renouvellement des droits pour des populations spécifiques comme les allocataires du RSA et les allocataires de l'AAH. Concernant l'amélioration des prises en charge, le Fonds CMU-C suggère d'étudier les besoins de prise en charge des personnes en situation de handicap. Une autre piste de travail repose sur l'intégration de soins parodontaux dans le panier de soins dentaires CMU-C. Ces sujets peuvent être intégrés aux réflexions actuelles sur le reste à charge zéro et aux travaux menés dans le cadre des nouvelles négociations pour les conventions des chirurgiens-dentistes avec l'assurance maladie obligatoire. Pour lutter contre le refus de soins, le rapport souligne l'importance de définir précisément la notion de refus de soins dans toutes ses formes et de renforcer les outils juridiques de lutte contre le refus de soins. De premiers travaux ont été engagés à ce sujet dans le cadre des commissions chargées d'évaluer les pratiques de refus de soins mises en place en application de la loi de modernisation de notre système de santé.

➤ Pour les années antérieures, consultez https://www.cmu.fr/rapports_evaluation.php

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
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000375.pdf>

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. Et Dubertret, J. (2018). « Rapport sur l'état des lieux et les enjeux des réformes pour le financement de la protection sociale ». Paris HCFi-PS

<https://www.strategie.gouv.fr/publications/etat-lieux-enjeux-reformes-financement-de-protection-sociale>

Etant donné l'impact des dernières lois sur ce financement, notamment les LF et LFSS pour 2018 (hausse de la CSG en contrepartie de la baisse ou de la suppression de certaines cotisations de salariés et travailleurs indépendants, fin du CICE en 2019 par intégration dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales des employeurs,...), mais aussi des autres textes en préparation comme le projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, le Haut Conseil s'est donc attaché à analyser le contexte économique dans lequel s'inscrivent ces différentes réformes, les décisions déjà adoptées et celles pour lesquelles des options doivent être prises. Cette réflexion, qui montre bien que les enjeux auxquels est confronté notre système de protection sociale sont considérables, a été déclinée dans sept éclairages. Les éclairages 1 et 3 font notamment un point complet et actualisé sur les hypothèses macroéconomiques révisées et leur impact sur les régimes de protection sociale. Dans le deuxième éclairage sont présentées les tendances récentes d'évolution de la compétitivité de l'économie française et du coût du travail, ainsi que le rôle joué par le CICE. Le quatrième éclairage montre les conséquences, en 2018, de ces évolutions des taux des différents prélèvements sociaux sur la structure des recettes de l'assurance chômage et des branches de la sécurité sociale, compte tenu des transferts entre organismes sociaux auxquels ont procédé les lois financières de l'automne. Ces changements, opérés à titre transitoire pour 2018, renforcent la dimension universelle du financement des prestations en nature de l'assurance maladie et modifient fortement la structure des recettes de l'Unédic. La nouvelle mesure d'exonération générale de cotisations sociales, qui transforme, à compter du 1^{er} janvier 2019, le CICE en un allègement pérenne de cotisations employeurs et renforce au niveau du Smic les allègements généraux, fait l'objet d'une présentation dans le cinquième éclairage. Le sixième éclairage porte sur les évolutions de court terme, notamment le renforcement du rôle de l'Acoss en matière de recouvrement des prélèvements sociaux. Enfin, le septième éclairage se livre à un exercice plus prospectif, dans des domaines – les retraites, la politique familiale et le financement des dépenses sociales des départements – où des projets de réforme sont en cours de réflexion, sans avoir donné lieu à ce stade à des décisions.

Charpy, C. R. (2018). « Les pensions de réversion ». Paris Ministère chargé de la santé

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/184000357.pdf>

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
<https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/rapport%202018-acc%C3%A8s%20aux%20soins%20PP%20et%20PH-volume%20contributions.pdf>
<https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport2018-acc%C3%A8s%20aux%20soins%20PP%20et%20PH.pdf>

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](http://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
<https://www.cmu.fr/etudes-du-fonds.php>

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 55^e 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 55^e 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
<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/174000515.pdf>

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.).

Safon, M. O. (2017). La protection sociale complémentaire en France : synthèse documentaire, Paris : IRDES

<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf>

Régulièrement mise à jour, cette synthèse documentaire dresse, tout d'abord, un historique de la protection sociale complémentaire en France. Puis, elle présente le contenu de la prise en charge de la couverture complémentaire et décrit les principaux régimes complémentaires. Elle est accompagnée d'une bibliographie et de quelques données chiffrées issues de l'enquête santé et protection sociale de l'Irdes.

(2017). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016. Paris Fonds Cmu

https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/2017-Rapport_Cout_Moyen_2015-2016.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 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.

- Pour les années antérieures, consultez :
https://www.cmu.fr/rapports_depense_moyenne_cmuc.php

(2016). Évolutions et perspectives des retraites en France : rapport annuel du Conseil d'orientation des retraites - Juin 2016. Paris Conseil d'orientation des retraites

<https://www.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/164000370.pdf>

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.igas.gouv.fr/spip.php?article619>

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]
<https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU58.pdf>

Le Fonds CMU fait le point sur l'ACS, 10 après son entrée en vigueur (le 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} 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). La 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'interopérabilité 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.vie-publique.fr/sites/default/files/rapport/pdf/154000753.pdf>

Le Haut Conseil du financement de la protection sociale a adopté le 19 novembre 2014 un rapport sur l'analyse comparée des modes de financement de la protection sociale en Europe, qui a été transmis le même jour au Premier Ministre. Les travaux antérieurs du Haut Conseil ont fait émerger le souhait d'un élargissement de ses réflexions aux analyses et aux expériences conduites dans les pays partenaires de la France dans le domaine du financement de la protection sociale. 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
<https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Absence%20complementaire%20sante%20chez%20les%20etudiants%20-%20ODENORE%20-%20Ao%C3%BBt%202014.pdf>.

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.).

(2013). La généralisation de la couverture complémentaire en santé : rapport. Paris HCAAM
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2013/AVIS/HCAAM-2013-JUILLET-AVIS-AVIS_SUR_LA_GENERALISATION_DE_LA_COUVERTURE_COMPLEMENTAIRE_EN_SANTE.pdf

Saisi en mars 2013 par le gouvernement dans le cadre de l'objectif présidentiel de généralisation de la couverture complémentaire en santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a adopté le 18 juillet un avis accompagné d'un rapport, à l'unanimité à l'exception de la CGT-FO. Ces documents portent un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Ils analysent également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire en santé à l'ensemble de la population. Le HCAAM a examiné les conditions de la généralisation d'une couverture de qualité, incluant les personnes les plus éloignées de l'emploi et les plus modestes. Cette généralisation implique une évolution du dispositif de l'ACS (Acquisition d'une complémentaire santé) pour en améliorer le taux de recours, un renforcement des critères de solidarité et de responsabilité des contrats d'assurance complémentaire et une amélioration du ciblage des aides publiques bénéficiant au secteur. Le Haut Conseil s'est également penché sur la répartition des rôles entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) en matière de gestion du risque et souligne l'intérêt des réseaux de professionnels de santé pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins.

(2013). Les principes de solidarité de l'assurance maladie. Paris HCAAM
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCAAM/2013/NOTE/HCAAM-2013-JANVIER-NOTE-NOTE_SUR_LES_PRINCIPES_DE_SOLIDARITE_DE_L-ASSURANCE_MALADIE.pdf

Le HCAAM, dans sa séance du 24 janvier 2013, a rappelé les principes de solidarité entre bien portants et malades de l'assurance maladie obligatoire. Il en a souligné les effets redistributifs qui résultent essentiellement de ses modalités de financement. Il rappelle également les mécanismes de mutualisation assurantielle de l'assurance maladie complémentaire qui contribuent à l'accès aux soins

8- Morbidité

8.1 ETUDES D'ENSEMBLE

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://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2018/Programme-Cosmop-surveillance-de-la-mortalite-par-cause-selon-l-activite-professionnelle>

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. *Études 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 6^e 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 3^e 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 3^e 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'accroissent 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.

(2017). Panorama de la santé 2017 : Indicateurs de l'OCDE. Paris OCDE

<https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017-health-glance-2017-fr>

Cette publication Panorama de la santé présente les données les plus récentes et les tendances de différents aspects des performances des systèmes de santé des pays de l'OCDE. Elle montre clairement les fortes variations entre pays en ce qui concerne l'état de santé de la population et les risques sanitaires, ainsi que les différences de coûts, d'affectation des ressources et d'activités des systèmes de santé...

➤ Pour les années antérieures, consultez : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320

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). The European health report 2015. Targets and beyond – Reaching new frontiers in evidence. Danemark Office des publications officielles du Bureau régional de l'Europe

<https://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/european-health-report/european-health-report-2015/european-health-report-2015-the.-targets-and-beyond-reaching-new-frontiers-in-evidence.-highlights>

The 2015 report shows that improvements in health continue throughout the European Region, and some of the inequalities in health between countries, notably in life expectancy and infant mortality, have decreased in recent years. In real terms, however, these differences still amount to 11 years of life and 20 healthy babies per 1000 live births between the best- and worst-performing countries. Absolute differences between countries remain unacceptably large, especially for indicators linked to social determinants of health. In addition, the report clearly shows that the European Region still has the highest rates of alcohol consumption and tobacco smoking in the world. The 2012 report introduced the concept of well-being within the Health 2020 framework, and the 2015 report continues the discussion. It : presents the first results on subjective and objective well-being in the context of Health 2020, and explores innovative ways policy-makers can address the challenge of measuring it : examines how culture may influence health and well-being : and looks at how WHO could use information from non-traditional sources – for example, drawing on history and anthropology – to gain a more complete picture of well-being in Europe. Health 2020 includes notions such as community resilience and a sense of belonging and empowerment, and requires fresh thinking about health information to ensure that the evidence collated meets the needs of the policy.

(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.

2011 : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-sources-outils-et-enquetes/hors-collection-1999-2015/recueil-dindicateurs-regionaux-0>

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>

Mackenbach, J., et al. (2013). « Health in Europe. » The Lancet 381 (9872) : 1071-1156.

<https://www.thelancet.com/series/health-in-europe>

The Lancet Series on Europe provides a comprehensive examination of some of the most important issues affecting the health of people in Europe today. Seven Series papers, led by Professor Martin McKee of the London School of Hygiene & Tropical Medicine, cover a diverse

range of subjects, from how the financial crisis is affecting health in Europe, to whether children's health services are keeping pace with the changing landscape of child health. In recent years, the 53 countries that make up WHO's European Region have undergone turbulent political changes that have left an indelible mark on the health of their populations, including a striking east-west divide.

Robine, J. M. Et Cambois, E. (2013). « Les espérances de vie en bonne santé des Européens. » Population et Sociétés (499)

<https://www.ined.fr/fr/publications/population-et-societes/esperances-vie-bonne-sante-europeens/>

Depuis 2005 Eurostat calcule chaque année l'espérance de vie sans limitation d'activité sous le nom d'« années de vie en bonne santé ». Si l'espérance de vie à 65 ans s'est allongée d'un an dans l'Union européenne entre 2005 et 2010, le temps vécu en mauvaise santé perçue a diminué (de 0,5 à 1,1 an selon le sexe), et ce en dépit de l'augmentation des années de vie s'accompagnant de maladies chroniques (de 1,6 à 1,3 an selon le sexe), le temps vécu sans limitation d'activité restant inchangé. Ce paradoxe peut s'expliquer en partie par un repérage plus systématique et par une meilleure prise en charge des problèmes de santé, dont la fréquence a pu augmenter sans pour autant que les déclarations de limitations d'activité ou la perception négative de sa santé aient augmenté (résumé de l'éditeur).

Kervasdoué, J. De, et al. (2012). Carnet de santé de la France en 2012 : économie, droit et politiques de santé, Paris : FNMF Paris : Economica

Ce 7^e Carnet de santé est publié à l'occasion du 40^e Congrès national de la Mutualité Française. Parmi les sujets récurrents figurent le déficit de l'assurance maladie et son financement ainsi que l'aggravation des inégalités, notamment dans l'accès aux soins (partie 1). Et si les qualités du système français, internationalement reconnues, restent remarquables, son classement recule! Introduction d'une « règle d'or » en matière de Sécurité sociale, fusion des régimes d'assurance maladie doublée d'une budgétisation des branches maladie et famille, utilisation appropriée des nouvelles technologies de l'information, évolutions possibles de la médecine générale au regard des nouvelles attentes des jeunes praticiens dont les femmes constituent une majorité, constituent les voies d'avenir possibles présentées dans la deuxième partie. Au titre des nouveaux thèmes traités dans ce Carnet 2012, deux politologues analysent la manière dont les idées viennent aux politiques. Le premier, américain, traitera du cas général, quand le second, français, l'illustrera à partir de l'exemple de notre pays (d'après la 4^e de couv.)

Sermet, C., et al. (2012). La santé en France et en Europe : convergences et contrastes. Avis et Rapports. Paris HCSP

https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20120301_santeFranceEurope.pdf

Réalisé pour la première fois par le Haut Conseil de la santé publique, ce rapport prend appui sur l'ensemble des indicateurs de santé ECHI (European Community Health Indicators), défini par la Commission européenne en vue d'établir une cohérence dans les données statistiques à l'échelle communautaire. La France affiche l'un des meilleurs taux d'espérance de vie dans l'Union européenne, mais, la mortalité par suicide est très élevée. On observe aussi que le poids de dépenses de santé dans le PIB est le plus élevé de l'Union européenne, mais le niveau de dépenses par habitant n'arrive qu'en sixième position. Voici quelques-uns des enseignements de

ce rapport comparatif France-Union européenne sur l'état de santé. Le rapport met ainsi en exergue les atouts et les handicaps de la situation française en indiquant des pistes possibles d'amélioration.

Kervasdoué, J. D. D. (2009). *Carnet de santé de la France en 2009 : économie, droit et politiques de santé*. Paris FNMF : Dunod

En 2009, la crise financière se répercute sur l'économie réelle. L'assurance maladie, dont on promettait l'équilibre en 2007, ne l'a jamais atteint cette année-là. Le déficit de la sécurité sociale de 2009 dépassera les 20 milliards d'euros ! Comme pour toute dette, et celle-ci n'est pas la première, il faudra bien un jour la payer. En attendant, le système de soins français est paradoxalement protégé de toute révision douloureuse par la crise, dans une France qui n'est plus seule maîtresse à bord, tant sa réglementation est marquée par l'Europe. Pourquoi la France, en année de croissance a « normale », ne parvient-elle pas à maîtriser ses dépenses sociales ? Quel rôle joue l'Europe pour la santé des Français ? Comment d'autres pays occidentaux font-ils face aux mêmes types de problèmes ? Peut-on apprendre d'eux et tirer des leçons de certaines de leurs expériences ? En quoi leurs évolutions récentes peuvent-elles être riches d'enseignements pour la Mutualité Française, comme pour le pays ? Tels sont les questionnements de ce *Carnet de santé de la France en 2009*. Outre l'analyse de la situation française et le bilan des politiques de santé des trois dernières années, le lecteur trouvera dans ce *Carnet de santé* un bilan complet du rôle que joue l'Europe et sa réglementation. Puis, un chapitre montrera dans quelles conditions il est possible d'apprendre de l'expérience des autres. Enfin, avec les meilleurs experts de ces pays, le lecteur découvrira comment dix pays, dont l'Allemagne, les Etats-Unis, les Pays-Bas et le Royaume-Uni, ont tenté de traiter de ces mêmes questions avec des succès contrastés. Le déficit n'est donc pas une fatalité.

8.2 GROUPES DE POPULATION

8.21 *Enfant*

(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_profdesantetoffrdesoinpouresenf.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 personnalisés 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 œuvre 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://onaps.fr/wp-content/uploads/2022/10/RC_2022-web-vflight.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 permettraient 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://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soin_rapport_final_juin2016.pdf

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). La santé des étudiants : 4^e enquête nationale. Premiers résultats. Paris LMDE
<https://www.lmde.fr/lmde/ense-4>

Ce dossier de presse rassemble les premiers résultats de la quatrième enquête nationale sur la santé des étudiants, réalisée par de la Mutuelle des Etudiants (LMDE). Les données sont issues de l'Observatoire Expertise et Prévention pour la Santé des Étudiants (EPSE). Il existe peu de données sur la santé des étudiants. La LMDE réalise cette enquête nationale depuis 2005, les précédentes enquêtes ont eu lieu en 2005, 2008 et 2011. Cette 4^e enquête s'est déroulée entre le 1^{er} avril 2014 et le 30 juin 2014 et avait pour but d'identifier, de comprendre les comportements de santé et les habitudes de vie spécifiques des étudiants, et ainsi de mieux cibler les besoins en prévention : consommation d'alcool, accès aux soins, vie affective et sexuelle...

(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.

Calvet, L., et al. (2013). « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge. » *Etudes et Résultats (Drees)* [847]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/sante-bucco-dentaire-des-enfants-des-inegalites-des-le-plus-0>

La santé bucco-dentaire des enfants s'est nettement améliorée ces vingt dernières années. Cependant, des inégalités sociales de recours aux soins et de santé demeurent : 9 enfants de cadres âgés de 6 ans sur 10 n'ont jamais eu de caries contre 7 enfants d'ouvriers sur 10 en 2006. La Haute Autorité de santé préconise une visite annuelle chez le dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon l'enquête Handicap-Santé de 2008, seuls 70 % des 5-15 ans avaient consulté un chirurgien-dentiste au cours des douze derniers mois. Ce pourcentage masque à la fois des inégalités sociales et territoriales, puisque ce sont 8 enfants de cadres sur 10 qui ont consulté un dentiste dans l'année contre 6 enfants d'ouvriers.

Chardon, O., et al. (2013). « La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 : une situation contrastée selon l'origine sociale. » *Etudes Et Résultats (Drees)* [853]

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme/documents/article/la-sante-des-eleves-de-cm2-en-2007-2008.-une-situation-contrastee-selon-l-origine-sociale>

En 2008 19 % des élèves de CM2 sont en surcharge pondérale et, parmi eux, 4 % sont obèses. L'enquête nationale sur la santé des élèves de CM2, confirme la stabilisation de ces prévalences (surpoids et obésité) observée depuis 2002. Cependant la santé bucco-dentaire des enfants s'est améliorée depuis le début des années 2000, et la couverture vaccinale a progressé pour la rougeole et l'hépatite B depuis 2005. Les situations sont contrastées selon l'origine sociale des élèves : la prévalence de l'obésité varie d'à peine 1 % chez les enfants de cadres à près de 7 % chez les enfants d'ouvriers. Ces derniers ont aussi nettement plus souvent des caries non soignées ou des troubles de la vision non corrigés. En outre, les enfants d'ouvriers ont, en CM2, quatre fois plus de risques d'avoir des difficultés de lecture que les enfants de cadres et plus de la moitié d'entre eux déclare ne pas savoir très bien nager.

Com-Ruelle, L. Et Le Guen, N. (2013). « Les jeunes et l'alcool : évolution des comportements, facteurs de risque et éléments protecteurs. » *Questions d'Economie de La Santé (Irdes)* [192]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/192-les-jeunes-et-l-alcool-evolution-des-comportements-facteurs-de-risque-et-elements-protecteurs.pdf>

La consommation et les comportements des jeunes à l'égard de l'alcool sont explorés ici à partir de la dernière enquête Ireb (2007). L'élargissement de son champ aux jeunes de 21 à 24 ans, et non plus seulement aux 13-20 ans, permet de mieux appréhender les changements à l'œuvre en cette période charnière du passage de l'adolescence à l'âge adulte, qui tend à s'allonger. D'autres enquêtes ont été mobilisées, dont deux européennes, HBSC et ESPAD, ainsi que deux françaises, Escapad et le baromètre santé de l'Inpes qui fournissent des données jusqu'en 2011. Les modes de consommation d'alcool des jeunes de 13 à 24 ans sont abordés en termes de fréquence, de quantité bue, d'ivresse et de précocité et en distinguant les sexes. Ensuite, les facteurs associés aux différents modes de consommation et, en particulier, celle à risque d'abus et de dépendance, sont étudiés à partir des caractéristiques individuelles et socio-économiques des jeunes, de l'influence de l'entourage (parents, amis), du contexte de la consommation (lors de fêtes, en plein air...) et de la pratique sportive. Enfin, ces résultats sont observés en évolution depuis le début des années 2000. L'ensemble des études s'accorde sur une consommation d'alcool en baisse des jeunes, comme leurs aînés, et qui reste dans la moyenne européenne. En revanche, les études pointent une augmentation des ivresses ou consommations ponctuelles importantes et la diminution de l'écart de consommation entre garçons et filles, ces dernières buvant plus qu'auparavant.

Godeau, E. éd., et al. (2012). La santé des collégiens en France en 2010 : Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), Saint-Denis : INPES
[https://www.psychanalyse.com/pdf/LA %20SANTE %20DES %20COLLEGIENS %20EN %20FRANCE %20EN %202010 %20\(258 %20Pages %20- %20209,3 %20Mo\).pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20SANTE%20DES%20COLLEGIENS%20EN%20FRANCE%20EN%202010%20(258%20Pages%20-%20209,3%20Mo).pdf)

En France, la jeunesse est une priorité affichée du gouvernement. Depuis 1994, le réseau international de chercheurs Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) étudie les comportements de santé des adolescents de 11 à 15 ans, au moyen d'une enquête en population scolaire répétée tous les quatre ans. Ce sont les principaux résultats de l'enquête menée au collège en France en 2010 que nous présentons ici, articulés autour de quelques thématiques essentielles (bien-être, image de soi et poids, sommeil, engagement dans la sexualité, alcool, harcèlement) et de leurs contextes (famille, école, pairs). Afin d'enrichir leur interprétation, ces résultats sont rapprochés de ceux des autres pays ayant participé à l'enquête ainsi que de ceux de la France lors de la précédente vague de l'enquête, en 2006. Les objectifs de cette publication et des travaux de recherche qu'elle expose seront atteints s'ils permettent aux décideurs et aux acteurs de terrain d'adapter au mieux les politiques publiques et les actions de prévention et de promotion pour la santé et le bien-être au collège et s'ils y contribuent à la réduction des inégalités de santé.

Kerdraon, R. Et Procaccia, C. (2012). Rapport d'information sur la sécurité sociale et la santé des étudiants. Paris Sénat
<https://www.senat.fr/rap/r12-221/r12-221.html>

Créé en février 2012, le groupe de travail de la commission des affaires sociales consacré à la sécurité sociale et à la santé des étudiants a organisé dix-sept auditions et quatre déplacements. Régulièrement interpellés par des familles sur les dysfonctionnements du régime étudiant de

sécurité sociale, les sénateurs ont souhaité apporter des réponses concrètes et proposent des mesures d'urgence pour simplifier le système qui souffre d'une complexité abracadabrante. Au-delà, l'avenir du régime doit être considéré sans passion. Il doit au minimum évoluer vers un plus grand partage des tâches de gestion avec le régime général, notamment en ce qui concerne l'informatique, pour diminuer les coûts de gestion. Pour aller plus loin, le groupe de travail présente les avantages et les inconvénients d'une évolution plus radicale : soit conserver le régime délégué, mais ne confier sa gestion qu'à un seul organisme : soit supprimer le régime délégué, en maintenant l'affiliation de l'étudiant au régime de ses parents, à titre indépendant. Par ailleurs, si les étudiants sont dans leur très grande majorité en bonne santé, les pouvoirs publics doivent rester attentifs à certaines difficultés éventuelles, notamment la fréquence de la fragilité psychologique, le développement des conduites à risques ou addictives et l'accès aux soins en dentaire, optique ou gynécologie. Le groupe de travail formule plusieurs propositions dans ce domaine, notamment en faveur d'un meilleur accompagnement des étudiants au sein de leurs établissements et d'une plus grande coordination des acteurs de la prévention (résumé de l'éditeur).

Szeftel, G. P., et al. (2012). Santé et conditions de vie des étudiants 2011-2012 : enquête nationale et synthèses régionales. Paris Editions de la rue des écoles

Ce rapport de la Mutuelle des Etudiants (LMDE) publie les résultats d'une vaste enquête nationale qu'elle a menée avec l'appui de l'Observatoire expertise et prévention pour la santé des étudiants et de la Mutualité française. Intitulé « La santé des étudiants 2011-2012, enquête nationale et études régionales », l'ouvrage se veut un outil d'analyse de l'état de santé général des étudiants. Les questions portaient à la fois sur leurs habitudes de vie, leur rapport aux services de santé, au tabac, aux drogues et à la sexualité.

Charles, M.-A., et al. (2011). « Le devenir de 20 000 enfants. Lancement de l'étude de cohorte Elfe. » *Population Et Sociétés* (475)

https://www.ined.fr/fichier/t_publication/1530/publi_pdf1_475.pdf

Le changement des conditions dans lesquelles les enfants grandissent rend nécessaires des recherches pour mieux connaître l'impact de l'environnement précoce sur leur développement, leur santé et leur socialisation. Ce type de recherche est particulièrement complexe en raison du grand nombre de facteurs en jeu et de leurs multiples interactions. La méthode la plus adaptée pour saisir de manière fine les trajectoires des enfants est le suivi de cohorte, c'est-à-dire la constitution d'un large échantillon d'enfants suivis tout au long de leur développement, si possible jusqu'à l'âge adulte. De telles cohortes existent à l'étranger depuis de nombreuses années, mais aucune n'avait encore été constituée en France. L'enquête Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance), lancée sur le terrain fin mars 2011, vise à combler cette lacune. Elle a pour objectif de suivre 20 000 enfants de la naissance à l'âge adulte avec une approche multidisciplinaire. Elle est le résultat à la fois de questions posées par les chercheurs et de préoccupations manifestées par diverses instances publiques, l'impulsion la plus déterminante provenant du Plan national Santé-environnement.

De Saint Pol T. (2011). « Les inégalités géographiques de santé chez les enfants de grande section de maternelle, France, 2005-2006. » *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (31) : 333-338.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/les-inegalites-geographiques-de-sante-chez-les-enfants-de-grande-section-de-maternelle-france-2005-2006>

Objectifs - Cette étude vise à décrire les disparités géographiques de santé des enfants scolarisés en grande section de maternelle et à s'interroger sur le lien entre l'état de santé et les modes de vie des enfants. Méthodes - Les données analysées proviennent de l'enquête santé menée auprès de plus de 23 000 enfants scolarisés en grande section de maternelle en 2005-2006. Résultats - Les académies où la surcharge pondérale et l'obésité, ou encore les problèmes dentaires sont les plus importants, sont aussi celles où les enfants consomment des boissons sucrées tous les jours ou passent beaucoup de temps devant la télévision ou les jeux vidéo. Les disparités de santé entre académies touchent des aspects aussi différents que l'asthme, plus répandu à l'Ouest de la France, ou les problèmes de vision. Conclusion - Les résultats de cette étude soulignent le lien étroit entre état de santé et comportements des élèves, et c'est dans les académies où la santé des enfants est la meilleure que leurs modes de vie (alimentation, activité physique...) le sont aussi. (R.A.).

Lopez, A., et al. (2011). Les inégalités sociales de santé dans l'enfance : santé physique, santé morale, conditions de vie et développement de l'enfant. Rapport IGAS : 2011 065. Paris IGAS
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000581/index.shtml>

Adossé au premier rapport de l'IGAS sur les inégalités sociales de santé et ses déterminants sociaux, ce rapport vise à appliquer les constats de ce rapport général au cas précis de l'enfance et à analyser dans quelle mesure la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités de santé modifierait les politiques publiques ayant un impact sur les déterminants sociaux de la santé des enfants.

Guignon, N., et al. (2010). « La santé des enfants en grande section de maternelle en 2005-2006. » Etudes et Résultats (Drees) [737]
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er737-3.pdf>

L'enquête du cycle triennal menée auprès des enfants en dernière année de maternelle lors de l'année scolaire 2005-2006 recueille des informations sur l'état de santé et le recours aux soins ou à la prévention des enfants âgés de cinq à six ans. La prévalence du surpoids et de l'obésité est moins élevée chez les enfants dont le père est cadre que chez les enfants d'ouvriers, reflétant des différences d'habitudes de vie (alimentation, sédentarité) déjà marquées à cet âge. Les disparités sont aussi géographiques, avec des prévalences de surpoids nettement plus élevées dans les régions proches de la Méditerranée ainsi que dans celles les plus au nord et à l'est de la France. Des inégalités sociales apparaissent aussi dès l'âge de six ans en matière de santé bucco-dentaire et de repérage précoce des troubles sensoriels.

8.22 Femmes

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.

Gomes, E., et al. (2022). "Rapport de surveillance de la santé périnatale en France". Saint Maurice : Santé Publique France

<https://www.santepubliquefrance.fr/import/rapport-de-surveillance-de-la-sante-perinatale-en-france>

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. Il apporte des éléments de connaissances nécessaires à une vision et compréhension globale de la santé périnatale au niveau national et des territoires, avec une attention particulière portée aux départements d'outre-mer. Les indicateurs présentés visent à décrire l'état de santé et les caractéristiques sociodémographiques des mères, les facteurs de risque, le suivi de la grossesse et les pratiques au cours de l'accouchement, l'état de santé de l'enfant à la naissance et l'allaitement. Si globalement les indicateurs témoignent d'un niveau élevé et stable de prise en charge en France, l'analyse détaillée montre une hétérogénéité de la santé périnatale en France, notamment dans les DROM, qui présentent globalement des indicateurs plus défavorables que la métropole. Cependant, la situation est également hétérogène au sein de ces départements. Ce rapport fait le constat de grandes inégalités territoriales. Il décrit également une évolution préoccupante de certains indicateurs qu'il convient de mieux comprendre afin d'inverser la tendance dans les prochaines années. Ce rapport s'inscrit parmi les éléments de connaissance probantes pour l'action des politiques publiques notamment dans le cadre de la stratégie des 1 000 premiers jours. Les constats issus des analyses de données plaident en faveur d'un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé périnatale pour un accompagnement des mères et des familles tout au long de la grossesse, un meilleur accès aux droits et aux soins, en particulier dans certains territoires. Le gradient des inégalités sociales est un marqueur important des issues défavorables de grossesse et doit être un critère prioritaire de renforcement et mise en œuvre d'action pour une meilleure santé des parents et des enfants. Ce rapport a vocation à être mis à jour régulièrement pour les besoins en information du système de surveillance de la santé périnatale. Une sélection d'indicateurs publiés dans ce rapport est également disponible en open data sur le portail Géodes de Santé publique France (<https://geodes.santepubliquefrance.fr>).

Albagli, M., et al. (2010). Violences et santé en France : état des lieux, Paris : DREES Paris : la documentation française

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/violences-et-sante-en-france-etat-des-lieux>

Cet ouvrage présente les résultats d'une étude inédite en France. Pour la première fois, l'ensemble des formes de violence en France sont étudiées sous l'angle de leur incidence à court, moyen, long terme, sur la santé. L'enquête Événements de vie et santé (EVS), réalisée par la DREES auprès de 10 000 personnes âgées de 18 à 75 ans résidant à leur domicile, apporte un nouvel éclairage sur la question des violences en France, en interrogeant à la fois les hommes et les femmes, sur tous les types de violence qu'ils ont pu subir (physiques, sexuelles, psychologiques, atteintes aux biens, etc.) et en observant le contexte et les conséquences sanitaires et sociales des violences ? L'ouvrage met notamment en évidence les liens directs entre le fait d'être victime d'actes violents, de présenter un état de santé dégradé et d'avoir traversé des événements de vie difficiles. Par ailleurs, même si la parole des victimes de violences semble se libérer, l'enquête montre que certaines violences, notamment sexuelles, restent une question taboue. Deux des articles présentent des résultats nouveaux : l'un sur les violences survenues durant l'enfance, l'autre sur le coût économique des violences conjugales.

Allonier, C., et al. (2010). La santé des femmes en France. Edition mise à jour, Paris : DREES
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-sante-des-femmes-en-france>

À partir de fiches thématiques conjuguant les approches par pathologie et par population, ce recueil dresse un tableau précis de la santé des femmes, en France, en 2008 : données de cadrage, santé sexuelle et reproductive, périnatalité, maladies infectieuses, maladies chroniques et vieillissement, cancers, addictions et toxicomanie, santé mentale, accidents et traumatismes, santé et travail, santé et précarité. Un éclairage particulier est porté sur trois problématiques au cœur des préoccupations actuelles de santé publique : la périnatalité, la santé sexuelle et reproductive ainsi que les violences subies par les femmes. Au-delà des constats, ce recueil statistique sur l'ensemble des données disponibles dans le champ sanitaire et social se veut aussi un outil d'aide à la décision. Statisticiens, épidémiologistes, médecins, démographes et sociologues... Ont apporté leur contribution à cette étude de référence.

Henon, D. (2010). La santé des femmes en France. Paris Editions des journaux officiels : 95.
<https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/10092716pdf-951d.pdf>

La plus grande longévité des femmes est tempérée par des vulnérabilités spécifiques, le développement de comportements à risques et des inégalités d'accès aux soins. L'intégration professionnelle des femmes produit des effets positifs sur leur santé mais les expositions et nuisances liées à de nombreux emplois féminins demeurent largement invisibles car peu étudiées. Sur chacun de ces thèmes, le Conseil cible les efforts à faire pour améliorer la santé des femmes en mettant l'accent sur la prévention et la lutte contre les inégalités sociales pathogènes, toutes actions qui nécessitent une meilleure prise en compte du genre dans la recherche médicale et les politiques de santé publique (résumé d'auteur).

Montaut, A. (2010). « Santé et recours aux soins des femmes et des hommes : premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008. » Etudes Et Résultats (Drees) [717] : 8.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/sante-et-recours-aux-soins-des-femmes-et-des-hommes-premiers>

En 2008, 67 % des femmes et 73 % des hommes âgés de 18 ans ou plus et vivant en France à leur domicile se considèrent en bonne ou très bonne santé, d'après l'enquête Handicap-Santé 2008 effectuée auprès des ménages. À partir de 75 ans, ils ne sont plus que 25 % à se déclarer en bonne ou très bonne santé et ils sont autant à se juger fortement limités dans leurs activités quotidiennes. Femmes et hommes ont des représentations différentes de la « bonne santé », mais quel que soit le sexe, se déclarer en bonne santé va de pair avec des conditions socio-économiques ou professionnelles favorables. Tout au long de leur vie, les femmes sont plus attentives à leur état de santé et plus proches du système de soins que les hommes. Elles sont plus nombreuses à déclarer consulter des médecins généralistes ou spécialistes et à recourir à la prévention. Elles sont également plus fréquemment hospitalisées avant 45 ans, notamment à l'occasion des grossesses et des accouchements. Après 65 ans en revanche, elles sont moins souvent hospitalisées que les hommes

8.22 Migrants

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 Santé (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 Hyg e

Depuis 2015, l'arrivée de populations d'Afrique et du Moyen-Orient en Europe a cristallisée les tensions politiques entre pays membres, divisées face à la « crise migratoire ». Mais, au-del a des discours alarmistes et/ou extr emistes, 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 ?   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   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 dissocié 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 r f rent, 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 chroniques. 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://www.iresp.net/wp-content/uploads/2019/01/IRSP-n%C2%B034.web_.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.

Huame, 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/>

Berchet, C. Et Jusot, F. (2012). « État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français. » *Questions d'Economie de La Santé (Irdes)* [172] : 8.

<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes172.pdf>

Cette étude propose une synthèse des travaux français portant sur l'état de santé et le recours aux soins des migrants depuis une trentaine d'années. Malgré la divergence des résultats de la littérature - due notamment à la diversité des indicateurs utilisés et des périodes considérées -, cette synthèse souligne l'existence de disparités entre les populations française et immigrée. De meilleur, l'état de santé des immigrés est devenu moins bon que celui des Français de naissance. Ces différences sont plus marquées chez les immigrés de première génération, les femmes, et varient selon le pays d'origine. Un moindre recours aux soins de ville et à la prévention a également été constaté. Si des phénomènes de sélection liés à la migration permettent d'expliquer le meilleur état de santé initial des immigrés, leur situation économique fragilisée dans le pays d'accueil ainsi que la détérioration du lien social contribuent notamment à la dégradation de leur état de santé et à leur moindre recours aux soins. Ce constat appelle la mise en œuvre de politiques de santé publique adaptées visant à améliorer l'état de santé et l'accès

aux soins des populations d'origine étrangère, notamment à travers la prévention, le développement d'actions de proximité et de simplification de l'accès à certains droits et dispositifs tels que la Couverture maladie universelle ou l'aide médicale d'État.

Borrel, C., et al. (2012). Immigrés et descendants d'immigrés en France. Edition 2012. Collection Insee Références. Paris INSEE

https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1374013/IMMFRA12_a_Sommaire.pdf

Cette première édition des « Immigrés et descendants d'immigrés en France », réalisée conjointement avec le Département des statistiques, des études et de la documentation du Secrétariat général à l'immigration et à l'intégration apporte un éclairage particulier sur la dynamique d'intégration des bénéficiaires d'un Contrat d'accueil et d'intégration, les parcours scolaires des enfants d'immigrés, l'accès à l'emploi des descendants d'immigrés à la sortie du système éducatif et leur place dans la fonction publique. La vue d'ensemble et les fiches thématiques font le point sur l'immigration en matière de démographie, de santé et de recours aux soins, de flux migratoires, d'éducation, d'emploi et de conditions de vie.

Hamel, C. Et Moisy, M. (2012). « Migrations, conditions de vie et santé en France à partir de l'enquête Trajectoires et origines, 2008. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (2-3-4) : 21-24.

Les immigrés âgés de 18-60 ans se déclarent globalement en plus mauvaise santé que les personnes sans ascendance migratoire depuis au moins deux générations. Toutefois, la catégorie « immigrés » revêt des réalités différentes en fonction de l'origine, des parcours migratoires et des conditions de vie passées et actuelles sur le territoire métropolitain. Les immigrés originaires de Turquie et du Portugal sont ceux qui se déclarent le plus en mauvaise santé. Pour les premiers, un cumul de précarité sur le territoire métropolitain explique cette sur-déclaration d'une mauvaise santé malgré une structure de population très jeune : pour les seconds, les facteurs explicatifs relèvent davantage d'événements vécus pendant l'enfance et de faibles niveaux de qualification, qui, s'ils ne les empêchent pas d'être sur le marché du travail, les exposent à des conditions de travail pénibles. (R.A.).

Boisguerin, B. (2011). « Insertion socio-professionnelle, état de santé et recours aux soins des bénéficiaires de l'AME : le rôle des réseaux d'entraide. » Dossiers Solidarité Et Santé (Drees) [19]

<https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bc6p06xs3hp#>

Fin 2010, 230 000 personnes bénéficient de l'aide médicale d'État (AME), un dispositif permettant de prendre en charge les dépenses de santé des étrangers en situation irrégulière. À partir d'une enquête réalisée en 2007 par la DREES, cette étude se penche sur le soutien éventuellement mobilisable par cette population, selon la provenance de l'aide (familiale, amicale, associative, sociale) et sa nature (matérielle ou financière, pour trouver un logement, du travail, effectuer des démarches). Il s'agit également d'observer si ce réseau d'entraide a une influence sur les conditions de logement, l'insertion professionnelle et l'état de santé perçu. Le réseau d'entraide sur lequel peuvent s'appuyer les bénéficiaires de l'AME conditionne directement leurs modalités d'existence : en particulier, l'insertion dans un réseau familial et amical améliore les conditions de logement et facilite l'accès à l'emploi. L'état de santé des bénéficiaires de l'AME apparaît également lié à leur capacité à mobiliser un soutien : deux personnes sur dix se déclarent en mauvaise santé et quatre sur dix indiquent souffrir d'une ou

plusieurs maladies chroniques. Ce sentiment est renforcé chez les personnes qui ne peuvent s'appuyer sur la famille ou les amis. Enfin, les bénéficiaires de l'AME recourent davantage aux soins quand ils peuvent être épaulés à la fois par l'entourage familial et le milieu associatif pour effectuer des démarches et formalités.

8.25 Personnes âgées / Personnes handicapées

(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 polyopathologiques 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.

(2022). "La prise en charge médicale des personnes âgées en Ehpap". 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 (Ehpap) 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 Ehpap 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 Ehpap dans les territoires, et de renforcer la prise en charge médicale au sein de ces derniers, ainsi que la démarche qualité.

(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 2019, 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).

(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

Balavoine, A. (2022). "Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées." Etudes Et Resultats (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.

Carrere, A., et al. (2021). "Un nouvel indicateur pour mesurer l'accessibilité géographique aux structures médico-sociales destinées aux personnes âgées". Paris Drees: 114.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD88.pdf>

En France métropolitaine, d'après les enquêtes Capacités, Aides et REssources des seniors (CARE) en ménages et en institution, 1,9 million de personnes âgées sont dépendantes au sens du groupe iso-ressources (GIR) estimé en 2015. Parmi elles, un quart réside en établissement d'hébergement permanent et la moitié est aidée par un professionnel à son domicile. La prise en charge professionnelle (à domicile ou en établissement) est donc largement répandue une fois la dépendance installée. La proximité géographique des établissements et des intervenants à domicile facilite cette prise en charge, les personnes âgées préférant rester dans un cadre de vie connu. L'analyse des disparités territoriales d'accessibilité géographique aux établissements d'hébergement pour personnes âgées, aux résidences autonomie ainsi qu'aux services d'aide et d'accompagnement à domicile à destination des personnes âgées constitue donc un enjeu majeur pour ces populations et les politiques publiques qui les accompagnent. Afin d'éclairer ces disparités, ce Dossier de la DREES présente, pour la première fois, des indicateurs d'accessibilité potentielle localisée (APL), qui mesurent la plus ou moins grande facilité avec laquelle les personnes âgées susceptibles d'en avoir besoin peuvent accéder à l'offre existante, en s'affranchissant des limites administratives des territoires (commune ou département). Un intérêt majeur des indicateurs d'APL est en effet de tenir compte de l'offre existante et des besoins non seulement dans chaque territoire considéré mais également dans tous les territoires environnants, en tenant compte du temps d'accès à ces derniers. Des seuils de durée d'accès spécifiques à chaque modalité de prise en charge – établissements d'hébergement, résidences autonomie et services d'aide à domicile – ont été choisis car les problématiques liées aux déplacements entre le domicile et chacune de ces modalités sont différentes. Ce Dossier de la DREES représente ainsi la première étape, à vocation principalement méthodologique à ce stade, de travaux d'ampleur visant à développer des indicateurs sur l'adéquation géographique entre offres et besoins d'aides à l'autonomie des personnes âgées ; des travaux ultérieurs viseront à affiner, compléter et améliorer les indicateurs présentés ici.

Chataigner, N. et Darrigade, C. (2022). "Les disparités territoriales en matière de vieillissement et d'accès aux soins." *Questions Politiques Sociales : Les Etudes*(37): 16.

<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.

CNSA (2022). "Bilan de l'évolution de l'offre à destination des personnes âgées et des personnes handicapées – 2020". Paris CNSA

<https://www.cnsa.fr/node/6570>

Pour la deuxième année consécutive, le bilan de l'évolution de l'offre 2020 propose une description globale de l'évolution de l'offre médico-sociale dans les champs du handicap et de la perte d'autonomie. Ce bilan reste d'abord centré sur le suivi des crédits de fonctionnement des ESMS tarifés ou co-tarifés par les ARS, délégués par la CNSA, ce qui ne représente pas la totalité de l'offre à destination de ces publics. En cette année atypique de profonde crise sanitaire, qui a eu pour conséquence collatérale la délégation de crédits nouveaux sur le secteur, il permet de mettre en lumière les dynamiques nationales et régionales associées à l'utilisation des enveloppes et au développement de solutions, dans une optique d'amélioration et d'individualisation de la réponse aux besoins. L'édition 2020 de ce bilan présente une évolution notable en termes d'approfondissement de l'analyse des besoins relatifs au développement de l'offre, reflétés dans ce document par une analyse fine des sujets relatifs aux taux d'équipement et aux disparités territoriales. L'analyse des besoins pourra faire l'objet d'explorations ultérieures, notamment via les systèmes d'information permettant de suivre les orientations prononcées dans le champ du handicap et les personnes en attente de solution.

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). "Vieillesse des personnes en situation de handicap." Recherche Sur Le Vieillesse(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.

Canoni, M., et al. (2021). "Améliorer l'accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, un impératif éthique et une source d'efficacité 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 influencer 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. 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.cnnav.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).

Embersin-Kyprianou, C. Chatignoux, E. (2013). *Conditions de vie et santé des personnes handicapées en Île-de-France Ressource électronique : exploitation régionale de l'enquête handicap-santé ménages 2008*. Paris ORSIF

https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/Etude_1576/ConditionsDeVieEtSanteDesPersonnesHandicapees_1_.pdf

En se basant sur une exploitation régionale de l'enquête Handicap-Santé, réalisée par l'Institut national des statistiques et des études économiques (INSEE) et la Direction de la recherche - de l'évaluation et des études statistiques (Drees), ce rapport permet de mieux connaître la population handicapée ou en situation de handicap en Île-de-France, ses caractéristiques, les difficultés rencontrées dans sa vie quotidienne, sociale et professionnelle, dans son accès à la prévention et aux soins.

Sermet, C. (2013). « L'état de santé des personnes âgées. » Actualité Et Dossier en Santé Publique (85) : 20-25.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=142>

Cet article fait le point sur l'état de santé des personnes âgées et sa mesure. Après avoir défini les différentes approches possibles de la santé, il recense les outils et les indicateurs qui ont été proposés pour suivre plus spécifiquement la santé des personnes âgées. En l'absence de système d'information unique pour la France, il rassemble dans une dernière partie les données les plus récentes disponibles concernant ces différents indicateurs (résumé d'auteur).

Lenormand, M. C., et al. (2010). « La santé des seniors en emploi : résultats de l'enquête européenne SHARE 2006. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [160]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes160.pdf>

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'allongement de la vie active, la plupart des pays sont confrontés au défi du vieillissement en bonne santé. L'enquête Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE), utilisée ici, permet d'explorer l'état de santé des personnes âgées de 50 à 59 ans en Europe et aussi d'en étudier les déterminants. Si des problèmes de santé non négligeables apparaissent dès 50 ans, on constate également une forte hétérogénéité des situations entre pays européens. Bien que la France détienne le record de l'espérance de vie, elle occupe actuellement une place relativement médiocre concernant l'état de santé de ses quinquagénaires. Après avoir comparé l'état de santé des actifs occupés avec celui des chômeurs et des inactifs, d'où il ressort un effet « travailleur en bonne santé », une attention particulière est portée aux déterminants de l'état de santé des seniors européens en emploi.

Devaux, M., et al. (2008). « La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents. » Economie Et Statistique (411) : 25-46.

<https://www.insee.fr/fr/ffc/docs/ffc/es411B.pdf>

À partir des données de l'enquête Share, cette recherche étudie, pour la première fois en France, le rôle de la profession des deux parents et de leur état de santé, sur celui de leurs descendants à l'âge adulte, en contrôlant pour les caractéristiques socioéconomiques de ceux-ci. La comparaison des distributions de santé des seniors selon le milieu social d'origine et la longévité des ascendants directs témoignent de l'existence d'inégalités des chances en santé chez les seniors. Au-delà de son association avec la situation sociale actuelle de l'individu, l'état de santé à l'âge adulte est directement influencé par le statut socioéconomique de la mère, le

statut socioéconomique du père ayant au contraire une influence indirecte passant par la détermination du statut socioéconomique de l'enfant. Une transmission intergénérationnelle de la santé est également observée : la longévité relative du père et en particulier son statut vital influence la santé à l'âge adulte.

8.26 Populations vulnérables

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. Ces mesures concernent l'amélioration de l'accès et l'extension de l'assurance complémentaire, le renforcement de l'offre de soins de proximité dans les territoires défavorisés, enfin l'offre médicosociale à destination des personnes en situation de grande pauvreté. 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. La littérature éclairant l'effet des réformes de l'assurance complémentaire en France sur les populations pauvres est le plus souvent américaine et française.

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_environmentales-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/ges-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., Crouette, 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.

(2018). « Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2018 ». Paris Médecins du Monde

<https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2018/10/16/rapport-de-lobservatoire-de-lacces-aux-droits-et-aux-soins-en-france-2017>

À l'occasion de la Journée mondiale du refus de la misère, le 17 octobre, Médecins du Monde (Mdm) publie son 18^e rapport annuel sur l'accès aux droits et aux soins des plus démunis en France. 18^e rapport annuel, 18^e constat implacable et persistant tiré de nos actions : le nonaccès aux droits et à la santé en France contribue à exclure de plus en plus de personnes précaires du système de santé. Sur les bases de données objectives, ce rapport témoigne des obstacles et des dysfonctionnements croissants dans l'accès aux soins et aux droits de ces

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 1^{er} 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 16^e 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.

(2012). L'état de santé des adultes en Zus en 2010. Observatoire national des zones urbaines sensibles : rapport 2012., La Plaine Saint Denis : ONZUS : 147-156.

<https://www.vie-publique.fr/rapport/28386-observatoire-national-des-zones-urbaines-sensibles-rapport-2012>

Un peu plus de la moitié des habitants des Zus se déclarent en bonne ou très bonne santé. C'est moins que ce qui est observé au sein de leurs agglomérations. La population des Zus se caractérise par un recours moins fréquent au médecin spécialiste : elle déclare plus fréquemment avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Elle dispose également moins souvent d'une couverture maladie complémentaire, tout en étant par ailleurs plus souvent bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Ces résultats s'expliquent en partie par le fait que ces quartiers accueillent des populations plus modestes. Les caractéristiques individuelles des habitants des Zus ne suffisent cependant pas à expliquer l'ensemble des écarts observés dans l'état de santé perçu : globalement un « effet quartier » demeure après prise en compte de la structure de la population.

Allonier, C., et al. (2012). « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes ESPS 2006-2008. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [173]

<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes173.pdf>

Les bénéficiaires de la CMU-C, plus jeunes et plus souvent des femmes, se déclarent en moins bonne santé que le reste de la population selon les résultats des Enquêtes santé et protection sociale 2006 et 2008. À âge et sexe équivalents, ils mentionnent plus de pathologies que le reste de la population, jusqu'à deux fois plus pour certaines affections comme la dépression et le diabète. L'exposition aux facteurs de risque comme le tabac et l'obésité est également plus élevée au sein de cette population, 1,6 fois supérieure au reste de la population pour le tabac et 1,7 fois pour l'obésité, en lien avec les affections digestives hautes et maladies cardiovasculaires qu'ils déclarent davantage. Parmi les principaux motifs de la dernière consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste, les maux de dos, la dépression, les problèmes respiratoires,

digestifs et hépatiques sont plus fréquemment évoqués par les bénéficiaires de la CMU-C, conformément aux pathologies déclarées. En revanche, alors qu'ils déclarent davantage souffrir de maladies de l'oreille et des dents, ils invoquent moins que les autres ces motifs de recours.

Ben Halima, M. A. Et Lengagne, P. (2012). L'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010. Enquête sur la santé et la protection sociale 2010., Paris : IRDES : 29-48.

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2012/rap1886.pdf>

À partir des données de l'enquête santé protection sociale (ESPS) menée par l'IRDES, cet article présente des résultats statistiques sur l'état de santé des salariés en emploi précaire en 2010. Il propose une mesure de la corrélation entre emploi précaire et santé et étudie, de plus, l'influence des conditions de travail dans cette relation. Les données de l'enquête ESPS offrent la possibilité de lier des informations à la fois sur l'état de santé, l'emploi et la situation socio-économique des travailleurs, ainsi que des données sur leurs conditions de travail. La précarité de l'emploi est une notion recouvrant plusieurs dimensions ? une notion ne reflétant pas seulement le statut permanent ou temporaire du contrat de travail. Elle est ici mesurée à partir de différents indicateurs : un indicateur du contrat de travail (permanent versus temporaire), un indicateur des licenciements survenus dans l'établissement où l'enquête travaille et un indicateur d'insécurité de l'emploi ressentie.

Allonier, C., et al. (2009). « Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [139]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes139.pdf>

Une première recherche de l'IRDES a mis en évidence un état de santé plus dégradé chez les habitants des zones urbaines sensibles (ZUS). Cette nouvelle étude montre, dans la suite logique de la précédente, l'impact des caractéristiques des quartiers habitation sur l'état de santé des personnes qui y vivent. En effet, indépendamment des caractéristiques individuelles, des effets de contexte peuvent aussi influencer l'état de santé. Les résultats suggèrent que vivre dans un quartier où se cumulent les difficultés économiques et sociales augmente la probabilité de se déclarer en mauvaise santé. Il en est de même pour les personnes vivant dans des quartiers où la mobilité résidentielle est faible. Enfin, les habitants des quartiers récemment construits et avec une forte présence de jeunes sont en meilleure santé que ceux qui vivent dans des quartiers anciens habités par des ménages plus âgés. Le critère administratif ZUS est un bon zonage pour observer l'évolution de la santé dans les zones les plus défavorisées. Cependant, il ne permet pas d'appréhender l'ensemble des facteurs de contexte géographique jouant sur l'état de santé de la population. Ces résultats confirment l'importance de mettre en œuvre des politiques territorialisées dans l'objectif de lutter contre les inégalités d'état de santé.

Debrand, T. Et al. (2009). L'impact du contexte sur l'état de santé de la population : le cas des zones urbaines sensibles. Une analyse à partir de l'enquête décennale de santé (2003). Les disparités sociales et territoriales de santé dans les quartiers sensibles., Paris : Editions de la DIV : 108-146.

Cette étude se limite à l'analyse de l'état de santé perçu, parmi les quelque 15 000 individus enquêtés résidant dans une zone urbaine abritant des ZUS. L'étude exploite aussi des données

socioéconomiques agrégées plus détaillées sur les quartiers, pour mesurer leur liaison éventuelle avec l'état de santé des individus qu'ils abritent.

Saint Pol, T. D. (2007). « La santé des plus pauvres. » Insee Première (1161)

Les personnes aux revenus les plus faibles se perçoivent en moins bonne santé que le reste de la population. Si elles déclarent moins fréquemment certaines maladies courantes, comme celles des yeux, elles sont en revanche plus nombreuses, adultes comme enfants, à souffrir de certaines pathologies comme les maladies de l'appareil digestif : 11 % des plus pauvres souffrent de caries contre 6 % du reste de la population. Elles vont par ailleurs moins souvent chez le médecin, surtout chez les spécialistes. Elles sont également moins bien couvertes : 22 % d'entre elles n'ont pas de complémentaire santé contre 7 % du reste de la population. Enfin, la prévention et le dépistage sont des pratiques beaucoup moins répandues parmi les personnes les plus pauvres, contribuant à creuser encore l'écart entre elles et le reste de la population.

Allonier, C., et al. (2007). « Des indicateurs de santé moins favorables pour les habitants des Zones urbaines sensibles. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [117]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes117.pdf>

La création des Zones urbaines sensibles (ZUS) répond à un phénomène de ségrégation spatiale, correspondant au regroupement, dans une zone déterminée, de personnes défavorisées. Cette ségrégation peut affecter l'état de santé du fait de la concentration de la pauvreté et d'une moindre qualité de l'habitat et de l'environnement. L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé des habitants des ZUS, à partir des données de l'enquête décennale Santé 2002-2003.

Devaux, M., et al. (2007). « Inégalités des chances en santé : influence de la profession et de l'état de santé des parents. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [118]

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes118.pdf>

Cette recherche, menée en collaboration avec l'Institut d'Économie Publique, est réalisée dans le cadre du programme Drees-Mire, Inserm, DGS, InVS, INCa, RSI sur les inégalités sociales de santé (2005). Réalisée à partir des données de l'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) menée en 2004-2005, cette analyse propose pour la première fois en France de mettre en relation l'état de santé de la personne, ses conditions de vie durant l'enfance et l'état de santé de ses parents. Elle sera complétée par l'analyse du module spécifique sur les conditions de vie dans l'enfance inclus dans l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 de l'IRDES.

8.3 QUELQUES PATHOLOGIES

8.31 Cancer

(2022). "Panorama des cancers. Edition 2022" Boulogne Billancourt : INCA

Cette brochure synthétise les données essentielles les plus récentes sur les principaux cancers en France (incidence, mortalité, survie, etc.), ainsi que les actions de prévention et de soin que

l'on peut mener avant, pendant et après la maladie. Des décryptages d'experts dans le domaine complètent les chiffres présentés.

(2022). "Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. 1er rapport au Président de la République". Boulogne Billancourt INCA

[https://www.e-](https://www.e-cancer.fr/content/download/428620/6456026/file/Rapport%20au%20PR_fevrier%202022_VF.pdf)

[cancer.fr/content/download/428620/6456026/file/Rapport%20au%20PR_fevrier%202022_VF.pdf](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." Seve : 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://www.igas.gouv.fr/spip.php?article854>

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 bibliographiques 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". Recherche Santé Social. 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 les 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)". Bagnole 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, P. I. N. d.

<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

www.igas.gouv.fr/spip.php?article801

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). Il est le fruit d'un partenariat entre le réseau français des Registres du cancer Francim, le service de biostatistique-bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa). Il repose sur les données collectées auprès de nombreuses sources permettant ainsi aux registres d'atteindre l'exhaustivité indispensable à l'estimation de ces indicateurs. La présente étude constitue une référence actualisée de la dernière étude des tendances publiée en 2013 et qui portait sur la période 1980-2012.

(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'accroît 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 cancérigènes, 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 3^e 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. L'analyse a porté sur les données des registres de cancers français membres du réseau Francim (Réseau français des registres des cancers). L'indice européen agrégé de défavorisation sociale (European Deprivation Index EDI) a été utilisé pour évaluer l'environnement socioéconomique. Un gradient d'incidence statistiquement significatif croissant avec la défavorisation sociale a été observé pour les cancers de l'estomac, du foie, des lèvres-bouche-pharynx et du poumon dans les deux sexes, pour les cancers du larynx, de l'oesophage, du pancréas et de la vessie chez l'homme et pour les cancers du col de l'utérus chez la femme. À l'inverse, un gradient d'incidence statistiquement significatif croissant avec la favorisation sociale a été observé pour le mélanome dans les deux sexes, pour les cancers de la prostate et du testicule chez l'homme et les cancers de l'ovaire et du sein chez la femme. La part des cas de cancers attribuables à la défavorisation sociale était la plus importante pour les cancers du larynx (30,1 %), des lèvres-bouche-pharynx (26,6 %) et du poumon (19,9 %) chez l'homme, et pour les cancers des lèvres-bouche-pharynx (22,7 %) et du col de l'utérus (21,1 %) chez la femme. Près de 15 000 cas de cancers pourraient être évités en France chaque année par l'amélioration des conditions de vie et la promotion de la santé des populations les plus défavorisées.

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 1^{er} 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.

(2013). Cartographie des indicateurs disponibles en France dans le domaine du cancer et de la cancérologie - État des lieux en 2012. *État des lieux et connaissances*. Boulogne-Billancourt INCA
<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2014-3-page-307.htm>

Les données existantes dans le domaine du cancer et de la cancérologie sont éparpillées, du fait de la multiplicité des sources et des producteurs de données. Ces données sont nécessaires à l'observation des cancers, à la prise de décisions de santé publique, ainsi qu'à l'évaluation des actions mises en place. L'INCA (Institut national du cancer) a été chargé de centraliser et organiser les données nécessaires à l'observation des cancers et à l'évaluation des politiques de lutte contre le cancer. Il a en particulier élaboré une cartographie ainsi qu'une représentation ouverte au public, le portail des données du cancer (<https://lesdonnees.e-cancer.fr/>). Lors de la création de ce portail, un travail de sélection des indicateurs les plus pertinents à intégrer au site internet a été réalisé. Ce rapport a pour objectif de faire un état des lieux des indicateurs disponibles en 2012 dans le domaine du cancer et de la cancérologie. Il se limite donc aux indicateurs les plus pertinents, et ne se veut pas exhaustif.

(2013). Rapport final au Président de la République sur le bilan du plan cancer 2 (2009-2013). Paris Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_cancer_2009-2013_-_Rapport_d_etape_au_President_de_la_Republique_-_Juin_2010.pdf

Ce rapport montre qu'entre 2009 et 2012, les moyens ont été mobilisés à hauteur de 85 % et que parmi les 118 actions prévues et engagées, 60 % ont été déjà réalisées ou le seront d'ici la fin de cette année. Le Plan a œuvré au renforcement de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire. Mais un des points noirs du bilan reste la prévention des facteurs de risque et le dépistage. Ce bilan qui sera complété par une évaluation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2014 permet d'alimenter la réflexion sur le troisième Plan cancer annoncé par François Hollande le 11 décembre 2012. Le travail d'élaboration de ce troisième Plan, actuellement en cours, sera nourri des recommandations du Pr Vernant, qui remettra son rapport aux deux ministres le 30 août prochain.

Grosclaude, P., et al. (2013). Survie des personnes atteintes de cancer en France 1989-2007. Etude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Boulogne-Billancourt INCA
<https://www.e-cancer.fr/content/download/63486/571197/file/Rapport-%20survie-INvS-INCa-2013.pdf>

L'objectif principal de cette étude est de fournir, pour 47 localisations de cancer, tous stades confondus, des estimations de survie brute et nette à 1, 3, 5 et 10 ans après un diagnostic de cancer, à partir des données de population fournies par les registres du réseau Francim. L'étude porte sur tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les personnes âgées de plus de 15 ans sur la période 1989-2004 soit 427 000 cas. Les résultats sont présentés par sexe, classe d'âge et période de diagnostic.

Jezewski, S., et al (2013). Évaluation épidémiologique du programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France. Résultats 2009-2010, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/rapport-synthese/evaluation-epidemiologique-du-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-en-france.-resultats-2009-2010>

Depuis 2008, le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble du territoire français. Il s'adresse aux hommes et aux femmes de 50 à 74 ans qui sont invités tous les deux ans à effectuer un test au gaïac de recherche de sang occulte dans les selles. En cas de test positif, une coloscopie doit être réalisée. Sur la période 2009-2010, 95 départements ont réalisé une campagne de dépistage complète. Les résultats de l'évaluation du programme effectuée par l'Institut de veille sanitaire (InVS) sont présentés pour 93 de ces départements. Cette évaluation du programme dresse un état des lieux du dépistage organisé du cancer colorectal sur la quasi-intégralité du territoire français. Elle pointe certaines insuffisances, notamment en termes de participation et de qualité des données. Les prochaines évaluations permettront de décliner les indicateurs au niveau régional et d'analyser leurs évolutions. (R.A.).

Lastier, D., et al. (2013). Programme de dépistage du cancer du sein en France : résultats 2010, évolutions depuis 2006, Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/programme-de-depistage-du-cancer-du-sein-en-france-resultats-2010-evolutions-depuis-2006>

Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en 2004. Il comprend un examen clinique et deux mammographies par sein interprétées par un premier radiologue, suivis si nécessaire d'un bilan de diagnostic immédiat, ainsi qu'une seconde lecture systématique des clichés normaux. Entre 2004 et 2010 le nombre de femmes dépistées est passé de 1 621 000 à 2 362 000. Le taux de participation a progressé fortement entre 2004 et 2008 passant de 40,2 % à 52,4 % et il est depuis stabilisé avec un taux de 52,0 % en 2010. Pour 7,1 % des femmes dépistées en 2010, la mammographie était anormale et le bilan de diagnostic immédiat a confirmé l'anomalie pour 44,8 % de ces femmes soit 3,1 % des femmes dépistées. Une mammographie normale était associée à un examen clinique anormal dans 6,1 % des cas. Après la seconde lecture, 1,3 % des femmes ont été rappelées. Les taux de cancers détectés par le programme étaient de 6,8 pour mille en 2009 et 6,8 pour mille (données provisoires) en 2010. Parmi l'ensemble des cancers dépistés, 6,2 % l'ont été par la seconde lecture. En 2010, 15,2 % des cancers étaient in situ. Parmi les cancers invasifs, 38,2 % avaient une taille inférieure ou égale à 10 mm et 76,0 % de ceux dont le statut ganglionnaire était connu ne comportaient pas d'envahissement. En 2010, pour la troisième année, le programme autorisait la mammographie numérique. Des différences assez nettes sont constatées entre la technologie numérique plein champ (DR) d'une part et les technologies analogique et numérique à plaques (CR) d'autre part. Les mammographes DR étaient à l'origine de plus d'examens positifs en première lecture, de plus de cancers dépistés, mais d'une valeur prédictive positive des examens après bilan plus faible et d'un apport moindre de la deuxième lecture que les deux autres types de mammographes. Ces conclusions doivent être considérées avec prudence pour la technologie numérique CR car ce groupe hétérogène recouvre des appareils très différents dans leurs performances. Ces indicateurs demeurent conformes au référentiel européen et au cahier des charges français hormis pour la participation au programme de dépistage organisé qui reste insuffisante dans le contexte de la coexistence avec un dépistage individuel. (R.A.).

Monnereau, A., et al. (2013). Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. 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/estimation-nationale-de-l-incidence-des-cancers-en-france-entre-1980-et-2012.-etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-francim.-partie-2>

Cette étude constitue le second volume de la mise à jour des estimations nationales de l'incidence des cancers. Après les tumeurs solides (partie 1), la mise à jour concerne l'incidence des hémopathies malignes, estimée pour la première fois en France par sous-type histologique. Ce choix correspond à l'évolution des connaissances, tant sur le plan étiologique que sur le plan clinique et pronostique de ces maladies considérées aujourd'hui comme distinctes. L'étude porte sur les nouveaux cas d'hémopathies malignes diagnostiqués entre 1975 et 2009, enregistrés par 14 registres ayant au moins cinq années d'enregistrement consécutives. Le fait de distinguer l'incidence selon les principaux types histologiques d'hémopathie maligne affine considérablement la connaissance de ces maladies et permet non seulement de suivre les tendances de chaque type d'hémopathie maligne dans le temps mais également de générer des hypothèses étiologiques ou d'apporter des possibilités de comparaisons sur le plan diagnostique et thérapeutique.

(2012). La situation du cancer en France en 2012. Rapports & synthèses. Boulogne Billancourt INCa

<https://www.vie-publique.fr/rapport/32930-la-situation-du-cancer-en-france-en-2012>

L'Institut national du cancer (INCa) publie son rapport annuel sur la situation du cancer en France, action 6.1 du Plan cancer 2009-2013. Cette cinquième édition propose une actualisation des connaissances dans les différents domaines du cancer et de la cancérologie ainsi qu'un nouveau chapitre sur la thématique des inégalités de santé.

(2012). Plan cancer 2009-2013. 5ème rapport d'étape au président de la République. Paris Ministère chargé de la santé

https://www.e-cancer.fr/content/download/58794/535378/file/5eme_rapport_etape_Plan_cancer.pdf

Sur les 119 actions du Plan cancer, 101 progressent conformément au calendrier prévu et 11 sont déjà réalisées. Avec 879 millions d'euros exécutés sur les trois premières années du Plan (2009-2011), les moyens sont mobilisés à hauteur des montants programmés. Des avancées ont été réalisées dans les domaines de : la recherche sur les cancers, avec pour objectif d'accélérer le transfert des découvertes scientifiques au bénéfice des malades : la qualité et la sécurité des soins pour tous les patients, ainsi que la coordination des prises en charge entre les professionnels de santé en ville et à l'hôpital : la connaissance et l'information sur les cancers pour mieux agir sur les facteurs de risques et promouvoir le dépistage. Les efforts doivent être soutenus pour consolider ces avancées et faire progresser la prévention et la qualité de vie des personnes atteintes. La mise en œuvre du Plan cancer fait l'objet chaque semestre d'un rapport au Président de la République par le comité de pilotage interministériel.

Ancelle Park, R., et al. (2012). « Spécificités et perspectives du programme français de dépistage organisé du cancer du sein. » *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (35-36-37) : 391-394.

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=15319#.XnoBkW5FyUk

Basé sur les recommandations européennes, le programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein a été initié en France par la Direction générale de la santé en 1994, et généralisé à l'ensemble du territoire en 2004. Il a été largement modifié en 2001, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), en adoptant les modalités suivantes : deux clichés par sein tous les deux ans, un examen clinique, la possibilité d'un bilan diagnostique immédiat, la double lecture des clichés normaux et l'extension de la classe d'âge concernée de 50-69 ans à 50-74 ans. Ces modalités ont été affinées en 2006. Conformément aux recommandations européennes, ce programme comprend un système d'assurance qualité important qui inclut : la formation des radiologues et des manipulateurs, le contrôle de qualité semestriel de toutes les mammographies, une double lecture des clichés normaux, une base de données inter-régime de l'assurance maladie utilisée pour les invitations et le rappel personnalisé des femmes, un recueil systématique des données et une évaluation locale, régionale et nationale. Des indicateurs de performance permettent des comparaisons au niveau international. Les installations numériques sont autorisées depuis 2008 avec une démarche qualité. Une réflexion est en cours au niveau national pour optimiser le dispositif de DO (résumé d'auteur).

Beck, F. D. Et Gauthier, A. D. (2012). *Baromètre Cancer 2010*, Saint-Denis : INPES Boulogne Billancourt : INCA

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/barometre-cancer-2010>

Le cancer est devenu, au cours des années 2000, la première cause de décès en France. On estime aujourd'hui que 1 200 000 personnes vivent avec un cancer ou après avoir eu un cancer. Ces données montrent l'importance des enjeux sociaux et de santé publique liés à cette pathologie. Le Baromètre cancer 2010 est la deuxième vague, après le Baromètre cancer 2005, d'une enquête menée en population générale. Lancée dans le cadre d'une collaboration entre l'institut national du cancer et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, cette étude vise à identifier les évolutions des perceptions, des risques et des comportements entre les deux enquêtes. Un échantillon représentatif de 4 000 personnes de 15 à 85 ans a été interrogé sur ses connaissances, attitudes et comportements concernant les facteurs de risque du cancer, mais également sur ses représentations de la maladie et l'image des malades. Les personnes ont également été questionnées sur la qualité perçue des soins ainsi que sur les pratiques de dépistage mises en œuvre par les pouvoirs publics. Cet ouvrage permet ainsi de mesurer les évolutions et les progrès réalisés depuis 2005, mais aussi les avancées qui restent à faire, en particulier dans le domaine des inégalités sociales de santé. Leur réduction est un élément pivot du Plan cancer 2009-2013 (résumé d'auteur).

Brechot, J. M., et al. (2012). Organisation de la prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares. Bilan de l'activité 2011. Collection Bilans d'activité et d'évaluation. Boulogne Billancourt INCA
<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/L-organisation-de-l-offre-de-soins/Organisation-des-soins-pour-les-patients-atteints-de-cancers-rares>

Ce deuxième rapport de suivi présente l'activité 2011 des 15 centres experts nationaux soutenus et financés à partir de 2009 et 2010 dans le cadre de la structuration de l'offre de soins pour les patients adultes atteints de cancers rares. Il intègre également l'analyse de l'activité de double lecture des quatre réseaux anatomopathologiques soutenus dans ce cadre.

Danzon, A., et al. (2012). « La surveillance épidémiologique des cancers en France : outils actuels et perspectives. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (5-6) : 54-58.
<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>

L'article décrit l'intérêt respectif des informations issues de différents dispositifs de surveillance des cancers, et de dispositifs dont ce n'est pas l'objectif premier, pour l'évaluation de la stratégie de lutte contre le cancer. Un éclairage spécifique pour les cancers liés à l'environnement et au milieu professionnel est apporté. Le dispositif d'enregistrement des causes de décès, ancien et exhaustif, permet une analyse spatio-temporelle de la mortalité par cancer. À partir des données des registres, qui couvrent environ 20 % de la population, les tendances des estimations d'incidence nationale et régionales sont publiées régulièrement. Les études de survie et les publications de l'incidence selon les facteurs pronostiques contribuent à l'évaluation de l'impact du dépistage des cancers. Les données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et des inscriptions en affection longue durée (ALD) pour cancer permettent de compléter le dispositif précédent par l'identification de ruptures récentes de tendances ainsi que par la production d'estimations d'incidence à l'échelle départementale. Les perspectives portent sur le développement au niveau national, en complément des registres qui restent la référence, d'un système multi-sources de surveillance des cancers (SMSC), avec croisement automatisé des données issues des ALD, du PMSI et des

données des dossiers communicants en cancérologie. En attendant le fonctionnement de ce système (d'ici au moins 5 ans), le croisement des bases PMSI et ALD est à l'étude. (R.A.).

Uhry, Z., et al. (2012). « Tendances récentes des données d'affections de longue durée (ALD) : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers, période 1997-2009, France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (5-6) : 58-63.

<https://www.santepubliquefrance.fr/docs/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-19-fevrier-2019-n-5-6>

Introduction - Cette étude présente les évolutions nationales du taux d'admission en affection de longue durée (ALD) de 1997 à 2009 pour 24 localisations cancéreuses. Son objectif était de confronter les évolutions entre taux d'admissions (taux d'ALD) et taux d'incidence national sur la période 1997-2006 et d'identifier les ruptures de tendances récentes des taux d'ALD. Matériel et méthode - Les évolutions des taux d'ALD sont présentées de 1997 à 2009. Elles sont comparées graphiquement à celles du taux d'incidence national estimé, issu d'une modélisation à partir de données observées jusqu'en 2006 et d'un modèle de projection au-delà jusqu'en 2011. Résultats - Sur la période 1997-2006, les évolutions du taux d'ALD et du taux d'incidence modélisé étaient relativement similaires, sauf pour les cancers de la vessie et, chez l'homme, du larynx. Les taux d'ALD présentaient des ruptures de tendance, à partir du milieu des années 2000, pour les cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde, après plusieurs années de croissance soutenue. Conclusion - Les évolutions des taux d'ALD doivent être interprétées avec prudence car elles peuvent être affectées par des évolutions réglementaires ou par une évolution de la fréquence des demandes d'ALD parmi les personnes atteintes d'un nouveau cancer. Ces données sont toutefois disponibles rapidement et, de ce fait, très utiles à la surveillance nationale de l'incidence des cancers. Elles permettent d'identifier des ruptures de tendances avec réactivité, comme illustré pour les cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde. Pour les cancers du sein et de la prostate, les évolutions sont cohérentes avec les connaissances épidémiologiques et les données internationales. Pour le cancer de la thyroïde, les données internationales ne permettaient pas d'anticiper cette évolution. (R.A.).

(2011). La situation du cancer en France en 2011. Rapports & synthèses. Boulogne Billancourt INCa

Pour la quatrième année consécutive, l'Institut national du cancer publie une synthèse des données relatives au cancer et à la cancérologie. Cet état des lieux, qui rassemble les résultats d'études et les données d'observations les plus récentes fournis par les producteurs et les systèmes d'information ou issus des publications, s'inscrit dans le cadre de l'action 6.1 du Plan cancer 2009-2013. Il contribue à améliorer le partage de l'information et la transparence vis-à-vis des citoyens et éclaire les décideurs sur l'évolution des principaux indicateurs de la politique de lutte contre le cancer. Il permet également d'objectiver les évolutions profondes de la réalité du cancer aujourd'hui et d'évaluer les résultats des actions mises en œuvre dans le cadre des plans cancer réussis. Cette publication se fait conjointement avec l'ouverture au public du portail des données du cancer sur le site de l'Inca (onglet Les données, www.lesdonnees.e-cancer.fr). Elle constitue dorénavant une synthèse annuelle des principaux indicateurs présentés sur le portail, mesure 6.2 du Plan cancer. Cette synthèse ainsi que le portail couvrent l'ensemble des domaines et disciplines concernés par le cancer et la cancérologie.

Pepin, P. Et Broustal, O. (2011). Épidémiologie des cancers en Ile-de-France. Paris ORSIF

<https://www.ors-idf.org/nos-travaux/publications/epidemiologie-des-cancers-en-ile-de-france.html>

L'Ile-de-France n'est pas épargnée par le cancer. Les Franciliennes, notamment, se distinguent par un niveau relativement élevé de mortalité par cancer du sein et par cancer du poumon. Dans ce contexte l'ORS a entrepris, depuis 2005, de réaliser un suivi épidémiologique régulier du cancer. Ce rapport présente un état des lieux de la situation tel qu'il ressort des données disponibles fin 2010.

Bousquet, P., et al. (2010). Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France. *Rapports & synthèses*. Boulogne-Billancourt Inca

<https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Dynamique-d-evolution-des-taux-de-mortalite-des-principaux-cancers-en-France>

Ce rapport réalisé par l'institut National du Cancer, en lien avec l'InVS, l'INSERM, et le réseau français des registres de cancer (Francim), présente une analyse dynamique de la mortalité par cancer en France au cours des vingt dernières années à partir des données les plus récentes. Ce document constitue un point d'étape entre les deux Plans cancers déployés en France. Il a notamment pour objectif de repérer les changements directement liés aux actions et politiques de santé publique menées ces dernières années afin d'éclairer les décideurs sur les actions à mener pour soutenir la baisse de la mortalité par cancer. Dans cette synthèse, il a été choisi : d'actualiser la situation de la mortalité globale et prématurée par cancer en France à partir des dernières données de mortalité disponibles (données observées sur la période 2003-2007 et projections pour 2010) : de décrire et d'analyser son évolution tous cancers confondus, puis cancer par cancer à partir des données observées couvrant les années 1983-2007 et regroupées par périodes quinquennales : de décrire les tendances de la mortalité dans les différentes classes d'âge : de comparer l'évolution de la mortalité avec celle de l'incidence, pour illustrer le caractère plurifactoriel des déterminants pouvant influencer les évolutions de la mortalité par cancer.

Lacour, B., et al. (2010). « Incidence des cancers de l'enfant en France : données des registres pédiatriques nationaux, 2000-2004. » *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* (49-50) : 497-500.

La surveillance des cancers de l'enfant en France est assurée depuis 1990 par le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE) et, depuis 2000, par le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE). Sur la période 2000-2004, ces registres ont recensé 8 473 nouveaux cas de cancers chez les enfants de moins de 15 ans domiciliés en France métropolitaine. La qualité des données est attestée par le nombre moyen élevé de sources par cas (2,7) et par une confirmation histologique ou cytologique de 94 % des diagnostics. L'incidence annuelle standardisée est de 156,6 cas par million avec un sex-ratio H/F de 1,2. Ainsi en France, un enfant sur 440 va développer un cancer avant l'âge de 15 ans. Les cancers les plus fréquents sont les leucémies (29 %), les tumeurs du système nerveux central (23 %), les lymphomes (12 %) et les neuroblastomes (8 %). Les taux d'incidence sont proches de ceux des autres pays industrialisés mais un peu plus élevés que ceux observés précédemment par les registres régionaux pédiatriques. Bien qu'on ne puisse pas éliminer formellement une réelle augmentation de l'incidence de certains types de cancers, l'explication la plus probable est une amélioration de la méthodologie d'enregistrement, voire une amélioration des techniques diagnostiques pour les tumeurs cérébrales notamment. (R.A.).

Mazeau-Woynar, V. Et Cerf, N. (2010). *Survie attendue des patients atteints de cancers en France : état des lieux*. Boulogne-Billancourt INC

Ce rapport présente un état des lieux sur la survie attendue des adultes atteints de cancer pour les 25 localisations cancéreuses les plus fréquentes en France à partir de données publiées de survie. Il propose notamment d'estimer le nombre annuel de patients pouvant guérir de leur cancer à partir de l'incidence des cancers estimée en France en 2005 (soit 319 380 cas) et d'une probabilité minimale de guérison cancer par cancer. Ce rapport met en évidence le fait qu'il n'y a pas un, mais des cancers avec des évolutions différentes. Certains cancers de plus en plus nombreux guérissent : certains conservent un pronostic sombre : d'autres enfin évoluent à long terme tels des maladies chroniques. L'estimation du nombre de personnes qui vivent après un cancer est une donnée importante pour mobiliser concrètement tous les acteurs d'après cancer. Le rapport donne une vision de la situation au moment de l'initiation du Plan cancer 2009-2013. Cet état des lieux renseigne sur la survie des adultes atteints de cancer à partir de données publiées en France et au niveau international. Il propose, pour chaque type de cancer, d'estimer le nombre de patients guéris et ce, à partir du nombre de nouveaux cas et de leur probabilité de guérison. Ainsi, il ne s'agit pas de données nouvelles, mais d'une nouvelle façon de les analyser.

8.32 Diabète

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) <http://journals.openedition.org/anthropologiesante/11995>

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): 8 , fig.

<https://iresp.net/ressources/QSP/>

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 adaptés 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 efficaces. 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.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/evaluation-du-service-sophia/evaluation-du-service-sophia-diabete.php>

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 Medecine 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. Le taux de réponse a été de 51,5 %, soit 24,6 % des généralistes des deux départements : 96,90 % des médecins généralistes répondants disaient pratiquer l'éducation thérapeutique : 72,56 % estimaient manquer de temps : 56,73 % la définissaient comme un enseignement concernant majoritairement le savoir (95,87 % de ceux qui parlent d'enseignement) : 53,80 % des niveaux de négociation étaient du type dépendance/expertise. Les médecins adhérant à un réseau insistaient davantage sur le partenariat, le dialogue et l'écoute et étaient plus nombreux à avoir un type de négociation partenariat/coopération (81,25 % de ces médecins disaient utiliser le réseau comme ressource d'éducation) que les médecins hors réseau. Pour améliorer l'éducation thérapeutique de leurs patients, 21,64 % des médecins souhaitaient plus de temps et 15,79 % étaient demandeurs de plus de structures ou de leur amélioration. Les médecins généralistes ont une vision incomplète de la nature de l'éducation thérapeutique et connaissent peu ou mal les outils qu'ils peuvent proposer, alors qu'ils en utilisent sans doute déjà, et les structures sur lesquelles ils peuvent s'appuyer. Les méthodes d'éducation thérapeutique au cours de consultations de médecine générale prennent peu de temps, mais nécessitent des savoirs, savoir-faire et savoir-être qui ne sont pas enseignés en formation initiale. Une formation spécifique à l'éducation thérapeutique doit être réalisée dans le cursus universitaire et en formation continue. Le temps nécessaire à ces pratiques doit être reconnu et valorisé. Les médecins peuvent s'appuyer sur des structures existantes : services hospitaliers, réseaux, maisons du diabète. De nouvelles coordinations des tâches sont à développer autour de l'autonomie des patients.

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 insulinaire+/-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 Etorh 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-Etorh (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 Etorh, 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 : 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 Edoth, 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 2011 Connaissances 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'examen de santé chez des consultants français recrutés entre 2005 et 2007 et présentant une hyperglycémie modérée à jeun.

Perlberg, 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).

Bauduceau, B., et al. (2013). « Journée mondiale du diabète, 14 novembre 2013. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (37-38)
<https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2013/37-38/index.html>

Au sommaire : Diabète : est-il possible de faire mieux sans dépenser plus ? Facteurs associés à l'hospitalisation des personnes diabétiques adultes en France. Entred 2007 : Hospitalisation des enfants diabétiques en France en 2007-2008. Étude Entred-Enfant 2007 : Le reste à charge des patients diabétiques en France en 2007 : Diabète de type 1 en France métropolitaine : caractéristiques, risque vasculaire, fréquence des complications et qualité des soins. Entred 2001 et Entred 2007 : Cohorte Gérodiab : une étude française pour évaluer l'influence de l'équilibre glycémique sur la morbi-mortalité à 5 ans des diabétiques de type 2 âgés de 70 ans et plus. Résultats globaux à l'inclusion.

Rochereau, T. Et Azogui-Levy, S. (2013). « La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? Exploitation de l'enquête ESPS 2008. » Questions d'Economie de la Santé (Irdes) [185]
<https://www.irdes.fr/Publications/Qes2013/Qes185.pdf>

Le diabète est une pathologie caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline. Non équilibré, il peut engendrer des complications sévères. La maladie parodontale constitue une des complications du diabète non équilibré. Cette affection bactérienne détruit les tissus qui supportent les dents et provoque leur perte. Or, la prévention des affections dentaires peut avoir un effet bénéfique sur l'équilibre du diabète et la qualité de vie des personnes atteintes. À partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2008, représentative en population générale, nous décrivons les caractéristiques socio-économiques des personnes diabétiques et nous interrogeons sur leurs accès et recours au dentiste.

(2012). Évaluation médico-économique du programme d'accompagnement des patients diabétiques : évaluation à 1 an et à 3 ans : Paris : CNAMTS
https://www.ameli.fr/sites/default/files/2012-07_rapport-diabete-1-a-3-ans_assurance-maladie.pdf

En 2008, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a lancé un programme d'accompagnement personnalisé des patients atteints de maladies chroniques : le programme Sophia. Cet accompagnement consiste en l'envoi de documents pédagogiques d'information spécialement conçus pour le programme, la mise à disposition d'un site internet dédié avec accès à une base de connaissances et, surtout, des entretiens téléphoniques avec des infirmiers-conseillers en santé spécifiquement formés et entièrement dédiés au programme Sophia. Ce programme innovant vise à permettre une meilleure prise en charge des patients ayant une maladie chronique, à améliorer leur état de santé, leur qualité de vie et à maîtriser l'augmentation des coûts de prise en charge. Une expérimentation du programme a été menée de mars 2008 à juin 2010 dans dix sites pilotes au sein d'une population d'environ 143 000 patients diabétiques adultes. Au cours de cette phase initiale, une première étude médico-économique a été menée afin d'évaluer l'impact du service Sophia sur le recours aux soins de

ses adhérents par rapport aux autres patients diabétiques. Cette évaluation, réalisée par une société spécialisée indépendante - Cemka-Eval-a permis de mesurer les résultats un an après le lancement du service Sophia dans les départements pilotes (comparaison des résultats 2009 par rapport aux résultats 2008). L'Assurance Maladie a actualisé cette 1ère étude, pour évaluer les effets du service Sophia au terme de 3 ans de fonctionnement. Cette nouvelle évaluation s'appuie sur une méthodologie identique à la première et intervient de façon intermédiaire avant une nouvelle évaluation externe. Un document complet fait la synthèse des résultats de ces évaluations à 1 an et à 3 ans. Il inclut les principaux résultats du rapport initial de Cemka-Eval et de la revue de littérature réalisé par le même institut également disponibles ici. (Résumé éditeur).

(2012). Livre blanc : diabète et travail - Propositions pour en finir avec les discriminations, Paris : Association Française des Diabétiques

Véritable support d'information, le livre blanc « Diabète et travail : Propositions pour en finir avec les discriminations » dresse un état des lieux des aspects juridiques, sociaux et médicaux liés au diabète en milieu professionnel. Les objectifs du livre blanc sont les suivants : montrer que le diabète est encore une maladie mal connue : exposer les progrès thérapeutiques et techniques qui améliorent considérablement la vie des personnes diabétiques : mettre à jour la base de données des métiers inaccessibles et ceux qui pourraient (devraient) l'être : changer les idées reçues sur l'aptitude professionnelle des personnes diabétiques : proposer des recommandations et des propositions concrètes pour améliorer la gestion du diabète au travail : Enfin, mener des actions de sensibilisation auprès des institutions.

Druet, C., et al. (2013). Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques, Entred 2007-2010 Caractéristiques, état de santé, prise en charge et poids économique des personnes diabétiques. Saint-Maurice Institut de veille sanitaire

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/echantillon-national-temoin-representatif-des-personnes-diabetiques-entred-2007-2010.-caracteristiques-etat-de-sante-prise-en-charge-et-poids-ec>

Ce rapport présente les principaux résultats de l'étude Entred 2007-2010 chez l'adulte. Il décrit l'état de santé et la prise en charge des personnes diabétiques traitées en métropole et dans les DOM, leur évolution depuis la première enquête Entred 2001-2003, ainsi que le coût des soins et la qualité de vie des personnes diabétiques.

Morel, A., et al. (2012). Évaluation de la prise en charge du diabète. Rapport IGAS : 2012 033.

https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P_Diabete_RAPPORT_TOME_I.pdf

L'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mené une mission d'évaluation transversale de la politique de santé publique relative à la prise en charge du diabète, devenue en 2010 la première des maladies chroniques en France (3 millions de personnes atteintes). La mission observe que le coût du diabète progresse ces dernières années à raison d'un milliard d'euros par an, et ce en dépit des actions volontaristes des pouvoirs publics et de l'assurance maladie, mises en place depuis plus de dix ans. Au-delà de stratégies de dépistage ou de prévention spécifiques qui gagneraient à être améliorées, elle estime que cette pathologie chronique, comme toutes les autres, questionne le système de soin de premier recours sur son organisation et son

efficacité à accompagner des patients au long cours, notamment par l'éducation thérapeutique (ET), mais aussi le rôle de l'hôpital et son articulation avec la ville. Cette réflexion est complétée par une analyse de l'accessibilité de certains actes en ville ainsi que de la qualité et sécurité des antidiabétiques oraux. Une synthèse des recommandations figure en fin du rapport.

Bourdel Marchasson. I., et al. (2011). « La qualité de vie des diabétiques de type 2 vivant en France métropolitaine : de multiples facteurs associés. Entred 2007. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (2) : 15-20.

https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2011/02/beh_02_2011.pdf

Le diabète est une maladie chronique qui altère la qualité de vie (QdV). L'objectif de ce travail est de décrire la QdV des personnes diabétiques de type 2, à partir de l'échantillon représentatif de cette population Entred 2007 et de l'échelle SF-12, et d'analyser les facteurs qui lui sont associés parmi les caractéristiques du patient, de son diabète et de son éventuel handicap.

Coulomb, A., et al. (2011). Le livre blanc du diabète : sept propositions pour faire face à l'épidémie silencieuse du XXI^e siècle, Paris : Société Francophone du diabète

https://www.senioractu.com/Sept-propositions-pour-faire-face-au-diabete-l-epidemie-silencieuse-du-21eme-siecle_a13566.html

Le diabète est une maladie chronique, invalidante et coûteuse, associée à de lourdes complications. Longtemps préservée, la France a vu, en moins de 10 ans, le nombre de diabétiques passer de 1,6 million à 2,9 millions de personnes. Le coût a doublé en moins de 10 ans et approche les 14 milliards d'euros en 2009, soit 10 % des dépenses d'assurance maladie dont 40 % liées à l'hospitalisation. Il est estimé à 5.300 euros par an par patient (de 3.600 euros pour un diabétique de type 2 sous traitement médicamenteux à 65.000 euros pour un patient en dialyse). L'importance de ces dépenses est susceptible d'altérer la croissance économique. Par la publication de ce Livre blanc, la Société francophone du diabète (SFD) souhaite alerter les pouvoirs publics sur le nombre de patients touchés, le coût de cette maladie et les inégalités d'accès aux soins. Elle souhaite en particulier se faire entendre des agences régionales de santé (ARS) à l'heure où l'on réfléchit aux nouveaux schémas régionaux d'organisation des soins (Sros). Son but est aussi d'infléchir la progression de cette épidémie, d'en atténuer les formes sévères et de favoriser les alternatives à l'hospitalisation. Sept propositions sont émises pour améliorer la prise en charge du diabète en France.

Fosse, S. Et Fagot Campagna A. (2011). Prévalence du diabète et recours aux soins en fonction du niveau socio-économique et du pays d'origine en France métropolitaine. Enquête décennale santé 2002-2003 et enquêtes santé et protection sociale 2002 et 2004. Saint-Maurice InVS

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/documents/rapport-synthese/prevalence-du-diabete-et-recours-aux-soins-en-fonction-du-niveau-socio-economique-et-du-pays-d-origine-en-france-metropolitaine.-enquete-decennale>

Ce rapport présente l'analyse de l'impact du niveau socio-économique et du pays d'origine sur le diabète en France à partir d'une revue de littérature et de deux enquêtes en population générale : l'enquête décennale santé (EDS) 2002-2003 et les enquêtes santé et protection sociale (ESPS) 2002 et 2004.

Bouee, S., et al. (2010). « Diabète de type 2 : pratiques d'intensification thérapeutique chez les médecins généralistes en France en 2008-2009. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (42-43) : 436-440.
https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2010/42_43/BEH_42_43.pdf

Objectifs - L'objectif était d'étudier, au regard des recommandations, les pratiques d'intensification des traitements hypoglycémiantes par les médecins généralistes chez les diabétiques de type 2. Méthodes - Les données utilisées proviennent d'un panel de médecins généralistes français. L'analyse a porté sur 17 493 patients traités par hypoglycémiantes oraux seuls avec au moins deux dosages d'HbA1c disponibles, parmi lesquels 3 118 (18 %) nécessitaient une intensification du traitement selon les recommandations actuelles. Ces patients ont été suivis pendant au maximum 14 mois ou jusqu'à la date de l'intensification. Les facteurs associés à cette dernière ont été identifiés avec un modèle de Cox. Résultats - Parmi les 3 118 patients nécessitant une intensification de traitement, 39 % en ont bénéficié dans les 6 mois après un deuxième dosage d'HbA1c déséquilibré (59 % à 12 mois). La probabilité d'intensification était significativement associée à deux facteurs : plus le patient était jeune ou plus son niveau d'HbA1c au premier dosage disponible était élevé (jusqu'au seuil de 9 %), plus la probabilité d'intensification augmentait. Conclusion - L'inertie thérapeutique restait importante dans la prise en charge des diabétiques de type 2 en France en 2008-2009. Cette situation constitue un enjeu en termes de santé publique en raison des complications du diabète, dont le risque augmente avec le mauvais équilibre glycémique. (R.A.).

Ricci, P., et al. (2010). « Analyse économique des soins des personnes traitées pour diabète (études Entred 2001 et 2007). » Pratiques Et Organisation des Soins (1) : 1-10.
<https://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2010-1-page-1.htm>

Cette étude analyse les remboursements de l'Assurance maladie aux personnes traitées pour diabète en France, mesure leur évolution entre 2001 et 2007 et identifie les facteurs associés aux consommations de soins.

Ricci, P., et al. (2010). « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (42-43) : 425-431.
https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2010/42_43/BEH_42_43.pdf

Les objectifs de cette étude sont de connaître, à partir des données de l'assurance maladie, l'évolution entre 2000 et 2009 de la prévalence du diabète traité en France, décrire les disparités géographiques en observant les tendances récentes, préciser la progression du niveau de prise en charge médicamenteuse des facteurs de risque cardiovasculaire et mesurer l'évolution de la mortalité. La prévalence du diabète a continué de progresser, surpassant les prévisions des experts. Le constat de taux élevés de prévalence après 60 ans avec un accroissement rapide et une amplification des disparités géographiques doit être intégré dans les politiques de santé publique (Résumé des auteurs).

8.4 PATHOLOGIES RESPIRATOIRES

8.41 Asthme

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 Ecnvir, 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-commerçants-affiliés-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. L'analyse a montré un risque élevé d'asthme : dans des secteurs connus à risque comme l'industrie alimentaire ou la coiffure : dans des secteurs non rapportés à risque dans la littérature comme les secteurs du transport des voyageurs par taxi, de l'école de conduite, des ambulances, des commerces de détail sur marchés ou des manèges forains et parcs d'attraction. Les actions de prévention : dans les secteurs connus à risque d'asthme, elles doivent être poursuivies : dans les secteurs à risque élevé, non connus, il est nécessaire de mieux caractériser les expositions présentes afin de mieux définir les actions de prévention en lien avec la Sécurité sociale pour les indépendants. Il serait intéressant de pouvoir suivre dans le temps l'évolution des secteurs à risque d'asthme par des analyses transversales répétées à partir des bases de données médico-administratives.

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 2^e 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.

Iwatsubo, Y., et al. (2013). Observatoire national des asthmes professionnels II (ONAP II). Résultats 2008-2011. Saint-Maurice Institut de veille sanitaire : 6.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme/documents/rapport-synthese/observatoire-national-des-asthmes-professionnels-ii-onap-ii.-resultats-2008-2011>

La phase pilote du projet ONAP II a débuté en 2008. Une première synthèse portant sur les résultats 2008-2009 a été publiée en juillet 2011. Le nombre de cas recueillis à l'époque ne permettait pas encore de réaliser les analyses selon les secteurs d'activité et professions. C'est pourquoi la phase pilote a été prolongée. Cette synthèse présente les résultats du pilote 2008-2011 permettant ainsi d'actualiser les résultats observés en 2008-2009. (R.A.).

Delmas, M. C. Et Fuhrman, C. (2012). Corrélations entre asthme déclaré et remboursements de médicaments dans l'enquête ESPS 2006 : Peut-on proposer des indicateurs de suivi de la prise en charge de l'asthme basés sur les remboursements de médicaments ? Saint-Maurice INVS

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme/documents/rapport-synthese/correlations-entre-asthme-declare-et-remboursements-de-medicaments-dans-l-enquete-esps-2006.-peut-on-proposer-des-indicateurs-de-suivi-de-la-prise>

À partir des données l'enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006, la qualité d'indicateurs basés sur les remboursements de médicaments a été étudiée afin de proposer des indicateurs de surveillance de la prise en charge de l'asthme. L'enquête ESPS est conduite tous les deux ans auprès d'un échantillon de ménages dont l'un des membres est assuré social. Un appariement avec les données de l'assurance maladie de l'année en cours permet de récupérer les consommations médicales. En 2006, l'auto-questionnaire sur la santé a inclus un module sur l'asthme et un appariement complémentaire avec les données de remboursement de 2004 et 2005 a été effectué pour les personnes enquêtées affiliées au régime général. La validité de différents algorithmes basés sur les remboursements de médicaments pour identifier les

asthmes (ou les asthmes persistants) a été étudiée en calculant la sensibilité, la spécificité et les valeurs prédictives positive (VPP) et négative (VPN) au regard des données déclarées par les personnes enquêtées. Les corrélations entre les remboursements de bronchodilatateurs de courte durée d'action (BDCD) inhalés et le contrôle de l'asthme ont également été étudiées. Il est difficile de définir un indicateur basé sur les consommations médicamenteuses qui ait à la fois une bonne VPP et une bonne sensibilité vis-à-vis de l'asthme persistant et, en conséquence, de proposer des indicateurs de surveillance de la qualité de la prise en charge des asthmes persistants. Il est donc proposé de suivre, à partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB) de l'assurance maladie, deux populations qui correspondent à deux situations de non-contrôle de l'asthme : - les forts consommateurs de BDCD et forts consommateurs de corticoïdes inhalés (CI) [asthmes difficiles à traiter] : - les forts consommateurs de BDCD et non, ou faibles, consommateurs de CI (asthmes insuffisamment traités).

Afrite, A., et al. (2011). L'asthme en France en 2006 : prévalence, contrôle et déterminants. Rapport Irdes : 1820. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2011/rap1820.pdf>

En 2006, 6,25 millions de personnes en France métropolitaine déclarent avoir souffert d'asthme à un moment quelconque de leur vie, 4,15 millions continuent à en souffrir, soit 6,7 % de la population. Les hommes sont globalement autant concernés que les femmes mais il existe des différences selon l'âge. Moins d'un asthmatique sur deux a recours à un traitement de fond indiqué en cas de persistance des symptômes. Chez six asthmatiques sur dix, le niveau de contrôle des symptômes est insuffisant : partiellement dans 46 % des cas et totalement dans 15 %. Parmi ces derniers, un quart ne prend pas de traitement de fond. Toutes choses égales par ailleurs, être obèse, fumer, vivre dans un ménage à faibles revenus ou de structure monoparentale augmente le risque d'avoir un asthme totalement non contrôlé. Ces résultats sont issus de l'enquête santé et protection sociale (ESPS) réalisée en population générale. Cette enquête intègre un questionnaire spécifique sur l'asthme afin d'identifier les personnes asthmatiques et le niveau de contrôle de leurs symptômes.

Fuhrman, C., et al. (2011). « Asthme et BPCO : taux d'hospitalisation et de mortalité dans les départements d'outre-mer et en France métropolitaine, 2005-2007. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) : 168-171

https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2011/13_14/beh_13_14_2011.pdf

Objectif - Cet article fournit les taux d'hospitalisation et de mortalité par asthme et BPCO à La Réunion et aux Antilles et les compare à ceux de France métropolitaine. Méthodes - L'analyse a concerné les séjours hospitaliers (PMSI) et les décès (CépiDc) survenus en 2005-2007. Les analyses ont été effectuées chez les personnes âgées de 2 ans ou plus, le diagnostic d'asthme étant difficile avant cet âge. Résultats - En 2005-2007, les taux d'hospitalisation pour asthme étaient plus élevés dans les DOM qu'en métropole. Les taux les plus élevés étaient observés aux Antilles pour les 2-44 ans et à La Réunion pour les adultes de 45 ans ou plus. Comparativement à la métropole, les taux d'hospitalisations pour BPCO étaient plus élevés à La Réunion et moins élevés aux Antilles. Les données de mortalité étaient concordantes avec les données d'hospitalisation. Toutefois, les faibles effectifs ne permettaient pas d'étudier les disparités régionales de mortalité pour les personnes âgées de moins de 45 ans. Conclusion - Les taux d'hospitalisation par asthme sont élevés dans les départements d'outre-mer, en rapport avec

une prévalence plus élevée, mais également un moins bon contrôle de la maladie. Des efforts doivent être entrepris pour améliorer la prise en charge des personnes asthmatiques dans les DOM. (R.A.).

Laforest, L., et al. (2011). « Coût de l'asthme en France. » Revue Du Praticien (La) 61 (3) : 336-338

Avec près de 7 % des Français concernés, l'asthme constitue un véritable problème de santé publique non seulement sur le plan clinique mais aussi sur le plan économique. En 2001, le coût global de l'asthme en France était estimé à 1,5 milliard d'euros. D'après l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) les dépenses de soins ambulatoires des asthmatiques en 2006 étaient supérieures de 60 % à celles de sujets non asthmatiques quel que soit leur état de santé (1605 contre 1100 euros), à âge et sexe comparables. Ces coûts sont inhérents à la prise en charge chronique de l'asthme ainsi que des exacerbations consécutives au contrôle insuffisant de la maladie et génératrices d'une surconsommation de soins non programmés. Les coûts peuvent aussi être induits par les comorbidités associées. En 2006, les coûts ambulatoires spécifiquement liés à l'asthme étaient estimés à 331 euros en moyenne par patient.

Com-Ruelle, L., et al. (2010). « Les dépenses médicales de ville des asthmatiques en 2006. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [152]

<https://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes152.pdf>

En France, selon les résultats de l'appariement des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2006 avec celles de l'Assurance maladie, la dépense médicale totale en soins de ville des asthmatiques est une fois et demie supérieure à celle des non-asthmatiques en raison de leur asthme, du niveau de contrôle de leurs symptômes, mais aussi d'autres maladies plus fréquentes chez eux. Six asthmatiques sur dix ont toutefois leurs symptômes insuffisamment contrôlés et seuls 12,5 % d'entre eux ont consulté un pneumologue de ville, le médecin généraliste restant pour tous les asthmatiques en première ligne de leur suivi. Les médicaments arrivent en tête des dépenses de ville liées à l'asthme mais se concentrent, selon les classes thérapeutiques, sur une part de consommateurs variables. Un tiers des asthmatiques n'a eu aucun traitement antiasthmatique. Ceci suggère que les professionnels de santé ont encore des marges de manœuvre pour améliorer la prise en charge des malades sur le plan médical ainsi qu'en termes d'éducation thérapeutique et de mesures environnementales.

8.42 Broncho-pneumopathies

Monneraud, L., et al. (2016). « Expérience de maladie chronique et vie professionnelle : les ajustements professionnels des travailleurs atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive. » Sciences Sociales Et Santé 34 (1) : 39-63

Prendre la mesure de l'impact de la maladie chronique sur les interactions et rôles sociaux implique de s'intéresser au monde du travail qui représente l'espace principal dans lequel se pose la question du maintien des engagements sociaux. Notre analyse sociologique a pour objectif de spécifier l'impact de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur le travail, entendu selon deux dimensions : le maintien dans l'emploi et l'activité professionnelle

(accomplissement des tâches). Elle se fonde sur le matériau recueilli au cours de 69 entretiens semi-directifs avec des patients atteints de BPCO et suivis dans le cadre hospitalier, dans deux bassins d'emplois différents. L'expérience de la BPCO au travail apparaît problématique pour le travailleur, parce qu'elle relève de phénomènes diffus, progressifs, qui ne s'imposent pas toujours à la conscience du sujet. Elle est avant tout une expérience de diminution des capacités de travail qui amène le sujet à procéder à de multiples ajustements, pour une grande part informels, permettant de « faire comme si » et « faire avec », afin de conserver une activité compatible avec l'évolution des capacités physiques. (R.A.).

Aichi, L. (2015). Pollution de l'air : le coût de l'inaction. Rapport fait au nom de la Commission d'enquête « coût économique et financier de la pollution de l'air ». Paris Sénat.

<https://www.senat.fr/notice-rapport/2014/r14-610-1-notice.html>

<https://www.senat.fr/rap/r14-610-1/r14-610-11.pdf>

Les trois types de maladies causées par la pollution de l'air les plus communes sont les maladies respiratoires, au premier rang desquelles la bronchopneumopathie obstructive (BPCO), les pathologies cardiaques, dont les infarctus, et les cancers du poumon. Par ailleurs, le rôle de la pollution de l'air dans de nombreuses autres pathologies fait l'objet d'études et permet d'affirmer qu'il existe un lien, notamment, entre la pollution et certains problèmes de développement du fœtus, et des pathologies certes multifactorielles mais de plus en plus prévalentes comme la maladie d'Alzheimer et l'obésité. À côté de ces effets sanitaires, la pollution de l'air produit des effets non sanitaires, sur la végétation et la biodiversité, sur l'eau mais aussi sur les bâtiments. Après avoir établi ces effets de la pollution de l'air, la commission d'enquête a tenté d'en mesurer les coûts en s'adressant aux administrations en charge de ces dossiers, aux économistes experts de ces questions et aux acteurs eux-mêmes. Elle n'a pu que constater la faiblesse de la mobilisation de l'État face à un enjeu qui est durablement inscrit au premier rang des préoccupations de nos concitoyens. La commission d'enquête a analysé l'ensemble des études publiées à ce jour sur le sujet et, là où cela a été possible, tenté d'obtenir de nouvelles évaluations. Elle a abouti au chiffrage le plus complet réalisé sur cette question. À partir de ce constat, et pour rompre avec le cycle des mesures incessamment mises en avant puis oubliées depuis la loi LAURE de 1996, la commission d'enquête présente des propositions dans quatre domaines : la recherche et le calcul du coût économique et financier de la pollution de l'air, les normes destinées à lutter contre la pollution, l'innovation, la formation, l'information et l'aide à la décision.

Cittee, J., et al. (2015). « Trajectoires de soins des patients ayant une bronchopneumopathie chronique obstructive : points de vue des acteurs hospitaliers. » *Santé Publique* 27 : 177-187

L'objectif de cette étude était d'identifier, d'un point de vue hospitalier, les trajectoires de soins ville-hôpital des patients atteints de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) sur les territoires du Val-de-Marne et de Seine-et-Marne. Une étude qualitative de cas multi-sites a été menée de janvier à octobre 2012 auprès de médecins hospitaliers qui prenaient en charge les patients sur ce territoire. Les résultats ont montré qu'il existe une grande variabilité des trajectoires de soins dans les 25 sites investigués, sans qu'on puisse en déterminer une typologie. Les trajectoires dépendent des configurations de l'offre sanitaire locale. Le principal constat a été l'absence globale de toute coordination ville-hôpital en amont et en aval de la prise en charge hospitalière. Les trajectoires identifiées concernaient les patients probablement

les plus gravement atteints qui avaient recours systématiquement aux services d'urgences. Le manque d'une coordination pré-hospitalière lors des épisodes aigus aboutissait à des hospitalisations très fréquentes. Or, certaines données de la littérature internationale montrent qu'une gestion mieux organisée à domicile des exacerbations de BPCO permettrait de diminuer très significativement le taux d'hospitalisation. La question de la coordination entre la ville et l'hôpital pour l'optimisation des trajectoires de soins reste donc posée sur les territoires considérés. Avec l'exemple de la BPCO, force est de constater qu'une meilleure prise en charge des patients porteurs de pathologies chroniques appelle à une restructuration ad hoc de nos systèmes territoriaux de santé.

Laurendeau, C., et al. (2015). « Prise en charge et coûts de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France en 2011. » Revue des Maladies Respiratoires 32 (7) : 682-691

Cette étude vise à estimer une prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) traitée et les coûts associés par degré de sévérité. Elle a été conduite sur les données 2011 de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB). Cet échantillon représente 1/97^e des bénéficiaires des principaux régimes d'assurance maladie obligatoire. Les cas et leur sévérité ont été identifiés à partir d'algorithmes originaux. Les coûts ont été établis dans une perspective collective. Le taux de prévalence minimale de la BPCO traitée a été estimé à 3,8 % dans la population âgée de 40 ans et plus, et 1,9 % tous âges confondus. La population (58,2 % d'hommes) avait 68,8 ± 12,7 ans d'âge moyen. Au total, 6,2 % des patients ont eu des consommations de soins évocatrices d'un stade très sévère, 8,1 %, 13,8 % et 71,9 % d'un stade sévère, modéré ou peu sévère. Sur une année, 28,8 % ont consulté un pneumologue, 5,0 % ont été hospitalisés (= 24 h) pour BPCO et 6,7 % sont décédés. En moyenne, les patients ont eu 1,7 ± 1,5 exacerbations/an et seulement 61,4 % ont reçu un traitement médicamenteux spécifique. La consommation annuelle moyenne de soins d'un patient a été estimée à 9382 € dont 5516 € attribuable à la BPCO. Cette étude utilisant des bases de données médico-administratives confirme l'importance du fardeau épidémiologique et économique de la BPCO en France.

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'Ecologie
<https://temis.documentation.developpement-durable.gouv.fr/docs/Temis/0081/Temis-0081799/21928.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 surmortalité et d'une surmorbidité. 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.

Vernay, M., et al. (2015). « Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. » Santé Publique 27 : 189-197

L'objectif de cette étude était de faire une synthèse des sources disponibles pour la surveillance épidémiologique des maladies chroniques, des évolutions récentes de certaines d'entre elles, et des raisons probables de ces évolutions et d'en déduire les tendances futures. Au travers d'exemples de pathologies majeures en termes de morbidité (cardiopathie ischémique, maladie cérébro-vasculaire, diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et cancer du poumon), les auteurs ont décrit les tendances récentes de la mortalité et des hospitalisations dans la population générale.

Delmas, M. C., et al. (2013). « L'apport des bases médico-administratives dans la surveillance des maladies respiratoires chroniques en France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire : 30-35.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/asthme/documents/article/l-apport-des-bases-medico-administratives-dans-la-surveillance-des-maladies-respiratoires-chroniques-en-france>

L'objet de cet article est d'illustrer, à partir de quelques exemples d'exploitation des bases de données médico-administratives, leur apport dans la surveillance des maladies respiratoires chroniques en France. L'analyse de ces données montre le poids croissant de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. C'est le cas des données du Régime social des indépendants (RSI) à partir desquelles une étude de faisabilité a été conduite, visant à repérer les personnes asthmatiques à partir des consommations médicamenteuses et ainsi comparer les risques d'asthme par secteurs d'activité. Les différents exemples présentés dans cet article témoignent de la richesse des BMA et de leur apport dans la surveillance des maladies respiratoires chroniques. (R.A.).

Ha-Vinh, P., et al. (2013). « Pathologie respiratoire et profession chez les travailleurs indépendants. » Santé Publique 25 (3) : 293-303

Pour un régime d'assurance maladie qui protège des travailleurs, les exonérations du ticket modérateur pour insuffisance respiratoire chronique grave ou les remboursements d'oxygénothérapie à domicile peuvent être utilisés comme marqueurs d'insuffisance respiratoire chronique sévère. Le but de cette étude était de rechercher des différences de prévalence de ces marqueurs selon la profession exercée. Les résultats indiquent que la prévalence des marqueurs d'insuffisance respiratoire chronique sévère varie selon la profession. Les actions de prévention de l'insuffisance respiratoire devraient être renforcées auprès des professions présentant les prévalences les plus fortes.

Nemirovsky, B. (2013). « BPCO. L'obstruction partielle des parcours de soins n'est pas irréversible. » Concours Médical 135 (5) : 355-378

Ce dossier est consacré au parcours de soins des patients atteints de bronchopneumonie chronique obstructive (BPCO). Il présente des pistes pour améliorer la qualité des soins et leur coordination, les causes du sous-diagnostic de la BPCO, la confirmation du diagnostic et des

comorbidités, le programme personnalisé de soins (PPS), la prise en charge des complications, l'oxygénothérapie.

Girardot, L., et al. (2012). « BPCO en médecine générale. » Concours Médical 134, n° spécial

L'impact de la bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) sur la santé est majeur. De même que les traitements médicamenteux, la kinésithérapie ou la réhabilitation respiratoire, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la prise en charge des patients atteints de BPCO. Le médecin généraliste peut avoir une approche de sensibilisation, de motivation ou d'éducation.

Diot, P., et al. (2011). « Dossier : Insuffisance respiratoire chronique. » Concours Médical 133 (9) : 689-715.

Les articles qui composent ce dossier s'intitulent : « Comment devient-on insuffisant respiratoire chronique en 2011 », « Plan de santé publique en pneumologie : dans l'attente d'un second souffle », « Offre de soins en France selon le stade évolutif : un certain manque de lisibilité », « Organisation des soins à domicile : le solide ancrage des associations », « Quand et comment faire le diagnostic et surveiller ? », « Comment éviter les exacerbations et la dégradation respiratoire ? », « Place du médecin généraliste au stade des thérapeutiques instrumentales », « Aptitude au travail : des aménagements sont possibles ».

Fuhrman, C., et al. (2011). « Asthme et BPCO : taux d'hospitalisation et de mortalité dans les départements d'outre-mer et en France métropolitaine, 2005-2007. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (13-14) : 168-172.

https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2011/13_14/beh_13_14_2011.pdf

Objectif - Cet article fournit les taux d'hospitalisation et de mortalité par asthme et BPCO à La Réunion et aux Antilles et les compare à ceux de France métropolitaine. Méthodes - L'analyse a concerné les séjours hospitaliers (PMSI) et les décès (CépiDc) survenus en 2005-2007. Les analyses ont été effectuées chez les personnes âgées de 2 ans ou plus, le diagnostic d'asthme étant difficile avant cet âge. Résultats - En 2005-2007, les taux d'hospitalisation pour asthme étaient plus élevés dans les DOM qu'en métropole. Les taux les plus élevés étaient observés aux Antilles pour les 2-44 ans et à La Réunion pour les adultes de 45 ans ou plus. Comparativement à la métropole, les taux d'hospitalisations pour BPCO étaient plus élevés à La Réunion et moins élevés aux Antilles. Les données de mortalité étaient concordantes avec les données d'hospitalisation. Toutefois, les faibles effectifs ne permettaient pas d'étudier les disparités régionales de mortalité pour les personnes âgées de moins de 45 ans. Conclusion - Les taux d'hospitalisation par asthme sont élevés dans les départements d'outre-mer, en rapport avec une prévalence plus élevée, mais également un moins bon contrôle de la maladie. Des efforts doivent être entrepris pour améliorer la prise en charge des personnes asthmatiques dans les DOM. (R.A.).

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. Méthodes : les données d'hospitalisation ont été extraites du PMSI-MCO de 2009 à 2016. Les hospitalisations complètes avec un diagnostic principal de syndrome coronaire aigu (SCA), d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'insuffisance cardiaque (IC) ont été sélectionnées. Le nombre quotidien d'hospitalisations par cause et par lieu d'hospitalisation (Île-de-France/hors Île-de-France et Alpes-Maritimes/hors Alpes-Maritimes) a été analysé à l'aide de modèles de Poisson additifs généralisés, ajustés sur les variations à court terme, les variations saisonnières et les tendances à long terme. L'augmentation des hospitalisations a été modélisée à l'aide de splines cycliques des jours encadrant la survenue des attentats. Résultats : dans les 15 jours qui ont suivi les attaques, le nombre brut d'hospitalisations pour AVC et IC a été supérieur au nombre moyen d'hospitalisations lors des mêmes périodes pour les autres années de l'étude. Cette tendance n'était pas observée pour les hospitalisations pour SCA. Ces différences disparaissaient après ajustement sur les tendances à court, moyen et long-termes. Les augmentations du risque d'hospitalisation dans les 15 jours suivant les attaques étaient inférieures à 6 % et non significatives, quels que soient la pathologie, l'épisode d'attentat et la zone géographique étudiée. Conclusion : notre étude n'a pas mis en évidence d'augmentation à court terme des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires suite aux attaques terroristes de 2015 et de 2016. Néanmoins, les effets à plus long terme sur l'incidence et la mortalité devront être évalués.

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>

Les maladies cardiovasculaires sont un ensemble de pathologies comprenant les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, les pathologies vasculaires périphériques, l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies congénitales. Elles 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'importance de la prise en compte de la mortalité prématurée pour le suivi des politiques de santé publique a été soulignée en comparant la situation de la France à celle d'autres pays voisins : la France se caractérise par des taux de décès « prématurés » avant 65 ans nettement plus élevés alors que

les niveaux de mortalité sont très favorables pour les plus de 65 ans. Les principaux déterminants des maladies cardiovasculaires sont les facteurs biocliniques et comportementaux (hypertension artérielle, dyslipidémies, syndrome métabolique, tabagisme) ainsi que les facteurs socioprofessionnels (contraintes psychoorganisationnelles, travail posté, bruits). Les travaux sur les liens entre les facteurs socioprofessionnels et la pathologie cardiovasculaire sont moins bien documentés que les facteurs biocliniques en France alors que la littérature scientifique met en évidence des associations entre certaines conditions de travail et une augmentation de la morbidité ou de la mortalité coronarienne. 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 3^e 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

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." Études 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.

De Peretti C., et al. (2020). "Les hospitalisations en soins de suite et de réadaptation spécialisés pour les affections du système nerveux en 2017." *Bulletin Epidemiologique Hebdomadaire (Beh)*(27): 538-551. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/27/2020_27_3.html

Les objectifs de cette étude sont de décrire la patientèle du secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) spécialisé pour les affections du système nerveux en 2017: les principales pathologies prises en charge, les facteurs associés à la prise en charge dans ces SSR spécialisés, les disparités régionales, ainsi que les évolutions survenues entre 2013 et 2017.

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 Santé (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 Santé (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.

(2016). Décès évitables en 2013 : Un décès sur trois aurait pu être évité dans l'UE compte tenu des connaissances et technologies médicales actuelles : Les maladies cardiaques premières concernées. Luxembourg : Eurostat
<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/7335857/3-24052016-AP-FR.pdf/335c39b1-dc37-4879-8c77-08ba757f5a3a>

Dans l'Union européenne (UE), 1,7 million de personnes âgées de moins de 75 ans sont décédées en 2013. Parmi ces décès, 577 500 (soit 33,7 % du total) pourraient être considérés comme prématurés au sens où ils auraient pu être évités compte tenu des connaissances et des technologies médicales. Les crises cardiaques (184 800 décès) et les accidents vasculaires cérébraux (AVC, quasiment 94 000 décès) représentaient à eux deux près de la moitié (48 %) du total de ces causes de décès évitables pour les personnes de moins de 75 ans. Ces informations sur le nombre de décès évitables grâce à des soins de santé optimaux proviennent d'un rapport publié par Eurostat, l'Office statistique de l'Union européenne. Le concept de mortalité évitable est basé sur l'idée que certains décès (pour des groupes d'âge et des maladies spécifiques) pourraient être « évités » - c'est-à-dire qu'ils n'auraient pas eu lieu à ce stade - si des soins de santé efficaces et prodigués à temps étaient en place.

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 3^e 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.

(2013). Risque d'embolie pulmonaire, d'accident vasculaire cérébral ischémique et d'infarctus du myocarde chez les femmes sous contraceptif oral combiné en France : une étude de cohorte sur 4 millions de femmes de 15 à 49 ans à partir des données du SNIIRAM et du PMSI. Paris Cnamts

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2013-contraceptif-risque-embolie-accident-arteriel>

Cette vise à préciser, pour les contraceptifs oraux combinés (COC), les risques absolus et relatifs des événements graves. L'analyse menée « en vie réelle » à partir du Sniiram et du PMSI sur les données de 4 millions de femmes de 15 à 49 ans corrobore, à partir des données françaises, les analyses et publications réalisées au niveau international. Les résultats montrent un doublement du risque d'embolie pulmonaire avec les COC 3G par rapport à celui des COC 2G. Sur un critère composite associant l'embolie pulmonaire, l'AVC ischémique et l'infarctus du myocarde, le risque est augmenté de 50 % pour les pilules 3G par rapport aux pilules antérieures. Ce risque diminue de 25 % pour les dosages les plus faibles d'estrogènes (20 µg) par rapport aux plus forts (30/40 µg), quelles que soient les générations de COC. La baisse des ventes de pilules de 3^e et 4^e génération, qui ne sont plus remboursées depuis le 31 mars, s'est

poursuivie le mois dernier (- 43 % entre mai 2011 et mai 2012) au profit des pilules de 1^{er} et 2^e génération (+ 34 %), d'après le dernier bilan de l'ANSM, qui avait appelé à ce rééquilibrage pour réduire les risques vasculaires. Parallèlement, le recours au stérilet, longtemps délaissé en France par rapport à d'autres pays, a bien progressé.

Komajda, M., et al. (2013). « Parcours de soins : Insuffisance cardiaque. Encore trop d'hospitalisations pourtant évitables. » Concours Médical 135 (6) : 441-470.

On a écrit à propos de l'insuffisance cardiaque qu'elle constituait une épidémie pour le XXI^e siècle. En effet, en raison de l'amélioration de la prise en charge d'autres pathologies cardiaques telles que les cardiopathies ischémiques, des patients qui autrefois décédaient d'un infarctus du myocarde survivent désormais grâce aux techniques de revascularisation précoce et développent quelques années plus tard une insuffisance cardiaque. Par ailleurs, l'allongement de l'espérance de vie contribue également de façon notable à l'augmentation de cette pathologie dont la prévalence s'accroît fortement au-delà de 60 ans. C'est dire que consacrer un dossier thématique à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque est d'actualité compte tenu de son importance en termes de prévalence, de coûts et de sévérité des handicaps.

(2012). Stress au travail et infarctus : un lien confirmé, Paris : INSERM

<https://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2012 %20Stress %20au %20travail %20et %20infarctus %20INSERM.pdf>

Les dernières études sur lien entre la survenue d'accidents cardiovasculaires ischémiques et le stress au travail ont été confrontées à de nombreux biais (méthodologie employée, définition du « stress » au travail et nombre de cas étudiés) modifiant la valeur du risque obtenu. Pour en savoir plus, des chercheurs français de l'Inserm et de l'université Versailles Saint Quentin participent à un grand consortium européen appelé IPD-WORK Consortium, regroupant treize cohortes en population en Europe. Aujourd'hui, les chercheurs confirment, par une analyse à grande échelle sur près de 200 000 individus en Europe, l'association entre le stress au travail et la survenue d'accidents cardiovasculaires. Les personnes exposées au stress auraient un risque de 23 % plus élevé que celles qui n'y sont pas exposées de faire un infarctus.

De Peretti, C., et al. (2012). « Personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral en France. Tendances 2002-2008. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (10-11) : 125-130.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/accident-vasculaire-cerebral/documents/article/personnes-hospitalisees-pour-accident-vasculaire-cerebral-en-france.-tendances-2002-2008>

Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour accident vasculaire cérébral (AVC) entre 2002 et 2008 grâce aux données extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour.

De Peretti, C., et al. (2012). « Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (41) : 459-465.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/infarctus-du-myocarde/documents/article/personnes-hospitalisees-pour-infarctus-du-myocarde-en-france-tendances-2002-2008>

Cette étude examine les évolutions des taux de personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde (IDM) entre 2002 et 2008 grâce aux données extraites des bases nationales des résumés d'hospitalisation en court séjour.

Merliere, J., et al. (2012). « Caractéristiques et trajet de soins des insuffisants cardiaques du Régime général. » Points de Repère (38)
<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/etudes-publications/assurance-maladie/collection-points-de-repere>

En 2008, la CNAMTS a dénombré, au sein de la population couverte par le Régime général, environ 370 000 personnes exonérées du ticket modérateur au titre de leur insuffisance cardiaque ou hospitalisées dans l'année avec ce diagnostic, soit 0,7 % de la population couverte par le Régime général et 11 % des plus de 85 ans. Âgées de 77 ans en moyenne, elles sont souvent concernées par plusieurs ALD. Leur taux de décès en 2008 s'élève à 16,6 %. Leur suivi médical est régulièrement réalisé par les médecins généralistes, mais peu par les cardiologues. Les hospitalisations représentent 63 % des dépenses de santé remboursées pour les patients en ALD pour insuffisance cardiaque.

Perel, C., et al. (2012). « Taux de patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque en 2008 et évolutions en 2002-2008, France. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (41) : 466-470.
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/infarctus-du-myocarde/documents/article/personnes-hospitalisees-pour-infarctus-du-myocarde-en-france-tendances-2002-2008>

L'insuffisance cardiaque (IC) est une affection grave, responsable de nombreuses hospitalisations. L'objectif de cette étude était d'estimer le taux annuel de personnes hospitalisées pour IC et de décrire les tendances récentes grâce aux données extraites du PMSIMCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information - médecine, chirurgie obstétrique).

Wagner, A., et al. (2011). « Numéro thématique - des registres de l'infarctus du myocarde... Aux registres de l'insuffisance coronaire aiguë » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (40-41)
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/infarctus-du-myocarde/documents/article/personnes-hospitalisees-pour-infarctus-du-myocarde-en-france-tendances-2002-2008>

Au sommaire : Évolution de la maladie coronaire en France de 2000 à 2007 : Fréquence et mortalité à 28 jours des divers épisodes d'insuffisance coronaire aiguë dans trois régions françaises en 2006 : Caractéristiques cliniques, biologiques et électriques des épisodes inauguraux d'insuffisance coronaire dans trois régions françaises en 2006 : relation avec la survie à 28 jours : Prise en charge thérapeutique de l'insuffisance coronaire aiguë inaugurale dans trois régions françaises en 2006.

Jourdain, A., et al. (2011). « Insuffisance cardiaque en médecine générale. » Concours Médical 133 (2) : 138-141

Cet article est consacré à l'éducation thérapeutique des patients insuffisants cardiaques. Sont présentés les objectifs éducatifs, les composantes prioritaires d'un programme éducatif, le programme national Icare et les autres initiatives, ainsi que les outils et moyens pédagogiques.

8.53 Hypertension artérielle

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.

Introduction - 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. **Méthodes** - Une enquête a été réalisée auprès d'un panel de MG, affiliés au Collège de médecine générale, via un questionnaire envoyé par voie électronique. Les analyses ont été redressées sur l'âge et le sexe du médecin selon la répartition française des MG (données du Répertoire partagé des professionnels de santé, RPPS 2018). **Résultats** - Au total, 753 MG ont répondu au questionnaire et ont été inclus dans les analyses : 83 % des MG se sont déclarés fortement impliqués dans la prévention de l'HTA. Les automesures tensionnelles (AMT) et les mesures ambulatoires (MAPA) sont très utilisées pour le diagnostic d'HTA. Dans cette enquête, 96 % des médecins proposaient une modification des habitudes de vie en première intention lors de la prise en charge des patients hypertendus, dont 52 % associant un traitement médicamenteux. Cependant, 93 % des médecins ont rapporté que leurs patients émettaient des réserves face à la prescription de traitements antihypertenseurs. Les principales réserves aux traitements et limites à l'observance thérapeutique soulignées par les MG concernaient les difficultés d'acceptation et de compréhension de la maladie par le patient hypertendu, surtout en l'absence de symptômes. **Conclusion** - Cette étude a souligné que, selon le ressenti des médecins généralistes, le manque de temps en consultation était un frein à la démarche de prévention et que la mauvaise connaissance et compréhension de la maladie par les patients restaient des limites à l'observance thérapeutique et au contrôle de l'HTA dans la population française.

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. **Méthodes** : les données sont issues de l'enquête nationale Esteban, enquête transversale menée en France entre 2014 et 2016 auprès d'adultes âgés de 18 à 74 ans. Cette étude incluait une enquête par questionnaires en face à face, par auto-questionnaires, une enquête alimentaire et la réalisation d'un examen de santé. La pression artérielle (PA) était mesurée lors de l'examen de santé, réalisé dans un centre d'examen de santé ou à domicile. L'HTA était définie par des valeurs de la pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou de la pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg ou le remboursement d'au moins un traitement à action antihypertensive. **Résultats** : au total, 2 169 adultes ont eu au moins deux mesures de la pression artérielle, dont

974 hommes (45 %) et 1 197 femmes (55 %). La prévalence de l'HTA était de 30,6 % [IC95 % : 28,1-33,2]. La prévalence de l'HTA était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (36,5 % vs 25,2 %) et augmentait avec l'âge. Seule 1 personne sur 2 avait connaissance de son hypertension. Parmi les personnes hypertendues, 47,3 % [45,1-54,8] étaient traitées par un médicament à action antihypertensive. Parmi les personnes traitées, seulement 55,0 % avaient une PA contrôlée (44,9 % chez les hommes et 66,5 % chez les femmes). Depuis 2006, si la prévalence, le niveau de connaissance et le contrôle de cette pathologie sont restés stables, la proportion de femmes traitées a diminué de manière importante ($p=0,008$). Conclusion : depuis 2006, aucune diminution de la prévalence de l'HTA n'a été observée en France, avec toujours un adulte sur trois hypertendu. De plus, aucune amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'HTA n'a pu être mise en évidence. Chez les femmes, la prise en charge thérapeutique s'est même dégradée sur la période.

Gallois, P., et al. (2011). « Hypertension artérielle : quel traitement ? Priorités et réalités du traitement médicamenteux. » Médecine : Revue de L'Unafarmec 7 (5) : 215-221.

Ce second dossier sur l'hypertension artérielle est focalisé sur la question du contrôle réel des chiffres tensionnels, en quelque sorte hypertension dans la « vraie vie » versus hypertension dans les différentes recommandations. Selon les plus récentes données épidémiologiques, la différence entre le nombre de patients traités et le nombre de patients contrôlés reste importante, bien que cette différence ait régulièrement diminué ces trente dernières années. Le constat est identique dans les essais cliniques randomisés où une analyse récente a montré que le pourcentage de patients ayant atteint une pression artérielle inférieure à 140/90 mmHg restait une minorité. Mais surtout, dans la « vraie vie », les médecins généralistes n'ont pas à traiter une maladie, l'hypertension, mais un malade souvent polyopathologique, dans son contexte et avec ses représentations propres. Les principaux messages des différentes recommandations à appliquer devraient s'en trouver aussi simplifiés que possible et surtout clairement hiérarchisés. Dans le cas de l'HTA par exemple, obtenir une pression artérielle aux environs de 140/90 mmHg chez tous les patients, si elle est tolérée, pourrait être un bon point de départ pour guider la décision thérapeutique (cf. Dossier mars).

9 - Santé mentale

9.1 PSYCHIATRIE

9.1.1 Etudes Irdes

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 (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.

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-electroconvulsivotheapie-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.

9.1.2 Autres Etudes

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,FRU,A.(2021). Améliorer le parcours de soins en psychiatrie. Paris Cese

https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2021/2021_10_parours_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 psychiatrie 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 XXI^e 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.

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 Santé (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.

Leboyer, M., Llorca, P.-M., Durand-Zaleski, I., et al. (2018). « Psychiatrie : l'état d'urgence ». Paris : Fondation fondamentale 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 confluent 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^e 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.

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] : 1-8.

<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.

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://www.igas.gouv.fr/spip.php?article651>

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. 3^e 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.

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 ?

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.)...

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>

(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, cote 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 ?

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2013). « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011. » Questions d'Economie De La Santé (Irdes) [193]

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/193-l-hospitalisation-sans-consentement-en-psychiatrie-en-2010.pdf>

Ce premier état des lieux de l'hospitalisation sans consentement, s'appuyant sur les données récemment disponibles du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), a plusieurs objectifs : réaliser une photographie des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie et de la diversité de leurs prises en charge et trajectoires de soins en 2010. Il s'agit à terme de suivre les effets de la réforme engendrée par la loi du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. 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 et l'intervention d'un juge des libertés et de la détention est désormais prévue dans ce cadre. Que recouvre la notion de contrainte aux soins ? Combien et qui sont les patients hospitalisés sans leur consentement en psychiatrie en France en 2010 ? Sous quel mode de prise en charge, dans quel type d'établissements, pour quelle durée et pour quelles pathologies le sont-ils ? Telles sont les principales questions auxquelles ce premier éclairage répond.

Coldefy, M. C. Et Ehrenberg, A. C. (2013). « Psychiatrie : mutations et perspectives : Dossier. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (84) : 15-65.

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad841515.pdf>

Jusqu'aux années 1970, être malade psychiatrique c'était souvent vivre à l'hôpital. Les réformes successives ont permis la prise en charge des patients en dehors de l'hôpital. Puis la notion de « handicap psychique » s'est imposée pour organiser les interventions en associant usagers, familles et professionnels.

Leguay, D. Et Coldefy, M. (2013). « L'organisation des soins en santé mentale en France en 2013. » Actualité Et Dossier En Santé Publique (84)

<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Adsp?clef=141>

Robiliard, D. (2013). Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie

<https://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>

Dans une première partie de ses travaux, la mission a choisi de se consacrer plus spécifiquement aux soins sans consentement, ce qui a donné lieu à un rapport d'étape. Après avoir dressé le bilan de l'organisation des soins et du dispositif de prise en charge des troubles psychiatriques, ce rapport de conclusion propose des recommandations afin de les améliorer.

Coldefy, M. (2012). « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. » Questions d'Economie De La Santé (Irdes) [180]

<https://www.irdes.fr/Publications/2012/Qes180.pdf>

La prise en charge des troubles psychiques, qui concernent un individu sur quatre en Europe, est devenue une priorité des politiques de santé après l'impulsion donnée en 2005 par le plan d'action en santé mentale en Europe de l'Organisation mondiale de la santé. Ce plan encourage un meilleur équilibre entre prise en charge ambulatoire et hospitalière, et le développement des services de proximité. Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité. Après avoir montré comment le processus de désinstitutionnalisation des soins psychiatriques s'est opéré à des vitesses et modalités distinctes en Allemagne, Angleterre, France et Italie, sont étudiés l'offre de services, les structures et modes de prise en charge actuels dans ces quatre pays. Ces premiers éléments de comparaison mettent en évidence, outre la difficulté de disposer de données de qualité comparables entre les pays, l'inégal achèvement des politiques de désinstitutionnalisation psychiatrique. Ils pointent également le retard de la France en matière d'intégration de la psychiatrie à l'hôpital général, mais aussi de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital.

(2012). Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015. Paris Ministère chargé de la santé

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

Ce nouveau plan 2011-2015 prend en compte l'évaluation du Plan psychiatrie Santé Mentale 2005-2008 établie en 2011 par la Cour des Comptes et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Il s'adresse à tous ceux qui interviennent dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, que ceux-ci soient ou non des intervenants sanitaires, qu'ils soient professionnels du domaine ou simples citoyens. Parmi les priorités majeures du nouveau plan : garantir un égal accès à des soins de qualité quel que soit le lieu de vie ou la situation sociale de la personne vivant avec des troubles psychiatriques, prévenir les ruptures dans les parcours de vie de ces personnes en conjuguant notamment les soins et l'accompagnement, lutter contre la stigmatisation des personnes malades, donner toute leur place aux aidants et leur apporter un soutien lorsque c'est nécessaire.

Demailly, L. D. Et Autes, M. D. (2012). La politique de santé mentale en France : acteurs, instruments, controverses, Paris : Armand Colin

Le présent ouvrage en propose une description et une analyse synthétique des questions suivantes : Comment se construit une politique de santé mentale ? Quels en sont les acteurs ? Les outils ? Les enjeux ? Les connaissances ? Quelles controverses traversent aujourd'hui son

champ ?' Ces différents angles d'analyse mettent en évidence les incertitudes propres à notre modernité tant sur la construction des subjectivités que sur les conceptions politiques et éthiques du lien social.

Milon, A. (2012). Rapport d'information relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux. Rapport d'information du Sénat : n°249. Paris Sénat

<https://www.senat.fr/rap/r12-249/r12-2491.pdf>

Ce rapport entend préparer l'arrivée des grands textes de santé publique et d'organisation des soins en dressant un bilan de la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux, sans ignorer la situation de celles souffrant de troubles du comportement ou de troubles envahissant du développement, et en formulant des propositions destinées à améliorer la prise en charge des patients. La commission des affaires sociales a adopté onze propositions pour remédier aux difficultés persistantes de la prise en charge psychiatrique des malades et favoriser la diffusion des meilleures pratiques en associant étroitement les soignants, les malades et les familles.

(2011). Evaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. Rapport. Paris HCSP

https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20111006_evalplapsysantementale.pdf

Dans un contexte où plusieurs rapports étaient publiés sur la santé mentale et la psychiatrie, le HCSP a jugé utile d'examiner de plus près les conditions de mise en œuvre et les apports du Plan Psychiatrie et Santé mentale (PPSM). Cette évaluation a débuté en juin 2010 afin de la mener en concertation et complémentarité avec la Cour des Comptes qui réalisait, dans le même temps, un contrôle de la gestion de ce plan et de son impact sur le dispositif de la psychiatrie en France.... Jugeant pertinente, la conception générale du dispositif, le HCSP note des progrès significatifs dans les domaines de l'offre de soins, de l'accompagnement médico-social et social. Le PPSM a en revanche peu fait évoluer les organisations et les pratiques et les avancées en matière de recherche demeurent très limitées. Le prochain plan Santé mentale doit être finalisé en principe d'ici à la fin de l'année.

(2011). L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010. Paris Cour des Comptes

<https://www.vie-publique.fr/rapport/32211-lorganisation-des-soins-psychiatriques-les-effets-du-plan-psychiatrie>

Avec plus d'un million de prises en charge chaque année, les pathologies relevant de la psychiatrie arrivent au troisième rang des maladies les plus fréquentes en France. Le coût économique et social de ces pathologies est évalué au total à quelque 107 Mds par an, dont 13 Mds à la charge du seul régime général d'assurance maladie. Cet enjeu majeur de santé publique a fait l'objet au cours des dernières années de multiples rapports aux recommandations généralement convergentes. Un plan « psychiatrie et santé mentale » a été mis en œuvre par les pouvoirs publics à compter de 2005. Afin d'en établir un bilan et d'examiner les leçons à en tirer, la Cour a procédé à une enquête approfondie en 2011. Une évaluation du même plan a été concomitamment réalisée par le Haut conseil de la santé publique, dont la complémentarité a été assurée par une constante concertation avec la Cour. Ce plan a produit des résultats que l'on peut qualifier de médiocres, en raison de l'insuffisance

des moyens financiers, de la défaillance du pilotage, et du défaut d'un portage suffisamment fort. Le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie a contribué à une démobilisation progressive des acteurs.

Falissard, B., et al. (2011). « Psychiatrie et santé mentale : dynamique et renouveau. » Santé Publique (6) <https://www.sfsp.fr/content-page/article?id=448&catid=55>

En ouverture, ce numéro spécial expose la complexité des classifications en santé mentale et les controverses qu'elles ont soulevées. La santé publique, quand elle s'intéresse à la santé mentale, soulève des questions qui sont souvent refoulées dans le domaine de la santé somatique. Ce n'est pas tant les mutations du paradigme de la santé mentale, mais les différentes approches institutionnelles et médicales, les pratiques sociales, éducatives, et citoyennes contradictoires, les compétences actives des patients qui continuent d'interroger, voire de bousculer la progression scientifique d'aujourd'hui. Il y a donc là encore matière à débat, à réflexion méthodologique ou politique.

Hardy-Bayle, M. C., et al. (2011). « Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? » Pluriels (92-93)

L'objectif de ce numéro est de faire un état des lieux sur la coopération entre médecins généralistes et les secteurs de psychiatrie.

Leroux, I. Et Schultz, P. (2011). « Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale : à partir des rapports d'activité de psychiatrie 2008. » Série Statistiques - Document De Travail - Drees (155) <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/cartographie-regionale-de-loffre-de-soins-en-sante>

Ce document de travail contient les principaux résultats régionaux, voire départementaux, issus des rapports d'activité de psychiatrie (RAPSYP). Elle visait à recueillir des données détaillées sur l'offre et l'organisation des prises en charge en santé mentale. Ces données sont présentées sous forme de tableaux et de cartographies régionales des lieux de soins, selon deux entrées. Une entrée par région propose, pour chaque région de France métropolitaine, et en distinguant psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, une cartographie des structures de prise en charge à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire. Une entrée par thème propose des indicateurs régionaux, pour la France entière, sur la plupart des thèmes abordés par l'enquête concernant l'organisation de l'accès aux soins en établissement de santé et les pratiques professionnelles dans le cadre de certaines prises en charge. Deux chapitres introductifs présentent en détail l'enquête (place dans le système d'information, objectifs, organisation de la collecte), les concepts utilisés, les précautions à prendre dans l'utilisation des résultats ainsi que des éléments de cadrage nationaux sur l'offre de soins en santé mentale.

Buisson, J. R. (2010). La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. Paris CESE <https://www.vie-publique.fr/rapport/30972-la-pedopsychiatrie-prevention-et-prise-en-charge>

Le Conseil économique et social dresse un état des lieux de la prévention et de la prise en charge des troubles psychiatriques avérés, des enfants et des adolescents et propose deux types d'orientations pour améliorer cette prise en charge : favoriser la prévention à travers un

repérage précoce des troubles mentaux en sensibilisant l'ensemble des acteurs de la chaîne de santé, en associant l'école au repérage de ces troubles et en revalorisant la fonction de médecin de l'Éducation nationale et mieux définir et organiser l'offre du réseau de soins, en accompagnant les familles à toutes les étapes du processus de soins et d'intégrations scolaire et sociale (résumé d'auteur).

Coldefy, M. (2010). De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France. Paris Université de Paris 1 Panthéon Sorbonne, Université de Paris 01. École Doctorale de Géographie. FRA. Thèse de doctorat de géographie

<https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>

Le développement de la psychiatrie française est fortement marqué territorialement, depuis les grandes structures asilaires du XIX^e siècle à la politique de sectorisation, qui a inscrit la désinstitutionnalisation (soit la fermeture de lits d'hospitalisation et l'ouverture de structures implantées dans la communauté) dans un cadre territorial. Le développement des services de santé mentale au plus proche du lieu de vie du patient, dans le sillage de la désinstitutionnalisation, est un processus avec de nombreuses implications géographiques. Malgré la forte dimension spatiale des politiques de soins en santé mentale en France, le champ de la recherche de la géographie des soins psychiatriques est très peu développé en France, comparé aux autres pays occidentaux. Cette recherche analyse, tout d'abord, la localisation des services de santé mentale du XIX^e siècle à nos jours, démontrant l'extrême difficulté d'achever les ambitions politiques initiales de la politique de sectorisation. Les critères administratifs, économiques et sociaux, ainsi que des pratiques d'exclusion, ont souvent dépassé les objectifs cliniques. En combinant approches qualitatives, analyses à l'échelle nationale et locale, cette recherche propose une lecture spatiale d'histoire de la psychiatrie française institutionnelle et ouvre un large champ de recherches potentielles en France (Résumé d'auteur).

Coldefy, M. Et Curtis, S. E. (2010). « The geography of institutional psychiatric care in France 1800-2000: Historical analysis of the spatial diffusion of specialised facilities for institutional care of mental illness. » *Social Science & Medicine* 71 (12) : 2117-2129.

Coldefy, M., et al. (2010). Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Île-de-France. *Rapport Irdes* : 1812. Paris IRDES

<https://www.irdes.fr/Publications/Rapports2010/rap1812.pdf>

<https://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes145.pdf>

Cinquante ans après l'introduction en France de la politique de sectorisation en matière de lutte contre les maladies mentales, les secteurs psychiatriques, unités de base de la délivrance de soins en psychiatrie publique, se caractérisent par d'importantes disparités. Celles-ci concernent tant les moyens humains, matériels et financiers que l'engagement dans l'atteinte des objectifs de la politique de sectorisation. Cette étude décrit les disparités existantes entre les secteurs de psychiatrie générale et analyse leur impact sur le recours aux soins des assurés auprès des généralistes et des psychiatres libéraux sur une base expérimentale en région Île-de-France. Une typologie des secteurs de psychiatrie adulte a été réalisée. Elle différencie les secteurs selon trois facteurs : la dotation en équipement et les moyens en personnel en fonction de la taille de la population résidente, la nature de l'offre et la gamme de soins et services fournis, ainsi que le recours aux soins. Cette typologie permet de dépasser les clivages entre secteurs psychiatriques

bien dotés et sous-dotés et fournit une analyse fine du fonctionnement et du degré d'achèvement de la politique de sectorisation en France, notamment en termes de développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein. Nous mettons en évidence un phénomène de substitution dans les secteurs de psychiatrie qui peuvent être considérés comme sous ou moins bien dotés que les autres, entre la psychiatrie publique et la prise en charge par des médecins généralistes.

Falissart, B. (2010). « L'épidémiologie psychiatrique en question. » Questions de Santé Publique (11) <https://iresp.net/ressources/QSP/>

De nombreuses études scientifiques tentent de mesurer la proportion de personnes souffrant de troubles mentaux comme la dépression ou l'anxiété généralisée dans la population. Les valeurs obtenues posent souvent problème : que signifient-elles et quelle est leur pertinence scientifique ? Comment les obtient-on ? Pour répondre à ces questions, il faut se souvenir que le malade est, par définition, celui qui sonne à la porte du médecin. La maladie, quant à elle, est une construction, un outil conceptuel qui aide le médecin à penser et à prendre en charge le malade. S'il existe des classifications modernes des troubles mentaux, elles ont beaucoup de mal à définir clairement ce qui caractérise le malade plutôt que la maladie. Une des grandes difficultés en épidémiologie psychiatrique est d'opérationnaliser ce qu'est le trouble mental, c'est-à-dire de faciliter et d'homogénéiser le diagnostic psychiatrique grâce à des instruments standardisés. Compte tenu de cette complexité à la fois méthodologique et conceptuelle, la plus grande prudence s'impose aux acteurs de santé publique quand ils prennent leurs décisions sur la base de mesures des différents troubles psychiatriques dans la population générale.

Giordana, J. Y. Et Angermeyer, M. P. (2010). La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale, Paris : Masson

La stigmatisation dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale repose, à la fois, sur la méconnaissance, l'ignorance des principaux aspects des maladies psychiques et sur une forme de construction sociale au sujet des troubles psychiques qui prend appui sur l'identification, chez une personne, d'une marque distinctive à laquelle est attribué un caractère socialement honteux, en même temps qu'elle confère à la personne une identité sociale. Des croyances d'ordre culturel, dont les médias font écho, génèrent la peur de ces maladies pour le groupe social avec, en corollaire, un fort sentiment de dévalorisation pour ceux qui en sont atteints. Ils peuvent devenir la cible d'attitudes négatives, les préjugés à l'encontre des malades psychiques faisant référence à des notions de violence, de dangerosité, d'inadaptation, d'incurabilité, d'absence de motivation, voire de paresse. La stigmatisation peut engendrer la discrimination et le déni des droits légitimes, et constitue un obstacle majeur à leur réinsertion et à leur accès aux soins. Ainsi se perpétue un cercle vicieux qui alimente la souffrance et isole davantage les personnes malades, sans parler des effets délétères sur les relations familiales et sociales, sur l'emploi, le logement, l'insertion sociale, l'estime de soi, la confiance en soi. Comment faire évoluer la perception du grand public ? Des actions d'information, de sensibilisation et d'éducation doivent être renouvelées auprès des élus, des décideurs, des prestataires de service, sans oublier les médias, qui ont un grand pouvoir de renforcer ou de minimiser le phénomène d'exclusion. Cette lutte doit adopter des approches multisectorielles en y associant le monde scolaire, le système pénal ou juridique, le pôle emploi, les services de logement ou

encore l'aide sociale afin d'améliorer l'humanité des rapports avec les usagers des services de santé mentale et renforcer la protection de leurs droits fondamentaux.

Kovess-Masfety, V. P., et al. (2010). La santé mentale, l'affaire de tous. Pour une approche cohérente de la qualité de vie. Paris CAS

<https://www.vie-publique.fr/rapport/30793-la-sante-mentale-laffaire-de-tous-pour-une-approche-coherente-de-la>

Sur le thème de « la santé mentale » et dans la continuité du rapport Stiglitz, ce rapport examine les conséquences des nouvelles approches de la mesure du PIB et du bien-être dans le domaine des politiques sociales. Les suicides au travail représentent l'une des formes les plus visibles de tout un ensemble de pathologies de la modernité : stress, addiction, dépression... La santé mentale ne concerne pas seulement le traitement des pathologies lourdes. Elle touche l'ensemble des facteurs qui conditionnent le bien être. Au-delà d'un examen détaillé de la santé mentale des Français, Ce travail s'attache à tirer les enseignements des pays étrangers en avance dans la mise en œuvre de programme de prévention. Mais il montre également que de nombreuses politiques publiques en France tendent à prendre en compte de mieux en mieux cette dimension structurante des personnes.

9.2 DEPRESSION / SUICIDE

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 événements 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-suicidaires-et-suicidants-impact-des-actions-et-dispositifs-prevention-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. Méthodes : les données ont été extraites de la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). L'analyse a porté sur les hospitalisations de toutes les personnes âgées de 10 ans et plus avec un diagnostic de TS (codes CIM-10 X60 à X84) entre 2008 et 2017. Résultats : le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué, passant de plus de 100 000 par an en 2008 à un peu moins de 89 000 en 2017. Les taux d'hospitalisation pour TS étaient respectivement de 17,4 et 15,1 pour 10 000 habitants en 2008 et 2017. La diminution était plus marquée chez les femmes (21,7 en 2008 et 18,0 en 2017, $p < 0,0001$) que chez les hommes (13,0 en 2008 et 12,2 en 2017). La réadmission pour TS est restée stable : quelle que soit l'année étudiée, 89,5 % des patients ont eu un seul séjour pour TS et 10,5 % ont eu au moins un nouveau séjour au cours de la même année civile. Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans avaient systématiquement les taux les plus élevés, en moyenne 41 pour 10 000. Entre 2008 et 2017, une baisse des taux par âge était observée chez les femmes de 20 à 49 ans, tandis que chez les hommes au-delà de 50 ans, les taux étaient plus élevés en 2017 qu'en 2008. En Bretagne, Normandie et Hauts-de-France, les taux étaient supérieurs aux taux nationaux chez les hommes et chez les femmes en 2008 et en 2017. Quelle que soit l'année, les intoxications médicamenteuses volontaires, en particulier aux psychotropes, représentaient le mode le plus fréquent des TS. Une pathologie psychiatrique était notée dans 61 % des séjours pour TS (59 % chez les femmes et 64 % chez les hommes). Les pathologies les plus fréquentes étaient la dépression, les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, ainsi que les troubles anxieux. Conclusion : bien qu'une diminution des hospitalisations pour TS ait été observée au cours des dix dernières années, des actions de prévention et de prise en charge doivent se poursuivre, en ciblant plus particulièrement certains groupes de population tels que les adolescentes, les hommes de plus de 50 ans et les personnes ayant fait une tentative de suicide.

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. Méthode : Cette revue systématique suit les critères PRISMA. Les bases MEDLINE, google scholar, Isi web of science, PsychInfo et Cochrane library ont été explorées, de 2000 à avril 2018, pour garantir l'actualité des données présentées. Les données de population générale et de populations spécifiques (par groupes de population ou par pathologie clinique) ont été spécifiquement explorées. Résultats : La prévalence de la dépression majeure en France sur les 12 derniers mois était d'environ 8 % dans les années 2000 et semble avoir augmenté à 10 % dans les années 2010. Les études portant sur les bases nationales ont tendance à sous-estimer cette prévalence (< 2 %) en ne retenant que les dépressions les plus sévères, hospitalisées et traitées par antidépresseurs. Plusieurs populations spécifiques ont été explorées (population VIH, épileptique, certains cancers, certaines populations à risque cardiovasculaires). Globalement, les échantillons sont de tailles plutôt faibles, et de nombreuses populations cliniques n'ont pas été évaluées en population française sur le plan du trouble dépressif majeur. Conclusion : La prévalence de la dépression semble avoir augmenté entre les années 2000 et 2010 en France. Les troubles liés à l'usage d'alcool, les cancers, les maladies cardiovasculaires et les maladies immuno-inflammatoires sembleraient les populations à cibler en priorité de par leurs prévalences et leurs liens étroits dans le trouble dépressif majeur, pouvant conduire à des prises en charge spécifiques dans le cadre de la médecine de précision.

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. Méthodes : en 2017, le Baromètre de Santé publique France a interrogé 25 319 personnes de 18 à 75 ans par Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) selon un sondage aléatoire. Les variables d'intérêt de l'étude sont les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ainsi que les tentatives de suicide au cours de la vie et des 12 derniers mois. Résultats : en 2017, 4,7 % des 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois, 7,2 % avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,39 % au cours de l'année. Le suivi des indicateurs dans le temps ne permet pas d'appréhender une évolution claire des conduites suicidaires depuis les années 2000. Le fait d'être une femme, les situations financières difficiles, le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf, l'inactivité professionnelle ainsi que les événements traumatisants sont associés aux comportements suicidaires. Le facteur le plus associé aux pensées suicidaires est d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année (ORa=8,3 pour les hommes et 6,6 pour les femmes). Discussion : nos résultats

confirment l'intérêt d'engager une politique de prévention du suicide ciblée sur les personnes à haut risque et d'intervenir en amont de la crise suicidaire, dans une logique de repérage et de prise en charge précoce des situations de souffrance psychique. Ils plaident également pour une prise en charge multidisciplinaire et intersectorielle (sanitaire, sociale, médicosociale), en particulier à destination des populations vulnérables.

(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/IMG/pdf/ons3.pdf>

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 événements 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.

https://www.researchgate.net/publication/330384757_Les_medecins_generalistes_face_a_la_depression_chronique_Representations_et_attitudes_therapeutiques

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 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.

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. Les enquêtes barométriques constituent un complément indispensable à ces informations, puisqu'elles apportent des données de prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide, représentatives de la situation en population générale. Elles permettent aussi de caractériser certains profils de vulnérabilité vis-à-vis de ces comportements. L'enquête 2014 montre par exemple que parmi les 15-75 ans interrogés, 4,9 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et 7,1 % ont fait une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie. Autre enseignement : plus de femmes que d'hommes déclarent des pensées suicidaires et des TS au cours de leur vie et les individus les moins favorisés (chômeurs ou inactifs, personnes à faible niveau d'études ou avec des difficultés financières, personnes isolées) sont surreprésentés. Par ailleurs les TS sont plus souvent le fait

des jeunes et elles diminuent avec l'âge. Les pensées suicidaires concernent quant à elles davantage les 45-64 ans. L'enquête fait aussi le constat d'une augmentation de ces phénomènes entre 2010 et 2014, la prévalence passant de 4,0 % à 4,9 % pour les pensées suicidaires et de 0,5 % à 0,8 % pour les TS. Enfin, seules 53,0 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de l'année en ont parlé à quelqu'un et 42,0 % des hommes ayant fait une TS dans l'année ne sont pas allés à l'hôpital et n'ont pas été suivis par un professionnel.

(2016). Recueil numérique sur la thématique du suicide. Paris Observatoire National du Suicide.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons#Recueils-numeriques>

Ce recueil numérique propose 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 et des émissions de radio et de télévision. A été mis à jour en 2017.

(2016). Suicide : connaître pour prévenir : Dimensions nationales, locales et associatives. Paris Observatoire National du Suicide
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/rapports/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales>

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)
<https://www.insee.fr/fr/ffc/docs/ffc/ES486C.pdf>

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). De manière à prendre en compte l'endogénéité potentielle inhérente aux variables de santé mentale, nous utilisons une modélisation en Probit bivarié, estimant d'une part le maintien en emploi des individus en fonction de leur santé mentale, et de l'autre la santé mentale, expliquée notamment par des événements marquants de l'enfance. De plus, nous contrôlons nos résultats des caractéristiques socio-économiques, d'emploi, de santé générale, de comportements à risque et d'itinéraire professionnel. Nous montrons que pour les hommes, le fait de déclarer souffrir d'un trouble mental en 2006 est associé à une diminution du maintien en emploi quatre ans plus tard. Concernant les femmes, aucune relation significative de ce type n'est identifiée, après prise en compte de leur santé générale. Les tests de robustesse effectués, notamment sur la période 2007-2010 et sur différentes tranches d'âges, confirment ces résultats (résumé d'auteur).

Blasco, S. Et Brodaty, T. (2016). « Chômage et santé mentale en France. » Economie Et Statistique (486-487) : 17-44.

https://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ES486B.pdf

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] : 6.

<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 Perrons 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] : 6.

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.

Nemirovski, B., et al. (2014). « Parcours de soins : Dépression de l'adolescent. Toute rupture dans le parcours est un contresens. » Concours Médical 136 (1) : 23-51.

Ce dossier s'intéresse à la dépression chez les adolescents : dernières données épidémiologiques, diagnostic, prévention du risque suicidaire à l'école, évaluation diagnostique, continuité des soins.

Coldefy, M. Et Nestrigue, C. (2013). « La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. » Questions d'Economie de La Santé (Irdes) [191]
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/191-la-prise-en-charge-de-la-depression-dans-les-etablissements-de-sante.pdf>

Les pathologies psychiatriques et les psychotropes représentent 22,6 milliards de dépenses, soit 16 % des dépenses totales de santé en 2011 (Cnamts, 2013). La dépression est l'une des maladies psychiques les plus répandues en France, 3 millions de personnes en seraient affectées (Inpes, 2007). C'est le médecin généraliste auquel recourent le plus les personnes atteintes de dépression (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %). Et même si le recours aux établissements de santé pour dépression est moindre (10 % de personnes consultant - Inpes, 2007), la dépression constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Parmi les 1,5 million d'adultes

suivis en psychiatrie en 2011 dans les établissements de santé français, près d'un sur cinq l'est pour dépression. Si la prise en charge de ces patients restait peu connue, la mise en place en 2007 du Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P), utilisé ici, permet de pallier ce manque et d'apporter un premier éclairage national sur le sujet.

Chan Chee, C., et al. (2012). « Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. » Revue d'Epidémiologie Et de Santé Publique 60 (1) : 31-39.

Bien que le diagnostic et la prise en charge de la dépression dans la population adolescente soient parmi les priorités de santé publique, il existe peu de données épidémiologiques concernant cette population. Objectifs : Les objectifs de cette étude étaient d'estimer la prévalence des troubles dépressifs chez des collégiens en classe de troisième et d'identifier les principales variables sociodémographiques associées à ces troubles.

Dumesnil, H., et al. (2012). « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. » Etudes Et Résultats (Drees) [810]

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-de-0>

Les deux tiers des médecins déclarent être confrontés fréquemment à des états dépressifs de leurs patients. Neuf sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression et les trois quarts ont suivi une formation sur cette prise en charge. Les stratégies de prise en charge de la dépression et leurs déterminants ont fait l'objet d'une enquête réalisée fin 2011 dans le cadre du panel de médecins généralistes de ville. La majorité des participants perçoivent les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugent efficaces. Mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès : coût, délais de rendez-vous, réticence des patients. Dans la prise en charge de la dépression, les médecins prescrivent rarement une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère, lors desquels elle est particulièrement recommandée. Deux tiers d'entre eux proposent des antidépresseurs, associés par près de la moitié des prescripteurs à une psychothérapie. Les choix de traitement semblent être influencés par les caractéristiques démographiques et personnelles des médecins et les caractéristiques sociodémographiques des patients, plus particulièrement lors de dépressions d'intensité légère.

Chan Chee, C. Et Jezewski Serra, D. (2011). « Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (47-48) : 492-496.

<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/181699/2304721?version=1>

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été utilisé pour l'analyse des hospitalisations pour tentatives de suicide (TS). En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS ont été comptabilisés en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 patients par an. Au cours des quatre années étudiées, 84,1 % des patients ont été hospitalisés une seule fois et 15,9 % des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour TS. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65 % de l'ensemble des séjours pour TS. L'absorption de médicaments était le mode opératoire des TS de loin le plus fréquent, concernant 79 % des TS

hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Le taux de séjours pour TS était de 16,9 pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'île de France et des Pays de la Loire, avaient des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes. Le taux de réhospitalisation pour TS progressait de 14,0 % à 12 mois jusqu'à 23,5 % à 48 mois sans différence selon le sexe : il était plus élevé parmi les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique. Cette étude montre l'ampleur du phénomène suicidaire en France, souligne la nécessité de compléter la surveillance des TS et de mettre en place des actions de prévention et de prise en charge de certains groupes de population particulièrement vulnérables.

Lejoyeux, M., et al. (2010). « Dossier Dépression de l'adulte. » Concours Médical 132 (10) : 409-427

Il est parfois mal aisé de faire la différence entre un mal de vivre réactionnel, l'expression d'un trouble de la personnalité ou une dépression au sens médical du terme imposant un traitement psychothérapeutique et médicamenteux. Face à cette difficulté diagnostique, les praticiens généralistes et spécialistes sont incités à collaborer. Les réseaux consacrés à la dépression, dont ce dossier se fait l'écho, facilitent le dépistage et la prise en charge des déprimés. Ce dossier a pour ambition de donner des pistes de réflexion et surtout des outils de repérage et de prise en charge.

Morin, T. (2010). « Mesurer statistiquement la dépression : enjeux et limites. » Série Sources Et Méthodes - Document De Travail - Drees (9)
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/documents-de-travail-1998-2019/mesurer-statistiquement-la-depression-enjeux-et-limites>

Le terme de dépression associé à un état physique ou psychique de l'être humain est resté longtemps réservé à un usage spécialisé avec peu de répercussions hors du champ de la psychiatrie. Les années 70 voient la dépression émerger comme une « question de société ». Aujourd'hui, elle constitue un objet d'étude relativement neuf, encore en construction, soumis à controverses et disputé par différentes disciplines scientifiques : notamment en termes de contours conceptuels. Pour autant, dans ce contexte, plusieurs outils statistiques permettent de mesurer la prévalence et le degré de la dépression. Ce document se propose de décrire les principaux outils statistiques de mesure de la dépression. Il s'agit d'analyser dans quelles perspectives ils sont élaborés, en quoi ils se distinguent les uns des autres et quelles sont les limites et enjeux sous-jacents.

Santin, G., et al. (2010). « Emploi atypique et troubles dépressifs en France à partir de l'Enquête décennale santé 2003. » Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (7) : 57-60.
https://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2010/07/beh_07_2010.pdf

Objectifs - Décrire les liens entre emploi atypique et troubles dépressifs en France à partir des données de l'Enquête décennale santé 2003. Méthode - Les données étudiées concernent 11 895 actifs au travail. Les symptômes dépressifs ont été mesurés par l'échelle CES-D. L'emploi atypique a été décrit par le statut d'emploi (contrat à durée limitée ou indéterminée, à son compte) et par l'expérience du temps partiel au cours de la vie professionnelle, en distinguant

les temps partiels subis ou choisis. Résultats - Les femmes occupent plus souvent un emploi atypique que les hommes, en termes de contrat à durée limitée et de temps partiel. Pour les deux sexes, le temps partiel subi est associé à une fréquence accrue de symptômes dépressifs, alors que ce n'est pas le cas pour le temps partiel choisi. Par ailleurs, le fait d'être en contrat à durée limitée est associé à la symptomatologie dépressive chez les femmes. Discussion - Cette étude montre des liens entre les emplois atypiques et la symptomatologie dépressive. Elle souligne par ailleurs l'intérêt de distinguer le temps partiel subi et le temps partiel choisi. L'interprétation de ces résultats est cependant limitée par le caractère transversal de l'enquête. (R.A.).

10- Indicateurs démographiques, mortalité

10.1 PUBLICATIONS INSEE

10.11 Bilan démographique

(2022). Bilan démographique 2021. Chiffres détaillés, Paris : Insee
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/6036447>

Le bilan démographique donne la population de la France estimée au 1^{er} janvier de chaque année et l'évolution de la situation démographique depuis 1982 : population au 1^{er} 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 2020 : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136>

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. 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. (2019). « 610 000 personnes sont décédées en France en 2018, dont la moitié dans le département où elles sont nées. » Insee Focus (163)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4218743>

En 2018, 610 000 personnes sont décédées en France, soit le niveau le plus élevé depuis la fin de la seconde guerre mondiale. La moitié de ces personnes sont décédées dans leur département de naissance. La part des décès dans le département de naissance est bien plus élevée dans les DOM et dans le nord de la France, alors qu'à l'opposé, elle est faible en Île-de-France, qui fait

figure d'exception. Sept décès sur dix ont lieu dans la commune même de naissance lorsque le décès survient avant le premier anniversaire. En outre, si une personne sur deux décède dans sa commune de domicile, seulement une sur quatre décède à son domicile.

Papon, S. Et Beaumel, C. (2019). « Bilan démographique 2018. » Insee Première (1730)
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3692693>

Au 1^{er} 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)
<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1581/ip1581.pdf>

Blanpain, N. (2016). « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers. » Insee Première (1584)
<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1584/ip1584.pdf>

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)

<https://www.insee.fr/fr/publications-et-services/irweb.asp?id=irsocsd2013>

➤ Pour les années antérieures, consultez :

[La situation démographique en 2013. Insee Résultats : Société \(167\)](#)

[La situation démographique en 2012. Insee Résultats : Société \(154\)](#)

Bellamy, V. Et Beaumel, C. (2015). « Bilan démographique 2014. Des décès moins nombreux. » Insee Première (1532)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1532/ip1532.pdf>

Bellamy, V. Et Beaumel, C. (2014). « Bilan démographique 2013. Trois mariages pour deux Pacs. » Insee Première (1482)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1482/ip1482.pdf>

Bellamy, V. Et Beaumel, C. (2013). « Bilan démographique 2012. La population croît, mais plus modérément. » Insee Première (1429)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1429/ip1429.pdf>

Pla, A. Et Beaumel, C. (2012). « Bilan démographique 2011. La fécondité reste élevée. » Insee Première (1385)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1385/ip1385.pdf>

Pla, A. Et Beaumel, C. (2011). « Bilan démographique 2010. La population française atteint 65 millions d'habitants. » Insee Première (1332)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1332/ip1332.pdf>

Blanpain, N. (2010). « 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060 ? » Insee Première (1319)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1319/ip1319.pdf>

Blanpain, N. Et Chardon, O. (2010). « Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. » Insee Première (1320)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1320/ip1320.pdf>

Niel, X. Et Beaumel, C. (2010). « Le nombre de décès augmente, l'espérance de vie aussi. » Insee Première (1318)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1318/ip1318.pdf>

Pla, A. Et Beaumel, C. (2010). « Bilan démographique 2009. Deux pacs pour trois mariages. » Insee Première (1276)

<https://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1276/ip1276.pdf>

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 \(172\)](#)

[« Les décès de 2006 à 2013 » – Insee Résultats : Société \(159, 148, 136, 126, 113, 103, 91, 78\)](#)

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

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 \(157, 147, 134, 123, 110, 97,85, 74\)](#)

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., Barbieri, M.. (2022). « L'évolution démographique récente de la France : moins de naissances, de mariages et de migrations, plus de décès... La Covid-19bouleverse la dynamique de la population française » Population 76 (4)

https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/32331/conjoncture.2021.population.4.fr.pdf

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 Societes(597): 4 , Graph.

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 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 4^e 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 pac, 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 1^{er} 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 1^{er} 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_vieillesse_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).

Barbieri, M. (2013). « La mortalité départementale en France. » Population 68 (3) : 433-480

Les disparités interdépartementales de mortalité demeurent marquées en France métropolitaine depuis trente ans. Elles ont diminué chez les femmes, mais restent fortes chez les hommes. Comme dans les années 1960, les régions les plus défavorisées sont le Nord, l'Alsace et la Bretagne. La mortalité est au contraire plus faible à Paris et dans les départements situés au sud-ouest de l'Île-de-France ainsi que dans les régions Rhône-Alpes et Midi-Pyrénées (principalement pour les hommes) : pour les femmes, la mortalité la moins importante est située dans le nord de la région Poitou-Charentes et les Pays de la Loire. Les variations géographiques d'espérance de vie à la naissance sont étroitement associées aux variations de la mortalité à partir de 30 ans et tout particulièrement à 60-79 ans, mais pas systématiquement à celles de la mortalité des enfants. Entre 30 et 60 ans, les tumeurs demeurent l'explication principale (notamment par cancer du poumon pour les hommes), ainsi que l'alcoolisme et les suicides qui ont également des conséquences sur les groupes d'âges suivants. Les tumeurs continuent de peser sur les inégalités de mortalité entre 60 et 80 ans, et pour les femmes surtout les maladies cardiovasculaires. Après 80 ans, ces maladies expliquent 50 % des variations de mortalité entre départements pour les femmes contre 40 % pour les hommes (résumé de l'éditeur).

Mazuy, M., et al. (2013). « L'évolution démographique récente en France : la fécondité reste stable. » Population 68 (3) : 385-432

Au premier janvier 2013, la France comptait 65,8 millions d'habitants, dont 63,7 millions en France métropolitaine, soit un accroissement annuel supérieur à 4 ‰. Le nombre de personnes adultes bénéficiaires d'un titre de séjour de longue durée est relativement stable, ces personnes sont majoritairement des femmes et d'âge jeune. La fécondité est équivalente à l'année précédente, mais la proportion de femmes en âge de procréer diminue, entraînant une légère baisse de la natalité en 2012. La fécondité par âge s'est peu modifiée, mais celle des femmes âgées de 35 à 39 ans continue d'augmenter. Les naissances hors mariage se sont banalisées et concernent 57 % des enfants nés en 2012. Le nombre des interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable en 2012, ainsi que l'indicateur conjoncturel d'IVG et les taux par âge. Après une baisse régulière, le nombre de mariages aurait légèrement augmenté en 2012 d'après les données provisoires. La saisonnalité des mariages reste encore très marquée et la grande majorité des unions sont concentrées de juin à septembre. La mortalité a connu en 2012 un ralentissement en termes de progrès d'espérance de vie en raison des épidémies hivernales. Le nombre de décès a augmenté de plus de 4 % entre 2011 et 2012.

Prioux, F. Et Barbieri, M. (2012). « L'évolution démographique récente en France : une mortalité relativement faible aux grands âges. » Population 67 (4) : 597-656

La France compte 65,3 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2012, dont 1,9 million dans les départements d'outre-mer. La pyramide des âges est un peu plus jeune que celle de l'ensemble de l'Union européenne. L'augmentation de la population se poursuit au même rythme, surtout par l'accroissement naturel. Les immigrés originaires d'Afrique installés en France sont désormais plus nombreux que ceux qui proviennent d'Europe. La fécondité est presque stable en 2011 (2,01 enfants par femme) mais la descendance finale des générations 1971-1972 atteint son minimum historique en France métropolitaine (1,99 enfant par femme). Malgré tout, c'est encore une des plus élevée en Europe. Les avortements sont stables et les taux n'augmentent plus chez les plus jeunes. Les mariages sont en baisse et les divorces se sont stabilisés (46,2 divorces pour 100 mariages en 2011). Les risques de divorce diminuent avec l'âge, mais ont beaucoup augmenté avant 70 ans au cours de la dernière décennie. L'espérance de vie à la naissance (78,4 pour les hommes, 85,0 pour les femmes) continue à augmenter au même rythme, principalement grâce au progrès réalisés aux grands âges. Par rapport aux autres pays européens, la France a la plus faible mortalité au-delà de 65 ans : elle est moins bien classée pour le niveau de mortalité prématurée (résumé de l'éditeur).

Toulemon, L. (2012). « Évolution des situations familiales à travers les recensements français de 1962 à 2009. » Population 67 (4) : 657-682

Les recensements permettent de compter la population et d'en décrire les principales caractéristiques à tous les niveaux géographiques. Grâce à la mise à disposition des données des recensements français, de 1962 à 2006 par le programme IPUMS-I du Minnesota, et de 2006 à 2009 sur le site de l'INSEE, on peut décrire l'évolution des situations familiales depuis 50 ans de manière très précise. La proportion d'enfants a diminué avec la baisse de la fécondité et le vieillissement de la population. Les autres changements majeurs (augmentation de la part des personnes vivant seules ou en famille monoparentale, raréfaction des situations de coresidence avec des enfants adultes ou des proches) se déclinent de façon différente selon le sexe et l'âge. Les disparités entre groupes sociaux (repérés par la profession, le niveau de diplôme ou le lieu de résidence) et leurs évolutions sont elles aussi en fonction du sexe et de l'âge. Le passage à des enquêtes annuelles de recensement offre de nouvelles possibilités d'exploitation des données annuelles, au moins à l'échelle nationale ou régionale, bien que le recensement soit conçu comme le regroupement de cinq vagues annuelles (résumé de l'éditeur).

Cambois, E. Et Laborde, C. (2011). « Mobilité socioprofessionnelle et mortalité en France. Des liens qui se confirment pour les hommes et qui s'affirment pour les femmes. » Population 66 (2) : 373-400

Les inégalités de mortalité entre les professions et catégories socioprofessionnelles françaises (PCS) sont importantes et en augmentation. Mais il existe aussi de larges inégalités de mortalité au sein des PCS selon la nature des carrières passées. Les transformations du marché du travail et des parcours professionnels dans les dernières décennies, notamment pour les femmes, modifient la composition des PCS et leur niveau moyen de mortalité. Cet article analyse l'évolution des inégalités de mortalité entre les PCS à travers l'étude des mobilités professionnelles et de la mortalité associée, en utilisant les données de l'Échantillon démographique permanent (EDP), un échantillon suivi et représentatif de la population

française à différentes dates. L'étude de la mortalité en 1975 (EDP75) et en 1999 (EDP99), selon les PCS et les mobilités professionnelles passées, montre que la mortalité a baissé pour toutes les PCS mais de façon différente, aboutissant à un léger creusement des écarts pour les deux sexes. Au sein des PCS, les écarts selon les mobilités passées sont renforcés dans l'EDP99 pour les hommes et se généralisent pour les femmes. La modification de la composition des PCS et l'évolution de la surmortalité associée à certaines mobilités a contribué à cette augmentation des inégalités entre PCS. Interpréter l'évolution des inégalités de mortalité à la lumière des changements sociodémographiques s'avère donc particulièrement important.

Pison, G. (2011). « Deux enfants par femme dans la France de 2010 : la fécondité serait-elle insensible à la crise économique ? » *Population Et Sociétés* (476)

https://www.ined.fr/fichier/t_publication/1536/publi_pdf1_popetsoc_476.pdf

En France, l'indicateur de fécondité a continué à augmenter en 2010 (2,00 enfants par femme contre 1,99 en 2009), alors qu'il diminue généralement à la suite de ralentissements économiques. La dernière récession est survenue lors d'une période où la fécondité était en hausse dans la majorité des pays occidentaux. La récession a inversé le mouvement et provoqué sa baisse comme on a pu l'observer aux États-Unis, ou a freiné sa hausse comme en Russie. La France est probablement dans ce dernier cas : sans la crise, l'indicateur de fécondité aurait sans doute augmenté encore plus et dépassé deux enfants par femme en métropole.

Prioux, F., et al. (2011). « L'évolution démographique récente en France. Quelques différences entre les départements d'outre-mer et la France métropolitaine. » *Population* 66 (3-4) : 503-535

https://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/bdd/publication/1587/

Au 1^{er} janvier 2011, la population de la France est estimée à 65 millions d'habitants, dont 1,9 million résident dans les départements d'outre-mer (DOM). L'accroissement de la population de ces départements est deux fois plus rapide (+ 11,2 % en 2010) que celui de la métropole (+5,4 %), et la structure par âge de leur population est plus jeune. La fécondité y est un peu plus élevée (2,4 enfants par femme en 2010 contre 2,0) et l'âge moyen à la maternité plus jeune (respectivement 28,5 ans et 30 ans). La fréquence des avortements y est nettement plus forte, ainsi que celle des avortements répétés. Le nombre de mariages est resté stable en 2010, et l'augmentation des pacs s'est poursuivie, mais à un rythme ralenti. On se pacse et on se marie presque au même âge, toutefois l'écart d'âge entre les conjoints pacés est légèrement plus réduit que pour les mariés. La fréquence des divorces aux durées de mariage élevées a beaucoup augmenté depuis 30 ans. L'espérance de vie à la naissance en 2010 est estimée à 78,0 ans pour les hommes et 84,7 ans pour les femmes. Les progrès depuis 20 ans sont plus importants pour les hommes que pour les femmes, et concernent de plus en plus la mortalité après 65 ans. L'espérance de vie à la naissance est presque aussi élevée dans les DOM qu'en métropole, mais la mortalité infantile y est au moins deux fois plus forte (résumé de l'éditeur).

Prioux, F., et al. (2010). « L'évolution démographique récente en France : les adultes vivent moins souvent en couple. » *Population* 65 (3) : 421-474

Au 1^{er} janvier 2010, la France métropolitaine compte 62,8 millions d'habitants. L'accroissement (5,2 %) est un peu plus faible qu'en 2008 car le solde naturel diminue un peu. Après trois années de baisse, le nombre d'étrangers admis à séjourner a légèrement augmenté en 2008. Les

immigrés nés en Algérie et au Maroc sont désormais plus nombreux que ceux originaires du Portugal. L'indicateur conjoncturel de fécondité s'est légèrement replié en 2009, mais demeure très proche de 2 enfants par femme : l'âge moyen à la maternité atteint 30 ans. L'indicateur conjoncturel des interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste élevé en 2007 (0,53 IVG par femme). L'âge à la première IVG tend à diminuer, et la fréquence des IVG répétées à augmenter. L'augmentation du nombre de pacs se poursuit en 2009 et, malgré la baisse du nombre de mariages, le nombre d'unions officialisées tend à augmenter. La probabilité de mariage des célibataires continue à se réduire. Les divorces diminuent encore légèrement en 2009, mais l'indicateur conjoncturel demeure proche de 45 %. En raison de l'augmentation des ruptures d'union, hommes et femmes adultes vivent un peu moins souvent en couple en 2006 qu'en 1999 : ils vivent plus souvent seuls dans leur logement ou en famille monoparentale. La progression de l'espérance de vie à la naissance a repris en 2009, après une pause pour les femmes en 2008 : elle est estimée à 77,8 ans pour les hommes et 84,5 ans pour les femmes (résumé de l'éditeur).

11 – Autres sources d'information

Annuaire de l'administration : le guide internet des services publics

<https://lannuaire.service-public.fr/>

L'Annuaire de l'administration vous donne accès : aux services locaux situés dans votre région (préfecture, mairies, direction départementale du travail, Urssaf...) : aux ministères, à toutes leurs directions et à leurs établissements publics : aux institutions françaises, aux autorités indépendantes et aux ambassades : aux principaux organismes nationaux.

(Publication annuelle). Le trombinoscope de la santé. Saint Cloud : Le Trombinoscope

Le trombinoscope de la santé propose 600 photos et biographies des acteurs du système de santé en France : Ministère de la Santé, Personnalités chargées de la santé et des affaires sociales au sein de la présidence de la République et des autres ministères, au sein du Parlement, du Conseil économique et social, des partis politiques et des syndicats nationaux, Sécurité sociale - Assurance maladie, Recherche et formation, instances professionnelles nationales, Instances régionales (ARS, URPS, ORS...).

Mouillet, E. (2016). Les essentiels de la recherche bibliographique en santé : chercher, organiser, publier, Paris : John Libbey Eurotext

Pour réaliser une bibliographie, il faut successivement rechercher des informations, les rassembler, les sélectionner, les stocker et les organiser afin de les présenter dans une publication. Ces actions, synthétisées dans les trois verbes mis en exergue dans le titre de cet ouvrage, sont expliquées et illustrées en détail avec pour chacune d'entre elles « l'outil essentiel » s'y rapportant et une série d'exercices et leurs corrigés (en annexe) pour une mise en pratique immédiate et une auto-évaluation. Chaque chapitre se termine par la rubrique « L'essentiel à retenir » avec les points importants et les conseils pratiques qui ont été présentés.

Safon, M. O. . Sources d'information et méthodologie de recherche documentaire, Paris : Irdes
<https://www.irdes.fr/documentation/documents/sources-d-information-et-methodologie-de-recherche-documentaire.pdf>

Ce document présente les principales sources d'information en santé et économie de la santé : bases de données, littérature grise, agences gouvernementales, espaces de médecine factuelle, moteurs de recherche... et donne quelques éléments sur la manière de conduire une recherche documentaire. Il est accompagné d'une bibliographie détaillée, notamment sur les méthodes de revue de la littérature, la communication médicale et la gestion des références bibliographiques.

Touraine, M. P. Et Baudis, D. é. (2014). Usagers de la santé : votre santé, vos droits, Paris : DGOS
https://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Le_guide_pratique_-_usagers_votre_sante_vos_droits_-_2014-3.pdf

Composé de 26 fiches pratiques, ce nouveau guide répond à toutes sortes de situations concrètes sous forme de questions-réponses courtes, comme : la prise en charge de la douleur et le bon usage des médicaments : l'accès au dossier médical et l'information du patient : le don d'organes : l'accès aux soins : les soins à domicile, palliatifs et la fin de vie : la bientraitance, les droits des usagers (plaintes, médiation au sein des hôpitaux, représentation des usagers, etc.). Les auteurs de ce guide ont précisé qu'il serait actualisé au fil des actualités et des évolutions du droit des usagers.