



# Construction d'un référentiel statistique de coûts unitaires des prestations de santé en 2021 à partir de l'ESND

Financé par la DGOS – campagne PRME 2021



## Résultats travaux projet MOVIE

9 Septembre 2025

Coordonné par Christel Castelli

### Groupe de travail

N Costa, C Castelli, B Dervaux

C Castelli, A Coffy

J Bulsei

N Costa, M Mounié

V Georgescu

S Artemova, K Charriere, S David-Tchouda

S Loubière

J Margier, A Lhospital, H Serrier, M Viprey

A Pagès, J Bonastre

C Delettrez, B Dervaux

A Le Bras

AL Soilly, C Quantin

S Schirrbonnans, VP Riche

Comité scientifique du projet

Clinique Beausoleil, Montpellier

CHU Nice

CHU Toulouse

CHU Montpellier

CHU Grenoble

APHM

HCL

IGR

CHU Lille

APHP – URC Eco

CHU Dijon

CHU Nantes





## Table des matières

Table des matières.....	2
Avant-propos.....	7
Chapitre 1 : Résultats globaux 2021 .....	9
Chapitre 2 : les transports sanitaires .....	13
1 Revue de la littérature.....	14
1.1 Les dépenses pour les transports sanitaires .....	14
1.2 Coût unitaire moyen.....	15
2 Résultats généraux.....	16
3 Résultats selon les inducteurs de coûts .....	18
3.1 Résultats selon le type de véhicule .....	18
3.2 Résultats selon le taux de prise en charge.....	19
3.3 Résultats selon le département de résidence.....	20
Chapitre 3 : les consultations médicales.....	21
1 Les consultations de médecine générale .....	22
1.1 Revue de la littérature .....	22
1.2 Résultats généraux .....	29
1.3 Résultats selon les inducteurs de coûts.....	30
1.4 Synthèse.....	35
1.5 Analyse de sensibilité .....	36
2 Les consultations des spécialistes.....	37
2.1 Revue de la littérature .....	37
2.2 Résultats généraux .....	41
2.3 Résultats selon les inducteurs de coûts.....	44
Chapitre 4 : Les soins dentaires .....	50
1 Revue de la littérature.....	51
1.1 Démographie des professionnels de santé exerçant des soins dentaires.....	51
1.2 Système de tarification .....	51
1.3 Financements complémentaires pour les dentistes.....	53
1.4 Les dépenses .....	54
2 Résultats généraux.....	55
3 Résultats selon les inducteurs de coûts .....	56
3.1 Selon le type d’actes.....	56
3.2 Selon le genre.....	57



3.3	Selon le taux de remboursement.....	57
3.4	Selon la catégorie de dentiste.....	58
3.5	Selon la classe d'âge.....	58
3.6	Selon le département de résidence.....	59
3.7	Financements complémentaires pour les dentistes.....	59
4	Synthèse.....	59
Chapitre 5 : Les autres professionnels de santé.....		61
1	Les soins infirmiers.....	62
1.1	Revue de la littérature.....	62
1.2	Résultats généraux.....	66
1.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	67
1.4	Comparaison aux données nationales.....	69
1.5	Financements complémentaires pour les infirmiers.....	70
2	Les sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures-podologues.....	71
2.1	Revue de la littérature.....	71
2.2	Résultats généraux.....	78
2.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	79
2.4	Comparaison aux données nationales.....	83
2.5	Financements complémentaires.....	86
2.6	Participation aux cotisations sociales.....	87
2.7	Synthèse.....	88
Chapitre 6 : Les examens médicaux.....		89
1	La biologie.....	90
1.1	Revue de la littérature.....	90
1.2	Résultats généraux.....	92
1.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	93
1.4	Synthèse.....	95
2	L'imagerie.....	96
2.1	Revue de la littérature.....	96
2.2	Résultats généraux.....	98
2.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	99
2.4	Comparaison aux données nationales.....	101
Chapitre 7 : Les produits de santé.....		102



1	La revue de la littérature .....	103
1.1	Définition et périmètre .....	103
1.2	Les dépenses pour les produits de santé .....	104
2	Résultats généraux.....	107
3	Résultats selon les inducteurs de coûts .....	108
3.1	Résultats selon l'âge .....	108
3.2	Résultats selon le genre.....	110
3.3	Résultats selon le taux de prise en charge.....	110
3.4	Résultats selon la spécialité du prescripteur .....	111
3.5	Résultats selon le département de résidence.....	111
3.6	Financements complémentaires pour les pharmaciens.....	112
3.7	Comparaison aux données nationales.....	112
Chapitre 7 : L'hôpital.....		114
1	Les séances .....	115
1.1	Revue de la littérature .....	115
1.2	Résultats généraux .....	118
1.3	Résultats selon les inducteurs de coûts .....	119
1.4	Conclusion.....	123
2	Les passages aux urgences .....	123
2.1	Revue de la littérature .....	123
2.2	Résultats généraux .....	126
2.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	127
2.4	Rémunération complémentaire pour l'activité des urgences .....	130
3	Les séjours d'hospitalisation complète en MCO.....	131
3.1	Revue de la littérature .....	131
3.2	Résultats généraux .....	137
3.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	137
3.4	Comparaison aux données nationales.....	139
Chapitre 8 : Les indemnités.....		141
1	Les indemnités compensatoires : arrêts maladies.....	142
1.1	Revue de la littérature .....	142
1.2	Résultats généraux .....	148
1.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	148
1.4	Comparaison avec la littérature .....	149



2	Les indemnités compensatoires : l'invalidité.....	150
2.1	Revue de la littérature.....	150
2.2	Résultats généraux.....	156
2.3	Résultats selon les inducteurs de coûts.....	156
2.4	Comparaison aux données nationales.....	157
	Annexes.....	161
1	Description des séjours privé non valorisables dans DCIR.....	161



# Terminologie

Dans ce rapport, nous avons distingué la notion d'unité de soins (telle qu'une prestation de soins en ville, un transport sanitaire, une délivrance ou un séjour hospitalier) de celle de ligne de facturation. L'unité de soins correspond à une visite au cabinet, à l'hôpital ou au domicile et à l'ensemble des lignes de facturation associées à une même clé d'identification, représentant le résumé d'une venue d'un professionnel de santé ou d'un patient. À l'inverse, une ligne peut ne constituer qu'un élément composant cette unité de soins. Elle correspond à une facturation individuelle (acte, forfait, supplément, etc.) intégrée à une prestation ou à un séjour. Ainsi, nous utiliserons **le terme prestation** pour faire référence à une unité de soins. Par exemple dans le cas de la consultation, cela comprend la consultation ainsi que les éventuels actes et suppléments associés.

Les versements de l'Assurance Maladie ne se limitent pas au remboursement des soins de santé. En effet, certains professionnels de santé perçoivent en plus de leurs honoraires basés sur l'activité, une rémunération complémentaire et/ou bénéficient d'un allègement de leurs charges sociales pour la réalisation de leur activité. Ainsi, on distinguera la rémunération des prestations à l'acte et le financement complémentaire de leur activité sur objectif. Cette rémunération complémentaire se fait sous forme de forfait annuel ou dotation. Néanmoins, pour éviter toute ambiguïté liée à l'existence de forfait dans le cadre des honoraires (forfait technique d'imagerie, forfait sécurité environnement, etc.), nous emploierons le **terme financement complémentaire** pour les rémunérations non liées aux actes.



# Avant-propos

Ce rapport présente les résultats des travaux du groupe de travail MOVIE. La méthodologie de requêtage ainsi que les hypothèses retenues dans ce travail sont détaillées dans le document technique intitulé: « **Construction d'un référentiel statistique de coûts unitaires des prestations de santé en 2021 à partir de l'ESND – Rapport technique travaux projet MOVIE** » disponible sur le site du projet ([projet-movie.fr](http://projet-movie.fr)).

Ce rapport présente les résultats principaux. Pour des raisons de lisibilité, les valeurs minimales et maximales ne figurent pas parmi les indicateurs affichés. L'ensemble des résultats est toutefois disponible dans les fichiers Excel joints au rapport. Enfin, les résultats présentés ont fait l'objet d'une validation croisée entre les deux équipes en charge du requêtage.

A chaque utilisation de ces résultats, les travaux du groupe MOVIE devront être cités.

Enfin, avant d'utiliser les résultats de ces travaux, il est important de se référer aux **recommandations d'usage du groupe** :

Ce projet a pour objectif de proposer une standardisation des coûts unitaires servant à valoriser les différentes prestations de soins dans les analyses médico-économiques. Cette démarche vise à homogénéiser les pratiques et réduire l'incertitude dans l'estimation des coûts liée à l'hétérogénéité des méthodes de valorisation des coûts. Pour cela une estimation d'un proxy du coût de production des prestations de santé est proposée, basé sur les données de remboursements issues du SNDS (Système National des Données de Santé) complétées de données macro-économiques (par exemple données issues des comptes de la santé) permettant si nécessaire de considérer les financements complémentaires sur contrats et les prises en charges partielles des cotisations. Ainsi, pour garantir la robustesse méthodologique et la comparabilité des résultats des études médico-économiques, il est nécessaire de suivre les recommandations d'utilisation des travaux MOVIE :

## Recommandation 1 : Périmètre

Ce travail ne s'applique pas aux essais cliniques couplés aux données du SNDS. En effet, pour ces études, l'appariement permet d'estimer directement le coût du parcours de soins à partir des informations disponibles dans la base de données, rendant l'utilisation de cette approche standardisée peu pertinente.

En revanche, le périmètre concerne toutes les autres études (liste non exhaustive) : les essais cliniques hospitaliers avec évaluation médico-économique et dont les données sont recueillies en dehors du SNDS, les modélisations médico-économiques, les analyses sur avis experts/Delphi, les analyses d'impact budgétaires....

## Recommandation 2 : La perspective

La perspective recommandée dans les analyses médico-économiques est la perspective collective. Ainsi, les résultats à privilégier sont les dépenses présentées au remboursement (ou facturées).



### Recommandation 3 : Utilisation des données pour la valorisation du parcours de soins

Il faut distinguer plusieurs cas d'usage : les essais cliniques dont un échantillon de la population étudiée est analysé, et les études de simulation/modélisation.

- (i) Dans le cas des essais cliniques, il est recommandé d'utiliser les résultats globaux et de ne pas tenir compte des coûts estimés par inducteur. En effet, le même essai clinique peut conduire à des caractéristiques patient différentes. Par exemple, on constate en pratique une surreprésentation des patients de l'établissement de santé promoteur de l'essai clinique. Si dans ce département la proportion de médecin exerçant en secteur 2 est plus importante on va induire artificiellement une surestimation du coût moyen de la prise en charge réalisée dans ce département alors même que les quantités de soins consommées sont identiques. En reproduisant le même essai mais conduit par un autre établissement de santé, on estimerait ainsi des coûts différents. Ce phénomène peut se produire dans d'autres cas comme des distributions d'âge différentes, des lieux de prise en charge (ville ou hôpital) différents etc... Ainsi dans ce cas, il est recommandé d'utiliser les résultats globaux.
- (ii) Il existe des exceptions à cette règle. Si l'essai clinique porte spécifiquement sur une population définie telle qu'une population pédiatrique ou au contraire gériatrique, il est recommandé d'utiliser les coûts estimés selon l'inducteur de coûts approprié.
- (iii) Dans le cas des études de simulation, il convient d'utiliser les coûts relatifs à la population étudiée. En cas d'efficacité clinique différente selon les caractéristiques des individus, il est pertinent d'utiliser les coûts associés à ces caractéristiques si cette caractéristique est un inducteur de coût. Dans le cas contraire il faudra utiliser le coût global.

### Recommandation 4 : Utilisation du supplément correcteur pour la prise en compte des financements complémentaires

Pour être au plus proche du point de vue de la collectivité recommandé par la HAS, le groupe de travail a proposé une estimation :

- (i) De la distribution des coûts des différentes prestations en santé à partir des données du SNDS,
- (ii) D'un supplément relatif aux financements complémentaires de l'Assurance Maladie en lien avec l'activité des différents professionnels de santé (Revenu sur Objectif Santé Public, exonération charges sociales ...). Ce supplément a été estimé à partir des données macro-économiques publiées annuellement par l'Assurance Maladie et ventilées sur le nombre d'unités de prestations de soins.

Ce supplément est directement intégré dans les résultats globaux présentés. En cas d'utilisation des résultats déclinés par inducteur de coûts, **il faut ajouter ce supplément**. Le groupe a fait le choix de séparer les résultats issus des données du SNDS et le supplément correcteur tenant compte des financements complémentaires. Cette estimation est disponible dans un onglet/section à part lorsqu'éligible.



# Chapitre 1 : Résultats globaux 2021



Tableau 1 : Résultats globaux référentiel coût unitaire en euros/ ESND 2021

Catégories	Prestations	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Soins médicaux	Médecine générale	Montant facturé	4 294 409	35,3	39,8	12,6	35,3	65,3
		Montant remboursé	4 294 409	26,8	32,6	11,1	27,8	52,3
		Reste à charge	4 294 409	0,0	7,2	7,5	8,5	18,5
	Médecins spécialistes	Montant facturé	2 576 912	30,0	66,1	37,1	57,6	127,6
		Montant remboursé	2 576 912	21,0	45,4	28,4	38,8	103,1
		Reste à charge	2 576 912	0,0	20,7	24,1	15,0	60,0
	Dentistes*	Montant facturé	527 261	23,7	431,6	847,4	109,0	1 849,6
		Montant remboursé	527 261	16,6	148,8	202,8	74,8	480,4
		Reste à charge	527 261	7,1	282,8	673,1	34,2	1 369,1
	Sage-femme	Montant facturé	216 866	23,8	38,6	22,9	31,8	80,1
		Montant remboursé	216 866	17,5	34,7	19,6	27,8	72,9
		Reste à charge	216 866	0,0	3,9	9,6	0,0	15,7
	Séances	Montant facturé	201 100	187,8	695,9	1 497,7	340,5	2 872,0
		Montant remboursé	201 100	185,9	694,1	1 497,6	340,5	2 872,0
		Reste à charge	201 100	0,0	3,8	57,4	0,0	0,0
	Chimiothérapie	Montant facturé	47 956	340,5	1 599,0	2 185,1	445,5	5 710,4
		Montant remboursé	47 956	340,5	1 597,7	2 185,3	445,5	5 710,4
		Reste à charge	47 956	0,0	2,8	26,4	0,0	0,0
	Radiothérapie	Montant facturé	29 352	167,1	337,5	260,9	205,3	1 036,3
		Montant remboursé	29 352	167,1	337,4	260,8	205,3	1 036,3
		Reste à charge	29 352	0,0	0,3	6,9	0,0	0,0
Dialyse	Montant facturé	103 494	240,8	293,8	69,3	275,8	361,9	
	Montant remboursé	103 494	240,8	292,6	71,0	275,8	361,9	
	Reste à charge	103 494	0,0	1,3	17,9	0,0	0,0	



Catégories	Prestations	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Soins hospitaliers	Hospitalisation complète	Montant facturé	128 106	823,0	4 621,0	5 821,4	3 171,0	12 285,0
		Montant remboursé	128 106	683,1	4 254,0	5 661,0	2 865,0	11 406,0
		Reste à charge	128 106	0,0	367,4	926,0	84,0	1 575,3
	Passages aux urgences	Montant facturé	250 302	156,2	204,1	65,1	185,2	331,3
		Montant remboursé	250 302	146,2	188,8	56,8	171,4	303,8
		Reste à charge	250 302	0,0	15,3	17,6	11,5	38,7
Examens médicaux	Biologie	Montant facturé	1 966 702	11,3	41,8	40,2	30,8	109,1
		Montant remboursé	1 966 702	5,8	30,1	33,6	20,8	82,9
		Reste à charge	1 966 702	0,0	11,7	14,2	6,4	37,5
	Imagerie médicale	Montant facturé	1 624 565	8,0	90,8	153,7	61,5	204,7
		Montant remboursé	1 624 565	5,6	75,4	152,2	41,0	183,8
		Reste à charge	1 624 565	0,0	15,4	21,2	9,0	52,2
Soins paramédicaux	Masseur-kinésithérapeute	Montant facturé	4 728 778	17,1	21,4	6,4	20,3	36,0
		Montant remboursé	4 728 778	10,2	16,4	6,9	13,2	26,5
		Reste à charge	4 728 778	0,0	5,1	5,2	6,5	13,3
	Orthophoniste	Montant facturé	561 775	25,3	33,0	10,7	31,5	41,8
		Montant remboursé	561 775	15,2	24,1	11,4	18,9	41,8
		Reste à charge	561 775	0,0	9,0	6,6	10,1	15,0
	Orthoptiste	Montant facturé	158 905	16,9	24,9	10,6	22,1	40,2
		Montant remboursé	158 905	9,6	15,9	8,1	12,8	28,0
		Reste à charge	158 905	0,0	9,0	5,2	8,8	16,1
	Pédicure-Podologue	Montant facturé	69 815	27,0	93,7	61,9	110,0	180,0
		Montant remboursé	69 815	16,8	22,4	7,3	17,3	32,8
		Reste à charge	69 815	0,0	71,3	65,0	92,2	161,7
	Soins infirmiers	Montant facturé	10 704 834	7,1	15,3	8,5	12,9	30,1
		Montant remboursé	10 704 834	5,2	14,3	8,5	11,7	28,9
		Reste à charge	10 704 834	0,0	1,0	2,4	0,0	6,3



Catégories	Prestations	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Transports	Transports sanitaires	Montant facturé	1 508 020	14,0	58,2	87,8	42,1	148,8
		Montant remboursé	1 508 020	12,1	55,0	84,4	39,6	141,3
		Reste à charge	1 508 020	0,0	3,2	17,2	0,0	23,1
Produits de santé**	Audioprothèses	Montant facturé	13 455	950,0	2 404,2	834,7	2 200,0	3 780,0
		Montant remboursé	13 455	240,0	516,2	294,0	480,0	800,0
		Reste à charge	13 455	710,0	1 887,9	811,9	1 620,0	3 240,0
	Médicaments	Montant facturé	10 670 833	4,6	57,7	242,3	24,5	164,9
		Montant remboursé	10 670 833	1,9	47,4	238,1	14,0	141,0
		Reste à charge	10 670 833	0,0	10,4	27,6	5,0	35,4
	Optique	Montant facturé	269 507	105,0	423,0	229,1	380,0	825,0
		Montant remboursé	269 507	0,1	4,8	12,7	0,1	34,9
		Reste à charge	269 507	86,1	418,3	233,7	379,4	824,9
Indemnités***	IJ	Montant remboursé	5 775 371	13,3	33,3	11,5	34,1	46,1
	Invalidité	Montant remboursé	16 047	297,7	831,9	621,4	766,5	1 536,3

\* Pour les soins dentaires, l'unité est la consommation moyenne de soins sur un an \*\* Concernant les produits de santé, il s'agit du coût unitaire d'une délivrance un jour donné (peut être composé de plusieurs produits).\*\*\*IJ : montant de l'indemnité journalière par bénéficiaire, Invalidité : montant moyen mensuel perçu. Note : Tous ces résultats incluent, le cas échéant, les financements complémentaires sur dotation estimés sur une unité étudiée.



# Chapitre 2 : les transports sanitaires

C Castelli – Clinique Beausoleil

M Mounié, N Costa – CHU Toulouse



# 1 Revue de la littérature

## 1.1 Les dépenses pour les transports sanitaires

Les dépenses de transports sanitaires ont été estimées à 5,6 milliards d’euros pour l’année **2021** selon la Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques (DREES)<sup>1</sup> (Tableau 2).

Tableau 2 : Consommation de transports sanitaires

*En millions d’euros*

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Ensemble</b>	<b>3 845</b>	<b>4 791</b>	<b>4 986</b>	<b>5 099</b>	<b>5 059</b>	<b>4 741</b>	<b>5 580</b>
Transports sanitaires	3 686	4 634	4 827	4 942	4 905	4 455	5 421
Contrat	159	157	160	157	154	157	156
DIPA <sup>1</sup>						129	3
Évolution (en %)	2,7	4,0	4,1	2,3	-0,8	-6,3	17,7
Prix (en %)	0,7	0,1	0,2	0,7	1,3	3,4	0,3
Volume (en %)	2,0	3,9	3,8	1,5	-2,1	-9,4	17,3

<sup>1</sup> Dispositif d’indemnisation à la perte d’activité.  
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l’indice des prix à la consommation.

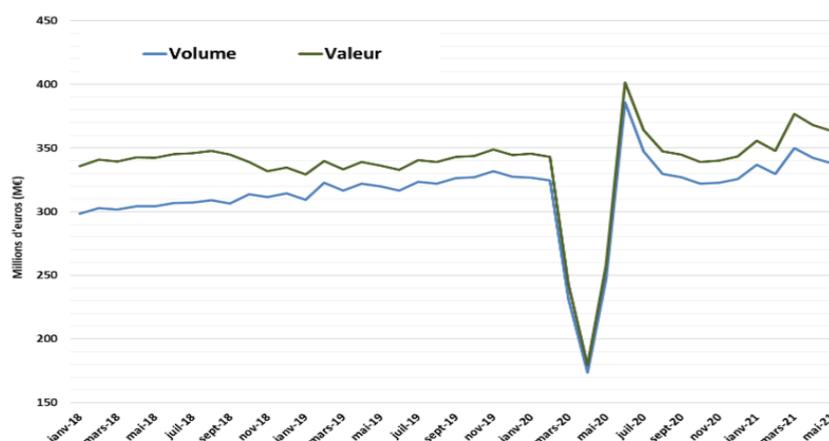
En **2021**, l’Assurance Maladie a financé 93,5 % de la dépense des transports sanitaires (Tableau 3). Ce taux élevé de prise en charge des transports est dû à la part importante de patients en ALD exonérés du ticket modérateur.

Tableau 3 : Répartition des dépenses de transports sanitaires par financeur en 2021

	Dépenses (en millions d’euros)	Part (en %)
Assurance maladie	5 218	93,5
État	22	0,4
Organismes complémentaires	170	3,0
Ménages	170	3,0
<b>Ensemble</b>	<b>5 580</b>	<b>100,0</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

Figure 1 : Dépenses remboursées de transports sanitaires entre janvier 2018 et mai 2021



<sup>1</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022%20Fiche%2010%20-%20Les%20transports%20sanitaires.pdf>



## 1.2 Coût unitaire moyen

- Points clés de l'extrait du rapport de la Cour des comptes 2017<sup>2</sup> :

« En **2015**, les dépenses de transports sanitaires ont représenté 5,1 % des dépenses de soins de ville de l'ONDAM et 2,3 % des dépenses de l'ONDAM total. La prescription de transport nécessite d'être suivie au niveau régional en raison des fortes disparités observées entre régions. En effet, sur le champ des dépenses pour le régime général au titre de l'année 2015, alors que le niveau brut de dépenses de transport par habitant est égal à 52 € à l'échelle nationale, on observe en moyenne un écart de 15 € par rapport à ce niveau. En France entière hors Mayotte, il varie de 42 € en Pays de la Loire à 83 € à la Réunion ».

« Le coût moyen par trajet brut au niveau national s'élève à 51 € ; l'écart moyen observé sur l'ensemble des régions est de 9 € par rapport à ce coût moyen national. Il varie de 74 € en Corse à 37 € en Guadeloupe. Le coût moyen par trajet brut est expliqué par plusieurs facteurs : le barème tarifaire, le taux moyen de prise en charge – déterminé par la proportion de patients bénéficiant d'une exonération de ticket modérateur, c'est-à-dire d'un taux de remboursement égal à 100 %, contre 65 % dans le cas général – et le mode de transport utilisé – certains sont plus coûteux que d'autres (cf. Tableau 4). Les modes de transport les plus utilisés sont dans l'ordre les taxis puis les ambulances suivis dans une moindre mesure par les véhicules sanitaires légers (près de 680 M€). »

**Tableau 4 : Coût moyen d'un mode de transport à un autre**

MODE	Dépenses assurance maladie (en millions €)	Trajets (en millions)	Coût moyen assurance maladie (en €)	Coût d'un trajet type assurance maladie(en €)
AMBULANCES	1 306	14	91	87
TAXIS	1 344	27	49	32
VSL	676	21	33	24
AUTRES	107	5	24	5

Source : SNIIRAM – données de remboursement pour des soins exécutés en 2015 et liquidés jusqu'en avril 2016 pour le régime général (y compris les sections locales mutualistes).

Note de lecture : Le trajet-type pris en exemple est un trajet à aller simple de 20 km réalisé dans le Limousin et avec prise en charge hors agglomération. Le coût de ce trajet est fondé sur un taux de remboursement de 100%, plus de 90% des trajets étant concernés par une exonération de ticket modérateur.

Le prescripteur peut intervenir sur le choix du mode de transport dont l'impact économique est non-négligeable. Seul le choix entre le taxi et le véhicule sanitaire léger est à la discrétion du bénéficiaire puisqu'il peut dépendre de l'offre disponible. A noter qu'il existe, en France, une disparité régionale du coût du transport unitaire et notamment de celui du taxi dont les négociations relatives au tarif sont réalisées à l'échelle départementale.

**Tableau 5 : Effectif et proportions de trajets selon le motif**

*Trajets et effectifs en millions*

Type d'individu	Trajets	Part dans le nombre de trajets total	Effectifs	Nombre de trajets par individu (en unités)
ALD	55	81%	10	5,51
AUTRES	12	19%	56	0,22

Source : SNIIRAM – données de remboursement pour des soins exécutés en 2015 et liquidés jusqu'en avril 2016 pour le régime général (y compris les sections locales mutualistes).

Note : les effectifs sont les assurés, en l'absence de données directes sur les consommateurs.

<sup>2</sup> Les Comptes de la Sécurité Sociale - juin 2016 p 108-112 concernant la répartition des dépenses de la CSBM (Consommation de Soins et des Biens Médicaux)

Le Tableau 5 montre que la proportion de trajets couverts par l'ALD était de 81 % en 2015.

- La Cour des comptes a publié en **2019** la part respective des 3 principaux modes de transports terrestres<sup>3</sup> (Tableau 6).

**Tableau 6 : Part respective des trois principaux modes de transport terrestre (en pourcentage du nombre de trajets, 2011-2017)**

	2011	2013	2015	2017
Ambulances	22,8 %	22,9 %	22,8 %	22,4 %
Taxis conventionnés	40,0 %	42,7 %	44,1 %	45,7 %
VSL	37,2 %	34,4 %	33,1 %	31,9 %

*Champ : régime général hors mutuelles.  
Source : CNAM.*

- Le rapport d'information assemblée nationale du 16/02/22, indique que les tarifs moyens sont restés stables entre 2013 et 2020 (à l'exception des taxis). Les tarifs moyens estimés en 2020 étaient de : 100 € pour une ambulance, 55 € pour un taxi, 34 € pour un VSL et 18 € pour un véhicule personnel.

Cette source donne également la répartition des montants remboursés selon la région en 2020 (Tableau 8).

## 2 Résultats généraux

En 2021, 1 508 020 trajets ont été présentés au remboursement dans l'ESND (Tableau 7).

**Tableau 7 : Effectif par type de transport**

	AMB	TAXI	VSL	AUTRES	PERSO	TOTAL
<b>Effectif (2%)</b>	329 859	692 455	412 696	8 811	64 199	1 508 020
<b>Effectif extrapolé (100%)</b>	16 492 950	34 622 750	20 634 800	440 050	3 209 950	75 401 000
<b>Cour des comptes 2015 * (en millions)</b>	14	27	21	5		67

*\*données les plus récentes décomposées par type de transport.*

Les effectifs retrouvés sont cohérents avec les volumes publiés en 2015 par la Cour des comptes (chiffres les plus récemment retrouvés par type de transport). L'évolution des effectifs notamment pour les taxis suit la tendance retrouvée et relevée par la Cour des comptes.

Le montant total des dépenses pour les transports sanitaires retrouvé dans l'ESND est de 87 819 233€, soit 4,39 milliards d'euros extrapolés à l'échelle nationale, pour 100 % de la population (5,4 milliards

<sup>3</sup> Extrait du Chapitre VI Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire



d’euros selon la DREES, néanmoins le périmètre est différent car nous ne considérons pas les DOM-TOM par exemple.

Tableau 8 : Dépenses et nombre de transports sanitaires, tous modes confondus, par région (2020).

	Montants remboursés (en millions d’euros)	Montant remboursé par habitant	Nombre de trajets (en millions)	Nombre de trajets par habitant
Auvergne-Rhône-Alpes	381,85	46,85	6,6	0,81
Bourgogne-France-Comté	178,5	63,98	2,65	0,95
Bretagne	145,35	42,75	3,21	0,94
Centre-Val de Loire	155,78	60,85	2,66	1,04
Corse	23,93	68,3	0,35	1
Grand Est	315,02	56,86	5,23	0,94
Guadeloupe	23,56	63,66	0,51	1,3
Guyane	11,16	38,48	0,21	0,72
Hauts-de-France	320,49	53,41	5,79	0,97
Île-de-France	570,29	46	8,27	0,67
La Réunion	88,31	101,5	1,66	1,9
Martinique	24,94	71,2	0,57	1,63
Mayotte	6,65	22,17	0,09	0,3
Normandie	185,93	56,34	3,47	1,05
Nouvelle-Aquitaine	311,24	51,87	5,23	0,87
Occitanie	338,67	56,44	6,04	1
Pays de la Loire	157,62	40,4	3,16	0,81
Provence-Alpes-Côte d’azur	371,66	72,87	6,05	1,19

Source : commission des affaires sociales, à partir des données de la Caisse nationale de l’assurance maladie et de l’INSEE.

Le montant moyen facturé pour un trajet en transport sanitaire était de 58,23 € en 2021 (Tableau 9). Quant au remboursement et au reste à charge, ils étaient de respectivement 55,04 € et 3,19 € en moyenne.

Tableau 9 : Analyse descriptive du coût unitaire en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	1 508 020	14,00	58,23	87,83	42,12	148,78
Montant remboursé	1 508 020	12,05	55,04	84,36	39,63	141,28
Reste à charge	1 508 020	0,00	3,19	17,18	0,00	23,11

**Les transports sanitaires ne sont pas concernés par les financements complémentaires (contrats et assimilés et prise en charge des cotisations). Les résultats peuvent donc être utilisés tels quels.**

### 3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 3.1 Résultats selon le type de véhicule

Pour chaque type de transport, le Tableau 10 présente les statistiques descriptives des dépenses par bénéficiaire. Un transport en ambulance était facturé en moyenne 100,73 € en 2021 et était remboursé 92,85 €.

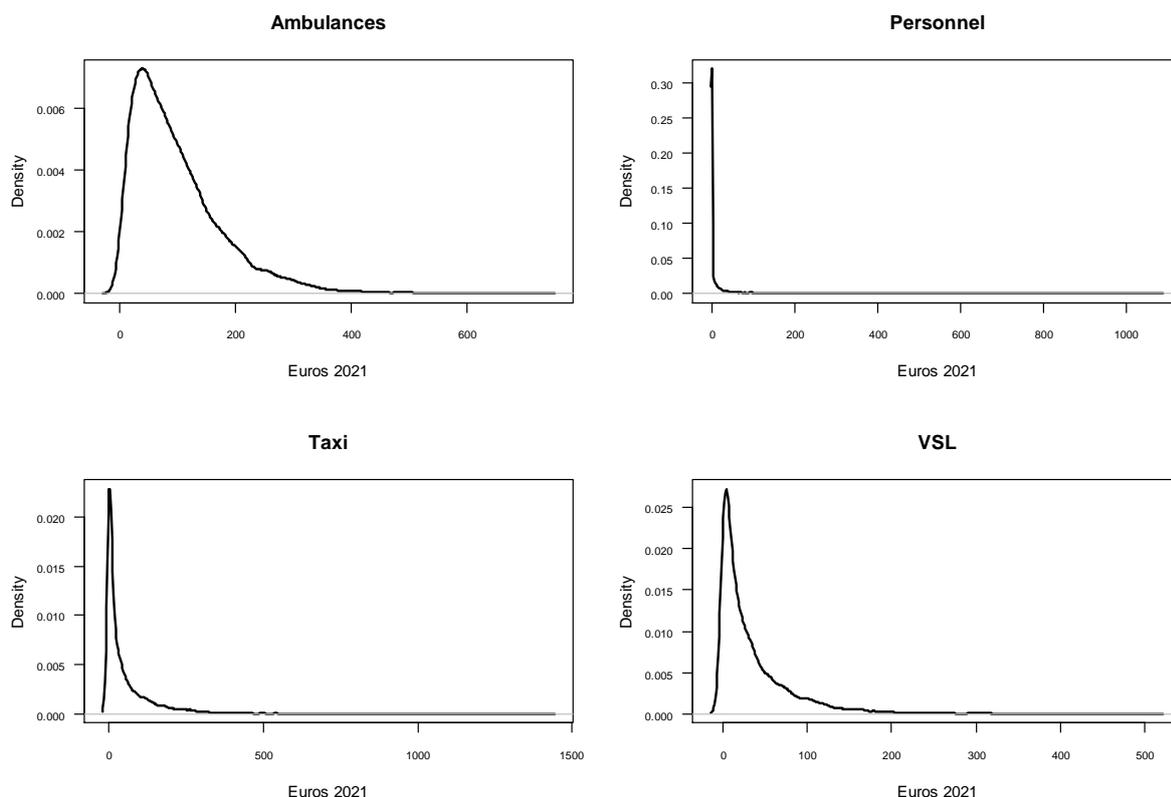
Tableau 10 : Analyses descriptives du coût total obtenu par type de transport en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Taxi	Montant facturé	692 455	14,51	55,37	90,92	40,11	147,64
Taxi	Montant remboursé	692 455	13,00	53,22	89,02	38,20	142,41
Taxi	Reste à charge	692 455	0,00	2,15	13,17	0,00	13,15
VSL	Montant facturé	412 696	18,54	35,84	44,95	26,26	86,89
VSL	Montant remboursé	412 696	16,14	34,32	44,25	25,38	84,43
VSL	Reste à charge	412 696	0,00	1,52	7,69	0,00	9,43
Ambulance	Montant facturé	329 859	59,96	100,73	79,52	85,19	191,87
Ambulance	Montant remboursé	329 859	43,04	92,85	76,17	81,02	181,23
Ambulance	Reste à charge	329 859	0,00	7,88	25,83	0,00	42,58
Véhicule personnel	Montant facturé	64 199	1,20	17,19	55,61	8,05	59,10
Véhicule personnel	Montant remboursé	64 199	1,01	16,17	51,94	7,50	55,80
Véhicule personnel	Reste à charge	64 199	0,00	1,02	12,82	0,00	4,31
Autres	Montant facturé	8 811	1,89	40,34	247,04	23,20	113,00
Autres	Montant remboursé	8 811	1,49	36,80	241,11	21,00	111,97
Autres	Reste à charge	8 811	0,00	3,54	33,22	0,00	11,02

La Figure 2 montre les densités des montants présentés au remboursement obtenues par un tirage aléatoire de 10 000 individus selon une loi Gamma (les paramètres obtenus à partir des résultats du Tableau 10 ). Le poste « Autres » présente une grande variabilité, ainsi la densité est peu visible sur le graphique, ce qui explique pourquoi elle n'est pas présentée.



Figure 2 : Densité de distribution du montant facturé par type de transport



Sur les 1 508 020 trajets présentés au remboursement, 532 177 présentaient un reste à charge (soit 35,3 % des trajets) (Tableau 11). Notons que la franchise, augmente significativement le nombre de trajets avec reste à charge. Au total, 975 843 trajets (soit 64,7 % des trajets) ne sont associés à aucun reste à charge pour le patient. En l’absence de prise en compte des franchises, la proportion de trajets sans reste à charge est présentée dans la section suivante.

Tableau 11 : Proportion de trajets avec RAC

Type	Trajets avec RAC	%
TAXI	252 870	47,52
VSL	139 159	26,15
AMB	128 517	24,15
PERSO	9 787	1,84
AUTRES	1 844	0,35

### 3.2 Résultats selon le taux de prise en charge

Sur les 1 508 020 trajets présentés au remboursement en 2021, 1 324 321 trajets (88 %) étaient pris en charge à 100 %. Le Tableau 12 présente les montants moyens par trajet en fonction du taux de prise en charge par l’Assurance Maladie (100 % versus <100 %). Il est à noter que l’effectif ne correspond pas exactement à l’effectif du nombre de trajets avec reste à charge (avec ou sans franchise). Nous considérons ici le taux de remboursement de l’acte de base ou lorsque cela n’était pas possible, le taux



minimum de remboursement sur les trajets réalisés une même journée par le même bénéficiaire et même transporteur.

Tableau 12 : Description des coûts selon le taux de prise en charge en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
100	Montant facturé	1 324 321	14,00	57,15	88,61	41,00	145,61
100	Montant remboursé	1 324 321	14,00	56,82	88,41	40,68	145,04
100	Reste à charge	1 324 321	0,00	0,32	3,78	0,00	2,00
<100	Montant facturé	183 699	15,00	66,08	82,59	52,95	166,52
<100	Montant remboursé	183 699	8,83	42,19	53,67	33,56	107,60
<100	Reste à charge	183 699	5,15	23,89	30,60	18,99	60,62

### 3.3 Résultats selon le département de résidence

Le tarif est variable selon les zones géographiques, les départements dont les montants moyens et médians sont extrêmes en 2021 sont présentés dans le Tableau 13.

Tableau 13 : Valeurs extrêmes des coûts selon le département de résidence en euros/ ESND 2021.

	Département	Montant remboursé	Département	Montant facturé	Département	RAC
Moyenne	min	PYRENEES-ORIENTALES 39,69	PYRENEES-ORIENTALES	41,56	SEINE-MARITIME	1,79
	max	LOZERE 105,16	LOZERE	112,24	LOZERE	7,08
Médiane	min	PYRENEES-ORIENTALES 23,82	PYRENEES-ORIENTALES	24,50	MULTIPLE*	0,00
	max	PARIS 71,30	PARIS	82,25		

\* Tous les départements ont une médiane du RAC (reste à charge) = 0.



# Chapitre 3 : les consultations médicales

## 1. La médecine générale

C Castelli – Clinique Beausoleil

M Mounié, N Costa – CHU Toulouse

## 2. Les autres spécialités

C Castelli – Clinique Beausoleil

M Mounié, N Costa – CHU Toulouse



## 1 Les consultations de médecine générale

### 1.1 Revue de la littérature

Nous citons dans la partie bibliographique des données provenant de rapports officiels des autorités de santé mais également des données de la littérature « grise » ou d'articles de journaux dont la qualité de l'information est peu vérifiable et toujours accessible. Néanmoins, l'information est parfois indisponible dans la littérature scientifique. Etant données les différences selon les périmètres considérés, nous pensons qu'il est pertinent de proposer au lecteur l'ensemble des informations pouvant être colligées.

#### 1.1.1 Démographie des médecins généralistes

- 211 550 081 consultations réalisées en 2021 pour tous les régimes en France métropolitaine<sup>4</sup>
- « Plus de 106,6 millions, c'est le nombre de consultations réalisées en médecine générale au premier semestre 2022 »<sup>5</sup>
- Le recensement des médecins est variable selon les sources du fait de la déclinaison des modalités d'activité (Tableau 14).

Tableau 14 : Recensement des médecins

Année	Effectif	Source
2021	100 621	<a href="https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/">https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/</a>
2022	99 941	<a href="https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/">https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/</a>
2022	« En 2022, 99 941 médecins généralistes exercent en France. »	<a href="https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/">https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/</a>
2023	99 457	<a href="https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/">https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/</a>
2023	« Au 1 <sup>er</sup> janvier 2023, 82 858 MG étaient en activité régulière en France »	<a href="https://recomedicales.fr/articles/nombre-medecins-activite-france/">https://recomedicales.fr/articles/nombre-medecins-activite-france/</a>

#### 1.1.2 Descriptif de la consultation de médecine générale

Vingt-cinq pour cent des consultations chez un médecin généraliste concernent la pédiatrie, la gynécologie, la médecine alternative ou la délivrance d'ordonnances et de certificats (Figure 3).

« Les médecins généralistes effectuent en moyenne 22 consultations par jour d'une durée moyenne de 17 minutes », révèle une étude réalisée du 1<sup>er</sup> mai 2016 au 26 avril 2017 à partir de données anonymisées de 2 480 généralistes (activité et organisation de leur agenda professionnel sur un an) et publiée le 29 avril 2017 par Doctolib, un site de prise de rendez-vous en ligne.<sup>6</sup>

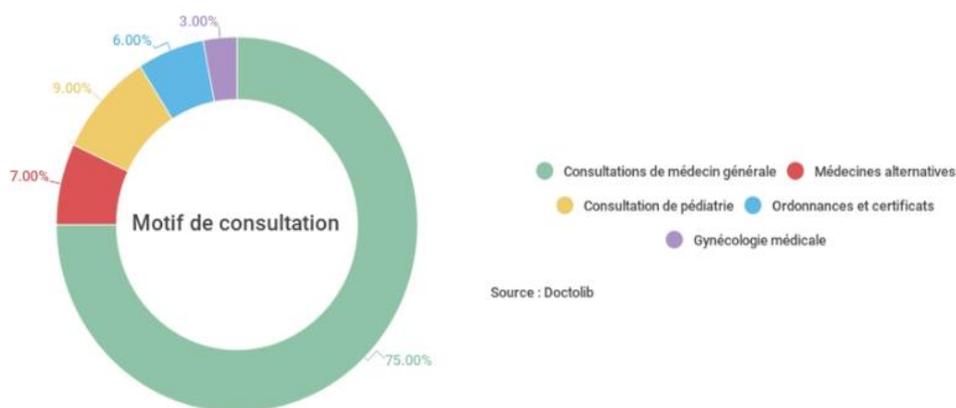
<sup>4</sup> ameli.fr (fichier « activité médecins libéraux ape par région série annuelle.xls »)

<sup>5</sup> <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal-soins-de-ville/exercice/infographie-le-nombre-de-consultations-en-baisse-au-1er-semestre#:~:text=Avec%20106%2C6%20millions%20de,de%C3%A7%C3%A0%20de%202021%20et%202019>

<sup>6</sup> <https://www.lequotidiendumedecin.fr/liberal/exercice/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes>



Figure 3 : Motif et nature de la consultation entre 2016 et 2017



### 1.1.3 Les dépenses sur le secteur de la médecine générale en 2021

#### **Zoom sur la communication de la DREES<sup>7</sup>, 3 messages clés :**

1/ Une consommation de soins en médecine générale de ville qui s’élève à 10,5 milliards d’euros en 2021 : « La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes en ville s’élève respectivement à 10,5 et 13,9 milliards d’euros en 2021 » (Tableau 15).

Tableau 15 : Consommation de soins de médecins généralistes en ville

En millions d’euros

a. Médecins généralistes		2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Soins courants</b>		<b>9 466</b>	<b>10 171</b>	<b>10 232</b>	<b>10 418</b>	<b>10 521</b>	<b>10 233</b>	<b>10 526</b>
Honoraires		8 669	9 032	9 186	8 456	8 392	7 829	8 179
Contrats et assimilés <sup>1</sup>		285	520	482	1 395	1 543	1 670	1 789
Prise en charge des cotisations		512	619	565	566	586	582	550
DIPA <sup>2</sup>							152	8
Évolution (en %)		4,9	2,6	0,6	1,8	1,0	-2,7	2,9
Prix (en %)		2,1	0,2	4,9	2,9	0,0	1,7	-1,2
Volume (en %)		2,8	2,3	-4,1	-1,0	1,0	-4,4	4,1

<sup>1</sup>Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les financements complémentaires, les aides liées à la télétransmission ainsi que le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) <sup>2</sup>Dispositif d’indemnisation de la perte d’activité

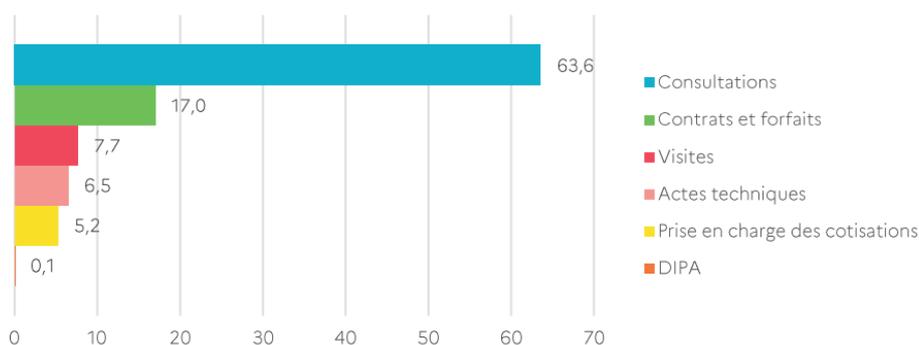
2/ Une rémunération complémentaire représentant une partie significative de la rémunération des médecins. « Depuis 2011, la part des consultations et des visites a reculé respectivement de 7 et 5 points au profit des contrats dont la part augmente de 12 points » (Figure 4).

3/ Les dépassements d’honoraires de nouveau en repli chez les généralistes : « Les dépassements ne représentent qu’une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (1,7 % en 2021). Ils sont en repli depuis plusieurs années sous l’effet du durcissement des conditions d’accès au secteur 2 pour les nouveaux médecins généralistes » (Tableau 16).

<sup>7</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/CNS2022%20Fiche%2004%20-%20Les%20soins%20de%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20et%20sp%C3%A9cialistes.pdf>



Figure 4 : Structure de la dépense de soins des médecins en 2021



DIPA. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité

Tableau 16 : Répartition des dépenses des médecins par type de financeur en 2021<sup>8</sup> (milliards d'euros)

En 2021	Généralistes	
	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8,3	79,2
État	0,0	0,3
Organismes complémentaires	1,2	11,6
Ménages	0,9	9,0
<b>Ensemble</b>	<b>10,5</b>	<b>100,0</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

### 1.1.4 Constitution de la rémunération d'une consultation de médecine générale

L'Assurance Maladie ne publie pas les montants moyens de la dépense unitaire d'une consultation de médecine générale, incluant le montant lié à la réalisation de la consultation, les majorations et suppléments éventuels. Seul le tarif unitaire officiel qui évolue successivement dans le temps est disponible. Le syndicat des médecins a tenté de recenser les charges des médecins et de les mettre en balance avec le prix d'une consultation ainsi que les financements complémentaires. Mais cela ne repose sur aucune étude.

- Décomposition du remboursement de la CS<sup>9</sup>

Etant donnée l'importance de la part de la rémunération complémentaire des médecins généralistes (Figure 5,

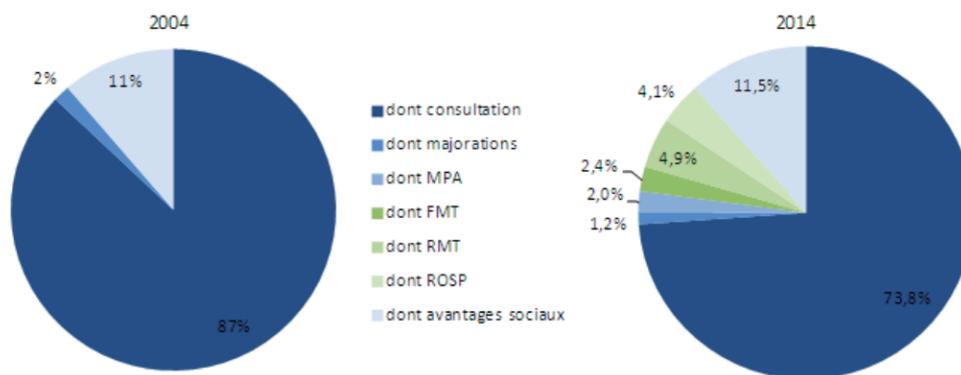
Figure 6), nous estimons dans ce travail un supplément relatif à cette rémunération dans le calcul du coût de la consultation (i.e. soins) remboursés directement par l'AM.

<sup>8</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-04/CNS2022MAJ280423.pdf>

<sup>9</sup> [www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/FICHE\\_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE\\_ECLAIRAGE-2015-UNE\\_COMPARAIION\\_INTERNATIONALE\\_DES\\_PAIEMENTS\\_A\\_LA\\_PERFORMANCE\\_DES\\_MEDECINS.pdf](http://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-2015-UNE_COMPARAIION_INTERNATIONALE_DES_PAIEMENTS_A_LA_PERFORMANCE_DES_MEDECINS.pdf)



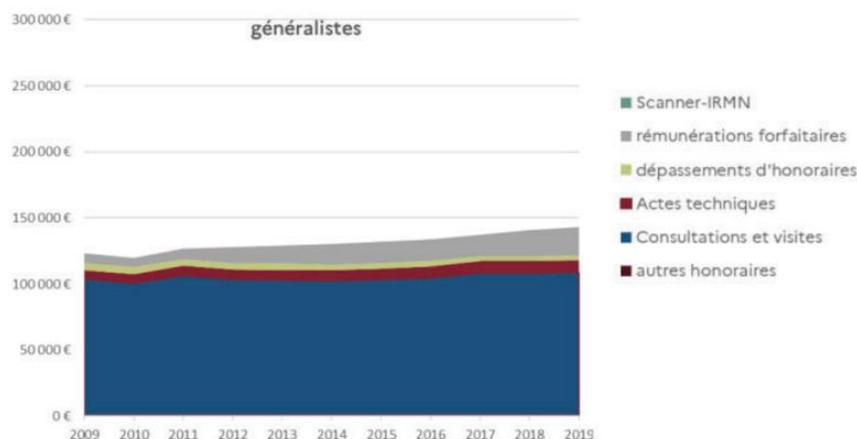
Figure 5 : Décomposition du coût de la consultation des généralistes en France, 2014.



Sources : DSS/SDEPF/6B

Note de lecture : MPA : majoration pour personnes âgées de 80 ans et plus et le suivi de leur traitement (5 € par consultation ou visite) ; FMT : forfait médecin traitant (5 € par an et par patient) ; RMT : rémunération spécifique annuelle médecin traitant pour la prise en charge des patients souffrant d'affections de longue durée (40 €). Par ailleurs, les avantages sociaux correspondent à la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales.

Figure 6 : Evolution de la décomposition des honoraires des médecins libéraux avant la crise du COVID-19<sup>10</sup>



Sources : données CNAM, traitement DSS/EPF/6B. Champs : France entière, tous régimes, yc mode d'exercice particulier (MEP).

- La Rémunération sur objectif de santé publique (ROSP)

La ROSP, créée en 2011, contribue à faire évoluer les pratiques pour atteindre les objectifs de santé définis par la convention. Les indicateurs ont été revus à plusieurs reprises depuis sa création. La ROSP concerne le médecin traitant de l'adulte et médecin traitant de l'enfant et est ouverte à tout médecin libéral.

Chez l'adulte, la ROSP correspond à 29 indicateurs de pratiques cliniques : 8 indicateurs de suivi de pathologies chroniques, 12 indicateurs sur la prévention et 9 indicateurs sur l'efficacité. Chez l'enfant, c'est 10 indicateurs de pratiques cliniques : 2 indicateurs de suivi de pathologies chroniques, 8

<sup>10</sup> [www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2022/Fiches%20C3%A9clairages%20-%20Juillet%202022/CCSS-Fiche%20eclairage-Juillet%202022-Les%20honoraires%20des%20m%C3%A9decins%20lib%C3%A9raux.pdf](http://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2022/Fiches%20C3%A9clairages%20-%20Juillet%202022/CCSS-Fiche%20eclairage-Juillet%202022-Les%20honoraires%20des%20m%C3%A9decins%20lib%C3%A9raux.pdf)

indicateurs sur la prévention. Le montant moyen de rémunération de la ROSP médecin traitant de l'adulte reste stable et s'élève à 4 891 € par médecin pour les médecins généralistes et MEP (Médecine à Expertise Particulière). Au global 64 801 médecins sont rémunérés pour un montant total de 263,9 millions d'euros (Tableau 17).

Tableau 17 : Montant ROSP<sup>11</sup>

	Nb de médecins rémunérés	Dépense AM (en million d'euros)	Montant moyen versé par médecin (€)
<b>MG/MEP</b>	64 801	263,9	4 891
<b>Cardiologue</b>	4414	8,9	2 016
<b>Gastro-entérologue</b>	1995	2,8	1 391
<b>Endocrinologue</b>	786	1,1	1 438
<b>Med. traitant enfant (pédiatre)</b>	.	12,7	1 020

- Forfait « permanence des soins »

La permanence des soins est un dispositif de prise en charge des demandes de soins non programmées par les médecins généralistes aux horaires de fermeture des cabinets libéraux (le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés). « Le médecin de garde bénéficie d'un forfait d'astreinte modulable en fonction des régions, mais ne pouvant être inférieur à 150 € pour 12h. Il est également rémunéré pour les actes réalisés avec des majorations spécifiques (soir, nuit, week-end, jours fériés, visite à domicile). Le médecin régulateur bénéficie d'un forfait de régulation modulable en fonction des régions »<sup>12</sup>. Le médecin généraliste est concerné lorsqu'il prend une garde en maison médicale de garde, lieu fixe de consultations aux horaires de permanence des soins.

- Forfait patientèle médecin traitant (FPMT)<sup>13</sup>
  - ✓ Concerne les patients ne bénéficiant pas d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD.
  - ✓ Il est réservé aux médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables (secteur 1) et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM -CO).
  - ✓ Il valorise le rôle de médecin traitant dans la coordination des soins et le suivi des patients en matière de prévention (suivi des vaccinations, actions de dépistage) et de prise en charge des affections intercurrentes.
  - ✓ Il concerne aussi les pédiatres pour le suivi des enfants.

Depuis 2018, il remplace les forfaits FMT (Forfait Médecin Traitant), RMT (Rémunération médecin traitant) et RST (Rémunération pour le suivi des patients post-ALD) pour les patients sans ALD, en ALD et post-ALD respectivement (Tableau 18).

<sup>11</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-04-26-cp-rosp-2021>

<sup>12</sup> <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/permanence-et-continuite-des-soins/article/la-permanence-et-continuite-des-soins#:~:text=Le%20cadre%20juridique,end%20et%20les%20jours%20f%C3%A9ri%C3%A9s>

<sup>13</sup> [www.fnccs.org/les-modalites-de-calcul-des-forfaits-fmt-rmt-rst#:~:text=Le%20forfait%20m%C3%A9decin%20traitant%20\(FMT\)&text=Le%20montant%20est%20de%205,5en%20charge%20des%20affections%20intercurrentes](http://www.fnccs.org/les-modalites-de-calcul-des-forfaits-fmt-rmt-rst#:~:text=Le%20forfait%20m%C3%A9decin%20traitant%20(FMT)&text=Le%20montant%20est%20de%205,5en%20charge%20des%20affections%20intercurrentes)

Tableau 18 : Valorisation du forfait patientèle médecin traitant selon l'âge et la pathologie des patients<sup>14</sup>

Caractéristique du patient	Précision	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6 €
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	42 €
Patient de moins de 80 ans et en affection de longue durée	Y compris les enfants de 0 à 6 ans avec ALD	42 €
Patient de 80 ans ou plus et en affection de longue durée	ALD	70 €
Autres patients	7 à 79 ans Hors ALD	5 €

- Forfait structure <sup>15 16</sup>

Il est possible de prétendre à une rémunération dans le cadre du forfait structure 2021. Si tous les indicateurs des 2 volets du forfait structure sont remplis, le médecin peut toucher jusqu'à 5 145 €. Sont notamment inscrits dans ce forfait structure des éléments aussi divers que l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription, la mise en place d'horaires sur les annuaires de santé, ou encore l'acquisition de logiciels pour la télétransmission et la télémédecine.

- Les cotisations sociales<sup>17</sup>

Afin d'inciter les médecins à adhérer au secteur conventionnel, un système de prise en charge partielle par l'Assurance Maladie de certaines cotisations sociales a été mis en place aux débuts de la V<sup>ème</sup> république, en 1960. D'abord réservé aux médecins, ce dispositif a été élargi à d'autres professionnels de santé pour atteindre désormais près de 2 Md€ de charges. Ce poste est intégré à l'ONDAM depuis 2006 et en représentait 1,2 % en 2008.

La prise en charge partielle de certaines cotisations sociales par l'Assurance Maladie est particulièrement importante pour les médecins : pour les généralistes de secteur 1, elle représentait plus de 18 % du revenu conventionnel en 2007 et près de 14 % pour les spécialistes de secteur 1 (cf. Figure 7).

La prise en charge des cotisations famille, réservée aux médecins, et le différentiel de forfait ASV (Avantage Social Vieillesse) expliquent largement l'écart avec les autres professions.

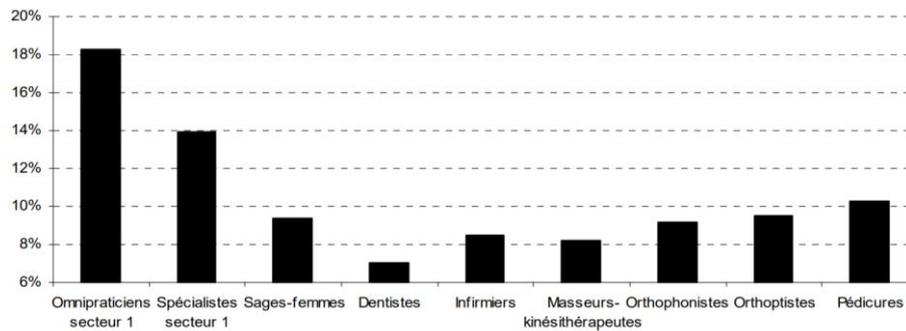
<sup>14</sup> <https://www.ameli.fr/herault/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/dispositif-medecin-traitant/forfait-patientele>

<sup>15</sup> [https://www.lifen.fr/articles/le-point-sur-la-rospp-pour-le-medecin-generaliste-de-ladulte#:~:text=En%202021%2C%20en%20tant%20que,sont%20remplis\)%20de%206580%E2%82%AC.&text=N'oubliez%20pas%20C3%A9galement%20qu,cadre%20du%20forfait%20structure%202021](https://www.lifen.fr/articles/le-point-sur-la-rospp-pour-le-medecin-generaliste-de-ladulte#:~:text=En%202021%2C%20en%20tant%20que,sont%20remplis)%20de%206580%E2%82%AC.&text=N'oubliez%20pas%20C3%A9galement%20qu,cadre%20du%20forfait%20structure%202021)

<sup>16</sup> <https://www.lifen.fr/articles/forfait-structure-les-changements-a-prendre-en-compte>

<sup>17</sup> [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2009/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-JUIN\\_2009-FICHE-LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2009/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-JUIN_2009-FICHE-LA PRISE EN CHARGE DES COTISATIONS DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX.pdf)

Figure 7 : La prise en charge rapportée aux revenus en 2007

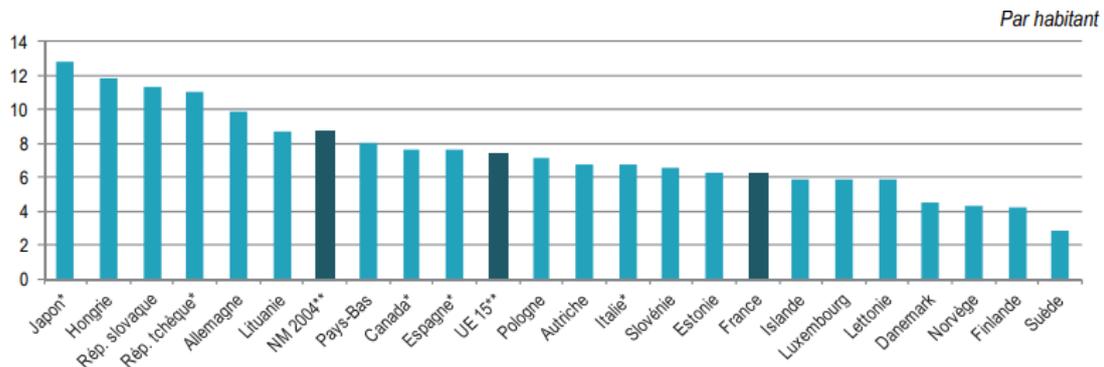


Traitement direction sécurité sociale sur données comptables pour la prise en charge des cotisations, traitements DREES pour les revenus des médecins et caisses de retraites pour les revenus des autres professions.

### 1.1.5 Positionnement au niveau international<sup>18</sup>

Les Figure 8 et Figure 9 montrent la position de la France au niveau international en termes de nombre de consultations de médecins par habitant et de coût de consultation.

Figure 8 : Nombre de consultations de médecins généralistes et spécialistes en 2014

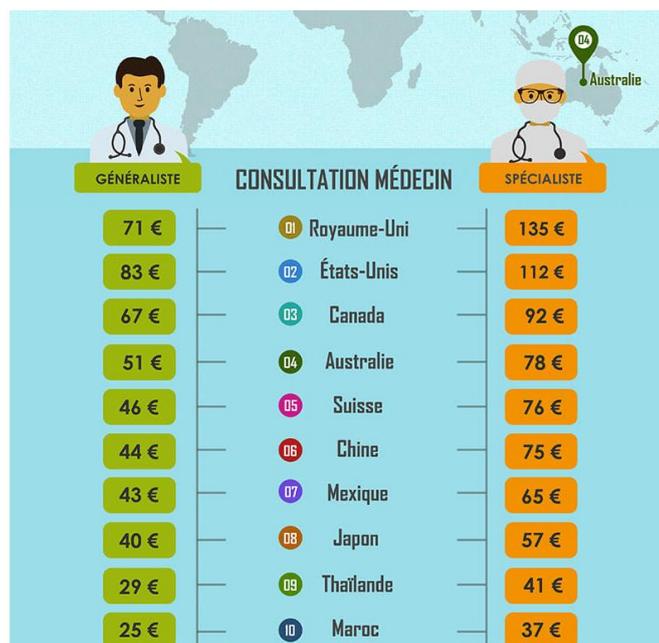


**Note** > \* Données 2013 ; \*\* Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles ; moyenne UE 15, hors Belgique, Grèce, Irlande, Portugal et Royaume-Uni.

**Source** > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

<sup>18</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/fiche41.pdf>

Figure 9 : Coûts d'une consultation médecin en Europe constatés entre 2012 et 2014 sur la base de 57 024 consultations de médecins dans 10 pays<sup>19</sup>



### 1.1.6 Historique remboursement de la consultation de MG

- Selon les échos, le 24 avril 2023<sup>20</sup> :
 

« L'arbitre a tranché et les médecins sont désormais fixés. Le tarif des consultations médicales va augmenter de 1,50 euro à l'automne. La consultation « de base » sera facturée 26,50 € chez le médecin généraliste, contre 25 € actuellement. »
- En 2025, le tarif de la consultation de base d'un médecin généraliste est de 30 €<sup>21</sup>.
- Selon le syndicat UFML, le médecin toucherait en moyenne 31 € par consultation (y compris financement complémentaire)<sup>22</sup>.

## 1.2 Résultats généraux

En 2021, dans l'ESND, 4 294 409 prestations ont été recensées pour un montant remboursé des prestations de 95 755 553 € et un montant total de dépenses facturé de 126 636 327 €. L'ESND est un échantillon représentatif des 2 % des bénéficiaires. A l'échelle de la population nationale cela représenterait près de 215 millions de prestations pour un remboursement de 4 787 millions d'euros et une dépense de 6 331 millions d'euros pour le régime général (tout payeurs). Une prestation de médecine générale en France est facturée en moyenne 29,49 € en 2021 et est remboursée 22,30 €. Le reste à charge est en moyenne de 7,19 € (Tableau 19).

<sup>19</sup> <https://www.ufml-syndicat.org/honoraires-medecins-eleves-entrainement-renoncement-aux-soins/>

<sup>20</sup> <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/la-consultation-chez-le-medecin-generaliste-bientot-revalorisee-a-2650-euros-1937457#:~:text=Le%20tarif%20des%20consultations%20m%C3%A9dicales,r%C3%A8glement%20arbitral%20C2%BB%20pr%C3%A9sent%C3%A9%20ce%20lundi.>

<sup>21</sup> <https://www.ameli.fr/assure/actualites/tarifs-des-medecins-generalistes-et-specialistes-ce-qui-change-le-22-decembre-2024>

<sup>22</sup> <https://www.ufml-syndicat.org/medecins-gagnent-moyenne-31-euros-a-consultation/>



Tableau 19 : Statistique de la dépense moyenne par prestation en MG en 2021 en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	4 294 409	25,00	29,49	12,57	25,00	55,00
Montant remboursé	4 294 409	16,50	22,30	11,13	17,50	42,00
Reste à charge	4 294 409	0,00	7,19	7,46	8,50	18,50

**A ces montants il faut ajouter le supplément relatif aux financements complémentaires (contrats et assimilés et prise en charge des cotisations) rapportés à une prestation de soins.** On obtient pour l'Assurance Maladie un montant de 32,64 € et un montant facturé de 39,83 €. Les résultats détaillés selon les inducteurs de coûts sont bruts. Pour les utiliser, il faut ajouter le montant relatif aux autres financements. Le détail du calcul des financements complémentaires et les résultats détaillés sont présentés dans la section 1.3.5 Rémunération .

### 1.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 1.3.1 Résultats selon type de prestations

Si on étudie les distributions selon le type de prestation sollicitée (Tableau 20), on obtient les résultats présentés dans le Tableau 21. Une consultation (avec actes ou sans acte) en moyenne coûte 28,57 € en 2021 et est remboursée 20,96 €.

Tableau 20 : Typologie de consultations considérées

Type	Libellé	Effectif
<b>C</b>	Consultation avec ou sans actes	3 828 059
<b>dont</b>	1 ou plusieurs actes au cours d'une prestation	149 147
<b>dont</b>	Consultations au cabinet sans actes facturés	3 678 912
<b>T</b>	Nb de téléconsultations	169 370
<b>V</b>	Nb de visites avec ou sans actes	296 980
<b>Total</b>		<b>4 294 409</b>

C: Consultation(s); V: visite(s); T: teleconsultation(s)

Tableau 21 : Resultats selon les typologies de consultations en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Consultation	Montant facturé	3 828 059	25,00	28,57	12,03	25,00	50,00
Consultation	Montant remboursé	3 828 059	16,50	20,96	10,10	17,50	39,02
Consultation	Reste à charge	3 828 059	0,00	7,61	7,43	8,50	18,50
Visite	Montant facturé	296 980	35,00	42,62	14,08	35,00	71,00
Visite	Montant remboursé	296 980	23,50	38,02	12,97	34,00	63,92
Visite	Reste à charge	296 980	0,00	4,61	7,65	1,00	21,30
Téléconsultation	Montant facturé	169 370	25,00	27,23	7,53	25,00	44,06
Téléconsultation	Montant remboursé	169 370	16,50	24,90	7,54	24,00	40,02
Téléconsultation	Reste à charge	169 370	0,00	2,34	4,75	1,00	9,00

La consultation peut être accompagnée ou non d'actes. Le Tableau 22 donne les résultats selon ce paramètre. Le montant facturé varie de 27,10€ en moyenne à 28,40€ lorsque des actes sont ajoutés.



Tableau 22 : Resultats selon la présence d’acte pendant la consultations en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Consult. sans actes	Montant facturé	3 678 912	25,00	27,10	7,13	25,00	40,02
Consult. sans actes	Montant remboursé	3 678 912	16,50	19,89	6,62	17,50	30,00
Consult. sans actes	Reste à charge	3 678 912	0,00	7,21	6,36	8,50	18,50
Consult. avec actes	Montant facturé	149 147	28,40	64,77	33,11	62,46	117,38
Consult. avec actes	Montant remboursé	149 147	11,78	47,31	28,58	41,87	105,95
Consult. avec actes	Reste à charge	149 147	0,00	17,46	17,80	13,78	45,84

Il y avait un RAC pour 3 981 666 prestations facturées soit 92,7 % des cas. Pour rappel, ce reste à charge moyen était de 7,19€ (Tableau 19). Au total, 312 743 (7,3 %) prestations ont été prises en charge sans reste à charge pour le patient.

Tableau 23 : Proportion de prestations avec RAC selon le type

Type	Effectif	%
Consultation	3 590 938	90,19
Téléconsultation	138 146	3,47
Visite	252 582	6,34
<b>Total</b>	<b>3 981 666</b>	<b>100,00</b>

### 1.3.2 Résultats selon l’âge du bénéficiaire

Le montant facturé le plus élevé était retrouvé pour les plus de 80 ans (33,37 €).

Tableau 24 : Résultats selon l’âge du bénéficiaire en euros/ ESND 2021

Age	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
0-6	Montant facturé	348 278	25,00	32,57	10,27	30,00	56,50
0-6	Montant remboursé	348 278	17,50	23,78	8,20	21,00	46,00
0-6	Reste à charge	348 278	0,00	8,79	4,90	9,00	16,95
7-16	Montant facturé	280 447	25,00	27,79	10,16	25,00	50,00
7-16	Montant remboursé	280 447	17,50	19,64	7,76	17,50	36,05
7-16	Reste à charge	280 447	0,00	8,14	5,50	7,50	17,50
17-79	Montant facturé	3 236 080	25,00	28,79	12,61	25,00	51,50
17-79	Montant remboursé	3 236 080	15,52	21,44	10,88	16,50	39,02
17-79	Reste à charge	3 236 080	0,00	7,35	7,80	8,50	18,50
80+	Montant facturé	429 604	25,00	33,37	14,12	25,00	60,00
80+	Montant remboursé	429 604	16,50	29,30	13,84	24,00	56,60
80+	Reste à charge	429 604	0,00	4,07	6,82	1,00	12,55

### 1.3.3 Résultats selon le taux de prise en charge

Les statistiques de coût sont étudiés selon le taux de remboursement (base remboursement de l’Assurance Maladie), 100 % correspondant la plupart du temps aux ALD (Tableau 25). 1 513 190 prestations (35,2 %) étaient prises en charge à 100 %.



Tableau 25 : Résultats selon le taux de remboursement en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
<100	Montant facturé	2 781 219	25,00	28,92	11,86	25,00	51,50
<100	Montant remboursé	2 781 219	7,50	18,47	7,79	16,50	33,99
<100	Reste à charge	2 781 219	7,50	10,44	6,93	8,50	20,98
100	Montant facturé	1 513 190	25,00	30,54	13,71	25,00	57,60
100	Montant remboursé	1 513 190	24,00	29,32	12,79	24,00	55,00
100	Reste à charge	1 513 190	0,00	1,21	3,81	1,00	1,00

### 1.3.4 Résultats selon le département de résidence

Le tarif est variable selon les zones géographiques. Le Tableau 26 présente les départements dont les montants moyens et médians sont extrêmes en 2021.

Tableau 26 : Valeurs extrêmes selon la zone géographique en euros/ ESND 2021

	Département	Montant remboursé	Département	Montant facturé	Département	RAC
Moyenne min	EURE ET LOIRE	20,97	ORNE	27,59	CORSE	5,65
max	CORSE	25,78	PARIS	34,98	PARIS	12,54
Médiane min	Liste*	17,50	AIN	25,00	Liste**	7,50
max	CORSE	24,00	CORSE	25,00	YONNE	8,50

\* 77 départements sur les 96 étudiés ont une médiane du montant remboursé égale à 17,50

\*\* 25 départements sur les 96 étudiés ont une médiane du montant remboursé égale à 7,50

### 1.3.5 Rémunération complémentaire des médecins généralistes

#### 1.3.5.1 ROSP

Selon les références citées dans la section 1.1.4, on note qu'en 2021, 64 801 médecins généralistes percevaient cette rémunération. On compte aussi en 2021, 65 898 médecins ayant une activité libérale exclusive ou mixte. On déduit donc que 98,3 % des médecins éligibles à la ROSP la perçoivent. La dépense totale pour cette rémunération était de **263,9** millions d'euros, soit 4 981 € par médecin généraliste.

*Note :* Dans la base ESND sur laquelle nous travaillons, nous n'avons pu estimer ce chiffre. En effet, l'ESND représente 2 % des bénéficiaires mais ne correspond pas à 2 % de la patientèle de chaque médecin puisque le tirage aléatoire pour la constitution de l'ESND est fait sur le bénéficiaire et non sur le médecin. Nous avons dans la base 58 538 médecins représentés, soit la quasi-totalité mais nous ne savons pas comment sont répartis les assurés sur ces médecins. En extrapolant de 2 % à 100 % certains médecins auraient 50 à 33 300 patients dans leur file active. Ces chiffres ne sont donc pas exploitables, nous considérons uniquement les données macro-économiques publiées pour cette estimation.



En ce qui concerne la patientèle : en 2021, la file active d'un médecin généraliste était de 1 577 patients en moyenne, contre 1571 en 2016<sup>23</sup>. Par ailleurs, selon la CNAM, les médecins auraient environ 1 000 patients en moyenne pour lequel ils sont médecin traitant<sup>24 25</sup>.

Plusieurs méthodes permettent d'estimer un supplément lié au versement de la ROSP pour chaque consultation :

- Dans l'échantillon ESND, les patients consultent en moyenne 4,66 fois le médecin généraliste, et 3 fois en médiane par an. Ainsi, 4 981 € pour 1 000 patients (médecin traitant) réalisant 3 à 4,66 consultations par an correspondent à 1,07 € à 1,66 € par consultation attribuables à la ROSP.
- Les 3 000 consultations annuelles (3 par an pour 1 000 patients) correspondent à 58,8 % des consultations réalisées par les médecins, puisqu'en moyenne, les médecins généralistes réalisent 22 consultations par jour.<sup>26</sup> Si on considère 229 jours travaillés (par le médecin ou son remplaçant) on obtient un total de 5 038 consultations par an et par médecin. Par ailleurs, certaines sources notent environ 5 100 rendez-vous par an. Néanmoins dans ce calcul on ne fait pas la différence entre les CS médecins traitant et CS hors médecin traitant. Ainsi, en considérant ce taux, le supplément ROSP à affecter à chaque consultation serait de 0,98 €. Cela correspond à 4 981 € perçu par le médecin divisé par les 5 100 consultations annuelles.
- Si on divise le montant total attribué à la ROSP (263,9 millions) par le nombre de consultations annuelles recensées par l'Assurance Maladie (212 millions) on obtient un supplément de 1,24 €.

Selon ces trois méthodes, le montant de la ROSP par consultation est donc estimé entre [+0,98 € et +1,66 €].

### 1.3.5.2 Forfait Patientèle Médecin Traitant

En 2021, le montant de la rémunération du forfait médecin traitant est défini de la façon suivante :

- Les + 80 ans hors ALD/-80 ans en ALD : 42 €/an et patient
- Les +80 ans en ALD : 70 €/an/patient
- Les 7-79 ans sans ALD : 5 €/an/patient
- Les 0-6 ans sans ALD : 6 €/an/patient

Pour proposer un correctif du coût moyen, il faut donc connaître la proportion de chacune de ces catégories ainsi que le nombre de consultations moyenne par an pour celles-ci. On les retrouve dans l'ESND (Tableau 27).

<sup>23</sup> <https://www.larevuedupraticien.fr/article/lexercice-de-la-medecine-generale-francaise-en-chiffres#:~:text=En%20ce%20qui%20concerne%20la,baiss%C3%A9%20%C3%A0%201%20489%20patients>

<sup>24</sup> <https://www.fmfpro.org/1000-patients-mt-par-generaliste-selon-la-cnam-info-ou-intox/>

<sup>25</sup> <https://www.egora.fr/actus-pro/conditions-d-exercice/76141-les-medecins-generalistes-ne-suivent-ils-que-1000-patients-en>

<sup>26</sup> <http://www.fmcadinan.org/article-une-etude-plonge-dans-l-emploi-du-temps-des-generalistes-liberaux-101539948.html#:~:text=Ils%20effectuent%20en%20moyenne%2057,accapar%C3%A9s%20par%20les%20t%C3%A2ches%20administrative>

Tableau 27 : Etude du supplément médecin traitant

	Nb de personnes uniques par groupe =A	% =B	Moyenne / médiane* du nb de consultations annuelles =C	Complément réparti sur chaque consultation selon médiane de CS annuelle** =D	=D*B/100
<b>7-79 ans sans ALD (Forfait 5 €)</b>	745 080	70,3	4,02 / 3	1,67	1,17
<b>Les 0-6 ans sans ALD (Forfait 6 €)</b>	86 381	8,15	3,86 / 3	2	0,16
<b>Les autres (Forfait 42 €)</b>	186 790	17,62	6,77 / 5	14	2,47
<b>Les+80 ans en ALD (Forfait 70 €)</b>	41 681	3,93	8,13 / 7	23,33	0,92
<b>Total</b>	<b>1 059 932</b>	<b>100</b>			<b>4,72</b>

\* nb moyens et médians de consultations par an et par profil de patient (regroupés en fonction du montant du forfait médecin traitant).

\*\*montant du forfait (FPMT) divisé par le nombre médian de consultations réalisées par an pour cette catégorie d'individu (montant forfait/colonne C).

Ainsi, le correctif à appliquer sur chaque consultation serait en moyenne de 4,20 €. En effet, à partir du supplément forfait médecin traitant estimé à 4,72 €, on tient compte du fait que 89 % des bénéficiaires disposent d'un médecin traitant<sup>27</sup>, et on suppose que les patients sans médecin traitant consomment autant de consultations que les autres patients.

### 1.3.5.3 Les cotisations sociales

Selon la DREES en 2021, 550 millions d'euros ont été dépensés pour l'ensemble des médecins généralistes soumis à cotisations sociales (exercice libéral ou mixte), soit 65 898 médecins et 8 346 € par médecin. Pour un nombre moyen de consultations annuelles de 5 100, on obtiendrait un correctif de 1,64 € par consultation lié à la prise en charge des consultations sociales. Si on répartit les cotisations sociales sur l'ensemble des consultations réalisées, on obtient un supplément de 2,59 €. Ainsi il faut considérer un supplément attribuable à la prise en charge des cotisations compris entre [1,64 € et 2,59 €].

### 1.3.5.4 Les autres forfaits

Les médecins, toutes spécialités confondues, ont touché en moyenne en 2021, 3 946 € relatifs au forfait structure<sup>28</sup>. En considérant 5100 consultations en moyenne par an pour les médecins généralistes, un supplément de 0,77 € par consultation est à ajouter pour le forfait structure. En revanche, aucune information n'est disponible sur la proportion de médecins percevant ce forfait. Si on se réfère à la fiche des honoraires 2020 des médecins généralistes<sup>29</sup>, le montant total des forfaits structure s'élevait à 166 109 000 €, pour 65 898 médecins réalisant 5 100 consultations en moyenne par an. Sur la base de ces chiffres, on obtient 0,49 € par consultation attribuable au forfait structure.

<sup>27</sup> [www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants\\_6143817\\_3224.html](http://www.lemonde.fr/societe/article/2022/09/30/sante-plus-de-10-des-francais-n-ont-pas-de-medecins-traitants_6143817_3224.html)

<sup>28</sup> <https://comparatif-logiciels-medicaux.fr/actualite/forfait-structure-2022-declaration-des-indicateurs-avant-le-10-fevrier-2023#:~:text=La%20campagne%20de%20d%C3%A9claration%20des,touch%C3%A9%20en%20moyenne%203946%20euros>

<sup>29</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-medecins-generalistes-liberaux>; [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020\\_fiche\\_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux\\_0.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux_0.pdf)



Enfin, en considérant la dotation totale structure (166 millions) divisée par le nombre de consultations déclarées par l'Assurance Maladie (212 millions) cela revient à ajouter un supplément de 0,78 € par consultation. Ainsi le forfait structure est estimé entre [+0,49 € et +0,78 €] par consultation.

Le forfait permanence des soins finance une rémunération à l'acte incluant des majorations dimanche, jours fériés, milieu de nuit (celles-ci sont déjà considérées dans les données du SNDS) ainsi qu'une rémunération à l'heure pour l'astreinte indépendamment du nombre de consultations réalisées. Le régulateur percevra 69 € de l'heure pour la participation à la régulation organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins. Pour les médecins de permanence, ils sont rémunérés à hauteur de 50 € pour la période de 20h à 0h ; de 100 € pour la période de 0h à 8h ; de 180 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8h à 20h. Nous avons peu d'informations sur ce sujet, et donc plusieurs sources/hypothèses peuvent être utilisées pour le calcul du supplément<sup>30 31</sup>:

- En considérant que certains médecins généralistes exercent des missions de régulation à hauteur de 5h/semaine, on obtient un total de 260 heures à 69 €, soit 17 940 € par an par MG régulateur. Ramené à 6 % de MG régulateurs, 1 076,4 € représente le montant versé en moyenne aux médecins généralistes. Rapportés à la consultation, le forfait médecin régulateur serait de 21 centimes par consultation.
- 60 % des médecins généralistes font des astreintes à hauteur de 10h/semaine : nous n'avons pas le détail des heures auxquelles ces astreintes sont réalisées. Ainsi, si on considère un forfait moyen de 110 €, on compterait 1 110 € par semaine et 57 720 € annuels. Considérant cet exercice pour 60 % des médecins généralistes on peut considérer un montant de 34 632 €, soit un supplément de 6,79 € par consultation.
- Si on se réfère à la fiche des honoraires 2020 des médecins généralistes<sup>32</sup>, le montant total affecté à la permanence des soins (PDS) est de 236 527 000 € pour 212 millions de consultations en 2021. Sur la base de ces chiffres, on obtient 1,11 € par consultation attribuable à la PDS. Etant donné le caractère déclaratif des sources permettant la réalisation des deux précédents calculs nous retenons le montant de 1,11 € par consultation.

## 1.4 Synthèse

En conclusion, le coût à retenir d'une consultation de médecine générale en France métropolitaine pour l'Assurance Maladie est de 32,64 € (Tableau 29) en tenant compte de la rémunération à l'acte et complémentaire (Tableau 28). Elle est présentée au remboursement en moyenne au montant de 39,83 €. Nous avons choisi de considérer la borne haute pour nous situer dans le cas le plus conservateur.

<sup>30</sup> <http://www.fmcddinan.org/article-une-etude-plonge-dans-l-emploi-du-temps-des-generalistes-liberaux-101539948.html#:~:text=ils%20effectuent%20en%20moyenne%2057,accapar%C3%A9s%20par%20les%20t%C3%A2ches%20administrative>

<sup>31</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er797-2.pdf>

<sup>32</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/zoom-ps-medecins-generalistes-liberaux>; [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020\\_fiche\\_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux\\_0.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_medecins-generalistes-hors-medecins-a-exercice-particulier-liberaux_0.pdf)



Tableau 28 : Synthèse des résultats financements complémentaires en euros

Financements complémentaires	Estimation par consultation
Forfait médecin traitant	4,20
Aide cotisations sociales	2,59
Forfait structure	0,78
Forfait permanence des soins	1,11
Forfait ROSP	1,66
<b>Total</b>	<b>10,34</b>

Tableau 29 : Synthèse des résultats consultation MG incluant les financements complémentaires en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	4 294 409	35,34	39,83	12,57	35,34	65,34
Montant remboursé	4 294 409	26,84	32,64	11,13	27,84	52,34
Reste à charge	4 294 409	0,00	7,19	7,46	8,50	18,50

Dans la littérature l'estimation de la rémunération unitaire de la consultation varie de 31 € à 36,5 € selon les sources (i.e. syndicats de médecins généralistes). Selon les publications de l'Assurance Maladie, en 2021, les honoraires de l'ensemble des médecins généralistes s'élevaient à 7 805 160 103 €. Cela inclut, les dépassements, les frais de déplacements, les majorations de déplacements (y compris en PDS). A priori cela n'intègre pas les financements complémentaires. En parallèle, la CNAM déclare pour 2021, 211 550 081 unités de soins réalisées par les médecins généralistes. Cela comprend les consultations, visites, actes (peut être en doublons avec la consultation). Il n'est pas fait mention des téléconsultations (peut être incluses dans les consultations). Sur la base de ces hypothèses, le montant moyen est de 36,90 €, mais le périmètre exact de ce qui est considéré reste flou. Si on considère les dépenses de l'Assurance Maladie pour la médecine générale hors honoraires et DIPA, le montant complémentaire à appliquer à chaque consultation est de 8,5 € (550 millions d'€/211 millions de consultations). Nos résultats sont donc très cohérents.

## 1.5 Analyse de sensibilité

Le groupe s'est posé la question de supprimer les cas des prestations hors parcours coordonné, c'est-à-dire les consultations non réalisées chez le médecin traitant. En effet, celles-ci ne donnent pas lieu au même taux de remboursement. La suppression de ce profil de dépenses permettrait de réduire la variabilité du coût, mais réduirait en même temps la représentativité de l'échantillon. En effet, 11 % des personnes n'ont pas de médecin traitant, et l'accès aux soins étant hétérogène et difficile dans de nombreuses villes, cela amplifie le phénomène de recours aux soins hors parcours coordonné. Pour répondre à cette question, nous avons étudié l'effectif concerné. 142 662 / 4 294 409 lignes de prestations étaient concernées soit 3,3 %. Etant donné que 80 % des valeurs se trouvent sur le même niveau de dépenses, il n'y a pas d'intérêt de supprimer les hors parcours coordonnés, les résultats étant insensibles à ce changement.

## 2 Les consultations des spécialistes

### 2.1 Revue de la littérature

La principale référence concernant les dépenses attribuables aux prestations des médecins spécialistes est celle des comptes de la santé publiée par la DREES <sup>33</sup>.

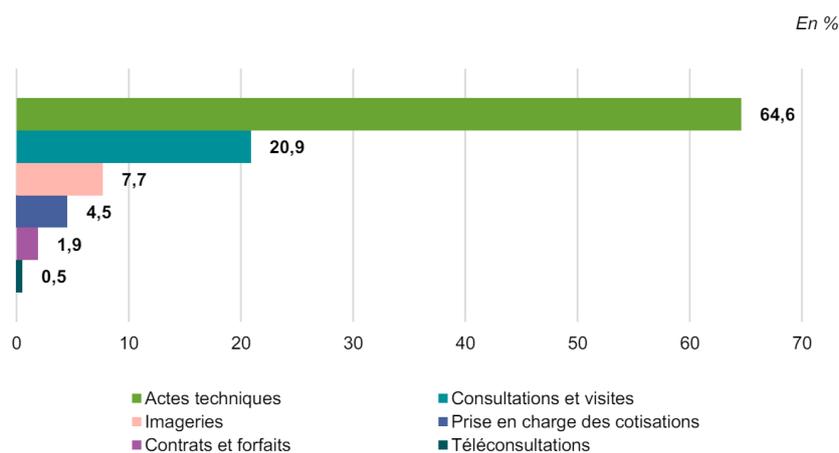
#### 2.1.1 Démographie des médecins spécialistes (hors médecine générale)

- 125 157 708 consultations réalisées en 2021 pour la France métropolitaine tous régimes, selon ameli.fr<sup>34</sup>. Cela inclue les actes, les visites et les consultations. Certains actes pouvaient être réalisés au cours d'une consultation et donc peuvent être comptabilisés deux fois dans la présentation de ces résultats puisque les actes et consultations sont recensés de manière distincte.
- 13,6 milliards d'euros en 2021 (incluant les DOM TOM, tous régimes).

#### 2.1.2 Composition des honoraires

- La particularité des spécialistes est que la principale composante des dépenses sont des actes techniques (64,6 % du total en 2022 vs 20,9 % pour les dépenses de consultations, Figure 10).

Figure 10 : Composition de la dépense des consultations de spécialistes



Source > DREES, comptes de la santé.

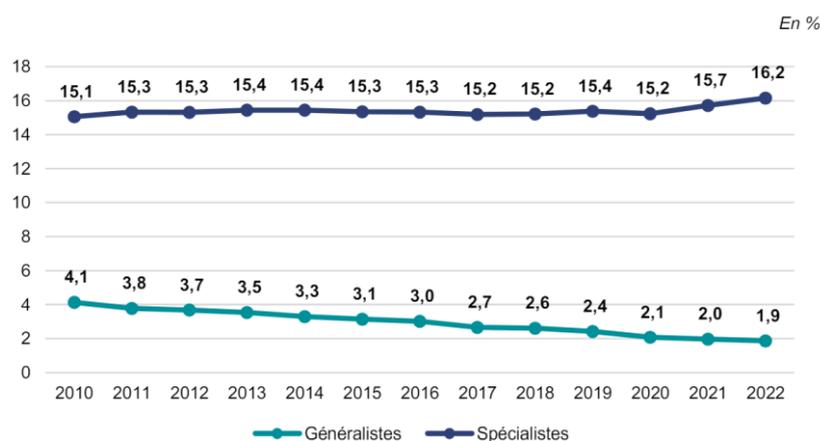
A l'inverse des médecins généralistes, les dépassements d'honoraires constituent une part importante des honoraires des médecins spécialistes libéraux (16,2 %, Figure 11 avec 53 % des spécialistes pratiquant des honoraires libres en 2022).

<sup>33</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Fiche%2006%20-%20Les%20soins%20de%20m%C3%A9decins%20g%C3%A9n%C3%A9ralistes%20et%20sp%C3%A9cialistes.pdf>

<sup>34</sup> Fichier « activité médecins libéraux ape par région série annuelle.xls »



Figure 11 : Dépassements d'honoraires



- Les spécialistes perçoivent en plus de leur honoraires dépendant de leur activité, des financements complémentaire (768 millions d'€, soit environ 6 % des dépenses de l'AM, Tableau 30). Ces dépenses englobent la ROSP et le forfait patientèle médecin traitant (168 millions d'€ pour la ROSP en 2021, Tableau 31).

Tableau 30 : Rémunération des médecins spécialistes

**b. Médecins spécialistes**

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Soins courants</b>	<b>10 751</b>	<b>12 132</b>	<b>12 380</b>	<b>12 789</b>	<b>12 416</b>	<b>13 632</b>	<b>14 197</b>
Honoraires	10 089	11 493	11 759	12 093	11 397	12 855	13 285
Contrats et assimilés <sup>1</sup>	103	48	62	99	144	190	267
Prise en charge des cotisations	559	592	558	597	589	578	642
DIPA <sup>2</sup>					287	9	3
Évolution (en %)	0,9	2,4	2,0	3,3	-2,9	9,8	4,1
Prix (en %)	0,5	1,4	1,9	1,0	3,1	-1,4	1,8
Volume (en %)	0,4	0,9	0,1	2,3	-5,9	11,4	2,3

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires, les aides liées à la télétransmission ainsi que forfait patientèle médecin traitant (FPMT).

2. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (fiche 2).

**Lecture** > En 2022, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 14 197 millions d'euros, dont 267 millions d'euros de contrats et assimilés versés par la Sécurité sociale et 642 millions d'euros de prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie.

**Sources** > DREES, comptes de la santé ; Insee pour les indices des prix à la consommation.

Tableau 31 : Contrats et assimilés

*En millions d'euros*

	Médecins généralistes	Médecins spécialistes
<b>Contrats et assimilés</b>	<b>1 932</b>	<b>267</b>
FPMT – Forfait patientèle médecin traitant	897	8
ROSP – Rémunération sur objectifs de santé publique	733	168
CPTS – Communautés professionnelles territoriales de santé	30	55
Autres contrats	272	37

**Note** > Les autres contrats contiennent les incitations à l'implantation dans certaines zones démographiques, certaines dépenses du fonds d'intervention régional (FIR) relatives à la permanence des soins et à l'amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire (mission 3 du FIR) et de dépenses forfaitaires (contraception et maladie sexuellement transmissible).

**Source** > DREES, comptes de la santé.

## 2.1.3 Montant des honoraires

### 2.1.3.1 Montant des CS et actes

Le montant<sup>35</sup> de la consultation (hors majorations et actes) en secteur 1 peut varier de 31,50 € pour les dermatologues à 52,5 € pour les cardiologues en 2021 (Tableau 32). Les consultations hors parcours de soins ne sont remboursées qu'à 30 %. Les coûts des majorations et des actes sont à ajouter au coût de la consultation.

Tableau 32 : Tarif d'une consultation spécialiste (secteur 1).

Spécialiste	Tarifs de la consultation
Cardiologue	52,50 €
Dentiste	23 €
Dermatologue	31,50 €
Gynécologue	31,50 €
Neurologue	51,70 €
Neuropsychiatre	51,70 €
Ophthalmologue	31,50 €
ORL	31,50 €
Orthopédiste	31,50 €
Pneumologue	31,50 €
Psychiatre	51,70 €
Rhumatologue	31,50 €
Urologue	31,50 €

Tarifs récupérés sur le site d'Ameli en 2024.

Au cours de la consultation, des règles de cumul peuvent s'appliquer<sup>36</sup> (comme indiqué dans le rapport technique MOVIE (annexe 2)), ainsi on trouvera des actes associés à des CS ou seulement des actes (cas où la double facturation n'est pas possible).

### 2.1.3.2 Financement complémentaire

Tableau 33 : Montant des financements complémentaires en 2021<sup>37</sup>

ROSP	Nb de médecins rémunérés	Dépense AM (millions d'€)	Montant moyen versé par médecin (€)
Cardiologue	4 414	8,9	2 016
Gastro-entérologue	1 995	2,8	1 391
Endocrinologue	786	1,1	1 438
Med. traitant enfant (pédiatre)	12 451	12,7	1 020

## 2.1.4 Le cas des Actes et Consultations Externe (ACE)

La principale référence concernant les statistiques des ACE est le rapport des comptes de la sécurité sociale publié en septembre 2015<sup>38</sup>. Les actes et consultations externes (ACE) sont réalisés par les

<sup>35</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17042#:~:text=Le%20montant%20des%20C3%A9ventuels%20d%C3%A9passements,une%20consultation%20en%20secteur%201>

<sup>36</sup> [https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article\\_lc/JORFARTI000034951115/](https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000034951115/)

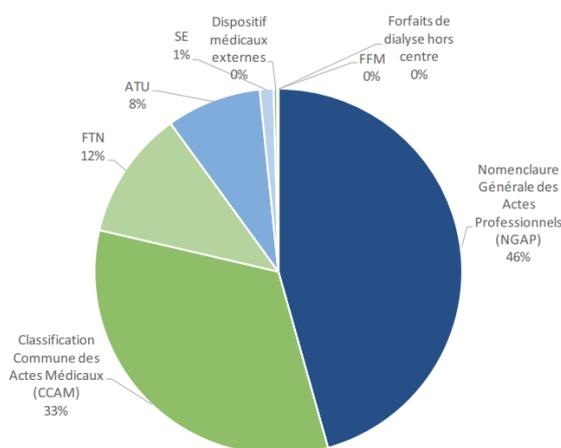
<sup>37</sup> <https://assurance-maladie.ameli.fr/presse/2022-04-26-cp-rosp-2021>

<sup>38</sup> [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/FICHE\\_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE\\_ECLAIRAGE-2015-LES\\_ACTES\\_ET\\_CONSULTATIONS\\_EXTERNES\\_A\\_L-HOPITAK.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/FICHE_ECLAIRAGE/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-2015-LES_ACTES_ET_CONSULTATIONS_EXTERNES_A_L-HOPITAK.pdf)

praticiens exerçant dans les établissements de santé. Ils comprennent 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 (suppléments matériels, forfaits sécurité environnement et autres suppléments liées à l'activité médicale). Cette activité est de même nature que celle réalisée par les praticiens libéraux en cabinet de ville mais son organisation peut varier. 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 en 2014, information la plus récente retrouvée. Ils représentent 39 millions d'actes, et 14 % du total des dépenses.

**Figure 12 : Répartition et montants des dépenses d'Assurance Maladie versées au titre des actes et consultations externes en 2014**



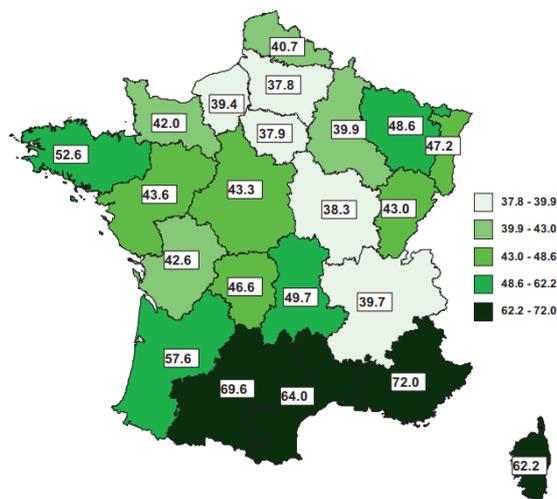
Source : ATIH / DSS / 6B

Alors que les tarifs des séjours hospitaliers sont déterminés à partir de l'échelle nationale des coûts, la tarification des actes et consultations externes à l'hôpital (par le biais de la CCAM et de la NGAP) est fixée de manière exogène par la convention établie entre l'Assurance Maladie et les professionnels de santé libéraux. Les tarifs CCAM et NGAP correspondent à une valorisation du travail médical en ville dont les caractéristiques diffèrent du coût du travail à l'hôpital. Notamment en termes d'organisation, l'hôpital a recours au plateau technique mais aussi à différents professionnels de santé non médicaux, à des fins d'optimisation alors que pour la ville l'accès au plateau technique est plus limité et commence à peine à déléguer certaines responsabilités aux PS non médicaux.

Selon le rapport des comptes de la sécurité sociale de septembre 2015, les consultations externes à l'hôpital peuvent jouer en effet un rôle important en termes d'accès aux soins, puisqu'elles permettent, dans certains cas, de pallier une offre libérale à tarif opposable insuffisante ou plus difficile d'accès notamment parce que les actes et consultations externes des spécialistes en établissement hospitaliers ne peuvent pas faire l'objet de dépassements d'honoraires. Ainsi, la dépense d'actes et consultations externes de spécialistes est assez élevée en Basse-Normandie et en Île-de-France alors que la densité de spécialistes libéraux conventionnés de secteur 1 est inférieure à la moyenne

nationale (Figure 13). Ce phénomène est constaté également dans le sens inverse (Aquitaine, Midi-Pyrénées, Corse).

Figure 13 : Densité de médecins spécialistes conventionnés secteur 1, moyenne nationale 47,4/100 000 habitants.



## 2.2 Résultats généraux

### 2.2.1 Financements complémentaires des médecins spécialistes

Plusieurs financements dits complémentaires existent et sont référencés par la DREES pour les médecins en activité libérale. Dans l'ESND, 2 029 124 consultations en libéral ont été observées, soit 101 456 200 à l'échelle de 100 %. Sur la base de ce volume d'activité nous pourrions réaffecter un supplément lié aux financements complémentaires des médecins. Nous avons fait le choix de n'estimer qu'un seul supplément global lié aux rémunérations complémentaires, bien que nous ayons le détail des contrats FPMT/ROSP/CPTS (Tableau 31). En effet, pour la ROSP par exemple, une partie des médecins traitants de l'enfant sont des médecins généralistes mais nous ne connaissons pas la proportion. Concernant le FPMT, nous ne savons pas combien de médecins spécialistes sont concernés et nous aurions été conduits à faire des hypothèses. Bien que toutes les spécialités ne soient pas concernées par ces financements complémentaires nous avons choisi d'estimer un supplément moyen à ajouter au coût de consultation de tous les médecins libéraux spécialistes. Le supplément relatif aux cotisations sociales concerne lui, tous les médecins libéraux.

#### 2.2.1.1 Les cotisations sociales

Selon la DREES en 2021, 578 millions d'euros ont été dépensés pour l'ensemble des médecins spécialistes soumis à cotisations sociales (exercice libéral ou mixte, Tableau 30). Rapporté au nombre de consultations observées dans MOVIE, l'aide relative aux cotisations est de 5,7 € par consultation. Si on considère le nombre de consultations tous régimes déclarées par l'Assurance Maladie en 2021 (sachant que les effectifs des consultations et des actes sont comptabilisés séparément, ainsi dans notre cas il peut y avoir double comptage), l'aide relative aux cotisations sociales s'élève à 4,6 € par consultation.

#### 2.2.1.2 Contrat et assimilés

En 2021, 190 millions d'euros ont été dépensés pour l'ensemble des médecins au titre de contrats et assimilés (rémunération liée aux contrats, les financements complémentaires, les aides liées à la télétransmission ainsi que le forfait patientèle médecin traitant, Tableau 30). Ainsi, on peut considérer

un supplément de 1,9 € par consultation libérale des médecins spécialistes. Si on considère le nombre de consultations tous régimes déclarées par l'Assurance Maladie en 2021, le supplément lié aux financements complémentaires des médecins est 1,5 € par consultation.

### 2.2.1.3 Résumé des résultats des financements complémentaires

Le montant complémentaire **issu d'autres sources de financement (contrats et assimilés et prise en charge des cotisations)** concerne uniquement les médecins libéraux (il est de 7,6 €). Ce supplément **ne s'applique pas à l'activité externe** i.e. exercée à l'hôpital. Ainsi, ce montant a été directement intégré dans **tous** les résultats qui vont suivre.

Tableau 34 : Résultats estimation des financements complémentaires

Dépenses	Montant estimé €
Cotisations sociales	4,6 - 5,7
Autres contrat et assimilés	1,5 - 1,9
<b>Total</b>	<b>6,1 - 7,6</b>

**Ainsi, contrairement aux autres postes de dépenses, les suppléments ROSP et autres contrats ne s'appliquant qu'à une partie des consultations de spécialistes (libéral uniquement), tous les résultats qui suivent intègrent ce supplément.**

## 2.2.2 Descriptif des données

En 2021, 2 576 912 consultations ont été recensées dans l'ESND, décomposées en 2 029 124 (78,7 %) pour l'activité libérale et 547 788 (21,3 %) pour l'activité externe des hôpitaux (ACE). Le montant total remboursé des prestations est de 116 974 999 € sur une dépense totale de 170 402 208 € à l'échelle des 2 % de l'ESND. A l'échelle nationale, cela représente 129 millions de prestations pour un remboursement de 5,8 milliards d'euros sur une dépense totale de 8,5 milliards d'euros (tous payeurs). Le détail des effectifs par spécialité est présenté dans le Tableau 35.

Tableau 35 : Effectif par type de spécialité et lieu d'exécution des soins avant prise en compte des régularisations

SPECIALITE	Total	% ACE	% ville
ALLERGOLOGIE	8 679	1,11	98,89
REANIMATION INTENSIVE MEDICALE	117 503	36,27	63,73
ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION CHIRURGICALE			
CHIRURGIE ORALE	315 049	36,09	63,91
CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE			
CHIRURGIE VASCULAIRE			
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE			
CHIRURGIE PLASTIQUE RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE			
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE			
CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE			
CHIRURGIE INFANTILE			
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE			
CHIRURGIE UROLOGIQUE			



NEUROCHIRURGIE			
CHIRURGIE GENERALE			
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	165 521	10,98	89,02
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	48 692	30,27	69,73
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	82 980	31,41	68,59
GENETIQUE MEDICALE	2 186	91,77	8,23
GERIATRIE	3 044	52,27	47,73
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE MEDICALE			
OBSTETRIQUE			
GYNECOLOGIE MEDICALE	295 141	23,92	76,08
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE			
HEMATOLOGIE	10 831	85,28	14,72
MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	337	31,75	68,25
MEDECINE INTERNE	30 458	82,19	17,81
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	18 590	13,97	86,03
MEDECINE VASCULAIRE	19 929	1,99	98,01
NEPHROLOGIE	14 519	58,33	41,67
NEUROLOGIE	46 283	34,16	65,84
ONCOLOGIE MEDICALE	23 142	67,98	32,02
OPHTALMOLOGIE	474 553	10,47	89,53
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	136 657	20,46	79,54
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	228 474	17,17	82,83
PEDIATRIE	169 047	13,62	86,38
PNEUMOLOGIE	69 571	30,24	69,76
NEUROPSYCHIATRIE			
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT	208 702	3,48	96,52
PSYCHIATRIE GENERALE			
RHUMATOLOGIE	87 024	14,46	85,54

### 2.2.3 Coût d'une consultation de spécialiste

En 2021, la dépense liée à une consultation de médecin spécialiste était de 66,13 € (Tableau 36) en moyenne et remboursée 45,39 € par l'Assurance Maladie. Le reste à charge est en moyenne de 20,73 €. Si on détaille selon le lieu de prise en charge, on constate que la consultation spécialiste est facturée en moyenne 69,76 € et est remboursée 45,30 € avec un reste à charge moyen de 24,5 €. Pour les ACE, la consultation spécialiste est facturée en moyenne 52,67 € et est remboursée 45,73 € avec un reste à charge moyen de 6,94 €.



Tableau 36 : Dépenses pour une prestation d'un médecin spécialiste en euros/ ESND 2021

Lieu	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Total	Montant facturé	2 576 912	30,00	66,13	37,14	57,60	127,60
Total	Montant remboursé	2 576 912	21,00	45,39	28,37	38,80	103,09
Total	Reste à charge	2 576 912	0,00	20,73	24,09	15,00	59,97
Ville	Montant facturé	2 029 124	37,60	69,76	36,14	59,83	127,60
Ville	Montant remboursé	2 029 124	22,70	45,30	25,90	39,29	97,62
Ville	Reste à charge	2 029 124	0,00	24,46	25,41	19,00	64,90
ACE	Montant facturé	547 788	25,00	52,67	37,70	42,60	130,20
ACE	Montant remboursé	547 788	19,60	45,73	36,09	35,00	118,77
ACE	Reste à charge	547 788	0,00	6,94	9,71	0,00	24,82

## 2.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

### 2.3.1 Résultats selon le type de prestation

Si on étudie les coûts selon le type de prestation sollicitée (Tableau 37), on obtient les résultats présentés dans le Tableau 38.

Tableau 37 : Définition et effectifs selon le type de prestation

Type	Libellé	Total	ACE	Ville
<b>CA</b>	1 ou plusieurs actes au cours d'une prestation	975 806	163 644	812 162
<b>C</b>	Consultations au cabinet sans actes	1 548 710	374 203	1 174 507
<b>T</b>	Téléconsultations	51 208	9 941	41 267
<b>V</b>	Visites à domicile avec ou sans actes	118	-	1 188
<b>Total</b>		<b>2 575 842</b>	<b>547 788</b>	<b>854 617</b>

Tableau 38 : Dépenses selon le type de prestation en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Consultation	Montant facturé	2 524 516	30,00	66,36	37,32	57,60	127,60
Consultation	Montant remboursé	2 524 516	21,00	45,45	28,58	38,80	103,09
Consultation	Reste à charge	2 524 516	0,00	20,90	24,10	15,01	59,90
Téléconsultation	Montant facturé	51 208	28,00	54,80	24,02	54,30	107,60
Téléconsultation	Montant remboursé	51 208	25,00	42,40	14,41	39,29	65,00
Téléconsultation	Reste à charge	51 208	0,00	12,40	21,94	1,00	62,00
Visite	Montant facturé	1 188	34,41	65,18	28,83	57,60	127,60
Visite	Montant remboursé	1 188	23,70	46,30	15,96	45,70	69,10
Visite	Reste à charge	1 188	0,00	18,88	28,18	1,00	83,90
Consult. <b>sans</b> actes	Montant facturé	1 548 710	30,00	53,29	19,67	53,60	87,60
Consult. <b>sans</b> actes	Montant remboursé	1 548 710	21,00	35,23	11,50	33,15	56,60
Consult. <b>sans</b> actes	Reste à charge	1 548 710	0,00	18,06	18,92	14,01	54,90
Consult. <b>avec</b> actes	Montant facturé	975 806	42,46	87,10	47,81	77,60	163,88
Consult. <b>avec</b> actes	Montant remboursé	975 806	28,16	61,68	38,37	50,58	131,00
Consult. <b>avec</b> actes	Reste à charge	975 806	0,00	25,42	30,00	21,47	68,16



La particularité des consultations réalisées en hôpital public ou ESPIC est que le médecin peut être assisté d'un professionnel de santé (PS) non médical pour la réalisation de la consultation, ce qui est moins courant dans le secteur libéral. Le Tableau 39 montre que 9,1 % des consultations ACE comprenaient l'intervention d'un autre PS (paramédical ou autre) et 11,7 % des consultations avec actes. C'est le cas de la sage-femme en gynécologie, de l'orthoptiste en ophtalmologie, de l'infirmier en maladie infectieuse, ou de l'activité d'un pédicure ou kinésithérapeute dans différentes spécialités. La spécialité médicale qui a le plus recours à un PS (facturé) lors de la consultation est « Médecine des maladies infectieuses et tropicales » avec 50,5 % des consultations assistées.

Figure 14 : Distribution du montant facturé selon le type de prestation

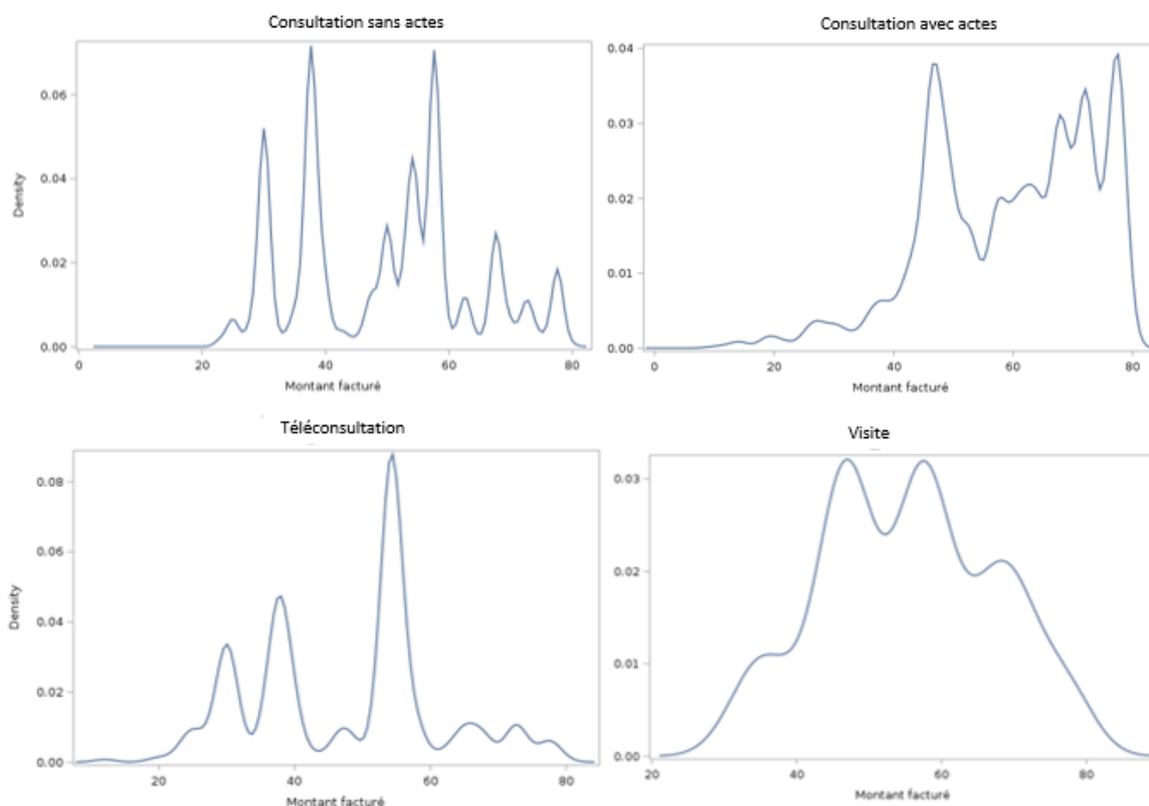


Tableau 39 : Effectif et proportion des consultations assistées d'un autre professionnel de santé en ACE

	Effectif	%
<b>Type de prestation assistée d'un PS</b>		
Consultation	34 131	9,1
Consultation associée à un acte	19 201	11,7
<b>Spécialité</b>		
MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	54	50,5
GENETIQUE MEDICALE	514	25,6
HEMATOLOGIE	2 114	22,9
NEPHROLOGIE	1 880	22,2
MEDECINE INTERNE	3 911	15,6
OPHTALMOLOGIE	7 687	15,5
PEDIATRIE	3 220	14,0
ALLERGOLOGIE	12	12,5
GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE	8 634	12,2
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	1 659	11,3
CHIRURGIE	10 845	9,5
ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	3 918	9,2
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	1 669	9,1
ONCOLOGIE MEDICALE	31	7,8
MEDECINE VASCULAIRE	1 230	7,8
PNEUMOLOGIE	1 121	5,3
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	1 267	4,86
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	1 184	4,23
RHUMATOLOGIE	502	3,99
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	98	3,77
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	1 255	3,20
GERIATRIE	47	2,95
PSYCHIATRIE	194	2,67
NEUROLOGIE	327	2,07

### 2.3.2 Résultats selon la spécialité

Le nombre de spécialités étant important, nous ne présentons que la moyenne dans ce rapport (Tableau 40).

Tableau 40 : Coût moyen d'une consultation selon la spécialité médicale en euros/ ESND 2021

SPECIALITE	Montant facturé	Montant remboursé	Reste à charge
NEUROLOGIE	104,29	84,21	20,08
PATHOLOGIE CARDIO-VASCULAIRE	91,36	75,88	15,48
MEDECINE VASCULAIRE	87,22	67,61	19,61
PNEUMOLOGIE	82,91	68,17	14,73
OPHTALMOLOGIE	69,71	42,39	27,32
GYNECOLOGIE, OBSTETRIQUE	68,12	42,56	25,56
OTO RHINO-LARYNGOLOGIE	67,47	43,65	23,82
MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	65,60	44,86	20,74
PSYCHIATRIE GENERALE	64,95	44,45	20,51
RHUMATOLOGIE	62,31	42,01	20,3
ALLERGOLOGIE	61,58	41,63	19,95
GASTRO-ENTEROLOGIE ET HEPATOLOGIE	60,21	45,36	14,85
CHIRURGIE	59,78	38,22	21,56
DERMATOLOGIE ET VENEROLOGIE	57,43	35,76	21,67
ENDOCRINOLOGIE ET METABOLISMES	54,18	39,96	14,22
GERIATRIE	51,08	41,72	9,36
PEDIATRIE	50,82	34,99	15,82
MEDECINE INTERNE	50,42	41,04	9,37
ANESTHESIOLOGIE - REANIMATION	48,12	33,68	14,44
GENETIQUE MEDICALE	46,44	38,25	8,19
NEPHROLOGIE	44,29	41,25	3,04
MEDECINE DES MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	43,76	31,94	11,82
HEMATOLOGIE	42,55	37,87	4,68
ONCOLOGIE MEDICALE	40,21	37,00	3,21

### 2.3.3 Résultats selon l'âge

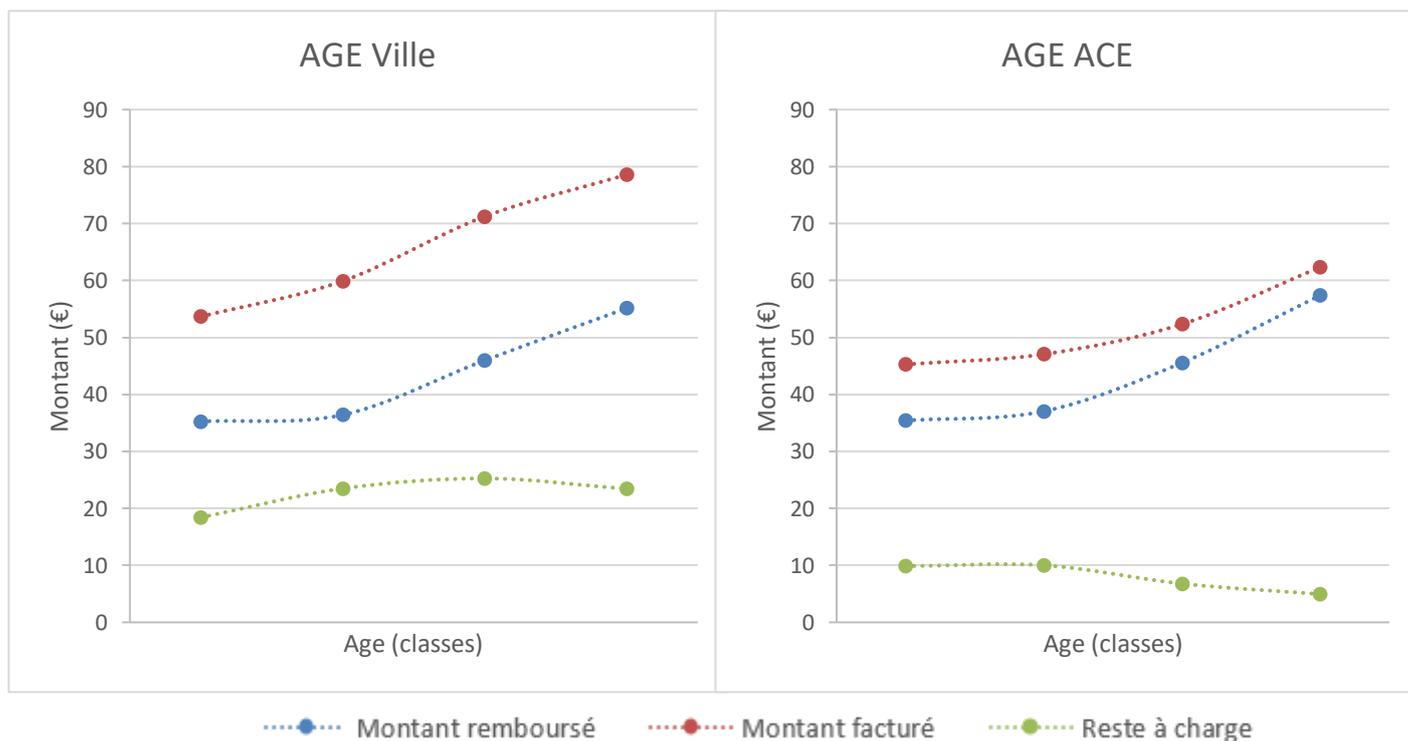
On note une corrélation positive entre l'âge et les différents indicateurs de coûts estimés (Tableau 41, Figure 15). De plus, on note un niveau un peu plus élevé dans le secteur libéral, comparativement au secteur externe des hôpitaux.



Tableau 41 : Résultats selon l'âge du bénéficiaire en euros/ ESND 2021

Age	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
0-6	Montant facturé	188 239	30,00	52,45	20,98	48,55	87,60
0-6	Montant remboursé	188 239	21,00	35,28	14,98	30,00	54,29
0-6	Reste à charge	188 239	0,00	17,17	16,03	10,02	47,60
7-16	Montant facturé	151 752	25,00	57,33	31,69	52,60	104,09
7-16	Montant remboursé	151 752	19,60	36,55	19,67	34,83	63,15
7-16	Reste à charge	151 752	0,00	20,79	21,29	15,00	53,42
17-79	Montant facturé	2 019 807	30,00	67,15	37,80	57,60	130,20
17-79	Montant remboursé	2 019 807	21,00	45,89	28,84	39,29	103,09
17-79	Reste à charge	2 019 807	0,00	21,26	24,70	15,01	61,71
80+	Montant facturé	217 114	35,00	74,59	41,15	67,60	148,46
80+	Montant remboursé	217 114	22,70	55,68	33,06	48,30	111,50
80+	Reste à charge	217 114	0,00	18,91	25,57	10,92	62,48

Figure 15 : Représentations graphiques des indicateurs moyens, ACE : Actes et consultations externes



### 2.3.4 Résultats selon la zone géographique

Le tarif est variable selon les zones géographiques, le Tableau 42 présente les départements dont les montants moyens et médians sont extrêmes en 2021.



Tableau 42 : Valeurs extremes en euros/ ESND 2021

	Département	Montant remboursé	Département	Montant facturé	Département	RAC
Moyenne min max	HAUTS-DE-SEINE	41,49	MAYENNE	57,56	AVEYRON	13,18
	CORSE	50,90	PARIS	84,30	PARIS	42,08
Médiane min max	HAUTS-DE-SEINE	34,90	MAYENNE	51,00	LOT*	10,00
	CORSE	42,60	PARIS	77,60	PARIS	37,60

\* Plusieurs départements ont la même valeur.

Attention les résultats ne sont ni standardisés ni ajustés. La Figure 13 montre l’hétérogénéité des médecins conventionnés secteur 1 sur le territoire, ce qui induit une variation sur le montant du reste à charge. Au-delà de cette différenciation, l’âge et le sex-ratio n’est pas homogène sur le territoire. Ainsi, les consultations peuvent être plus ou moins coûteuses en fonction du profil des individus et par conséquent de la nature des actes réalisés en consultation. La variation du coût sur le territoire prend en compte tous ces paramètres.

### 2.3.5 Résultats selon le taux de prise en charge

Les statistiques de coût sont déclinées selon le taux de remboursement (base remboursement de l’Assurance Maladie, Tableau 43). Le 100 % correspond la plupart du temps aux ALD. Au total, 838 677 consultations (32,5 %) étaient prises en charge à 100 % (dont 51 % pour les ACE et 27 % pour la ville). Le taux de prise en charge pouvait être très varié, notamment en fonction des actes pratiqués.

Tableau 43 : Montants selon le taux de remboursement de l’Assurance Maladie en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
<100	Montant facturé	1 738 235	30,00	64,95	32,05	57,60	117,60
<100	Montant remboursé	1 738 235	21,00	37,74	17,95	34,58	69,63
<100	Reste à charge	1 738 235	9,00	27,21	22,58	21,28	64,90
100	Montant facturé	838 677	30,00	68,56	45,84	57,60	148,46
100	Montant remboursé	838 677	29,60	61,25	37,84	53,30	129,79
100	Reste à charge	838 677	0,00	7,31	21,40	1,00	40,00



# Chapitre 4 : Les soins dentaires

C Delettrez, B Dervaux : CHU Lille

S David-Tchouda, K Charriere: CHU Grenoble



# 1 Revue de la littérature

## 1.1 Démographie des professionnels de santé exerçant des soins dentaires.

Les soins dentaires en France sont assurés par plusieurs types de professionnels de santé, aux statuts et parcours de formation différents. On distingue principalement :

- Les chirurgiens-dentistes, non-médecins, qui assurent la majorité des soins courant ; Le chirurgien-dentiste est un spécialiste des soins bucco-dentaires. Il est titulaire du diplôme d'Etat de docteur en chirurgie dentaire. Les libéraux représentent la majorité (96 %) des chirurgiens-dentistes. En 2022, ils étaient environ 36 000<sup>39</sup>. Aujourd'hui ils sont près de 40 000.
- Les chirurgiens-dentistes en orthodontie qui sont des chirurgiens-dentistes spécialistes ; L'orthodontiste est un chirurgien-dentiste spécialiste en orthopédie dentofaciale ou ODF (alignement des dents et de l'emboîtement des mâchoires). Il est titulaire d'un certificat d'études cliniques spéciales mention orthodontie (CECSMO) ou un diplôme d'études spécialisées (DES) d'orthopédie dentofaciale. Les libéraux représentent la majorité de ces ODF<sup>40</sup> (87 %). En 2022, ils étaient 2105 orthodontistes en activité en France et près de 2 500 en 2025<sup>41</sup>, majoritairement en libéral. Il existe aussi d'autres spécialités en chirurgie dentaire : chirurgie orale ou CO, spécialité pour des pathologies lourdes (N = 250 en 2025), médecine bucco-dentaire ou MBD qui assure une prise en charge globale et personnalisée des patients (N = 116 en 2025)
- Les stomatologues, médecins spécialistes, qui réalisent des actes chirurgicaux complexes. Le stomatologue est un médecin-chirurgien spécialisé dans les pathologies buccales, dents y compris. Le médecin stomatologue est un docteur en médecine titulaire d'un diplôme d'études spécialisées ou d'un certificat d'études supérieures en stomatologie. Les stomatologues exercent en grande majorité en libéral exclusif (70 %) tandis qu'environ un sur huit exerce en libéral et hôpital. Il y avait 714 stomatologues libéraux en 2022<sup>42</sup>.

Tableau 44 : Effectif des dentistes hors salariés hospitaliers exclusifs, chiffre DREES

	2013	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 22/23 (en %)	Structure 2023 (en %)
<b>Ensemble des dentistes</b>	<b>40 300</b>	<b>41 400</b>	<b>42 100</b>	<b>42 400</b>	<b>43 400</b>	<b>44 400</b>	<b>2,4</b>	<b>100,0</b>
Libéraux exclusifs et mixtes	36 800	36 800	37 100	36 900	37 200	37 600	1,1	84,7
Salariés hors hospitaliers	3 500	4600	5000	5500	6200	6800	10,2	15,3

**Note** > Ne sont comptabilisés ici que les dentistes en exercice libéral exclusif ou mixte (libéral et salarié). Pour plus d'informations sur les effectifs hospitaliers, voir la fiche 3.

**Champ** > France métropolitaine et DROM.

**Source** > DREES, RPPS 2012-2023.

## 1.2 Système de tarification

Deux modes de tarification des soins dentaires coexistent :

<sup>39</sup> [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022\\_fiche\\_chirurgiens-dentistes-liberaux.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_chirurgiens-dentistes-liberaux.pdf), <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

<sup>40</sup> [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022\\_fiche\\_chirurgiens-dentaires-specialistes-orthopedie-dento-faciale-liberaux.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_chirurgiens-dentaires-specialistes-orthopedie-dento-faciale-liberaux.pdf)

<sup>41</sup> <https://www.ordre-chirurgiens-dentistes.fr/cartographie/>

<sup>42</sup> [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022\\_fiche\\_stomatologues-liberaux.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022_fiche_stomatologues-liberaux.pdf)



- Les soins de base ou soins conservateurs comme le détartrage ou le traitement d'une carie et plus généralement les consultations et les soins préventifs sont conventionnés. C'est à dire qu'ils sont plafonnés et remboursés par l'Assurance Maladie (et mutuelle le cas échéant). En France, les prix des soins dentaires sont encadrés dans leur majorité. On parle de soins conventionnés au tarif opposable. Ils sont très bien pris en charge. On note une variation de tarifs pour les soins chez les moins de 13 ans (sur dents définitives) vs les autres. Ainsi, les actes de base (soins conservateurs notamment) ne sont pas très coûteux et les dentistes ne font pas de gains sur ces soins courants. On constate un mécanisme compensatoire sur les prix des autres soins plus rémunérateurs, comme la prothèse et les implants.
- Au contraire, les soins plus techniques comme les implants dentaires, sont très coûteux et peuvent dépasser 2 000 € par dent avec un très faible remboursement. Les soins esthétiques, comme le blanchiment ou les facettes, sont également onéreux avec des tarifs allant de 200 € à 1 000 € et ne sont pas pris en charge. Les interventions prothétiques, comme la pose de couronnes ou de bridges, peuvent varier entre 500 et 1 500 € par dent et leur remboursement est variable. Ces actes non conventionnés et mal remboursés sont fixés librement par les dentistes. A cela s'ajoutent les dépassements d'honoraires, puisque les honoraires sont libres. Les soins prothétiques et d'orthodontie doivent débiter avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire pour bénéficier des tarifs conventionnés. Un dépassement d'honoraire est facturé le plus souvent. Après 16 ans, les soins d'implantologie et orthodontie font l'objet d'honoraires totalement libres et ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Les soins non remboursables se développent et sont très mal mesurés par la statistique publique en raison de leur non-inscription dans la CCAM. La DREES indique en conséquence que leur estimation dans les comptes de la santé est fragile.

Au final, les tarifs (Tableau 45) sont variables selon le praticien, la ville, les matériaux utilisés ou le niveau de prise en charge par la mutuelle. Si les soins conventionnés répondent au barème fixé par l'Assurance Maladie, certains dentistes pratiquent les dépassements d'honoraires. A cela s'ajoute des remboursements différenciés au sein de réseaux de soins, ou selon le panier de soin pour les prothèses. Ainsi, une grande variabilité est attendue dans les résultats, d'où l'intérêt de traiter ce poste de dépenses dans le cadre du projet MOVIE.

Tableau 45 : Résumé des caractéristiques de prise en charge selon le type de soins <sup>43</sup>, PF- participation forfaitaire, PS- Professionnels de santé

Types de soins	Distinction tarif selon âge	PS	Tarifs	PF
Consultation	Non	Stomatologiste	Secteur 1 / secteur 2	Oui 2€
		Chirurgien-dentiste	Conventionnés	Non
Soins dentaires	≥13 ans vs <13 ans	Stomatologiste	Secteur 1 / secteur 2	Oui 2€
		Chirurgien-dentiste	Conventionnés	Non
Prothèses dentaires	Non	Stomatologiste	Secteur 1 / secteur 2	Oui 2€
		Chirurgien-dentiste	Libres	Non
Orthodontie	Réservé aux moins de 16 ans	Stomatologiste	Secteur 1 / secteur 2	Oui 2€
		Chirurgien-dentiste	Libres	Non

Note : Quel que soit le type de soins et le type de praticien le taux de remboursement est de 70% en 2021 (de la base de remboursement ou de tarifs dits de responsabilité) puis 60% à partir de 2023.

### 1.3 Financements complémentaires pour les dentistes

Le 20 août 2018, un arrêté portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance Maladie est paru<sup>44</sup>.

Cette convention prévoit plusieurs financements complémentaires :

- Le forfait d'aide à la modernisation du cabinet dentaire : les indicateurs pour bénéficier du forfait annuel « d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet » sont décrits article 32 de la convention dentaire. Un critère complémentaire optionnel « Engagement à une prise en charge coordonnée des patients » (participation à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) à une (MSP) maison de santé pluri-professionnelle) est prévu.
- Le dispositif d'incitation à l'installation et au maintien dans les zones « très sous-dotées » est décrit dans l'article 3.1.
- La permanence des soins (article 3.2) prévoit la rémunération des astreintes.
- Article 33 : Participation de l'Assurance Maladie au régime des prestations complémentaires vieillesse : l'Assurance Maladie confirme son engagement dans le cadre du régime complémentaire vieillesse des chirurgiens-dentistes dans le respect du contrat conventionnel établi, avec un maintien de son taux de participation au financement des cotisations de ce régime.

<sup>43</sup> <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33956>

<sup>44</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037335538>



- Article 34 : Au titre du régime des avantages complémentaires de vieillesse, la participation des caisses au financement de la cotisation d'ajustement, prévue à l'article L. 645-3 du code de la sécurité sociale et due par les chirurgiens-dentistes conventionnés est fixée à 50 % du montant de ladite cotisation.
- Article 35 : Assurance Maladie maternité décès des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Cette participation de l'Assurance Maladie est déterminée de manière à ce que le taux de cotisation restant à la charge des chirurgiens-dentistes libéraux s'élève à 0,10 %.
- Autres cotisations sociales<sup>45</sup>.

## 1.4 Les dépenses

En 2021, la consommation de soins de dentistes dispensés en cabinet libéral et en centre de santé, qui recouvre notamment les soins prothétiques et conservateurs, s'élève à 14,3 milliards d'euros<sup>46</sup> (Tableau 46). La répartition des dépenses dentaires selon le type de soins réalisé est indiquée Figure 16. Sans surprise, et en cohérence avec les modalités de fixation des tarifs, les dépenses les plus importantes concernent les prothèses dentaires, suivi des soins conservateurs et de l'orthodontie.

Le taux de reste à charge post remboursement Assurance Maladie était en 2023 de 60 % tous soins dentaires confondus, de 50 % pour les soins dentaires hors prothèses et de 73 % pour les prothèses dentaires (Tableau 47).

Tableau 46 : Consommation de soins pour l'activité des dentistes

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Soins courants (en millions d'euros)</b>	<b>11 859</b>	<b>12 603</b>	<b>12 970</b>	<b>12 307</b>	<b>14 272</b>	<b>14 701</b>	<b>15 473</b>
Honoraires	11 590	12 279	12 594	11 682	13 870	14 224	15 015
Contrats et assimilés <sup>1</sup>	0	51	69	65	82	102	88
Prise en charge des cotisations	269	274	307	303	320	374	370
DIPA <sup>2</sup>	0	0	0	256	0	0	0
Évolution (en %)	0,8	1,0	2,9	-5,1	16,0	3,0	5,3
Dont volume (en %)	0,4	1,1	-0,2	-10,2	14,9	1,8	4,4
Dont prix (en %)	0,4	-0,1	3,1	5,7	0,9	1,2	0,8

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires et les aides liées à la télétransmission.  
2. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité.

**Lecture** > En 2023, la consommation de soins de dentistes s'élève à 15,5 milliards d'euros, dont 15,0 milliards d'euros d'honoraires. Elle progresse de 5,3 % en valeur.

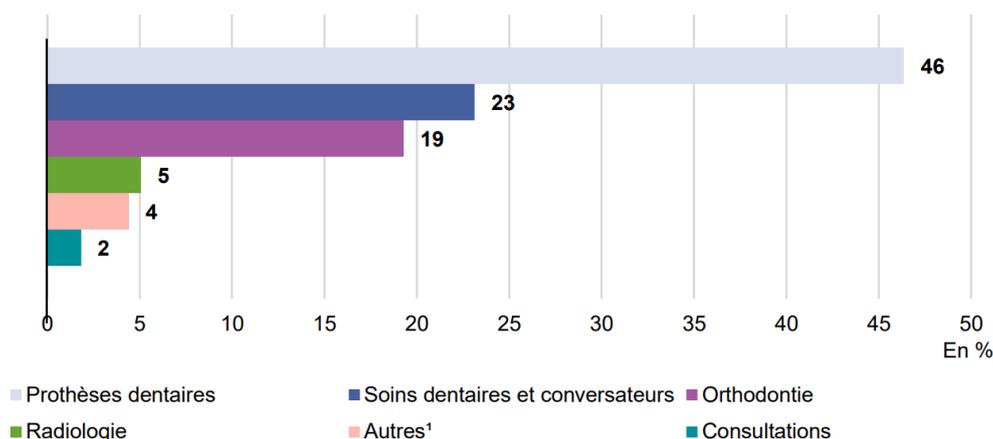
**Sources** > DREES, comptes de la santé ; Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

<sup>45</sup> [https://www.carcdsf.fr/images/memento/0207-21\\_MEMENTO-DU-CHIRURGIEN-DENTISTE\\_WEB.pdf](https://www.carcdsf.fr/images/memento/0207-21_MEMENTO-DU-CHIRURGIEN-DENTISTE_WEB.pdf)

<sup>46</sup> [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-02/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202023\\_MEL2ok.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2025-02/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202023_MEL2ok.pdf)



Figure 16 : Répartition des dépenses des soins de dentistes en 2023



1. Ce poste comprend certains forfaits et contrats, la prise en charge des cotisations, l'aide à la télétransmission et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA).  
 Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 47 : Répartition des dépenses de soins de dentistes par type de financeur

	Soins dentaires		Soins dentaires hors prothèses		Prothèses dentaires	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	6 086	39,3	4 157	50,1	1 929	26,9
État	28	0,2	26	0,3	1	0,1
Organismes complémentaires	6 799	43,9	2 399	28,9	4 399	61,3
Ménages	2 561	16,6	1 717	20,7	843	11,8
<b>Total</b>	<b>15 473</b>	<b>100,0</b>	<b>8 300</b>	<b>100,0</b>	<b>7 173</b>	<b>100,0</b>

Source > DREES, comptes de la santé.

La cartographie des dépenses annuelles publiée par l'Assurance Maladie pour l'année 2021 repose sur un échantillon de 582 310 patients ayant consommé des soins dentaires. À noter que les activités des stomatologues ne sont pas prises en compte dans ce périmètre. Le montant moyen remboursé s'élève à 147,63 € par patient.

## 2 Résultats généraux

Pour rappel, dans ce travail nous n'avons pu isoler le coût unitaire du soin dentaire. En effet, l'approche par "prestation" a été considérée non fiable, nous avons choisi de faire une estimation annuelle des dépenses par bénéficiaire et par nature de soins (cf. rapport MOVIE technique). Cette estimation est fidèle au parcours réel. Cette dépense annuelle pourra être au besoin reventilée en fonction de l'horizon temporel de l'étude nécessitant la valorisation d'un parcours de soins. Cette information apporte un plus aux regards des informations publiées par la DREES qui exploitent les dépenses uniquement au niveau national et non au niveau individuel selon les inducteurs de coûts.

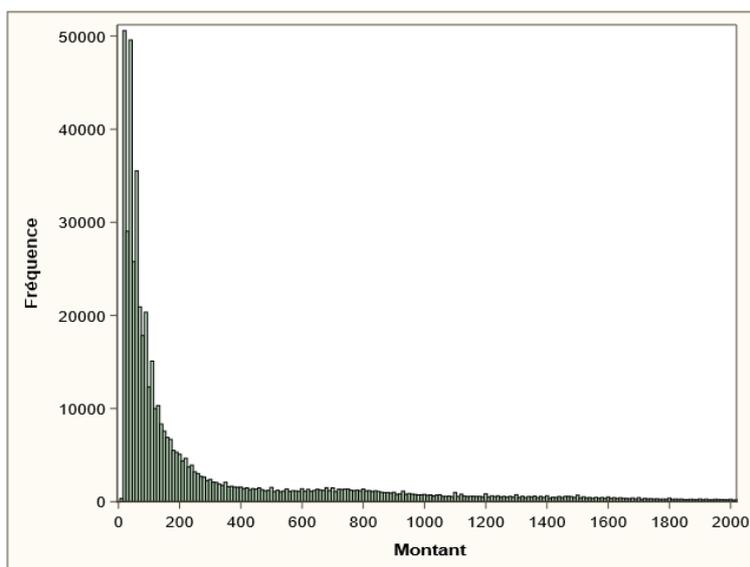


Tableau 48 : Description du montant annuel moyen des soins dentaires en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	527 261	23,00	419,49	823,50	105,90	1 797,46
Montant remboursé	527 261	16,10	144,61	197,11	72,68	466,88
Reste à charge	527 261	0,00	274,87	654,15	28,76	1358,61

Le montant facturé moyen des soins dentaires est de 419,49 € par an par bénéficiaire, dont 144,61 € remboursés en moyenne par l'Assurance Maladie, laissant un reste à charge moyen de 274,87 € (Tableau 48). **A ces montants il faut ajouter le supplément relatif aux financements complémentaires (contrats et assimilés et prise en charge des cotisations).** On obtient pour l'Assurance Maladie un montant annuel de 148,80 € et un montant facturé de 431,65 €. Les résultats détaillés selon les inducteurs de coûts sont bruts. Pour les utiliser, il faut ajouter le montant relatif aux financements complémentaires. Le détail du calcul des financements complémentaires et les résultats détaillés sont présentés dans la section «3.7 Financements complémentaires ».

Figure 17 : Histogramme de distribution du montant facturé des soins dentaires en euros/ ESND 2021



### 3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 3.1 Selon le type d'actes

365 314 patients ont eu au moins un soin conservateur dans l'année (Tableau 49). Ces patients ont consommé en moyenne 127,23 € annuel pour des soins conservateurs. Les données montrent des écarts importants entre les catégories d'actes, tant sur les montants facturés que sur les remboursements. Les prothèses (1 135,61 €) et l'orthodontie (761,00 €) présentent les coûts moyens les plus élevés, avec des restes à charge respectifs de 923,33 € et 549,78 €. À l'opposé, les consultations, actes techniques et imagerie affichent des montants bien plus faibles, avec des RAC moyens inférieurs à 11 €. La chirurgie et les soins conservateurs, bien que plus fréquents, présentent des coûts intermédiaires et des RAC modérés. L'ensemble met en lumière une forte hétérogénéité des pratiques et des niveaux de remboursement selon les types d'actes.



Tableau 49 : Description du montant annuel des soins dentaires par catégorie d'acte en euros/ ESND 2021

Catégorie d'acte	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Soins conservat.	Montant facturé	365 314	28,92	127,23	176,31	63,60	413,88
Soins conservat.	Montant remboursé	365 314	20,24	81,97	91,99	47,32	248,22
Soins conservat.	Reste à charge	365 314	4,34	45,26	110,66	19,08	135,12
Imagerie	Montant facturé	262 593	7,98	28,42	23,54	20,00	72,99
Imagerie	Montant remboursé	262 593	5,59	20,62	17,20	14,00	54,00
Imagerie	Reste à charge	262 593	0,00	7,79	8,96	6,00	20,70
Consultations	Montant facturé	212 115	23,00	30,94	17,37	23,00	69,00
Consultations	Montant remboursé	212 115	16,10	22,93	12,73	16,10	48,30
Consultations	Reste à charge	212 115	0,00	8,01	8,23	6,90	20,70
Prothèses	Montant facturé	107 772	85,00	1 135,61	1 288,76	735,00	3 380,00
Prothèses	Montant remboursé	107 772	15,05	212,27	231,75	154,00	609,00
Prothèses	Reste à charge	107 772	0,00	923,33	1 085,84	581,00	2 820,00
Chir. dentaire	Montant facturé	83 736	25,00	67,56	109,08	33,44	183,92
Chir. dentaire	Montant remboursé	83 736	17,50	47,62	57,89	26,75	146,31
Chir. dentaire	Reste à charge	83 736	0,00	19,95	85,90	10,03	40,13
Orthodontie	Montant facturé	42 549	45,00	761,00	520,81	690,00	1 692,00
Orthodontie	Montant remboursé	42 549	30,10	211,22	126,06	193,50	387,00
Orthodontie	Reste à charge	42 549	12,90	549,78	409,83	492,40	1 302,90
Actes chir.	Montant facturé	3 640	23,30	58,28	77,67	46,89	132,00
Actes chir.	Montant remboursé	3 640	16,31	40,67	29,71	32,82	93,78
Actes chir.	Reste à charge	3 640	0,00	17,61	70,67	14,07	43,30
Actes techniques	Montant facturé	1 191	10,20	30,77	38,18	22,05	77,18
Actes techniques	Montant remboursé	1 191	7,14	20,08	20,25	15,44	44,10
Actes techniques	Reste à charge	1 191	0,00	10,68	30,46	6,61	22,05

### 3.2 Selon le genre

Les femmes et les hommes ont en moyenne une dépense annuelle équivalente (Tableau 50).

Tableau 50 : Description du montant annuel des soins dentaires selon le genre en euros/ ESND 2021

Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Femme	Montant facturé	291 934	23,00	409,62	805,54	102,44	1 761,16
Femme	Montant remboursé	291 934	16,10	141,45	191,69	70,53	459,17
Femme	Reste à charge	291 934	0,00	268,17	641,16	27,76	1 336,95
Homme	Montant facturé	235 327	23,00	431,73	845,08	107,80	1 834,34
Homme	Montant remboursé	235 327	16,10	148,54	203,56	74,72	477,10
Homme	Reste à charge	235 327	0,00	283,19	669,83	30,28	1 389,34

### 3.3 Selon le taux de remboursement

Dans le cadre de cette analyse annuelle, un même patient peut avoir, au cours de l'année, des soins remboursés à 100 % et d'autres non. Dans ce cas, l'ensemble de ses soins est considéré comme n'étant pas pris en charge à 100 %.



Il est important de noter que, même pour des soins pris en charge à 100 %, un reste à charge important peut subsister. En effet, le remboursement se base sur une "base de remboursement" fixée par l'Assurance Maladie, qui peut être bien inférieure au coût réel du soin. Par exemple, si un acte médical coûte 500 € mais que la base de remboursement est fixée à 120 €, le remboursement à 100 % portera uniquement sur ces 120 €, laissant ainsi un reste à charge de 380 € pour le patient.

Tableau 51 : Description du montant annuel des soins dentaires selon le taux de remboursement en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
< 100%	Montant facturé	476 689	23,00	416,97	831,47	106,60	1 810,78
< 100%	Montant remboursé	476 689	16,10	141,93	193,59	71,89	465,47
< 100%	Reste à charge	476 689	6,90	275,05	664,46	30,73	1 378,98
100	Montant facturé	50 572	23,00	443,18	743,79	93,08	1 698,00
100	Montant remboursé	50 572	23,00	169,93	226,10	87,42	483,75
100	Reste à charge	50 572	0,00	273,25	547,55	0,00	1 242,00

### 3.4 Selon la catégorie de dentiste

La dépense annuelle par patient dans la catégorie des soins réalisés par les chirurgiens-dentistes spécialistes en orthodontie a un coût moyen plus élevé (547 €) que les soins réalisés par une autre catégorie de dentistes (Tableau 52).

Tableau 52 : Description du montant annuel des soins dentaires selon la catégorie de dentiste en euros/ ESND 2021

Catégorie professionnelle	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Chirurgien-dentiste	Montant facturé	501 560	23,00	390,35	826,60	93,00	1 785,51
Chirurgien-dentiste	Montant remboursé	501 560	16,10	136,90	197,25	65,10	465,89
Chirurgien-dentiste	Reste à charge	501 560	0,00	253,45	657,39	25,98	1 349,48
Orthodontie	Montant facturé	43 197	19,95	547,01	561,24	409,95	1 615,90
Orthodontie	Montant remboursé	43 197	13,97	159,20	139,47	159,45	400,97
Orthodontie	Reste à charge	43 197	5,98	387,80	431,26	269,23	1 216,25
Stomatologue	Montant facturé	7 176	30,00	246,42	487,16	83,60	1 038,94
Stomatologue	Montant remboursé	7 176	15,10	98,77	127,82	47,30	323,37
Stomatologue	Reste à charge	7 176	1,00	147,65	392,16	30,00	747,00

### 3.5 Selon la classe d'âge

Les adolescents (538 €) et les seniors (574 €) ont les montants facturés moyens les plus élevés, avec un reste à charge moyen important (359 € et 410 € respectivement), tandis que les enfants ont des soins moins coûteux (168 €) et un reste à charge moyen faible (86 €) (Tableau 53).



Tableau 53 : Description du montant annuel des soins dentaires selon la classe d'âge des patients en euros/ ESND 2021

Age	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Enfant 0-11	Montant facturé	61 156	23,00	168,44	282,67	53,80	806,95
Enfant 0-11	Montant remboursé	61 156	16,10	82,56	97,96	38,68	290,25
Enfant 0-11	Reste à charge	61 156	0,00	85,89	202,28	13,80	546,50
Adolescent 12-17	Montant facturé	54 819	23,00	538,03	571,26	307,24	1 636,20
Adolescent 12-17	Montant remboursé	54 819	16,10	179,29	151,96	158,03	433,20
Adolescent 12-17	Reste à charge	54 819	5,98	358,75	435,51	129,73	1 213,00
Adulte 18-69	Montant facturé	343 254	23,00	414,69	862,45	102,90	1 863,46
Adulte 18-69	Montant remboursé	343 254	16,10	146,24	209,11	72,36	496,70
Adulte 18-69	Reste à charge	343 254	5,98	268,45	682,42	27,76	1 401,55
Sénior 70 et plus	Montant facturé	68 032	23,00	573,85	1 037,36	135,40	2 453,16
Sénior 70 et plus	Montant remboursé	68 032	16,10	164,27	220,05	84,60	547,65
Sénior 70 et plus	Reste à charge	68 032	0,00	409,58	849,13	42,75	2 044,15

### 3.6 Selon le département de résidence

Les montants moyens facturés allaient de 333 € pour la Loire Atlantique à 532 € pour la Seine-St-Denis. Les montants moyens remboursés allaient de 123 € pour la Haute-Vienne à 187 € pour la Seine-St-Denis. Pour le reste à charge les montants moyens allaient de 204 € pour la Loire Atlantique à 360 € pour le Val D'Oise.

### 3.7 Financements complémentaires pour les dentistes

Le Tableau 46 montre une part de rémunération des dentistes relative à des contrats, financements complémentaires et les aides liées à la télétransmission. Elle est estimée à 82 millions d'euros pour l'ensemble des dentistes. Par ailleurs, la prise en charge des cotisations sociales s'élève à 320 millions d'euros en 2021. Ainsi, on déduit que ces 402 millions d'euros représentent 2,8% des dépenses totales de l'Assurance Maladie pour le soin dentaire en France. Ainsi, les montants annuels dépensés dans l'ESND au titre des actes réalisés peuvent être majorés par un coefficient multiplicateur (1,029) pour tenir compte des dépenses complémentaires (Tableau 54).

Tableau 54 : Synthèse des résultats de prestations dentaires incluant les financements complémentaires en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	527 261	23,67	431,65	847,37	108,97	1849,56
Montant remboursé	527 261	16,57	148,80	202,82	74,79	480,41
Reste à charge	527 261	7,10	282,85	673,11	34,18	1369,14

## 4 Synthèse

Ce travail est basé sur une estimation des dépenses annuelles moyennes par individu. Les chiffres trouvés dans la littérature présentent la dépense globale. La DREES recense 13,8 milliards de dépenses pour les soins dentaire en 2021<sup>47</sup>. Dans l'ESND on obtient à l'échelle de 2 % 221 179 084 €, au niveau national cela correspond à 11,1 milliards d'euros. De plus, on ne considère que le régime général (81

<sup>47</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/CNS24%20-%20Fiche%2009%20-%20Les%20soins%20dentaires.pdf>



%<sup>48</sup>) ce qui donne également 13,7 milliards d'euros de dépenses. Le Tableau 55 présente le montant total des soins dentaires facturés, remboursés et le reste à charge, tels qu'observés dans le SNDS et extrapolés à l'échelle nationale.

Tableau 55 : Description du montant annuel total des soins dentaires en euros/ ESND 2021

Variable	SNDS (2%)	Extrapolation (100%)
Montant facturé	221 179 084	13 653 029 867
Montant remboursé	76 248 566	4 706 701 628
Reste à charge	551 933	34 069 938

Selon la DREES, la part Assurance Maladie est de 39 % (en 2023), ici nous obtenons 34 % puisque la dépense annuelle moyenne trouvée est de 419 €, avec un remboursement moyen de 145 €. Enfin, la cartographie des dépenses publiée par l'Assurance Maladie en 2021 indiquait un montant moyen remboursé de 147,63 € ce qui est parfaitement concordant les 144,61 € observés lors de nos analyses.

<sup>48</sup> [https://documentation-snds.health-data-hub.fr/files/Sante\\_publique\\_France/2021-10-SpF-SNDS-ce-quel-faut-savoir-v3-MPL-2.0.pdf](https://documentation-snds.health-data-hub.fr/files/Sante_publique_France/2021-10-SpF-SNDS-ce-quel-faut-savoir-v3-MPL-2.0.pdf)



# Chapitre 5 : Les autres professionnels de santé

Alicia Le Bras, Urc Eco APHP

Sandrine Loubière, APHM

1. Les soins infirmiers
2. Les autres professionnels : sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures podologues



Les sages-femmes et les professionnels paramédicaux jouent un rôle essentiel dans le parcours de soins des patients. Ils participent au diagnostic, au traitement, et à la rééducation des patients. Ils ont également un rôle dans la prévention primaire et les soins palliatifs. Ils travaillent souvent en collaboration avec les médecins et les autres professionnels de santé pour fournir des soins complets et améliorer la qualité de vie des patients. Les professions paramédicales incluent les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes, les pédicures-podologues, les psychologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les diététiciens/nutritionnistes, les manipulateurs en électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens et les orthésistes/prothésistes. Les sages-femmes font partie des professionnels médicaux. Tous ces professionnels interviennent dans divers contextes, notamment les hôpitaux, les cliniques, les cabinets privés, les établissements scolaires et à domicile.

Seuls les infirmiers, les sages-femmes, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues seront présentés dans ce travail, car ces soins étaient remboursés par l'Assurance Maladie en 2021. Depuis avril 2022, certaines consultations avec des psychologues sont remboursées sous condition. Elles seront prises en compte dans les années à venir dans l'analyse de ces professions.

## 1 Les soins infirmiers

### 1.1 Revue de la littérature

#### 1.1.1 Démographie des professionnels paramédicaux libéraux

Au 1er janvier 2021, la France métropolitaine comptait en mode d'exercice libéral ou mixte 117 383 infirmiers<sup>49</sup>.

#### 1.1.2 La consommation de soins infirmiers

Les actes infirmiers en France sont associés à différentes cotations qui permettent de structurer et de valoriser le travail des infirmiers. Les soins sont décomposés en deux champs d'activité : la dépendance et le hors dépendance.

Dans le champ courant hors dépendance, on trouve :

- Les Actes Médico-Infirmiers (AMI) qui correspondent à des soins techniques, nécessitant des compétences spécifiques, tels que les injections, les pansements complexes, ou encore la surveillance de certains paramètres vitaux.
- Les Actes Infirmiers de Soins (AIS) qui correspondent à l'ensemble des actions de soins nécessaires pour entretenir et assurer la continuité de la vie, dans le but de protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne.

*Nb : On note que les AMI ne peuvent être facturés en présence d'AIS ou de suppléments liés à la dépendance. Les soins techniques réalisés en plus des soins liés à la dépendance sont des AMX.*

Dans le champ de la dépendance, on trouve :

---

<sup>49</sup> <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>



- Les forfaits dépendance (BSI) qui correspondent à des actes de soins réalisés dans le cadre de la dépendance ne peuvent être facturés qu’une seule fois par jour. En fonction du degré de perte d’autonomie du patient trois suppléments sont proposés (prise en charge légère, modérée ou lourde) et permettent de financer une prise en charge globale. Depuis le 3 octobre 2023, le dispositif du Bilan de Soins Infirmiers (BSI) a été étendu à tous les patients dépendants pris en charge à domicile (avant cette date et depuis 2022, les nouveaux forfaits BSI n'étaient applicables qu'aux patients dépendants âgés de 85 ans et plus). Cette extension marque l'achèvement du déploiement du BSI, tel que prévu par l'avenant 10 à la convention nationale des infirmiers.

Dans les champs dépendance ou hors dépendance :

- Depuis le 1er janvier 2020, les infirmiers libéraux ont la possibilité de facturer certains actes dits « actes externalisés ou AMX » à taux plein en association des forfaits BSI et AIS<sup>50</sup>. On entend par AMX les actes techniques – ou actes externalisés – pratiqués par l’infirmier libéral, et qui s'inscrivent dans le cadre des soins à domicile destinés aux patients dépendants en plus des forfaits BSI ou AIS. Ils permettent de valoriser des interventions supplémentaires, garantissant ainsi une prise en charge continue et complète des patients. La nouvelle cotation technique AMX dispose d'une tarification équivalente à celle des actes AMI (3,15 € en France métropolitaine et 3,30 € dans les départements d'outre-mer) qui, eux, sont réalisés en dehors du cadre de la dépendance.

En 2020, les actes AMI représentaient 55 % des actes spécifiques infirmiers présentés au remboursement, suivis par les AIS (21 %), les MAU (16 %), enfin les MCI et autres actes spécifiques (4 % chacun) (Tableau 56).

Tableau 56 : Dénombrement des actes par type d’actes en 2020 (source Assurance Maladie – données du SNDS)<sup>51</sup>

Type d'acte	Nombre d'actes (en milliers)
<b>Actes spécifiques</b>	<b>1 017 241</b>
AIS - Acte infirmier de soins	211 242
AMI - Acte AMI	565 239
MAU - Majoration pour acte unique	161 328
MCI - Majoration de coordination et d'environnement de soin infirmier	39 430
Autres actes spécifiques	40 002

### 1.1.3 Dépenses de santé en 2021 – DREES édition 2022

En 2021, les dépenses pour les soins courants infirmiers ont atteint 9,3 milliards d'euros, comme indiqué dans le Tableau 57<sup>52</sup>. Entre 2011 et 2019, ces dépenses ont enregistré une augmentation moyenne annuelle de 5,5 %. Cette croissance est principalement attribuée au vieillissement de la population et à l'accent mis sur les soins ambulatoires dans le système de santé. Par exemple, l'extension du programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation et les incitations au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes ont contribué à cette tendance.

<sup>50</sup> Avenant 6 à la convention nationale des infirmiers

<sup>51</sup> Dans le poste « Autres actes spécifiques », on retrouve les AMX et les BSI.

<sup>52</sup> DREES. (2022). Dépenses de santé en 2021. Paris : DREES.



Tableau 57 : Consommation de soins courants infirmiers en ville

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Soins courants</b>	<b>5 400</b>	<b>7 429</b>	<b>7 656</b>	<b>7 963</b>	<b>8 312</b>	<b>8 982</b>	<b>9 256</b>
Honoraires	4 926	6 869	7 145	7 408	7 691	8 249	8 630
Contrats et assimilés <sup>1</sup>	124	80	85	97	119	123	124
Prise en charge des cotisations	349	479	426	458	502	543	501
DIPA <sup>2</sup>	0	0	0	0	0	66	1
Évolution (en %)	6,0	3,5	3,1	4,0	4,4	8,1	3,0
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	-0,7
Volume (en %)	6,0	3,5	3,1	4,0	4,4	7,3	3,8

1. Ce poste comprend les rémunérations liées aux contrats, les dépenses forfaitaires et les aides liées à la télétransmission.

2. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (fiche 2).

**Note** > Les soins courants infirmiers représentent 9,3 milliards d'euros en 2021.

**Sources** > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Sur les 9,3 milliards d'euros versés en honoraires de soins infirmiers, 93 % des dépenses ont été consacrées au remboursement d'actes (incluant les AMI, AIS, frais de déplacements et forfait soins). Près de 7 % de la rémunération des soins infirmiers étaient relatifs au financement par contrats et assimilés et à la prise en charge des cotisations sociales. En 2020, le Tableau 58 montre une part de 80 % des dépenses consacrées au remboursement d'actes (dont 50 % d'AMI et 34 % d'AIS), 19 % à la prise en charge des déplacements et 1 % liés aux forfaits/suppléments et autres.

Tableau 58 : Montant des honoraires sans dépassement par type d'actes en 2020, <sup>53</sup>HSD : honoraires sans dépassement

Type d'acte	HSD (en milliers d'euros)
<b>Total</b>	<b>8 942 377</b>
<b>Actes</b>	<b>7 128 904</b>
AIS - Acte infirmier de soins	2 413 488
AMI - Acte AMI	3 613 613
MAU - Majoration pour acte unique	217 793
MCI - Majoration de coordination et d'environnement de soin infirmier	197 152
Autres actes salariés	686 857
<b>Forfaits</b>	<b>40 050</b>
<b>Déplacements</b>	<b>1 734 843</b>
IF - Indemnités forfaitaires de déplacement	1 321 781
IK - Indemnités kilométriques de déplacement	251 931
Autres déplacements	161 132
<b>PDS - Permanence des soins</b>	<b>3 334</b>
<b>Autres</b>	<b>35 247</b>

En 2021, près de 93 % des dépenses de soins courants infirmiers ont été prises en charge par l'Assurance Maladie (Tableau 59).

Tableau 59 : Répartition des dépenses de soins courants infirmiers par type de financeur en 2021

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	8 624	93,2
État	18	0,2
Organismes complémentaires	472	5,1
Ménages	141	1,5
<b>Ensemble</b>	<b>9 256</b>	<b>100,0</b>

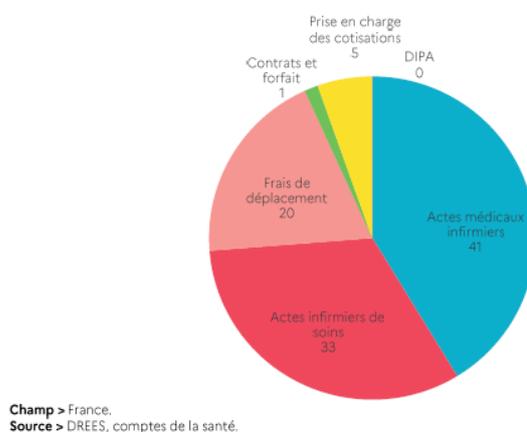
Source > DREES, comptes de la santé.

La structure de la consommation de soins infirmiers en ville est présentée dans la Figure 18.

<sup>53</sup> Source Assurance Maladie – données du SNDS



Figure 18 : Structure de la consommation de soins courants infirmiers en ville



Seules les dépenses de soins courants sont incluses dans la Catégorie des Soins Courants (CSBM). Les autres types de dépenses, telles que les soins de longue durée et la prévention, qui sont comptabilisés dans la Dépense Courante de Santé (DCSi), sont présentés à titre informatif dans le Tableau 60. Les dépenses de prévention effectuées par les infirmiers ont fortement augmenté en 2021, en raison de la poursuite de la campagne de dépistage et du lancement de la campagne de vaccination contre la COVID -19.

Tableau 60 : Les soins de longue durée et les dépenses de prévention des infirmiers

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Soins de longue durée</b>	<b>2 316</b>	<b>2 656</b>	<b>2 741</b>	<b>2 790</b>	<b>2 850</b>	<b>2 936</b>	<b>3 013</b>
SSIAD	1 464	1 676	1 722	1 739	1 760	1 874	1 902
Soins liés à la dépendance	851	980	1 019	1 051	1 090	1 062	1 111
Évolution (en %)	4,9	2,2	3,2	1,8	2,2	3,0	2,6
<b>Prévention</b>						<b>131</b>	<b>659</b>
Prélèvement des tests PCR et TAG						131	381
Injection de vaccin Covid-19							278
Évolution (en %)	so	so	so	so	so	so	ns

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile.  
so : sans objet.  
ns : non significatif.  
**Note >** Les soins de longue durée des infirmiers représentent 3,0 milliards d’euros en 2021.  
**Source >** DREES, comptes de la santé.

### 1.1.4 Rapport IGAS 2022 – Pratique avancée infirmière

La pratique avancée infirmière vise à atteindre un double objectif : améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours des patients en réduisant la charge de travail des médecins sur des pathologies spécifiques. Bien qu’ouverte à toutes les professions paramédicales, la pratique avancée n'est actuellement organisée que pour les infirmiers. L'infirmière libérale en pratique avancée (IPA) bénéficie de compétences élargies par rapport à celles de l'infirmière libérale diplômée d'État, validées par l'obtention du diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée. Ce diplôme lui confère une diversification des soins et une plus grande autonomie. En 2021, 581 IPA avaient obtenu leur diplôme et 1 366 étaient en cours de formation. Parmi les IPA, environ 15 % exerçaient en mode libéral ou mixte, soit environ une centaine d'IPA.



### 1.1.5 Récentes mesures tarifaires applicables aux actes infirmiers

Au cours de la période récente, plusieurs modifications ont été apportées au prix et au périmètre des actes infirmiers, notamment en lien avec les télésoins et la vaccination. L'avenant 9 à la convention nationale, entré en vigueur fin 2022, a permis de revaloriser l'exercice libéral des infirmiers et des IPA. Les principales modifications comprennent l'ajout d'un nouvel acte de suivi de pansement à distance en télésoin, la possibilité pour les infirmiers et les IPA de recourir à la télé-expertise, la possibilité d'assistance des infirmiers lors d'une téléconsultation demandée par une sage-femme, ainsi que la réalisation de l'acte d'injection de vaccin par un infirmier pour certains vaccins, avec une valorisation spécifique selon les conditions de prescription. Par ailleurs, l'année 2022 a vu la création de deux nouveaux actes dans la nomenclature infirmière, accompagnés de deux nouvelles cotations. Le 1<sup>er</sup> avril 2022 a également marqué la fin des démarches de soins infirmiers (DSI) et le déploiement du bilan de soins infirmiers (BSI) à l'ensemble des patients dépendants, quel que soit leur âge.

Toutefois, le présent rapport s'intéressant aux dépenses au décours de l'année 2021 ne prendra pas en compte ces mesures plus récentes.

### 1.1.6 Valorisation des consultations infirmières selon le guide HAS, 2020

La valorisation des consultations paramédicales, dont infirmières, se base sur les honoraires totaux, incluant le tarif de la consultation, les frais de déplacement et les éventuels dépassements, tout en prenant en compte la spécificité de l'activité des professionnels de santé libéraux. Selon la HAS, les actes des auxiliaires médicaux doivent être valorisés au plus près de leur coût de production par spécialité, en estimant un coût moyen qui inclut les honoraires et tout supplément.

Dans le cadre où les soins infirmiers sont importants et impliquent des durées de visite importantes, les coûts moyens estimés au niveau national pour tout type de prise en charge peuvent ne plus être appropriés. Dans ces cas, il est nécessaire de prendre en compte la durée des visites et d'appliquer les règles suivantes :

- Toute visite d'une durée inférieure ou égale à 120 minutes sera valorisée par 3 AIS + 1 Indemnité Forfaitaire de Déplacement (IFD) par période de 30 minutes.
- Toute visite supérieure à 120 minutes sera valorisée par 13 AIS par période de 6 heures.

L'approche proposée par la HAS ne correspond pas à la méthodologie retenue dans le projet MOVIE. En effet, le projet MOVIE s'intéresse à ce qui est réellement dépensé par la collectivité (montant présenté au remboursement ou facturé, le montant remboursé par l'Assurance Maladie et le restant à la charge du patient après remboursement de l'Assurance Maladie).

## 1.2 Résultats généraux

Pour l'année 2021, l'analyse de l'activité des infirmières libérales dans l'ESND a permis d'identifier 10 704 384 prestations facturées et associées à des patients issus du régime général. Le montant total associé était de 153 076 259 €, comprenant 15 837 955 € (10,35 %) pour des soins liés à la dépendance et 137 238 303 € (89,65 %) pour des soins hors dépendance.

En 2021, le montant moyen facturé pour une prestation de soins infirmiers qu'elle soit liée ou non à la dépendance était de 14,30 € (Tableau 61). Ce montant était de 18,93 € pour une prestation liée à la dépendance et de 13,91 € pour une prestation non liée à la dépendance.



Tableau 61 : Statistiques descriptives du coût moyen par prestation en euros/ ESND 2021

Type de soins	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Total	Montant facturé	10 704 834	6,08	14,30	8,46	11,85	29,03
Total	Montant remboursé	10 704 834	4,20	13,27	8,47	10,65	27,92
Total	Reste à charge	10 704 834	0,00	1,03	2,37	0,00	6,29
Soins hors dépendance	Montant facturé	9 868 085	6,08	13,91	8,35	10,90	28,05
Soins hors dépendance	Montant remboursé	9 868 085	4,08	12,88	8,35	10,45	26,90
Soins hors dépendance	Reste à charge	9 868 085	0,00	1,03	2,33	0,00	6,04
Soins liés à la dépendance	Montant facturé	836 749	9,00	18,93	8,42	16,85	34,00
Soins liés à la dépendance	Montant remboursé	836 749	7,46	17,80	8,56	16,85	32,64
Soins liés à la dépendance	Reste à charge	836 749	0,00	1,12	2,79	0,00	8,28

**A ces montants il faut ajouter le supplément relatif aux financements complémentaires (contrats et assimilés et prise en charge des cotisations) rapportés à une prestation de soins.** Pour une prestation de soins infirmiers le coût moyen facturé passe à 15,32 € avec un montant remboursé de 14,29 €. Les résultats détaillés selon les inducteurs de coûts sont bruts. Pour les utiliser, il faut ajouter le montant relatif aux financements complémentaires. Le détail du calcul de ces financements et les résultats détaillés sont présentés dans la section 1.5 Financements complémentaires.

### 1.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 1.3.1 Résultats selon le genre

Tableau 62 : Statistiques descriptives des montants payés par prestation en fonction du genre en euros/ ESND 2021

Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Femme	Montant facturé	6 494 941	6,08	14,26	8,30	11,85	28,68
Femme	Montant remboursé	6 494 941	4,20	13,18	8,31	10,60	27,30
Femme	Reste à charge	6 494 941	0,00	1,08	2,41	0,00	6,45
Homme	Montant facturé	4 209 893	6,08	14,36	8,70	11,85	29,73
Homme	Montant remboursé	4 209 893	4,23	13,40	8,70	10,69	28,60
Homme	Reste à charge	4 209 893	0,00	0,96	2,31	0,00	6,04

#### 1.3.2 Résultats selon le taux de remboursement

Le montant moyen facturé par prestation était de 14,60 € chez les patients pris en charge à 100 % et de 13,10 € chez les patients non pris en charge à 100 % (Tableau 63).

Tableau 63 : Statistiques descriptives des montants payés par prestation en fonction du taux de prise en charge (100% vs autres) en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
100%	Montant facturé	8 535 230	7,00	14,60	8,44	11,96	29,40
100%	Montant remboursé	8 535 230	7,00	14,49	8,45	11,95	29,28
100%	Reste à charge	8 535 230	0,00	0,12	0,28	0,00	0,50
Moins de 100%	Montant facturé	2 169 604	6,08	13,10	8,47	10,38	28,60
Moins de 100%	Montant remboursé	2 169 604	3,15	8,47	6,63	6,27	20,10
Moins de 100%	Reste à charge	2 169 604	0,00	4,64	3,35	3,78	10,56

### 1.3.3 Résultats selon le lieu de réalisation des soins

Les soins hors dépendance sont principalement réalisés au domicile des patients. Le montant facturé est en moyenne plus cher de 5,41 € par prestation au domicile comparativement au cabinet (Tableau 64).

**Tableau 64 : Statistiques descriptives des prestations non liées à la dépendance en fonction du lieu d'exécution des soins en euros/ ESND 2021**

Lieu	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Domicile	Montant facturé	9 300 556	7,00	14,67	8,14	12,34	28,94
Domicile	Montant remboursé	9 300 556	4,78	13,65	8,11	11,56	27,80
Domicile	Reste à charge	9 300 556	0,00	1,02	2,42	0,00	6,54
Cabinet	Montant facturé	1 148 380	4,73	9,26	6,19	7,00	19,53
Cabinet	Montant remboursé	1 148 380	3,14	8,05	6,28	6,30	19,03
Cabinet	Reste à charge	1 148 380	0,00	1,21	1,77	0,50	2,93

\* 255 898 cas où les deux lieux étaient renseignés ou le lieu n'a pas pu être identifié; ces prestations ne sont pas représentées ici.

### 1.3.4 Résultats spécifiques selon le type de prestation

**Tableau 65 : Statistiques descriptives du coût moyen par prestation liée à la dépendance selon le type de forfait<sup>54</sup> en euros/ ESND 2021**

PEC	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
PEC lourde	Montant facturé	386 154	12,07	22,27	9,39	16,85	39,70
PEC lourde	Montant remboursé	386 154	10,11	21,30	9,43	16,85	39,70
PEC lourde	Reste à charge	386 154	0,00	0,97	2,95	0,00	6,99
PEC modérée	Montant facturé	297 515	11,60	16,90	6,39	16,10	29,20
PEC modérée	Montant remboursé	297 515	6,96	15,55	6,56	12,42	28,70
PEC modérée	Reste à charge	297 515	0,00	1,35	2,83	0,00	8,28
PEC légère	Montant facturé	153 080	9,00	14,44	5,42	15,50	24,00
PEC légère	Montant remboursé	153 080	5,40	13,38	5,64	15,00	24,00
PEC légère	Reste à charge	153 080	0,00	1,07	2,24	0,00	6,20

PEC: prise en charge. Note : Les actes infirmiers réalisés dans le cadre d'un forfait dépendance sont également appelés Bilan Soins Infirmier (BSI).

<sup>54</sup> On entend par soins infirmiers externalisés légers, modérés ou lourds, les actes infirmiers réalisés dans le cadre d'un forfait dépendance, appelé également Bilan Soins Infirmier (BSI).



Tableau 66 : Statistiques descriptives du coût moyen par prestation hors dépendance selon le type d'acte principal en euros/ ESND 2021

AMI-AIS	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Prestations pour actes médicaux techniques (AMI) seuls	Montant facturé	7 007 313	6,08	12,44	7,86	9,77	26,40
	Montant remboursé	7 007 313	3,65	11,26	7,69	9,16	25,00
	Reste à charge	7 007 313	0,00	1,18	2,44	0,00	6,45
Prestations pour actes infirmiers de soins (AIS) seuls	Montant facturé	1 977 475	10,45	15,95	5,45	14,43	26,90
	Montant remboursé	1 977 475	7,95	15,24	5,70	14,43	26,90
	Reste à charge	1 977 475	0,00	0,71	1,96	0,00	5,77

Nb : On note que 883 297 prestations non recensées ici concernent des prestations avec actes de multi-natures.

### 1.4 Comparaison aux données nationales

Le Tableau 67 reprend les résultats nationaux issus de la revue de la littérature, les résultats de l'analyse des données de l'ESND, ainsi qu'une extrapolation à l'ensemble des assurés sociaux du SNDS.

Tableau 67 : Comparaison des données au niveau national

	Données bibliographiques (2021)	ESND 2021	Extrapolation (100%)	Différence (%)
Effectif d'actes (en millions)*	872,8 <sup>55</sup>	13,8	786,0	86,8 (9.9 %)
Dépense facturée (en millions €)	9 256 <sup>56</sup>	153,1	8 697,5	558,5 (6.0%)
Total remboursé (en millions €)	8 624 <sup>57</sup>	142,0	8 069,0	555,9 (6.4%)
RAC (en million €)	613 <sup>58</sup>	11,1	628,6	-15,6 (-2.5%)

\* Seuls les actes AMI, AIS et AMX sont comptabilisés.

\*\*extrapolation à la population totale des bénéficiaires du SNDS ; Nos données représentant 88 % des bénéficiaires de l'ESND, représentant 2% du SNDS<sup>59</sup>.

Dans les données actuellement disponibles, aucune source ne fournit d'informations relatives aux résultats en termes de prestations de soins infirmiers. L'activité infirmière est principalement décrite à travers le volume d'actes AMI et AIS consommés au cours d'une année donnée. Concernant les actes infirmiers et les montants, l'écart observé entre nos résultats et ceux rapportés dans la littérature s'explique probablement en partie par le fait que seules les données issues du régime général ont été intégrées à nos analyses. L'extrapolation au niveau national repose ainsi sur l'hypothèse que les bénéficiaires des autres régimes présentent une consommation de soins équivalente à celle des assurés du régime général. Parmi les dépenses non incluses dans notre étude figurent les indemnités de vacation liées à la vaccination contre la COVID-19 et les dépenses des bénéficiaires résidant dans

<sup>55</sup> C@rtoSanté recense le nombre d'actes AMI+AIS des infirmiers libéraux;

[https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=27066,7138397,1286177,1116657&c=indicator&f=0&i=infi\\_popage.eft&s=2023&t=A01&view=map1\\_2](https://cartosante.atlasante.fr/#bbox=27066,7138397,1286177,1116657&c=indicator&f=0&i=infi_popage.eft&s=2023&t=A01&view=map1_2) (accès le 21/11/2024)

<sup>56</sup> Comprend l'ensemble des dépenses en honoraires, contrats, financements complémentaires, aides liées à la télétransmission, la prise en charge des cotisations et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité

<sup>57</sup> Comprend les dépenses en honoraires et forfaitaires à la charge de la Sécurité sociale

<sup>58</sup> Le RAC comprend la part des ménages et la part des organismes complémentaires le cas échéant

<sup>59</sup> Sécurité sociale. (N.d.). Les régimes. <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes/>.



les DOM-TOM. En conclusion, nos résultats sur la dépense globale en 2021 sont cohérents avec les chiffres publiés par la DREES pour cette même année.

## 1.5 Financements complémentaires pour les infirmiers

### 1.5.1 La prise en charge des cotisations sociales

La prise en charge partielle de certaines cotisations sociales par l'Assurance Maladie pour les infirmiers en activité libérale ou mixte représente 501 millions d'euros pour l'année 2021 (cf. Tableau 57), soit 5,4 % des consommations de soins courants des infirmiers en ville.

#### Estimation 1 (à partir des données de la littérature) :

Pour un effectif de 117 383 infirmiers en activité libérale ou mixte<sup>60</sup>, le versement moyen par infirmier est de 4 268 € (501 000 000 / 117 383). Aucune référence concernant le nombre moyen de prestations dans une journée par une infirmière n'a été trouvée dans les publications institutionnelles. Cependant, selon MEDELSE, une plateforme dédiée aux renforts soignants<sup>61</sup>, ce nombre est estimé à 35. En multipliant par le nombre de jours ouvrés sur une année (2021), le nombre moyen de prestations par an est de 7 735 (35\*221). Le versement moyen par prestation est donc de 0,55 € (=4268 / 7735).

#### Estimation 2 (à partir des données du SNDS) :

Au total, 10 704 834 prestations de soins infirmiers réalisées auprès des bénéficiaires du régime général (représentant 88 %<sup>62</sup> des assurés) ont été identifiées dans l'ESND, qui couvre 2 % des personnes inscrites dans le SNDS. Après extrapolation, le nombre annuel total de prestations de soins infirmiers réalisées auprès de l'ensemble des bénéficiaires du SNDS est estimé à 608 229 205. Le versement moyen par prestation est donc de 0,82 € (= 501 000 000 / 608 229 205).

Le montant moyen par prestation, correspondant à la prise en charge partielle de certaines cotisations sociales par l'Assurance Maladie, est estimé entre 0,55 et 0,82 €. Nous retiendrons 0,82 € pour la synthèse des financements complémentaires.

### 1.5.2 Les contrats et assimilés

Les montants versés par l'Assurance Maladie liés aux contrats et assimilés comprenant les rémunérations associées aux contrats, les dépenses complémentaires et les aides à la télétransmission étaient de 124 millions d'euros en 2021. Comme nous l'avons proposé précédemment pour les cotisations sociales, le versement moyen a été rapporté au nombre de prestations effectuées dans l'année. Ainsi, le versement moyen par infirmier est estimé à (124 000 000 / 608 229 205) = 0,20 €. Nous obtenons un correctif de 0,20 € par prestation.

### 1.5.3 Synthèse des résultats soins infirmiers

La prise en compte de l'ensemble des financements que perçoivent les infirmiers au décours de leur activité, s'élève à un montant total moyen de 1,02 € par prestation. Les montants moyens intégrant ces correctifs sont présentés dans le Tableau 68.

<sup>60</sup> <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

<sup>61</sup> <https://www.medelse.com/actualites/combien-de-patients-infirmiere-liberale/>, consulté le 31/10/2024

<sup>62</sup> Sécurité sociale. (n.d.). Les régimes. <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/organisation/les-regimes/>.

Tableau 68 : Montants dépensés intégrant les financements complémentaires en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	10 704 834	7,10	15,32	8,46	12,87	30,05
Montant remboursé	10 704 834	5,22	14,29	8,47	11,67	28,94
Reste à charge	10 704 834	0,00	1,03	2,37	0,00	6,30

## 2 Les sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, pédicures-podologues

### 2.1 Revue de la littérature

#### 2.1.1 Démographie des autres professionnels santé

Depuis 2017, le nombre de sages-femmes et professionnels paramédicaux en France est en augmentation continue, quelle que soit la profession.

##### Les sages-femmes :

Entre 2017 et 2021, l'effectif des sages-femmes a progressé de 3,47 %, passant de 22 724 à 23 541<sup>63</sup>. Cette croissance s'accompagne de profondes réorganisations du secteur, marquées par un transfert progressif des activités hospitalières vers des modes d'exercice libéral ou mixte. Ainsi, la proportion de sages-femmes exerçant en libéral ou en mode mixte est passée de 28,8 % en 2017 à 33,7 % en 2021, représentant 7 929 professionnelles en 2021.

##### Les masseurs-kinésithérapeutes :

L'effectif des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 7,69 % entre 2017 et 2020, passant de 84 448 à 91 485<sup>61</sup>. Comme pour les sages-femmes, la proportion de professionnels exerçant en libéral ou en mode mixte est en hausse : 81,0 % en 2017 contre 82,6 % en 2020. En l'absence de données actualisées de la DREES pour 2021, le rapport démographique 2022 du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) estime que 80 073 professionnels exerçaient en libéral ou en mode mixte cette même année<sup>64</sup>.

##### Les orthoptistes :

Les orthoptistes ont enregistré une progression notable de 20,45 % entre 2017 et 2021, avec des effectifs passant de 4 278 à 5 378<sup>61</sup>. En 2021, 3 058 orthoptistes (56,9 % de l'ensemble des professionnels) exerçaient en libéral ou en mode mixte. Cette forte augmentation s'explique en grande partie par les réformes des avenants 11 (2015), 12 (2016) et 13 (2017), qui ont profondément modifié leur rôle.

##### Les orthophonistes :

Entre 2017 et 2021, l'effectif des orthophonistes a augmenté de 5,46 % (passant de 22 495 à 23 794)<sup>61</sup>. En 2021, 20 311 orthophonistes exerçaient en libéral ou en mode mixte, ce qui représente 85,4 % des professionnels en activité.

<sup>63</sup> Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Démographie des professionnels de santé. Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 14 janvier 2025, sur <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>

<sup>64</sup> Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK). (2022). Rapport sur la démographie des masseurs-kinésithérapeutes 2022. [https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk\\_2022.pdf](https://www.ordremk.fr/wp-content/uploads/2023/01/rapportdemographiemk_2022.pdf)



### Les pédicures-podologues :

Concernant la profession de pédicures-podologues, la DREES n'a pas publié de données d'effectifs depuis 2018. Par conséquent, les informations pour l'année 2021 ont été obtenues auprès de l'Ordre national des pédicures-podologues. Entre 2017 et 2021, l'effectif des pédicures-podologues a augmenté de 6,84 %, passant de 13 449 à 14 436<sup>65</sup>. En 2021, on estime que 14 220 professionnels exerçaient en libéral ou en mode mixte, représentant 98,5 % des professionnels en activité (selon des estimations basées sur les données de 2020 et 2022). Pour information, les effectifs des professionnels exerçant en libéral rapportés par la DREES étaient, en moyenne, inférieurs de 5,2 % sur la période 2012-2017 par rapport à ceux issus des rapports de l'Ordre national des pédicures-podologues.

#### 2.1.2 Périmètre d'activités de ces professionnels

Depuis plusieurs années, les compétences de ces professionnels de santé ont été élargies grâce aux avenants conclus avec l'Assurance Maladie. Ces évolutions renforcent leur rôle dans la prise en charge des patients, avec pour objectifs de faciliter l'accès aux soins, de réduire la charge des médecins généralistes et spécialistes, et de répondre à la saturation du système de santé.

### Les sages-femmes :

Face à la pénurie de médecins généralistes et de gynécologues dans certains territoires, les sages-femmes ont vu leurs prérogatives élargies pour améliorer l'accès aux soins et désengorger l'accès aux autres professionnels de santé. En plus de leur fonction initiale, qui consiste à assurer le suivi médical de la grossesse, accompagner les accouchements et effectuer le suivi gynécologique, elles peuvent depuis l'avenant n°4 de 2016 réaliser de nouvelles missions. Elles sont désormais autorisées à effectuer des examens post-natals, prescrire des IVG médicamenteuses, vacciner les femmes enceintes, les nouveau-nés et leur entourage, et prescrire des substituts nicotiniques. Ces évolutions ont été renforcées par l'avenant de 2021, qui leur permet de prescrire des dépistages des infections sexuellement transmissibles à leurs patientes et à leurs partenaires, ainsi que les traitements de ces infections. Depuis le 5 mars 2022, les sages-femmes peuvent dorénavant prescrire les médicaments et des dispositifs médicaux définis dans le décret n°2022-325 (hors champ MOVIE).

Etant donné ce périmètre de travail, les sages-femmes valorisent leurs activités via la NGAP (Nomenclature Générale des Actes Professionnels) et la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux). En France métropolitaine, les tarifs des actes inscrits à la NGAP sont calculés en multipliant un coefficient propre à chaque acte par la valeur des lettres-clés associées. En 2021, la valeur des lettres-clés était fixée à 2,8 pour les actes techniques réalisés par les sages-femmes (SF) et à 2,15 pour les soins infirmiers effectués par les sages-femmes (SFI).

### Les masseurs-kinésithérapeutes :

Les masseurs-kinésithérapeutes peuvent intervenir dans de nombreux domaines. Parmi ces derniers, les principaux sont : la rééducation et réadaptation fonctionnelle (ex : pathologies musculosquelettiques ou neurologiques, rééducation post-opératoire), la réhabilitation respiratoire (ex : maladies respiratoires chroniques), le suivi des sportifs (ex : prévention des blessures), la gynécologie (ex : rééducation périnéale), l'accompagnement des douleurs chroniques (ex : fibromyalgie), la gériatrie (prévention de la dépendance), le handicap (ex : aide au maintien des fonctions motrices chez les personnes en situation de handicap), la prévention (ergonomie au

<sup>65</sup> Ordre National des Pédicures-Podologues. (2022). Rapport d'activité 2022. Consulté le 17 janvier 2025, sur <https://www.onpp.fr/communication/publications/rapports-d-activites/rapport-d-activite-2022.html>



quotidien). Une prestation avec un masseur-kinésithérapeute exerçant en libéral peut être réalisée en établissement, en cabinet, à domicile et également en téléconsultation. Le masseur-kinésithérapeute peut réaliser différents types d'actes, chacun identifié par une lettre clé spécifique :

- AMS : Actes de rééducation liés aux affections orthopédiques et rhumatologiques.
- AMK : Actes réalisés au cabinet ou au domicile du patient, sauf dans un cabinet situé dans un établissement hospitalier privé pour des patients hospitalisés.
- AMC : Actes effectués dans une structure de soins ou un établissement, y compris lorsque le patient y réside, autres que ceux utilisant la clé AMK.

En 2021, une seule prestation pouvait être facturée par jour par patient (à l'exception de la rééducation pour les affections respiratoires). L'avenant 7 (signé en 2023, hors champ MOVIE) a introduit une revalorisation tarifaire des actes de kinésithérapie, en particulier pour les soins à domicile et en établissement de santé. Il permet également de facturer plusieurs prestations par patient et par jour, ce qui permet une prise en charge plus intensive dans certaines situations. Enfin, il permet de facturer des actes de télésoins avec la lettre-clé TMK.

#### **Les orthoptistes :**

Les orthoptistes interviennent dans le domaine de la rééducation visuelle et des troubles de la vision. Ils interviennent pour les troubles de la vision binoculaire (ex : strabisme), la rééducation après une chirurgie oculaire, la rééducation des troubles visuels liés aux pathologies neurologiques, les troubles de la perception visuelle, l'amblyopie (œil paresseux), la réadaptation visuelle chez les personnes âgées (dans le cadre, par exemple, de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ou des cataractes), l'accompagnement des troubles de la lecture et de l'écriture.

De récentes mesures ont élargi les compétences des orthoptistes, amélioré leur rémunération et renforcé leur intégration dans les parcours de soins. Elles ont aussi répondu à un besoin urgent : la pénurie croissante d'ophtalmologues en France. En raison des délais de rendez-vous parfois longs, l'accès rapide aux soins visuels était devenu complexe pour de nombreux patients, ce qui a entraîné une réorganisation de la filière visuelle et un élargissement de responsabilités des orthoptistes.

- L'avenant 11 (2016) a marqué un premier tournant en introduisant la rémunération à l'acte, favorisant ainsi leur exercice dans des centres de santé et des établissements privés. L'avenant a également élargi leurs compétences, leur permettant de réaliser des bilans visuels sans la prescription préalable d'un ophtalmologue.
- L'avenant 12 (2017) a poursuivi cette dynamique en renforçant l'intégration des orthoptistes dans les parcours de soins coordonnés, en coopération avec d'autres professionnels de santé. Il a aussi encouragé leur présence dans des structures publiques et privées pour pallier le manque d'ophtalmologistes et désengorger les cabinets. Par ailleurs, la revalorisation des actes a rendu l'exercice de la profession plus attractif.
- L'avenant 13 (2018) a constitué une avancée majeure en permettant un accès direct aux orthoptistes pour les patients de 16 à 42 ans, leur donnant la possibilité de réaliser des bilans



visuels et de rédiger des prescriptions pour des verres ou des montures sans passer par un ophtalmologue.

- Un décret de juillet 2024 (hors champ MOVIE) a permis la primo-prescription de lentilles de contact souples.

Les orthoptistes ont une unique lettre clé, AMY (acte de mobilité oculaire), associée à chaque prestation. Le coefficient unitaire était de 2,60 € en France métropolitaine en 2021 et reste inchangé en 2024. En dehors des indemnités de déplacement et/ou indemnités kilométriques, aucune autre prestation spécifique ne s'applique à cette profession paramédicale.

### **Les orthophonistes :**

Les orthophonistes interviennent dans la rééducation des troubles de la communication, du langage, de la voix, de l'articulation, de la déglutition et de la cognition. Comme pour les autres professionnels de santé, plusieurs avenants à la convention nationale des orthophonistes ont été adoptés ces dernières années, notamment pour encourager leur installation dans les zones « très sous-dotées » et élargir leurs compétences. Ainsi, l'avenant 16 (2017) prévoyait :

- Une revalorisation des bilans et des actes de rééducation des orthophonistes, ainsi qu'une meilleure prise en charge des enfants de 3 à 6 ans;
- La mise en place de suppléments et de majorations conventionnels pour les patients en situation de handicap, les enfants de moins de 3 ans, ainsi que les patients en post-hospitalisation à la suite d'un AVC, d'une pathologie cancéreuse ou d'une maladie neurologique grave entraînant une dysphagie sévère et/ou des troubles de la voix ;
- Le lancement d'expérimentations visant à favoriser le dépistage des troubles du langage et de la communication en milieu scolaire.

Les orthophonistes ont une unique lettre clé, AMO (Acte Médical d'Orthophonie), associée à chaque prestation. Ils peuvent également réaliser des actes de télésoins dans le cadre de la rééducation de la déglutition ou des troubles oro-faciaux (clé TMO, troubles moteurs oro-faciaux). Le coefficient unitaire de ces actes, de 2,50 € en France métropolitaine en 2021, est passée à 2,60 € depuis 2023.

### **Les pédicures-podologues :**

Le pédicure-podologue est spécialisé dans le traitement des pathologies et des problèmes liés aux pieds, englobant à la fois la pédicurie, qui consiste à soigner la peau et les ongles des pieds, et la podologie, qui se concentre sur la prise en charge de la structure et de la fonction du pied. Les pédicure-podologues peuvent donc intervenir dans les domaines suivants : soins des pieds, orthopédie et biomécanique (ex : confection d'orthèses plantaires, rééducation posturale, etc.), prise en charge des pathologies spécifiques (ex : pathologies du diabète, troubles circulatoires, etc.), rééducation et réadaptation, suivi et prévention (conseils et recommandations).

L'Assurance Maladie rembourse les consultations chez un pédicure-podologue principalement pour les personnes diabétiques présentant un risque podologique identifié, sur prescription médicale, ainsi que la confection d'orthèses plantaires. En revanche, les soins considérés comme des soins de confort, sans lien avec une pathologie particulière, ne sont pas pris en charge.



Les lettres clés correspondant à leurs activités sont les suivantes : AMP - actes pratiqués, TMP - actes de télésoin; POD - forfait de prévention ainsi que les actes CCAM concernant exclusivement la pose d’orthèse. En 2021, le tarif des lettres clés POD, AMP, et TMP étaient respectivement 27 €, 0,63€ et 0,63€.

Un nouvel avenant, signé en 2023 a introduit des évolutions notables :

- Prescription directe d'orthèses plantaires : Les pédicures-podologues peuvent désormais prescrire directement des orthèses plantaires, facilitant ainsi le processus de remboursement.
- Revalorisation des actes de prévention : L'acte de prévention pour les patients diabétiques a été revalorisé, améliorant la prise en charge de ces patients.
- Nouveaux actes pris en charge : Un acte de traitement et de suivi des verrues plantaires a été créé, non soumis à prescription médicale, ainsi que la prise en charge des patients sous traitement anti-cancéreux.
- Introduction des télésoins et de la télé expertise.

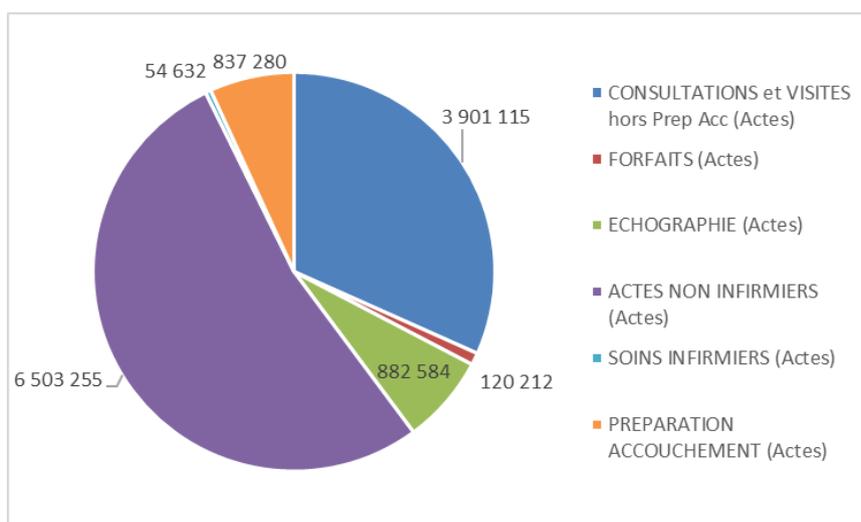
### 2.1.3 Activités et dépense de santé en 2021

À ce jour, aucun document issu des Comptes de la santé ne fournit de données chiffrées détaillées sur leur activité à l’exception des sages-femmes et des infirmiers. Ainsi, nous avons identifié le site C@rtoSanté de l’ARS Île-de-France, qui propose un large éventail d’indicateurs nationaux d’activité élaborés à partir des données de l’Assurance Maladie (SNDS).

#### Les sages-femmes :

En 2021, les actes réalisés représentaient 52,9 % de leur activité, soit 1 813<sup>66</sup> actes, suivis par les consultations et visites à hauteur de 31,7 % (soit 84,6 % pour l’ensemble) (Figure 19)<sup>67</sup>.

Figure 19 : Activités des sages-femmes libérales en 2021 – France métropolitaine



<sup>66</sup> C@rtoSanté. (2024)

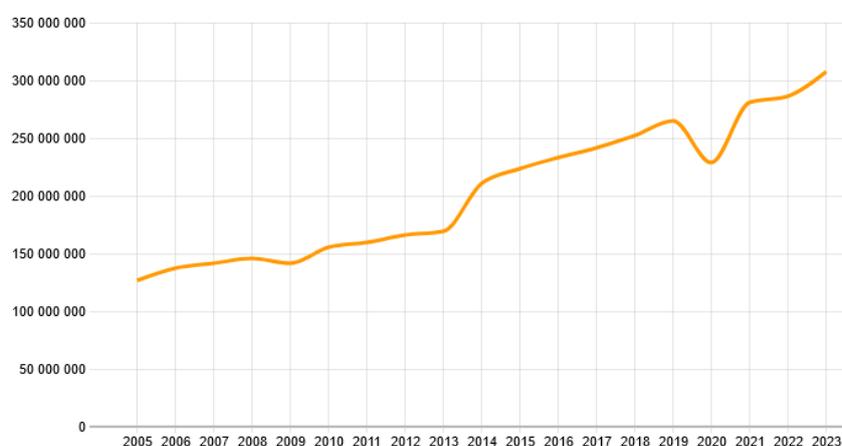
<sup>67</sup> Assurance Maladie. (2021). Activité des sages-femmes libérales par département [fichier Excel]. Consulté le 04/02/2025, sur <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/activite-sages-femmes-liberales-departement>.

L'analyse de la patientèle montre que 81,1 % de l'activité concernait des personnes âgées de 20 à 40 ans, tandis que les adolescent(e)s représentaient 1,4 % de l'activité et les personnes de plus de 50 ans, 7,5 %.

#### Les masseurs-kinésithérapeutes :

En 2021, l'activité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux se composait de 69,8 % d'actes codés en AMS, 27,0 % d'actes AMK, et 3,2 % d'actes AMC. Selon C@rtosanté, le nombre moyen d'actes réalisés annuellement par un masseur-kinésithérapeute libéral s'élevait à 4 350. En dehors de l'impact ponctuel de la pandémie, l'activité de la profession suit une tendance à la hausse de manière continue, avec une croissance moyenne d'environ 10 % par an pour atteindre plus de 280 millions d'actes réalisés en 2021 (Figure 20). En 2021, 5,2 % des actes des masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont concerné des enfants de 15 ans ou moins, 51,4 % des adultes de 16 à 59 ans, et 43,4 % des adultes de 60 ans et plus.

Figure 20 : Evolution du nombre d'actes masseurs-kinésithérapeutes exerçant en libéral en France entre 2005 et 2023



#### Les orthoptistes :

En 2021, un orthoptiste libéral réalisait en moyenne 2 430 par an. Au total, 5 695 003 actes ont été réalisés cette année-là (Figure 21). La répartition par tranche d'âge montre que 38,4 % des actes des orthoptistes libéraux concernaient des enfants de 16 ans ou moins, 33,7 % des adultes de 17 à 59 ans, et 27,9 % des adultes de 60 ans et plus.

#### Les orthophonistes :

En 2021, un orthophoniste libéral réalisait en moyenne 1 604 par an. Au total 30 415 354 actes ont été réalisés en 2021 (Figure 22). La répartition par âge montre que 55,0 % des actes concernaient des enfants de 10 ans ou moins, 23,8 % des adolescents de 11 à 17 ans, et 20,2 % des adultes de 18 ans et plus.

#### Les pédicures-podologues :

Concernant l'activité des pédicures-podologues, aucune source de données n'a été trouvée à ce jour permettant de chiffrer leur activité pour l'année 2021.



Figure 21 : Évolution du nombre d’actes réalisés par les orthoptistes libéraux en France entre 2017 et 2023

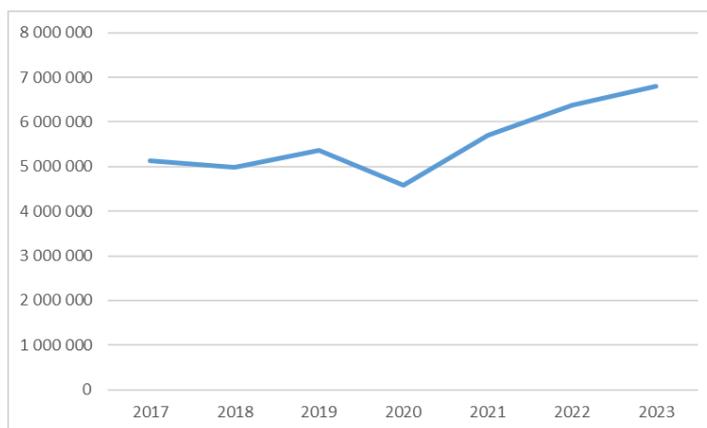
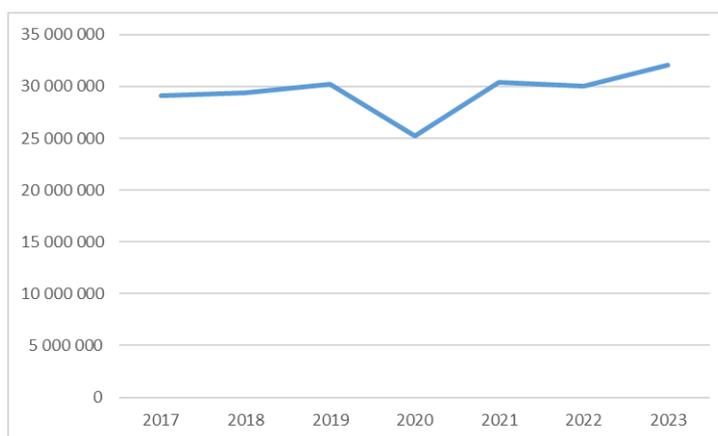


Figure 22 : Évolution du nombre d’actes réalisés par les orthophonistes libéraux en France entre 2017 et 2023



**Les dépenses :**

Selon la DREES, la consommation des soins courants des sages-femmes dispensés par les cabinets libéraux ou les centres de santé s’élève à 511 millions d’euros en 2021 (Tableau 69). Cette consommation augmente rapidement ; elle est principalement liée à l’augmentation des effectifs libéraux, elle-même favorisée par le transfert de la prise en charge post-accouchement vers la ville et l’élargissement du champ de compétences des sages-femmes.

Le Tableau 70 rapporte la consommation totale issue des comptes de la santé pour les autres professionnels étudiés. La consommation de soins courants des masseurs-kinésithérapeutes a augmenté de 6,1 % entre 2019 et 2021, atteignant 6,587 milliards d’euros. Parmi cette dépense, 64 % étaient associées aux AMS, 24 % aux AMK et 3 % aux AMC. L’Assurance Maladie a pris en charge 64,4 % de cette dépense. La consommation de soins courants des orthoptistes a augmenté de 34,6 % entre 2019 et 2021, atteignant 307 millions d’euros, dont 70,3 % ont été pris en charge par l’Assurance Maladie. Concernant les orthophonistes, l’activité a peu augmenté (+0,8 % entre 2019 et 2021). Les dépenses atteignent 1,140 milliards d’euros, dont 80,8 % ont été pris en charge par l’Assurance Maladie. La dépense la moins élevée concerne les soins courants des pédicures-podologues, atteignant 55 millions d’euros et dont 93,2 % ont été pris en charge par l’Assurance Maladie (soins pieds diabétiques).



Tableau 69 : Consommation de soins de sages-femmes entre 2011 et 2021

*En millions d'euros*

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Soins courants</b>	<b>186</b>	<b>317</b>	<b>341</b>	<b>370</b>	<b>419</b>	<b>446</b>	<b>511</b>
Honoraires et assimilés	172	296	320	346	390	411	477
Contrats et assimilés	3	3	4	5	7	8	10
Prise en charge des cotisations	11	18	17	19	22	24	24
DIPA <sup>1</sup>	0	0	0	0	0	4	0
Évolution (en %)	7,9	8,6	7,8	8,3	13,2	6,6	14,4
Prix (en %)	2,1	0,3	2,5	2,0	0,4	1,3	-0,3
Volume (en %)	5,8	8,3	5,2	6,2	12,8	5,2	14,7

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité.

Source > DREES, comptes de la santé; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Tableau 70 : Consommation de soins courants entre 2011 et 2021

*En millions d'euros*

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Consommation totale</b>	<b>5 346</b>	<b>6 854</b>	<b>7 036</b>	<b>7 275</b>	<b>7 616</b>	<b>6 771</b>	<b>8 089</b>
Masseurs-kinésithérapeutes	4 427	5 665	5 810	5 975	6 210	5 534	6 587
Orthophonistes	801	1 023	1 052	1 078	1 131	962	1 140
Orthoptistes	101	133	138	181	228	230	307
Pédicures-podologues	16	33	37	42	46	45	55
Évolution (en %)	2,6	3,5	2,7	3,4	4,7	-11,1	19,5
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume (en %)	2,6	3,5	2,7	3,4	4,7	-11,1	19,5

Note > L'activité des pédicures-podologues retrace uniquement les actes prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale.

Sources > DREES, comptes de la santé; Insee pour l'indice de prix à la consommation.

## 2.2 Résultats généraux

Le Tableau 71 présente, pour chaque professionnel, le nombre total de prestations, le montant total facturé et le montant total remboursé en 2021. 216 866 prestations de sages-femmes ont été facturées 7 769 823 €, dont 6 916 222 € ont été effectivement remboursés.

Tableau 71 : Résultats généraux en euros/ ESND 2021

Résultats	Sages-femmes	Masseurs-kinésithérapeutes	Orthoptistes	Orthophonistes	Pédicures-Podologues
Effectif étudié ESND	216 866	4 728 778	158 905	561 775	69 815
Montant facturé	7 769 823	96 662 343	3 962 629	18 569 059	6 544 083
Montant remboursé	6 916 222	72 744 229	2 527 949	13 519 716	1 564 526

Le montant moyen facturé d'une prestation varie de 20,44 € pour les masseurs-kinésithérapeutes à 93,73 € pour les pédicures podologues (Tableau 72).



Tableau 72 : Statistiques descriptives global du coût par prestation en euros/ ESND 2021

Professionnel	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Sages-femmes	Montant facturé	216 866	21,00	35,81	22,85	29,00	77,28
	Montant remboursé	216 866	14,70	31,88	19,63	25,00	70,14
	Reste à charge	216 866	0,00	3,94	9,64	0,00	15,73
Masseurs- Kinésithérapeutes	Montant facturé	4 728 778	16,13	20,44	6,38	19,35	34,99
	Montant remboursé	4 728 778	9,18	15,38	6,89	12,26	25,50
	Reste à charge	4 728 778	0,00	5,06	5,21	6,45	13,28
Orthoptistes	Montant facturé	158 905	16,90	24,94	10,55	22,10	40,17
	Montant remboursé	158 905	9,64	15,91	8,10	12,76	28,00
	Reste à charge	158 905	0,00	9,03	5,24	8,84	16,10
Orthophonistes	Montant facturé	561 775	25,25	33,05	10,70	31,50	41,75
	Montant remboursé	561 775	15,15	24,06	11,44	18,90	41,75
	Reste à charge	561 775	0,00	8,99	6,64	10,10	15,00
Pédicures- Podologues	Montant facturé	69 815	27,00	93,73	61,88	110,00	180,00
	Montant remboursé	69 815	16,82	22,41	7,29	17,32	32,80
	Reste à charge	69 815	0,00	71,33	65,03	92,68	161,68

**A ces montants il faut ajouter le supplément relatif aux financements complémentaires rapportés à une prestation de soins.** Les sages-femmes perçoivent des aides au financement des cotisations sociales ainsi que des financements par contrats ou assimilés. Les masseurs-kinésithérapeutes perçoivent uniquement des aides au financement des cotisations sociales. Ainsi pour ces professionnels de santé le montant moyen facturé s’élève à 38,57 € par prestation pour les sages-femmes et à 21,42 € par prestation pour les masseurs-kinésithérapeutes une fois ce complément considéré. Les résultats présentés selon les inducteurs de coûts sont bruts. Pour les utiliser, il faut ajouter les montants relatifs aux autres financements. Le détail du calcul des financements complémentaires et les résultats détaillés sont présentés dans la section 2.5.

### 2.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

Les principaux résultats selon les inducteurs de coûts sont présentés dans cette partie.

#### 2.3.1 Les sages-femmes

Le montant facturé est en moyenne plus cher de 14,82 € par prestation au domicile comparativement à celle pratiquée au cabinet (47,68 € vs 32,86 €) (Tableau 73).

Tableau 73 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du lieu d'exécution des soins\* en euros/ ESND 2021

Lieu	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Cabinet	Montant facturé	174 333	21,00	32,86	21,91	25,00	71,00
Cabinet	Montant remboursé	174 333	14,70	28,29	17,27	24,96	60,53
Cabinet	Reste à charge	174 333	0,00	4,57	10,08	0,00	17,50
Domicile	Montant facturé	42 015	21,00	47,68	21,46	48,00	81,28
Domicile	Montant remboursé	42 015	17,50	46,38	21,04	47,68	80,68
Domicile	Reste à charge	42 015	0,00	1,29	6,36	0,00	8,70

\* Un nombre marginal de prestations (N=524), actes/forfait étaient réalisés dans un lieu « autre »; Ces prestations ne sont pas représentées ici.

Le montant moyen facturé varie fortement selon la présence et le type d'actes réalisés. Par exemple, une prestation sans acte est facturée en moyenne 48,99 € de moins qu'une réalisation d'échographie seule (26,16 € vs 75,15 €) (Tableau 74).

Tableau 74 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du type d'actes réalisés en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Actes SF seuls	Montant facturé	128 962	21,00	34,49	16,45	32,48	67,72
Actes SF seuls	Montant remboursé	128 962	14,70	33,24	16,91	32,48	67,20
Actes SF seuls	Reste à charge	128 962	0,00	1,25	3,86	0,00	6,30
Aucun acte	Montant facturé	55 177	25,00	26,16	5,70	25,00	33,50
Aucun acte	Montant remboursé	55 177	17,50	21,37	6,49	17,50	26,60
Aucun acte	Reste à charge	55 177	0,00	4,79	4,77	7,50	7,50
Actes CCAM seuls	Montant facturé	16 466	35,46	39,83	41,98	37,46	41,80
Actes CCAM seuls	Montant remboursé	16 466	21,86	28,15	23,56	26,22	37,46
Actes CCAM seuls	Reste à charge	16 466	0,00	11,68	24,07	11,24	13,78
Echographie seule	Montant facturé	15 901	35,65	75,15	29,13	75,60	125,20
Echographie seule	Montant remboursé	15 901	24,96	60,50	29,58	60,53	109,81
Echographie seule	Reste à charge	15 901	0,00	14,65	12,54	15,73	30,06

Nb : Les effectifs inférieurs à 1 000 ne sont pas présentés ici, il faut se référer au fichier Excel pour les données complètes.

### 2.3.2 Les masseurs-kinésithérapeutes

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le montant facturé par prestation est en moyenne supérieur de 4,21 € lorsqu'elle est réalisée au domicile comparativement au cabinet (23,77 € vs 19,56 €) (Tableau 75).

Tableau 75 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du lieu d'exécution des soins\* en euros/ ESND 2021

Lieu	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Cabinet	Montant facturé	3 783 833	16,13	19,56	6,19	17,20	35,00
Cabinet	Montant remboursé	3 783 833	9,18	13,88	5,98	11,76	23,01
Cabinet	Reste à charge	3 783 833	0,00	5,68	5,22	6,95	15,65
Domicile	Montant facturé	934 458	17,85	23,77	5,54	23,35	33,03
Domicile	Montant remboursé	934 458	11,18	21,24	6,76	22,28	30,44
Domicile	Reste à charge	934 458	0,00	2,53	4,33	0,00	9,77

\* Dans un nombre marginal de prestations (0,21%), les soins étaient réalisés dans un lieu « autre »; ces prestations ne sont pas représentées ici.

### 2.3.3 Les orthoptistes

Pour les orthoptistes, il est intéressant d'étudier la variation de la dépense relative à une prestation en fonction de l'âge du bénéficiaire. Le montant facturé s'échelonne de 22,71 € à 35,68 € selon les besoins des bénéficiaires (Tableau 76).



Tableau 76 : Statistiques descriptives des prestations en fonction de l'âge en euros/ ESND 2021

Age	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Nourrisson < 2	Montant facturé	1 589	16,90	35,68	8,44	39,00	40,30
Nourrisson < 2	Montant remboursé	1 589	10,14	21,59	5,56	23,40	24,18
Nourrisson < 2	Reste à charge	1 589	6,76	14,09	3,84	15,60	16,12
Enfant 2-9	Montant facturé	35 885	15,08	27,78	12,88	28,00	40,30
Enfant 2-9	Montant remboursé	35 885	9,05	17,26	8,62	18,72	31,20
Enfant 2-9	Reste à charge	35 885	0,00	10,52	5,66	10,14	16,12
Adolescent 10-17	Montant facturé	19 254	16,90	26,04	12,16	22,10	39,00
Adolescent 10-17	Montant remboursé	19 254	10,14	16,39	8,66	13,26	31,20
Adolescent 10-17	Reste à charge	19 254	0,00	9,65	5,47	8,84	15,60
Adulte 18-59	Montant facturé	63 328	16,90	22,71	8,60	22,10	39,00
Adulte 18-59	Montant remboursé	63 328	9,64	14,11	6,94	12,76	26,28
Adulte 18-59	Reste à charge	63 328	0,50	8,61	4,46	7,36	16,10
Sénior 60 et plus	Montant facturé	38 849	16,90	24,95	9,20	22,10	46,80
Sénior 60 et plus	Montant remboursé	38 849	9,64	17,13	8,52	13,26	32,54
Sénior 60 et plus	Reste à charge	38 849	0,00	7,83	5,44	9,34	16,13

Le Tableau 77 présente les dépenses liées aux prestations d'orthoptiste en fonction du lieu d'exécutions des soins.

Tableau 77 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du lieu d'exécution des soins\* en euros/ ESND 2021

Lieu	Résultat	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Cabinet	Montant facturé	157 945	16,90	24,90	10,53	22,10	40,17
Cabinet	Montant remboursé	157 945	9,64	15,87	8,04	12,76	28,00
Cabinet	Reste à charge	157 945	0,00	9,03	5,23	8,84	16,10
Domicile	Montant facturé	956	16,90	31,60	11,69	26,78	49,30
Domicile	Montant remboursé	956	10,14	22,66	12,47	16,07	49,30
Domicile	Reste à charge	956	0,00	8,94	6,39	10,90	19,72

\* Les prestations dont le lieu d'exécution est défini comme « non attribué » ne sont pas présentés, car l'effectif a été jugé trop faible (N = 4).

### 2.3.4 Les orthophonistes

Pour les orthophonistes, le montant facturé par prestation varie en moyenne de 29,27 € à 46,01 € (Tableau 78).



Tableau 78 : Statistiques descriptives des prestations en fonction de l'âge en euros/ ESND 2021

Age	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Nourrisson < 2	Montant facturé	1 375	33,75	46,01	16,81	39,75	85,00
Nourrisson < 2	Montant remboursé	1 375	20,25	31,64	12,47	23,85	51,00
Nourrisson < 2	Reste à charge	1 375	0,00	14,37	10,93	15,90	34,00
Enfant 2-9	Montant facturé	281 856	25,25	31,80	10,11	30,50	38,50
Enfant 2-9	Montant remboursé	281 856	15,15	20,41	7,97	18,90	35,00
Enfant 2-9	Reste à charge	281 856	0,00	11,40	5,55	12,10	14,00
Adolescent 10-17	Montant facturé	146 613	25,25	29,27	9,58	25,25	35,00
Adolescent 10-17	Montant remboursé	146 613	15,15	19,12	7,84	15,15	35,00
Adolescent 10-17	Reste à charge	146 613	0,00	10,16	5,26	10,10	14,00
Adulte 18-59	Montant facturé	40 266	25,25	37,65	11,05	39,00	42,71
Adulte 18-59	Montant remboursé	40 266	15,15	33,75	12,07	38,50	41,99
Adulte 18-59	Reste à charge	40 266	0,00	3,91	6,94	0,50	15,70
Sénior 60 et plus	Montant facturé	91 665	30,48	40,70	9,20	39,25	44,15
Sénior 60 et plus	Montant remboursé	91 665	22,90	38,85	10,10	39,00	43,67
Sénior 60 et plus	Reste à charge	91 665	0,00	1,86	5,11	0,00	16,10

Le montant facturé par prestation est en moyenne supérieur de 9,49 € au domicile comparativement à celle réalisée au cabinet (41,88 € vs 32,39 €) (Tableau 79).

Tableau 79 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du lieu d'exécution des soins\* en euros/ ESND 2021

Lieu	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Cabinet	Montant facturé	522 889	25,25	32,39	10,59	30,25	39,25
Cabinet	Montant remboursé	522 889	15,15	22,83	10,62	18,90	39,25
Cabinet	Reste à charge	522 889	0,00	9,55	6,44	10,10	15,00
Domicile	Montant facturé	38 810	34,36	41,88	7,46	41,50	45,57
Domicile	Montant remboursé	38 810	24,40	40,50	8,82	41,50	45,10
Domicile	Reste à charge	38 810	0,00	1,38	4,27	0,00	13,80

\*Les prestations dont le lieu d'exécution est défini comme « non attribué » ne sont pas présentées, car l'effectif a été jugé trop faible (N = 76).

### 2.3.5 Les pédicures-podologues

Concernant les pédicures-podologues, le montant moyen dépend du motif de consultation (Tableau 80). Après exclusion de 14 consultations comprenant plusieurs prestations dans la même journée, le coût moyen était de 28,51 € pour une consultation de pédicurie-podologie seule et de 141,60 € pour une consultation liée aux orthèses. Lorsqu'une consultation combine les deux motifs, le montant moyen s'élève à 159,97 € (très faible effectif).



Tableau 80 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du type d'actes réalisés en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Conception et fabrication de semelles orthopédiques	Montant facturé	40 064	95,00	141,60	34,69	140,00	190,00
	Montant remboursé	40 064	16,82	19,27	5,94	17,32	32,80
	Reste à charge	40 064	74,68	122,34	34,05	122,68	167,68
Actes de péd-podologie	Montant facturé	29 550	27,00	28,51	3,91	27,00	34,75
	Montant remboursé	29 550	15,70	26,54	6,55	27,00	32,13
	Reste à charge	29 550	0,00	1,96	7,25	0,00	11,30

\*: Dans un nombre marginal de prestations (201), les deux types de prestations étaient réalisés ou le type n'a pu être identifié; ces prestations ne sont pas représentées ici.

La nature des soins réalisés chez les hommes et les femmes induit une différence de coût de près de 7 € sur le montant moyen facturé (Tableau 81).

Tableau 81 : Statistiques descriptives des prestations en fonction du genre en euros/ ESND 2021

Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Femme	Montant facturé	38 827	27,00	96,76	60,47	116,00	180,00
Femme	Montant remboursé	38 827	16,82	22,17	7,41	17,32	32,80
Femme	Reste à charge	38 827	0,00	74,59	63,61	97,20	161,14
Homme	Montant facturé	30 988	27,00	89,95	63,40	100,00	180,00
Homme	Montant remboursé	30 988	16,82	22,71	7,12	26,50	32,80
Homme	Reste à charge	30 988	0,00	67,23	66,54	80,68	162,68

## 2.4 Comparaison aux données nationales

Concernant le nombre total d'actes, les dépenses présentées au remboursement (montants facturés) et le reste à charge, les écarts entre nos résultats et ceux de la littérature s'expliquent principalement par nos choix méthodologiques. Nos analyses incluent uniquement les dépenses du régime général pour les résidents de France métropolitaine, associés à des professionnels exerçant en libéral. Ce régime couvre 88 % des bénéficiaires. À l'exception des pédicures-podologues, les données issues de la littérature englobent généralement l'ensemble de l'activité des professionnels de santé (libéraux ou salariés non hospitaliers), sans se limiter aux actes prescrits par un médecin ou pris en charge par l'Assurance Maladie. En revanche, les montants issus de l'ESND reposent uniquement sur les actes présentés au remboursement et excluent ceux hors nomenclature. Par ailleurs, en extrapolant notre échantillon de bénéficiaires du régime général issu de l'ESND à l'ensemble des bénéficiaires du SNDS, nous faisons l'hypothèse que les bénéficiaires hors régime général ont une consommation moyenne identique à ceux du régime général. D'autres sources potentielles de différence sont présentées pour chaque poste, le cas échéant. Certaines dépenses remboursées par l'Assurance Maladie ne sont pas intégrées dans l'ESND, comme le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité ou la prise en charge des cotisations sociales. Elles font l'objet d'une analyse complémentaire dans la section 2.5 Financements complémentaires.

### 2.4.1 Les sages-femmes

Le Tableau 82 présente une comparaison des données nationales disponibles pour les sages-femmes afin d'illustrer les écarts et tendances observés.



Tableau 82 : Comparaison des données au niveau national pour les sages-femmes

	Données bibliographiques	ESND 2021	Extrapolation (100%) <sup>d</sup>	Différence(%)
<b>Effectif d’actes (en millions)</b>	13,3 <sup>a</sup>	0,2	13,2	-0,2 (-1,3%)
<b>Dépense facturée (en millions €)</b>	477,0 <sup>b</sup>	7,8	441,5	35,5 (7.4%)
<b>Total remboursé (en millions €)</b>	431,7 <sup>c</sup>	6,9	393,0	38,7 (9.0%)
<b>Rac (en million €)</b>	45,3 <sup>c</sup>	0,8	48,5	-3 (-7.1%)

a: en 2021 ; C@rtoSanté recense le nombre total d’actes de sages-femmes en libéral.

b: en 2021 ; comprend l’ensemble des dépenses en honoraires et assimilés (cf. Tableau 69).

c: en 2021 ; estimé à partir des données 2022 disponibles sur le lien suivant (<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Fiche%2007%20-%20Les%20soins%20de%20sages-femmes.pdf>). Sur la base de 6,9% à la charge des organismes complémentaires, 2,4% à la charge des ménages, 0,2% à l’état (inchangé), 90,5% des dépenses 2021 resteraient à la charge de l’Assurance Maladie; le RAC comprend la part des ménages et la part des organismes complémentaires le cas échéant.

<sup>d</sup> extrapolation à la population totale des bénéficiaires du RG ; Nos données représentant 88 % de l’ESND, représentant lui-même 2% du SNDS.

### 2.4.2 Les masseurs-kinésithérapeutes

L’écart de 39,6 % (Tableau 83) observé pour le reste à charge s’explique par l’inclusion, dans la pratique quotidienne des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, de soins hors nomenclature non pris en compte dans l’ESND (cours collectifs, réflexothérapie, micro-kinésithérapie, acupuncture, etc.).

Tableau 83 : Comparaison des données au niveau national pour les masseurs-kinésithérapeutes

	Données bibliographiques	ESND 2021	Extrapolation (100%) <sup>d</sup>	Différence (%)
<b>Effectif d’actes (en millions)</b>	280,6 <sup>a</sup>	4,9	280,0	0,7 (0.3%)
<b>Dépense facturée (en millions €)</b>	6 323,5 <sup>b</sup>	96,7	5 492,2	831,3(13.1%)
<b>Total remboursé (en millions €)</b>	4 072,3 <sup>c</sup>	72,7	4 133,2	60,9 (-1.5%)
<b>Rac (en million €)</b>	2 251,2 <sup>c</sup>	23,9	1 359,0	892,2 (39.6%)

a: en 2021 ; C@rtoSanté recense le nombre total d’actes de masseurs-kinésithérapeutes en libéral (Figure 20)

b: en 2021 DREES.

c: en 2021 ; DREES

d: extrapolation à l’ensemble de la population générale (ESND = 2% du SNIIRAM, régime général = 88 % de la population)

### 2.4.3 Les orthoptistes

Les écarts de montants observés (Tableau 84) s’expliquent par le fait que la part des actes réalisés par les orthoptistes dans les centres de santé, au sein de l’activité totale, est estimée à environ 25 %. Cette activité des centres de santé, prise en compte dans les montants associés aux données bibliographiques, ne l’est pas dans nos résultats issus de l’ESND. De plus, il n’a pas été possible de distinguer, dans les données bibliographiques, la part des honoraires et assimilés parmi l’ensemble des dépenses (honoraires et assimilés, contrats et assimilés, dépenses liées à la prise en charge des cotisations et au dispositif d’indemnisation de la perte d’activité).



Tableau 84 : Comparaison des données au niveau national pour les orthoptistes

	Données bibliographiques	ESND 2021	Extrapolation (100%) <sup>d</sup>	Différence (%)
<b>Effectif d'actes (en millions)</b>	6,8	0,2	9,1	-2,3 (-33.7%)
<b>Dépense facturée (en millions €)</b>	307,0 <sup>b</sup>	4,0	225,1	81,8 (26.7%)
<b>Total remboursé (en millions €)</b>	216,0 <sup>c</sup>	2,5	143,6	72,4 (33.5%)
<b>Rac (en million €)</b>	91,0 <sup>c</sup>	1,4	81,5	9,5 (10.4%)

a: en 2021 ; C@rtoSanté recense le nombre total d'actes d'orthoptie en libéral

b: en 2021 ; comprend l'ensemble des dépenses en honoraires et assimilés, en contrats et assimilés, dépenses liées à la prise en charge des cotisations et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DREES)

c: en 2021 ; (DREES)

d: extrapolation à l'ensemble de la population générale (ESND = 2% du SNIIRAM, régime général = 88 % de la population)

#### 2.4.4 Les orthophonistes

L'écart de 34,2 % (Tableau 85) dans le reste à charge (organismes complémentaires et patients) peut s'expliquer en partie par le fait que nos résultats issus de l'ESND sont limités aux professionnels exerçant à titre libéral, ce qui exclut les 14,7 % (DREES) de professionnels salariés. Les orthophonistes salariés exercent généralement dans des établissements de santé, tels que des EHPAD ou des structures d'accueil pour enfants, personnes handicapées ou âgées, qui bénéficient d'une meilleure prise en charge par l'Assurance Maladie, notamment en raison du fait que les bénéficiaires d'ALD bénéficient d'une prise en charge à 100 % pour les soins orthophoniques.

Tableau 85 : Comparaison des données au niveau national pour les orthophonistes

	Données bibliographiques	ESND 2021	Extrapolation (100%) <sup>d</sup>	Différence (%)
<b>Effectif d'actes (en millions)</b>	30,4 <sup>a</sup>	0,6	31,8	-1,0 (4.6%)
<b>Dépense facturée (en millions €)</b>	1 140,0 <sup>b</sup>	18,6	1 055,1	84,9 (7.5%)
<b>Total rembourse (en millions €)</b>	921,0 <sup>c</sup>	13,5	768,1	152,8 (16.6%)
<b>Rac (en million €)</b>	217,0 <sup>c</sup>	5,0	286,9	-69,9 (32,2%)

a: en 2021 ; C@rtoSanté recense le nombre total d'actes d'orthophonie en libéral (cf. Figure 22)

b: en 2021 ; comprend l'ensemble des dépenses en honoraires et assimilés, en contrats et assimilés, dépenses liées à la prise en charge des cotisations et le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DREES)

c: en 2021 ; (DREES)

d: extrapolation à l'ensemble de la population générale (ESND = 2% du SNIIRAM, régime général = 88 % de la population)

#### 2.4.5 Les pédicures-podologues

L'activité des pédicures-podologues retrace uniquement les actes prescrits par un médecin et pris en charge par l'Assurance Maladie. A l'instar des orthophonistes, les écarts observés dans les montants sont en partie liés au fait que les données bibliographiques incluent les professionnels exerçant à titre salarié (Tableau 86).

Tableau 86 : Comparaison des données au niveau national pour les pédicures-podologues limités aux soins de pédicure-podologie en euros/ ESND 2021

	Données bibliographiques	ESND 2021	Extrapolation (100%) <sup>d</sup>	Différence (%)
Effectif d'actes ± (en millions)	--	1,5	1,7	--
Dépense facturée (en millions €) ±	55,0 <sup>a</sup>	0,8	47,9	7,1 (12.9 %)
Total rembourse (en millions €)±	51,0 <sup>b</sup>	0,8	44,6	6,4 (12.5%)
Rac (en million €)±	4,0 <sup>c</sup>	0,1	3,3	0,7 (17.5 %)

±actes de pédicure-podologie uniquement

a: en 2021 ; C@rtoSanté recense le nombre total d'actes de pédicure-podologue en libéral

b: en 2021 ; DREES

c: en 2021 ; DREES

d: extrapolation à l'ensemble de la population générale (ESND = 2% du SNIIRAM, régime général = 88 % de la population)

## 2.5 Financements complémentaires

### 2.5.1 Les sages-femmes

Les dépenses liées aux contrats et assimilés comprennent les contrats d'aide à la première installation, les contrats type national d'aide au maintien des sages-femmes dans les zones « très sous-dotées » et « sous-dotées », la rémunération complémentaire de santé publique, etc. Selon la DREES (cf. comptes de la santé), la consommation couverte par Assurance Maladie liée aux contrats et assimilés pour les sages-femmes représente 10 millions d'euros pour l'année 2021, soit 1,9 % des consommations de soins pour l'ensemble des sages-femmes.

#### Estimation 1 (à partir des données de la littérature) :

D'après les données de l'ARS (c@rtosante.atlaSante), le nombre annuel de prestations en 2021 était estimé à 13 314 672 (activité moyenne par sage-femme (en nombre d'actes) estimée à 1813 multipliée par le nombre de sages-femmes estimé à 7 344). Cette estimation tient compte des conclusions de notre travail sur les données de l'ESND qui montrait que pour 99% des prestations avec une sage-femme, le nombre d'actes associés était soit nul soit égal à un.

Le correctif par prestation lié à la rémunération des contrats et assimilés est calculé en divisant le versement total annuel (10 000 000 €) par le nombre moyen total de prestations (13 314 672). Nous obtenons un correctif de 0,75 euro par prestation.

#### Estimation 2 (à partir des données du SNDS) :

L'analyse des données de l'ESND nous a permis d'estimer à 7 343 le nombre de sages-femmes en activité libérale ou mixte dont le numéro de professionnel a été rattaché à au moins une demande de remboursement liée à un acte présenté par un de leurs bénéficiaires. Au total, 216 866 prestations réalisées auprès des bénéficiaires du régime général (représentant 88 % des assurés) ont été identifiées dans l'ESND, qui couvre 2 % des bénéficiaires. Après extrapolation, le nombre annuel total de prestations réalisées auprès de l'ensemble des bénéficiaires est estimé à 12 321 932.

Le versement moyen par prestation est donc calculé en divisant 10 000 000 / 12 321 932. On obtient ainsi un correctif de 0,81 euro par prestation.



Pour les sages-femmes, le montant moyen par prestation, correspondant à la prise en charge des dépenses liées aux contrats et assimilés par l'Assurance Maladie, est estimé entre 0,75 € et 0,81 €. Nous retenons 0,81 € pour le correctif associé aux contrats et assimilés.

### 2.5.2 Pour les autres professionnels de santé

Selon la DREES (cf. comptes de la santé), la consommation couverte par l'Assurance Maladie liée aux contrats et assimilés pour les masseurs-kinésithérapeutes représente 0 % de la dépense de soins pour l'année 2021. Aucune donnée liée aux contrats et assimilés n'est disponible pour les 3 autres professionnels.

## 2.6 Participation aux cotisations sociales

Nous proposons de présenter en détails la démarche retenue pour le calcul des correctifs pour le poste des sages-femmes, le même raisonnement étant ensuite appliqué pour les postes de paramédicaux, seul le résultat final est donné.

### 2.6.1 Les sages-femmes

La prise en charge partielle de certaines cotisations sociales par l'Assurance Maladie pour les sages-femmes en activité libérale ou mixte (cf. avenant 2 de la Convention Nationale des sages-femmes) représente 24 millions d'euros pour l'année 2021, soit 4,7 % des consommations de soins de l'ensemble des sages-femmes.

#### Estimation 1 (à partir des données de la littérature) :

A partir des données précédemment citées, le montant de cotisations sociales exonéré par prestation en 2021 est estimé à 1,80 € (=24 000 000/13 314 672).

#### Estimation 2 (à partir des données du SNDS) :

De la même manière, sur la base des données ESND, pour un nombre annuel total de prestations extrapolé à 12 321 932 pour l'année 2021, le versement moyen d'un montant de cotisations sociales par prestation est calculé en divisant 24 000 000 par 12 321 932. On obtient un correctif de 1.95 €.

Pour les sages-femmes, le montant moyen par prestation, correspondant à la prise en charge des prestations sociales par l'Assurance Maladie, est estimé entre 1,80 € et 1,95 € par prestation. Nous retenons 1,95€ € pour le correctif associé aux cotisations sociales.

### 2.6.2 Pour les masseurs-kinésithérapeutes

La prise en charge partielle de certaines cotisations sociales par l'assurance maladie pour les masseurs-kinésithérapeutes en activité libérale ou mixte représente 263,48 millions d'euros pour l'année 2021, soit 4% de la dépense des soins.

#### Estimation 1 (à partir des données de la littérature) :

En considérant une activité moyenne par masseur-kinésithérapeute en nombre d'actes estimée à 4 349 (c@rtosante.atlaSante) et un nombre de professionnels à 91 485 (DREES), le nombre annuel de prestations correspondant est de 397 868 265. Cette estimation tient compte des conclusions de notre travail sur les données de l'ESND qui montrait que pour 96% des prestations avec un masseur-kinésithérapeute, le nombre d'actes associés était soit nul soit égal à 1.

Le correctif par séance lié à la rémunération des contrats et assimilés est calculé en divisant le versement total annuel (263,48 millions d'euros €) par le nombre moyen total de séances (397 868 265). Nous obtenons un correctif de 0,66 euro par séance.

#### Estimation 2 (à partir des données du SNDS) :

L'analyse des données de l'ESND a permis d'estimer à 4 728 778 le nombre prestations annuelles avec un masseur-kinésithérapeute en activité libérale ou mixte dont le numéro de professionnel a été rattaché à au moins une demande de remboursement. Après extrapolation, le nombre annuel total de prestations réalisées auprès de l'ensemble des bénéficiaires du SNDS est estimé à 268 680 568.

Le versement moyen par prestation est donc calculé en divisant 263 480 000/ 268 680 568. On obtient ainsi un correctif de 0,98 € par séance pour les contrats et assimilés.

Pour les masseurs-kinésithérapeutes, le montant moyen par prestation, correspondant à la prise en charge des prestations sociales par l'Assurance Maladie, est estimé à 0.98 €.

### 2.6.3 Pour les orthoptistes, les orthophonistes et les pédicures-podologues

Aucune donnée liée aux cotisations sociales n'est disponible.

## 2.7 Synthèse

Il conviendra de rajouter les correctifs aux résultats obtenus sur les données de l'ESND. Les résultats globaux intégrant ces correctifs sont présentés dans le Tableau 87.

Tableau 87 : Dépenses intégrant les correctifs en euros/ ESND 2021

	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
<b>Sages-femmes</b>						
Montant facturé	216 866	23,76	38,57	22,84	31,76	80,04
Montant remboursé	216 866	17,46	34,64	19,62	27,76	72,90
Reste à charge	216 866	0,00	3,93	9,63	0,00	15,73
<b>Masseurs- Kinésithérapeutes</b>						
Montant facturé	4 728 778	17,11	21,42	6,38	20,33	35,97
Montant remboursé	4 728 778	10,16	16,36	6,89	13,24	26,48
Reste à charge	4 728 778	0,00	5,06	5,21	6,45	13,28
<b>Orthoptistes</b>						
Montant facturé	158 905	16,90	24,94	10,55	22,10	40,17
Montant remboursé	158 905	9,64	15,91	8,10	12,76	28,00
Reste à charge	158 905	0,00	9,03	5,24	8,84	16,10
<b>Pédicure-podologue</b>						
Montant facturé	69 815	27,00	93,73	61,88	110,00	180,00
Montant remboursé	69 815	16,82	22,41	7,29	17,32	32,80
Reste à charge	69 815	0,00	71,33	65,03	92,20	161,68
<b>Orthophonistes</b>						
Montant facturé	561 775	25,25	33,05	10,70	31,50	41,75
Montant remboursé	561 775	15,15	24,06	11,44	18,90	41,75
Reste à charge	561 775	0,00	8,99	6,64	10,10	15,00



# Chapitre 6 : Les examens médicaux

## 1. La biologie médicale

Arnaud Pagès, IGR

Julie Bulsei, CHU Nice

## 2. L'imagerie

Coralie Delettrez, CHU Lille

Sandra David Tchouda, Svetlana Artemova, CHU Grenoble



## 1 La biologie

### 1.1 Revue de la littérature

#### 1.1.1 Définitions

**Biologie médicale** (médecin ou pharmacien) :

- Spécialité qui analyse les liquides biologiques collectés lors d'examens (sang, urine, sécrétions nasopharyngées...) pour étudier les comportements ou les troubles fonctionnels des organes causés par une maladie.

**Anatomopathologie** (médecin) :

- Spécialité qui examine les organes, les tissus ou les cellules, pour repérer et analyser les anomalies liées à une maladie.
- Actes d'anatomie et cytologie pathologiques (ACP) sont réalisés à<sup>68</sup> :
  - 90 % en cabinets d'anatomopathologie et établissements de santé (Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)).
  - 10 % en laboratoire de biologie médicale (les actes d'ACP réalisés en laboratoires sont très majoritairement des examens de frottis cervico-utérins) (Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM))

Les actes d'ACP sont retirés de cette analyse. S'ils doivent être valorisés au cours d'une recherche clinique, le tarif de l'acte CCAM peut être considéré.

#### 1.1.2 Littérature scientifique

Une recherche sur la base de données Pub Med a été réalisée en combinant 3 concepts :

- Laboratoire d'analyses médicales
- Coûts
- France

Les recherches ont été limitées aux 10 dernières années (2013-2023), nous avons retrouvé 14 publications. Après lecture des titres, nous avons uniquement sélectionné 2 articles. Après lecture des résumés des articles, nous n'avons sélectionné aucun article car ils traitaient plutôt des modes d'organisation des laboratoires d'analyses médicales en France et non des coûts des analyses biologiques.

---

<sup>68</sup> Rapport anatomie et cytologie pathologiques, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avril 2012



### 1.1.3 Rapports des instances et agences de santé

De nombreuses références sont disponibles sous forme de publication sur la biologie médicale<sup>69 70 71 72 73 74 75 76 77</sup> et ont permis de résumer les informations suivantes :

#### Montant total des dépenses de biologie médicale libérale

- 2000 : 2,6 Md€
- 2011 : 4,4 Md€
- 2021 : 4,9 Md€ pour 1,3 Md d'analyses (hors COVID)

#### Répartition des dépenses par type de financeur en 2021

- Assurance Maladie Obligatoire : 69,9 %
- Etat : 0,5 %
- Assurance Maladie Complémentaire : 24,0 %
- Patient : 5,6 %

#### Dépenses totales de biologie médicale en 2011 : 7,2 Md€

- Laboratoires de ville : 60,5 %
- Cliniques privées à but lucratif : 6,4 %
- Etablissements de santé publics et privés à but non lucratif : 33,1 %

#### Dépenses COVID :

- 75 millions de tests PCR réalisés par les laboratoires de ville en 2021 => 3,8 Md€ (vs 1,8 Md€ en 2020)
- Répartition des dépenses liées aux tests PCR :
- Assurance Maladie Obligatoire : 96,6 %
- Patient : 3,4 % (personnes non-vaccinées)

#### Caractéristiques des dépenses

- Prescripteurs (2016) : Médecin généraliste : 74,5 %, Gynécologue : 3,8 %, Cardiologue : 2,6 %, Anesthésiste : 2,3 %, Autre : 16,8 %
- Consommateurs (2016) : Analyse de biologie pour 51 % de la population, 58 % de femmes (gynécologie, espérance de vie supérieure à celle des hommes), Augmentation des dépenses avec l'âge

#### Tarifification de la biologie

- Tarif de l'acte = prix de base unitaire (lettre B) \* coefficient de l'acte  
Exemple, hémogramme : B31 -> 0,26 (janv. 2023) \*31 = 8,06 €  
Cotation minimale : B20, si < : compléments de facturation (B1, B2, B5, B10...)

<sup>69</sup> CNAMTS, 2019 : [Biologie Médicale - Nomenclature des Actes](#)

<sup>70</sup> Ameli : [Tarifs conventionnels des laboratoires d'analyses médicales](#)

<sup>71</sup> [Rapport Cour des comptes, Biologie médicale, 2013](#)

<sup>72</sup> [Rapport anatomie et cytologie pathologiques, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, avril 2012](#)

<sup>73</sup> [DREES : Les dépenses de santé en 2019, les laboratoires de biologie médicale et DREES : Les dépenses de santé en 2021, les laboratoires de biologie médicale](#)

<sup>74</sup> [Open Bio, Ameli : Base sur les dépenses de biologie médicale - 2014 à 2021](#)

<sup>75</sup> [Bio'AM, Ameli : Actes de biologie médicale par type de prescripteur - 2012 à 2023](#)

<sup>76</sup> [Points de repère Ameli, secteur de la biologie médicale en 2016](#)

<sup>77</sup> [Ministère de la Santé et de la Prévention : Le référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie \(RIHN\) - 2018 à 2023](#)



- Cotation des prélèvements en fonction du préleveur et du type de prélèvement (KB, PB, TB, KMB)
- Forfaits de base
  - Forfait de sécurité pour le traitement d'un échantillon sanguin
  - Forfait de sécurité pour le traitement d'un échantillon en vue d'examen bactériologiques, mycologiques et parasitologiques
  - Forfait de prise en charge pré-analytique du patient
  - Forfait du traitement des données administratives du test COVID-19
  - Forfaits en suppléments (nuits, WE...)
- Indemnités de déplacement (pour les prélèvements réalisés au domicile du patient)

Existence d'actes hors nomenclatures remboursés via les MERRI : non visibles dans l'ESND.

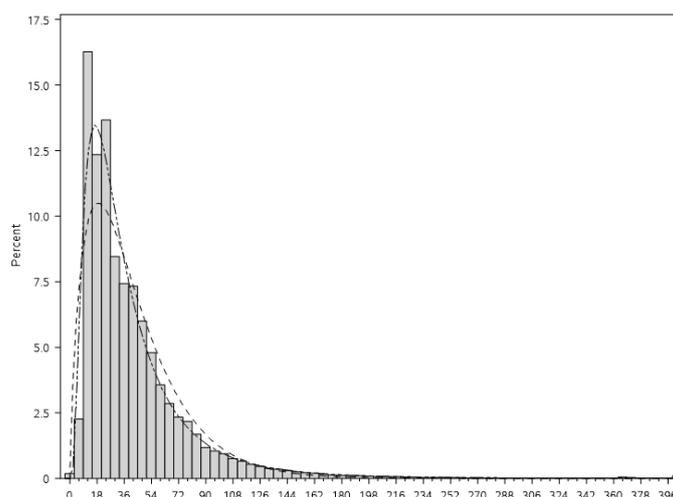
## 1.2 Résultats généraux

Nous travaillons sur une base de données de 1 966 702 lignes (Tableau 88). Une ligne correspondant à une facturation journalière de biologie pour un même patient et un même prescripteur, ce qui est différent du nombre d'analyses de biologie. La facturation journalière moyenne de biologie en France pour un bénéficiaire et un prescripteur donné est de 41,79 € en 2021 et est remboursé 30,14 € par l'Assurance Maladie obligatoire. Le reste à charge (RAC) pour les organismes d'Assurance Maladie complémentaires et/ou pour le patient est en moyenne de 11,65 €. La distribution du montant facturé est présentée dans la Figure 23.

Tableau 88 : Coût moyen d'une analyse de biologie en euros/ ESND 2021

Résultat global	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	1 966 702	11,34	41,79	40,18	30,78	109,08
Montant remboursé	1 966 702	5,80	30,14	33,62	20,79	82,94
Reste à charge	1 966 702	0,00	11,65	14,15	6,38	37,48

Figure 23 : Résultats globaux (distribution)



La biologie n'est pas concernée par d'éventuelles sources de financements annexes (**contrats et assimilés et prise en charge des cotisations**). Les résultats peuvent donc être utilisés tels quels.



### 1.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 1.3.1 Résultats selon l'âge

Tableau 89 : Facturation journalière de biologie pour un bénéficiaire/prescripteur en fonction de l'âge du bénéficiaire en euros/ ESND 2021

Age	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Nouveau-né	Montant facturé	835	11,34	40,34	34,02	28,89	105,03
Nouveau-né	Montant remboursé	835	11,34	38,01	32,89	27,27	99,36
Nouveau-né	Reste à charge	835	0,00	2,32	7,45	0,00	16,20
Nourrisson	Montant facturé	5 010	12,69	49,15	36,21	35,82	116,55
Nourrisson	Montant remboursé	5 010	8,42	30,44	23,05	22,63	71,44
Nourrisson	Reste à charge	5 010	2,27	18,71	14,65	13,61	46,01
Enfant 2-11	Montant facturé	24 784	11,88	44,37	36,07	31,68	108,99
Enfant 2-11	Montant remboursé	24 784	7,45	27,73	23,56	19,60	68,58
Enfant 2-11	Reste à charge	24 784	0,00	16,64	14,59	11,45	42,98
Adolescent 12-17	Montant facturé	33 340	11,34	43,69	37,54	32,13	114,21
Adolescent 12-17	Montant remboursé	33 340	6,80	28,04	25,60	19,93	76,14
Adolescent 12-17	Reste à charge	33 340	0,00	15,65	14,36	11,45	41,85
Jeune adulte 18-24	Montant facturé	91 572	11,34	51,03	44,60	37,53	136,35
Jeune adulte 18-24	Montant remboursé	91 572	5,80	32,87	32,81	22,46	91,55
Jeune adulte 18-24	Reste à charge	91 572	0,00	18,16	16,33	14,04	48,59
Adulte 25-34	Montant facturé	234 008	11,34	51,22	56,44	35,37	140,67
Adulte 25-34	Montant remboursé	234 008	5,80	35,66	47,62	22,92	98,33
Adulte 25-34	Reste à charge	234 008	0,00	15,57	17,70	10,29	48,20
Adulte 35-44	Montant facturé	202 894	11,34	49,61	55,53	34,83	132,03
Adulte 35-44	Montant remboursé	202 894	5,80	33,83	47,81	21,43	93,74
Adulte 35-44	Reste à charge	202 894	0,00	15,78	17,25	11,18	45,80
Adulte 45-54	Montant facturé	222 445	11,34	43,50	36,86	34,02	110,43
Adulte 45-54	Montant remboursé	222 445	5,80	29,11	28,51	20,95	80,02
Adulte 45-54	Reste à charge	222 445	0,00	14,40	14,76	10,29	40,39
Adulte 55-69	Montant facturé	499 220	11,34	38,99	32,99	30,24	96,39
Adulte 55-69	Montant remboursé	499 220	5,80	28,53	27,98	20,49	77,16
Adulte 55-69	Reste à charge	499 220	0,00	10,46	12,49	5,54	33,43
Sénior 70 et plus	Montant facturé	652 594	11,34	35,99	30,85	26,46	89,64
Sénior 70 et plus	Montant remboursé	652 594	5,80	28,39	27,81	19,97	77,00
Sénior 70 et plus	Reste à charge	652 594	0,00	7,59	10,38	4,00	28,19



### 1.3.2 Résultats selon le genre

Tableau 90 : Facturation journalière de biologie pour un bénéficiaire/prescripteur en fonction du genre en euros/ ESND 2021

Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Femme	Montant facturé	1 188 468	11,34	42,50	42,63	31,05	111,78
Femme	Montant remboursé	1 188 468	5,80	30,06	35,74	20,44	82,94
Femme	Reste à charge	1 188 468	0,00	12,44	14,64	7,59	39,10
Homme	Montant facturé	778 234	11,34	40,71	36,09	30,51	105,03
Homme	Montant remboursé	778 234	5,80	30,26	30,10	21,38	82,94
Homme	Reste à charge	778 234	0,00	10,45	13,26	4,38	34,89

### 1.3.3 Résultats selon de département de résidence

Les statistiques journalières ont été étudiées selon le département de résidence. Concernant les montants facturés (base : facturation journalière), les 3 départements avec les moyennes les plus faibles sont la Manche, la Vienne et la Mayenne (autour de 34 €) et ceux avec les moyennes les plus élevées sont les Alpes-Maritimes, Paris et la Corse (autour de 52 €).

Concernant les montants remboursés par l'Assurance Maladie Obligatoire (base : facturation journalière), les 3 départements avec les moyennes les plus faibles sont la Manche, la Vienne et la Mayenne (autour de 24 €) et ceux avec les moyennes les plus élevées sont les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône et la Corse (autour de 38 €).

Concernant les restes à charge pour les organismes d'Assurance Maladie Complémentaire et pour les patients (base : facturation journalière), les 3 départements avec les moyennes les plus faibles sont la Manche, la Vienne et le Loir-et-Cher (autour de 10 €) et ceux avec les moyennes les plus élevées sont les Hauts-de-Seine, Paris et la Corse (autour de 15 €).

### 1.3.4 Résultats selon la spécialité du prescripteur



Tableau 91 : Facturation journalière de biologie pour un bénéficiaire/prescripteur selon la spécialité du prescripteur en euros/ ESND 2021

Spécialité du prescripteur	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Médecine Générale	Montant facturé	1 047 056	11,34	40,07	31,19	32,67	99,36
Médecine Générale	Montant remboursé	1 047 056	6,13	26,83	22,95	19,82	71,60
Médecine Générale	Reste à charge	1 047 056	0,00	13,24	13,24	9,43	37,29
Exercice Hospitalier	Montant facturé	455 215	11,34	41,34	44,24	28,08	113,13
Exercice Hospitalier	Montant remboursé	455 215	5,80	32,77	38,92	22,22	92,48
Exercice Hospitalier	Reste à charge	455 215	0,00	8,58	13,39	4,00	33,63
Gynéco. Obst.	Montant facturé	99 335	10,26	57,87	74,09	38,34	160,38
Gynéco. Obst.	Montant remboursé	99 335	5,80	42,79	66,94	25,48	114,29
Gynéco. Obst.	Reste à charge	99 335	0,00	15,08	19,91	9,24	50,55
Cardiologie	Montant facturé	34 536	11,34	44,83	37,47	35,37	113,40
Cardiologie	Montant remboursé	34 536	5,80	37,72	35,92	27,22	104,49
Cardiologie	Reste à charge	34 536	0,00	7,11	11,49	3,00	29,93
Anesthésie	Montant facturé	27 173	11,34	46,59	41,76	32,94	122,31
Anesthésie	Montant remboursé	27 173	5,80	40,51	40,62	28,62	114,48
Anesthésie	Reste à charge	27 173	0,00	6,07	11,47	0,00	33,54
Autre Spécialité	Montant facturé	303 387	11,34	42,34	44,25	26,46	123,12
Autre Spécialité	Montant remboursé	303 387	4,80	31,68	36,83	19,71	93,85
Autre Spécialité	Reste à charge	303 387	0,00	10,66	15,29	5,54	40,07

### 1.3.5 Résultats selon la présence d'un cancer actif

Tableau 92 : Facturation journalière de biologie pour un bénéficiaire/prescripteur selon la présence d'un cancer actif en euros/ ESND 2021

Cancer actif	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Oui	Montant facturé	226 421	11,34	37,42	31,61	29,16	89,37
Oui	Montant remboursé	226 421	6,40	32,45	29,65	24,89	81,05
Oui	Reste à charge	226 421	0,00	4,97	8,81	2,00	22,25

## 1.4 Synthèse

Les dépenses de biologie ont été analysées par bénéficiaire/date/prescripteur. Aucune donnée dans la littérature ou dans les rapports de la Cour des comptes ne retient cette unité, car c'est souvent le volume national de B qui est présenté.

A l'échelle de l'ESND, la dépense facturée était de 82 187 228 € soit 4,1 milliards à l'échelle nationale. Etant donné que le projet MOVIE ne traite que les bénéficiaires du régime général en France métropolitaine, et que seule la biologie médicale est considérée (exclusion d'anatomopathologie), les chiffres sont cohérents avec les données publiées<sup>78</sup>. En effet, en 2021 4,9 milliards d'euros ont été dépensés dans le secteur de la biologie médicale.

<sup>78</sup> DREES : [Les dépenses de santé en 2021, les laboratoires de biologie médicale](#)



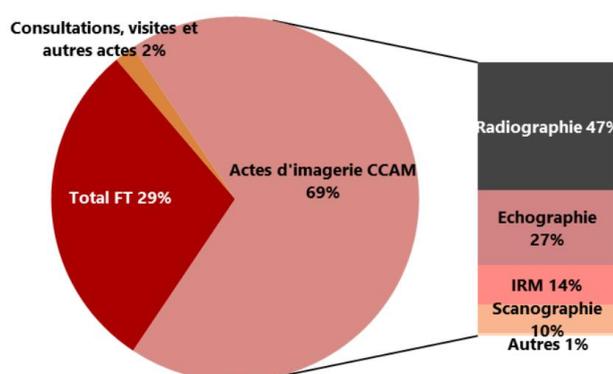
## 2 L'imagerie

### 2.1 Revue de la littérature

Afin de s'assurer de la pertinence des résultats, les recherches ont été limitées aux dix dernières années. Les critères de sélection étaient basés sur la qualité de l'information, la pertinence par rapport à l'objet de l'étude et la fiabilité des sources.

Les comptes de la sécurité sociale en juin 2021<sup>79</sup>, rapporte une démographie d'environ 8 900 radiologues libéraux pour l'année 2020. Ces professionnels ont pris en charge 23,3 millions de patients en 2019. Le coût des examens repose principalement sur deux composantes principales : le forfait technique et le coût des actes CCAM (Figure 24).<sup>80</sup>

Figure 24 : Décomposition des honoraires des radiologues



Source : calculs DSS/SD6/6B, données du SNDS.

#### 2.1.1 Le forfait technique

Le forfait technique, déterminé par l'Assurance Maladie, couvre les frais d'exploitation et d'amortissement des équipements, variant en fonction de divers paramètres tels que la localisation géographique, l'âge et la puissance des appareils, ainsi que le volume d'activité<sup>81</sup>. Les tarifs en vigueur des forfaits techniques scanner sont présentés dans le Tableau 93.

Tableau 93 : Forfait technique des scanners au 1<sup>er</sup> janvier 2019

Type d'appareils	Forfait plein	Forfait réduit selon les tranches d'activité		
	Activité ≤ activité de référence	Activité > activité de référence et ≤ seuil 1	Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2	Activité > seuil 2
<b>Amortis, toutes classes</b>	69,88 €	55,66 €	47,74 €	32,00 €
<b>Non amortis, toutes classes</b>	93,03 €			

Note : Sont considérés comme amortis, les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1<sup>er</sup> janvier de l'année considérée. Seuil pour l'application des forfaits réduits au-delà de l'activité de référence : seuil 1= 11 000 forfaits ; seuil 2 = 13 000 forfaits.

<sup>79</sup> <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/RAPPORT%20CCSS%20JUN%202021.pdf>

<sup>80</sup> [https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20JUN/CCSS-FICHE\\_ECLAIRAGE-JUN\\_2021-Les%20radiologues%20lib%C3%A9raux.pdf](https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20JUN/CCSS-FICHE_ECLAIRAGE-JUN_2021-Les%20radiologues%20lib%C3%A9raux.pdf)

<sup>81</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037116558>

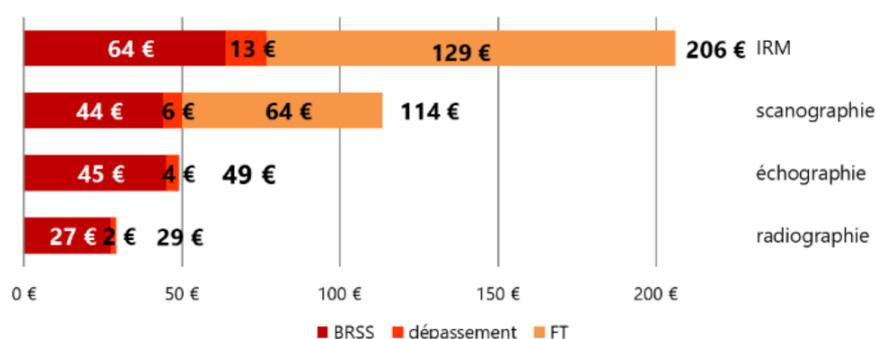


Le tarif du forfait technique IRM dépend de paramètres supplémentaires tels que le type d'appareil, le niveau d'activité, de l'amortissement et de la région de réalisation de l'examen (JORF n°0148 du 29 juin 2018). Les rapports HAS (décembre 2020)<sup>82</sup>, CEMKA (2020)<sup>83</sup> et LFSS 2023/2024<sup>84</sup> abordent la valorisation des produits de contraste, avec une réforme entrée en vigueur en mars 2024. Ces produits, intégrés dans les forfaits techniques revalorisés, ne sont plus remboursables à partir d'avril 2024 et ne sont plus disponibles en pharmacie de ville, étant désormais gérés directement par les établissements de santé pour les examens d'imagerie. La liste des produits faisant l'objet d'un déremboursement a été publiée au Journal officiel du 5 mars 2024.

### 2.1.2 Les actes

En parallèle, le coût CCAM englobe les actes principaux et les éventuels suppléments (Figure 25). Cette structuration tarifaire permet de prendre en charge les coûts opérationnels et techniques spécifiques à chaque examen tout en tenant compte de sa complexité. L'Assurance Maladie a remboursé 3,1 milliards d'euros, dont 1,2 milliards pour les forfaits techniques<sup>77</sup>.

Figure 25 : Décomposition du prix moyen des actes d'imagerie CCAM des radiologues



Source : calculs DSS/SD6/6B, données du SNDS.

Dans le Tableau 94, se trouvent les différents coûts unitaires recensés pour les actes d'imagerie lors de la revue de la bibliographie.

Tableau 94 : Synthèse des coûts des actes d'imagerie médicale

	Les comptes de la sécurité sociale, juin 2021	La Cour des comptes, 2014	La Cour des comptes, 2016 (tous praticiens)
IRM	206 €	188,86 €	
Scanographie	114 €	118,57 €	
Echographie	49 €	47,02 €	51,99 €
Radiographie	29 €	30,24 €	
Scintigraphie		317,87 €	
Autre imagerie		167,89 €	

<sup>82</sup> <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160511-imagerie-medicale.pdf>

<sup>83</sup> <https://rees-france.com/wp-content/uploads/2020/02/2014a-BD-Rapport-version-CES-SFES-HAS.pdf>

<sup>84</sup> <https://www.cemka.fr/wp-content/uploads/2021/11/2020-12-10-LOpen-Data-by-Cemka-1.pdf>



Tableau 95 : Quantité d’actes et montants remboursés par l’Assurance Maladie pour les radiologues en 2019

	Nombre d’actes (hors forfaits techniques)			Montants remboursés par l’assurance maladie (yc forfaits techniques)		
	quantité (en millions)	part (en %)	TCAM 2015/2019	montants (en millions d’€)	part (en %)	TCAM 2015/2019
Radiographie	30,5	54%	0,0%	907	30%	-1,5%
Echographie	15,0	26%	0,9%	509	17%	0,4%
Scannographie	5,7	10%	3,5%	606	20%	2,8%
IRM	5,1	9%	6,7%	860	28%	6,2%
Autres actes	0,5	1%	1,9%	171	6%	10,8%
<b>Total</b>	<b>56,7</b>	<b>100%</b>	<b>1,1%</b>	<b>3 052</b>	<b>100%</b>	<b>2,2%</b>

Source : calculs DSS/SD6/6B, données du SNDS.

## 2.2 Résultats généraux

Etant données les difficultés méthodologiques rencontrées, l’estimation des dépenses moyennes pour les forfaits techniques et les actes a été réalisée séparément. Puis, afin de présenter un résultat global sur l’imagerie (i.e. le coût moyen d’une prestation pour examen d’imagerie médicale) le coût moyen du forfait technique spécifique a été ajouté à chaque acte concerné (IRM, Scanner, Scintigraphie). Ainsi, en moyenne une prestation pour réalisation d’imagerie médicale est facturé 90,83 € (actes et forfait techniques le cas échéant, Tableau 96).

Tableau 96 : Description du coût d’une prestation pour examen d’imagerie médicale (actes et forfait technique) en euros/ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	1 624 565	7,98	90,83	153,69	61,47	204,68
Montant remboursé	1 624 565	5,59	75,39	152,15	41,03	183,76
Reste à charge	1 624 565	0,00	15,44	21,21	8,99	52,17

**L’imagerie** n’est pas concernée par d’éventuelles sources de financements annexes (**contrats et assimilés et prise en charge des cotisations**). Les résultats peuvent donc être utilisés tels quels.

### 2.2.1 Les forfaits techniques (FT)

Les forfaits sont pris en charge à 100 % et ne présentent aucun reste à charge (les montants remboursés et les restes à charge ne sont donc pas présentés dans les tableaux). Les FT sont déclenchés pour la réalisation d’un examen IRM, Scanner ou Scintigraphie. Le montant facturé/remboursé moyen d’un FT était de 127,73 € (Tableau 97). Ils sont tarifés de manière dégressive en fonction de paliers d’actes. Dès que le seuil du nombre d’actes est dépassé, le tarif du FT suivant devient réduit, et cette réduction se poursuit à chaque palier supplémentaire franchi. Le montant moyen d’un FT normal était de 142,46 €, tandis que le montant d’un FT réduit était de 98,02 €. Comme indiqué dans le rapport technique, ce coût ne contient pas le produit de contraste (changement à partir de 2024).

Tableau 97 : Description du montant des forfaits techniques en euros/ ESND 2021

Forfait technique	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Tous forfait	Montant facturé	239 166	47,74	127,73	128,43	93,03	195,99
Forfait normal	Montant facturé	159 887	53,49	142,46	121,70	119,68	195,91
Forfait réduit	Montant facturé	79 279	32,00	98,02	136,28	55,66	550,00

Le montant facturé et remboursé sont équivalents pour les forfaits techniques car la base de remboursement est prise en charge à 100%.

### 2.2.2 Les actes

En 2021, les patients réalisaient de 1 à 15 actes par prestation et en moyenne 1,18 (+/-0,46). Ainsi, nous avons choisi d'estimer la dépense lors d'une prestation, composée d'un ou plusieurs actes. Lors d'une venue d'un patient à une date donnée, le montant facturé et remboursé moyen en 2021 pour les actes d'imagerie réalisés sont de 60,28 € et 44,84 € respectivement (Tableau 98). Le reste à charge moyen est de 15,44 €. Une prestation pouvait être composée d'un ou plusieurs actes d'imagerie quelle que soit la nature de l'acte.

Tableau 98 : Description du montant des actes en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	1 624 565	7,98	60,28	51,59	54,02	130,00
Montant remboursé	1 624 565	5,59	44,84	45,93	36,72	98,26
Reste à charge	1 624 565	0,00	15,44	21,21	8,99	52,17

## 2.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

### 2.3.1 Les forfaits techniques

Le Tableau 99 montre la dispersion de la dépense concernant les forfaits techniques en fonction de la nature des actes réalisés. Le montant varie de 75 € à 673 €.

Tableau 99 : Description du montant des forfaits techniques par type de forfait en euros/ ESND 2021

Forfait technique	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Scanographie	Montant facturé	116 424	32,01	75,02	22,30	93,03	93,03
IRM	Montant facturé	112 969	55,69	134,93	49,16	166,05	195,91
Scintigraphie	Montant facturé	9 773	550,00	672,54	198,18	550,00	1 000,00

Le montant facturé et remboursé sont équivalents pour les forfaits techniques car la base de remboursement est prise en charge à 100%.

Au niveau territorial, les moyennes facturées/remboursées d'un FT variaient de 93 € (Corse) à 170 € pour le Loiret. Le montant moyen d'un forfait technique pour les actes d'IRM, Scanographie ou scintigraphie réalisé par les hommes et les femmes est quasiment identique.



Tableau 100 : Description du montant des forfaits techniques selon le genre en euros/ ESND 2021

Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Homme	Montant facturé	107 509	47,74	126,49	132,07	93,03	195,99
Femme	Montant facturé	131 657	47,74	128,74	125,37	93,03	195,91

Le montant facturé et remboursé sont équivalents pour les forfaits techniques car la base de remboursement est prise en charge à 100%.

### 2.3.2 Les actes

Dans le Tableau 101, les coûts sont toujours calculés par prestation et par nature d'acte. Par exemple, si un patient a réalisé une IRM et plusieurs radiographies le même jour, nous considérons cela comme deux visites distinctes : une pour les actes d'IRM et une pour les radiographies. Ainsi, les coûts associés à chaque nature d'acte sont additionnés séparément pour une même visite. Une prestation pour la réalisation d'examen échographiques (un ou plusieurs) est facturée en moyenne 70,46 €.

Tableau 101 : Description du montant des actes selon le type d'actes en euros/ ESND 2021

Actes d'imagerie	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Échographie	Montant facturé	601 710	20,79	70,46	34,35	69,93	130,00
Échographie	Montant remboursé	601 710	14,55	53,00	30,41	48,95	100,20
Échographie	Reste à charge	601 710	0,00	17,46	20,06	12,47	53,54
Radiographie	Montant facturé	443 039	22,48	51,95	31,22	44,96	113,30
Radiographie	Montant remboursé	443 039	16,18	36,96	22,65	31,47	73,11
Radiographie	Reste à charge	443 039	0,00	14,99	16,54	10,66	41,90
Radiologie dentaire	Montant facturé	341 606	7,98	18,22	12,65	15,96	35,96
Radiologie dentaire	Montant remboursé	341 606	5,59	12,84	8,72	11,18	25,17
Radiologie dentaire	Reste à charge	341 606	0,00	5,38	5,45	4,79	10,79
Scanographie	Montant facturé	135 716	26,02	53,33	30,02	50,54	100,00
Scanographie	Montant remboursé	135 716	20,50	39,41	22,97	29,29	87,86
Scanographie	Reste à charge	135 716	0,00	13,92	22,66	8,79	57,75
IRM	Montant facturé	122 619	55,00	77,13	29,12	69,00	138,75
IRM	Montant remboursé	122 619	38,50	50,58	11,52	48,30	69,75
IRM	Reste à charge	122 619	0,00	26,55	31,32	20,70	90,75

Note : Les résultats principaux dont l'effectif est supérieur à 100 000 sont présentés ici (consultez les fichiers Excel pour les résultats complets).

Le même raisonnement a été fait pour les prestations des hommes et des femmes, dont la nature de réalisation d'actes peut varier.

Tableau 102 : Description du montant des actes selon le genre en euros/ ESND 2021

Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Femme	Montant facturé	1 004 450	7,98	61,46	47,91	56,70	130,00
Femme	Montant remboursé	1 004 450	6,77	44,70	41,24	38,50	97,43
Femme	Reste à charge	1 004 450	0,00	16,76	21,55	10,77	54,78
Homme	Montant facturé	620 115	7,98	58,37	56,98	46,33	133,00
Homme	Montant remboursé	620 115	5,59	45,07	52,64	30,66	101,87
Homme	Reste à charge	620 115	0,00	13,30	20,48	6,95	48,79

Tableau 103 : Description du montant des actes selon le taux de remboursement en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Moins de 100%	Montant facturé	1 214 933	7,98	53,21	39,63	46,71	119,00
Moins de 100%	Montant remboursé	1 214 933	5,59	33,56	25,25	26,46	68,51
Moins de 100%	Reste à charge	1 214 933	2,39	19,65	21,17	14,80	57,08
100%	Montant facturé	409 632	19,29	81,27	72,84	69,93	176,10
100%	Montant remboursé	409 632	17,49	78,30	70,56	69,75	170,66
100%	Reste à charge	409 632	0,00	2,97	15,75	0,00	22,00

Au niveau territorial, les résultats décrivent un montant moyen facturé minimal de 51 € dans les départements de la Vendée et Ile-et-Vilaine, tandis que les valeurs maximales sont observées à Paris (77 €) et Hauts-de-Seine (72 €). En ce qui concerne les remboursements, les départements de la Vendée et Ile-et-Vilaine présentent une moyenne minimale de 40 €, tandis que la moyenne maximale était de 60 € dans la Haute-Marne. Enfin, les données relatives au reste à charge révèlent une moyenne minimale de 10 € en Ariège, Aveyron et Cotes-d'Armor tandis que Paris affichait la moyenne maximale de 34 €.

## 2.4 Comparaison aux données nationales

Les données disponibles remontaient respectivement à 2014 pour la Cour des Comptes et plus récemment à 2021 pour les comptes de la Sécurité Sociale. En ce qui concerne les IRM, la Cour des Comptes en 2014 rapportait un coût moyen pour les actes de 48,99 € et de 139,87 € pour le forfait technique. La Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS), quant à elle, mentionnait en 2021 un acte d'IRM à 77 € et un forfait technique de 129 €. Un forfait technique moyen de 134,95 € et une prestation d'IRM à 77,24 € ont été retrouvés dans notre analyse, confortant la cohérence de nos résultats.

Pour les scanners, le tarif des actes s'élevait à 50 € selon la CCSS et à 48,99 € selon la Cour des Comptes. Notre analyse a relevé un montant de 53,93 €. Le coût du forfait, 75,01 €, est parfaitement cohérent avec celui de la Cour des Comptes et de la Sécurité sociale (respectivement 81,53 € et 64 €).

Concernant les radiographies, la Cour des Comptes et la CCSS rapportaient des coûts de 30,24 € et de 29 € respectivement. Notre analyse a décrit un coût de 52,71 € pour l'imagerie radiographique et de 18,23 € pour la radiographie dentaire, ce qui aboutit à une moyenne pondérée de 37,7 €. Le fait que le coût moyen des actes soit estimé dans notre étude à la prestation (avec une moyenne de 1,2) et non à l'acte peut expliquer cette différence de résultats.

Enfin pour les échographies, facturées à 47,02 € et à 49 € respectivement pour la Cour des Comptes et la CCSS, un tarif plus élevé de 70,75 € a été observé. Outre le calcul à la prestation, cette différence pourrait également s'expliquer par le niveau de granularité choisi dans notre analyse. En effet, la catégorie « échographie », telle que définie par la table des actes techniques de la CCAM, ne faisait pas de distinction d'organe ou de flux et englobait tous les types d'échographies (échographies, échographies-doppler, échographies biométriques, échocardiographies... etc.). En isolant spécifiquement les échographies simples, un coût moyen de 49 € était retrouvé confortant cette hypothèse.



# Chapitre 7 : Les produits de santé

Christel Castelli, Clinique Beausoleil

Julie Bulsei : CHU Nice



## 1 La revue de la littérature

### 1.1 Définition et périmètre

Selon le code de la santé publique, les produits de santé comprennent<sup>85</sup> :

- Les produits pharmaceutiques, correspondant aux médicaments à usage humain et vétérinaires;
- Les dispositifs médicaux.

On entend par médicament à usage humain toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines, ainsi que toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou pouvant lui être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier ses fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique.

On entend par dispositif médical tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens.

Les médicaments vétérinaires n'entrent pas dans le champ du projet MOVIE.

Il existe 4 taux de remboursement pour les médicaments<sup>86</sup> : 100 %, 65 %, 30 % et 15 %. Le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) est une base de remboursement pour certains médicaments (3 900/16 300 spécialités), il s'agit d'un tarif unique pour des produits équivalents en termes d'efficacité. Si le patient refuse le médicament générique, le dépassement d'honoraires, c'est-à-dire la différence entre le tarif de base fixé par l'Assurance Maladie et le tarif facturé, ne sera pas remboursé. En 2021, il existe une franchise médicale de 0.5 € par boîte de médicaments délivrée (si reste à charge <1 €, la franchise est égale au reste à charge), elle est plafonnée à 50 € par an et par personne. On note qu'en 2024 cette franchise a doublé et passe à 1 € par boîte. La LPP<sup>87</sup> liste, parmi les produits et prestations ayant trait aux dispositifs médicaux (DM), ce qui est remboursable aux bénéficiaires par l'Assurance Maladie. La plupart des DM ne sont pas dans la LPP : ils sont soit utilisés par des professionnels de santé uniquement, soit non remboursables (tensiomètre, thermomètre, ...). La LPP est donc un petit sous-ensemble des DM. Pour chaque code LPP, sont définis une base de remboursement ; éventuellement, un prix limite de vente et limite de cession. Le remboursement via des forfaits annuels (lentilles de contact, forfaits d'entretien et réparations d'appareils, ...) est particulier mais obéit à la même logique. Les prothèses faciales sont une exception, elles sont sans tarifs et remboursées sur facture. Il existe deux taux de remboursement pour les DM : 100 % ou 60 %.

---

<sup>85</sup> [Code de la santé publique](#)

<sup>86</sup> [Remboursement des médicaments et tiers payant, AMELI](#)

<sup>87</sup> [Liste des produits et des prestations \(LPP\), HDH](#)



## 1.2 Les dépenses pour les produits de santé

### 1.2.1 Médicaments

L'évolution des dépenses courantes de santé des médicaments en ambulatoire était de 30,7 milliards d'euros en 2019 à 32,8 en 2022<sup>88</sup>. L'augmentation de la consommation de soins en médicaments est soutenue par l'arrivée sur le marché de certains médicaments innovants très onéreux (traitements du cancer, traitements de la mucoviscidose et immunosuppresseurs) et une progression du nombre de boîtes délivrées. En France, en 2021, chaque habitant a consommé 570 € pour des médicaments, dont 481 € pour des médicaments délivrés sur ordonnance, 41 € pour des médicaments en vente libre et 48 € pour d'autres biens médicaux non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs.... La consommation de soins de 2012 à 2022 pour les médicaments en ambulatoire est présentée dans le Tableau 104.

Tableau 104 : Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises conventionnelles et rétrocession hospitalières)

En millions d'euros

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Ensemble</b>	<b>32 098</b>	<b>31 511</b>	<b>30 865</b>	<b>30 686</b>	<b>29 831</b>	<b>31 108</b>	<b>32 768</b>
Médicaments remboursables	29 173	29 347	29 243	29 478	29 721	31 726	33 823
délivrés en officine, avec prescription	26 575	22 682	23 217	22 750	22 621	24 542	26 508
délivrés en officine, sans prescription ou non présentés au remboursement	867	786	722	715	693	727	795
délivrés en officine, HDD <sup>1</sup>	0	2 693	2 659	3 526	3 984	3 861	4 082
rétrocédés	1 730	3 186	2 646	2 487	2 424	2 596	2 438
Médicaments non remboursables	3 011	2 746	2 810	2 573	2 314	2 355	2 598
Rémunérations forfaitaires hors HDD	191	337	333	242	225	99	120
Remises conventionnelles	-277	-920	-1 521	-1 608	-2 502	-3 072	-3 773
DIPA <sup>2</sup>					72	1	0
Évolution du total (en %)	-1,0	0,1	-2,0	-0,6	-2,8	4,3	5,3
Prix (en %)	-3,5	-3,1	-5,3	-4,4	-6,9	-3,3	-3,4
Volume (en %)	2,6	3,3	3,4	4,0	4,4	7,8	9,0

1. Honoraire de dispensation.

2. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité.

**Note** > Ces montants sont plus élevés que ceux présentés dans la fiche 14. En effet, ces derniers sont restreints aux ventes en officine de ville, ce qui correspondrait aux trois lignes *Médicaments remboursables délivrés en officine, avec prescription*, *Médicaments remboursables délivrés en officine, sans prescription ou non présentés au remboursement* et *Médicaments non remboursables*. De plus, la fiche 14 porte sur la France métropolitaine et les prix fabricant hors taxes (PFHT), ce qui exclut les marges des grossistes-répartiteurs et des pharmaciens, les taxes et les remises commerciales aux pharmaciens.

**Sources** > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix.

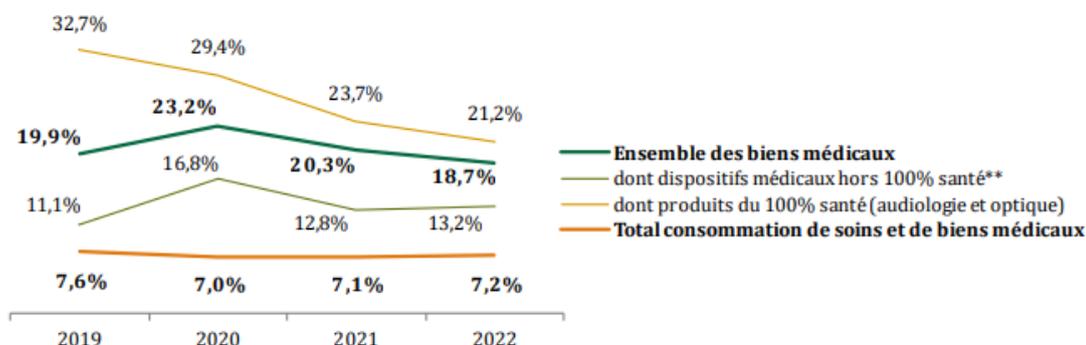
En 2022, l'Assurance Maladie a financé 74,9 % de la dépense de médicaments en ambulatoire, l'État a pris en charge 0,3 % de ces dépenses et les organismes complémentaires 10,9 %. Le reste à charge moyen par habitant dans le domaine de la santé s'élève, en 2022, à 250 €, dont 67 € de dépenses de

<sup>88</sup> [Les dépenses de santé en 2022 Résultats des comptes de la santé DREES](#)



médicaments. Ce reste à charge des ménages représentait 13,8 % de la dépense, soit 4,5 milliards d’euros.

Figure 26: Evolution du taux de reste à charge de 2019 à 2022 (en %)<sup>89</sup>



En 2000<sup>90</sup>, la dépense moyenne de médicaments par ordonnance des personnes âgées est de 71 € (73 € pour les ordonnances de généralistes et 61 € pour les ordonnances de spécialistes). La dépense moyenne de médicaments des ordonnances délivrées par les spécialistes est très variable selon la spécialité du médecin : de 21 € pour les dermatologues à plus de 95 € pour les psychiatres et les cardiologues. La consommation pharmaceutique des personnes âgées se caractérise par une polymédication. En moyenne, la consommation journalière s’établit à 3,6 médicaments par personne âgée de 65 ans et plus et les femmes consomment plus que les hommes (3,8 versus 3,3).

Tableau 105 : Consommation des personnes en fonction de l’âge

	Personnes âgées de 65 ans et plus	Personnes âgées de moins de 65 ans	Ensemble de la population
<b>Enquête permanente sur la prescription médicale</b>			
Nombre de boîtes par ordonnance	8	5	6
Nombre de conditionnements par ligne	2,4	2,0	2,1
Nombre de lignes par ordonnance	3,4	2,6	2,8
Coût par ordonnance	71 €	37 €	45 €
% de séances suivi d’une ordonnance	83 %	77 %	78 %
Coût par conditionnement	9 €	8 €	8 €
Durée de traitement	41 j	29 j	32 j
<b>ESPS</b>			
Taux de consommateurs	67 %	35 %	39 %
<b>Appartement EPAS-ESPS</b>			
dépense pharmaceutique annuelle	848 €	229 €	314 €

### 1.2.2 Dispositifs médicaux

Les dépenses d’Assurance Maladie relatives aux dispositifs médicaux s’élèvent à 14 milliards d’euros (Md€) en 2022<sup>91</sup> et se répartissent entre les dépenses remboursées sur la liste des produits et

<sup>89</sup> [Open-medic 2021, Ameli](#)

<sup>90</sup> [Cairn info](#)

<sup>91</sup> [Inspection générale des finances, revue de dépenses : les dispositifs médicaux, mars 2024](#)



prestations (LPP) en ville (8,2 Md€), à l'hôpital sur la liste en sus (2,2 Md€) et les dispositifs médicaux achetés par les établissements de santé et indirectement financés via les tarifs hospitaliers (3,5 Md€).

La consommation de soins de 2012 à 2022<sup>92</sup> pour l'optique médicale et les autres bien médicaux est présentée dans le Tableau 106 et le Tableau 107.

Tableau 106 : Consommation d'optique médicale

*En millions d'euros*

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Consommation totale</b>	<b>5 982</b>	<b>6 216</b>	<b>6 492</b>	<b>6 931</b>	<b>6 245</b>	<b>7 256</b>	<b>7 272</b>
Verres	3 861	4 051	4 240	4 529	4 152	4 840	4 839
Montures	1 742	1 787	1 856	1 981	1 647	1 896	1 876
Lentilles	380	378	396	421	447	519	557
Évolution (en %)	3,9	-1,4	4,4	6,8	-9,9	16,2	0,2
Prix (en %)	0,8	0,1	1,2	0,5	0,6	0,5	0,8
Volume (en %)	3,1	-1,4	3,2	6,2	-10,4	15,6	-0,6

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Tableau 107 : Consommation des biens médicaux, hors optique médicale

*En millions d'euros*

	2012	2017	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Consommation totale</b>	<b>7 515</b>	<b>9 909</b>	<b>10 267</b>	<b>10 646</b>	<b>11 539</b>	<b>12 531</b>	<b>12 706</b>
Matériels, aliments et pansements	5 045	6 614	6 855	7 066	8 222	8 197	8 357
Matériels, POH <sup>1</sup>	4 278	5 628	5 835	6 059	6 368	6 685	6 846
Masques	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	852	476	445
Pansements	767	987	1 020	1 008	1 003	1 036	1 066
Prothèses, orthèses	1 479	1 939	1 946	2 086	1 846	2 069	2 132
Audioprothèses	830	1 158	1 254	1 257	1 263	2 027	1 977
Véhicules pour handicapé physique	162	198	212	237	208	239	241
Évolution (en %)	5,0	4,4	3,6	3,7	8,4	8,6	1,4
Prix (en %)	0,0	0,2	-0,7	0,3	4,2	-15,6	0,1
Volume (en %)	5,0	4,2	4,3	3,3	4,0	28,6	1,3

n.d. : non disponible.

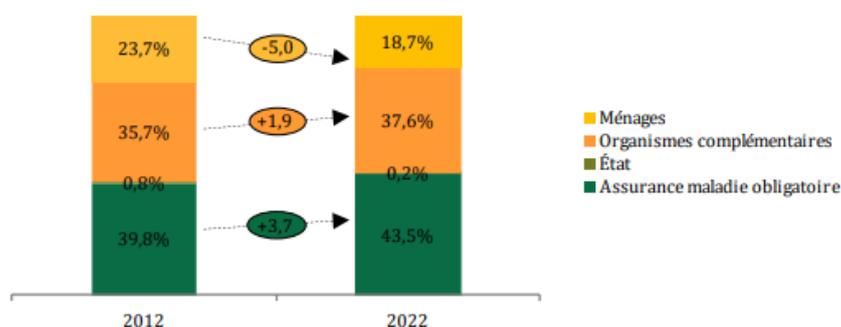
1. Produits d'origine humaine.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

L'évolution du financement entre 2012 et 2022 est présentée dans la Figure 27.

<sup>92</sup> [Les dépenses de santé en 2022 Résultats des comptes de la santé DREES](#)

Figure 27 : Evolution du financement des dispositifs médicaux (2012-2022)



Source : Drees, 2023.

### 1.2.3 Synthèse

Nous étudions l'ensemble des produits de santé relevant de la compétence de l'ANSM, hors rétrocession hospitalière (car médicaments très spécifiques : trithérapie, anticancéreux, antirétroviraux...). On note que toutes les consommations de soins liées au test COVID et actes de vaccination COVID réalisées en pharmacie ont été supprimées, car elles étaient encore très nombreuses en 2021 et ne reflètent pas la consommation habituelle comme cela a été réalisé pour tous les postes de dépenses traités dans le projet MOVIE.

Il est possible de retrouver sur une même ordonnance des médicaments et des dispositifs médicaux. Afin d'estimer le coût moyen d'une ordonnance, les dépenses de santé seront moyennées sur l'ensemble des produits de santé remboursables quels qu'ils soient, dès lors qu'ils sont délivrés par un même fournisseur, pour une même date et un même bénéficiaire.

## 2 Résultats généraux

En France en 2021, les dépenses moyennes concernant les produits de santé en général est de 69,61 € par bénéficiaire et délivrance. Concernant l'audioprothèse en moyenne pour un patient/date la facture s'élève à 2 404 € avec un reste à charge de 1 888 €. Le montant d'une délivrance d'optique est proche de 423 € pour un reste à charge de 418 €. Enfin, une délivrance en pharmacie est facturée en moyenne 58 € pour un reste à charge de 10 € (Tableau 108).

Le montant de la ROSP pour la télétransmission des feuilles de soins électronique varie de 0,06€ à 0,07€ par télétransmission. **Du fait de ces montants négligeables, la ROSP ne sera pas pris en compte dans ce travail.** Les audioprothésistes et les opticiens ne sont pas concernés par d'éventuelles sources de financements annexes **(contrats et assimilés et prise en charge des cotisations).** **Les résultats peuvent donc être utilisés tels quels.**



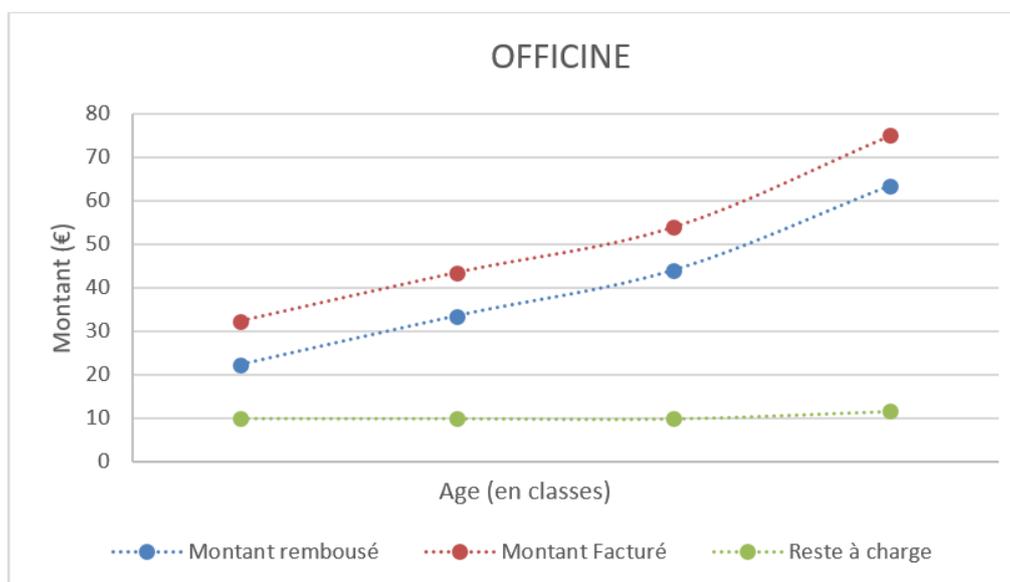
Tableau 108 : Résultats généraux par type de produits de santé en euros/ ESND 2021

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Total	Montant facturé	10 953 795	4,76	69,61	263,12	25,01	255,54
Total	Montant remboursé	10 953 795	1,38	46,88	235,93	13,62	140,73
Total	Reste à charge	10 953 795	0,00	22,73	105,67	5,14	48,87
Officine	Montant facturé	10 670 833	4,62	57,74	242,27	24,49	164,93
Officine	Montant remboursé	10 670 833	1,87	47,36	238,13	14,00	140,96
Officine	Reste à charge	10 670 833	0,00	10,39	27,59	4,98	35,42
Optique	Montant facturé	269 507	105,00	423,04	229,05	380,00	825,00
Optique	Montant remboursé	269 507	0,09	4,76	12,70	0,09	34,89
Optique	Reste à charge	269 507	86,10	418,28	233,67	379,41	824,91
Audioprothèses	Montant facturé	13 455	950,00	2 404,18	834,65	2 200,00	3 780,00
Audioprothèses	Montant remboursé	13 455	240,00	516,24	293,97	480,00	800,00
Audioprothèses	Reste à charge	13 455	710,00	1 887,93	811,87	1 620,00	3 240,00

### 3 Résultats selon les inducteurs de coûts

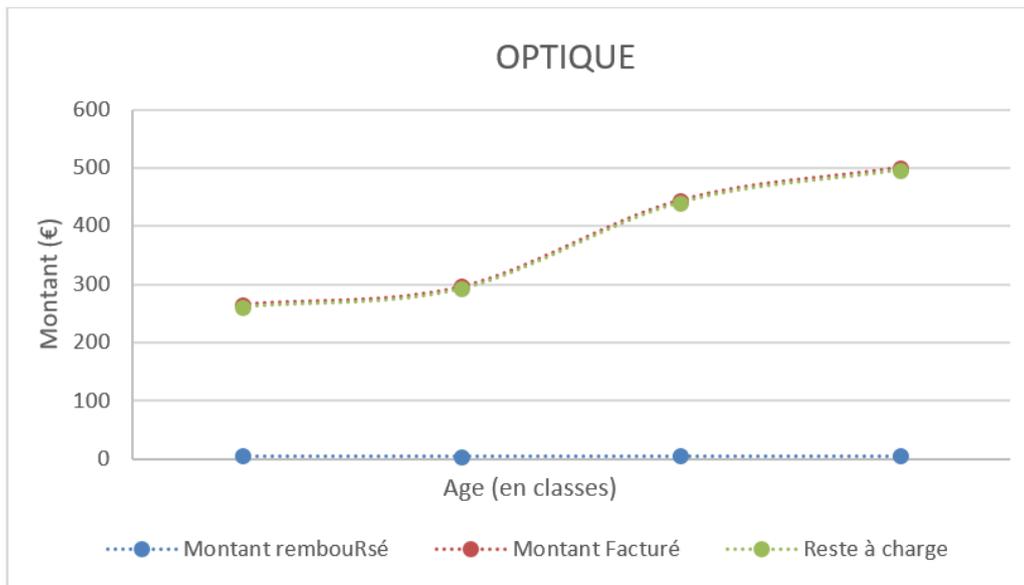
#### 3.1 Résultats selon l'âge

Figure 28 : Montant de la dépense de la délivrance en officine en fonction de l'âge (0-11 ans, 12-17 ans, 18-69 ans et 70 ans et plus)



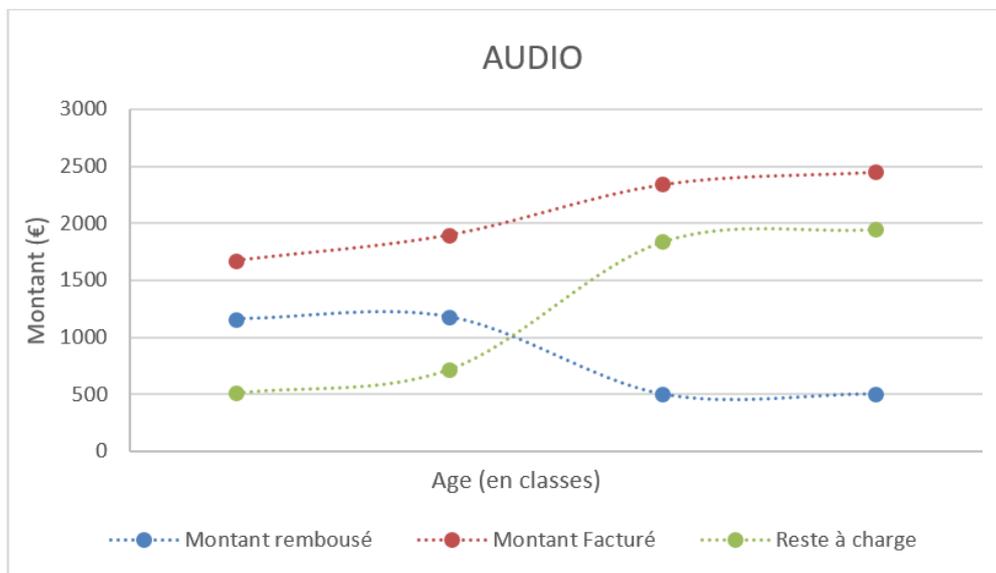
Le reste à charge est insensible à l'âge. En revanche on note que le coût moyen de la délivrance en officine augmente significativement avec l'âge (Figure 28).

Figure 29 : Montant de la dépense optique en fonction de l'âge (0-11 ans, 12-17 ans, 18-69 ans et 70 ans et plus)



Sans surprise, le reste à charge est très important dans le secteur de l'optique, et le coût de la facture augmente également de manière importante avec l'âge (Figure 29).

Figure 30 : Montant de la dépense audioprothèses en fonction de l'âge (0-11 ans, 12-17 ans, 18-69 ans et 70 ans et plus)



Avant 18 ans, le montant pris en charge par l'Assurance Maladie est majoritaire. Après 18 ans, le reste à charge devient très important et le montant des factures augmente. Le montant de la facture est lié au nombre d'appareils (1 ou 2 oreilles) comme l'indique le Tableau 109. Notons que lorsqu'il n'y a pas de vente d'appareils auditifs, il peut y avoir des ventes de processeurs ostéo-intégrés et autres matériels associés à un appareil auditif (cas de la catégorie nombre d'appareils =0).



Tableau 109 : Montant de la dépense audioprothèses en fonction du nombre d'oreilles appareillées en euros/ ESND 2021

Nombre d'appareils	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
0	Montant facturé	203	19,95	833,32	1 404,61	161,94	3 400,00
0	Montant remboursé	203	18,99	821,91	1 406,69	129,54	3 400,00
0	Reste à charge	203	0,00	11,41	35,11	0,00	82,62
1	Montant facturé	1 522	800,00	1 339,55	403,65	1 320,00	1 983,60
1	Montant remboursé	1 522	240,00	285,27	174,12	240,00	400,00
1	Reste à charge	1 522	550,00	1 054,28	414,29	1 050,00	1 710,00
2	Montant facturé	11 730	1 600,00	2 569,50	725,86	2 500,00	3 800,00
2	Montant remboursé	11 730	480,00	540,92	227,97	480,00	800,00
2	Reste à charge	11 730	1 100,00	2 028,58	750,26	1 920,00	3 320,00

### 3.2 Résultats selon le genre

Tableau 110 : Montant de la dépense selon le genre en euros/ ESND 2021

Type	Genre	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Audio.	♂	Montant facturé	6 654	950,00	2 419,27	835,69	2 240,00	3 780,00
Audio.	♂	Montant remboursé	6 654	240,00	518,97	287,67	480,00	800,00
Audio.	♂	Reste à charge	6 654	710,00	1 900,30	815,69	1 709,50	3 260,00
Audio.	♀	Montant facturé	6 801	950,00	2 389,41	833,43	2 160,00	3 780,00
Audio.	♀	Montant remboursé	6 801	240,00	513,58	300,01	480,00	800,00
Audio.	♀	Reste à charge	6 801	710,00	1 875,84	808,00	1 600,00	3 230,00
Optique	♂	Montant facturé	113 837	110,00	426,84	229,43	384,00	827,00
Optique	♂	Montant remboursé	113 837	0,09	4,47	13,45	0,09	34,20
Optique	♂	Reste à charge	113 837	90,20	422,37	233,69	382,91	826,91
Optique	♀	Montant facturé	155 670	105,00	420,26	228,73	377,60	823,90
Optique	♀	Montant remboursé	155 670	0,09	4,97	12,11	0,09	35,10
Optique	♀	Reste à charge	155 670	86,10	415,29	233,61	376,91	823,41
Officine	♂	Montant facturé	4 473 109	5,10	65,48	279,93	25,01	190,96
Officine	♂	Montant remboursé	4 473 109	1,97	55,20	275,97	16,72	168,81
Officine	♂	Reste à charge	4 473 109	0,00	10,27	29,52	4,81	34,96
Officine	♀	Montant facturé	6 197 724	4,47	52,16	210,77	22,35	146,65
Officine	♀	Montant remboursé	6 197 724	1,80	41,69	206,37	12,50	120,39
Officine	♀	Reste à charge	6 197 724	0,00	10,47	26,10	5,00	35,77

L'effet du genre est plus marqué sur la délivrance en pharmacie que sur les dépenses d'optique ou d'audioprothèses (facture 25 % plus élevée chez les hommes en pharmacie contre 1 % sur l'optique et l'audio, Tableau 110).

### 3.3 Résultats selon le taux de prise en charge

30,03 % des délivrances pharmaceutiques étaient prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Ce taux est de 5 % pour l'optique et de 13 % pour l'audioprothèse (sachant que les bases de remboursement de l'AM sont faibles et donc le reste à charge est important même en cas de prise en charge de la base de remboursement à 100 % (Tableau 111).



Tableau 111 : Résultat des coûts d’optique et audioprothèses selon le taux de base de remboursement en euros/ ESND 2021

Type	Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Audio.	<100	Montant facturé	11 730	1 280,00	2 447,84	801,58	2 280,00	3 800,00
Audio.	<100	Montant remboursé	11 730	240,00	468,16	150,40	480,00	480,00
Audio.	<100	Reste à charge	11 730	960,00	1 979,68	768,78	1 760,00	3 320,00
Audio.	100	Montant facturé	1 725	131,56	2 107,28	981,82	1 900,00	3 600,00
Audio.	100	Montant remboursé	1 725	105,00	843,22	630,72	800,00	2 800,00
Audio.	100	Reste à charge	1 725	0,00	1 264,05	822,30	1 100,00	2 800,00
Optique	<100	Montant facturé	255 712	105,00	421,80	228,72	378,65	825,00
Optique	<100	Montant remboursé	255 712	0,09	4,39	11,81	0,09	32,43
Optique	<100	Reste à charge	255 712	86,10	417,41	232,97	377,91	824,53
Optique	100	Montant facturé	13 795	115,00	446,07	233,83	428,00	837,50
Optique	100	Montant remboursé	13 795	0,10	11,62	22,68	0,15	63,00
Optique	100	Reste à charge	13 795	80,50	434,45	245,78	427,05	835,90
Officine	<100	Montant facturé	7 466 631	4,40	40,37	110,82	18,94	124,71
Officine	<100	Montant remboursé	7 466 631	1,54	25,92	94,97	9,24	90,68
Officine	<100	Reste à charge	7 466 631	1,97	14,45	31,80	8,17	41,52
Officine	100	Montant facturé	3 204 202	6,56	98,23	405,59	25,01	363,75
Officine	100	Montant remboursé	3 204 202	6,21	97,31	405,29	25,01	361,23
Officine	100	Reste à charge	3 204 202	0,00	0,91	7,02	0,00	4,00

### 3.4 Résultats selon la spécialité du prescripteur

Pour les délivrances en officine, il nous a paru pertinent de présenter les indicateurs de coûts selon la spécialité du professionnel de santé prescripteur. Les résultats sont présentés selon 33 spécialités différentes dans les documents joints.

### 3.5 Résultats selon le département de résidence

Le tarif est variable selon les zones géographiques. Le Tableau 112 illustre les départements dont les montants moyens et médians sont extrêmes en 2021. On note que les résultats ne sont ni standardisés ni ajustés, alors que l’âge et le sex-ratio n’est pas homogène sur le territoire. Ainsi, les prestations peuvent être plus ou moins coûteuses en fonction du profil des individus et par conséquent de la nature des prestations. La variation du coût sur le territoire prend en compte tous ces paramètres et ne représente pas l’effet propre du territoire.



Tableau 112 : Valeurs extremes : minimum et maximum de la dépense observés selon les départements de résidence en euros/ ESND 2021

		Départem ent	Montant remboursé	Départem ent	Montant facturé	Départem ent	RAC	
Audio prothèse	Moye ne	min	INDRE	449,13	HAUTE MARNE	2 072,98	CREUSE	1 533,85
		max	CREUSE	753,85	JURA	2820,80	JURA	2 331,47
	Médi ane	min	INDRE	115,07	HAUTE- MARNE	663,97	MAYENNE	609,80
		max	CREUSE	753,85	HAUTES- ALPES	1 300,00	HAUTS-DE- SEINE	985,69
Optique	Moye ne	min	VENDEE	2,84	SEINE ST DENIS	363,94	SEINE ST DENIS	355,14
		max	SEINE ST DENIS	8,80	SAVOIE	474,66	SAVOIE	474,66
	Médi ane	min	AIN	8,82	LOZERE	231,25	LOZERE	235,93
		max	FINISTERE	40,23	SAVOIE	474,66	SAVOIE	471,06
Pharmacie	Moye ne	min	AIN	40,14	AIN	10,03	PARIS	8,78
		max	MEUSE	58,48	MEUSE	12,84	AISNE	12,98
	Médi ane	Min	VOSGES	129,52	NIEVRE	136,80	CANTAL	18,96
		max	ALPES-DE- HAUTE- PROVENCE	410,98	ALPES-DE- HAUTE- PROVENCE	411,80	HAUTE- MARNE	65,86

### 3.6 Financements complémentaires pour les pharmaciens

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) pour les pharmaciens a été mise en place en 2012. Elle vise à encourager le bon usage des produits de santé et à moderniser les échanges numériques entre les pharmaciens et l'Assurance Maladie.

Le montant de la ROSP pour la télétransmission des feuilles de soins électronique varie de 0,06€ à 0,07€ par télétransmission<sup>93</sup>. Du fait de ces montants négligeables, la ROSP ne sera pas pris en compte dans ce travail.

### 3.7 Comparaison aux données nationales

En 2000, le coût moyen d'une ordonnance délivrée aux personnes âgées de plus de 65 ans a été estimé à 71 € comme indiqué sur la plateforme Cairn.info. Nos résultats de 2021 restent proches, avec une dépense moyenne de 75 € pour les personnes âgées de plus de 70 ans. Cette augmentation des dépenses des produits de santé au cours du temps a été documentée dans la partie « b. Les dépenses pour les produits de santé ». Aucune autre référence ne traite le coût de l'unité de délivrance. L'ensemble des résultats récents reposent sur des consommations totales annuelles françaises.

La dépense totale en pharmacie est de 616 165 868 € pour le régime général dans l'ESND. En faisant l'hypothèse forte que ces actes représentent environ 2 % du total et que le régime général couvre 81 % à 88 % des assurés selon les sources, la dépense totale extrapolée serait de 35 à 38 milliards pour

<sup>93</sup> <https://www.olagin.fr/actualites/rosp-2021-du-pharmacien-dofficine>



les métropolitains. A titre informatif, la dépense rapportée pour 2021 est de 31 milliards d'euros selon le rapport DREES<sup>94</sup>. La dépense totale optique est de 114 011 978 € pour le régime général dans l'ESND. En appliquant l'hypothèse ci-dessus, la dépense totale extrapolée serait de 6,5 à 7 milliards d'euros ; la dépense rapportée pour 2021 est de 7,2 milliards d'euros selon le rapport DREES<sup>95</sup>. La dépense totale audioprothèses est de 32 348 186 € pour le régime général dans l'ESND. En appliquant l'hypothèse ci-dessus, la dépense totale extrapolée serait de 1,9 milliards d'euros ; la dépense rapportée pour 2021 est de 2 milliards d'euros selon le rapport DREES<sup>96</sup>.

---

<sup>94</sup> « Les dépenses de santé en 2022, Les médicaments en ambulatoire » (tableau 1)

<sup>95</sup> « Les dépenses de santé en 2022, L'optique médicale » (tableau 3)

<sup>96</sup> « Les dépenses de santé en 2022, Les biens médicaux hors optique médicale » (tableau 4)



# Chapitre 7 : L'hôpital

## 1. Les séances

Arnaud Pagès, IGR

Michaël Mounié, CHU Toulouse

## 2. Le passage aux urgences

C Castelli, ESPIC Beausoleil

A Coffy, ESPIC Beausoleil

## 3. Les séjours hospitaliers

AL Soilly, CHU Dijon

A Coffy, ESPIC Beausoleil



## 1 Les séances

Bien que toutes les séances ne sont pas réalisées à l'hôpital, nous avons choisi de le présenter ce poste dans le chapitre hôpital car elles concernent majoritairement les établissements de santé.

### 1.1 Revue de la littérature

#### 1.1.1 Caractéristiques des séances

Au sens du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations (PMSI), une séance est une venue dans un établissement de santé « venue pour séance » d'une durée inférieure à 24 heures, impliquant habituellement sa fréquentation itérative pour l'un des motifs thérapeutiques suivants: épuration extrarénale, chimiothérapie pour une affection tumorale (cancer), thérapie pour une affection non tumorale, radiothérapie (préparation et irradiation), transfusion sanguine, oxygénothérapie hyperbare, aphérèse sanguine.

Les séances peuvent être réalisées dans diverses structures avec notamment, les centres hospitaliers publics (CHU, CH), les centres hospitaliers privés (cliniques) et des centres dits « libéraux » qui se différencient notamment car n'étant pas valorisés par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et le PMSI. Les établissements de santé de MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) ont réalisé 13,9 millions de séances en 2021<sup>97</sup>. Trois types de séances concentrent la quasi-totalité des séances : la dialyse, la chimiothérapie et la radiothérapie.

##### 1.1.1.1 *Chimiothérapie pour une affection tumorale et Thérapie pour une affection non tumorale*

La chimiothérapie désigne les traitements médicamenteux ayant pour but la destruction des cellules cancéreuses par des mécanismes non spécifiques (effets cytotoxiques). Certaines chimiothérapies peuvent être administrées par voie orale, d'autres par voie intraveineuse, certaines sont associées à beaucoup d'effets indésirables, d'autres moins... De même, les différentes tumeurs ne sont pas sensibles aux mêmes chimiothérapies. La chimiothérapie ne désigne donc pas un médicament, mais un principe de traitement qui regroupe un large éventail de médicaments. La plupart des traitements anti-cancéreux utilisés par voie injectable sont administrés dans le cadre de séances en hospitalisation de jour. En plus, certains médicaments le plus souvent injectables et réservés à l'hôpital peuvent être administrés pour traiter d'autres pathologies que le cancer (maladies auto-immunes, déficits immunitaires,) dans le cadre de séances en hospitalisation de jour. Les chimiothérapies sont réalisées seulement en centres hospitaliers (au sens PMSI du terme).

##### 1.1.1.2 *Radiothérapie*

La radiothérapie est une méthode de traitement locorégional des cancers, utilisant des radiations pour détruire les cellules cancéreuses en bloquant leur capacité à se multiplier. L'irradiation a pour but de détruire toutes les cellules tumorales tout en épargnant les tissus sains périphériques. La source délivrant la radiation est externe au corps du patient. Elle est indiquée dans nombreux cancers : sein, prostate, ORL, lymphome de Hodgkin, ... Elle est le plus souvent répétée au cours du temps et administrée lors de séances. Les radiothérapies ne s'effectuent qu'en centre hospitalier public ou en centre de radiothérapie (centres libéraux). Les séances de radiothérapie réalisées en centre libéral et valorisées à travers des actes CCAM ne sont pas identifiables de manière précise dans les tables de prestation. Ainsi, elles n'ont pu être traitées dans le projet MOVIE. Seules les séances de radiothérapie ayant eu lieu dans des établissements de santé publics sont incluses dans cette analyse.

<sup>97</sup> Analyse de l'activité hospitalière, ATIH, 2021



### 1.1.1.3 Curiethérapie

La curiethérapie est une technique d'irradiation consistant à introduire de manière transitoire ou permanente des sources radioactives au contact ou à l'intérieur même de la tumeur. Ce traitement est utile pour cibler directement et avec précision la zone concernée par le cancer sans trop irradier les organes situés à proximité. Elle est indiquée dans certains cancers comme les cancers ORL (lèvre, langue, nez), de la prostate et les cancers gynécologiques (cancer du col de l'utérus, vagin, endomètre), ... Elle peut être administrée lors d'une séance. La curiethérapie s'effectue en centre hospitalier (public et privé).

### 1.1.1.4 Transfusion

La transfusion sanguine est un traitement consistant à injecter par perfusion intraveineuse du sang ou l'un de ses composants (globules rouges, plaquettes...). Elle peut être nécessaire en cas de manque d'un ou plusieurs composants du sang d'un patient. Les éléments du sang injectés peuvent provenir du patient lui-même ou de dons. Elle peut être administrée lors d'une séance en hôpital de jour. La transfusion s'effectue en centre hospitalier (public et privé).

### 1.1.1.5 Aphérèse

L'aphérèse correspond au processus de séparation des composants cellulaires et solubles du sang à l'aide d'une machine. L'aphérèse est souvent pratiquée sur des donneurs dont le sang total est centrifugé pour obtenir des composants sanguins (par exemple globules rouges, plaquettes, plasma) destinés à être transfusés chez des patients différents ou de manière ultérieure au patient lui-même (exemple : autogreffe de cellules souches hématopoïétiques). Elle peut être réalisée lors d'une séance en hôpital de jour. L'aphérèse s'effectue en centre hospitalier (public et privé).

### 1.1.1.6 Oxygénothérapie hyperbare

L'oxygénothérapie hyperbare est l'administration d'oxygène à une pression supérieure à la pression atmosphérique. Ce traitement a pour but d'apporter une quantité importante d'oxygène. Il se déroule dans une chambre hyperbare (ou caissons). Les patients, assis dans des fauteuils ou couchés selon les besoins de leur état, respirent l'oxygène dans un masque ou par une sonde d'intubation ou de trachéotomie. Ils peuvent au besoin bénéficier de la même surveillance que dans une chambre d'hospitalisation. Elle est indiquée par exemple pour les accidents de plongée, les troubles de la cicatrisation, et les gangrènes gazeuses, ... Elle peut être réalisée lors d'une séance en hôpital de jour. L'oxygénothérapie hyperbare s'effectue en centre hospitalier (public et privé).

## 1.1.2 Le cas particulier de la dialyse

Les informations relatives aux différents types de séances de dialyses et à leur facturation sont complexes à trouver de façon précise. Nous nous sommes principalement référés au site du gouvernement qui les a définies<sup>98</sup>. On différencie ainsi les dialyses selon leur type (hémodialyse vs dialyse péritonéale) et selon la personne qui la réalise et le lieu de réalisation. Il convient de distinguer la dialyse faite en établissements de santé (hospitalisation publique et hospitalisation privé) des dialyses réalisées ailleurs : unité de dialyse médicalisée, domicile.

<sup>98</sup> [www.legifrance.gouv.fr/codes/section/lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196701/#LEGISCTA000006196701](http://www.legifrance.gouv.fr/codes/section/lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196701/#LEGISCTA000006196701)



### 1.1.2.1 *Dialyse à domicile : hémodialyse ou dialyse péritonéale*

La mise en œuvre de l'hémodialyse à domicile, est gérée par un établissement de santé, titulaire à cet effet de l'autorisation d'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale. Cet établissement de santé installe, au domicile du patient qu'il prend en charge, un générateur d'hémodialyse et un système produisant l'eau pour l'hémodialyse. Il fournit également les médicaments, les objets et produits directement liés à la réalisation du traitement par hémodialyse. L'hémodialyse à domicile est proposée à des patients, formés à cette technique en mesure d'assurer habituellement eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement et en présence d'une tierce personne de l'entourage habituel qui peut leur prêter assistance. De ce fait, il s'agit d'une pratique peu répandue, les dialyses à domicile étant très majoritairement des dialyses péritonéales. L'établissement de santé gestionnaire assure le repli temporaire du patient dans un centre d'hémodialyse ou en unité de dialyse médicalisée, à sa demande ou sur prescription médicale, son orientation définitive vers une autre modalité de traitement ou son hospitalisation en cas de nécessité.

Le domicile ou le lieu où réside le patient est adapté à la pratique de la dialyse péritonéale dans des conditions suffisantes de sécurité et de confort. Lorsque l'état du patient requiert l'aide d'une tierce personne qui ne peut être trouvée dans l'entourage habituel du patient, il est fait appel à un infirmier ou à une infirmière. Le patient et la tierce personne sont formés à la dialyse péritonéale. La formation des patients à la technique de dialyse péritonéale est donnée, sous le contrôle d'un médecin néphrologue, par des infirmiers ou infirmières ou par des infirmières ayant une pratique de la dialyse péritonéale. L'établissement de santé installe, au domicile du patient qu'il prend en charge, l'équipement nécessaire en cas de pratique de la dialyse péritonéale automatisée. Il fournit également les médicaments, les objets et produits directement liés à la réalisation de la dialyse péritonéale.

### 1.1.2.2 *Dialyse hors domicile*

Le centre d'hémodialyse : Le poste d'hémodialyse est constitué par l'association d'un lit ou d'un fauteuil pour le patient, avec un générateur d'hémodialyse et une arrivée d'eau traitée pour la dialyse. Le centre d'hémodialyse dispose d'une équipe médicale d'au moins deux néphrologues avec la présence permanente sur le site de l'établissement de santé pendant toute la durée des séances d'hémodialyse d'au moins un médecin néphrologue. Le centre d'hémodialyse assure régulièrement à chaque patient une consultation de néphrologie avec un examen médical complet dans un local de consultation. Tous les actes de soins nécessaires à la réalisation de chaque séance de traitement des patients hémodialysés en centre sont accomplis par l'équipe de personnel soignant.

Unité de Dialyse médicalisée : L'unité de dialyse médicalisée comporte au moins six postes de traitement d'hémodialyse. Un même poste d'hémodialyse ne peut servir à plus de trois patients par vingt-quatre heures. Le repli des patients traités en unité de dialyse médicalisée est assuré en centre d'hémodialyse. L'unité de dialyse médicalisée fonctionne avec le concours d'une équipe de médecins néphrologues. Elle assure, selon le besoin médical du patient, la visite d'un néphrologue une à trois fois par semaine, au cours de la séance soit sur place, soit à distance, ainsi qu'une consultation avec un examen médical complet dans un local de consultation, au moins une fois par mois.

L'autodialyse dite simple ne prend en charge que des patients formés, en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement, notamment la pesée, la surveillance tensionnelle, la préparation du générateur de dialyse, le branchement et le débranchement du circuit de circulation



extracorporelle et la mise en route de la désinfection automatisée du générateur en fin de séance. Le repli est assuré en centre d'hémodialyse ou en unité de dialyse médicalisé. Toute unité d'autodialyse fonctionne avec le concours de médecins néphrologues qualifiés ou compétents en néphrologie. L'unité assure à chaque patient traité la visite d'un néphrologue de l'équipe, en cours de séance, au moins une fois par trimestre en autodialyse simple et au moins une fois par mois en autodialyse assistée, ainsi qu'une consultation avec un examen médical complet dans un local de consultation, pouvant être extérieur à l'unité d'autodialyse, au moins une fois par trimestre. L'unité d'autodialyse dite simple (vs assistée) dispose au minimum en permanence en cours de séance d'un infirmier ou d'une infirmière ayant une formation à l'hémodialyse pour huit (vs six) patients traités

### 1.1.3 Activité en 2021

Les établissements de santé ont pris en charge 560 000 patients pour chimiothérapie en 2021, ce qui représente 3,9 millions de séances. Le nombre annuel moyen de séances de chimiothérapie par patient est ainsi de 7,0 en 2021. Le nombre de séances de chimiothérapie augmente de +8,9 % entre 2020 et 2021). En 2021, 7,4 millions de séances de dialyse ont été réalisées dont de 52,9 % des séances sont effectuées en centre, c'est-à-dire au sein d'une unité de dialyse en présence d'un médecin néphrologue. Cela représente plus de 66 000 patients sous dialyse sur l'année. Enfin, plus de 2,2 millions de séances de radiothérapie ont été réalisées dans les établissements du secteur public. Les séances de radiothérapie du secteur privé sont financées via la codification CCAM, tels des soins de ville, leur facturation n'est pas remontée via le PMSI MCO. Selon la Cour des Comptes en 2022, de 2015 à 2020, le montant de radiothérapie remboursé par patient dans le secteur public ou privé non lucratif est passé de 5 740 € à 6 534 €, soit une augmentation de 14 %<sup>99</sup>. Nous avons retrouvé très peu de données de coûts par séance dans la littérature, en effet dans la très grande majorité des rapports les coûts moyens sont présentés par patient ou par patient-année.

## 1.2 Résultats généraux

Le Tableau 113 présente les résultats des dépenses concernant la réalisation de séances en 2021. Etant donnée la variabilité de la nature de séances, ces résultats sont présentés selon leur type.

Une séance d'oxygénothérapie et de radiothérapie sont facturées en moyenne 302,77 € et 337,46 € respectivement. Les séances les plus coûteuses concernent les chimiothérapies avec une dépense de 1 599,00 € pour les affections tumorales vs 1 503,23 € pour les non tumorales.

---

<sup>99</sup> « La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler », Cour des Comptes, 2022

Tableau 113 : Résultats des dépenses selon le type de séance en euros/ ESND 2021

Type Séance	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Chimio.: Tumeur	Montant facturé	47 956	340,54	1 599,00	2 185,10	445,49	5 710,44
Chimio.: Tumeur	Montant remboursé	47 956	340,54	1 597,69	2 185,29	445,49	5 710,44
Chimio.: Tumeur	Reste à charge	47 956	0,00	2,75	26,39	0,00	0,00
Radiothérapie	Montant facturé	29 352	167,08	337,46	260,85	205,34	1 036,32
Radiothérapie	Montant remboursé	29 352	167,08	337,38	260,82	205,34	1 036,32
Radiothérapie	Reste à charge	29 352	0,00	0,26	6,92	0,00	0,00
Chimio.:	Montant facturé	14 104	246,68	1 503,23	3 249,92	868,21	4 855,80
affection non	Montant remboursé	14 104	239,04	1 493,34	3 251,59	863,87	4 855,80
tumorale	Reste à charge	14 104	0,00	25,62	91,40	0,00	199,86
Transfusion	Montant facturé	3 668	613,37	697,36	339,06	664,81	716,09
Transfusion	Montant remboursé	3 668	602,76	690,00	340,33	664,81	711,35
Transfusion	Reste à charge	3 668	0,00	35,96	355,44	0,00	50,00
Oxygénothérapie	Montant facturé	564	279,59	302,77	20,61	300,99	334,10
Oxygénothérapie	Montant remboursé	564	240,79	297,86	25,03	300,99	334,10
Oxygénothérapie	Reste à charge	564	0,00	12,13	34,43	0,00	98,00
Aphérèse	Montant facturé	504	1 232,05	1 387,28	194,78	1 335,90	1 685,11
Aphérèse	Montant remboursé	504	1 232,05	1 378,66	200,17	1 335,90	1 685,11
Aphérèse	Reste à charge	504	0,00	5,29	39,75	0,00	0,00
Curiethérapie	Montant facturé	88	947,02	1 009,61	44,99	1 012,42	1 083,29
Curiethérapie	Montant remboursé	88	923,02	998,67	66,95	1 012,42	1 083,29
Curiethérapie	Reste à charge	88	0,00	1,09	4,47	0,00	4,80
Toutes dialyses	Montant facturé	103 494	240,80	293,80	69,25	275,78	361,91
Toutes dialyses	Montant remboursé	103 494	240,80	292,60	70,95	275,78	361,91
Toutes dialyses	Reste à charge	103 494	0,00	1,26	17,87	0,00	0,00

Les séances ne sont pas concernées par d'éventuelles sources de financements complémentaires (contrats et assimilés et prise en charge des cotisations pour les professionnels libéraux). Les résultats peuvent donc être utilisés tels quels.

### 1.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 1.3.1 Résultats concernant le type de dialyse

La dialyse est une séance particulière qui comporte de nombreuses particularités comme indiqué dans la section 1.1.2. En moyenne, elle est facturée 293,80 €, mais deux modes de dialyse sont possibles : l'hémodialyse est facturée 289,62 € par séance en moyenne, et la dialyse péritonéale est un peu plus coûteuse avec un montant de 375,30 €. Certains patients souhaitent réaliser leur dialyse à domicile, pour cela ils doivent d'abord être formés ainsi qu'un proche. Ainsi un entraînement à la dialyse est réalisé et facturé en moyenne 448,50 € (Tableau 114).

Tableau 114 : Dépenses relatives aux séances de dialyse et entrainement en euros/ ESND 2021

Type Séance	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Hémodialyse	Montant facturé	100 534	242,56	289,62	52,87	275,78	357,46
Hémodialyse	Montant remboursé	100 534	242,56	288,36	55,04	275,78	349,20
Hémodialyse	Reste à charge	100 534	0,00	1,33	18,13	0,00	0,00
Dialyse péritonéale	Montant facturé	2 960	211,94	375,30	245,26	284,24	725,79
Dialyse péritonéale	Montant remboursé	2 960	211,94	375,29	245,32	284,24	725,79
Dialyse péritonéale	Reste à charge	2 960	0,00	0,03	0,74	0,00	0,00
Entrainement Dialyse Péritonéale	Montant facturé	292	348,90	410,62	38,46	417,58	462,46
	Montant remboursé	292	348,90	410,54	38,34	417,58	460,17
	Reste à charge	292	0,00	0,09	0,91	0,00	0,00
Entrainement Hémodialyse	Montant facturé	1 078	372,12	458,93	99,99	417,67	618,75
	Montant remboursé	1 078	372,12	458,87	100,01	417,67	618,75
	Reste à charge	1 078	0,00	0,06	1,03	0,00	0,00
Tous Entrainement	Montant facturé	1 370	366,87	448,50	92,61	417,67	618,75
Tous Entrainement	Montant remboursé	1 370	366,87	448,43	92,62	417,67	618,75
Tous Entrainement	Reste à charge	1 370	0,00	0,07	1,01	0,00	0,00

### 1.3.2 Résultats selon le lieu de réalisation des soins

Le Tableau 115 présente les résultats selon le lieu de réalisation de la séance. On note que tous les lieux ne concernent pas tous les types de séances. Le coût de la séance de dialyse péritonéale est estimé uniquement dans la catégorie Hors PMSI (hors hôpital privé ou public). Le coût de la séance de radiothérapie a été estimé uniquement sur le secteur public. Enfin, en plus des séances de radiothérapie, aucune séance d'aphérèse sanguine et de curiethérapie n'ont été retrouvées dans les centres privés.



Tableau 115 : Résultats selon le lieu de réalisation de la séance en euros/ ESND 2021

Type Séances	Statut	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Chimio.: affection non tumorale	Public	Montant facturé	12 116	358,53	1 610,02	3 458,75	942,51	5 863,91
	Public	Montant remboursé	12 116	296,13	1 601,73	3 460,76	934,99	5 835,05
	Public	Reste à charge	12 116	0,00	26,59	93,72	0,00	218,00
Chimio.: affection non tumorale	Privé	Montant facturé	1 988	209,04	852,41	1 237,76	542,28	1 759,84
	Privé	Montant remboursé	1 988	178,94	832,73	1 228,45	539,28	1 759,84
	Privé	Reste à charge	1 988	0,00	19,67	75,48	0,00	63,28
Chimio.: Tumeur	Public	Montant facturé	35 451	384,02	1 677,24	2 290,34	498,85	5 739,58
	Public	Montant remboursé	35 451	384,02	1 676,24	2 290,50	498,85	5 739,58
	Public	Reste à charge	35 451	0,00	2,95	28,87	0,00	0,00
Chimio.: Tumeur	Privé	Montant facturé	12 505	320,05	1 377,17	1 836,59	371,96	5 634,62
	Privé	Montant remboursé	12 505	320,05	1 374,99	1 836,77	371,96	5 634,62
	Privé	Reste à charge	12 505	0,00	2,18	17,54	0,00	2,00
Oxygéno.	Public	Montant facturé	561	279,59	303,78	15,28	300,99	334,10
Oxygéno.	Public	Montant remboursé	561	240,79	298,97	19,95	300,99	334,10
Oxygéno.	Public	Reste à charge	561	0,00	12,07	34,52	0,00	98,00
Oxygéno.	Privé	Montant facturé	3	113,08	113,08	0,00	113,08	113,08
Oxygéno.	Privé	Montant remboursé	3	90,46	90,46	0,00	90,46	90,46
Oxygéno.	Privé	Reste à charge	3	22,62	22,62	0,00	22,62	22,62
Transfusion	Public	Montant facturé	3 320	613,37	695,00	323,48	664,81	711,35
Transfusion	Public	Montant remboursé	3 320	602,76	688,80	325,19	664,81	711,35
Transfusion	Public	Reste à charge	3 320	0,00	37,79	372,61	0,00	46,59
Transfusion	Privé	Montant facturé	348	621,65	719,95	462,07	662,14	854,30
Transfusion	Privé	Montant remboursé	348	533,55	701,46	460,86	662,14	755,26
Transfusion	Privé	Reste à charge	348	0,00	18,48	82,26	0,00	132,43
Hémodia.	Hors PMSI	Montant facturé	47 834	242,56	269,06	26,26	260,40	304,73
	Hors PMSI	Montant remboursé	47 834	239,88	267,94	30,17	259,75	304,73
	Hors PMSI	Reste à charge	47 834	0,00	1,18	16,90	0,00	0,00
Hémodia.	Privé	Montant facturé	28 654	240,80	263,66	33,60	257,74	275,78
Hémodia.	Privé	Montant remboursé	28 654	240,80	261,44	39,24	257,74	275,78
Hémodia.	Privé	Reste à charge	28 654	0,00	2,23	23,60	0,00	0,00
Hémodia.	Public	Montant facturé	24 046	322,04	352,25	53,18	349,20	373,65
Hémodia.	Public	Montant remboursé	24 046	322,04	351,74	52,13	349,20	373,65
Hémodia.	Public	Reste à charge	24 046	0,00	0,65	11,88	0,00	0,00

### 1.3.3 Résultats relatifs à la cancérologie

Cette section traite le cas particulier du traitement par chimiothérapie (Tableau 116) et de manière plus générale le traitement du cancer selon la localisation (Tableau 117). En effet, les protocoles thérapeutiques varient en fonction de la localisation et peuvent induire une dépense différence.



Tableau 116 : Dépenses selon la présence d’une molécule onéreuse (en sus) en euros/ ESND 2021

Type Séances	Mol.On. / ATU	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Affection non tumorale	Oui	Montant facturé	8 799	642,62	2 195,59	3 956,31	1 318,46	8 538,49
Affection non tumorale	Oui	Montant remboursé	8 799	641,93	2 190,77	3 956,05	1 312,15	8 538,49
Affection non tumorale	Oui	Reste à charge	8 799	0,00	11,27	58,10	0,00	35,00
Affection non tumorale	Non	Montant facturé	5 305	227,44	354,87	77,61	370,16	396,07
Affection non tumorale	Non	Montant remboursé	5 305	191,23	336,57	84,74	370,16	396,07
Affection non tumorale	Non	Reste à charge	5 305	0,00	49,42	125,32	0,00	258,00
Chimio.: Tumeur	Non	Montant facturé	24 685	340,54	407,13	247,57	403,79	445,49
	Non	Montant remboursé	24 685	340,54	405,46	247,82	403,27	445,49
	Non	Reste à charge	24 685	0,00	3,70	30,84	0,00	0,00
Chimio.: Tumeur	Oui	Montant facturé	23 271	527,08	2 863,23	2 582,49	1 773,07	6 719,97
	Oui	Montant remboursé	23 271	526,66	2 862,32	2 582,43	1 770,04	6 719,97
	Oui	Reste à charge	23 271	0,00	1,74	20,60	0,00	0,00

Le coût d’une séance de traitement par chimiothérapie pour cancer variait de 761 € pour le colon à 3 032 € pour le poumon (Tableau 117). Les molécules onéreuses étant probablement différentes en fonction des organes traités. En ce qui concerne la radiothérapie on passe de 247 € pour le sein à 445 € pour le colon.

Tableau 117 : Dépenses selon la localisation du cancer en euros/ ESND 2021

Type Séances	Cancer	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95	
Chimio.: Tumeur	Sein	Montant facturé	10 112	340,54	1 149,60	1 401,48	416,35	4 214,40	
	Sein	Montant remboursé	10 112	340,54	1 148,34	1 401,67	416,35	4 214,40	
	Sein	Reste à charge	10 112	0,00	2,06	18,13	0,00	0,00	
	Poumon	Montant facturé	5 725	340,54	3 031,97	2 863,01	2 459,87	7 079,14	
	Poumon	Montant remboursé	5 725	340,54	3 030,66	2 862,86	2 459,87	7 079,14	
	Poumon	Reste à charge	5 725	0,00	2,86	25,22	0,00	0,00	
	Colon	Montant facturé	5 084	340,54	760,73	598,90	445,49	1 856,90	
	Colon	Montant remboursé	5 084	340,54	760,20	599,09	445,49	1 856,90	
	Colon	Reste à charge	5 084	0,00	1,84	28,49	0,00	0,00	
	Prostate	Montant facturé	713	340,42	1 243,55	1 508,05	416,35	4 183,84	
	Prostate	Montant remboursé	713	340,42	1 243,40	1 508,12	416,35	4 183,84	
	Prostate	Reste à charge	713	0,00	0,69	10,64	0,00	0,00	
	Autre	Montant facturé	21 887	340,54	1 608,20	2 208,31	462,15	5 697,35	
	Autre	Montant remboursé	21 887	340,54	1 606,73	2 208,61	448,76	5 697,35	
	Autre	Reste à charge	21 887	0,00	3,37	29,98	0,00	0,00	
	Radiot.	Sein	Montant facturé	10 268	143,50	247,29	156,57	185,87	420,83
	Radiot.	Sein	Montant remboursé	10 268	143,50	247,23	156,60	185,87	420,83
	Radiot.	Sein	Reste à charge	10 268	0,00	0,10	4,21	0,00	0,00
Radiot.	Prostate	Montant facturé	4 912	176,95	362,52	193,89	393,30	434,48	
Radiot.	Prostate	Montant remboursé	4 912	176,95	362,33	193,86	393,30	434,48	
Radiot.	Prostate	Reste à charge	4 912	0,00	0,19	2,13	0,00	0,00	



Radiot.	Poumon	Montant facturé	2 484	173,89	441,50	406,45	393,30	1 464,37
Radiot.	Poumon	Montant remboursé	2 484	173,89	441,50	406,45	393,30	1 464,37
Radiot.	Poumon	Reste à charge	2 484	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Radiot.	Colon	Montant facturé	713	175,50	445,03	354,25	393,30	1 418,36
Radiot.	Colon	Montant remboursé	713	175,50	445,03	354,25	393,30	1 418,36
Radiot.	Colon	Reste à charge	713	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Radiot.	Autre	Montant facturé	8 521	175,50	383,89	274,23	393,30	1 108,86
Radiot.	Autre	Montant remboursé	8 521	175,50	383,80	274,15	393,30	1 108,86
Radiot.	Autre	Reste à charge	8 521	0,00	0,67	11,86	0,00	0,00

Note: Les patients avec plusieurs cancers n'ont pas été présentés ici, car il était difficile d'attribuer le coût au cancer concerné

## 1.4 Conclusion

Pour conclure sur le poste de dépense, du fait de l'utilisation de plusieurs bases issues de sources différentes (PMSI, DCIR), ces résultats ont généré de nombreux cas particuliers. Néanmoins, nous avons réussi à les expliquer par le circuit complexe de certaines situations dans une très grande majorité des cas.

## 2 Les passages aux urgences

### 2.1 Revue de la littérature

#### 2.1.1 Présentation

Les actes et consultations externes (ACE) à l'hôpital recouvrent des activités composites : consultations médicales, actes techniques médicaux, d'imagerie ou de biologie et les passages aux urgences. Ils sont dispensés par des médecins salariés, pour l'essentiel d'établissements de santé publics et privés non lucratifs. Ils diffèrent des consultations en ville par le fait qu'ils sont effectués en établissement de santé. Ils se distinguent par ailleurs des séances et des séjours à l'hôpital, y compris de médecine ambulatoire, par le fait qu'ils sont financés pour l'essentiel selon les tarifs applicables aux professionnels libéraux de ville. Les ACE sont susceptibles d'être réalisés à plusieurs moments du parcours du patient : venue aux urgences s'accompagnant de la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique et non suivie d'une hospitalisation, demande d'avis médical spécialisé, réalisation ponctuelle d'un acte de biologie ou d'imagerie, consultation en pré ou post-hospitalisation, consultation périodique dans le cadre du traitement d'une pathologie. Dans ce travail, nous étudions le passage aux urgences ainsi que les actes et consultations associés.

#### 2.1.2 Mode de facturation

La particularité d'un passage aux urgences est qu'il va être composé d'un forfait ATU (accueil et traitement des urgences), d'une consultation, et d'un ou plusieurs actes (biologie, radiologie etc...). Le forfait ATU d'un montant de 25,42 €, est versé à chaque passage pour couvrir les dépenses globales résultant de l'admission et du traitement des patients ; il passe au 30 mars 2021 à 27,05 €. Ce forfait est directement versé à l'établissement de santé.

Des rémunérations complémentaires sont également, versées aux établissements :

- Le forfait annuel des urgences (FAU), qui est destiné à couvrir les charges fixes des services (personnel, matériels, etc.) : MIG (Missions d'Intérêt Générale).



- Une dotation populationnelle permettant d’allouer les ressources en fonction des besoins de la population au sein de chaque région.
- Une dotation complémentaire visant à inciter les établissements à améliorer la qualité des soins

Bien que ces financements complémentaires ne soient pas dans le SNDS, leur montant au titre de l'année 2021, peuvent être déduits à partir des données issues du rapport des comptes de la Sécurité Sociale de 2021 (données 2019) présentées dans le Tableau 118.

Depuis le 1er janvier 2022, quelques changements ont été réalisés. Chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler un « forfait patient urgences (FPU) » d’un montant de 19,61 €. Bien que, les patients doivent faire l’avance des frais et payer dès réception de la facture, les forfaits leurs sont intégralement remboursés par leur mutuelle ou complémentaire santé (Figure 31).

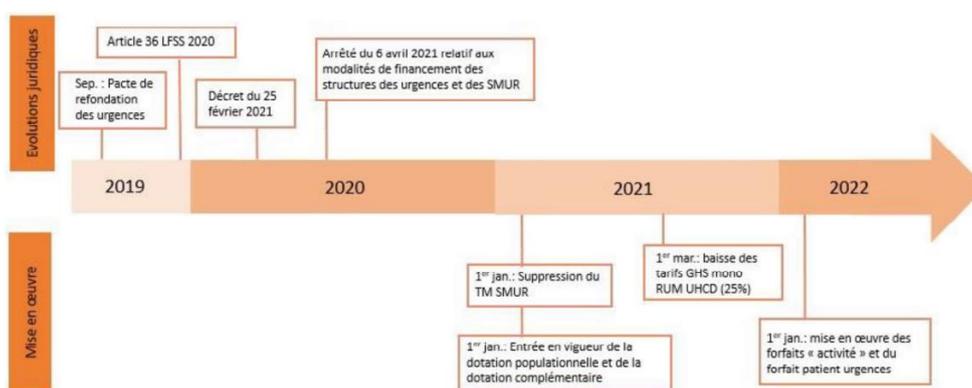
Tableau 118 : Financement des urgences et des SMUR en 2019<sup>100</sup>

*En millions d'euros*

	€	%
Quote part des séjours hospitaliers consécutifs aux passages aux urgences	1494	30%
Forfait annuel urgences (FAU)	1266	26%
Mission d'intérêt général et ticket modérateur SMUR	908	19%
Actes et consultations externes des urgences (base de remboursement)	730	15%
ATU (base de remboursement)	427	9%
Prime de risque urgences et forfait activité isolée urgence (FAI U)	72	1%
Mission d'intérêt général milieux périlleux	3	0%
<b>Total</b>	<b>4900</b>	

Source : DGOS

Figure 31 : Calendrier de la réforme



La CNAM, dans la formation SNDS – Introduction au PMSI du 17042024 indique la procédure de repérage des passages aux urgences avant 2022, grâce au forfait unique ATU facturé à chaque passage ne débouchant pas sur une hospitalisation.

<sup>100</sup> Le forfait annuel urgences devient en 2021 la dotation populationnelle et complémentaire qualité, cette réforme s’est faite à coût constant.



### 2.1.3 Démographie

Le nombre de structures d'urgence a augmenté en 2021, pour la première fois depuis 2010, en passant de 689 à 692. En 2021, on dénombrait 692 structures d'urgence dont 86 d'urgence pédiatriques, contre 689 structures en 2020, dont 84 pédiatriques<sup>101</sup>.

En 2021, les services des urgences français enregistraient plus de 18,12 millions de passages soit moins que les 19,71 millions de passages de 2019, année ayant enregistré le plus de passages<sup>102</sup>. Ces chiffres intègrent également les passages aux urgences débouchant sur une hospitalisation. En 2021, le rapport des comptes de la sécurité sociale indique que 19 % des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation<sup>103</sup>. Cette référence permet d'estimer un nombre de passages non suivis d'une hospitalisation à 14,7 millions pour 2021 (en conservant les mêmes proportions d'hospitalisation entre 2019 et 2021). Si on restreint le périmètre aux bénéficiaires du RG (81 % des bénéficiaires<sup>104</sup>), et en admettant que tous les régimes consomment de manière équivalente les urgences, on obtient 11,88 millions de passages aux urgences. Selon la FEDORU (Fédération des observatoires régionaux des urgences), 19 175 089 de passages ont été enregistrés en 2021. Selon la DREES, 19 % des passages aux urgences en 2019 (Tableau 119) se faisaient dans des établissements privés, pour un volume de 22 millions de passages au total en 2019<sup>105</sup>. En se restreignant aux passages aux urgences sans hospitalisation et au périmètre des bénéficiaires du RG, on obtient à partir de ces données une estimation entre 12,5 et 14,4 millions de passages non suivis d'une hospitalisation.

Tableau 119 : Nombre de passages aux urgences en 2019 selon le statut et l'autorisation

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble	
	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)	2019	Évolution 2018-2019 (en %)
<b>Structures générales</b>	12 215 203	3,9	883 940	12,5	3 014 240	-0,1	16 113 383	3,6
<b>Structures pédiatriques</b>	651 406	1,0	61 697	1,8	0	-	713 103	1,1
<b>Structures générales et pédiatriques</b>	4 986 550	-5,6	198 876	-22,9	0	-	5 185 426	-6,4
Urgences générales	3 436 413	-6,0	127 771	-19,5	0	-	3 564 184	-6,6
Urgences pédiatriques	1 550 137	-4,7	71 105	-28,3	0	-	1 621 242	-6,0
<b>Ensemble</b>	<b>17 853 159</b>	<b>1,0</b>	<b>1 144 513</b>	<b>3,7</b>	<b>3 014 240</b>	<b>-0,1</b>	<b>22 011 912</b>	<b>1,0</b>

**Champ** > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.  
**Sources** > DREES, SAE 2018-2019, traitements DREES.

De plus, selon la CNAM, moins de 5 % des passages ne donneraient lieu à aucun examen clinique ; 20 % d'entre eux se traduiraient par des actes et consultations pour un montant égal ou inférieur à 25 € ; 80 % pour un montant supérieur à 25 €<sup>106</sup>.

<sup>101</sup> [https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/des-structures-d-urgence-plus-nombreuses-en-2021-pour-la-premiere-fois-depuis-10-ans-infographies/-new\\_id/68856](https://www.sfmu.org/fr/actualites/actualites-de-l-urgences/des-structures-d-urgence-plus-nombreuses-en-2021-pour-la-premiere-fois-depuis-10-ans-infographies/-new_id/68856)

<sup>102</sup> <https://fr.statista.com/statistiques/689285/nombre-passages-urgences-france/>

<sup>103</sup> <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20SEPTEMBRE%202021/2021%20Septembre%20-%20La%20r%C3%A9forme%20de%20financement%20des%20structures%20de%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>

<sup>104</sup> [https://documentation-snds.health-data-hub.fr/files/Sante\\_publique\\_France/2021-10-SpF-SNDS-ce-qu'il-faut-savoir-v3-MPL-2.0.pdf](https://documentation-snds.health-data-hub.fr/files/Sante_publique_France/2021-10-SpF-SNDS-ce-qu'il-faut-savoir-v3-MPL-2.0.pdf)

<sup>105</sup> <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-07/ES2021.pdf>

<sup>106</sup> <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6857.html>



Dans l'étude MOVIE, nous ne traitons que les passages aux urgences sans hospitalisation et hors SMUR. En effet, dès lors que le passage aux urgences débouche sur une hospitalisation, le financement du passage aux urgences est compris dans le tarif du séjour hospitalier. Le SMUR est financé par une dotation à part, non présente dans le SNDS.

#### 2.1.4 Coût unitaire

Une estimation très hétérogène du coût du passage aux urgences est retrouvée selon les sources : le prix d'un passage aux urgences a été estimé aux alentours de 227 €<sup>107</sup>:

« L'estimation la plus reprise est celle qui a été établie par la Cour des comptes dans le cadre de son étude précitée sur les urgences hospitalières, qui évalue à 161,50 € le coût pour l'Assurance Maladie Obligatoire d'un passage aux urgences hospitalières. La Cour a cependant bien pris soin de signaler qu'il ne s'agissait là que d'un ordre de grandeur peu significatif, obtenu au moyen d'une simple règle de trois associant le nombre de passages au coût total des services d'urgences, et qui n'offre pas une information aussi précise que pourrait le faire une recombinaison par coûts analytiques, indisponible au moment de l'enquête ».

« Parmi les médecins libéraux, le coût moyen d'un passage aux urgences atteindrait 250 €. Certains chefs d'établissement l'ont plutôt estimé autour de 180 à 190 €, tandis que des chefs de services ont avancé le chiffre de 60 à 80 € en moyenne pour les seuls actes et consultations effectivement pratiqués ».

« La caisse nationale d'Assurance Maladie a fourni des données plus fines en distinguant le coût moyen global d'un passage aux urgences, estimé à 227 €, du coût moyen des seuls actes et consultations prodigués, qui serait de l'ordre de 80 € en moyenne ».

## 2.2 Résultats généraux

Comme pour les activités de spécialistes, les passages aux urgences peuvent être réalisés à l'hôpital public (via les ACE) ou dans les cliniques privées. En 2021, dans l'ESND 250 302 prestations ont été recensées. Le montant total remboursé des prestations est de 20 693 717 € et un total de dépenses de 24 516 837 € à l'échelle de 2 % (Tableau 120). La littérature recense près de 12 millions de passages aux urgences. Nous obtenons dans cette étude 250 302 prestations soit 12,5 millions de passages à l'échelle nationale ce qui est très cohérent avec les données connues.

Tableau 120 : Résultats agrégés

	Effectif
Nombre de prestations	250 302
Dépenses totales (€)	24 516 837
Dépenses remboursées (€)	20 693 717
Dépenses post remboursement (RAC) (€)	3 823 120

Un passage aux urgences en France est facturé en moyenne 97,95 € en 2021 et est remboursée 82,67 € (Tableau 121). Le reste à charge est en moyenne de 15,27 €.

<sup>107</sup> <https://www.senat.fr/rap/r16-685/r16-6857.html>



Tableau 121 : Dépense pour un passage aux urgences en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	250 302	50,05	97,95	65,07	79,13	225,15
Montant remboursé	250 302	40,04	82,67	56,78	65,30	197,66
Reste à charge	250 302	0,00	15,27	17,64	11,51	38,71

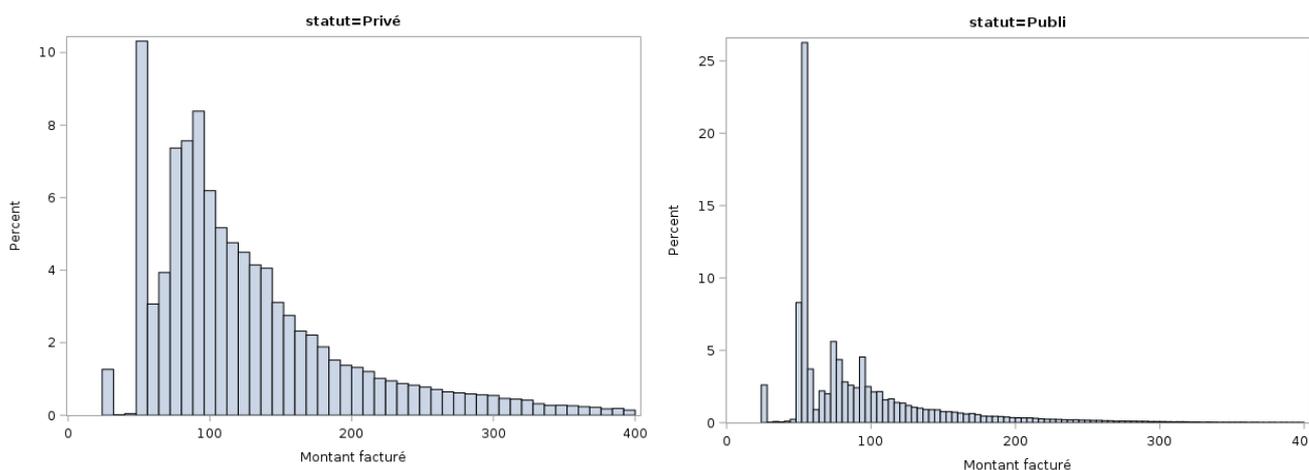
**Une part importante du financement des activités des urgences est issue d’une dotation annuelle indépendante de l’activité des établissements. Cette dotation permet de garantir une ouverture 7j/7 et 24h/24. Ainsi, il est important d’intégrer ce financement complémentaire dans le coût des activités « urgences ».** Le coût du passage aux urgences passe à 204.06 € lorsque l’on intègre la dotation annuelle. Le détail du calcul du financement complémentaire est présenté dans la section 2.4.

## 2.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

### 2.3.1 Selon le secteur privé/public

Dans le privé, le passage aux urgences est facturé en moyenne 131 € (+/-88,35) contre 91€ (57,10+/-) dans le secteur public et privé non lucratif.

Figure 32 : Distributions de la dépense selon le type d’établissement



### 2.3.2 Selon le type de prestation

Plusieurs motifs peuvent conduire les patients aux urgences, induisant une nature de prestation différente. Trois cas sont retenus :

- (i) Les cas où seul le forfait ATU (Accueil Traitement Urgence) était facturé. Ces situations correspondent à un enregistrement aux urgences et la réalisation éventuelle d’actes non médicaux (infirmiers, biologie...). Dans cette situation, aucun acte médical n’est facturé. Cette situation reste minoritaire (2.4 %).
- (ii) La seconde situation correspond à un passage aux urgences avec consultation médicale
- (iii) La situation la plus fréquente correspond à un passage avec consultation médicale et réalisation d’actes.



Tableau 122 : Dépenses selon le type de prestation en euros/ ESND 2021.

Type	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Consultation + actes	Montant facturé	143 136	64,32	127,30	70,90	106,27	264,26
Consultation + actes	Montant remboursé	143 136	52,27	108,08	62,29	88,42	234,48
Consultation + actes	Reste à charge	143 136	0,00	19,23	21,69	17,81	45,02
Consultation	Montant facturé	101 114	50,05	60,50	21,17	52,05	92,05
Consultation	Montant remboursé	101 114	40,04	50,20	17,57	41,64	78,32
Consultation	Reste à charge	101 114	0,00	10,30	7,07	10,41	18,41
ATU	Montant facturé	6 052	25,42	29,41	14,77	27,05	28,08
ATU	Montant remboursé	6 052	20,34	24,58	12,42	21,64	27,05
ATU	Reste à charge	6 052	0,00	4,83	4,33	5,41	5,62

Note : Le forfait ATU est facturé à chaque passage, la catégorie ATU désignée ici correspond à la situation où seul le forfait ATU est facturé (avec réalisation éventuelle d'actes non médicaux (infirmiers, biologie ...))

La dépense moyenne facturée pour un passage aux urgences varie de 29,41 € à 127,30 € en fonction du type de prestations réalisées. De plus, il y avait un reste à charge (RAC) après remboursement de l'AMO pour 205 296 prestations facturées soit 82,02 % des cas (Tableau 123). Au total, 45 006 (17,98 %) prestations ont été prises en charge sans reste à charge pour le patient. Plus précisément 79 % des passages aux urgences dans le secteur public avait un reste à charge contre 97 % des passages aux urgences privées.

Tableau 123 : Proportion de prestations avec reste à charge

Type	Effectif	%
Consultation + actes	115 301	56,16
Consultation	85 118	41,46
ATU	4 877	2,38
Total	205 296	100

### 2.3.3 Selon le département de résidence

Le tarif est variable selon les zones géographiques. Le Tableau 124 montre les départements dont les montants moyens et médians sont extrêmes en 2021.

Tableau 124 : Valeurs extrêmes en euros/ ESND 2021

	Département	Montant remboursé	Département	Montant facturé	Département	RAC
Moyenne	min	ALPES DE HAUTES PROVENCE 66,53	ALPES DE HAUTES PROVENCE	78,48	MOSELLE	5,87
	max	ARIEGE 99,66	ARIEGE	114,60	TARN ET GARONNE	19,60
Médiane	min	YONNE 52,05	YONNE	57,05	MOSELLE	0
	max	ARIEGE 108,10	ARIEGE	97,05	AUDE	16,41

Attention les résultats ne sont ni standardisés ni ajustés. La répartition de l'âge et le sex-ratio n'est pas homogène sur le territoire. Ainsi, les consultations peuvent être plus ou moins coûteuses en fonction

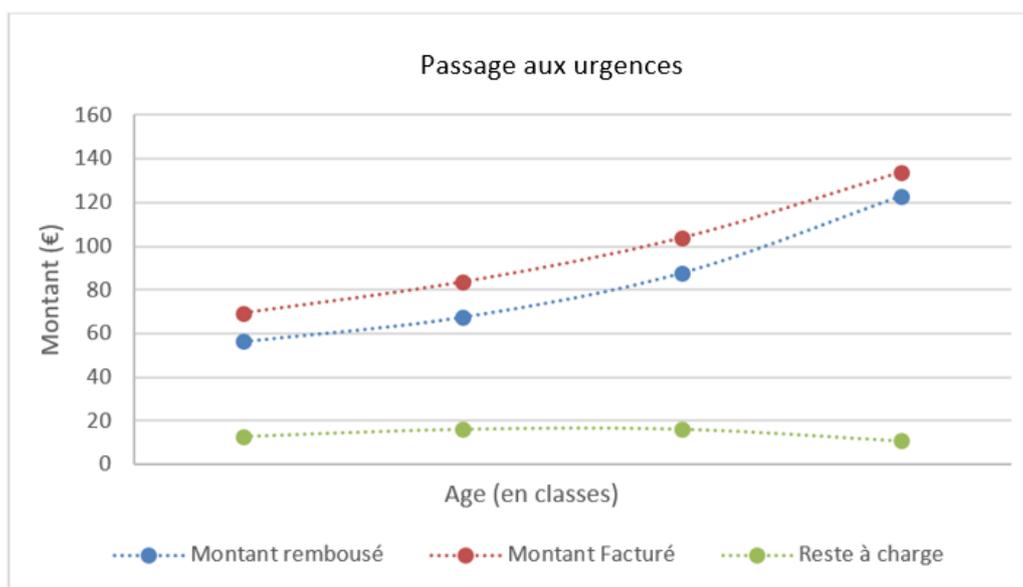


du profil des individus et par conséquent de la nature des actes réalisés aux urgences. La variation du coût sur le territoire prend en compte tous ces paramètres mais doit être analysée avec précaution.

### 2.3.4 Selon l'âge

La nature des prestations réalisées dépend de l'âge du bénéficiaire. Les suppléments facturables dépendent aussi de l'âge. Ainsi le montant moyen facturé d'un passage aux urgences varie de 69,28 € pour les moins de 6 ans à 133,94 € pour les plus de 80 ans (Figure 33).

Figure 33 : Montants facturés, remboursés et RAC par classe d'âge



### 2.3.5 Selon le taux de prise en charge

Nous étudions les statistiques de coût selon le taux de remboursement (base remboursement de l'Assurance Maladie). Les prises en charge à 100 % correspondent la plupart du temps aux ALD. Au total, 50 486 prestations (20,1 %) étaient prises en charge à 100 %. Attention, l'effectif ne correspond pas exactement à l'effectif du nombre de prestations avec reste à charge, nous considérons ici le taux de remboursement de l'acte de base ou le taux minimum de remboursement sur les prestations réalisées une même journée par le même bénéficiaire. De plus, même en cas de prise en charge à 100 %, des franchises forfaitaires peuvent être dues (Tableau 125).

Tableau 125 : Montant dépensé selon le taux de remboursement en euros/ ESND 2021

Taux	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
<100	Montant facturé	199 816	50,05	95,22	62,71	77,91	214,89
<100	Montant remboursé	199 816	40,04	76,18	50,16	61,64	174,86
<100	Reste à charge	199 816	10,01	19,04	17,82	15,57	41,50
100	Montant facturé	50 486	50,05	108,76	72,65	87,05	256,74
100	Montant remboursé	50 486	50,05	108,38	72,10	87,05	255,19
100	Reste à charge	50 486	0,00	0,38	3,07	0,00	2,00

## 2.4 Rémunération complémentaire pour l'activité des urgences

Le rapport des comptes de la sécurité sociale 2021 sur les données 2019 détaille la distribution des dépenses relatives aux urgences. Nous avons estimé cette distribution en considérant le périmètre de traitement de l'étude MOVIE (suppression des SMUR, des urgences débouchant sur une hospitalisation, des activités isolées et en milieux périlleux). Ces chiffres nous permettent d'estimer que le passage aux urgences hospitalières est composé d'un financement complémentaire à hauteur de 52 % du total et d'un financement à l'activité de 48 % (Tableau 126).

Tableau 126 : Extrapolation des financements complémentaires <sup>108</sup>. \* Le forfait annuel urgences devient en 2021 la dotation populationnelle et complémentaire qualité, cette réforme s'est faite à coût constant.

	DGOS 2019		Extrapolation DGOS 2019 périmètre MOVIE	
	€	%	€	%
Quote part des séjours hospitaliers consécutifs aux passages aux urgences	1494	30	0	0
Forfait annuel urgences (FAU)*	1266	26	1266	52
SMUR	908	19	0	0
Actes et consultations Externes des urgences	730	15	730	30
Forfait ATU	427	9	427	18
FAI U (forfait activité isolée)	72	1	0	0
MIG (milieux périlleux)	3	0	0	0
	<b>4900</b>	<b>100</b>	<b>2423</b>	<b>100</b>

Ainsi, d'après les informations publiées dans le rapport 2021 de la CCSS, le forfait annuel représenterait 52 % des dépenses. Dans l'étude, nous avons obtenu les résultats suivants :

Tableau 127 : Données agrégés des prestations et des dépenses

Résultats	Quantité
Nombre de prestations	250 302
Dépenses totales (€) (ACE+ATU)	24 516 837

Ces résultats permettent de déduire un total de 26 559 907 € au titre de la dotation annuelle des urgences (à l'échelle de notre échantillon) et d'un montant de 106,11 € par passage sur la base de 250 302 prestations estimées. Ainsi, à chaque passage, un forfait de 106,11 € est à ajouter aux résultats (à toutes les statistiques).

<sup>108</sup> <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/FICHES%20ECLAIRAGE%20SEPTEMBRE%202021/2021%20Septembre%20-%20La%20r%C3%A9forme%20de%20financement%20des%20structures%20de%20m%C3%A9decine%20d%E2%80%99urgence.pdf>

Tableau 128 : Coût unitaire estimé par passage aux urgences en euros/ ESND 2021

Résultats	Urgences	Supplément	Total (€)
Montant remboursé moyen	82,67	106,11	188,78
Montant facturé moyen	97,95		204,06

En conclusion, le coût à retenir d'un passage aux urgences en France métropolitaine pour l'Assurance Maladie Obligatoire est de 188,78 € en tenant compte de la rémunération à l'acte et des financements complémentaires. Le montant facturé s'élève en moyenne à 204,06 € (Tableau 129).

Tableau 129 : Dépense pour un passage aux urgences intégrant les financements complémentaires en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	250 302	156,16	204,06	65,07	185,24	331,26
Montant remboursé	250 302	146,15	188,78	56,78	171,41	303,77
Reste à charge	250 302	0,00	15,27	17,64	11,51	38,71

Cela correspond aux données retrouvées dans certaines sources : « la CNAM a fourni le coût moyen global d'un passage aux urgences estimé à 227 € et de 80 € en moyenne pour les seuls actes et consultations prodigués ». La cour des comptes fait un état de 161,50 € pour l'Assurance Maladie Obligatoire.

### 3 Les séjours d'hospitalisation complète en MCO

Dans le cadre des évaluations médico-économiques intégrant des séjours hospitaliers, chaque hospitalisation fait l'objet d'une valorisation au séjour. Ce poste de dépense est particulier dans la mesure où c'est le seul pour lequel nous avons déjà des informations disponibles de coûts unitaires. Des bases de données disponibles gratuitement en ligne, interrogeables, fournissent un certain nombre de résultats en termes d'effectifs et de coûts hospitaliers, par pathologie et/ou groupe de pathologies, par GHM et/ou racine de GHM, par discipline (MCO, SSR, PSY...), et par secteur (public ou privé). Néanmoins, dans la pratique des évaluations médico-économiques nous nous heurtons à plusieurs difficultés. Ainsi, ce chapitre sera traité un peu différemment des autres dans la mesure où un inventaire des outils existants, souvent peu ou méconnus, sur le coût des séjours hospitaliers en France est proposé avant de compléter ces outils par des résultats complémentaires dans le cadre de l'étude MOVIE.

#### 3.1 Revue de la littérature

##### 3.1.1 Effectifs globaux des hospitalisations complètes en MCO en 2021

En 2021, 12 millions de patients ont été hospitalisés (hors séances) en France, tous types d'hospitalisations confondus (complète ou partielle). Le nombre de patients en hospitalisation complète s'élevait à 6,7 millions<sup>109</sup>. Le nombre de séjours enregistré était de 18,6 millions, tous types d'hospitalisations confondus (complète ou partielle), dont 9,7 millions de séjours en hospitalisation complète. La durée moyenne de séjour (DMS) de ces hospitalisations complètes était de 7 jours.

<sup>109</sup> [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih\\_chiffres\\_cles\\_h\\_2021.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2021.pdf)



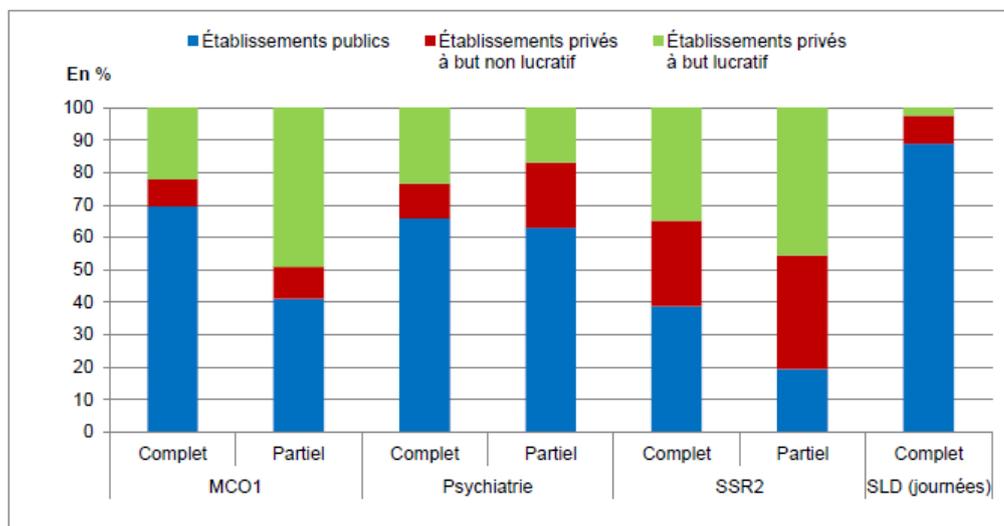
Tableau 130 : Nombre de séjours et durée moyenne de séjours en MCO, par année

	2013	2014	2015	2020	2021	2022	TCAM** 2013-2019	Évolution 2019-2020	Évolution 2020-2021	Évolution 2021-2022
<b>Nombre de séjours (millions)</b>	17,7	17,9	18,1	16,7	18,6	18,9	+ 1,2%	- 11,7%	+ 11,1%	+ 1,8%
dont hospitalisation complète (HC)	10,9	10,9	10,9	9,3	9,7	9,6	- 0,6%	- 11,6%	+ 3,5%	- 1,0%
dont hospitalisation partielle (0 nuitée)	6,7	7,0	7,2	7,4	8,9	9,3	+ 3,7%	- 11,7%	+ 20,7%	+ 4,9%
<b>Durée moyenne des séjours en HC (nombre de nuitées)</b>	5,7	5,6	5,6	5,6	5,5	5,5	- 0,6%	+ 2,4%	- 2,0%	+ 0,5%

Source : PMSI, ATIH.

Entre 2013 et 2022, le nombre de séjours en MCO d’hospitalisations complètes a eu tendance à diminuer au profit de l’hospitalisation partielle<sup>110</sup> (cf. Tableau 130). Le rapport d’évaluation des politiques de sécurité sociale indique un nombre de séjours d’hospitalisation complète de 9,7 millions et une durée moyenne de séjour de 5,5 (nombre de nuitées). La DREES présente également des statistiques intéressantes sur le volume de séjours par discipline et statut d’établissements<sup>111</sup>. Le nombre de séjours d’hospitalisation complète en MCO en 2021 s’élevait à 9,22 millions. Le secteur public enregistrait 6,41 millions de séjours (soit 69,58 %), le secteur privé à but non lucratif 777 000 séjours (soit 8,42 %) et le secteur privé à but lucratif 2,02 millions (soit 21,98 %) (Figure 34). Les hospitalisations complètes en MCO sont majoritairement réalisées dans le secteur public (à 70 %), le secteur privé réalisant quant à lui près de la moitié des hospitalisations partielles (49 %).

Figure 34 : Répartition des séjours d’hospitalisation complète selon la discipline et le statut de l’établissement en 2021



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; SLD : soins de longue durée.  
 1. Y compris les bébés mort-nés, non compris les nouveau-nés restés auprès de leur mère.  
 2. Y compris les maisons d’enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.  
 Note > On parle de séjours pour l’hospitalisation à temps complet et de journées pour l’hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu’à temps complet.  
 Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le SSA.  
 Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2021, traitements DREES, pour l’activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2021, traitements DREES, pour les disciplines de psychiatrie et de SLD.

<sup>110</sup> <https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%3a9diath%3a8que/Rapports/PLACSS%202023%20-%20REPSS%202024/PLACSS%202023%20-%20REPSS%20Maladie%202024.pdf> page 64 à 68

<sup>111</sup> Les dossiers de la DREES, n°111 – juillet 2023 : Les établissements de santé en 2021

### 3.1.2 Coût des séjours en France par pathologie: bases de données disponibles en ligne et synthèse des informations restituées

#### 3.1.2.1 Cartographie des pathologies et des dépenses de l'Assurance Maladie

Dans son rapport annuel « Améliorer la qualité du système de santé et la maîtrise des dépenses : propositions de l'Assurance Maladie », la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) propose une « cartographie » de l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance Maladie obligatoire, quel que soit leur régime d'affiliation, en fonction de certaines prises en charge pour des pathologies, événements de santé ou traitements fréquents, graves ou coûteux, repérables dans le système national des données de santé (SNDS). La cartographie des pathologies et des dépenses a pour objectif général d'analyser la répartition et la dynamique des dépenses d'Assurance Maladie rattachées à ces prises en charge, en détaillant notamment les dépenses de soins de ville et hospitalières, mais toujours en fonction des pathologies. Elle vise également à décrire les effectifs et fréquences des patients bénéficiant de ces prises en charge.<sup>112</sup>

Plus spécifiquement, les tables de cartographies sont disponibles sur la bibliothèque ORAMEPS accessibles sur le portail SNDS<sup>113</sup>. Le principe de la cartographie des dépenses est de restituer par bénéficiaire la dépense totale annuelle (montants remboursés et remboursables) et par grands postes de dépenses : les soins de ville, les prestations en espèces et l'hôpital (MCO). Dans le cas des séjours hospitaliers le montant annuel (remboursé et remboursable) par patient est disponible et calculé directement. L'individu statistique est le patient et non le séjour hospitalier. La cartographie intègre également le codage de plus de 50 pathologies permettant de faire le lien entre les dépenses et les pathologies des bénéficiaires.

Une version agrégée est disponible en ligne sur le site d'Ameli<sup>114</sup>, et en conséquence accessible par tous. Cette version en ligne, n'est pas disponible par patient, mais uniquement en global et par pathologie (Tableau 131).

**Tableau 131 : Dépenses totales remboursées en 2021 par pathologie, traitement ou évènement de santé (Tous régimes) (€)**

Pathologie, traitement ou événement de santé	Effectif	Total des dépenses	Total hospitalisations	dont hospitalisations MCO
<b>Syndrome coronaire aigu</b>	102 000	1 040 748 000	860 811 000	744 221 000
<b>Maladie coronaire chronique</b>	2 071 100	3 707 491 000	1 135 393 000	897 284 000
<b>Accident vasculaire cérébral aigu</b>	121 500	1 722 632 000	1 532 891 000	955 904 000
<b>Séquelle d'accident vasculaire cérébral</b>	846 300	2 329 895 000	546 373 000	121 396 000
<b>Insuffisance cardiaque aiguë</b>	182 600	1 503 348 000	1 101 750 000	962 426 000
<b>Insuffisance cardiaque chronique</b>	647 900	1 585 351 000	158 295 000	59 526 000
<b>Artériopathie périphérique</b>	706 800	1 947 823 000	885 951 000	666 971 000
<b>Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque</b>	1 811 600	3 063 865 000	1 375 608 000	1 209 586 000
<b>Maladie valvulaire</b>	461 000	1 402 672 000	1 061 249 000	961 420 000
<b>Embolie pulmonaire</b>	50 100	267 962 000	208 655 000	184 981 000
<b>Autres affections cardiovasculaires</b>	395 700	668 337 000	292 344 000	237 415 000

<sup>112</sup> Les rapports « Améliorer la qualité du système de santé et la maîtrise des dépenses : propositions de l'Assurance Maladie » ainsi que les documents relatifs à la cartographie sont disponibles sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr)

<sup>113</sup> Accessible pour le personnel formé et autorisé

<sup>114</sup> <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/cartographie-depenses-remboursees-par-pathologie>



La cartographie ne permet donc pas d'obtenir un coût moyen au séjour, mais un coût moyen annuel (prenant donc en compte tous les séjours réalisés annuellement pour une pathologie ou groupe de pathologies ou par bénéficiaire).

### 3.1.2.2 ScanSanté

ScanSanté est une plateforme développée par l'ATIH (l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation) mettant à disposition un certain nombre d'indicateurs et de statistiques « *prêts à l'emploi, nécessaires à la connaissance et la gestion du secteur hospitalier* ». Contrairement à la cartographie des dépenses, il s'agit de coûts de production issus de la comptabilité analytique d'un échantillon d'établissements volontaires participants. Cette base de données fournit un ensemble de valeurs au plus proche des coûts réels de production des établissements hospitaliers français, par Groupe Homogène de Malade (GHM), pour une année donnée, et par secteur d'activité (public ex-DG ou privé à but lucratif ex-OQN). Toutefois cela nécessite d'avoir connaissance du GHM dans lequel le séjour a été classé et l'estimation du coût pour certains GHM peut s'avérer peu fiable (indicateurs de fiabilité indiqués pour chaque GHM).

L'onglet *Coûts-Finance* met à disposition des informations permettant l'analyse financière et économique de l'activité des établissements : il est composé de plusieurs rubriques, dont la rubrique « Analyse des coûts ». Cette dernière fournit des informations destinées à permettre une analyse économique de l'activité des établissements à partir de données comptables et financières issues de l'Etude nationale des coûts (ENC) et du Retraitement comptable (RTC) :

- *Référentiel de coûts des unités d'œuvre (à partir du RTC):*

Les données nationales du RTC constituent un référentiel de coûts des unités d'œuvre (UO) des activités de soins et de fonctions support (répartition des charges indirectes en fonction du volume d'heures, du nombre de jours, etc.). Les principales restitutions sont les coûts par journée des services cliniques HAD, MCO, PSY, SMR, le coût des plateaux medicotechniques et le coût des activités de logistique générale, médicale et coûts de structure.

- *Référentiel national des coûts de prise en charge (à partir de l'ENC)*

Les données comptables et financières issues de l'ENC constituent un référentiel national des coûts de prise en charge, permettant aux établissements français de comparer leurs coûts de production (issus de leur comptabilité analytique) à un coût moyen national. Il est publié par l'ATIH après chaque campagne réalisée auprès d'échantillons d'établissements publics et privés français volontaires<sup>115</sup>. Les coûts moyens au séjour en MCO disponibles dans l'ENC sont des coûts complets de production, donc des coûts du point de vue des établissements de santé. Ils sont restitués en fonction des critères de recherche renseignés dans le formulaire d'interrogation des données (Figure 35).

<sup>115</sup> Selon l'arrêté du 17 décembre 2021 fixant les listes des établissements participant aux études nationales de coûts mentionnées à l'article L. 6113-11 du code de la santé publique (NOR : SSAH2138041A), les établissements participant à l'ENC de MCO sont au nombre de 150. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000044537832>

Figure 35 : Formulaire d'interrogation des données sur ScanSanté<sup>116</sup>

FORMULAIRE D'INTERROGATION DES DONNÉES

Dernière mise à jour ex-DG et ex-OQN : 10 juillet 2024

Année :

Type de financement :

Type d'activité :  coûts de l'activité financée en GHS  coûts de l'activité financée en forfaits D

Choix du regroupement

- + Catégorie Majeure de Diagnostic (CMD) :
- + sous-CMD :
- + Racine :
- + Groupe homogène de malade (GHM) :
 

**TOTAL**

**CMD : 01 - Affections du système nerveux**

**sous-CMD : 01C - Affections du système nerveux - Groupes chirurgicaux**

Racine : 01C03 - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans

GHM : 01C031 - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1

GHM : 01C032 - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2

GHM : 01C033 - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3

GHM : 01C034 - Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4

Racine : 01C04 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans

GHM : 01C041 - Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1
- + Groupe homogène de séjours (GHS) :

VISUALISER LES RÉSULTATS

TÉLÉCHARGER LE RÉFÉRENTIEL (FICHER EXCEL ET GUIDE)

Les résultats de coûts moyens complets (hors coûts de structure) sont présentés par GHM ou par GHS, par année, par type d'établissement (ex-DG ou ex-OQN) de manière décomposée par grand poste de dépense (dépenses cliniques, dépenses médicotéchniques, logistique et gestion générale, logistique médicale, charges directes, total participation des salariés, structure) ou de manière détaillée au sein de chacun des grands postes de dépense. Ces résultats sont accompagnés de caractéristiques statistiques telles que les indicateurs de fiabilité ou l'erreur d'échantillonnage.

### 3.1.2.3 Echelle de tarifs issus des coûts (TICS)

L'échelle de tarifs issus des coûts (TICS) a été conçue par l'ATIH pour répondre à un besoin de « mesurer par GHM l'adéquation entre les recettes actuellement versées et celles qui seraient perçues si les tarifs respectaient strictement la hiérarchie des coûts ».

Une méthodologie alternative à la comparaison directe des coûts et des tarifs est donc proposée : elle consiste à utiliser les résultats de l'ENC non pas en valeur mais en hiérarchie des GHM les uns par rapport aux autres. Cette utilisation conduit à construire une échelle de tarifs théoriques respectant strictement la hiérarchie des coûts. Cette échelle appelée « tarifs issus des coûts » (TIC) est directement comparable aux tarifs finançant les établissements de santé. La méthodologie employée est décrite dans un guide méthodologique de l'ATIH (Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs<sup>117</sup>). Ainsi pour chaque couple GHM/GHS, cette échelle des TICS renseigne :

- Les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les tarifs publiés en 2020
- Les recettes obtenues par la valorisation de l'activité par les TICS.

<sup>116</sup> <https://www.scansante.fr/applications/enc-mco>

<sup>117</sup> [Méthode alternative à la comparaison des coûts et des tarifs \(campagne tarifaire 2020\) | Publication ATIH](#)



Figure 36 : Extrait de l'échelle TICs

ghs v2020	ghm v2020	Libellé GHM	Effectif national 2019	Valorisation des tarifs	Valorisation des coûts	Ecart (en %)	Ecart (en €)	Tarif moyen v2020	Tarif issu des coûts moyen	Indicateur de fiabilité	Années sélectionnées
22	01C031	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	654	2 278 876	1 891 668	20,5%	387 208	3 482	<b>2 890</b>	CORRECT	2018
23	01C032	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	1 661	10 241 661	8 237 950	24,3%	2 003 711	6 167	<b>4 961</b>	BON	2016 2017 2018
24	01C033	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	1 480	16 409 827	12 398 615	32,4%	4 011 212	11 085	<b>8 376</b>	BON	2016 2017 2018
25	01C034	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	1 226	18 784 436	20 959 340	-10,4%	- 2 174 903	15 317	<b>17 090</b>	BON	2016 2017 2018
26	01C041	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 1	5 388	29 269 103	27 429 222	6,7%	1 839 880	5 432	<b>5 090</b>	CORRECT	2016 2017 2018
27	01C042	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2	7 584	68 667 530	51 493 595	33,4%	17 173 935	9 054	<b>6 790</b>	CORRECT	2016 2017 2018
28	01C043	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 3	5 081	66 404 078	49 323 381	34,6%	17 080 697	13 068	<b>9 707</b>	CORRECT	2016 2017 2018
29	01C044	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 4	4 051	71 004 882	76 325 531	-7,0%	- 5 320 649	17 527	<b>18 840</b>	CORRECT	2016 2017 2018

Toutefois cette échelle n'existe que pour l'année 2020, ce qui la caractérise finalement comme un outil très ponctuel. Il convient également de noter certaines limites référencées au sein-même du guide méthodologique de l'ATIH.

Tout d'abord que cette échelle est basée sur des données de coûts antérieures à 2020 (2016/2017/2018). Les TICS obtenus ne tiennent donc pas compte des éventuelles évolutions de pratiques entre ces différentes temporalités. Enfin, les TICS n'ont pas été calculés pour les GHS dont l'effectif était inférieur à 30 séjours dans l'ENC. 81 % des GHS du secteur ex-DG et 38 % des GHS du secteur ex-OQN ont été pris en compte (mais ils représentent respectivement 96 % et 99,3 % de la masse tarifaire de ces deux secteurs et 93 % et 99,8 % des séjours).

### 3.1.3 Synthèse

La cartographie des dépenses de l'Assurance Maladie fournit un coût annuel par individu (raisonnement en tarif). L'ENC fournit les coûts moyens de production du séjour, issus de la comptabilité analytique d'un échantillon volontaire d'établissements français (raisonnement en coût de production). Ils requièrent par ailleurs une attention particulière de la part de l'utilisateur, quant à leur fiabilité et donc l'utilisation qu'il peut en faire selon les trois indicateurs mis à disposition par l'ATIH. Enfin l'échelle des TICS permet de comparer des tarifs « théoriques » moyens calculés sur la base de coûts de production de l'ENC de 2016/2017/2018 aux tarifs publiés de 2020 par GHM. Il ne s'agit donc pas de la recette réellement versée, mais de la recette qui serait perçue si les tarifs respectaient strictement la hiérarchie des coûts. Cette échelle reste très ponctuelle (2020) puisqu'il ne semble pas que le travail ait été réalisé pour les années suivantes.

Ces outils ne permettent de couvrir le besoin de l'évaluation médico-économique que partiellement. En dehors des limites citées, l'utilisation des données de l'ENC comme recommandé par la HAS, suppose d'avoir connaissance du GHM du séjour, ce qui est rarement le cas dans le périmètre des études ciblées par MOVIE (hors chaînage SNDS). L'identification d'un GHM potentiel et des éléments tarifaires associés au séjour nécessite en effet d'avoir à minima identifié un motif d'hospitalisation, une durée de séjour, les antécédents et complications potentielles du patient, les services fréquentés (ex : réanimation) et la durée de séjour dans ces services, ou encore les actes classant (le moindre acte classant pouvant orienter dans une CMD ou un GHM complètement différent). Les Départements d'Information Médicale (DIM) des établissements participant aux projets de recherche peuvent fournir le GHM et le montant des recettes perçues pour chaque séjour mais l'exhaustivité des retours n'est pas garantie, tous les établissements n'ont pas de DIM en interne, et tous ne participent pas aux projets de recherche (un patient inclus peut être hospitalisé dans un centre ne participant pas à la recherche).

Les résultats de l'étude MOVIE répondent donc à un double besoin :



- Obtenir une distribution de dépenses moyennes (min, max, écart-type), pour un séjour donné clé en main en considérant la dépense de base du séjour ainsi que l'ensemble des suppléments associés à ce séjour
- Obtenir ces informations sans nécessairement connaître le GHM. Les résultats sont présentés en fonction de certaines caractéristiques médicales du séjour.

Ce travail concerne les séjours d'hospitalisation complète en MCO puisqu'une partie des hospitalisations partielles est traitée dans le poste de dépense « séances » et que l'activité médicale des séjours complets et in fine le « coût » sont très différents des séjours partiels.

### 3.2 Résultats généraux

En 2021, dans l'échantillon ESND (2 % du SNDS), nous avons identifié 130 677 séjours en hospitalisation complète avec une durée moyenne de séjours de 6 jours. 98 377 séjours (75,3 %) sont réalisés en établissement public ou ESPIC et 32 300 (24,7 %) en établissement privé (cf. Tableau 132).

Tableau 132 : Nombre de séjours identifiés et valorisés dans le PMSI en euros/ ESND 2021

Etablissement	Effectif identifiés	Effectif valorisés	Montant facturé	Montant remboursé	DMS*
Privé	32 300	29 729	134 908 345	121 623 130	4
Public-ESPIC	98 377	98 377	457 062 716	423 285 602	6
Total	130 677	128 106	591 971 061	544 908 732	6

\* Durée moyenne de séjour i.e. différence entre la date de sortie et la date d'entrée (le nombre de nuitées)

Sur les 32 300 séjours en établissements privés identifiés via le PMSI, nous avons pu extraire le coût de 29 729 séjours. Un nombre de 2 571 séjours en établissement privé n'avaient pas de prestation dans les tables du DCIR sur la période de l'hospitalisation et n'ont donc pas pu être valorisés (85 % de ces séjours sont de l'obstétrique cf. détails dans l'annexe 2). Le montant total remboursé est de 544 908 732 €. 22,3 % de ce montant correspond à des remboursements AM pour des structures privés et 77,7 % pour des structures publiques ou ESPIC.

Comme indiqué dans le Tableau 133, le montant moyen facturé pour un séjour d'hospitalisation complète est de 4621 € avec un reste à charge de 367 € pour une durée moyenne de séjour de 6 jours.

Tableau 133 : Dépense moyenne par séjour en euros/ ESND 2021

Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant facturé	128 106	823,20	4 620,95	5 821,44	3 170,80	12 284,90
Montant remboursé	128 106	683,11	4 253,58	5 660,69	2 865,02	11 405,73
Reste à charge	128 106	0,00	367,37	925,97	84,00	1 575,31
Durée de séjour	128 106	1,00	5,93	7,70	4,00	19,00

### 3.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

#### 3.3.1 Selon le type d'établissement

D'après nos analyses, en moyenne, l'Assurance Maladie rembourse 4 303 € pour un séjour d'hospitalisation complète en établissement public ou ESPIC et 4 091 € en établissement privé. Après



remboursement par l'Assurance Maladie, le reste à charge est de 343 € pour le secteur public et 447 € pour le privé.

Tableau 134 : Dépense moyenne par séjour et selon le type d'établissement en euros/ ESND 2021

Etablissement	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
public	Durée de séjour	98 377	1,00	6,43	8,19	4,00	20,00
public	Montant facturé	98 377	829,27	4 646,03	6 101,74	3 098,45	12 711,18
public	Montant remboursé	98 377	679,22	4 302,69	5 938,44	2 841,42	11 856,85
public	Reste à charge	98 377	0,00	343,34	972,26	64,00	1 540,00
privé	Durée de séjour	29 729	1,00	4,30	5,45	3,00	13,00
privé	Montant facturé	29 729	809,28	4 537,94	4 777,24	3 378,25	11 011,76
privé	Montant remboursé	29 729	689,58	4 091,06	4 620,50	2 971,94	10 192,56
privé	Reste à charge	29 729	0,00	446,88	747,27	194,00	1 671,00

### 3.3.2 Selon les autres inducteurs de coût.

Etant donné le nombre de classifications et de GHM disponibles pour décrire le coût des séjours, nous ne présentons ici que deux exemples. Le Tableau 135 montre un montant facturé de 5902 € en moyenne pour tous les séjours avec GHM de chirurgie. A l'inverse les GHM médicaux présentent une facture moyenne de 4 069 €.

Tableau 135 : Dépenses des séjours hospitaliers en fonction du type de GHM en euros/ ESND 2021

Libellé	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
GHM M	Durée de séjour	67 086	1,00	6,87	8,00	4,00	21,00
GHM M	Montant facturé	67 086	836,31	4 069,38	5 155,46	3 000,87	10 168,07
GHM M	Montant remboursé	67 086	695,66	3 636,66	4 912,71	2 625,62	9 084,40
GHM M	Reste à charge	67 086	0,00	432,72	1 102,84	100,00	1 872,85
GHM C	Durée de séjour	38 727	1,00	5,09	7,41	3,00	16,00
GHM C	Montant facturé	38 727	1 254,89	5 902,21	6 637,55	3 992,70	16 510,93
GHM C	Montant remboursé	38 727	1 087,22	5 549,02	6 553,59	3 593,17	16 041,90
GHM C	Reste à charge	38 727	0,00	353,18	685,70	104,00	1 461,86
GHM Z	Durée de séjour	12 501	1,00	5,73	7,94	4,00	18,00
GHM Z	Montant facturé	12 501	634,24	3 694,42	5 617,03	2 655,54	8 440,95
GHM Z	Montant remboursé	12 501	474,89	3 444,08	5 423,99	2 655,54	7 514,33
GHM Z	Reste à charge	12 501	0,00	250,35	754,79	0,00	1 054,35
GHM K	Durée de séjour	9 792	1,00	3,10	4,67	2,00	10,00
GHM K	Montant facturé	9 792	531,62	4 515,33	6 088,69	2 752,76	15 569,62
GHM K	Montant remboursé	9 792	432,20	4 390,14	6 029,35	2 691,87	14 962,53
GHM K	Reste à charge	9 792	0,00	125,19	437,95	56,68	380,00

GHM C : GHM Chirurgicaux, GHM K : GHM Interventionnels, GHM M : GHM Médicaux, GHM Z : GHM Indifférencié

Le Tableau 136 présente les montants relatifs aux 5 GHM les plus fréquents en 2021.



Tableau 136 : Dépenses relatives aux GHM les plus fréquents en 2021 en euros/ ESND 2021

Libellé	Résultats	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1)	Durée de séjour	5 781	2,00	3,19	0,99	3,00	5,00
	Montant facturé	5 781	896,13	987,53	152,65	971,83	1 039,86
	Montant remboursé	5 781	896,13	973,84	84,44	971,83	1 039,86
	Reste à charge	5 781	0,00	13,69	132,54	0,00	0,00
Accouchements uniques par voie basse chez une multipare	Durée de séjour	4 663	2,00	3,50	1,26	3,00	5,00
	Montant facturé	4 663	2 012,72	2 538,50	672,56	2 262,28	3 863,45
	Montant remboursé	4 663	2 012,72	2 412,65	484,35	2 182,87	3 374,00
	Reste à charge	4 663	0,00	125,85	318,88	0,00	625,00
Accouchements uniques par voie basse chez une primipare	Durée de séjour	3 066	3,00	4,24	1,30	4,00	6,00
	Montant facturé	3 066	2 448,69	3 122,34	796,47	2 840,54	4 639,98
	Montant remboursé	3 066	2 448,69	2 931,59	500,20	2 655,54	3 936,62
	Reste à charge	3 066	0,00	190,75	456,12	0,00	818,54
Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	Durée de séjour	2 047	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00
	Montant facturé	2 047	479,05	603,11	122,98	580,24	793,93
	Montant remboursé	2 047	402,69	494,59	96,76	473,98	625,84
	Reste à charge	2 047	0,00	108,52	107,06	69,21	312,00
Césariennes pour grossesse unique	Durée de séjour	2 032	3,00	4,95	1,56	5,00	7,00
	Montant facturé	2 032	2 772,58	3 575,77	954,74	3 206,69	5 289,90
	Montant remboursé	2 032	2 763,39	3 351,33	595,88	2 996,90	4 539,22
	Reste à charge	2 032	0,00	224,44	581,17	0,00	1 000,00

### 3.4 Comparaison aux données nationales

En 2021, dans l'échantillon ESND (2 % du SNDS), nous avons identifié 130 677 séjours en hospitalisation complète, dont 98 377 (75,3 %) en établissement public ou ESPIC et 32 300 (24,7 %) en établissement privé (cf. Tableau 132). A l'échelle nationale, nous obtenons une estimation de 6,4 millions de séjours en hospitalisation complète en France en 2021.

Les données de l'ATIH pour 2021 recensent 9,7 millions de séjours en hospitalisation complète avec une durée moyenne de séjour de 5,5 à 7 jours selon les sources<sup>118 119</sup>. La DREES indique 9,2 millions de séjours avec une répartition de 78 % en établissement public/ESPIC et 22 % en établissement privé.

Dans notre échantillon, nous constatons une sous-évaluation du nombre de séjours par rapport aux données de l'ATIH et de la DREES (6,4 millions contre plus de 9 millions), ce qui s'explique par la différence de périmètre de sélection des séjours. En effet, dans MOVIE, nous avons exclu les séjours des patients des DOM/TOM, les séjours des patients hors régime général et les séjours de très courte durée (GHM en J/T). Ainsi, nous avons exclu 184 818 séjours pour cause de GHM en J/T, les séjours des patients hors RG, les séjours des patients des DOM/TOM et les séjours réalisés sur deux années calendaires, soit 9,2 millions de séjours par extrapolation, ce qui concorde avec les données de la

<sup>118</sup> [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih\\_chiffres\\_cles\\_h\\_2021.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2021.pdf)

<sup>119</sup> <https://evaluation.securite->

[sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Rapports/PLACSS%202023%20-%20REPSS%202024/PLACSS%202023%20-%20REPSS%20Maladie%202024.pdf](https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Rapports/PLACSS%202023%20-%20REPSS%202024/PLACSS%202023%20-%20REPSS%20Maladie%202024.pdf)



littérature. La répartition public-privé (76,8 % public, 23,2 % privé) est un peu différente de la proportion du secteur public par rapport à ce qui est retrouvé par la DREES (78 % public, 22 % privé). La DMS de notre échantillon (6 jours) est cohérente avec celle retrouvée dans les sources (5,5 à 7 jours).



# Chapitre 8 : Les indemnités

Vera Georgescu: CHU Montpellier

Hassan Serrier, Jenifer Margier, Aubane Lhospital, Marie Viprey: Hospices Civils de Lyon

1. Les arrêts maladie
2. Les pensions d'invalidité



## 1 Les indemnités compensatoires : arrêts maladies

### 1.1 Revue de la littérature

#### 1.1.1 Définition

Les indemnités journalières (IJ) sont des revenus de remplacement versés par l'Assurance Maladie Obligatoire aux salariés dont l'état de santé nécessite une interruption de travail pendant une durée temporaire. Elles sont classées en trois catégories selon le risque :

- Maladie
- Accident du travail / maladie professionnelle (AT/MP) et,
- Maternité.

Pour les analyses des IJ dans le cadre de l'étude MOVIE, nous nous intéressons seulement aux IJ dans la catégorie du risque maladie.

#### 1.1.2 Typologie des IJ maladie

- Les IJ Normales, correspondent aux calculs de base des IJ, qui sont décrites plus bas dans la section 1.1.3. La majorité des indemnités journalières sont catégorisées dans cette typologie.
- Les IJ partielles, correspondent à un maintien des IJ dans le cadre d'une reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique suivant un congé de maladie à temps complet ayant donné lieu à indemnisation.
- Les IJ réduites, correspondent aux cas de non-respect répété des règles (transmission à l'Assurance Maladie Obligatoire de son arrêt de travail hors délai), qui entraînent une diminution des IJ. Celles-ci peuvent aller jusqu'à 50 % du montant sur la période écoulée entre la date de prescription de l'arrêt et la date de l'envoi.
- Les IJ majorées, concernent uniquement les IJ pour AT/MP. En effet, la reconnaissance en AT/MP de l'arrêt permet de majorer les IJ qui seront alors égales à 60 % du salaire brut jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour d'arrêt, puis à 80 % au-delà. Cette étude porte uniquement sur les IJ Maladie, donc les IJ majorées ne sont pas considérées. Avant le 1er juillet 2020, il y avait également des IJ majorées pour les personnes ayant au moins 3 enfants à charge.
- Les IJ pour le cas particulier des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC).
- Les IJ pour cure thermale.

#### 1.1.3 Règles de calcul pour les IJ « maladie »

##### 1.1.3.1 Jours de carence et durée d'indemnisation

Les règles d'indemnisation diffèrent en fonction du risque. Pour le risque Maladie, les IJ sont versées sous conditions de cotisations avec un délai de carence. En effet, pour le régime général, l'indemnisation se fait à compter du quatrième jour d'arrêt. Cependant, dans le cadre d'une prolongation d'arrêt après une reprise d'activité de 48 heures maximum ou en cas d'arrêts de travail successifs dus à une Affection de Longue Durée (ALD), les jours de carence ne sont pas appliqués.



Un arrêt maladie classique sera indemnisé sur une durée maximale de 6 mois. Au total, la durée d'indemnisation maximale est de 360 jours par période glissante de 3 ans. Un arrêt maladie pour une ALD sera indemnisé sur une durée maximale de 3 ans.

### 1.1.3.2 Modalités de calcul des IJ normales

Les indemnités journalières sont égales à 50 % du salaire journalier de base. Le salaire journalier de base est égal au total des trois derniers salaires mensuels bruts perçus avant l'arrêt de travail, divisé par 91,25. Le salaire mensuel brut est plafonné à 1,8 fois le montant du Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance (SMIC). L'indemnité journalière maximale est donc indexée sur le SMIC. En janvier 2021, le SMIC était de 1554,58 € brut, donc le plafond du salaire mensuel était de 2798,24 € et l'indemnité journalière maximale de 46 € brut selon le calcul dans l'encadré ci-dessous. Le 1<sup>er</sup> octobre 2021 le SMIC est passé à 1589,47 € brut, et donc l'indemnité journalière maximale à 47,03 € brut.

Exemple :

- Revenu mensuel brut de 2000€  

$$IJ = [(2000 \times 3) / 91,25]$$

$$= 65,75 \times 50\%$$

$$= 32,87 \text{ € brut / jour}$$
- Revenu mensuel brut > 2798,24€ en 2021 (1,8 x 1554,58€ SMIC en janvier 2021) alors IJ plafonnée  

$$IJ \text{ maximum} = [(2798,24 \times 3) / 91,25]$$

$$= 91,99 \times 50\%$$

$$= 45,99 \text{ € brut / jour}$$

### 1.1.4 Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2020 : « 2.24. Évolution du remboursement des indemnités journalières de la branche maladie »

En 2018, le montant total des IJ versées pour la branche maladie du régime général s'élevait à 7,6 milliards d'euros (cf. Tableau 137) soit 10 % des dépenses de soins de ville inclus dans l'Objectif National De Dépenses D'Assurance Maladie (ONDAM). Les dépenses d'IJ ont augmenté de façon soutenue en 10 ans (+3,8 % en 2018).

Tableau 137 : Montants en valeur et taux d'évolution des dépenses d'IJ pour cause de maladie<sup>120</sup>

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Objectif
<b>IJ maladie, montants (en M€)</b>	<b>5 958</b>	<b>6 179</b>	<b>6 280</b>	<b>6 219</b>	<b>6 229</b>	<b>6 523</b>	<b>6 761</b>	<b>7 070</b>	<b>7 357</b>	<b>7 638</b>	Sur la période 2013-2018, croissance annuelle moyenne égale à celle de la masse salariale du secteur privée diminuée de 0,5 point
dont IJ de courte durée	3 519	3 650	3 746	3 690	3 731	3 868	3 972	4 189	4 345	4 487	
dont IJ de longue durée	2 440	2 529	2 534	2 529	2 497	2 654	2 789	2 882	3 012	3 151	
<b>IJ maladie, taux d'évolution</b>	<b>5,0%</b>	<b>3,7%</b>	<b>1,6%</b>	<b>-1,0%</b>	<b>0,2%</b>	<b>4,7%</b>	<b>3,7%</b>	<b>4,6%</b>	<b>4,1%</b>	<b>3,8%</b>	
dont IJ de courte durée	3,9%	3,7%	2,6%	-1,5%	1,1%	3,7%	2,7%	5,5%	3,7%	3,3%	
dont IJ de longue durée	6,6%	3,7%	0,2%	-0,2%	-1,3%	6,3%	5,1%	3,3%	4,5%	4,6%	
<b>Masse salariale plafonnée du secteur privé</b>	<b>-0,3%</b>	<b>1,3%</b>	<b>3,4%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,2%</b>	<b>1,5%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,5%</b>	<b>3,5%</b>	<b>3,0%</b>	

Source: Cnam, Acofin ; calculs DSS. Champ : régime général, périmètre Ondam.



### 1.1.5 Rapport de la cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2019<sup>121</sup>

En 2017, selon la cour des comptes, les indemnités pour maladie représentaient 8 Md€, dont 7,4 Md€ pour le régime général et 2,6 Md€ pour les personnes en ALD du RG. La croissance des IJ Maladie était en moyenne de +4,2 % par an entre 2013 et 2017 (cf. Figure 37). Le nombre d'arrêts de travail pour maladie du régime général était de 6,97 millions en 2017. Le nombre d'arrêts pour maladie par bénéficiaire d'IJ était de 1,42 en 2017. Plus d'un quart des assurés du régime général a bénéficié d'au moins un arrêt de travail pour maladie en 2017 (27,1 %), soit une augmentation de 0,4 point par rapport à 2013. La durée moyenne de chaque arrêt indemnisé s'est allongée, passant de 31,2 jours en 2013 à 33,5 jours en 2017 (+7,4 %).

Figure 37 : Evolution des dépenses d'IJ maladie, du nombre de journées indemnisées et de la masse salariale plafonnée à 1,8 SMIC (2010-2017, base 100 en 2010)<sup>122</sup>

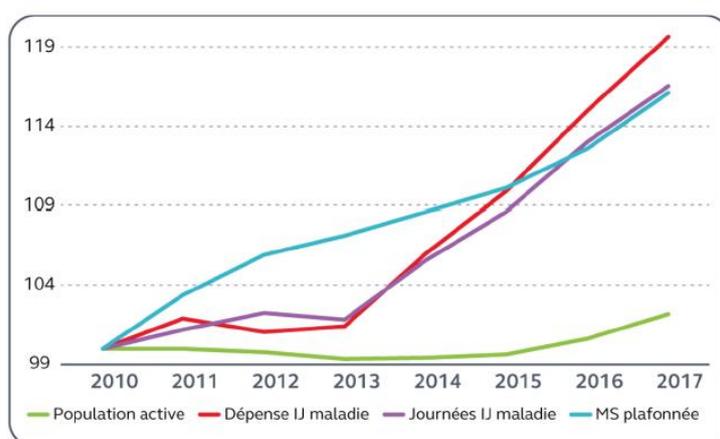
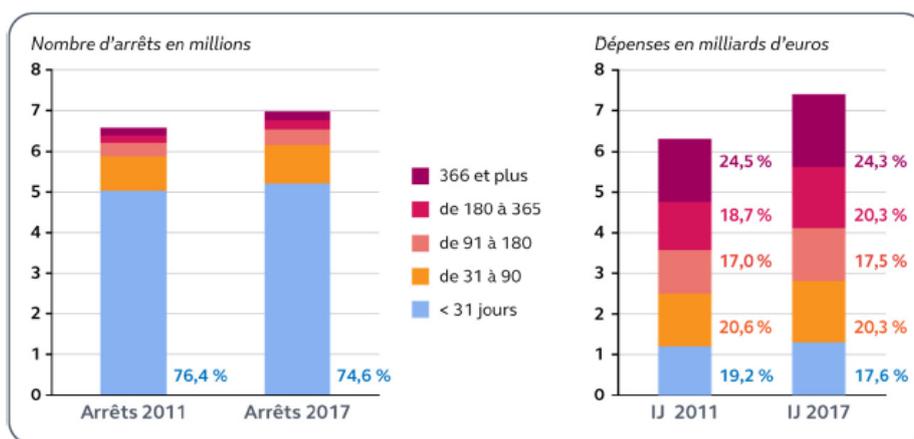


Figure 38 : Nombre d'arrêts et dépenses d'indemnisation en fonction de la durée des arrêts maladie (2011 et 2017)<sup>123</sup>



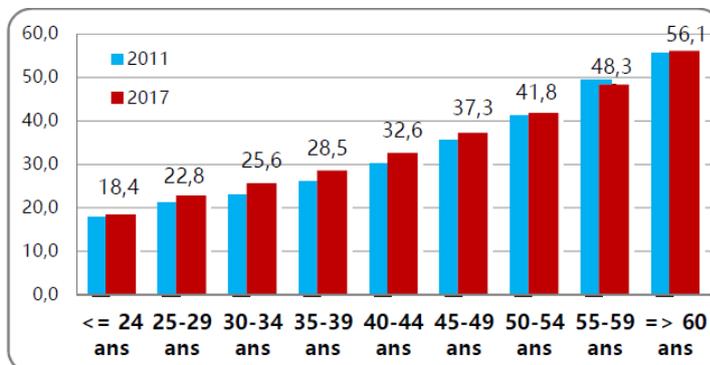
<sup>121</sup> Chapitre 3 - Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail

<sup>122</sup> Cour des comptes, d'après des données de l'Insee, de la DSS et de la CNAM.

<sup>123</sup> Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

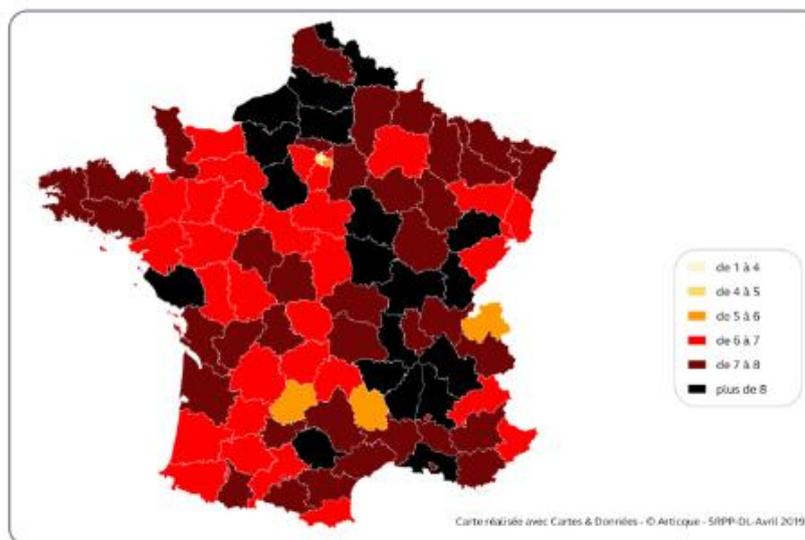
Les arrêts maladies inférieures à 31 jours représentaient 74,6 % des arrêts et seulement 17,6 % des dépenses d'IJ maladie en 2017 (cf. Figure 38). Le nombre annuel de jours d'arrêt augmentait avec l'âge en 2011 et en 2017 (cf. Figure 39).

Figure 39 : Durée moyenne des arrêts pour maladie selon l'âge (2011 et 2017)<sup>124</sup>



Lecture : en 2017, la durée moyenne des arrêts des personnes de 60 ans et plus est de 56,1 jours, tous arrêts confondus.  
 Champ : branche maladie du régime général, tous arrêts.

Figure 40 : Nombre de journées d'arrêts maladie par personne active selon le département (2015)<sup>125</sup>



En 2015, il existait des disparités territoriales importantes en termes de nombre de jours d'arrêt par personne active (cf. Figure 40), qui peuvent être expliquées par : (i) des différences dans la pyramide des âges de la population salariée (ii) les disparités territoriales en termes de prévalence de certaines pathologies et, mais aussi par (iii) des différences de pratiques de prescription des arrêts maladie.

<sup>124</sup> Cour des comptes, d'après des données de la CNAM.

<sup>125</sup> Cour des comptes d'après des données de la CNAM, du SNDS et de l'Insee.



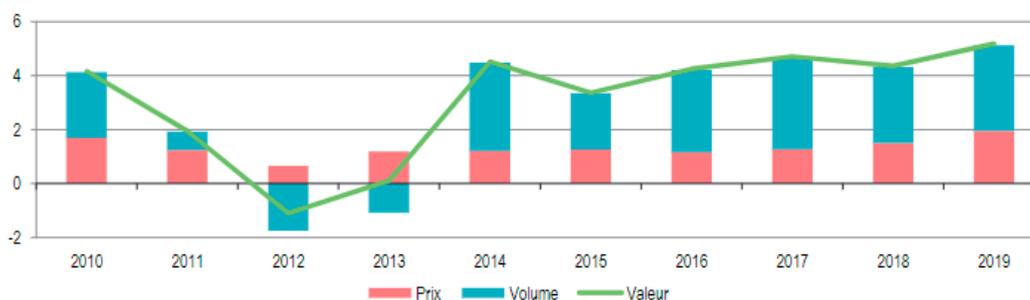
### 1.1.6 Les dépenses de santé en 2019> édition 2020> Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES).

Tableau 138 : Dépenses d’IJ selon le type en millions d’euros<sup>126</sup>

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Ensemble</b>	<b>12 606</b>	<b>12 829</b>	<b>12 766</b>	<b>12 816</b>	<b>13 353</b>	<b>13 625</b>	<b>14 036</b>	<b>14 508</b>	<b>15 053</b>	<b>15 726</b>
Evolution (en %)	3,8	1,8	-0,5	0,4	4,2	2,0	3,0	3,4	3,8	4,5
<b>Maladie</b>	<b>6 881</b>	<b>7 003</b>	<b>6 938</b>	<b>6 977</b>	<b>7 358</b>	<b>7 596</b>	<b>7 923</b>	<b>8 213</b>	<b>8 512</b>	<b>8 824</b>
Evolution (en %)	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,5	3,2	4,3	3,7	3,6	3,7
<b>Accidents du travail - maladies professionnelles</b>	<b>2 729</b>	<b>2 839</b>	<b>2 811</b>	<b>2 806</b>	<b>2 918</b>	<b>2 998</b>	<b>3 120</b>	<b>3 286</b>	<b>3 499</b>	<b>3 791</b>
Evolution (en %)	4,3	4,0	-1,0	-0,2	4,0	2,7	4,1	5,3	6,5	8,3
<b>Maternité</b>	<b>2 995</b>	<b>2 987</b>	<b>3 017</b>	<b>3 033</b>	<b>3 077</b>	<b>3 031</b>	<b>2 993</b>	<b>3 008</b>	<b>3 042</b>	<b>3 112</b>
Evolution (en %)	3,7	-0,3	1,0	0,5	1,5	-1,5	-1,3	0,5	1,1	2,3

Champ : France, ensemble des régimes de base d’Assurance Maladie, hors fonction publique (données non disponibles).

Figure 41 : Evolution des IJ maladie et AT/MP du régime général en pourcentage



Tous régimes confondus (hors fonction publique), les IJ maladie représentaient en 2019 8,8 milliards d’euros soit une évolution de 3,7 % par rapport à 2018 (cf. Tableau 138). Cette augmentation est en partie expliquée par l’évolution des salaires qui servent de base au calcul des IJ (effet prix) mais également par le vieillissement de la population (effet volume) (cf. Figure 41). En effet, les personnes âgées de 60 ans et plus ont généralement des arrêts plus longs et un nombre d’arrêts dans la même année plus important.

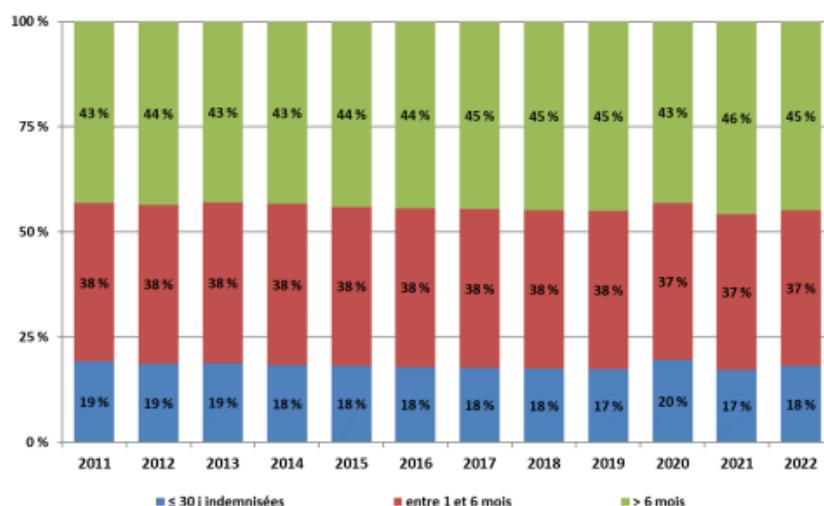
### 1.1.7 Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l’évolution des charges et des produits de l’Assurance Maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004)

En 2022, le montant des IJ indemnisées pour la branche maladie du régime général, hors arrêts dérogatoires en cas de salarié atteint de COVID -19, s’élevait à 9,738 milliards d’euros.

<sup>126</sup> Source : DREES



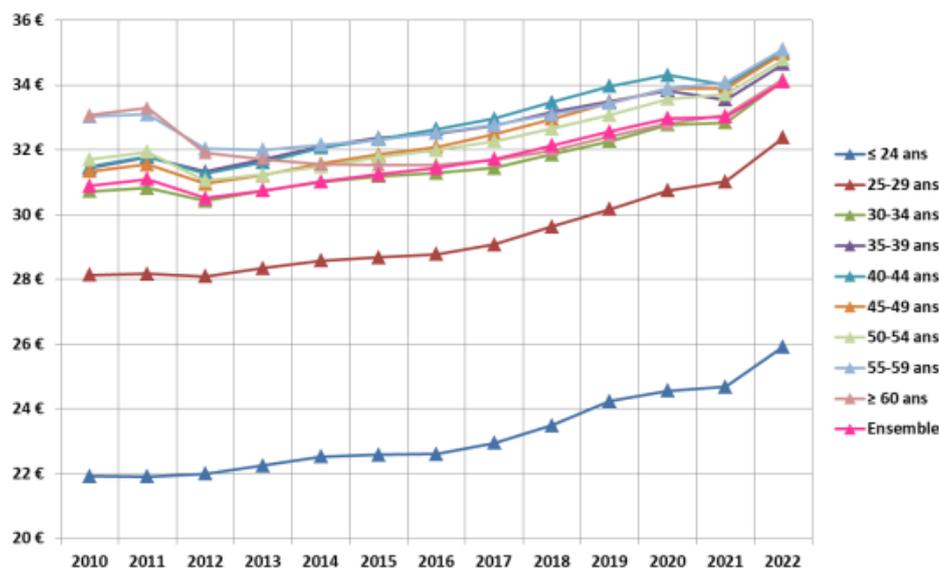
Figure 42 : Evolution 2011-2022 des arrêts maladie indemnisés : répartition du montant en fonction de la durée d'arrêt<sup>127</sup>



Champ : régime général hors TI hors PAMCS – hors arrêts dérogatoires, durée calculée en nombre de journées indemnisées (hors délai de carence) depuis le début de l'arrêt. Situation vue à la fin de l'année étudiée.

En 2022, 18 % des arrêts maladie indemnisés ont duré moins de 30 jours, 37 % entre 1 et 6 mois et 45 % plus de 6 mois (cf. Figure 42).

Figure 43 : Evolution sur la période 2010-2022 du montant moyen versé par journée indemnisée pour arrêt maladie hors arrêts dérogatoires selon l'âge du bénéficiaire<sup>128</sup>



Champ : régime général hors TI hors PAMCS – hors arrêts dérogatoires.

<sup>127</sup> Source : CNAM-SNDS

<sup>128</sup> Source : CNAM-SNDS

Le montant moyen versé par journée indemnisée pour arrêt maladie varie selon l'âge du bénéficiaire. En 2022, il s'élevait à environ 26 € pour les moins de 24 ans et à environ 35 € pour les 55 ans et plus (cf. Figure 43).

En synthèse des données retrouvées, pour le régime général, 6,97 millions d'arrêts maladie d'une durée moyenne de 33,5 jours ont été indemnisés en 2017. Pour cette même année, le montant total des dépenses d'IJ maladie en France est estimé entre 7,4 et 8,2 milliards d'euros selon les sources.

## 1.2 Résultats généraux

Le montant remboursé d'une IJ en France en 2021 est de 33,34 € par bénéficiaire et par jour. Ce montant a été estimé sur un échantillon de 5 775 371 indemnités versés concernant 134 362 bénéficiaires (Tableau 139).

Tableau 139 : Montant des IJ – résultats globaux en euros/ ESND 2021

Résultat	Nb de bénéficiaires	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant remboursé	134 362	5 775 371	13,31	33,34	11,54	34,05	46,06

## 1.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

### 1.3.1 Résultats selon le type d'IJ

Le Tableau 140 décrit le montant des IJ versées en fonction de la nature d'IJ (cf. définition dans la section 1.1.2 Typologie des IJ maladie). Le groupe de prestations 1 identifie toutes les types IJ qui peuvent être versés, tandis que dans le groupe 2, les IJ ont été reclassées en 2 modalités. Il n'y avait pas d'IJ réduites en 2021 et les IJ maladie PAMC ont été reclassées comme IJ normales.

Tableau 140 : Montant des IJ indemnisés par catégorie (groupe de prestations) en euros/ ESND 2021

Groupe de prestations	Type d'IJ	Nombre de bénéficiaires	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Groupe de prestations 1**	IJ normales	133 772	5 350 402	13,36	33,45	11,55	34,19	46,12
	IJ partielles	3 684	420 142	12,24	29,19	10,30	28,61	45,55
	IJ normales pour cure thermique	69	1 236	16,86	36,63	9,32	38,91	45,99
	IJ maladie PAMC*	85	3 591	43,68	46,55	7,05	46,00	50,68
Groupe de prestations 2	IJ normales	133 926	5 355 229	13,36	33,46	11,55	34,20	46,12
	IJ partielles	3 684	420 142	12,24	29,19	10,30	28,61	45,55

\* PAMC : Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés, \*\*Aucune IJ réduite et IJ réduite pour cure thermique n'ont été retrouvées en 2021. Note : un même bénéficiaire pouvait percevoir deux types d'IJ.

### Remarque :

Malgré la prise en compte des régularisations, les statistiques extrêmes (minimum et maximum) ne sont pas réalistes, notamment le maximum dépasse le maximum théorique qui dépend du SMIC en vigueur (IJ maximale en 2021 : 47,03 €). Ceci pourrait être dû à des erreurs de codage des régularisations dans la base. Nous avons remarqué notamment les anomalies suivantes :

- Des montants positifs pour un nombre d'actes nul (PRS\_ACT\_NBR = 0 et BSE\_REM\_MNT > 0) : 5,5 % des lignes
- Des montants nuls pour un nombre d'actes non nul (PRS\_ACT\_NBR > 0 et BSE\_REM\_MNT = 0) : 1,6 % des lignes
- Des régularisations qui changent de nature de prestation PRS\_NAT\_REF (avec des dates d'IJ qui se chevauchent partiellement)

De manière générale dans le projet, il a été choisi de ne pas exclure les minimums et maximums (cf. rapport technique), il est recommandé d'utiliser les percentiles P5/P95 particulièrement pour ce poste de dépenses.

### 1.3.2 Résultats selon les autres inducteurs de coûts

Le Tableau 141 décrit les résultats du montant journalier perçu par le bénéficiaire de l'Assurance Maladie selon l'âge, le genre et si le bénéficiaire est en ALD ou non. On constate que le montant journalier augmente avec l'âge du bénéficiaire ce qui est cohérent puisque le salaire moyen augmente aussi avec le niveau d'expérience professionnelle.

Tableau 141 : Montant des IJ indemnisés par catégorie (groupe de prestations) en euros/ ESND 2021

Inducteurs	Nombre de bénéficiaires	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Jeune moins de 25 ans	14 816	314 045	8,86	23,62	9,54	24,83	39,13
Adulte 25-34 ans	33 416	1 058 495	14,84	32,90	10,07	33,14	45,99
Adulte 35-44 ans	33 239	1 307 171	15,15	35,01	10,98	36,10	46,73
Adulte 44-54 ans	31 173	1 623 908	15,04	35,30	11,38	36,56	46,66
Adulte 55-64 ans	20 693	1 405 255	14,60	35,23	11,98	36,84	46,46
Sénior 65 ans et plus	1 025	66 497	9,77	32,19	20,61	30,28	47,02
Homme	63 038	2 416 931	14,17	35,41	11,32	36,88	46,71
Femme	71 324	3 358 440	12,73	31,54	11,42	31,64	45,99
ALD	18 227	1 576 759	12,34	32,37	12,08	33,17	45,99
Pas d'ALD	116 288	4 198 612	13,51	33,50	11,44	34,18	46,14

## 1.4 Comparaison avec la littérature

A partir des données disponibles dans la littérature, nous avons estimé le montant total d'IJ attendu dans l'ESND entre 170,98 et 189,78 millions d'euros (cf. Tableau 142– colonne 2021). A partir de l'ESND, nous avons estimé le montant total d'IJ à 189,15 millions d'euros. Pour le régime général, le nombre de jours d'arrêts de travail indemnisés en 2017 est estimé à environ 233,59 millions dans la littérature (6,97 millions d'arrêts maladie d'une durée moyenne de 33,5 jours). Un échantillon de 2 % de cette estimation correspond à 4,67 millions de jours d'arrêt. Dans l'ESND, nous avons retrouvé environ 5,77 millions de jours d'arrêt maladie.



Tableau 142 : Montant total des dépenses d’IJ maladie réelles et estimées en France en millions d’euros à partir de la littérature

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Taux de croissance DREES 2020</b>	3,70 %	3,60 %	3,70 %	3,70 %*	3,70 %*
<b>DREES 2020 (ensemble des régimes de base d'Assurance Maladie, hors fonction publique)</b>	8 213	8 512	8 824	9 150**	9 489**
<b>Estimation (Effectif extrapolé 2%)</b>	164,26	170,24	176,48	183	189,78
<b>Rapport de la sécurité sociale 2017 (uniquement le régime général)</b>	7 400	7 666**	7 950**	8 244**	8 549**
<b>Estimation (Effectif extrapolé 2%)</b>	148	153,33	159	164,88	170,98
<b>Rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement 2023 (régime général)</b>	7 412	7 698	7 982	9 227	9 168
<b>Estimation (Effectif extrapolé 2%)</b>	148,24	153,96	159,64	184,54	183,36

\*Hypothèse d’un taux constant pour 2020 et 2021

\*\* Montants estimés à partir du taux de croissance des dépenses

Nos résultats semblent donc cohérents avec la littérature (Tableau 143).

Tableau 143 : Comparaison du montant total des dépenses d’IJ de l’ESND avec la littérature en millions d’euros<sup>129</sup>

ESND	Estimation 2021 à partir des données de la DREES 2020 (Effectif extrapolé 2%)	Estimation 2021 à partir du rapport de la sécurité sociale 2017 (Effectif extrapolé 2%)	Estimation 2021 à partir du rapport au ministère chargé de la Sécurité sociale et au Parlement 2023 (Effectif extrapolé 2%)
189,15	189,78	170,98	183,36

## 2 Les indemnités compensatoires : l’invalidité

### 2.1 Revue de la littérature

#### 2.1.1 Définition

La pension d’invalidité est une prestation de la sécurité sociale versée aux assurés lorsque leur capacité de travail est réduite d’au moins deux tiers (66 %) à la suite d’un accident ou d’une maladie non professionnelle. Elle n’est donc pas versée en cas d’accident du travail ou de maladie professionnelle, pour lesquels des prestations spécifiques plus avantageuses sont prévues. En effet, contrairement aux pensions d’invalidité, le versement des rentes d’incapacité permanente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles ne s’achève pas au moment de la liquidation des droits à la retraite : ces rentes se cumulent avec les pensions de retraite<sup>130</sup>.

<sup>129</sup> Source : Cour des comptes, d’après les données de la CNAM.

<sup>130</sup> DREES. (2021). Fiche 23 : Les pensions d’invalidité.



Dans 80 % des cas, la pension d'invalidité fait suite à une période d'indemnités journalières de longue durée, lorsque l'état de santé de l'assuré est stabilisé mais qu'il demeure incapable de reprendre son activité professionnelle antérieure. Elle vise à compenser en partie la réduction ou la perte de revenus des personnes ne pouvant plus exercer une activité professionnelle normale. La pension d'invalidité peut, dans certains cas, être cumulée avec une activité professionnelle, selon certaines conditions et limites.

Le risque invalidité est couvert principalement par les organismes de protection sociale, mais peut également l'être, de manière complémentaire, par des organismes privés d'assurance. Les dispositifs d'invalidité présentent des disparités importantes selon les régimes qui indemnisent ce risque<sup>114</sup>. La plupart des personnes invalides perçoivent un revenu de remplacement jusqu'à leur retraite et une partie d'entre eux bénéficie d'une couverture complémentaire, obligatoire ou facultative pour leurs employeurs. Les fonctionnaires, quant à eux, perçoivent une pension de retraite servie par anticipation en cas d'invalidité.

### 2.1.2 Conditions d'accès à la pension d'invalidité

Les conditions d'attribution et les règles de calcul de la pension d'invalidité varient selon le régime. Dans cette étude nous nous intéressons aux bénéficiaires du régime général, pour lesquels les pensions d'invalidité sont versées par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM). Ainsi, pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré doit :

- Ne pas avoir atteint l'âge légal de départ à la retraite ;
- Avoir une perte de capacité de travail permanente et substantielle d'au moins 2/3, évaluée par un médecin conseil de l'Assurance Maladie ;
- Être affilié au régime général depuis douze mois minimum ;
- Avoir exercé une activité professionnelle minimale au cours de l'année précédant l'interruption de travail ou la constatation de l'invalidité. Il faut, sur les 12 derniers mois :
  - Au moins 600 heures de travail salarié (ce seuil était fixé à 800 heures pour des demandes de pension d'invalidité antérieures au 1<sup>er</sup> janvier 2015),
  - Ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire.

### 2.1.3 Les catégories d'invalidités et modalités de calcul de la pension

Au régime général, il existe trois catégories d'invalidité, déterminées par la capacité de l'assuré à exercer une activité professionnelle (Tableau 144). La catégorie 1 comprend les invalides capables d'exercer une activité professionnelle réduite ; la catégorie 2 regroupe les invalides absolument incapables d'exercer une activité rémunérée et la catégorie 3 comprend les invalides absolument incapables d'exercer une activité rémunérée et qui sont dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante. Les montants des pensions d'invalidité dépendent de la catégorie et des revenus d'activités antérieurs. Les invalides de catégorie 3 peuvent bénéficier d'une majoration pour tierce personne, une aide financière supplémentaire. Cette majoration est destinée à couvrir les frais liés à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir



les actes ordinaires de la vie quotidienne, comme s'habiller, se lever, ou se déplacer. Tous les invalides de catégorie 3 ne la perçoivent pas : si un bénéficiaire est accueilli dans un établissement qui propose déjà ces prestations, alors il n'a pas besoin d'une aide extérieure et ne perçoit pas cette majoration.

Tableau 144 : Catégories d'invalidité et leurs montants minimum et maximum pour le régime général, au 1<sup>er</sup> janvier 2021

Catégorie d'invalidité	Niveau	Taux	Minimum en 2021	Maximum en 2021
1 <sup>ère</sup> catégorie	Invalide capable d'exercer une activité professionnelle réduite	30 % du salaire annuel moyen	294 €	1 028 €
2 <sup>ème</sup> catégorie	Invalide absolument incapable de travailler	50 % du salaire annuel moyen	294 €	1 714 €*
3 <sup>ème</sup> catégorie	Invalide absolument incapable de travailler et qui a besoin d'une assistance pour la vie quotidienne	50 % du salaire annuel moyen majoré de 40 % au titre de la majoration pour tierce personne**	294 € + 1 125 € = 1 419 €	1 714 € + 1 125 € = 2 839 €

Source : Les retraités et les retraites > édition 2021 > DREES > Fiche 23 : Les pensions d'invalidité

\* calcul du maximum : 50% du salaire maximum Sécurité sociale en 2021 :  $3438/2 = 1\,714$  €

\*\* la majoration pour tierce personne est généralement revalorisée au 1<sup>er</sup> avril de chaque année

Le classement dans une catégorie n'est pas définitif. Si l'état de santé du patient s'aggrave ou s'améliore et qu'il justifie son placement dans une autre catégorie d'invalidité, le montant de la pension peut être revu. Le changement peut être fait à la demande du patient ou des différentes caisses d'Assurances Maladie. Le montant de la pension d'invalidité est calculé sur la base d'un salaire annuel moyen, obtenu à partir des dix meilleures années d'activité de l'assuré. Le salaire maximum pris en compte dans le calcul est limité au plafond annuel de la Sécurité sociale, soit 3 438 € mensuels en 2021.

#### 2.1.4 Nombre de bénéficiaires en 2021

Le Tableau 145 issu de l'Enquête Annuelle auprès des Caisses de Retraite (EACR) publiée par la DREES en 2021, présente l'effectif et les caractéristiques des bénéficiaires de pensions invalidité en 2021.

Tableau 145 : Bénéficiaires de pensions d'invalidité fin 2021

	Bénéficiaires d'une pension d'invalidité de droit direct			Nombre de pensions y compris pensions de réversion (en milliers)	Répartition (en %)				
	Effectifs (en milliers)	Âge moyen	Part des femmes (en %)		Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Autres pensions d'invalidité de droit direct	Pension de réversion
<b>Régimes dans le champ de l'invalidité retenu par la DREES<sup>1</sup></b>	<b>826,6</b>	<b>53,0</b>	<b>55</b>	<b>827,0</b>	<b>24</b>	<b>64</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>&lt;1</b>
Régime général (CNAM)	704,4	53,4	56	704,5	27	72	2	-	<1
MSA salariés	27,9	53,3	45	27,9	28	70	2	-	<1
MSA non-salariés	10,4	55,9	37	10,4	41	57	2	-	-
CNIEG	2,8	51,0	58	2,8	29	69	1	<1	-
FPE civils <sup>1</sup>	16,1	56,2	62	16,1	-	-	-	100	-
FPE militaires <sup>1</sup>	23,7	35,3	16	23,7	-	-	-	100	-
CNRACL <sup>1</sup>	39,4	55,5	69	39,4	-	-	-	100	-

<sup>1</sup> Le champ des pensions d'invalidité retenu correspond à la convention DREES. Il n'y a pas de correction des doubles comptes. En pratique certains bénéficiaires peuvent toucher des pensions d'invalidité de plusieurs régimes de base, mais ces cas sont rares et sont donc négligés dans le calcul.

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; MSA : Mutualité Sociale Agricole ; CNIEG : Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières ; FPE : Fonction Publique de l'Etat ; CNRACL : Caisse Nationale des Retraites des Agents de Collectivités Locales

**Champ** : Bénéficiaires d'une pension d'invalidité, vivants au 31 décembre 2021.

**Source données** : DREES, EACR 2021.

**Source tableau** : Les retraités et les retraites > édition 2021 > DREES > Fiche 24 : Le profil des bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

Fin 2021, il y avait 827 000 bénéficiaires de pensions d'invalidité de droit direct dans les régimes de base interrogés dans l'EACR. Parmi eux, il y avait 704 400 (85,1 %) personnes affiliées au régime général (CNAM), 79 200 (9,5 %) aux régimes de la fonction publique (FPE : Fonction publique de l'État - civils ou militaires, CNRACL : Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales) et 38 300 (4,6 %) à la MSA (salariés ou non-salariés). Pour le régime général, les pensions d'invalidité étaient pour 24 % d'entre elles de catégorie 1, pour 64 % de catégorie 2, pour 2 % de catégorie 3 et pour moins de 1 % des pensions de réversion. La pension de réversion est une allocation financière versée au conjoint survivant d'une personne qui recevait une pension d'invalidité.

Le nombre de bénéficiaires de pensions d'invalidité a baissé entre 2019 et 2021, alors que les effectifs étaient en hausse jusqu'en 2019. Depuis 2020, on observe une diminution du nombre total de bénéficiaires en raison d'une baisse des nouveaux bénéficiaires. Selon la DREES, cette baisse pourrait être due à la crise sanitaire liée au COVID -19 et aux confinements associés, pendant lesquels certains accidents à l'origine de situations d'invalidité auraient été plus rares. En 2021, il y a eu 97 000 nouveaux bénéficiaires, dont 83 000 au régime général.

### 2.1.5 Les montants de pensions en 2021

Fin 2021, les dépenses d'invalidité versées par les caisses de retraite et la CNAM représentaient 7,9 Md€ (dont 85 % versés par le régime général et 10 % par les régimes de la fonction publique). Le montant moyen versé aux bénéficiaires de pensions d'invalidité du régime général était de 800 € mensuels (Tableau 146). Il variait selon la catégorie d'invalidité mais également selon le régime.



Tableau 146 : Montant mensuel des pensions d'invalidité fin 2021

	En euros					
	Pension d'invalidité de droit direct	Écart entre la pension des femmes et des hommes, hors pensions de réversion (en %)	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Autres pensions d'invalidité de droit direct
<b>Régimes dans le champ de l'invalidité retenu par la DREES<sup>1</sup></b>	<b>800</b>	<b>-19</b>	<b>550</b>	<b>850</b>	<b>1 880</b>	<b>810</b>
Régime général (CNAM)	800	-21	560	850	1 890	-
MSA salariés	710	-13	490	770	1 740	-
MSA non-salariés	500	-1	330	580	1 670	-
CNIEG	1 980	-9	1 150	2 300	4 030	1 320
FPE civils <sup>1</sup>	1 240	-4	-	-	-	1 240
FPE militaires <sup>1</sup>	390	12	-	-	-	390
CNRACL <sup>1</sup>	870	-7	-	-	-	870

<sup>1</sup> Le champ des pensions d'invalidité retenu correspond à la convention DREES. Il n'y a pas de correction des doubles comptes. En pratique, certains bénéficiaires peuvent toucher des pensions d'invalidité de plusieurs régimes de base, mais ces cas sont rares donc négligés ici dans le calcul. CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie ; MSA : Mutualité Sociale Agricole ; CNIEG : Caisse Nationale des Industries Electriques et Gazières ; FPE : Fonction Publique de l'Etat ; CNRACL : Caisse Nationale des Retraites des Agents de Collectivités Locales

**Note** : Les pensions renseignées incluent l'avantage de base et les majorations pour tierce personne versés en décembre 2021. Le montant est brut, c'est-à-dire avant application des prélèvements sociaux (CSG, CRDS, etc.).

**Champ** : Bénéficiaires d'une pension d'invalidité de droit direct en 2021, vivants au 31 décembre 2021.

**Source données** : DREES, EACR 2021 et Insee, estimations de population (résultats provisoires début 2022).

**Source tableau** : Les retraités et les retraites > édition 2021 > DREES > Fiche 24 : Le profil des bénéficiaires d'une pension d'invalidité.

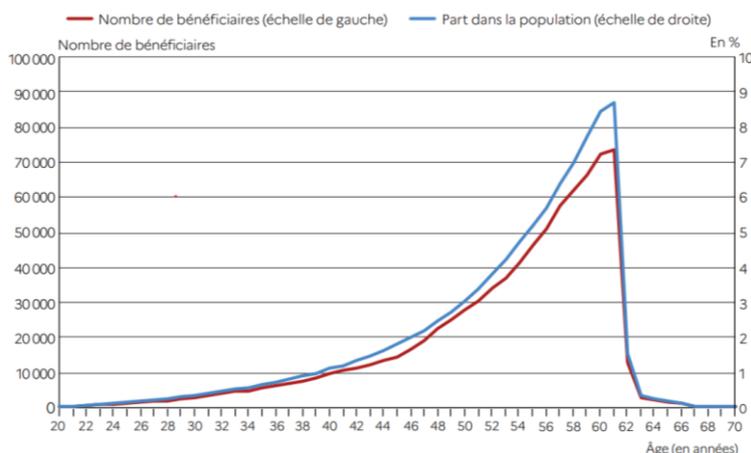
### 2.1.6 Caractéristiques des bénéficiaires des pensions en 2021

L'âge moyen des nouveaux bénéficiaires dépassait 51 ans dans la plupart des régimes. La part des bénéficiaires augmentait avec l'âge, atteignant presque 9 % à 61 ans (Figure 44). Au régime général, 53,4 % des bénéficiaires étaient des femmes.

Selon le rapport de la Cour des comptes de 2019<sup>131</sup>, les bénéficiaires des pensions d'invalidité ont une moins bonne espérance de vie et des comorbidités associées. En 2017, au sein du régime général, les personnes ayant bénéficié d'une pension d'invalidité avaient une espérance de vie à 62 ans réduite de 6,1 ans pour les hommes et de 4,4 ans pour les femmes, comparé aux autres retraités. Les pathologies à l'origine de l'invalidité suivaient l'épidémiologie des grandes pathologies en France : troubles de la santé mentale (25,8 % en 2018), maladies du système ostéo-articulaire (29,6 %) et tumeurs malignes (11,9 %). Les personnes invalides souffrent souvent de plusieurs pathologies : en 2016, dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, elles avaient en moyenne 2,2 infirmités au moment de la liquidation de leur pension.

<sup>131</sup> Rapport Cour des comptes 2019. (s.d.). Chapitre IV. Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés.

Figure 44 : Nombre et part dans la population des bénéficiaires d’une pension d’invalidité de droit direct, par âge, en 2021



**Note :** Le champ des pensions d’invalidité retenu correspond à la convention DREES. Pour calculer la part des bénéficiaires dans la population, leur nombre a été rapporté à la population française. Certains d’entre eux peuvent toutefois résider à l’étranger.

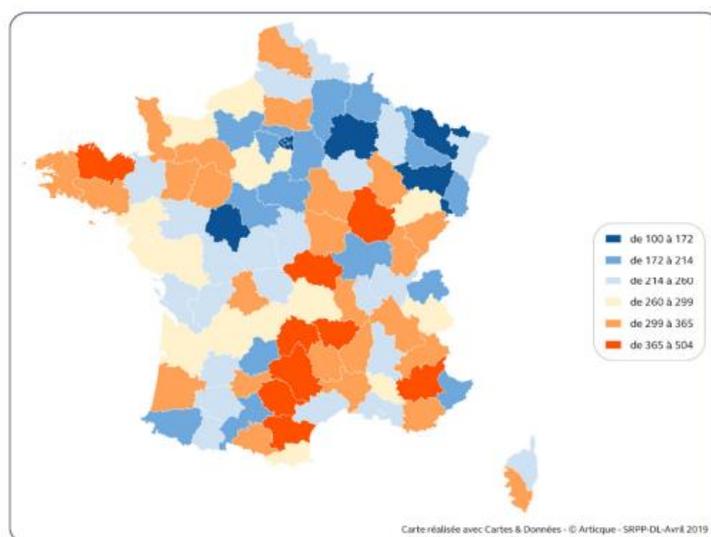
**Champ :** Bénéficiaires d’une pension d’invalidité de droit direct en 2021, vivants au 31 décembre 2021.

**Source données :** DREES, EACR 2021 et Insee, estimations de population (résultats provisoires début 2022).

**Source graphique :** Les retraités et les retraites > édition 2021 > DREES > Fiche 24 : Le profil des bénéficiaires d’une pension d’invalidité.

Les titulaires de pensions d’invalidité bénéficient du remboursement des soins médicaux, examens et médicaments à 100 %, ainsi que d’une exonération partielle du forfait journalier hospitalier. De ce fait ils sont mieux remboursés que les personnes en affection longue durée (ALD) qui ne bénéficient du remboursement à 100% que pour les soins en lien avec la maladie déclarée.

Figure 45 : Carte du nombre moyen d’entrées en invalidité pour 100 000 assurés du régime général (2010-2017)



**Source données :** Cour des comptes, d’après des données de la CNAM

**Source graphique :** Rapport Cour des comptes 2019 : « Chapitre IV Les pensions d’invalidité : une modernisation indispensable au service d’un accompagnement renforcé des assurés »



De plus, on constate des disparités territoriales importantes en termes de fréquence d'attribution de pensions d'invalidité selon les départements (Figure 45). Sur la période 2010-2017, on observe des écarts allant de 1 à 5 du nombre d'entrées en invalidité pour 100 000 assurés âgés de 20 à 61 ans entre certains départements. Plusieurs facteurs pourraient expliquer ces disparités, tels que les variations de prévalence des maladies chroniques sur le territoire ou la distribution d'âge. Ces disparités pourraient également être expliquées par des hétérogénéités dans les pratiques d'évaluation de l'invalidité, ces évaluations étant réalisées à un niveau local par les médecins conseil du service médical de l'Assurance Maladie. En effet, le taux d'acceptation des demandes varie du simple au double selon les départements<sup>115</sup>.

## 2.2 Résultats généraux

En moyenne, un bénéficiaire perçoit 832 € par mois au titre de sa pension d'invalidité (Tableau 147).

Tableau 147 : Effectif et montant versé en 2021 des pensions d'invalidité en euros/ ESND 2021

Résultat	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Montant remboursé	16 047	297,69	831,87	621,37	766,52	1 536,28

## 2.3 Résultats selon les inducteurs de coûts

### 2.3.1 Résultats selon les catégories

Le montant mensuel versé aux bénéficiaires en 2021 varie de 591 € à 1994 € en moyenne en fonction de leur capacité à travailler et de leur besoin d'assistance. La majorité des pensions versées est relative à une incapacité à travailler.

Tableau 148 : Effectif et montant versé en 2021 des pensions d'invalidité selon la catégorie en euros/ ESND 2021

Catégorie invalidité	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
1: Capable de travailler	4 488	280,12	591,44	528,16	527,50	971,11
2: Incapable de travailler	11 260	381,00	896,83	596,00	822,25	1 518,89
3: Incapable de travailler et besoin d'assistance	299	942,10	1 994,24	884,98	1 913,84	2 722,15

### 2.3.2 Résultats selon l'âge et le genre

Les résultats par sous-groupes sont présentés dans le Tableau 149.



Tableau 149 : Montants mensuels perçus par les bénéficiaires en fonction de l'âge et du genre en euros/ ESND 2021

Age	Effectif	P5	Mean	Std Dev	Median	P95
Jeune moins de 25 ans	10	269,13	460,59	166,75	414,01	729,30
Adulte 25-34 ans	300	293,68	624,83	554,82	501,05	1 373,79
Adulte 35-44 ans	1 614	293,68	713,16	673,80	645,72	1 318,33
Adulte 44-54 ans	5 028	293,68	785,21	541,67	722,04	1 505,38
Adulte 55-64 ans	9 041	328,47	886,05	649,00	797,79	1 551,00
Sénior 65 ans et plus	54	305,87	870,89	506,91	746,72	1 721,47
Homme	7 136	359,56	946,24	624,64	861,92	1 600,62
Femme	8 911	293,68	740,27	603,34	668,32	1 448,15

## 2.4 Comparaison aux données nationales

Le Tableau 150 présente le nombre de bénéficiaires et les montants moyens selon la catégorie de pension d'invalidité en 2021. Pour comparer l'effectif que nous avons obtenu à partir de l'ESND aux données de la littérature, nous avons présenté dans ce tableau les effectifs obtenus par la DREES en 2021 pour le régime général (cf. Tableau 145) en appliquant un coefficient de 2 % afin de les rendre comparables à la population de l'ESND.

Tableau 150 : Effectifs et montant moyen versé en 2021 des pensions invalidité selon la catégorie et comparaison avec la littérature

Catégorie de pension d'invalidité	Nombre de bénéficiaires, N (%)	Effectif RG extrapolé littérature <sup>1</sup> 2%, N (%)	Montant € moyen RG littérature <sup>2</sup>	Moyenne (ET), €
Cat 1, 2 ou 3	16 047 (100)	14 088 (100)	800	832 (621)
Catégorie 1	4 488 (28)	3 804 (27)	560	591 (528)
Catégorie 2	11 260 (70)	10 143 (72)	850	897 (596)
Catégorie 3	299 (2)	282 (2)	1890	1 994 (885)

<sup>1</sup> Effectif extrapolé à partir du Tableau 145 en prenant 2% de la population du régime général (RG) car l'ESND est un échantillon à 2% du SNDS représentatif par régime

<sup>2</sup> Montant moyen pour la population du RG Tableau 146

Le nombre de bénéficiaires obtenus avec nos choix de requêtage était supérieur de près de 14 % au nombre de bénéficiaires du régime général issu de la littérature. La répartition des bénéficiaires entre les catégories correspondait à la littérature.

En ce qui concerne les montants moyens, nos résultats sur l'ESND étaient proches des montants de l'EACR avec une tendance à les dépasser (entre 30 € et 100 € de plus par mois selon les catégories). Ceci peut être dû à notre méthode de régularisation qui supprime certaines régularisations négatives mais n'affecte pas les régularisations positives. En effet, nous avons exclu les bénéficiaires ayant perçu un montant total négatif ou nul en 2021, afin de tenir compte des trop-perçus des années précédentes. Cette exclusion élimine une partie des régularisations négatives, mais pas toutes, puisque des bénéficiaires percevant un montant inférieur à la limite légale inférieure (294 € en 2021) sont conservés. A l'inverse, les bénéficiaires ayant reçu une mensualité supérieure à la limite légale (2 839 € en 2021) correspondent probablement à des régularisations positives, où un versement unique



compense des montants qu'ils auraient dû percevoir antérieurement. Cette asymétrie dans le traitement des régularisations pourrait expliquer pourquoi nos résultats sur l'ESND tendent à dépasser ceux de l'EACR.

Ainsi, notre méthode de régularisation corrige en partie les régularisations négatives en supprimant les montants annuels négatifs par bénéficiaire, mais ne corrige pas les régularisations positives, ce qui pourrait induire un biais dans nos résultats en augmentant les montants moyens perçus. En effet on trouve un maximum aberrant à 35 459 €, qui pourrait correspondre à une régularisation par un remboursement de plusieurs mensualités dues en une fois (au moins 13 mois de mensualités en considérant que la mensualité maximale payée par l'Assurance Maladie est de 2 839 € en 2021). Or il est impossible de vérifier cette hypothèse dans l'ESND donc il n'y a pas de moyen pour enlever les régularisations positives. Nous avons le même problème pour le minimum : bien que nous ayons supprimé les bénéficiaires avec des montants totaux négatifs, nous ne devrions pas observer de bénéficiaires percevant des mensualités inférieures à la valeur de la pension minimum en 2021, à savoir 294 € (cf. Tableau 144). Pour étudier cela, nous avons testé plusieurs méthodes de régularisation et comparé ces méthodes aux effectifs et montants de référence de la littérature.

Nous avons testé et comparé les méthodes de régularisation suivantes :

- Méthode 1 : Régularisation par bénéficiaire pour les bénéficiaires qui ne changent pas de catégorie en 2021 (catégorie 1, 2 ou 3). Cette méthode consiste à exclure les bénéficiaires dont le montant total perçu en 2021 était inférieur à 0,1 € et à calculer le montant mensuel moyen perçu pour chaque bénéficiaire en 2021. Les statistiques finales sont réalisées sur ces montants mensuels moyens par bénéficiaire (1 montant par bénéficiaire). Elle a été retenue pour la présentation des résultats finaux.
- Méthode 2 : Régularisation toujours appliquée aux bénéficiaires qui ne changent pas de catégorie en 2021. Cette méthode exclut 1 % des bénéficiaires à chaque extrémité de la distribution des montants perçus (1 % avec les montants totaux les plus faibles, 1 % avec les montants totaux les plus élevés). Le but de cette méthode est de réduire de manière statistique l'incidence des régularisations positives et négatives en enlevant un total de 2 % des bénéficiaires aux extrémités de la distribution. En effet, malgré la régularisation effectuée dans la méthode 1, des valeurs aberrantes subsistaient pour les minimum et maximum.
- Méthode 3 : Régularisation également appliquée aux bénéficiaires n'ayant pas changé de catégorie en 2021. Cette méthode exclut les bénéficiaires dont les montants mensuels perçus sont inférieurs au minimum (294 €) ou supérieurs au maximum (2 839 €) de l'Assurance Maladie pour 2021.
- Méthode 4 : Cette méthode concerne tous les bénéficiaires ayant reçu un montant global positif en 2021, y compris ceux qui ont changé de catégorie en cours d'année. La régularisation est effectuée en sommant tous les montants perçus par bénéficiaire, indépendamment de la catégorie d'invalidité associée à chaque versement. Les bénéficiaires dont le montant total perçu en 2021 était négatif ou nul ont été exclus. Contrairement aux trois méthodes précédentes, qui calculaient une moyenne mensuelle par bénéficiaire avant le calcul des statistiques finales, cette méthode utilise directement toutes les mensualités des bénéficiaires inclus, en gardant la



catégorie d'invalidité associée à chaque mensualité. Ainsi, un bénéficiaire qui change de catégorie en cours d'année, par exemple qui passe de la catégorie 1 à 2, contribue au calcul des statistiques des deux catégories par ses mensualités respectives. Étant donné que la régularisation est effectuée au niveau du bénéficiaire, mais que les statistiques sont calculées à partir des mensualités, cette méthode peut conserver des mensualités négatives après régularisation.

Le Tableau 151 présente les effectifs obtenus par ces différentes méthodes de régularisation selon les catégories d'invalidité et le Tableau 152 présente les montants mensuels moyens des pensions d'invalidité.

**Tableau 151 : Nombre de bénéficiaires des pensions d'invalidité dans l'ESND en 2021 selon les méthodes de régularisation et comparaison avec la littérature, N (%)**

Catégorie d'invalidité	Méthode 1 : régularisation par bénéficiaire montant total > 0,1	Méthode 2 : 2% bénéficiaires enlevés aux extrémités de distribution	Méthode 3 : suppression pensions <294 et >2839	Méthode 4* : Calcul sur les mensualités	Référence littérature RG 2021*
Cat 1, 2 ou 3	16 047 (100%)	15 829 (100%)	15 195 (100%)	16 297 (100%)	14 088 (100%)
Catégorie 1	4 488 (28%)	4 442 (28%)	3 892 (26%)	4 705 (29%)	3 804 (27%)
Catégorie 2	11 260 (70%)	11 218 (71%)	11 014 (72%)	11 501 (71%)	10 143 (72%)
Catégorie 3	299 (2%)	169 (1%)	289 (2%)	319 (2%)	282 (2%)

\*La somme des pourcentages dépasse 100% car les bénéficiaires qui changent de catégorie au cours de l'année sont pris en compte dans ces méthodes donc certains bénéficiaires participent au calcul de plusieurs catégories

**Tableau 152 : Montants moyens et écarts-types en euros des pensions d'invalidité dans l'ESND en 2021 selon les méthodes de régularisation et comparaison avec la littérature**

Catégorie d'invalidité	Méthode 1 : régularisation par bénéficiaire montant total > 0,1	Méthode 2 : 2% bénéficiaires enlevés aux extrémités de distribution	Méthode 3 : suppression des pensions <294 et >2839	Méthode 4 : Calcul sur les mensualités	Référence littérature RG 2021
Cat 1, 2 ou 3	832 (621)	816 (514)	836 (372)	807 (617)	800
Catégorie 1	591 (528)	594 (514)	617 (247)	561 (485)	560
Catégorie 2	897 (596)	890 (472)	887 (338)	873 (581)	850
Catégorie 3	1 994 (885)	1 717 (752)	1 890 (471)	1 978 (1305)	1 890



Malgré des variations dans les résultats, aucune des méthodes de régularisation testées ne se distingue nettement comme supérieure en se rapprochant davantage des données issues de la littérature. Nous avons décidé de présenter les résultats finaux en utilisant la méthode 1 de régularisation, qui a également été utilisée pour les autres postes de dépense du projet MOVIE.

**Les statistiques annuelles de la DREES, issues des données de l'EACR, ne sont pas affectées par les problèmes de régularisation que nous rencontrons avec les données du SNDS. Par conséquent, nous recommandons d'utiliser ces données comme référence pour les montants de pension d'invalidité dans les études médico-économiques.**

# Annexes

## 1 Description des séjours privé non valorisables dans DCIR

DP	Libellé CIM-10	N	%
Z380	Enfant unique, né à l'hôpital	2179	84,75
Z411	Autres opérations plastiques pour raisons esthétiques	139	5,41
Z381	Enfant unique, né hors d'un hôpital	12	0,47
C61	Tumeur maligne de la prostate	10	0,39
Z383	Jumeaux, nés à l'hôpital	10	0,39

\* les effectifs inférieurs à 10 ne sont pas présentés dans ce tableau, pour consulter le tableau complet il faut se référer au rapport technique.