RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Revue de dépenses sur les prescriptions en ville et à l'hôpital

NOVEMBRE 2025

Pierre **CUNÉO**
Louise **MARIANI**
Léa **VIOSSAT**
Hippolyte **GOUTEBROZE**
Adrien **CHARLET**

Yann-Gaël **AMGHAR**
Magali **GUEGAN**
Cyrille **MASSIEUX**
Dr Emmanuelle **MICHAUD**

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

N° 2025-E-045-03

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES

N° 2025-048R

RAPPORT

REVUE DE DÉPENSES SUR LES PRESCRIPTIONS EN VILLE ET À L'HÔPITAL

Établi par

LOUISE **MARIANI**
Inspectrice des finances

LÉA **VIOSSAT**
Inspectrice des finances

HIPPOLYTE **GOUTEBROZE**
Inspecteur des finances adjoint

ADRIEN **CHARLET**
Data scientist au pôle science des données de l'IGF

YANN-GAËL **AMGHAR**
Inspecteur général des affaires sociales

MAGALI **GUEGAN**
Inspectrice des affaires sociales

Dr EMMANUELLE **MICHAUD**
Inspectrice des affaires sociales

CYRILLE **MASSIEUX**
Interne en pharmacie

Sous la supervision de
PIERRE **CUNÉO**
Inspecteur général des finances

- NOVEMBRE 2025 -

IGF
INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

igas
Inspection Générale des Affaires Sociales

SYNTHÈSE

Au cours des années 2010, la France a connu une des croissances de dépenses de santé en valeur les plus faibles parmi les pays industrialisés[1]. Elle se situe aujourd'hui à un niveau élevé, mais non exceptionnel, de dépenses de santé[2]. Depuis 2019, elle connaît, comme la plupart des pays développés, un rebond de la croissance de cette dépense. Cette hausse devrait se poursuivre en raison de la démographie, de l'épidémiologie (augmentation de la prévalence des maladies chroniques à âge donné) et du progrès technique.

Cette dynamique comme le niveau de déficit de l'assurance-maladie, inédit en dehors d'une récession ou d'une crise sanitaire, requièrent le maintien de recherches d'économies, tout en poursuivant l'amélioration des conditions de prise en charge des patients.

Les dépenses issues des prescriptions retenues dans le champ de la mission[3] ont représenté 81 Md€ en 2024, en hausse de 28,5 % depuis 2019, soit une dynamique proche de celle de l'Ondam.

Cet ensemble fait l'objet d'une représentation obsolète qui ne correspond plus aux enjeux de masses financières et de dynamique des dépenses. L'attention portée sur les volumes de médicaments couramment prescrits ne tient pas compte de plusieurs évolutions notables :

- la consommation française, autrefois exceptionnelle, a rejoint la moyenne européenne[4], et le nombre de boîtes vendues en officine baisse depuis plusieurs années ;
- nombre de médicaments courants ont un prix bas en comparaison internationale, qui se traduit par une dépense d'assurance-maladie réduite du fait des franchises et de la clause de sauvegarde ;
- les dépenses associées à ces médicaments sont donc portées par de gros volumes et nécessiteraient des efforts importants, portant sur une population diffuse, pour obtenir une diminution significative de la dépense.

---

1 5ème taux de croissance des dépenses de santé en valeur le plus bas de l'Union européenne (UE) - les pays industrialisés hors UE (Japon, Etats-Unis, Islande, Royaume-Uni, Suisse, Norvège, Canada) ont tous connu des taux de progression supérieurs (*Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé*, DREES, 2025).

2 5ème en 2024 pour la part des dépenses courantes de santé au sens international dans le PIB, 7ème en dépense de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat en 2022.

3 Dépenses de produits de santé, d'actes paramédicaux et de biologie, de transports sanitaires, d'arrêts maladie, ainsi que les produits de santé financés sur la liste en sus à l'hôpital. Les dépenses prises en charge dans le cadre des tarifs, des forfaits ou des dotations des établissements de santé ont été exclues.

4 En nombre d'unités standards par habitant, les quantités vendues en officine ont baissé entre 2009 et 2022 de 12 % en France, alors qu'elles ont augmenté de 30 % en Allemagne, 8 % en Italie, 22 % aux Pays-Bas. Elles sont aujourd'hui inférieures de 11 % au niveau allemand, de 3 % au niveau britannique (malgré une part importante de ventes hors officines), et supérieures de seulement 10 % au niveau espagnol (*Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé*, DREES, 2023).

En regard de cette évolution, les médicaments onéreux concentrent une part croissante de la dépense appelée à s'intensifier à l'hôpital et à se diffuser progressivement en ville, sous l'effet du progrès technique et du virage ambulatoire :

- le montant des achats négociés par les établissements de santé pour les médicaments et les dispositifs médicaux au titre de **la liste en sus (LES) s'élevait à 10,2 Md€ en 2024**[5], en augmentation de 57 % entre 2020 et 2024, tirée surtout par certains médicaments onéreux[6], alors même que les médicaments à amélioration du service rendu majeur ou important (ASMR I et II) ne représentaient que 7 % des montants d'achats en 2024. La composition de la LES témoigne d'une sédimentation, reflet d'une gestion insuffisamment dynamique ;
- parmi les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), 36 % des dépenses de médicaments sont portées par les antinéoplasiques et immunosuppresseurs ;
- la seule classe des antinéoplasiques et des agents immunomodulateurs représente 30 % des remboursements de médicaments en ville en 2024 et 62 % de l'augmentation des remboursements de médicaments sur la période 2014-2024.

Par ailleurs, certaines poches de dépenses présentent des trajectoires dynamiques mais peu analysées du fait des limites des données : les PHEV ne peuvent être décomposées par contexte de prescription et par prescripteur dans l'état actuel des données ; certains effecteurs de prescriptions médicales (infirmiers diplômés d'Etat et masseurs-kinésithérapeutes) disposent de possibilités' d'adaptation de la prescription complexifiant l'identification de la responsabilité entre l'effecteur et le prescripteur dans la dynamique.

Ce déplacement des enjeux financiers implique de repositionner les actions de régulation.

Il est nécessaire d'assurer la complétude du champ des prescripteurs visés par la maîtrise médicalisée, en intégrant les prescripteurs hospitaliers, ce qui suppose de garantir leur identification et de les intégrer dans le même environnement numérique que les prescripteurs libéraux, ainsi qu'en supprimant la prise en charge des prescriptions des praticiens déconventionnés (« secteur 3 ») qui échappent à la maîtrise médicalisée.

La mission recommande d'enrichir et de renforcer les actions de maîtrise médicalisée. Les modalités d'accompagnement des prescripteurs doivent davantage intégrer des modalités ayant fait la preuve de leur efficacité : rôle des leaders d'opinion, approche *audit and feedback* et groupes d'amélioration des pratiques entre pairs sur la base de données produites par des registres qualité sur des pathologies ou parcours à enjeux. Les prescripteurs doivent pouvoir également s'appuyer sur des informations médico-économiques accessibles et simplifiées : la mission propose de créer des listes de médicaments à effets thérapeutiques comparables avec indication du prix afin d'éclairer les prescripteurs sur les solutions thérapeutiques pour des indications à fort enjeu financier. **Les actions à destination des prescripteurs gagneraient enfin à être complétées par des informations ciblées de l'assurance-maladie à destination de patients** consommant des produits à risque de non-pertinence, afin de faciliter les échanges entre patient et médecin.

---

[5] Le coût pour l'assurance-maladie est en réalité plus élevé car l'établissement achète les produits à un prix négocié ; 50% de la marge issue du différentiel entre le prix de responsabilité et le prix négocié sont reversés à l'établissement.

[6] Un médicament (Keytruda®, anticancéreux) explique à lui seul un quart de la dépense totale de médicaments au titre de la LES, soit 1,95 Md€.

La mission identifie la prescription renforcée comme devant être l'outil de régulation de référence contre les risques importants de mésusage. Elle propose de soumettre à ce dispositif la prise en charge de prescriptions (produits de santé, examens de biologie) présentant un risque élevé de mésusage ou un enjeu de santé publique, et dont les conditions de prise en charge correspondent à un arbre de décisions simple.

Afin de donner à la demande d'accord préalable (DAP) une véritable effectivité, **la mission recommande d'accélérer le travail de réexamen de la liste des prescriptions soumises à DAP ainsi que le programme de leur dématérialisation, et de définir en cible l'articulation entre DAP et prescription renforcée.**

Enfin, afin d'agir sur les pratiques atypiques, la mission recommande de **supprimer la possibilité pour les médecins de refuser la mise sous objectif (MSO), d'étendre le nombre de médecins placés sous ce dispositif au titre des arrêts maladie, ainsi que de l'élargir au contrôle des masseurs kinésithérapeutes.**

Les outils numériques de la prescription constituent l'élément le plus structurant pour permettre de piloter et réguler les dépenses de prescription de manière juste, efficiente et incontestable. Le déploiement de l'ordonnance numérique[7] doit être accéléré et l'intégration des prescripteurs hospitaliers doit être réalisée sans délai via une priorisation dans le Ségur numérique « Hôpital ». L'outil doit assurer l'identification des prescripteurs hospitaliers ainsi que les contextes de prescription hospitalière (en sortie d'hospitalisation, d'un service d'urgence ou de consultation externe) afin de pouvoir mieux suivre les prescriptions hospitalières exécutées en ville. **L'ordonnance numérique doit en cible être le support unique de prescription intégrant les différents outils de traçabilité, de contrôle et de sécurisation de la totalité des prescriptions existantes.** Par ailleurs, **la mission recommande de conditionner le financement des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel à une procédure de certification ou labellisation** adaptée à la place croissante prise par l'intelligence artificielle et recourant à une logique de choix par défaut basés sur les recommandations de la HAS.

La mission recommande une révision générale du champ de la liste en sus pour la cibler de nouveau sur son objet initial (médicaments innovants et onéreux)[8]. Par ailleurs, le déploiement d'une démarche de révision régulière des livrets thérapeutiques hospitaliers, consistant à ne retenir qu'un produit parmi le groupe générique ou biosimilaire et princeps, permettrait d'accompagner le choix des prescripteurs vers des médicaments à moindre prix pour un service médical rendu identique et d'accroître le pouvoir de négociation, *a fortiori* grâce à un regroupement des marchés.

La mission recommande enfin d'explorer l'intégration de certaines dépenses de prescription à des forfaits de prise en charge, en les adossant à une régulation en proximité permettant d'en améliorer l'efficience (intégration des actes paramédicaux dans le tarif partiel des Ehpad).

L'ensemble de ces actions pourraient être déployées dans un calendrier allant de 6 à environ 18 mois, à l'exception de la cible à terme de l'ordonnance numérique qui nécessitera plus de temps.

[7] Obligation pourtant en vigueur depuis le 31 décembre 2024

[8] La mission IGAS-IGF de revue de dépenses portant sur les dispositifs médicaux en 2024 faisait la même proposition pour la liste des dispositifs médicaux.

Ces propositions aboutissent à identifier un potentiel d'économies compris entre 0,8 et 1,4 Md€, qui ne pourra être atteint qu'à moyen terme car il repose sur une évolution des comportements. En outre, les mesures relatives à la prescription inscrites dans les revues de dépenses récentes permettent d'identifier environ 0,4 Md€ d'économies. Les actions sur la prescription restent globalement contraintes par le principe de liberté de prescription en vigueur en France, l'absence d'indication thérapeutique sur la prescription, et à leur acceptabilité pour les professionnels. **Ces propositions ne permettent donc pas d'atteindre la cible fixée à la mission de 3 Md€ de diminution des dépenses de prescription, en l'état des mesures chiffrables identifiées.**

Liste des propositions de la mission

Proposition n° 1 : Inclure dans la formation initiale des professionnels de santé, des médecins en priorité, un socle commun d'enseignement sur la prescription (déterminants de la prescription, pertinence des prescriptions, approche médico-économique mais aussi prescription non médicamenteuse et déprescription)

Proposition n° 2 : Conditionner le remboursement d'une prescription de certains antibiotiques à la réalisation d'un TROD, lorsqu'il existe, et conditionner la délivrance des antibiotiques à la présentation de l'ordonnance dans un délai maximum à compter de la date de prescription

Proposition n° 3 : Soumettre, via la LPP, les perfusions à domicile à une première délivrance remboursable limitée à 7 jours

Proposition n° 4 : Faire évoluer la disposition inscrite dans la convention médicale relative à la consultation longue pour la déprescription pour élargir le public ciblé à la fragilité et mieux garantir sa dimension pluriprofessionnelle (participation du pharmacien et de l'infirmière référente)

Proposition n° 5 : Faire appliquer l'identification des prescripteurs hospitaliers par leur RPPS lors de la prescription et de l'exécution de la prescription, pour permettre une connaissance des pratiques de prescriptions et analyser les dynamiques de prescriptions existant au sein de la catégorie « PHEV »

Proposition n° 6 : Aligner les démarches de maitrise médicalisée auprès des prescripteurs hospitaliers sur celles des prescripteurs de ville : actions d'accompagnement, DAP, MSO/MSAP, prescription renforcée...

Proposition n° 7 : Supprimer la prise en charge par l'assurance-maladie des prescriptions réalisées par les praticiens libéraux déconventionnés

Proposition n° 8 : Mobiliser davantage des modalités d'accompagnement des prescripteurs ayant fait la preuve de leur efficacité (communication de « leaders d'opinion » ; développement de retours personnalisés réguliers sur la pratique individuelle sur un panel d'indicateurs clés assortis de cibles)

Proposition n° 9 : Assurer la diffusion et la promotion des groupes d'amélioration des pratiques auprès des prescripteurs et développer des registres de qualité sur des parcours à enjeux, pour assurer un recueil de données sur les traitements et les résultats des patients servant de support aux retours personnalisés vers les prescripteurs et aux échanges entre pairs

Proposition n° 10 : Produire des listes de produits à effet comparable avec indication de leur prix, permettant aux prescripteurs d'éclairer leur choix de traitement dans des indications à fort enjeu financier

Proposition n° 11 : Développer les approches « Choisir avec soin » avec des sociétés savantes et expérimenter une information ciblée des patients consommant des médicaments ou dispositifs médicaux à risque de non-pertinence ou mésusage (ex : anxiolytiques, IPP et antibiotiques) et son impact en termes de prescription

Proposition n° 12 : Appliquer la prescription renforcée aux prescriptions pour lesquelles il existe un enjeu de santé publique au respect des bonnes pratiques, un besoin d'accompagnement à la pénétration d'un médicament innovant et/ou onéreux dans les pratiques et un risque de mésusage

Proposition n° 13 : Accélérer le programme de réexamen de la liste des DAP et le programme de dématérialisation des DAP, pour tendre en cible à la suppression des DAP papier, et définir l'articulation en cible entre DAP et prescription renforcée, en orientant la DAP sur les situations

où la prescription renforcée n'est pas applicable et pour lesquelles l'arbre de décision est plus complexe/ moins déterministe

Proposition n° 14 : Étendre le champ des campagnes de MSO/MSAP à un nombre plus large de professionnels

Proposition n° 15 : Intégrer les prestations d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel des Ehpad

Proposition n° 16 : Soumettre les prescriptions de sorties d'hospitalisation ou de sortie d'urgences à une quantité maximale de première délivrance remboursable

Proposition n° 17 : Restreindre les médicaments inscrits sur la liste en sus aux médicaments inscrits depuis plus de dix ans ou ayant un générique ou un biosimilaire, et l'actualiser de manière dynamique

Proposition n° 18 : Déployer la démarche de définition de livrets thérapeutiques restrictifs sur un biosimilaire ou un générique lorsqu'ils existent, communs à plusieurs établissements, et organiser sur cette base une négociation des prix d'achat des produits de santé onéreux en particulier de la liste en sus à une plus grande échelle (marchés inter-régionaux ou marché national alloti)

Proposition n° 19 : Enrichir les informations de l'ordonnance électronique aux fins d'observations de prescriptions remboursables notamment par une catégorisation du type de prescription (sortie d'hospitalisation-sortie d'urgence/consultations ambulatoires/téléconsultation)

Proposition n° 20 : Faire de l'ordonnance numérique le téléservice unique de prescription, intégrant les dispositifs de contrôle relevant actuellement de téléservices et procédures distincts, dans le cadre d'une feuille de route pluriannuelle commune CNAM/Délégation du numérique en santé/Agence du numérique en santé

Proposition n° 21 : Conditionner le financement des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dédiés à l'aide à la prescription des actes et produits de santé à une procédure de certification ou de labellisation adaptée aux recours à l'intelligence artificielle et recourant aux choix par défaut basés sur les recommandations de la HAS

Chiffrage des mesures de la mission

Seules les mesures ayant pu faire l'objet d'un chiffrage sont présentées (cf. tableau 1). Elles sont suivies par un tableau recensant les mesures relatives au champ de la prescription issues des revues de dépenses récentes dans le champ sanitaire (cf. tableau 2).

Tableau 1 : Mesures chiffrées par la mission

Mesure	Chiffrage	Organisme porteur	Calendrier
Appliquer la prescription renforcée aux prescriptions pour lesquelles il existe un enjeu de santé publique au respect des bonnes pratiques, un besoin d'accompagnement à la pénétration d'un médicament innovant et/ou onéreux dans les pratiques, ou un risque de mésusage important	Estimation du mésusage : 100 M€ pour les IPP, 128 M€ de pour les antibiotiques, 50 M€ sur les BZD	DSS et DGS	À échelonner selon le volume de prescription (certaines peuvent être mises en œuvre sans tarder comme le dosage vitamine D, vitesse de sédimentation, d'autres doivent attendre l'intégration de la prescription renforcée dans l'ordonnance numérique)
Etendre le champ des campagnes de MSO/MSAP sur les arrêts maladie à un nombre plus large de prescripteurs en supprimant la possibilité de pour les professionnels concernés de refuser la MSO et d'imposer le passage en MSAP, en étendant le nombre de prescripteurs ciblés par les MSO pour les arrêts de travail, en formalisant le mode opératoire visant les prescripteurs se situant à un niveau de prescriptions « pré-MSO »	100 M€	CNAM	12 à 18 mois
Mettre en place un dispositif de MSO/MSAP pour les masseurs-kinésithérapeutes présentant des nombres de séances par patient très atypique et non explicables par des différences de patientèle	44 à 180 M€	CNAM	6 mois
Restreindre les médicaments inscrits sur la liste en sus aux médicaments inscrits depuis plus de 1dix ans ou ayant un générique ou un biosimilaire et l'actualiser de manière dynamique	230 à 596 M€	DGS et DSS	Entre 6 mois et un an
Supprimer la prise en charge par l'assurance-maladie des prescriptions réalisées par les praticiens libéraux déconventionnés	60 M€	DSS	12 à 18 mois
Intégrer les prestations d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel des Ehpad	85 à170 M€	DGCS et DSS	18 à 24 mois

Source : Mission.

Tableau 2 : Mesures relatives au champ de la prescription en ville et à l'hôpital issues des revues de dépenses récentes (2024-2025)

Revue de dépenses	Mesure	Montant (en M€ par an)
DM (2024)	Gestion active de la liste en sus en matière de DM	20 M€ à 75 M€
	Limitation de la durée de prescription, notamment dans le cas des pansements	20 M€
	Encadrement des PHEV de DM	35 M€
ALD (2024)	Meilleur contrôle et une meilleure utilisation de l'ordonnance bizone	150 M€
	Restriction de la prescription de transports sanitaires	Non chiffré
	Meilleure information des prescripteurs non médecins traitant sur le statut ALD des patients	Non chiffré
Biologie (2025)	Meilleure pertinence sur huit actes suspectés de redondance ou de mésusage	109,5 M€

Source : Mission.

SOMMAIRE

INTRODUCTION **1**

1. SI LE RALENTISSEMENT DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ A REPOSITIONNÉ LA FRANCE AU SEIN DES PAYS COMPARABLES, CERTAINES POCHES DE PRESCRIPTION CONTRIBUENT AU REBOND RÉCENT DES DÉPENSES DE SANTÉ **2**

1.1. La croissance de certaines dépenses de prescriptions contribue au rebond récent des dépenses de santé 2

1.2. À rebours d'un débat concentré sur le mésusage de médicaments courants, le niveau et la dynamique des dépenses de prescription se concentrent sur les médicaments onéreux 5

2. LA MAÎTRISE DE LA DÉPENSE EST AUJOURD'HUI MAJORITAIREMENT ORIENTÉE SUR LA VILLE, VIA DES MESURES DONT L'EFFICACITÉ EST INÉGALE **13**

2.1. La régulation de la dépense de prescriptions fait se confronter liberté de prescription et encadrement des prescriptions remboursables 13

2.2. La maîtrise des dépenses de prescription repose aujourd'hui principalement sur les actions de maîtrise médicalisée, majoritairement ciblées sur la ville 21

2.3. À l'hôpital, les dispositifs de maîtrise des dépenses de prescriptions ont une portée limitée, du fait notamment de difficultés de suivi des données, et relèvent davantage de la gestion propre à chaque établissement 26

3. L'EFFICACITÉ DES ACTIONS DE RÉGULATION DE LA PRESCRIPTION PEUT ÊTRE RENOUVELÉE PAR PLUSIEURS ÉVOLUTIONS DES OUTILS MOBILISÉS, ADAPTÉES AUX ENJEUX DE CHAQUE SECTEUR DE PRESCRIPTION ET ARTICULÉES AUTOUR DU DÉPLOIEMENT DE L'ORDONNANCE NUMÉRIQUE **28**

3.1. L'amélioration de l'efficacité de la maîtrise médicalisée repose sur une meilleure complétude de son champ, un approfondissement des dispositifs d'accompagnement et un renforcement des outils de contrôle de la prescription ...28

3.2. Des dispositifs contraignants peuvent être déployés pour contenir les dépenses relatives notamment à la liste en sus et au PHEV à moyen-terme 34

3.3. L'environnement numérique du prescripteur constitue un levier structurant pour améliorer la pertinence des prescriptions 37

3.4. Les expériences étrangères de budget de prescription n'ont pas démontré leur capacité à faire évoluer les pratiques 40

4. S'ILS PERMETTENT D'ATTEINDRE DES OBJECTIFS BUDGÉTAIRES, LES DISPOSITIFS DE SÉCURISATION BUDGÉTAIRE ET DE PARTICIPATION FINANCIÈRE DU PATIENT N'AGISSENT PAS SUR LA PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION **43**

4.1. Les dispositifs de sécurisation budgétaire n'agissent pas sur la prescription et n'améliorent pas la pertinence 43

4.2. La participation financière du patient ne permet pas de réduire la non-pertinence, mais peut avoir un impact sur la santé si elle a un impact sur la consommation de soins 45

INTRODUCTION

L'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) a progressé de 28 %, hors crise sanitaire, entre 2019 et 2024. Le déficit de l'assurance-maladie devrait se situer en 2025 à 17,2 Md€ (soit 0,6 % du PIB) et demeurerait à 16,1 Md€ en 2029 selon le PLFSS pour 2026. Dans ce contexte, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) se sont vu confier **une mission de revue de dépenses portant sur la régulation des prescriptions en ville et à l'hôpital**[9]**.**

Cette mission propose un angle d'analyse « en coupe » des dépenses de santé qui se différencie d'approches souvent sectorielles, en agrégeant de façon nouvelle différents types de dépenses (actes, produits, prestations) relevant de différentes enveloppes (ville et hôpital) mais en les analysant sous l'angle des prescriptions déterminant l'engagement de ces dépenses. La prescription constitue le fait générateur d'une grande partie des dépenses de santé – le périmètre d'analyse retenu par la mission représente 31,6 % de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie en 2024, soit 81 Md€[10] - mais n'est ni un périmètre de suivi ni un objet de pilotage des dépenses.

Si ce caractère composite de l'objet étudié a constitué un obstacle aux travaux de la mission du fait de la diversité des systèmes d'information mais aussi des règles de décomptes des dépenses suivies, il permet toutefois pour la première fois de questionner cette dépense dans sa globalité. Cette analyse doit tenir compte du fait que son périmètre est en partie affecté par des artefacts de règles de prise en charge ou des évolutions organisationnelles du système de santé. Ainsi, à titre d'exemple, le virage ambulatoire a pour effet de transférer des dépenses jusqu'alors intégrées au financement des établissements de santé vers les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) : il accroît donc les dépenses de prescription, telles que définies dans le cadre de la présente mission.

Par ailleurs, dès lors que la mission est ciblée sur la dépense de prescription donnant lieu à facturation spécifique (dépenses remboursées de soins de ville, produits de la liste en sus), son champ ne correspond ni à l'ensemble de la consommation de soins, ni à l'ensemble de la prescription. Elle n'intègre ni les activités réalisées en propre par un professionnel ou une structure sans prescription préalable ; ni les produits, actes et prestations dont le financement est intégré dans le financement des établissements ; ni les prescriptions non remboursables ou non exécutées.

Enfin, alors que plusieurs missions se sont intéressées ces dernières années à la régulation globale d'actes, produits ou prestations faisant l'objet de prescriptions, au premier rang desquels les médicaments, **cette revue de dépenses vient interroger le concept de juste prescription**, qui comporte une composante comportementale, par essence plus diffuse dans ses déterminants et moins directement influençable par l'action publique. L'atteinte de la juste prescription repose sur un travail plus long de réflexion partenariale permettant d'aboutir au « bon soin, par le bon professionnel, au bon coût ». Ce rapport souhaite participer à éclairer l'atteinte de ce dernier objectif.

---

[9] La régulation des prix et la tarification sont exclues du champ de la mission.

[10] La mission a ciblé ses travaux sur les prescriptions de médicaments, d'actes d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes. Elle s'est limitée à actualiser les données des missions IGAS-IGF récemment réalisées, sans reprendre les travaux d'analyse, sur les champs des dispositifs médicaux, biologie, arrêts de travail, transports sanitaires et demandes d'imagerie.

1. Si le ralentissement de la croissance des dépenses de santé a repositionné la France au sein des pays comparables, certaines poches de prescription contribuent au rebond récent des dépenses de santé

1.1. La croissance de certaines dépenses de prescriptions contribue au rebond récent des dépenses de santé

1.1.1. Le ralentissement de la hausse des dépenses de santé au cours des années 2010 a permis à la France de se repositionner par rapport à ses voisins européens, mais la dynamique a repris depuis 2019

Au cours de la décennie 2010, la France a connu une des croissances de dépenses de santé les plus faibles parmi les pays industrialisés[11]**.** Comme d'autres pays développés, la France a en revanche connu un rebond de cette dépense après 2019, tout en présentant un taux de croissance qui reste inférieur à la moyenne de l'organisation pour la coopération et le développement économiques (OCDE). Stable en part du produit intérieur brut (PIB) au cours des années 2010, la dépense courante de santé a augmenté de 0,7 point entre 2019 et 2022 pour atteindre 11,8 % du PIB, niveau auquel elle s'est stabilisée depuis.

La dynamique des dépenses de santé est nourrie par la démographie (la hausse de la population y contribue pour 0,3 % par an, le vieillissement pour 0,7 %, sur 2025-2030), l'épidémiologie (hausse de prévalence de certaines maladies à âge donné) et le progrès technique[12].

Ces évolutions récentes ont conduit à repositionner la France au sein de l'OCDE en termes de dépenses de santé. Elle est en 2024 en 5ème position en part de PIB dédiée aux dépenses de santé (derrière les Etats-Unis, l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse)[13] et en 7ème position en termes de dépenses de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat en 2022.

Illustration de cette « normalisation » de la dépense de santé en France, la consommation de médicaments, autrefois exceptionnelle, a rejoint le peloton des pays européens : le nombre d'unités standards vendues en officine, autrefois très atypique, est aujourd'hui inférieure de 11 % au niveau allemand, de 3 % au niveau britannique (malgré une part importante de ventes hors officines), mais reste supérieur de 10 % au niveau espagnol[14]. Les quantités vendues en officine ont baissé entre 2009 et 2022 de 12 % en France, alors qu'elles ont augmenté de 30 % en Allemagne, 8 % en Italie, 22 % aux Pays-Bas.

[11] Elle a ainsi connu la 5ème plus faible hausse de la dépense de santé en valeur dans l'Union européenne au cours de cette période. Les pays industrialisés hors UE (Japon, Etats-Unis, Islande, Royaume-Uni, Suisse, Norvège, Canada) ont quant eux tous connu des taux de progression supérieurs (*Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé*, DREES, 2025).

[12] *Pour un redressement durable des comptes de la sécurité sociale*, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, juillet 2025.

[13] DREES, *Les dépenses de santé en 2024*, 2025.

[14] *Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé*, DREES, 2023.

1.1.2. Les dépenses issues des prescriptions ont connu une croissance dynamique au cours des quatre dernières années

Les prescriptions couvrent un large champ d'actions qui peut être organisé en quatre catégories (cf. annexe II) :

- **les produits de santé** : couvrant à la fois les médicaments et les dispositifs médicaux ;
- **les actes de soins ou de diagnostic exécutés par d'autres professionnels que le prescripteur**, à l'exclusion donc des situations où le professionnel dispose d'une compétence propre pour réaliser les actes (qui ne constituent donc pas de la prescription)[15] : principalement les actes paramédicaux et les actes de biologie ;
- **les transports sanitaires ;**
- **les indemnités journalières liées aux arrêts de travail.**

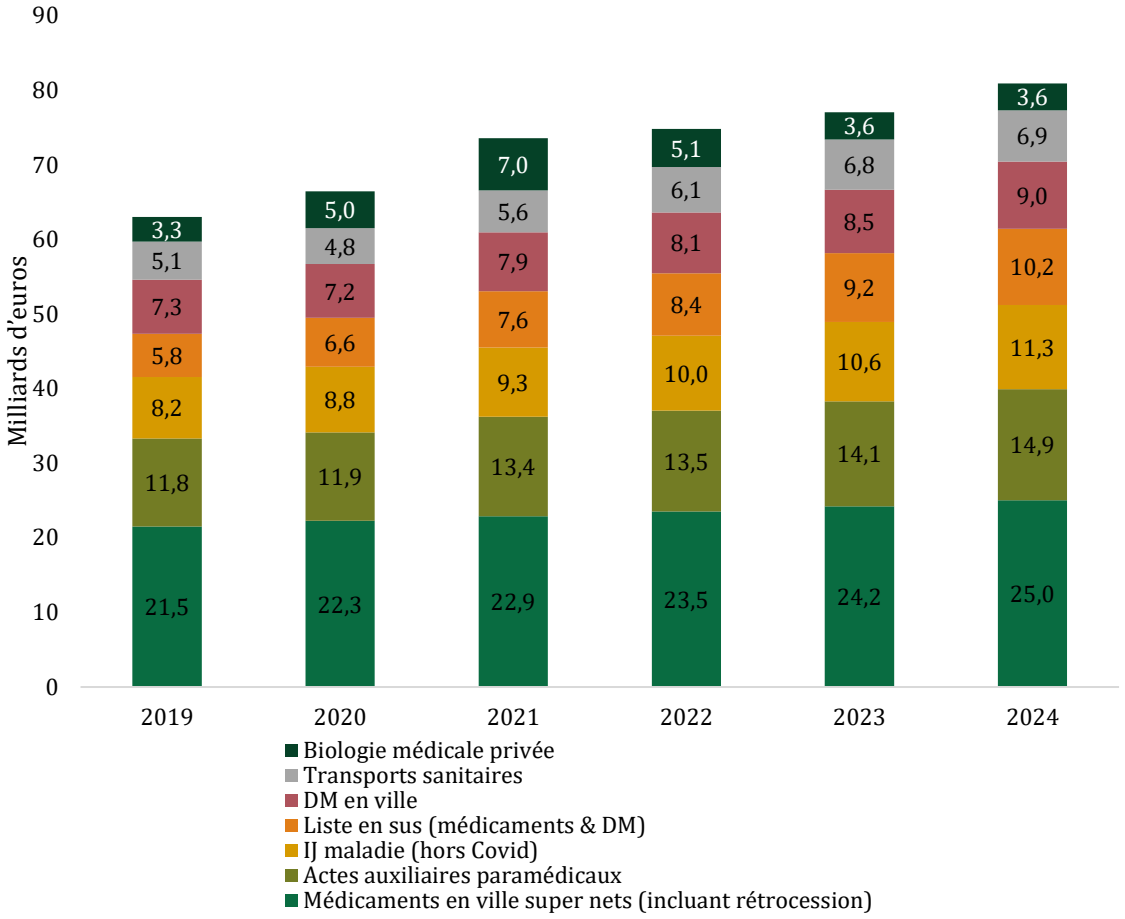
Les prescriptions présentent une diversité d'objets (produits, actes et prestations) qui répondent à des encadrements et des logiques de dispensation ou d'exécution propres. **Il n'existe pas d'agrégat économique ou comptable délimité de suivi des dépenses prescrites et l'analyse de leur volume comme de leur dynamique est le fruit d'une recomposition**. **Ces dépenses ne sont traçables que pour autant qu'elles donnent lieu à une facturation distincte** : ainsi, les consommations de produits de santé ou d'actes paramédicaux réalisées dans le cadre de séjours au sein d'établissements de santé sont financées en principe dans le cadre des tarifs ou dotations de ces établissements et ne sont donc pas intégrées dans le champ de la mission. À l'inverse, les produits de santé financés dans le cadre de la liste en sus, qui font l'objet d'un financement spécifique sur le sous-objectif relatif aux établissements de santé, sont intégrés dans le périmètre d'analyse. Face à cette hétérogénéité d'objets, la mission a réalisé deux types d'analyses distinctes :

- **une analyse de la tendance générale des dépenses issues des prescriptions** afin de comprendre leur dynamique ;

  Les dépenses liées aux prescriptions traitées dans le champ de la mission (produits de santé, actes des auxiliaires paramédicaux, arrêts maladie, transports sanitaires, biologie médicale) ont représenté un total de 81 Md€ en 2024, soit 31,6 % de l'Ondam. Cet agrégat de dépenses a augmenté de 28,5 % entre 2019 et 2024, soit une dynamique comparable à celle de l'Ondam (hors coûts COVID), qui a augmenté de 28 % sur cette période (dont 40 % du fait d'effets conjoncturels (Ségur, inflation exceptionnelle et aides exceptionnelles à l'activité)) (cf. graphique 1).
- des analyses approfondies ciblées sur les déterminants de la dynamique de la dépense pour les médicaments d'une part (liste en sus, prescriptions hospitalières exécutées en ville et médicaments prescrits en ville), et d'autre part pour les actes des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et des masseurs-kinésithérapeutes (MK).

[15] Ne sont donc pas intégrées les activités de radiologie, qui peuvent faire l'objet d'une demande (mais non d'une prescription) par un autre médecin que le radiologue, mais que le radiologue peut réaliser en propre.

Graphique 1 : Comparaison des dépenses induites par les prescriptions par catégorie d'objets de prescription entre 2019 et 2024



Source : Calculs mission d'après les données suivantes : médicaments en ville (incluant rétrocession) d'après CCSS ; liste en sus d'après ATIH ; DM d'après Open-LPP ; IJ, transports sanitaires et actes d'après CCSS. Pour les médicaments, la valeur super nette correspond au montant brut dont sont soustraits la clause de sauvegarde et les remises.

Les dépenses les plus dynamiques entre 2019 et 2024 ont été la liste en sus (+76 %), les indemnités journalières pour arrêts maladie (+38 %) et les transports sanitaires (+34 %). Les évolutions des dépenses liées aux actes paramédicaux, aux dispositifs médicaux et aux médicaments en ville sont plus faibles que l'évolution de l'Ondam sur cette période (respectivement +26 %, +24 % et +16 %). Toutefois, l'impact sur l'Ondam de cette dynamique est atténué, pour les produits de santé, par celle des remises et de la clause de sauvegarde (dont le rendement est passé de 5,36 Mds€ en 2021 à 10,64 Mds€ entre 2021 et 2024), ainsi que par celle des franchises et participations forfaitaires[16].

[16] Impact du relèvement évalué à 660 M€ en 2024.

1.2. À rebours d'un débat concentré sur le mésusage de médicaments courants, le niveau et la dynamique des dépenses de prescription se concentrent sur les médicaments onéreux

1.2.1. La liste en sus constitue l'enveloppe de dépenses de prescriptions la plus dynamique, du fait de l'introduction régulière de traitements coûteux et d'une sédimentation de traitements anciens

La liste en sus (LES, cf. annexe III), dispositif déployé depuis 2005, a pour objectif de faire **prendre en charge spécifiquement par l'assurance-maladie, sur présentation des factures par les établissements de santé de tous statuts, les produits de santé onéreux. Cette prise en charge spécifique vise à faciliter l'accès à l'innovation pour les patients** en évitant aux établissements de devoir arbitrer entre ne pas proposer ces produits onéreux ou les prendre à leur charge sans que ce coût soit justement retracé dans les tarifs.

En 2024, le montant des achats des établissements de santé au titre de la liste en sus s'élevait à **10,2 Md€**, dont 7,8 Md€ pour les médicaments et 2,4 Md€ pour les dispositifs médicaux [17]. Ce montant a augmenté de 57 % entre 2020 et 2024, tiré majoritairement par les dépenses liées aux médicaments qui se sont accrues de 68 % sur cette période, essentiellement du fait du prix moyen.

Les dépenses de la liste en sus sont tirées par quelques molécules particulièrement onéreuses. Ainsi, en 2024, le médicament au montant d'achat le plus élevé explique à lui seul un quart de la dépense totale de médicaments (Keytruda®, anticancéreux) soit 1,95 Md€. Cette même année, cinq molécules ont représenté la moitié des achats (anticancéreux et immunomodulateurs) [18].

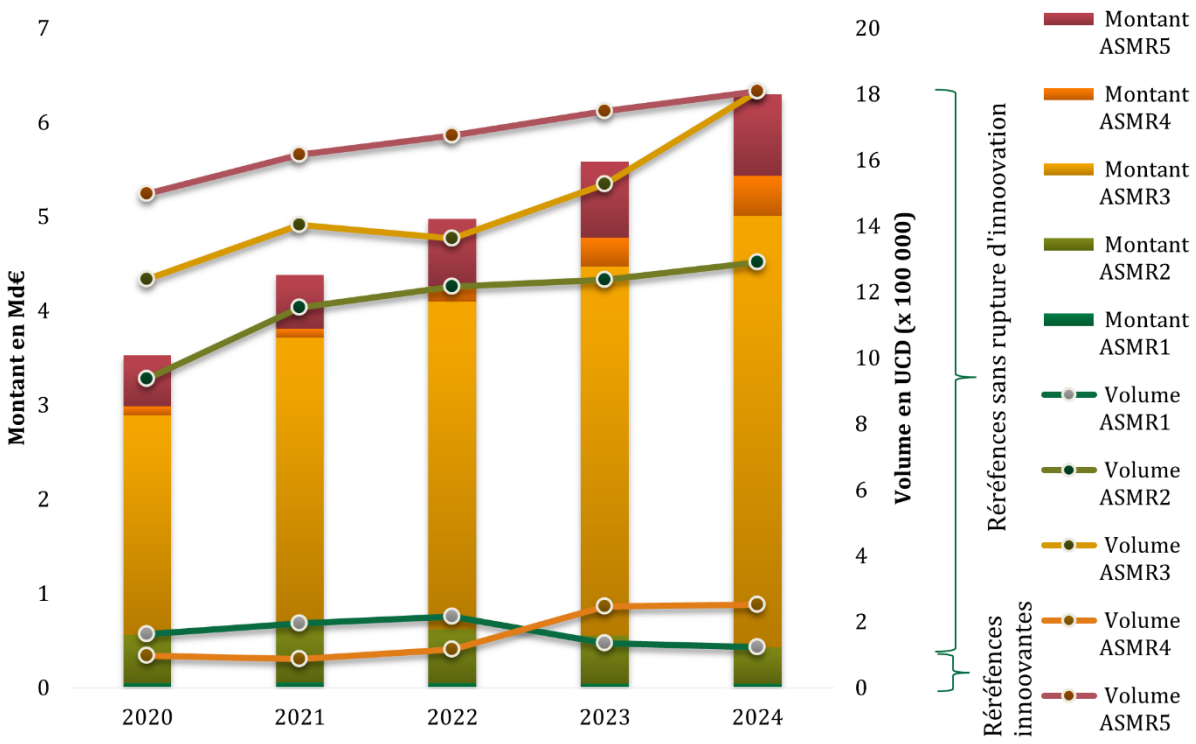
L'analyse des données, en retenant l'amélioration du service médical rendu (ASMR) pour qualifier le caractère innovant, montre toutefois que la part des thérapies en réelle rupture d'innovation est finalement peu importante (cf. graphique 2) :

- l'évolution des montants est portée par les ASMR III (modéré) qui représentent 72 % des montants totaux d'achat en 2024 (4,6 Md€) en augmentation de 50 % entre 2021 et 2024, quand ces dernières années, les évolutions de volumes les plus dynamiques ont concerné des ASMR V (absence de progrès thérapeutique), du fait de l'introduction de génériques ou de biosimilaires ;
- les ASMR I (majeur) et II (important) ne représentent plus qu'une part minime des montants d'achat en 2024 (6,7 %), en diminution entre 2021 et 2024 respectivement de 24 % et 37 %.

[17] Données Open source ATIH. Le coût pour l'assurance-maladie est en réalité plus élevé car l'établissement achète les produits à un prix négocié ; 50% de la marge issue du différentiel entre le prix de responsabilité et le prix négocié sont reversés à l'établissement.

[18] Keytruda®, Darzalex®, Opdivo®, Ocrevus®, Imfinzi®.

Graphique 2 : Evolution du montant total d'achat et des volumes des médicaments de la liste en sus en MCO dans le secteur ex DG par ASMR entre 2020 et 2024 (€ et doses)



Source : Mission à partir des données open source ATIH. Note de lecture : Les montants (histogramme) sont indiqués en Md€ (échelle de gauche), les volumes (courbes) sont indiqués en centaines de milliers de doses (échelle de droite).

L'augmentation des montants remboursés résulte à la fois de l'inscription de spécialités onéreuses et d'un effet de sédimentation des produits inscrits sur la liste en sus. Ainsi, chaque année, le solde du flux des entrées et des sorties des molécules de la liste en sus est largement positif et le nombre de molécules présent sur la liste a plus que doublé en 20 ans.

Le champ de la liste en sus tend à croître du fait de son insuffisance de gestion. Elle accueille en effet les molécules récentes, mais subit le maintien de molécules anciennes par le mécanisme d'extension d'indication ou de modifications mineures d'unité commune de dispensation (UCD). Ainsi, les molécules en extension d'indication ont contribué aux trois-quarts de la croissance du nombre de références. Les molécules radiées ne permettent pas de compenser les arrivées car elles ne représentent que 1 % de la dépense.

1.2.2. Les prescriptions hospitalières exécutées en ville constituent un agrégat important en dépenses comme en dynamique, qui exige un renforcement des capacités d'analyse et de pilotage

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV ; cf. annexe III) **constituent un périmètre statistique** qui agrège trois contextes de prescription différents (sortie d'hospitalisation, complète ou à temps partiel ; sortie après un passage aux urgences ; consultations externes) tout en séparant des situations identiques : une prescription réalisée en sortie d'hospitalisation constituera ou non une PHEV selon le statut du praticien (PHEV si le praticien est salarié d'un établissement de santé ex-DG, prescription de ville s'il exerce en libéral dans une clinique). **Les PHEV ne constituent donc pas une réalité sanitaire, mais un périmètre administratif composite et relativement artificiel, dont la dynamique peut être affectée par des artefacts d'organisation des soins ou de règles de prise en charge**. Notamment, le virage ambulatoire a pour effet de transférer vers les PHEV des prescriptions jusque-là intégrées dans le financement d'un séjour hospitalier : il accroît donc les PHEV toutes choses égales par ailleurs.

Cet agrégat est par ailleurs mal connu : il n'est pas possible à ce jour de distinguer les contextes de prescription, ni d'identifier le prescripteur hospitalier par son numéro d'inscription individuel au répertoire des professionnels de santé (RPPS), ce qui empêche d'analyser les dépenses de PHEV par professionnel, par spécialité ou par service hospitalier, et d'identifier les prescripteurs vers lesquels agir.

En 2024, les dépenses de PHEV sur le périmètre d'analyse de la mission ont représenté 19,7 Md€, en augmentation de 49 % depuis 2019, soit une croissance plus dynamique que le reste des dépenses de ville. Au sein des PHEV, les dépenses les plus dynamiques ont été les médicaments (+63 % entre 2019 et 2024), puis les dispositifs médicaux (+34 %) et les actes paramédicaux (+33 %).

La part des dépenses issues des PHEV dans le périmètre total analysé est passée de 22,7 % en 2020 à 27,0 % en 2024 (cf. tableau 3). La part des PHEV est particulièrement importante dans les dépenses de remboursement des médicaments (45,3 % en 2024, contre 37,5 % en 2019) et des dispositifs médicaux (34,1 %). Sur la période le montant des dépenses de PHEV a cru trois fois plus vite que le nombre de boîtes remboursées (respectivement 125 % et 41 %). La dynamique de la place des PHEV dans les dépenses de médicaments résulte principalement du prix moyen des produits.

Tableau 3 : Proportion des dépenses de remboursement dues aux PHEV entre 2019 et 2024

Catégorie de remboursement	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Médicaments	37,5 %	39,3 %	41,5 %	43,1 %	44,5 %	45,3 %
DM	31,5 %	31,9 %	31,4 %	32,0 %	32,7 %	34,1 %
IJ	N.D.	7,7 %	8,3 %	8,3 %	9,4 %	9,4 %
Actes	14,7 %	14,3 %	14,3 %	15,0 %	14,2 %	15,6 %
Total	**N.D.**	**22,7 %**	**24,0 %**	**24,7 %**	**26,3 %**	**27,0 %**

Source : Calculs de la mission, d'après données Cnam et DSS.

Comme le reste des dépenses, les PHEV de médicaments sont tirées à la hausse par le vieillissement de la population[19] et par l'impact des pathologies chroniques. La croissance plus élevée par rapport à la dynamique des prescriptions des médecins de ville peut résulter du cumul de plusieurs facteurs :

- des différences de patientèle et d'activité entre prescripteurs hospitaliers et prescripteurs de ville qui se traduisent par une sur-représentation des médicaments onéreux concernant des pathologies chroniques, comme le montrent les classes thérapeutiques concernées[20] ;
- des effets de transferts de dépenses résultant de modes d'organisation des soins : le virage ambulatoire et domiciliaire reporte une partie des dépenses hospitalières vers la ville. La part des antinéoplasiques montre le rôle notamment de l'administration par voie orale d'anticancéreux à domicile ;
- une évolution démographique plus dynamique des professionnels salariés / hospitaliers que celle des libéraux.

1.2.3. En ville, les médicaments « courants » peuvent porter des risques de mésusages mais représentent des enjeux financiers limités au regard de l'impact des médicaments onéreux récents

Entre 2019 et 2024, la dépense nette (après déduction des remises et de la clause de sauvegarde) de médicaments délivrés en ville a augmenté de 16 %, soit moins rapidement que l'Ondam.

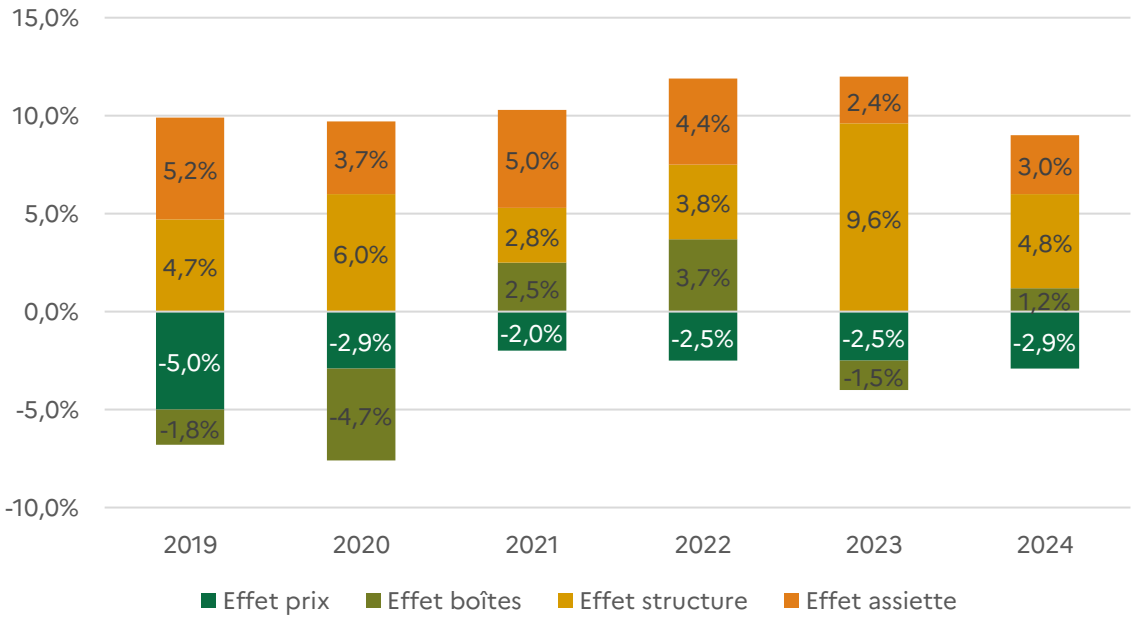
L'évolution de la dépense des médicaments en ville est tirée vers le haut sur la période 2021-2024[21] par un effet structure (déplacement du « panier » de médicaments consommés vers les plus récents et les plus onéreux), et par un effet assiette qui souligne que la dépense associée aux médicaments entrés nouvellement dans le périmètre de la prise en charge est toujours supérieure à la dépense associée aux médicaments sortis du périmètre (cf. graphique 3).

[19] La part des dépenses remboursées au titre des PHMEV des plus de 60 ans a progressé en dix ans, passant de 35 % à 45 % de ces dépenses entre 2014 et 2024. En 2019, 10 % des 22 millions de patients ayant bénéficié d'une prescription hospitalière exécutée en ville engendrent 83 % de la dépense ; 70 % d'entre eux étaient en ALD.

[20] La médiane du montant remboursé au titre d'un PHEV en 2019 est de 40 € ; ce montant est de 1 330 € pour le dernier décile et 12 820€ pour le dernier centile.

[21] CCSS 2025, Fiche *Eclairage le marché du médicament*.

Graphique 3 : Décomposition du taux de croissance des dépenses de médicaments en ville (chiffre d'affaires hors taxe)



Source : CCSS 2025.

S'il existe du mésusage sur les catégories de médicaments les plus consommées, son caractère diffus ainsi que le coût faible de ces traitements limitent les perspectives d'économies.

En 2024, l'analyse en ATC4[22] du volume de boîtes délivrées souligne la suprématie du paracétamol et de ses dérivés (classe des anilides[23]) qui représentent presque 20 % des volumes totaux remboursés (plus de 466 millions de boîtes), suivis par les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP, 80 millions), la vitamine D et ses analogues (74 millions), les dérivés des benzodiazépines (70 millions), une classe d'antidépresseurs[24] (51 millions) et une classe d'antibiotiques (48 millions)[25].

[22] La nomenclature anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) sert à classifier les médicaments. Elle est composée de cinq niveaux (cf. annexe I encadré n°5).

[23] Classe de médicaments antalgiques et antipyrétique qui comprend entre autres le paracétamol.

[24] Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

[25] Pénicilline et dérivés.

Ces catégories de médicaments se caractérisent toutefois toutes par de bas prix unitaires : la classe des anilides représente au total près de 410 M€ de remboursements en 2024, mais pour un montant moyen de remboursement de 0,9 € d par boîte ; pour atteindre seulement 100 M€ d'économies sur cette catégorie, il faudrait réduire le volume d'antalgiques remboursés de 25 %, soit plus de 110 millions de boîte[26]. **En outre, ces montants de dépenses et de potentiels d'économies doivent être minorés si on tient compte des franchises :** pour des produits à bas prix, le coût pour l'assurance-maladie après application de l'honoraire de dispensation et déduction de la franchise est nettement inférieur au montant remboursé au titre de la boîte[27]. Les montants présentés par l'assurance-maladie correspondent toujours au montant remboursé sur la boîte de médicaments, qui constitue un majorant ; le doublement de la franchise et de son plafond, annoncé dans le cadre du PLFSS pour 2026, amplifierait cet effet[28]. **L'existence de remises par produits et *in fine* de la clause de sauvegarde, atténue encore les dépenses et le rendement net de ces actions.**

La recherche d'économies sur ces segments, outre la question de l'objectivation du mésusage, paraît donc devoir mobiliser beaucoup de moyens (beaucoup de prescripteurs et de patients à cibler) pour des rendements qui seront par nature faible. Les actions menées continuent toutefois d'être pertinentes pour atteindre des objectifs sanitaires de limitation des effets délétères issus de consommation de médicaments : iatrogénie, dépendance psychique et/ou physique, antibiorésistance…

Les dépenses sont davantage tirées par des molécules onéreuses, prescrites en traitement de maladies graves**.** Trois classes de médicaments[29] (sur quatorze) délivrés en ville constituent 52,3 % des dépenses de remboursement en 2024, à savoir les antinéoplasiques[30] et les agents immunomodulateurs[31], les médicaments du système nerveux et les médicaments du système digestif et du métabolisme. Le poids de ces trois classes dans les remboursements de médicaments est en croissance rapide : elles ne représentaient que 39,5 % de la dépense en 2014, et 46,8 % en 2019.

Cette évolution est essentiellement portée par le dynamisme des médicaments de la classe des antinéoplasiques et des agents immunomodulateurs. Le montant des remboursements des médicaments de cette classe a été multiplié par 3,2 en 10 ans, pour atteindre 7,7 Md€ en 2024. Leur part dans les remboursements est ainsi passée de 12,1 % en 2014 à 29,6 % en 2024 (en dépenses brutes). L'augmentation des remboursements de cette classe explique 41,8 % de l'augmentation sur la période 2019-2024.

[26] Chiffres assurance-maladie : communiqué de presse de novembre 2024 qui indique que 308 millions de boîtes de doliprane ont été délivrés à 36 millions de patients en un an.

[27] S'agissant du paracétamol, avec un prix de la boîte de comprimés à 1,07€, le montant remboursé par l'assurance-maladie par boîte est de 0,6955€ pour un remboursement à 65%. Mais si on tient compte de l'honoraire de dispensation et de la déduction de la franchise, le coût pour l'assurance-maladie est de 0,3285€ au lieu de 0,6955€, soit 52% de moins. Le même raisonnement peut être tenu pour des médicaments tels que l'amoxicilline (pour certaines présentations) ou le lorazépam.

[28] Il aurait pour effet de supprimer la prise en charge des médicaments remboursés à 65 % dont le tarif par boîte ne dépasserait pas 2,06 €, sauf exonération de franchise ou atteinte du plafond de franchises.

[29] Ici classées par ATC1.

[30] Médicaments utilisés pour détruire ou empêcher la prolifération des cellules cancéreuses.

[31] Médicaments modifiant ou régulant l'activité du système immunitaire sans le supprimer complètement. Ils sont utilisés en particulier dans certaines maladies inflammatoires chroniques, auto-immunes ou encore en antirejet après greffe d'organe.

1.2.4. Les actes de soins de masso-kinésithérapie et infirmiers connaissent des dynamiques également soutenues dont les déterminants doivent être interrogés

En 2024, les actes réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux ont représenté respectivement 5,1 Md€ et 9,4 Md€ en montants remboursés.

L'accès à ces professionnels est en principe conditionné à une prescription médicale. Certains assouplissements ont toutefois été introduits, dont les effets n'ont pu tous être évalués par la mission en raison de leur caractère trop récent, au premier rang desquels figure l'expérimentation de l'accès direct (application mise en œuvre à partir de 2024).

Une certaine flexibilité existe néanmoins :

- depuis 2000, pour les masseurs-kinésithérapeutes, le prescripteur peut s'abstenir de préciser le nombre de séances ou la technique à mettre en œuvre ;
- depuis 2020, pour les infirmiers, le bilan de soins infirmiers (BSI) permet au professionnel d'établir un plan de soins ouvrant droit à un forfait de prise en charge pour les patients dépendants, soumis à la validation du médecin prescripteur et validé tacitement au bout de cinq jours.

Ces évolutions traduisent un déplacement partiel du centre de décision vers la mise en œuvre : la prescription n'est plus seulement émise, elle est interprétée, ajustée ou, le cas échéant, refusée par l'effecteur.

L'analyse des dépenses d'actes paramédicaux en ville repose donc principalement sur celle des comportements des effecteurs. Entre 2021 et 2024, les remboursements afférents à ces actes ont progressé de 1,7 % pour les infirmiers[32] et de 14,6 % pour les masseurs-kinésithérapeutes.

S'agissant des infirmiers libéraux, la mission a concentré son analyse sur la période 2023-2024[33] qui se caractérise par deux évolutions :

- la généralisation à compter d'octobre 2023 des forfaits dépendance à tout âge ;
- la revalorisation de 10 % des forfaits déplacement à partir du 1er janvier 2024.

Sur cette période, les dépenses progressent de 5 % avec une augmentation plus marquée dans les départements les moins denses en infirmiers libéraux. Les premiers constats montrent qu'au niveau national, les infirmiers libéraux prennent en charge un nombre légèrement plus restreint de patients (-0,8 % par infirmier et -1,5 % en nombre total de patient unique) et réalisent en moyenne moins d'épisodes de soins par patient (- 3,5 %), ce qui peut induire une concentration de la file active sur les patients dépendants. Cette évolution peut avoir été favorisée par la généralisation du BSI et une meilleure valorisation de la prise en charge par patient à travers les forfaits dépendance.

Cependant, dans les territoires moins dotés, si la progression des dépenses est plus marquée, on constate, à rebours de la tendance observée au niveau national une hausse du nombre moyen d'épisodes de soins par patient. Cette évolution pourrait s'expliquer par une composition initiale des actes différente entre départements moins denses et plus denses induisant des effets différents à l'introduction des forfaits dépendance, sans que la mission n'ait pu l'expertiser.

[32] Données SNDS, France entière.

[33] Les données de 2021 et 2022 présentent des atypies du fait de prises en charge liées à la crise sanitaire ayant temporairement accru le nombre de patients par infirmier (vaccinations par exemple).

Pour les masseurs-kinésithérapeutes (MK), la progression des remboursements entre 2021 et 2024 est principalement portée par l'augmentation du nombre de masseurs-kinésithérapeutes (10,4 % sur la période) **et l'augmentation du nombre d'actes par patient** (3,5 %) tandis que le nombre moyen de patients par professionnel s'est contracté. L'intensification des actes par patient est accentuée dans les départements présentant une forte densité d'effecteurs. Le taux de recours des personnes âgées de 75 ans et plus y est également plus élevé. En ce qui concerne la hausse du volume de remboursement associée à la hausse du nombre d'effecteurs, elle devrait se poursuivre puisque d'après les projections établies par la DREES[34], les effectifs de masseurs kinésithérapeutes augmenteraient plus vite que les besoins de la population d'ici à 2040. Cette surdensité peut entraîner des comportements de maximisation du nombre d'actes par patient, qui peuvent justifier le déploiement de mesures de maîtrise médicalisée[35].

1.2.5. La dynamique des arrêts maladie est portée par les arrêts longs

Les dépenses liées aux indemnités journalières (IJ) pour arrêts maladie ont représenté 11,3 Md€ en 2024[36]**,** en augmentation de 66 % depuis 2014. Les dépenses d'IJ liées aux arrêts maladie de longue durée[37], qui représentent 40 % de la dépense, sont les plus dynamiques sur les cinq dernières années (+6,7 % de taux de croissance annuel moyen).

L'évolution des IJ - hors crise sanitaire – s'explique par plusieurs facteurs :

- des paramètres démographiques et économiques : hausse de la population en emploi, vieillissement de la population active (qui accroît le nombre d'arrêts maladie mais aussi le niveau de l'IJ moyenne) ; impact de l'évolution des salaires et du Smic (avec notamment le choc d'inflation). Ces facteurs expliquent environ 60 % de la dynamique des arrêts maladie, que ce soit au cours des années 2010 ou depuis[38] ;
- l'évolution de la sinistralité (nombre de jours d'arrêt maladie par travailleur), hors paramètres démographiques et économiques : générale de la durée moyenne des arrêts, et surtout hausse générale du taux de recours de la population aux arrêts maladie à âge donné, Les facteurs de cette hausse de la sinistralité sont multiples.

Les comparaisons internationales en la matière doivent être maniées avec prudence, car les statistiques peuvent être affectées par les modalités de prise en charge des arrêts maladie, propres à chaque pays. Cette réserve étant formulée, la France se situe en 2024 à la 5ème place des 24 pays de l'OCDE pour lesquels la donnée est disponible, pour le nombre de semaines d'arrêt maladie.

---

[34] DREES, juillet 2018, *« D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », Études et résultats* n° 1075, 6 p.

[35] Aujourd'hui, les MK ne sont soumis qu'à 14 demandes d'accord préalables qui visent les actes soumis à référentiel HAS, mais qui ne constituent pas les catégories d'actes les plus dynamiques en dépenses.

[36] Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) pour l'année 2024, mai 2025.

[37] Supérieurs à six mois.

[38] N. Colinot, G. Debeugny, C. Pollak, « Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 », *Etudes et résultats*, n° 1321, 2024.

2. La maîtrise de la dépense est aujourd'hui majoritairement orientée sur la ville, via des mesures dont l'efficacité est inégale

2.1. La régulation de la dépense de prescriptions fait se confronter liberté de prescription et encadrement des prescriptions remboursables

2.1.1. La liberté de prescription du médecin doit s'exercer en se fondant sur les données acquises de la science et est limitée par le cadre de prise en charge par l'assurance-maladie

La liberté de prescription du médecin est consacrée par les règles de déontologie médicale : l'article R. 4127-8 du code de la santé publique[39] dispose que « *dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ». Le code de la sécurité sociale (CSS) tempère cette liberté en énonçant un principe d'économicité de la prescription[40]. La prescription peut avoir une vocation diagnostique, thérapeutique, organisationnelle et financière (remboursement par l'assurance maladie). La prescription a également une portée juridique puisqu'elle engage la responsabilité (au civil, au pénal et devant la juridiction ordinale) du prescripteur.

En France, la prescription reste très majoritairement un acte médical. En 2024 les prescripteurs de ville autres que les médecins (dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, sages-femmes) ne représentent que 0,5 % des montants de médicaments remboursés par l'assurance-maladie[41]. Toutefois, d'autres professionnels de santé ont progressivement bénéficié de l'attribution d'un pouvoir de prescription, principalement motivé par des objectifs de santé publique, et toujours limité dans son périmètre (cf. tableau n°1 de l'annexe II).

Le premier principe de la prescription est celui d'une prescription fondée sur les données acquises de la science. En découle pour les prescripteurs une obligation d'actualisation de leurs connaissances, qui peut s'appuyer sur plusieurs vecteurs.

Si la Haute Autorité de santé (HAS) est chargée d'« *élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines* »[42], ces guides et recommandations ne sont pas opposables aux prescripteurs. Ils sont cependant susceptibles de leur faire grief selon une jurisprudence constante du Conseil d'Etat[43].

---

[39] Reprenant l'article 8 du code de déontologie médicale pour lui donner force normative en droit positif, l'article R. 4127-8 a force réglementaire, ce qui marque, à l'instar de sa rédaction propre, la subordination de cette liberté de prescription à la loi.

[40] Article L.162-2-1 du code de la sécurité sociale : les médecins *« sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».*

[41] D'après les données en *open data* de l'assurance-maladie sur les dépenses remboursées de médicaments en ville.

[42] Article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

[43] Lorsque celles-ci sont prises selon les règles de l'art, c'est-à-dire de manière régulière (et notamment impartiale, et actualisée), et le cas échéant sous le contrôle du juge administratif. Toutefois, ces recommandations « *ne dispensent pas le professionnel de santé d'entretenir et perfectionner ses connaissances par d'autres moyens* [que les recommandations de la HAS] *et de rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient* », CE, n° 428284 (*cf. infra*, note suivante). Le respect des recommandations de la HAS est donc, sauf exceptions très limitées, nécessaire mais pas suffisant.

Les différents professionnels rencontrés soulignent deux limites dans leur utilisation des recommandations HAS :

- leur rythme d'actualisation est jugé parfois trop long au regard de l'actualisation des données de la science ;
- elles constituent des documents trop longs pour faire l'objet d'une lecture par les professionnels. Les prescripteurs soulignent leur meilleure appropriation des « fiches mémo » et des « fiches pertinence » de la HAS réalisées sur un recto-verso.

Ces constats rejoignent ceux faits par la HAS dans son travail sur l'appropriation des recommandations[44].

Outre les guides de bonnes pratiques et recommandations de la HAS, les médecins s'appuient également sur les recommandations issues des sociétés savantes nationales et internationales. Cela nécessite toutefois de les connaitre et de les hiérarchiser ; ce travail, accessible moyennant effort aux spécialistes pour ce qui concerne leur spécialité, est hors de portée s'agissant des généralistes.

Enfin, lors des entretiens sur les comportements de prescription conduits par la mission (cf. annexe VIII), les médecins ont souligné la difficulté que représentent des recommandations construites par pathologie[45] ou par organe, et exprimé leur besoin de recommandations par situation clinique, notamment pour les patients polypathologiques.

La HAS doit donc poursuivre son plan d'action, systématiser les formats courts pour synthétiser ses recommandations et produire des recommandations transversales par situation clinique, en s'articulant plus fortement avec les sociétés savantes, notamment sur les actualisations récentes de leurs recommandations.

Parmi les données acquises de la science figurent également les données liées à l'autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou l'Agence européenne du médicament et qui définit les indications pour lesquelles l'AMM est accordée, ainsi que les conditions de prescription (« prescription restreinte »[46] et durée maximale de prescription[47]). Les prescripteurs de médicaments doivent, au titre de l'état des données acquises de la science, se conformer à l'autorisation de mise sur le marché et prendre en compte les avis de la commission de la transparence de la HAS.

En dehors des conditions de prescription qui sont d'application strictes, une prescription dite « hors-AMM » peut toutefois être médicalement justifiée[48]. Cette prescription peut par ailleurs bénéficier d'un cadre sécurisé fixé par l'ANSM (cadre de prescription compassionnelle) permettant la prise en charge par l'assurance-maladie.

---

[44] HAS, 2023 (révisé en 2023), Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS, 46 p. et HAS, 2023, Plan d'action pour l'amélioration de l'appropriation et de l'impact des productions de la HAS 2025-2030, 13 p.

[45] De telles recommandations ont été produites s'agissant du diabète pour le patient âgé, avec une adaptation conséquente des objectifs des traitements et des traitements : partie relative au patient âgé de 75 ans et plus dans la recommandation *Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2* de la HAS (juillet 2024), recommandations européennes.

[46] Médicaments réservés à l'usage hospitalier, médicaments à prescription hospitalière, médicaments à prescription initiale hospitalière, médicaments à prescription réservée à certains spécialistes, médicaments à surveillance particulière (surveillance spécifique des malades traités).

[47] Généralement de douze mois, la durée peut être réduite pour certains médicaments, substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisées pour leur effet psychoactif, par décision du directeur général de l'ANSM, après avis des conseils nationaux de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens.

[48] Situations où la preuve a été apportée postérieurement à l'AMM : patients hors AMM car non intégrés dans les essais cliniques, indications hors de la demande d'AMM formulée par le fabricant…

Enfin, le remboursement des actes, produits et prestations est à la fois conditionné à leur inscription au remboursement ainsi qu'au respect de conditions de remboursement qui peuvent être fixées par voie réglementaire. Ces conditions de remboursement peuvent porter sur des indications thérapeutiques, ou des caractéristiques du patient (âge), ou sur le résultat préalable d'un examen de biologie, ou encore sur un plafond de quantité remboursable. Cependant, le contrôle du respect de ces conditions de remboursement est limité par l'absence de mention de l'indication sur l'ordonnance d'une part et d'autre part, par l'absence en pratique dans nombre de cas de la mention obligatoire « non remboursable ».

2.1.2. Les déterminants de la prescription sont multifactoriels

De nombreuses études ont cherché à appréhender les déterminants de la prescription (cf. annexe II, partie 5), principalement en matière de prescription médicamenteuse. Elles se rejoignent sur le caractère multifactoriel de ces déterminants.

Un premier déterminant de la prescription, mis en avant par la littérature comme par les prescripteurs interrogés, est celui de la formation. Si entre sept et huit consultations médicales sur dix se concluent par une prescription[49] , ce qui en fait un acte quotidien de la pratique médicale, pour autant les médecins n'apprennent pas à prescrire lors de leur formation initiale universitaire[50]. C'est lors de leurs stages « de terrain » que les externes puis internes apprennent auprès de leurs pairs, ce qui peut favoriser la reproduction de la manière de prescrire. Dans un rapport de 2013[51], un groupe de travail de l'académie nationale de médecine sous l'égide du Pr. René Mornex, qui avait pour objectif d'« *améliorer la pertinence des stratégies médicales* », recommandait déjà d'engager une réforme complète du 2ème cycle de la formation initiale du médecin.

<u>Proposition n° 1</u> : Inclure dans la formation initiale des professionnels de santé, des médecins en priorité, un socle commun d'enseignement sur la prescription (déterminants de la prescription, pertinence des prescriptions, approche médico-économique mais aussi prescription non médicamenteuse et déprescription)

Plusieurs travaux ont souligné l'importance des caractéristiques du patient dans la prescription. Une étude[52] relevait que *« les décisions prises par le médecin lors de la consultation en matière de prescription médicamenteuse dépendent donc à la fois de ses caractéristiques propres, de celles du patient qu'il reçoit (âge, sexe, ALD…), et de la nature de la séance (diagnostics, nature du recours). ».*

[49] Etudes anciennes de 2005 mais ratio confirmé lors des entretiens menés par la mission

[50] La pertinence des prescriptions ne fait pas d'ailleurs pas l'objet du socle commun du troisième cycle, cf. arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine

[51] « Améliorer la pertinence des stratégies médicales », *Bulletin de l'académie nationale de médecine*, Avril-mai 2013, p1033-1049.

[52] E. Amar, C. Pereira, « Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants », in *Etudes et résultats*, DREES, 2005. Cette étude a depuis été confirmée par d'autres travaux ultérieurs : David Darmon, Manon Belhassen, Sophie Quien, Carole Langlois, Pascal Staccini, Laurent Letrilliart,« Factors associated with drug prescription in general practice : a multicentre cross-sectional study », *Santé Publique*, 2015.

La demande du patient est un facteur non négligeable des risques de sur-prescriptions. Une étude de 2022[53] indiquait, que si la quasi-totalité des médecins estiment avoir un rôle à jouer contre la résistance aux antibiotiques, huit sur dix expriment être en difficulté pour refuser un antibiotique aux patients qui leur en demandaient. La demande du patient s'inscrit aussi dans un contexte plus global d'une acculturation des patients comme des professionnels de santé à la prescription médicamenteuse, avec l'image d'un médicament « réparation de la maladie »[54], mais aussi comme reconnaissance de la maladie. **La relation entre le patient et le prescripteur est centrale dans les prescriptions**. Maintenir une alliance et de la confiance suppose parfois de maintenir un espace de négociation entre patient et professionnel. Pour préserver cet environnement, les entretiens conduits par la mission avec des professionnels de santé ont mis en exergue qu'ils peuvent s'écarter consciemment de la juste prescription et repousser à un moment plus opportun de la relation thérapeutique explications, refus de prescription ou déprescription.

La charge de travail semble aussi être un déterminant de la prescription. Si la mission n'a pas trouvé d'étude spécifique sur l'impact de la charge de travail, un travail de comparaison France-Pays-Bas[55] mais également les entretiens réalisés, en particulier avec les médecins généralistes, permettent de constater que moins il y a de temps disponible avec le patient, moins le professionnel peut être en écoute active, entrer en discussion pour déconstruire des idées reçues, et plus il peut prescrire sans être convaincu du bienfondé de sa prescription.

Au-delà du rapport au patient, l'influence de l'industrie pharmaceutique reste prégnante comme le montre la revue de littérature menée par la HAS (cf. encadré 1), publiée en 2023[56]. Plusieurs études mettent en évidence un lien statistique entre ces actions promotionnelles et les comportements de prescriptions : augmentation des volumes, orientation vers les nouveautés et les produits les plus coûteux. Les 125 études analysées et les neuf revues et méta-analyses disponibles fournissent des preuves que la HAS considère convaincantes sur l'impact de la promotion par démarchage sur les choix thérapeutiques.

[53] P. Verger, L. Fressard, A.-F. Jacquemot, M. Bergeat, N. Vergier, et al., « Un médecin généraliste sur deux est confronté à un problème d'antibiorésistance », , *Etudes et résultats*, DREES, janvier 2022.

[54] *Ibid*.

[55] Rosman, S. (2010), *Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas*. Dans G. Bloy et F. Schweyer Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale (p. 117-132). Presses de l'EHESP.

[56] Revue systématique de la littérature biomédicale relative au démarchage des produits de santé et les "visites médicales" auprès des professionnels de santé, entre le 01/01/2004 et le 31/12/2018. Au total, 214 publications (sur les 2 380 identifiées) ont été retenues pour l'analyse (plus de 30 pays couverts).

Encadré 1 : Synthèse des travaux de la HAS sur le démarchage des professionnels de santé

L'exposition des professionnels de santé à la promotion par démarchage (information sur les produits par des représentants de l'industrie ou lors de conférences parrainées, assortie de divers avantages offerts) est une problématique internationale à laquelle la France n'échappe pas. L'influence de cette forme de publicité sur les attitudes et les comportements des professionnels et des étudiants n'est plus à démontrer. Pourtant cette influence est sous-estimée depuis plus de vingt ans par les professionnels et les étudiants, alors même qu'ils la reconnaissent chez leurs pairs.

Les actions les plus efficaces pour lutter contre les effets négatifs de la promotion sont les lois de restrictions des avantages et les politiques hospitalières et universitaires de gestion des relations avec l'industrie (organisation des contacts, limitation des avantages, …), à la condition qu'elles soient exigeantes, complètes et assorties d'un suivi et de sanctions. Les formations sur cette thématique, même courtes, ont une efficacité sur les attitudes des étudiants, leur esprit critique vis-à-vis de la promotion et la conscience de son influence. Le système de régulation français n'apparaît pas plus efficace que les systèmes étrangers.

Source : HAS, 2023.

Enfin, l'analyse de l'impact de l'âge des prescripteurs sur le nombre de molécules prescrites, réalisée par la mission (cf. annexe II, partie 5.3), souligne que l'âge des médecins généralistes a un impact statistiquement significatif sur le nombre de boîtes de médicaments délivrés sur prescription. **Les médecins de plus de 50 ans prescrivent, toutes choses égales par ailleurs, plus que les médecins les plus jeunes (moins de 40 ans).**

2.1.3. La juste prescription représente un enjeu de santé publique avant d'être un levier de maîtrise des dépenses des prescriptions

2.1.3.1. La juste prescription intègre non seulement la lutte contre le sur-recours et le mésusage, mais aussi contre des situations de non-recours préjudiciables à la santé publique et potentiellement coûteuses.

La HAS définit un acte de soin pertinent comme étant *« le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit »*. Dès lors, un soin n'est pas non-pertinent dans l'absolu : l'appréciation de la pertinence est dépendante de la situation clinique et des circonstances de la prise en charge. La non-pertinence recouvre trois situations :

- **le sur-recours**, soit le fait de réaliser des soins qui ne sont pas nécessaires au regard des besoins des patients ;
- **le sous-recours**, qui correspond à des situations où des personnes n'ont pas accès à des soins utiles ou nécessaires à leurs besoins ;
- **le mésusage**, lorsqu'un soin ou un traitement « *est prescrit ou réalisé dans des circonstances où le risque encouru excède le bénéfice attendu* »[57].

[57] Définition de *l'Institute of Medecine.*

La recherche d'économies doit porter sur les soins dont l'analyse bénéfice/risque n'est pas favorable à la santé publique dans une approche populationnelle et à celle du patient pris individuellement. Ainsi, les pratiques de prescription doivent systématiquement envisager la non-prescription, la prescription non médicamenteuse, encore insuffisamment mobilisée, ainsi que la recherche de réduction des doses administrées, de la durée de traitement proposé, de la fréquence d'administration ou de réalisation d'examens de suivi, à bénéfice identique pour le patient. Quelques programmes de recherche portant sur la désescalade thérapeutique en cancérologie tracent une voie[58]. Ils doivent trouver une place plus grande dans les orientations de recherche académique.

Dans le même temps, une hausse des dépenses de certains soins est à encourager, dès lors qu'elle permet d'éviter une dégradation de l'état de santé et/ou la réalisation de soins plus coûteux[59].

2.1.3.2. S'il existe du mésusage en France sur les catégories de médicaments les plus consommées, son caractère diffus ainsi que le coût faible de ces traitements limitent les perspectives d'économies

La surconsommation d'antibiotiques contribue au phénomène d'antibiorésistance constatée au niveau mondial. Elle reste un enjeu d'actualité en France : malgré une baisse (-8,9 % entre 2012 et 2022), la France était encore en 2022 au 5ème rang des pays européens en matière de consommation d'antibiotiques avec une utilisation L'enjeu n'est toutefois pas en premier lieu la réduction des dépenses de prescription (427 M€ hors franchises en 2024[60]), mais la lutte contre l'antibiorésistance, reconnue par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme une des dix principales menaces pour la santé publique[61].

Les médecins généralistes de ville, qui étaient les plus gros prescripteurs en 2013 (75 %) ont fait évoluer significativement leurs pratiques (baisse de 2,6 % par an en moyenne entre 2013 et 2023). Les actions de lutte contre l'antibiorésistance doivent se poursuivre en médecine générale et cibler plus fortement les chirurgiens-dentistes et les médecins d'autres spécialités.

---

[58] Programmes de recherche portés par l'InCA présentés dans « Charges et produits Assurance-maladie 2025) » proposent des cibles d'économie importantes annuelles à efficacité identique pour les patients : l'étude OPT-PEMBRO avec une cible d'économie de 200 M€ par an ; étude December avec une cible d'économie de 32 M€ par an, étude MOIO avec une cible d'économie de 12M€ par an.

[59] C'est le cas des dépenses dans le champ de la prévention, comme l'exemple des vaccins antiviraux dont les dépenses remboursées ont doublé en cinq ans (267M€ en 2024) ou l'exemple des taux de réalisation des programmes de prévention et dépistage des complications du diabète, dont les résultats sont encore inférieurs aux cibles malgré des actions multiples.

[60] Pour rejoindre la consommation moyenne de l'OCDE, il faudrait réduire de 30 % les volumes délivrés, ce qui représenterait 128M€, hors franchises, remises et honoraires de dispensation.

[61] OMS Novembre 2023. La résistance des bactéries aux antimicrobiens interviendrait dans environ 5 millions de décès par an dans le monde.

Si les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) par exemple sont mis à disposition gratuitement des médecins, ces derniers n'y recourent que très peu[62] pour confirmer une origine bactérienne des infections concernées. L'ouverture aux pharmaciens en 2024[63] de la délivrance d'antibiotiques, sans prescription préalable, sous réserve d'un TROD ou dépistage par bandelette urinaire respectivement pour les angines et cystites simples est venue compléter l'arsenal des mesures de lutte contre l'antibiorésistance. L'observance de la prise d'antibiotique reste également un enjeu majeur. Au-delà de la durée de traitement pour laquelle l'ANSM communique régulièrement, une mesure propre à la délivrance des antibiotiques pourrait être envisagée pour éviter des délivrances tardives en officine pouvant amener à conserver les antibiotiques en vue d'une utilisation ultérieure pour symptômes ultérieurs.

Proposition n° 2 : Conditionner le remboursement d'une prescription de certains antibiotiques à la réalisation d'un TROD, lorsqu'il existe, et conditionner la délivrance des antibiotiques à la présentation de l'ordonnance dans un délai maximum à compter de la date de prescription

En ce qui concerne les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), selon la HAS[64], ils sont prescrits inutilement dans 80 % des cas en prévention des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez des patients non à risque de complications gastroduodénales. Plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés[65]. Selon l'assurance-maladie, le mésusage massif observé engendre un coût direct pour l'assurance-maladie estimé à environ 100 M€[66] sans compter les coûts indirects liés aux effets indésirables pour les patients, en particulier pédiatriques[67].

En ce qui concerne les benzodiazépines, ils ont représenté 70 millions de boîtes distribuées en 2024 pour 80 M€ de remboursements pour l'assurance-maladie. La forte consommation de benzodiazépine place la France en 2ème position au sein des pays européens derrière l'Espagne, mais avec une consommation équivalente à près de quinze fois celle de l'Allemagne. Dans ses travaux, l'assurance-maladie a ciblé des écarts aux recommandations, en durée de prescription et en précautions d'usage et un chiffrage du mésusage à hauteur de 50 M€[68].

[62] Selon la CNAM, il y a 9 millions d'angines chaque année en France et les médecins commandent environ un million de TROD angine par an.

[63] Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle.

[64] Fiche HAS septembre 2022 : Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

[65] GIP EPI-PHARE 2015.

[66] Hors franchises

[67] Charges et produits Assurance-maladie 2025.

[68] Hors franchises.

En ce qui concerne le traitement de l'apnée du sommeil, le traitement semble aujourd'hui s'orienter trop souvent vers les dispositifs de pression positive continue (PPC) recommandés en première intention uniquement pour les formes modérées à sévères[69], plutôt que les orthèses d'avancée mandibulaire (OAM). Entre 2019 et 2024, les dépenses remboursées du traitement par pression positive continue (PPC) ont augmenté de +38 %, soit +286 M€. Une demande d'accord préalable (DAP) a été mise en place depuis mi-2024 sur les OAM et la PPC, sur un format dématérialisé[70], qui aurait permis de réduire d'environ 30 % les demandes de PPC sur les six derniers mois de l'année 2024, par rapport à la demande de l'année précédente. Les estimations de la mission, basées sur les patients pris en charge en 2022, indiquent qu'une orientation de 50 % des nouveaux patients vers des OAM plutôt d'un PPC aurait conduit l'assurance-maladie à économiser 100 M€ sur trois ans.

Si le mésusage est un enjeu central, le gaspillage l'est également même s'il n'a pas d'impact sur la santé. Ainsi en est-il de l'utilisation des perfusions à domicile. Les dispositifs de perfusion à domicile (Perfadom) représentent 551 M€ de dépenses en 2024, dont plus de la moitié des prescriptions émanent des établissements de santé. Les dépenses remboursées concernant les perfusions à domicile ont augmenté de 57 % entre 2019 et 2024, soit un rythme annuel de 9 %[71]. Des actions concrètes, d'aide à la prescription par les établissements de santé du dispositif adapté à la situation du patient ont permis une économie de 45,2 M€ en 2023[72].

<u>Proposition n° 3</u> : Soumettre, via la LPP, les perfusions à domicile à une première délivrance remboursable limitée à 7 jours

2.1.3.3. La lutte contre la polymédication constitue un enjeu de réduction des accidents iatrogéniques et des coûts associés, mais non de réduction des dépenses de prescription de médicaments

La polymédication, qui peut s'expliquer par la simultanéité de pathologies pour un même patient, constitue un enjeu sanitaire et financier du fait de sa contribution aux accidents iatrogéniques, qui seraient responsables de 8,5 % des admissions hospitalières et aux urgences et de 1,3 Md€ de coût sur une année au titre des seules hospitalisations à l'hôpital public[73]. La polymédication croît avec l'âge et la fragilité du patient[74] : le nombre moyen de boîtes de médicaments consommées par mois, égal à 3,4 par mois en population générale, atteint près de 10 pour les plus de 80 ans. Le grand âge accroît les difficultés de prise de médicaments, altère les certitudes sur le bénéfice-risques et conduit à réinterroger les objectifs

[69] Selon l'étude HypnoLaus publiée dans le Lancet en 2015, ces formes représenteraient 50 % chez les patients de sexe masculin et de 23 % chez les patientes de sexe féminin inclus

[70] Une DAP dématérialisée permet, sur la base d'un logigramme précis, d'identifier automatiquement les prescriptions en écart avec les recommandations de bonnes pratiques. Elle évite le risque d'une absence de traitement dans un format papier.

[71] Données CNAM Charges et produits 2025.

[72] Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES)

[73] L'étude française IATROSTAT réalisée sur 3648 hospitalisations en 2018 (hors séjours programmés et passages à l'hôpital inférieurs à 24h) conclut que l'incidence des hospitalisations liées aux événements indésirables médicamenteux (EIM) a augmenté de +136 % entre 2007 et 2018, passant de 3,6 % à 8,5 %. Dans le prolongement de cette étude, une évaluation du coût de ces séjours sur un échantillon de 196 patients aboutit à un coût moyen de 6000€ par patient en appliquant les tarifs en vigueur en 2023, permettant d'évaluer un coût national de 1,3 milliard pour les seules hospitalisations à l'hôpital public, selon l'étude Iatrostateco qui a prolongé cette évaluation par une évaluation économique – cf. M.-L. Laroche, N. Tarbouriech, T. Jai, M.-B. Valnet-Rabier, V. Nerich, « Economic burden of hospital admissions for adverse drug reactions in France: The IATROSTAT-ECO study », *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2024.

[74] M. Herr, N. Sirven, H. Grondin, S. Pichetti, C. Sermet, « Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées, *Questions d'économie de la santé* n°230, 2018.

des traitements[75], afin de ne plus viser à corriger les anomalies biologiques mais à se focaliser sur leurs impacts pour le patient.

Si le contenu d'une prescription est en premier lieu de la responsabilité du prescripteur, la prévention de la iatrogénie et la déprescription gagnent à s'appuyer sur une démarche pluriprofessionnelle : le bilan médicamenteux, qui peut être mené à l'occasion d'un processus de conciliation médicamenteuse réalisé en établissement de santé ou d'un processus de bilan partagé de médication (BPM) effectué par le pharmacien officinal[76]. Ces BPM, consommateurs de temps, demeurent très peu nombreux. L'efficacité des démarches de revues de médication suppose de lever les cloisonnements, notamment par une meilleure coordination entre professionnels de ville et d'hôpital autour de la revue de médication[77] et le partage des données par des outils informatiques interopérables.

L'enseignement de la littérature sur les revues de médication montrent qu'elles ne constituent pas un levier de réduction des dépenses de prescription, mais avant tout la réponse à un enjeu de santé publique, et potentiellement, un enjeu économique à travers la réduction d'hospitalisations évitables.

Par ailleurs, à chaque fois que la situation du patient le permet, la non-prescription ou la prescription non médicamenteuse doivent être recherchées.

Le déploiement de la démarche de revue de médication bénéficiera, à partir de 2026, de la possibilité de coter une consultation longue par an et par patient à des fins de déprescription pour les patients hyper-polymédiqués de plus de 80 ans, sur la base d'un bilan de médication prescrit par le médecin et réalisé par le pharmacien. Ce dispositif gagnerait à faire de la démarche de revue de médication une condition de facturation de toute consultation longue, l'adjoindre de la nécessité de prendre en compte le BPM réalisé par le pharmacien, d'intégrer les informations détenues par les infirmières référentes et être élargi aux personnes fragiles.

<u>Proposition n° 4</u> : Faire évoluer la disposition inscrite dans la convention médicale relative à la consultation longue pour la déprescription pour élargir le public ciblé à la fragilité et mieux garantir sa dimension pluriprofessionnelle (participation du pharmacien et de l'infirmière référente)

2.2. La maîtrise des dépenses de prescription repose aujourd'hui principalement sur les actions de maîtrise médicalisée, majoritairement ciblées sur la ville

La maîtrise médicalisée est un ensemble de mesures (cf. figure 1) visant à contenir la croissance des dépenses de santé tout en garantissant la qualité des soins aux patients, grâce à une approche différenciant les dépenses en fonction de leur valeur médicale, afin de les rendre plus pertinents, efficaces et économiquement soutenables. Elle a été mise en avant comme s'opposant à la « maîtrise comptable » qui ferait peser une contrainte insuffisamment différenciée sur le financement des soins au risque de les rationner. Il peut exister dans les faits un *continuum* entre les deux approches[78]. Le déploiement des actions de maîtrise médicalisée s'inscrit dans un cadre marqué par la question de l'acceptabilité par les professionnels.

---

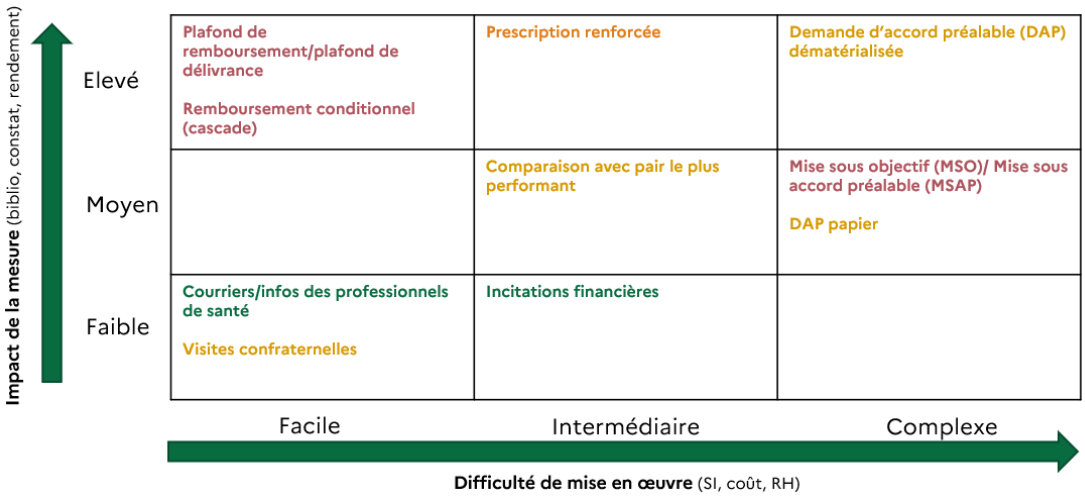
[75] L. Kanagaratnam, L. Semenzato, E.- P. Baudouin, J. Ankri, A. Weill, M. Zureik, « Medication Use in People Aged 90 Years and Older: A Nationwide Study », *Journal of the American Medical Directors Association*, 2025.

[76] Instauré en 2018 par l'avenant 12 à la convention entre l'assurance-maladie et les pharmaciens d'officine.

[77] Comme le montre l'expérimentation Iatroprev dans le cadre de l'article 51.

[78] A titre d'exemple, appliquer un tarif forfaitaire de responsabilité sur un médicament générique représente une mesure de baisse de prix, mais adossée à une logique d'équivalence de l'effet thérapeutique.

Figure 1 : Les outils de régulation et de maîtrise médicalisée



Source : Mission.

En France, les actions de maîtrise médicalisées sont apparues au début des années 1990, portées par la politique conventionnelle de l'assurance-maladie. La maîtrise médicalisée a rejoint après la réforme de l'assurance-maladie de 2004 la notion plus large de la gestion du risque (GDR), qui peut inclure notamment également la lutte contre la fraude ou les actions de prévention portées par l'assurance-maladie. La maîtrise médicalisée et la lutte contre la fraude font l'objet d'un chiffrage d'économies chaque année dans la construction de l'Ondam affichée dans le cadre du projet de loi pour le financement de la sécurité sociale. Les objectifs financiers associés sont historiquement ambitieux, compris entre 700 et 775 M€ entre 2015 et 2022. Le taux de réalisation reste sujet à caution du fait de sa méthode d'évaluation.

2.2.1. Les actions d'accompagnement des professionnels de santé ont des résultats inégaux et ne ciblent presque que les professionnels de ville

L'assurance-maladie déploie des actions d'accompagnement à destination des professionnels par plusieurs canaux (courriers et courriels, visites des délégués de l'assurance-maladie (DAM), échanges confraternels, production de supports de communication) visant à rappeler les recommandations de bonnes pratiques. Ces actions donnent lieu à un programme national qui peut être complété par des actions complémentaires définies au niveau régional. Ces actions ont pour avantages de cibler non pas des prescriptions unitaires mais des comportements de prescripteurs, avec donc un impact potentiellement plus large sur l'ensemble d'une patientèle. Leur efficacité dépend de leur capacité à se traduire en modification de comportement au stade de la prescription individuelle. Cette efficacité peut être très variable pour un même thème, et n'est pas toujours durable (cf. annexe VI).

Ces actions s'adressent principalement aux médecins généralistes et moins aux autres spécialistes de ville et très peu aux prescripteurs hospitaliers, alors que la dynamique de dépenses de prescription est aujourd'hui davantage tirée par les prescriptions initiées à l'hôpital. L'absence d'identification individuelle des prescripteurs hospitaliers et l'insuffisance d'utilisation des outils de l'assurance-maladie par ces professionnels font obstacle à une intégration des prescripteurs hospitaliers dans le champ des actions d'accompagnement.

2.2.2. Les limites des dispositifs de contrôle individuel des prescriptions conduisent à leur substituer une obligation de justification des prescriptions

L'échec des références médicales opposables (RMO) instaurées en 1993 a révélé les difficultés d'un contrôle individuel des prescriptions : une large part des RMO n'étaient pas contrôlables sans une investigation assez longue du dossier médical, impossible à réaliser de façon massive tout en opérant un examen individuel des prescriptions réalisées.

Le contrôle unitaire des prescriptions est aujourd'hui mis en œuvre dans un cadre extrêmement ciblé, comme la mise sous accord préalable (MSAP), réservée aux prescripteurs atypiques.

2.2.2.1. La mise sous accord préalable (MSAP) et la mise sous objectifs (MSO) sont efficaces mais ont un champ d'actions limité aux hyper-atypies, sans pouvoir agir sur une non-pertinence diffuse

Ainsi, les prescripteurs présentant des volumes de prescriptions « significativement supérieurs »[79] aux données moyennes pour une activité comparable[80] pour les médecins exerçant dans le même ressort[81] peuvent faire l'objet des mesures de mise sous objectif (MSO), ou de mise sous accord préalable (MSAP). La MSO consiste à fixer un objectif de prescriptions aux prescripteurs concernés ; il s'agit d'une mesure proposée par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), qui suppose l'accord du praticien. En cas de refus, l'assurance-maladie peut imposer une MSAP, qui consiste à subordonner les prescriptions concernées à un accord préalable du service médical de l'assurance-maladie pendant la période de la mesure.

Le dispositif est aujourd'hui ciblé sur les prescriptions d'arrêt maladie. L'évaluation des effets de ces mesures témoigne d'un effet durable sur les comportements des prescripteurs : la dernière campagne pour laquelle on dispose d'un recul montre que, deux ans après, les médecins ciblés ont réduit leur prescription de presque 30 % ; la réduction des arrêts de travail par patient actif est encore plus forte pour les médecins en MSAP (-36,6 %)[82]. Les économies réalisées sur les médecins concernés représentent 160 M€ entre juin 2023 et fin 2024[83].

---

[79] Pour les arrêts de travail, « au minimum le double », mesuré en « nombre d'IJ corrigé » qui prend en compte les caractéristiques de la patientèle et des prescriptions moyennes observées pour les médecins « comparables ». Source : CNAM, ameli : Mso/msap-2025-2026.

[80] Cette atypie peut concerner soit les arrêts de travail, soit les prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations. En pratique, ce sont les seuls arrêts de travail qui constituent le cœur de l'identification et de l'accompagnement (le cas échéant des sanctions) des praticiens faisant l'objet d'une MSO/MSAP.

[81] Depuis la campagne lancée en septembre 2025, la comparaison ne porte plus entre communes identiques de la région mais se fonde, pour les communes de 10 000 habitants au moins, sur les données IRIS (maille du quartier, de l'ordre de 2 000 habitants) établie par l'Insee.

[82] Il faut toutefois relever que, du fait de leur niveau initial de prescriptions, ces médecins restent très au-dessus de la moyenne même après ces évolutions de pratiques.

[83] L'évaluation de l'assurance-maladie est réalisée à compter du lancement de la campagne (juin 2023), dès que les CPAM commencent les contacts téléphoniques auprès des professionnels ciblés, suivis par l'envoi du courrier officiel engageant la procédure. L'impact est ensuite mesuré jusqu'à six mois après la fin de la MSO (soit, pour la campagne considérée, jusqu'à fin août 2024) ou de la MSAP (soit jusqu'à fin décembre 2025). Le changement de comportement du professionnel peut se poursuivre au-delà de ces six mois, ce qui fait de l'évaluation d'économies réalisées de 160 M€ un minimum. En termes de répartition, 1/3 des économies ont été réalisées sur 2023 et 2/3 sur 2024.

Malgré son efficacité, du fait d'une très faible acceptabilité par le corps médical, ce dispositif ne cible qu'un nombre réduit de professionnels (1 000 médecins ciblés en début de campagne, 650 intégrés *in fine*, sur près de 100 000 médecins généralistes au total).

2.2.2.2. L'obsolescence du mode de gestion des demandes d'accord préalable (DAP) ne permet pas d'en mesurer ni d'en garantir l'efficacité

La demande d'accord préalable (DAP) est un mécanisme de contrôle *a priori* de la dépense consistant à conditionner le remboursement d'un produit, d'un acte ou d'une prestation à un accord préalable du service médical de l'assurance-maladie. Sauf urgence, l'assurance-maladie a quinze jours pour se prononcer sur la DAP ; passé ce délai, le silence vaut acceptation. L'efficacité des DAP a pu être mesurée lors de la mise sous DAP des traitements hypocholestérolémiants en 2014 (nombre d'initiations de traitements passé de 30 à 15 000 pour Crestor®)[84].

Toutefois le pilotage comme l'effectivité du dispositif sont très fortement affectés par son caractère vétuste[85] :

- l'empilement des DAP ne permet pas de suivre leur nombre et leur champ (le dernier recensement, qui date de 2021, fait état de 680 actes et prestations sous DAP) ;
- à l'exception de six DAP dématérialisées[86], les DAP relèvent d'un traitement papier, qui ne permet ni de disposer de données de pilotage, ni d'automatiser le traitement des demandes. Au vu des volumes, les DAP ne sont pas examinées dans un grand nombre de cas.

La dématérialisation rend la procédure plus effective : elle permet un traitement automatisé et immédiat d'une très grande majorité de DAP correspondant aux critères, aboutissant à un accord conformément à un algorithme transcrivant les conditions de prise en charge, ce qui permet de concentrer l'examen individuel sur les DAP susceptibles de refus. En 2024, environ 800 000 DAP en ligne ont été réalisées. Les taux de refus se situent selon les motifs de DAP entre 2 et 21 %. Le taux de refus ne peut toutefois pas constituer un indicateur d'efficacité du dispositif : en effet, l'existence même de la DAP peut jouer en amont un rôle régulateur, en dissuadant des demandes qui n'auraient aucune chance d'être acceptées.

La prescription renforcée constitue un outil récent et prometteur mais aujourd'hui limité dans son application. Le dispositif de prescription renforcée (ou « mini-DAP ») permet de conditionner un remboursement de médicaments à une démarche à réaliser par le prescripteur au moment de la prescription, au cours de laquelle ce dernier déclare que la prescription répond aux indications thérapeutiques remboursables, via un téléservice de l'assurance-maladie qui comporte un algorithme permettant de vérifier si au vu des éléments déclarés, la prescription est remboursable.

Le dispositif vise à concilier un contrôle de la prescription unitaire et une capacité de massification. Il semble particulièrement indiqué pour des prescriptions pour lesquelles les conditions de remboursement peuvent être établies de façon limitative et déterministe et pour lesquelles il existe un risque élevé de mésusage. La mise en place du dispositif se heurte toutefois à une opposition d'une partie des médecins et des pharmaciens, au motif de sa lourdeur

---

[84] CNAM, juil. 2020, Charges et produits pour 2021, page 65.

[85] A. Essid, M. Penaud, V. Ruol, Dr C. Schmit, *L'organisation du service médical de contrôle de l'assurance-maladie*, Igas, 2023.

[86] Chirurgie bariatrique, chirurgie plastique, chirurgie métabolique, anti-PCSK9, grand appareillage, transport de plus de 150 km, dispositifs médicaux de l'apnée du sommeil.

Par ailleurs, il ne s'applique pas aujourd'hui aux prescripteurs hospitaliers car la démarche doit être réalisée sur amelipro dont l'usage à l'hôpital est entravé par l'accès effectif aux outils de téléservice aux points de prescription informatisée par les médecins hospitaliers.

2.2.3. L'efficacité des dispositifs d'intéressement financier à destination des professionnels libéraux est incertaine

La rémunération des praticiens libéraux intègre depuis 2011 une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en fonction de l'atteinte de résultats sur des indicateurs de qualité de prise en charge et de prévention mais aussi d'efficience de la prescription. Les indicateurs de qualité de la ROSP seront intégrés à compter de 2026 dans le forfait patientèle médecin traitant tandis que les objectifs d'efficience sont désormais portés par un « bonus sobriété » pour les prescriptions de médicaments effectuées par les médecins généralistes pour la patientèle dont ils sont médecins traitants[87]. Le dispositif consiste à établir pour chaque médecin généralistes un ratio de sobriété, qui détermine le versement d'un bonus aux 30 % de médecins présentant le meilleur ratio (on récompense le niveau) ou aux médecins compris entre le 3ème et le 6ème décile et ayant connu une progression de 10 % (on récompense la progression). En complément, divers intéressements sont prévus sur certaines thématiques (biosimilaires, IPP, orthèses d'avancée mandibulaires). Ces dispositifs s'inspirent des systèmes de rémunération à la performance (*payment for performance*, P4P) mis en place dans d'autres États.

Les évaluations internationales sur ces systèmes de rémunération à la performance sont mitigées[88] : on constate des effets modestes sur des indicateurs de processus mais pas de progrès en ce qui concerne les résultats de santé ou la sécurité des soins. Les évaluations du dispositif anglais « *Quality and Outcomes Framework* » (QOF) montrent que si le dispositif a incité à moderniser l'organisation des soins primaires, un plateau a été atteint sur les indicateurs de qualité ; ces dispositifs peuvent conduire à se concentrer sur les domaines donnant lieu à indicateurs, au détriment de l'attention portée aux aspects de la pratique non concernés par l'indicateur, et notamment aux patients complexes et polypathologiques.

[87] En dépit d'une présentation affichant l'objectif de réduction de l'impact carbone du système de santé, le bonus repose bien sur un ratio de dépenses.

[88] Eckhardt H, Smith P, Quentin W. "Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care", in Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. *Improving healthcare quality in Europe*, OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies. 2019.

Dans le cas français, la ROSP n'a pas bénéficié d'une évaluation scientifique mais on note que les résultats restent loin des cibles pour de nombreux indicateurs de santé publique[89] ; pour certains, ils stagnent voire se dégradent. De surcroît, le raisonnement sous-tendant les incitations financières peut être contesté : il suppose qu'elles constituent un facteur suffisant d'évolution des pratiques, alors d'autres déterminants de la pratique entrent en jeu[90] . L'effort supplémentaire que l'atteinte de ces objectifs impliquerait doit être mis au regard de la rémunération associée, limitée[91], et du temps de travail déjà élevé des praticiens libéraux[92]. Les praticiens ne disposent par ailleurs pas de données de suivi leur permettant de piloter leur pratique pour atteindre les résultats visés. De plus, les règles de calcul du bonus, nécessaires pour atténuer les biais qu'impliquent ces indicateurs, sont trop complexes pour qu'il constitue une cible pilotable par le professionnel[93]. Le bonus sobriété ne crée en pratique pas d'incitation à l'amélioration des pratiques pour les 30 % de prescripteurs les moins « sobres ». Enfin, le bonus sobriété ne cible que les médecins traitants, à l'exception des prescripteurs hospitaliers, les activités de soins non programmées, les spécialistes autres que les médecins traitants : il n'agit donc que sur une partie aujourd'hui minoritaire des prescriptions de médicaments, et encore plus minoritaire dans la dynamique.

2.3. À l'hôpital, les dispositifs de maîtrise des dépenses de prescriptions ont une portée limitée, du fait notamment de difficultés de suivi des données, et relèvent davantage de la gestion propre à chaque établissement

Les dispositifs de maitrise des dépenses de prescriptions déployés auprès des établissements publics de santé reposent aujourd'hui sur deux outils principaux :

- les dispositifs d'incitation à la négociation du prix d'achat des médicaments dans le cadre du programme Phare[94] influant sur l'effet prix (hors périmètre de la mission). Dans une enquête menée par la mission auprès d'un panel d'établissements publics, le gain issu des négociations d'achat sur la LES après déduction de l'écart médicament indemnisable est de l'ordre de 2,3 % en moyenne du montant total de la liste en sus[95]. Ce gain tend à se réduire depuis 2019 ;

---

[89] Dosage de l'hémoglobine glyquée et dépistage de l'insuffisance rénale chez le diabétique, dépistage du cancer du col de l'utérus et du cancer colorectal, dépassement de la durée recommandée pour la prise de benzodiazépines, co-délivrance d'AINS et d'IPP.

[90] Formation initiale et continue, biais cognitifs, habitude, attentes des patients, modèles d'ordonnance pré-enregistrés…

[91] La ROSP ne représentait que 4 % des honoraires. Le bonus sobriété représente au maximum 1 000 €, une rémunération qui peut être atteinte en réalisant 8 heures de consultations en plus.

[92] Les généralistes déclarent un temps de travail moyen de 2 460 heures - durée hebdomadaire moyenne de 53,2 heures, 5,7 semaines par an de congés en moyenne. M. Blais, M. Cassou, C. Franc, « Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe », *Etudes et résultats n° 1229*, DREES, 2022. Une étude menée sur le CAPI montrait qu'il ne s'était pas traduit par des durées de consultation plus longues, ce qui aurait pu être la condition pour atteindre les améliorations de qualité recherchées : O. Saint-Lary, J. Sicsic, *« Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length »*, *Health Policy*, 2015.

[93] Les données de dépenses prescrites sont ajustées des caractéristiques de la patientèle (ratio de sobriété) ; les cibles ne sont pas fixes mais relatives (elles sont calées en fonction du classement relatif du praticien dans le niveau du ratio et son évolution) et panachent une prise en compte du niveau absolu de ce ratio et d'évolution.

[94] Le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables), lancé fin 2011 par la DGOS, est un programme de transformation sur les achats hospitaliers, dont l'objectif est d'aider les hôpitaux à réaliser des « économies intelligentes » tout en préservant la qualité des soins. Il vise en particulier la professionnalisation de la fonction achat des établissements de publics de santé permettant en particulier d'améliorer leur pouvoir de négociation.

[95] Sur un panel de 18 CHU et six établissements publics du groupe 1 répondants, le gain issu des négociations d'achat de la liste en sus après reversement des 50 % à l'assurance-maladie est : médiane de 2,4 %, mini 0,7 %, maxi 3,6 %

- les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins. Le CAQES[96] met dorénavant en œuvre deux leviers : le premier incitatif (intéressement sur les économies)[97], le second préventif pour suivre des situations de « sur-recours » (création d'un outil de « mise sous surveillance »).

Les agences régionales de santé (ARS) contribuent à l'animation de ces dispositifs par un dialogue de gestion avec les établissements, ciblé le plus souvent sur les établissements de taille conséquente et par le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS). Il n'existe à date pas de dispositif de sanctions en cas de non-respect des objectifs.

La régulation repose aujourd'hui sur une vision à l'échelle de l'établissement, sur la base de données consolidées en sommant les prescriptions rattachées à un même numéro d'établissement (FINESS[98]). La connaissance de l'identité du prescripteur via son numéro RPPS serait essentielle pour :

- mener des actions ciblées auprès de prescripteurs en écart par rapport aux recommandations de bonnes pratiques ;
- identifier le type d'activité à l'origine de la prescription ;
- identifier le type d'exercice à l'origine des prescriptions : le contenu de la prescription en sortie d'une consultation externe réalisée à l'hôpital doit pouvoir être isolé d'une prescription en sortie d'hospitalisation.

Le CAQES, y compris dans sa refonte actuellement prévue en PLFSS pour 2026, nécessite de travailler à cette analyse.

[96] Le CAQES cible les établissements quel que soit leur statut : établissements publics de santé, privés à but non lucratifs et privés à but lucratifs. C'est un contrat tripartite : établissement, agence régionale de santé (ARS) et la caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM). En 2022, les CAQES ont concerné 1130 établissements pour une économie obtenue de 37M€

[97] Sur le levier incitatif, un intéressement annuel est alloué en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance-maladie et de la réalisation des objectifs fixés. Il s'applique à deux niveaux : un volet intéressement national par indicateur offrant la possibilité aux établissements de récupérer 20 à 30% des économies générées et un volet intéressement régional selon l'atteinte de cibles fixées en région via le fonds d'investissement régional (FIR)

[98] Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) est le répertoire de référence pour les établissements à caractère sanitaire, social ou médico-social et de la formation aux professions sanitaires et sociales

3. L'efficacité des actions de régulation de la prescription peut être renouvelée par plusieurs évolutions des outils mobilisés, adaptées aux enjeux de chaque secteur de prescription et articulées autour du déploiement de l'ordonnance numérique

3.1. L'amélioration de l'efficacité de la maîtrise médicalisée repose sur une meilleure complétude de son champ, un approfondissement des dispositifs d'accompagnement et un renforcement des outils de contrôle de la prescription

3.1.1. Les actions de régulation et de pertinence doivent s'adresser à tous les prescripteurs, de ville ou hospitalier et aux patients

Le ciblage des actions de l'assurance-maladie n'est aujourd'hui pas cohérent avec la répartition des dépenses et encore moins de leur dynamique, notamment s'agissant des prescriptions de spécialistes de ville[99] **non généralistes et des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) (**cf. annexe V**).** La palette des outils de maîtrise médicalisée doit pouvoir être utilisée tant en ville qu'à l'hôpital dès lors que les prescriptions sont exécutées en ville.

L'inscription sur l'ordonnance de l'identifiant national individuel du médecin (RPPS[100]), est une obligation réglementaire s'imposant au prescripteur[101] pour toutes les prescriptions et les prescriptions médicamenteuses en particulier. L'absence de suivi individualisé du prescripteur hospitalier n'est pas uniquement liée à un défaut d'outillage (lié à la configuration des outils d'aide à la prescription hospitalière ou encore à l'organisation des services hospitaliers), il repose également sur un enjeu de saisie de cette information par le pharmacien d'officine au moment de la délivrance de la prescription. En effet, le pharmacien ne saisit que le FINESS de l'établissement alors que le RPPS est tout autant nécessaire.

Par ailleurs, la connexion des prescripteurs hospitaliers à Ameli pro est tout aussi urgente afin de pouvoir les rendre destinataires des informations de l'assurance-maladie et de pouvoir mettre en œuvre des actions de maîtrise médicalisée ciblées. Bien que les médecins hospitaliers puissent avoir accès aux outils, l'absence d'interopérabilité avec leur propre outils métiers semble être le frein principal à la connexion de l'hôpital avec l'assurance maladie (cf. annexe III).

La question de la disponibilité des données nécessaires à un pilotage éclairé par l'assurance-maladie sur la base de données à la maille du prescripteur doit être résolue sans délai. Au vu des montants remboursés de PHEV et de leur évolution, ce pilotage est en effet impératif.

<u>Proposition n° 5</u> : Faire appliquer l'identification des prescripteurs hospitaliers par leur RPPS lors de la prescription et de l'exécution de la prescription, pour permettre une connaissance des pratiques de prescriptions et analyser les dynamiques de prescriptions existant au sein de la catégorie « PHEV »

<u>Proposition n° 6</u> : Aligner les démarches de maitrise médicalisée auprès des prescripteurs hospitaliers sur celles des prescripteurs de ville : actions d'accompagnement, DAP, MSO/MSAP, prescription renforcée…

---

[99] Autres que les spécialistes en médecine générale

[100] Numéro d'identification unique des praticiens répertoire partagé des professionnels de santé.

[101] Arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS).

Les actions de maîtrise médicalisée de l'assurance-maladie ne s'adressent aujourd'hui, s'agissant des prescripteurs libéraux, qu'aux praticiens conventionnés, par construction. Les médecins libéraux non conventionnés (appelés parfois « secteur 3 ») ne sont pas visés par ces mesures et ne peuvent faire l'objet d'aucune sanction conventionnelle. La prise en charge par l'assurance-maladie de leurs prescriptions constitue donc un point de fuite de la régulation, qui pourrait se renforcer à l'avenir si davantage de professionnels faisaient le choix de se déconventionner, notamment en réaction au renforcement de certaines mesures de maîtrise médicalisée.

<u>Proposition n° 7</u> : Supprimer la prise en charge par l'assurance-maladie des prescriptions réalisées par les praticiens libéraux déconventionnés

Economie associée : 60 M€*[102]*.

3.1.2. Les modalités d'accompagnement des prescripteurs doivent être renouvelées et enrichies

3.1.2.1. L'accompagnement des prescripteurs doit davantage intégrer les approches d'audit et feedback et les échanges entre pairs, qui peuvent être alimentés par des données issues de registres qualité

La maîtrise médicalisée a moins mobilisé des approches dont la littérature internationale a pourtant démontré l'efficacité pour améliorer la juste prescription et réduire les mésusages :

- le recours aux « leaders d'opinion »[103] ;
- l'approche « *audit and feedback* », définie par l'OCDE[104] comme « une revue systématique de la performance des professionnels sur la base de critères et standards explicites (audit) », complétée d'un retour d'informations structuré et personnalisée. L'efficacité serait renforcée si la comparaison se fait avec des pairs reconnus pour leur excellence, si les critères suivis font l'objet de cibles claires et si les résultats sont complétés de plans d'action pour améliorer les résultats.

Les groupes d'échanges de pratiques constituent une modalité d'intervention déployées depuis près de 50 ans dans certains pays. Des groupes qualité ont été mis en place dans certaines régions à partir de 2001. Les évaluations tendent à démontrer que ces groupes ont un impact positif sur l'amélioration des pratiques des prescripteurs. La nouvelle convention médicale prévoit le rôle des groupes d'amélioration des pratiques (GAP) intégrés dans le développement professionnel continu (DPC).

Le retour structuré personnalisé comme les échanges entre pairs peuvent gagner à s'appuyer sur des indicateurs issus de registres qualité, comme c'est le cas aux Pays-Bas. En France aujourd'hui, l'usage des registres est davantage orienté vers la veille épidémiologique et de santé publique, la réalisation d'études pour accompagner la diffusion de pratiques nouvelles et améliorer la qualité de prise en charge des patients et l'évaluation de la sûreté et l'efficacité, ainsi que les résultats au long cours de l'usage de techniques nouvelles.

---

[102] Selon l'assurance-maladie, il existe 743 professionnels libéraux non conventionnés, dont 71 % sont généralistes. En appliquant le montant moyen de dépenses prescrites par un médecin généraliste (hypothèse selon laquelle les pratiques sont identiques), l'économie serait de 60 M€.

[103] Gerd Flodgren, Mary Ann O'Brien, Elena Parmelli, Jeremy M Grimshaw, « Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019.

[104] R. Busse, N. Klazinga, D. Panteli, W. Quentin, *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, OCDE, *Health Policy Series*, 2019.

<u>Proposition n° 8</u> : Mobiliser davantage des modalités d'accompagnement des prescripteurs ayant fait la preuve de leur efficacité (communication de « leaders d'opinion » ; développement de retours personnalisés réguliers sur la pratique individuelle sur un panel d'indicateurs clés assortis de cibles)

<u>Proposition n° 9</u> : Assurer la diffusion et la promotion des groupes d'amélioration des pratiques auprès des prescripteurs et développer des registres de qualité sur des parcours à enjeux, pour assurer un recueil de données sur les traitements et les résultats des patients servant de support aux retours personnalisés vers les prescripteurs et aux échanges entre pairs

Il est également nécessaire de doter les prescripteurs d'outils leur permettant plus facilement de mettre en rapport les prix et les effets des produits prescrits La mission n'a pas approfondi la question du recours au générique et aux biosimilaires, pour lesquels la situation est contrastée. Au sein du répertoire, le taux de substitution par les génériques est désormais très élevé. En revanche, les médicaments inscrits au répertoire ne représentent que 51,3 % du nombre de boîtes vendues, ce qui représente un niveau plus bas que chez nos voisins européens – cet écart s'explique assez largement par le fait que le paracétamol n'est pas présent dans le répertoire des génériques contrairement aux autres pays[105]. Par ailleurs, la pénétration par les biosimilaires présente des marges de progrès.

La France peut dans certains cas se singulariser par une préférence pour les spécialités plus récentes et chères au sein d'une classe (ex : statines)[106]. L'influence de l'industrie pharmaceutique peut contribuer à ce biais (cf. annexe II). Il apparaît donc nécessaire, au-delà de la formation initiale et continue des professionnels de santé sur les enjeux médico-économiques, d'outiller les professionnels en leur donnant l'information nécessaire pour faire des choix éclairés.

Ainsi, pour des classes de médicaments à enjeux forts, il est proposé de créer des outils « comparateurs » par indication ou par situation clinique. Ces listes éclaireraient les prescripteurs sur les termes des comparaisons. Elles permettraient d'identifier les médicaments comparables avec leur prix facial[107].

Au vu des entretiens menés par la mission avec des prescripteurs, les médecins hospitaliers et les spécialistes de ville, mais de façon moins nette en médecine générale, semblent prêts et même demandeurs d'un tel outillage.

Ces listes seraient créées par la HAS, en lien avec le ministère et la CNAM, à partir des travaux de la commission de transparence lors de l'évaluation des spécialités pharmaceutiques. Cette documentation aurait vocation à être produite prioritairement sur des classes à enjeu financier, en particulier les médicaments onéreux récents, permettant cette comparaison entre produits, et sans qu'il existe des génériques, biosimilaires ou des hybrides. Afin de tenir compte de la difficulté posée par l'effet des remises qui vient réduire le prix facial du médicament, la mission propose de cibler dans ces analyses sur les groupes de médicaments comparables en indication, pour lesquels l'effet des remises ne conduirait pas à obtenir une classification des médicaments orthogonale avec une même classification réalisée sur la base des prix faciaux. Elle pourrait faire l'objet d'une publicité dans les cycles de formation aux enjeux médico-économiques en formation initiale et dans les sessions de formation continue des prescripteurs.

---

[106] En 2013, la rosuvastatine (Crestor ®) représentait 30% des statines prescrites en France. 0,5% en Allemagne, 3,9% au RU, 7,8% en moyenne dans sept pays européens.

[107] Le prix facial est le prix public. Il peut être distinct du coût réel pour l'assurance-maladie ; il se distingue également du prix d'achat par l'établissement de santé

<u>Proposition n° 10</u> : Produire des listes de produits à effet comparable avec indication de leur prix, permettant aux prescripteurs d'éclairer leur choix de traitement dans des indications à fort enjeu financier

Enfin, les actions d'accompagnement du professionnel de santé doivent être complétées par des actions intégrant le patient dans le choix du soin et la recherche de pertinence.

Le programme *Choosing Wisely* (« Choisir avec soin »), lancé en 2011 aux Etats-Unis, et qui s'appuie sur l'identification d'une liste, par spécialité, de prescriptions à risque élevé de non pertinence et sur une communication directe à destination du patient sur des prescriptions particulières[108], a été déclinée en France par la société française de gériatrie et de gérontologie qui a élaboré un document présentant cinq situations « *sur lesquelles médecins et patients devraient s'interroger* »[109]. Ainsi, l'accompagnement à destination des prescripteurs gagne à être relayé par une action à destination des patients visant à acculturer ces-derniers aux risques de non-pertinence et à promouvoir la non-prescription et la prescription non médicamenteuse[110]. Au-delà des modalités de communication existantes, ces messages pourraient être portés par une communication ciblée vers les patients dont les « consommations » de médicaments ou de dispositifs médicaux en particulier sont repérées comme à risque de non-pertinence. Il serait nécessaire d'en évaluer l'impact sur le comportement du patient.

<u>Proposition n° 11</u> : Développer les approches « Choisir avec soin » avec des sociétés savantes et expérimenter une information ciblée des patients consommant des médicaments ou dispositifs médicaux à risque de non-pertinence ou mésusage (ex : anxiolytiques, IPP et antibiotiques) et son impact en termes de prescription

Enfin, le retour du patient sur sa prise en charge est aussi un vecteur de pertinence. Le *Patient-Reported Outcome (*PRO) recouvre une ou plusieurs caractéristiques de l'état de santé du patient exprimées directement par lui-même, autrement dit sans l'interprétation de la réponse du patient par un médecin ou autre tiers. Le recueil, sur la base de formulaires PROMs[111] validés, d'items adaptés à la situation médicale du patient ou au parcours de soins, dont il bénéficie, permet la mesure objectivée et reproductible du bénéfice ressenti par le patient en termes de résultats, d'une décision thérapeutique, qui peut être une prescription ou une absence de prescription, ou un épisode de soins. Ces outils peuvent être mobilisés pour contribuer à la prise de décisions sur l'engagement ou la poursuite de traitements et la bonne organisation de leur parcours de prise en charge. Ils peinent toutefois à pénétrer les pratiques courantes, de par leur caractère chronophage ainsi que par méconnaissance de la part des acteurs.

---

[108] M. Cautermann, J. Petit, D. Somme « « Choisir avec soin » : pertinence et professionnalisme », in *Actualité et dossier en santé publique*, n° 92, septembre 2015

[109] Les antipsychotiques en cas de personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur, les benzodiazépines en cas d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, les traitements par inhibiteurs de la pompe à protons de long terme, l'usage de bandelettes urinaires sans symptômes cliniques urinaires et la nécessité de prendre une décision partagée durant les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée à l'Ehpad, cf. *Pertinence des soins en gériatrie*, Société française de gériatrie et de gérontologie, mars 2024.

[110] Cf. annexe I, point 3 sur l'étude comparative France-Pays-Bas sur les différences de culture médicamenteuse.

[111] Patient-reported outcomes measures.

3.1.3. La prescription renforcée doit devenir l'outil privilégié de justification et de contrôle des prescriptions comportant un risque de mésusage, tandis que les DAP doivent être recentrées sur les actes et produits à enjeux, et impérativement dématérialisées

La prescription renforcée concilie un contrôle unitaire reposant sur la responsabilité du prescripteur et une capacité de massification. Pour les prescriptions qui cumulent un fort risque de mésusage, un enjeu financier important et des recommandations d'usage relativement déterministes, la prescription renforcée apparaît comme l'outil le plus pertinent. Son intégration dans l'ordonnance numérique doit permettre une extension de son utilisation.

<u>Proposition n° 12</u> : Appliquer la prescription renforcée aux prescriptions pour lesquelles il existe un enjeu de santé publique au respect des bonnes pratiques, un besoin d'accompagnement à la pénétration d'un médicament innovant et/ou onéreux dans les pratiques et un risque de mésusage

Au-delà des analogues du GLP-1 on peut mentionner, certains examens de biologie identifiés par le rapport spécifique au secteur[112] ainsi que les poches de mésusage évoqués précédemment (cf. 2.1.3.2). L'économie associée à une mise sous prescription renforcée ne peut être évaluée ; cependant le niveau de mésusage sur ces différentes poches est évalué à 390 M€, dont 110 M€ déjà évalués sur la biologie[113].

Deux actions sont indispensables pour que la DAP puisse exercer un effet véritablement régulateur :

- le programme de réexamen de la liste des DAP afin d'identifier celles qui peuvent être conservées et celles qui doivent être abandonnées doit constituer une priorité ;
- la poursuite du programme de dématérialisation des DAP.

À moyen-terme, la coexistence de la DAP et de la prescription renforcée peut être interrogée : la prescription renforcée et la DAP dématérialisée reposent toutes deux sur un traitement par algorithme de la majorité des demandes. Plusieurs prescriptions sous DAP seraient dans leur principe éligibles à une prescription renforcée. Les deux dispositifs peuvent toutefois être envisagés comme complémentaires : la prescription renforcée devant être privilégiée pour les situations de choix de soins les plus déterministes, tandis que la DAP doit être conservée pour les cas où un besoin d'interprétation médicale plus poussée est requis.

<u>Proposition n° 13</u> : Accélérer le programme de réexamen de la liste des DAP et le programme de dématérialisation des DAP, pour tendre en cible à la suppression des DAP papier, et définir l'articulation en cible entre DAP et prescription renforcée, en orientant la DAP sur les situations où la prescription renforcée n'est pas applicable et pour lesquelles l'arbre de décision est plus complexe/ moins déterministe

[112] YG Amghar, PL Bras, T Cargill, C. Chapelet, G. Jacquemin, J. Mazière, E. Michaud, *Pertinence et efficience de la dépense de biologie médicale*, Rapport Igas-IGF, 2025.

[113] Alignement de la consommation d'antibiotiques sur la moyenne européenne (128 M€), marges de mésusage sur les IPP pour 100M€, 110 M€ évalués sur la biologie dans le rapport cité, 50M€ sur les benzodiazépines.

3.1.4. Les MSO/MSAP peuvent être étendues

Si le dispositif a fait la preuve de son efficacité, il reste limité, du fait notamment d'un très faible niveau d'acceptabilité par la profession médical[114], par un ciblage extrêmement restreint, qui réduit sa portée aux seules situations d'hyper-atypie. L'assurance-maladie déploie des actions à destination de professionnels présentant un niveau élevé de prescription sans être ciblés par ces campagnes (envoi d'alertes, mise en place d'un entretien confraternel avec un praticien-conseil de l'assurance-maladie), mais ce dispositif n'est pas formalisé. Or, cette modalité d'action intermédiaire peut jouer un rôle pédagogique et préventif et éviter certaines MSO/MSAP, et aussi avoir un impact sur la dépense. Il convient donc à la fois d'amplifier la portée des actions de prise de contact et d'alerte qui surviennent en amont de la MSO/MSAP et de garantir le déploiement et le bon usage des ressources humaines médicales contraintes.

Par ailleurs, l'analyse qu'a conduit la mission sur les prestations de masseurs kinésithérapeutes a mis en exergue les comportements atypiques de certains professionnels qui présentent des volumes moyens de séances par patient très élevé. Ce type de pratiques semble constituer une cible adéquate pour une extension des MSO/MSAP.

<u>Proposition n° 14</u> : Étendre le champ des campagnes de MSO/MSAP à un nombre plus large de professionnels

- **en formalisant le mode opératoire visant les prescripteurs se situant à un niveau de prescriptions « pré-MSO » et supprimant la possibilité pour les professionnels concernés de refuser la MSO et d'imposer le passage en MSAP ;**
- **en étendant le nombre de prescripteurs ciblés par les MSO pour les arrêts de travail ;**
- **en mettant en place un dispositif de MSO/MSAP pour les MK présentant des nombres de séances par patient très atypiques et non explicables par des différences de patientèle.**

Economie associée : 100 M€ en ordre de grandeur[115] pour l'extension du champ sur les médecins généralistes et entre 44 et 180 M€ pour le déploiement du dispositif sur les MK.

3.1.5. L'intégration de certaines dépenses de prescription dans des forfaits de prise en charge, adossée à une régulation en proximité, peut également constituer un vecteur d'efficience

Lorsque les patients sont pris en charge par un établissement, une alternative à une prescription donnant lieu à facturation individuelle des prescriptions réalisées consiste à intégrer le financement dans l'enveloppe que l'établissement reçoit pour la prise en charge du patient, et à confier à l'établissement une mission de régulation de proximité des prescriptions. L'objectif de ces dispositifs est de créer une régulation en proximité par l'établissement financeur de dépenses à risque de mésusage. C'est ce qui a conduit la LFSS pour 2006 à intégrer les dispositifs médicaux non personnalisés dans le financement des Ehpad.

[114] Si la question des ressources humaines disponibles est également posée, notamment car les MSO/MSAP s'appuient majoritairement sur du temps de médecins conseil qui sont des ressources couteuses et limitées, les campagnes réalisées sur les arrêts maladie en 2023 et 2024 ont respectivement mobilisé 19,5 ETP dont 15,8 pour le service médical, et 29,5 ETP dont 27,5 pour le service médical.

[115] Le 160M€ d'économies présenté par la Cnam correspond à une période dépassant un an ; 100M€ correspondrait plus à un montant par an. Si on se dit qu'on étend substantiellement le nombre de professionnels sous MSO même en supposant qu'ils sont moins prescripteurs et qu'il y a moins de marge, il n'est pas hors de portée d'atteindre 100M€

Le rapport Igas de 2011 sur le tarif global[116] a considéré que l'intégration des dépenses de paramédicaux et de médicaments dans le tarif des Ehpad s'accompagne d'une meilleure régulation de ces dépenses qui présentent sans cela des risques de non-pertinence, d'inefficience et de facturation abusive. Le rapport Igas-IGF de 2016 sur la réforme de la dotation soins des Ehpad[117] recommandait l'intégration des prestations d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel des Ehpad, recommandation qui a été renouvelée en 2025 par le conseil de l'âge[118].. Cette mesure concernerait essentiellement les MK (de façon très minoritaire, les orthophonistes).

Proposition n° 15 : Intégrer les prestations d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel des Ehpad

Economie associée : 85 à 170 M€[119].

Deux sujets déjà abordés appellent des évaluations complémentaires avant décision :

- la gestion des médicaments en Ehpad ;
- L'intégration des dépenses de transports inter-établissements au budget des établissements.

3.2. Des dispositifs contraignants peuvent être déployés pour contenir les dépenses relatives notamment à la liste en sus et au PHEV à moyen-terme

3.2.1. L'encadrement des conditions de délivrances de certaines prescriptions hospitalières permettrait d'éviter une partie des redondances et risques de gaspillage des produits de santé

Comme vu précédemment, il est aujourd'hui impossible d'analyser finement la catégorie des PHEV. Il est donc nécessaire de se doter d'outils permettant d'identifier le prescripteur et de connaître les contextes de réalisation de la prescription (cf. 3.3.1) afin de pouvoir ensuite mobiliser de nouveaux leviers pour réguler les prescriptions, parmi lesquelles pourraient figurer des mesures visant à lutter contre le risque de non-consommation des produits prescrits et délivrés en PHEV. En effet, en sortie d'hospitalisation, le patient se rend en officine pour se voir délivrer médicaments et dispositifs médicaux. Cependant il peut aussi rapidement voir son praticien de ville et le chevauchement des prescriptions peut entrainer l'absence de consommation de toute la prescription de sortie d'hospitalisation. Avec un fractionnement de délivrance, le pharmacien pourrait alors s'assurer lors de la seconde dispensation de la prescription hospitalière que celle-ci est toujours valable

Proposition n° 16 : Soumettre les prescriptions de sorties d'hospitalisation ou de sortie d'urgences à une quantité maximale de première délivrance remboursable

---

[116] N. Destais, V. Ruol, T. Michel, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : évaluation de l'option tarifaire dite globale*, Igas, 2011.

[117] J. Dubertret, L. Gratieux, J. d'Harcourt, A. Delattre, C. Freppel, *La réforme de la tarification des soins dans les Ehpad*, Igas-IGF, 2016.

[118] *Pour un redressement durable de la sécurité sociale*, rapport du Haut conseil au financement de la protection sociale, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie et du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, juillet 2025.

[119] Sur la base des données de la CNSA en 2023, **l'économie associée a été chiffrée à 25 % des dépenses d'auxiliaires médicaux facturées au titre des résidents en Ehpad en tarif partiel, soit 85 M€. Il s'agit d'une fourchette basse ; une économie de 50 % représenterait 170 M€.** Certains exemples d'établissements cités par le rapport Igas de 2011 attestaient d'une réduction de moitié des dépenses lors du passage au tarif global.

3.2.2. La restriction des références inscrites à la liste en sus aux seules innovations permet de réduire l'effet sédimentation constaté depuis sa création et de générer des économies

Le contenu de la liste en sus (médicaments et dispositifs médicaux) témoigne d'une sédimentation, conséquence d'une actualisation insuffisante (cf. point 1.2.1). **La mission propose en conséquence deux scénarios, non cumulables, qui visent à restreindre le panel de références pouvant être prescrites dans la LES :**

- la sortie des médicaments présents dans la liste en sus depuis plus de dix ans quelle que soit leur ASMR, au regard du cycle de vie d'une innovation[120] ;
- la radiation des biosimilaires et des génériques, ayant une ASMR V de la LES actuelle avec la sortie concomitante de leur princeps et radier de la liste les princeps à l'occasion de la mise sur la marché de leur biosimilaire/générique avec impossibilité dans le futur d'inscrire dans la LES ASMR V des biosimilaires/génériques, partant du principe que ces médicaments ne sont plus alors innovants[121].

La sortie des médicaments de la liste en sus conduit à leur réintégration dans les tarifs des GHS, à hauteur de 66 à 75 % au vu des exemples passés[122]. Le toilettage de la liste en sus nécessite en parallèle un travail de réactualisation des ASMR de la liste en sus, au minimum au gré de l'évaluation de la catégorie à chaque arrivée de molécule nouvelle. Il convient également que le ministère s'assure, qu'à chaque diminution du prix des médicaments inscrits à la LES, que le critère d'inscription relatif au rapport entre le coût du médicament et le tarif de la majorité des prestations l'incluant reste respecté[123].

<u>Proposition n° 17</u> : Restreindre les médicaments inscrits sur la liste en sus aux médicaments inscrits depuis plus de dix ans ou ayant un générique ou un biosimilaire, et l'actualiser de manière dynamique

Economie associée : entre 230 et 596 M€.

---

120 Un brevet est déposé pour une durée de vingt ans. Il peut se découper en deux temps : des étapes de recherches pré-cliniques, avec une durée moyenne de dix ans avant mise sur le marché, et donc une durée d'exploitation commerciale couverte pour le brevet d'environ dix ans.

121 L'arrivée sur le marché de génériques et biosimilaires avec un princeps figurant dans la LES amènerait à la radiation de ce princeps.

122 Cette réintégration partielle ne constitue pas un transfert de charges vers les établissements conduisant à accroître les déficits hospitaliers, si la radiation de la liste en sus conduit à réduire les prix et/ou les volumes.

123 Un rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée, mentionnés au1 ° de l'article L.1 62-22-10 et applicables l'année en cours. Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L.1 62-22-6, les tarifs de référence sont ceux mentionnés au présent4 °, majorés des éléments mentionnés aux 2 ° et3 ° de l'article R.1 62-32-1.

3.2.3. Le livret thérapeutique doit encadrer plus fortement la prescription des molécules onéreuses disposant de génériques et biosimilaires à l'hôpital

La prescription au sein d'un établissement de santé s'appuie sur un livret thérapeutique[124], sous ensemble propre à chaque établissement, du panel des médicaments disponibles à la prescription en France. Les arbitrages réalisés au sein de l'établissement conduisent à n'y retenir que certaines molécules. Ce socle est structurant pour les prescriptions effectuées lors du séjour du patient mais également pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), qui prolongent souvent les prescriptions faites durant le séjour hospitalier.

Encadré 2 : Démarche de substitution des biothérapies par biosimilaires de l'APHP

L'APHP a mené une démarche de recentrage du livret thérapeutique vers un thésaurus de références restreint, couvrant en particulier mais de façon non exclusive les molécules onéreuses de la liste en sus (LES) [125].

Des travaux sont ainsi menés en collégialité, sous l'égide du COMEDIMS, sous-commission de la commission médicale d'établissement (CME) par des experts médecins et pharmaciens, avec une mise à jour régulière, pour toutes les pathologies qui relèvent de biothérapies. Une substitution par un biosimilaire est envisagée à chaque fois qu'un biosimilaire existe, et ce dans toutes les indications thérapeutiques de la biothérapie sauf avis contraire de la HAS. Sur cette base, une négociation de prix de référencement interne à l'APHP est menée auprès des industriels et la référence la moins chère est retenue au livret. L'approvisionnement est réalisé en suivant avec :

- soit une cible de substitution de 100%,
- soit une cible légèrement inférieure afin de couvrir quelque situations cliniques (pédiatriques, intolérance, utilisation raisonnable du hors AMM…).

L'engagement des prescripteurs a été obtenu grâce au caractère robuste de la démarche scientifique garantissant un respect des bonnes pratiques médicales et au partage au plus près des services d'une partie des gains économiques réalisés.

Source : Mission d'après l'AP-HP.

La mission relève que cette démarche promeut :

- le respect des bonnes pratiques, y compris dans les indications hors AMM ;
- la substitution vers des biosimilaires dès l'étape de prescription;
- la mise en concurrence des achats systématique entre princeps et biosimilaires/génériques existants.

Ce dispositif est transposable à l'ensemble des établissements de santé. Son déploiement nécessiterait de partager le travail de référencement des biosimilaires par indication, bénéficiant de la robustesse et de la notoriété des auteurs, afin de ne pas multiplier le temps de réalisation et d'actualisation de ces référencements. Il pourrait également être réalisé par quelques centres hospitaliers universitaires (CHU) autres, au profit de « territoires régionaux élargis » sans pour autant être refait dans chaque établissement.

[124] Le comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMs), sous-commission de la CME, ou le pharmacien hospitalier établissent et mettent à jour la liste des médicaments et dispositifs médicaux disponibles au sein de l'établissement. Ils y indiquent notamment les molécules disponibles préconisées, la classe pharmaceutique des médicaments, la posologie, le ou les modes d'administration, les effets thérapeutiques, les effets indésirables, les interactions et contre-indications, les précautions d'emploi, etc. On appelle aussi le livret thérapeutique le « Livret du médicament ». Il est mis à jour avec : les entrées : innovations thérapeutiques, produits pharmaceutiques pour de nouvelles activités hospitalières ; les sorties : arrêts de commercialisation, perte d'agrément collectivités, révision ASMR/SMR HAS, alertes sécurité et restriction d'utilisation.

[125] Médicaments et dispositifs médicaux permet la prise en charge directe par l'assurance-maladie de certaines spécialités pharmaceutiques délivrées par les établissements de santé, lorsque leur indication thérapeutique présente un caractère innovant

Le périmètre de déploiement pourrait être :

- soit national, sur la base du référencement d'un seul biosimilaire par indication pour la durée négociée d'un marché avec le risque de réduire la pénétration d'alternatives les années suivantes, de fragiliser la continuité de l'approvisionnement par mise en tension d'un fournisseur unique à l'échelle nationale pour une durée donnée ou encore de mettre en risque l'accès à une thérapeutique en cas de rupture. Cet écueil peut être maitrisé par un marché national comportant plusieurs lots. Il présente l'avantage de massifier les volumes et ainsi atteindre un niveau élevé de négociation du prix ;
- soit à l'échelle de régions regroupées (cinq grandes zones ou sept sur la base du découpage des zones de défense métropolitaine[126] et une zone outre-mer semble adapté), afin d'atteindre un volume suffisant pour permettre une négociation de prix de qualité sans fragiliser l'approvisionnement à court et moyen terme.

Proposition n° 18 : Déployer la démarche de définition de livrets thérapeutiques restrictifs sur un biosimilaire ou un générique lorsqu'ils existent, communs à plusieurs établissements, et organiser sur cette base une négociation des prix d'achat des produits de santé onéreux en particulier de la liste en sus à une plus grande échelle (marchés inter-régionaux ou marché national alloti)

3.3. L'environnement numérique du prescripteur constitue un levier structurant pour améliorer la pertinence des prescriptions

3.3.1. L'ordonnance numérique est un vecteur fondamental d'adhésion des professionnels aux dispositifs de régulation et donc d'effectivité de leur déploiement et du contrôle associé

La prescription par voie dématérialisée, dite « ordonnance numérique » est devenue obligatoire pour tous les professionnels de santé autorisés à prescrire[127] depuis le 31 décembre 2024[128]. Les prescriptions électroniques peuvent être réalisées directement à partir des logiciels d'aide à la prescription (cf. partie 3.3.2).

Le déploiement de l'ordonnance numérique a pris du retard (cf. annexe II). En ville où le déploiement a été priorisé et intégré au Ségur numérique de la santé mis en œuvre par l'Agence du numérique en santé (ANS), 28,9 %, des prescriptions réalisées par les médecins généralistes étaient des ordonnances électroniques à fin mai 2025[129]. Par ailleurs, toutes les ordonnances numériques créées ne sont pas nécessairement exécutées en tant qu'ordonnance numériques (des pharmaciens ne sont pas équipés et continuent de traiter la prescription comme une prescription papier) : au 31 mai 2025, on comptait 43 169 ordonnances créées et 17 483 ordonnances numériques exécutées.

Pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville, le déploiement n'a pas été intégré au Ségur numérique hospitalier, il est prévu à l'hôpital pour 2026, après une phase d'expérimentation.

---

[126] Zones défense et sécurité métropolitaines : Paris, Nord, Ouest, Sud-Ouest, Sud, Sud-Est, Est.

[127] À l'exception des prescriptions établies en établissements de santé pour être exécutées dans l'établissement de santé

[128] Ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique, par habilitation fixée à l'Article 55 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

[129] Et seuls 43 000 médecins libéraux avaient réalisés au moins une ordonnance numérique. La mission s'interroge sur la pertinence du taux cible de 30% des prescriptions de médicaments fixé par l'assurance-maladie pour l'intéressement accordé aux médecins ayant recours à l'ordonnance numérique, pourtant obligatoire.

L'absence de convergence ville/hôpital sur le Ségur numérique, porté par la délégation du numérique en santé et l'Agence du numérique en santé quand le déploiement de l'ordonnance numérique a pour chef de file la CNAM, et les enjeux d'interopérabilité entre logiciel métier (multiples éditeurs, de l'ordre de 150), ordonnance numérique et dossier médical partagé (DMP), amènent la mission à penser que le pilotage du déploiement peut encore comporter des fragilités, qui pourraient s'aggraver lorsque les référentiels issus du règlement sur l'espace européen du numérique en santé[130] viendront s'imposer aux Etats membres en matière de e-prescription.

Enfin, le déploiement en cours de nombreux outils d'aide à la prescription ou de recherche de la juste prescription sur des formats dématérialisés, séparément des développements de l'ordonnance électronique, conduit à réaliser des efforts de développement et des dépenses importants pour des dispositifs dont les acteurs ont plus de mal à s'emparer car ils ne sont pas directement disponibles dans leurs outils de travail quotidien. Le déploiement de l'ordonnance numérique doit donc s'accélérer afin d'embarquer les dispositifs de régulation que sont la prescription renforcée, ou encore la demande d'accord préalable, comme cela est déjà fait pour la prescription de médicaments stupéfiant et assimilé stupéfiants ou de médicaments d'exception[131].

La mission identifie par ailleurs quelques fonctionnalités à apporter à l'ordonnance numérique :

- la capacité de distinguer, pour les PHEV, les différentes situations de prescriptions (sorties d'hospitalisations, sortie d'urgence, consultation externe);
- la capacité d'identifier pour les prescriptions de ville celles issues d'une téléconsultation, afin de pouvoir identifier l'ensemble des déterminants de la prescription[132]

Cela suppose de créer au préalable réglementairement une typologie des contextes de prescription.

<u>Proposition n° 19</u> : Enrichir les informations de l'ordonnance électronique aux fins d'observations de prescriptions remboursables notamment par une catégorisation du type de prescription (sortie d'hospitalisation-sortie d'urgence/consultations ambulatoires/téléconsultation)

<u>Proposition n° 20</u> : Faire de l'ordonnance numérique le téléservice unique de prescription, intégrant les dispositifs de contrôle relevant actuellement de téléservices et procédures distincts, dans le cadre d'une feuille de route pluriannuelle commune CNAM/Délégation du numérique en santé/Agence du numérique en santé

[130] Règlement (UE) 2025/327 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2025 relatif à l'espace européen des données de santé

[131] R 163-2 III CSS pour les médicaments et R. 165-1 CSS pour les DM

[132] Notamment sur la prescription d'antibiotiques au regard de l'enjeu majeur de lutte contre l'antibiorésistance.

3.3.2. Les outils d'aide à la prescription doivent être mobilisés mais régulés

Seuls les logiciels d'aide à la prescription de médicaments (LAP) ont été régulés par les pouvoirs publics (cf. annexe II). En 2014[133], les LAP ont été soumis à certification avec pour objectif la sécurisation des prescriptions de médicaments (enjeu de sécurité sanitaire). Cette obligation a été annulée par le Conseil d'État[134] en 2017 après un arrêt de la cour de justice de l'Union européenne (CJUE)[135] qui a considéré que le LAP constituait un dispositif médical et qu'aucune autre procédure que le marquage CE ne pouvait être mise en place pour accéder au marché. Le seul levier à disposition des pouvoirs publics reste donc d'assurer une prise en charge financière au profit des professionnels, en soumettant cette prise en charge à des conditions préalablement déterminées[136]. Une logique de certification ou labellisation parait devoir être maintenue.

Aux côtés de ces logiciels, divers logiciels d'aide à la décision se développent, souvent avec recours à l'intelligence artificielle, et sans régulation. Ils sont parfois dénommés « service d'aide à la décision médicale » (SADM).

Ce développement s'accélère et le régulateur n'a aucune possibilité de s'assurer de leur fiabilité des données implémentées, en particulier par l'intelligence artificielle (IA), ni de les mobiliser en tant qu'outils de pertinence dont le potentiel peut être très important.

La mission identifie là un risque de diffusion de pratiques non conformes aux recommandations de la HAS ou des sociétés savantes. Ainsi, il paraît nécessaire de remettre ces outils dans le champ régulé à des fins de sécurité et de pertinence, ce qui est proposé dans le PLFSS pour 2026. À date, seuls les DM numériques utilisés par les patients ou ceux destinées à une télésurveillance médicale entrent dans le périmètre d'évaluation technologique de la HAS du fait de la prise en charge par l'assurance-maladie. La HAS a donc présenté en juillet 2025 sa note de cadrage pour des recommandations relatives à la structuration d'une démarche d'évaluation des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel[137].

La mission considère ainsi que ces outils d'aide à la prescription (LAP/SADM) pourraient être financés, sous condition de leur usage (et non pas seulement de l'équipement) et sous réserve d'une logique de certification ou labellisation comprenant :

- fonctionnalités obligatoires (reprises des critères de la certification HAS sur les LAP médicaments) et enrichissement sur la base des préconisations du présent rapport comme les groupes comparateurs de médicaments non génériques, non biosimilaires non hybrides ;
- fonctionnalité de choix par défaut basés sur des recommandations de la HAS ;
- utilisations de bases de données validées HAS pour le médicament et d'autre bases validées en lien avec les sociétés savantes ;
- règles spécifiques quant aux outils d'intelligence artificielle embarqués dans le logiciel : transparence des sources utilisées et preuve de leur impact dans le cadre d'essai pour les prescriptions de produits de santé ou d'actes.

---

[133] Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale

[134] Arrêts du Conseil d'État n° 387156 et 387179 du 12 juillet 2018.

[135] Arrêt CJUE du 7 décembre 2017.

[136] Ce qui est le cas actuellement pour les LAP médicaments pour lesquels l'assurance-maladie verse une dotation pour l'équipement en LAP certifiés mais sans condition d'usage ajoutée depuis sa mise en place.

[137] Note de cadrage « Recommandations relatives à la structuration d'une démarche d'évaluation des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel », 23 juillet 2025

<u>Proposition n° 21</u> : Conditionner le financement des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dédiés à l'aide à la prescription des actes et produits de santé à une procédure de certification ou de labellisation adaptée aux recours à l'intelligence artificielle et recourant aux choix par défaut basés sur les recommandations de la HAS

3.4. Les expériences étrangères de budget de prescription n'ont pas démontré leur capacité à faire évoluer les pratiques

3.4.1. Certains pays ont expérimenté des budgets de prescription

Le principe du budget de prescription est de définir *ex ante* un montant maximum de dépenses de médicaments pour une période donnée[138]. Il vise à éviter l'aléa moral associé au pilotage de la dépense de prescription qui réside dans le fait que le prescripteur n'est pas le payeur.

Plusieurs pays ont fait l'expérience du budget de prescription, selon des modalités, notamment de gouvernance et de fixation des objectifs individuels, ainsi que de sanctions, variables (cf. annexe V).

En Allemagne, chaque budget régional de prescription de produits de santé est réparti entre spécialités puis décliné par type de patients (retraités/non retraités), ce qui permet pour chaque médecin de déduire un budget de référence calculé sur la base du budget de référence de sa spécialité et de son nombre de patients[139]. Un dépassement de 25 % du budget impose au médecin de justifier de son dépassement ; en l'absence de justification suffisante, le médecin doit reverser un montant correspondant à la différence entre son montant de prescription et 115 % du budget de référence.

Au Royaume-Uni, le financement de certains cabinets de médecine générale comprend un budget global correspondant à la prise en charge du patient[140], établi sur la base des dépenses passées. Des budgets indicatifs de prescription de médicaments fixent des références tendant à réduire les écarts entre cabinets. Le dépassement de cette cible n'est pas sanctionné, mais les cabinets peuvent en revanche récupérer 50 % de l'économie réalisée par rapport au budget de référence. L'Irlande a également connu un dispositif de budgets alloués aux cabinets de médecine générale incluant les coûts de prescription.

3.4.2. La portée et l'efficacité de ces dispositifs sont limités

Le dispositif irlandais a été abandonné après une évaluation ayant conclu à son inefficacité.

[138] K. E. Fischer, T. Koch, K. Kostev, T. Stargardt, « The impact of physician-level drug budgets on prescribing behavior », *European Journal of Health Economics*, 2018.

[139] S. Minery, Z. Or, Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne, IRDES, Les rapports de l'IRDES, mars 2024.

[140] Sturm H, Austvoll-Dahlgren A, Aaserud M, Oxman AD, Ramsay CR, Vernby Å, Kösters JP, « Pharmaceutical policies: effects of financial incentives forprescribers (Review) », Cochrane Database of Systematic Reviews, 2007.

Le dispositif allemand est, dans la réalité de sa mise en œuvre, nettement moins strict qu'il n'y paraît, du fait d'une série d'exceptions[141] ; le nombre de sanctions est de ce fait très réduit. Les évaluations sur ces dispositifs concluent qu'ils ont accru la part des génériques dans les prescriptions mais n'ont pas réduit la quantité de médicaments prescrits[142].

Certains risques de contournement ou d'effets pervers ont par ailleurs pu être mentionnés : renvoi des cas les plus complexes par les généralistes vers les spécialistes[143], incitation à ne traiter que les cas les plus simples.

Ces limites pointent une des difficultés d'un tel dispositif : du fait de la très forte dispersion des dépenses par patient induite par l'état de santé, il est difficile de distinguer les écarts de dépenses explicables par les caractéristiques de la patientèle de ceux qui seraient imputables aux différences de pratiques du prescripteur. Cela rend difficile de donner un caractère opposable aux cibles.

3.4.3. La mise en place d'un dispositif de responsabilisation des prescripteurs supposerait au minimum un nombre important de prérequis

Il existe deux solutions pour compenser cet effet de différences de patientèle :

- standardiser les dépenses de prescription en fonction des caractéristiques de la patientèle. Une standardisation selon des données connues de l'assurance-maladie (sexe, âge, statut affection longue durée (ALD)/non ALD) permettrait de mieux corriger les écarts dus à la composition de la patientèle, sans pour autant les supprimer (les dépenses peuvent être très hétérogènes entre patients ALD) ;
- partir des niveaux de prescription constatés et fixer des objectifs d'évolution différenciés en fonction de quantiles de prescripteurs par niveau de prescription : cela permettrait de tenir compte à la fois de caractéristiques de la patientèle (supposées en partie « captées » par le niveau constaté) tout en introduisant une dimension normative de convergence.

Les deux approches peuvent être cumulées, en établissant les quantiles de prescripteurs par niveau de prescription standardisée. Il conviendrait toutefois de vérifier si une telle approche permet de tenir compte des différences propres à la patientèle.

Les contraintes d'un tel dispositif doivent toutefois être rappelées :

- il suppose de déterminer *ex ante* des cibles d'évolution tenant compte d'une part des facteurs de dynamique possibles et d'autre part des marges d'efficience identifiées ;
- sa capacité à intégrer en cours d'année des événements pouvant affecter les dynamiques des enveloppes, soit de façon globale (épidémie, arrivée de nouveaux traitements à large diffusion) soit de façon différenciée entre les prescripteurs (nouveaux traitements spécifiques ou inversement tombée de brevets sur des traitements spécifiques à une pathologie sur-représentée dans la patientèle d'un prescripteur) est incertaine ;

---

[141] Les médicaments onéreux ne sont pas inclus dans les budgets de prescription ; l'atteinte de cibles de prescription (sur les prescriptions de génériques et biosimilaires) dispense des procédures de contrôle prévues en cas de dépassement des seuils ; le médecin qui dépasse 125 % du budget de référence peut invoquer des motifs d'exemption tels qu'une structure de patientèle spécifique ; beaucoup de régions privilégient une politique d'audit des pratiques avant sanctions.

[142] K. E. Fischer, T. Koch, K. Kostev, T. Stargardt, *op. cit.*

[143] Schoffski O., « Consequences of implementing a drug budget for office-basedphysicians in Germany », *Pharmacoeconomics*, 1996.

- si un tel dispositif doit tenir compte de la patientèle, il semble plus difficilement de ce fait applicable à des situations de consultations ne s'inscrivant pas dans un suivi au long cours : consultations de patients sans médecin traitant, consultations ponctuelles de spécialistes dans le cadre d'un épisode de soins limité dans le temps, activités de consultations non programmées, prescriptions en sortie d'hospitalisation ;
- un dispositif de pénalisation financière devrait être réalisé via l'application de pénalités financières et non d'une évolution des tarifs : en effet, les tarifs ayant également une conséquence pour le patient, on ne peut les différencier en fonction d'un critère indépendant du comportement du patient. Il importerait donc de définir un circuit de recouvrement de ces pénalités, et de traitement des contestations afférentes ; ;
- les prescripteurs hospitaliers posent des difficultés spécifiques. D'une part, l'application de pénalités financières aux établissements peut sembler douteuse au vu de leur situation financière. D'autre part, la déclinaison d'une incitation financière à l'échelle de l'établissement vers les prescripteurs à titre individuel reste à déployer.
- il conviendrait par ailleurs de définir des moyens d'éviter les risques de contournement tels que la sélection de patientèle et le report de prescriptions coûteuses vers d'autres prescripteurs (hospitaliers, spécialistes).

Enfin, en tout état de cause, un dispositif de ce type supposerait d'équiper les prescripteurs d'outils par ailleurs recommandés comme devant les aider à piloter leurs pratiques (retours réguliers permettant de situer sa prescription par rapport aux cibles ; listes de comparaison entre médicaments comparables assortis de leurs prix ; recommandations faciles d'utilisation…)

4. S'ils permettent d'atteindre des objectifs budgétaires, les dispositifs de sécurisation budgétaire et de participation financière du patient n'agissent pas sur la pertinence de la prescription

4.1. Les dispositifs de sécurisation budgétaire n'agissent pas sur la prescription et n'améliorent pas la pertinence

4.1.1. Les dispositifs d'auto-assurance peuvent sécuriser le respect d'objectifs de dépenses mais ils n'agissent pas sur la pertinence et leur soutenabilité économique est liée à la nature des secteurs concernés

La régulation de certaines dépenses donne lieu à la fixation d'enveloppes assorties de dispositifs d'auto-assurance en cas de risque de dépassement du fait des volumes. C'est le cas pour la biologie médicale en ville à travers les accords prix-volumes ; pour certains produits de santé dans le cadre d'accords entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les fabricants, pour l'ensemble des produits de santé dans le cadre des clauses de sauvegarde ; et pour le financement à l'activité des établissements de santé à travers le coefficient prudentiel. Des dispositifs de budgets globaux, comparables à la clause de sauvegarde française, sont assez courants dans plusieurs pays européens (Royaume-Uni, Italie, Espagne, Grèce, Portugal), pour la régulation des dépenses de médicaments[144].

Ces dispositifs, efficaces pour assurer la maîtrise de cibles budgétaires[145], soulèvent toujours la question du niveau de l'enveloppe[146], car il ne suffit pas qu'une enveloppe soit sécurisée pour qu'elle soit adéquate : trop haute, elle laisse subsister une rentabilité anormale ; trop basse, elle peut conduire à une éviction de l'offre.

Par ailleurs, ces dispositifs n'agissent en rien sur la prescription : ils exercent une contrainte sur les producteurs de produits et prestations concernés qui n'a aucune chance de rétroagir sur le comportement des prescripteurs. Par ailleurs, même dans l'hypothèse où les producteurs de prestations concernés auraient une capacité d'action sur les volumes, l'existence d'une contrainte collective sur l'enveloppe pouvant se traduire par un ajustement tarifaire à la baisse ne crée aucune incitation individuelle à réduire les volumes réalisés, au contraire ; en théorie, elle ne peut qu'inciter chacun à accroître ses volumes s'il en la faculté : on a là un exemple topique de « dilemme du prisonnier ». En revanche, des dispositifs de ce type peuvent, si le secteur concerné bénéficie d'une forte cohésion, rendre économiquement rationnels des mouvements de fermeture de fin d'année en cas de perspective de baisses tarifaires, comme l'a montré l'exemple de la biologie en 2024. Leur application à des activités où l'offre est en tensions constituerait une contradiction dans les politiques publiques menées.

---

144 M. Mills, P. Kanavos, « Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from Europe », *Health Policy*, 2020.

145 Les accords prix-volumes en matière de biologie ont conduit à une enveloppe ne dépassant jamais de plus de 45 millions (sur 3,7 Mds€) l'enveloppe prévue une année donnée (en dehors du Covid), sachant que les dépassements d'une année sont imputés sur les années suivantes. Sur 2013-2023, l'effet prix est compris entre 15 et -20%, soit un montant d'économies de 690 à 920 M€ en 2023 par comparaison à une hypothèse de stabilité des prix.

146 M. Mills, P. Kanavos, *op. cit*.

De plus, ils ne sont économiquement soutenables que du fait de la structure de coûts des secteurs concernés. Les secteurs où sont appliqués ces dispositifs ont en commun d'être des secteurs à coûts fixes élevés et à coûts marginaux faibles, ce qui rend acceptable un mécanisme d'enveloppe qui revient à fixer, indirectement, un chiffre d'affaires du secteur ; dans ce contexte, un ajustement prix-volumes a un impact limité sur la rentabilité de l'activité. Ce raisonnement pourrait être transposable à d'autres activités présentant des coûts fixes importants. En revanche, pour des activités où la principale composante du coût réside dans le temps de professionnel auprès du patient[147], et où le coût moyen diminue donc très peu en fonction des volumes réalisés, un ajustement prix-volumes se traduirait directement par une baisse de la rémunération du travail.

Dans des secteurs à dépassements d'honoraires, de tels ajustements de tarifs se répercuteraient sur les patients et créeraient une asymétrie injustifiable entre secteur 1 et secteur 2.

4.1.2. Il n'existe pas de précédent effectif d'un dispositif d'imputation collective aux prescripteurs d'un dépassement des dépenses prescrites, qui se heurterait à de nombreuses difficultés.

Le « plan Juppé » prévoyait un mécanisme de reversement d'honoraires en cas de dépassement du montant prévisionnel de dépenses de prescriptions, qui constituait une forme de budget de prescription à une maille collective. Ce dispositif a été annulé au contentieux[148] au motif qu'il pénalisait les médecins conventionnés au titre de dépenses prescrites par les médecins non conventionnés. Un tel dispositif présenterait la plupart des limites d'un dispositif d'auto-assurance : il ne constitue en rien un mécanisme agissant sur la prescription ou la pertinence des volumes et un ajustement tarifaire serait vidé de sa portée pour les praticiens en secteur 2.

Surtout, il présente une différence fondamentale avec les dispositifs d'auto-assurance : les dépassements de volumes qui déclencheraient les sanctions ne constituent pas un revenu pour les prescripteurs. Il n'est pas soutenable dans la durée de faire supporter collectivement à des acteurs un dépassement de dépenses dont ils ne bénéficient pas, et ce d'autant plus que les dépenses prescrites sont très largement supérieures aux honoraires versés aux prescripteurs.

Enfin, la dynamique des dépenses de prescription dépend en partie de décisions qui échappent totalement aux prescripteurs : politique de prix (pour les produits de santé, les actes paramédicaux et de biologie), entrées sur le marché des produits et actes, conditions règlementaires de calcul ou d'ouverture des IJ …

[147] Spécialités médicales cliniques (médecine générale, psychiatrie, gériatrie, pédiatrie, dermatologie…), activités paramédicales (soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes).

[148] Conseil d'Etat, 27 avril 1998, *CSMF et autres*.

4.2. La participation financière du patient ne permet pas de réduire la non-pertinence, mais peut avoir un impact sur la santé si elle a un impact sur la consommation de soins

4.2.1. L'évolution du reste à charge des ménages ne traduit pas une générosité accrue du système

La participation financière des patients, s'agissant des produits, actes et prestations prescrites examinés dans le champ de la mission, repose principalement sur les franchises et participations forfaitaires. Les tickets modérateurs sont en effet aujourd'hui pris en charge par l'assurance-maladie complémentaire (AMC) pour près de 95 % de la population[149], en tenant compte de la complémentaire santé solidaire (C2S). Ils constituent donc, dans leur grande masse, davantage un levier de partage des coûts entre l'assurance-maladie obligatoire (AMO) et l'AMC qu'une participation financière directe des patients. Ils jouent toutefois ce rôle pour les patients dépourvus d'une couverture complémentaire qui les prendraient en charge, surreprésentés parmi les ménages du premier décile[150].

La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement à la charge du patient a baissé de 10,1 à 7,9 % entre 2010 et 2020. Cela résulte d'un effet de structure (la concentration des dépenses de santé sur les soins au titre des affections de longue durée (ALD) exonérés de ticket modérateur), mais non d'une évolution des conditions générales de prise en charge. Depuis 2020, ce chiffre oscille entre 7,7 et 8,0 %, certaines évolutions de prise en charge (doublement des franchises, hausse des dépassements d'honoraires) venant compenser cet effet de structure.

4.2.2. Son niveau comparativement bas doit être nuancé au vu de la part prise en charge par les complémentaires

La part de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) à la charge des ménages en France est la troisième plus basse de l'Union européenne (10,2 %) ; elle est proche de l'Allemagne (11,1 %). Toutefois, cet indicateur n'est pas prédictif des difficultés financières d'accès aux soins comme le montrent les Etats-Unis qui présentent un niveau de reste à charge des patients proche de la France (10,9 %), car cette moyenne, notamment au vu de l'importance des dépenses prises en charge par les assurances privées (12,7 %), cache un taux de reste à charge très bas pour les patients dotés d'une couverture complémentaire de qualité, mais des restes à charge plus élevés pour des patients à bas revenu et/ou âgés non couverts par une complémentaire ou souscrivant une couverture faible, et donc exposés à des difficultés financières d'accès aux soins. En regard de cet indicateur, on peut considérer la part des dépenses de santé prise en charge par les administrations publiques, qui s'élève en France à 78 %, soit le neuvième rang de l'Union européenne (onzième de l'OCDE), 1,5 point au-dessus de la médiane de l'UE, mais 1,5 point derrière l'Allemagne.

---

[149] Plus de 96 % de la population est couverte, selon les sources anciennes citées par la DREES dans l'édition 2024 de *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties* - enquête 2017 *Statistique sur les ressources et les conditions et de vie* (SRCV) pour l'ensemble de la population (96,1 % de couverture par une complémentaire) et l'enquête européenne *European Health Interview Survey* (EHIS) 2019 pour la population de 15 ans et plus (96,3% de couverture par une complémentaire). 96,4% des cotisations de couverture complémentaire santé relèvent de contrats responsables, imposant la prise en charge du ticket modérateur pour la plupart des soins ; une partie des contrats ne relevant pas des contrats responsables prend en charge également les tickets modérateurs.

[150] Le taux de non-couverture était en 2019 trois fois plus élevé dans le premier décile de revenus (11,5 % contre 3,7 % en moyenne selon l'enquête EHIS). Il est beaucoup plus faible et homogènes à partir du 4ème décile (entre 1,7 et 2,8%)

4.2.3. Les études françaises sur l'impact de la participation financière montrent un impact concentré sur les personnes à faible revenu et/ou à la santé dégradée

Les études, anciennes, sur le tiers payant en officine[151] ou sur la mise en place des franchises et participations forfaitaires[152] convergent pour conclure que :

- ces dispositifs n'affectent pas la consommations de soins pour la très grande majorité de la population ;
- mais ils ont un impact sur certains ménages : le tiers-payant permet aux ménages aux revenus les plus bas de « rattraper » le niveau de dépenses du reste de la population ; la proportion de ménages déclarant avoir réduit sa consommation à la suite de la mise en place des franchises est nettement plus élevée parmi les ménages des deux premiers déciles et chez les individus déclarant un moins bon état de santé.

La concentration de l'impact sur des patients à bas revenus et/ou à moins bon état de santé (donc déjà exposés à des dépenses de santé) laisse penser que cet impact dépend de la propension marginale des individus à consommer ou non du soin, elle-même tributaire de leur situation financière et/ou du budget qu'ils consacrent à la santé.

4.2.4. La littérature internationale montre que la participation financière du patient peut réduire la consommation de soins, mais aussi entraîner des reports de soins coûteux et dégrader la santé des patients chroniques

Les revues de littérature systématique récentes[153] sur l'impact des dispositifs de participation financière du patient concluent qu'un changement de participation financière a un impact sur l'utilisation des soins. Parmi ces études ayant exploré l'impact différencié selon le niveau de vie ou l'état de santé des populations, plusieurs ont conclu que l'impact est plus élevé sur les patients à bas revenu.

Lorsque la participation financière des patients réduit la consommation de soins, elle le fait indépendamment de la valeur en santé du bien considéré : elle peut ainsi affecter l'observance des traitements de pathologies chroniques, conduire à reporter des diagnostics de cancer, ou à reporter ou abandonner des traitements du cancer[154].

Plusieurs études suggèrent qu'un accroissement de la participation financière se traduit par ailleurs par une hausse des hospitalisations[155].

---

[151] P. Dourgnon, M. Grignon, *Le tiers payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé*, Rapport n° 490, 2000, IRDES.

[152] B. Kambia-Chopin, M. Perronin, « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », *Questions d'économie de la* santé, n° 158, IRDES, 2010.

[153] Marlon Graf, James R. Baumgardner, Ulrich Neumann, Iris P. Brewer, Jacquelyn W. Chou, A. Mark Fendrick, « Economic Evidence on Cost Sharing and Alternative Insurance Designs to Address Moral and Behavioral Hazards in High-Income Health Care Systems: A Systematic Review », *Journal of Market Access and Health Policy*, 2024 ; Fusco, N.; Sils, B.; Graff, J.S.; Kistler, K.; Ruiz, K. « Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. », *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 2023, 29, 4–16.

[154] Association of Patient Out-of-Pocket Costs With Prescription Abandonment and Delay in Fills of Novel Oral Anticancer Agents », *Journal of Clinical Oncology*, 2018, volume 36, 5 ; Wharam, J.F.; Zhang, F.; Wallace, J.; Lu, C.; Earle, C.; Soumerai, S.B.; Nekhlyudov, L.; Ross-Degnan, D., « Vulnerable And Less Vulnerable Women In High-Deductible Health Plans Experienced Delayed Breast Cancer Care. », *Health Affairs*, 2019, 38, 408–415.

[155] Fusco et al., *op. cit*. A titre d'exemple, un plus fort niveau de participation financière des patients pour les traitements de l'asthme des enfants a été associé avec une réduction de la consommation de médicaments et de plus forts taux d'hospitalisation - Karaca-Mandic, P.; Jena, A.B.; Joyce, G.F.; Goldman, D.P., « Out-of-pocket medication costs and use of medications and health care services among children with asthma. », *Journal of American Medical Association*, 2012, 307, 1284–1291.

Enfin, plusieurs études américaines[156] ont mesuré l'impact d'une inobservance provoquée par les coûts, notamment à travers le fonctionnement de Medicare (assurance-santé publique pour les personnes âgées de 65 ans et plus)[157] : des hausses de participation financière se traduisent par des réductions de consommation de médicaments, particulièrement parmi les patients ayant la consommation et les risques de santé les plus élevés, et ce de façon globale pour les différents médicaments des patients concernés[158]. Ces études identifient un impact significatif, au bout d'un an, de ces variations de reste à charge sur la mortalité des patients concernés, tout particulièrement pour les patients atteints de pathologies chroniques.

Ces constats sont en large partie issus d'études américaines, où les restes à charge peuvent être nettement plus élevés que dans le cas français : on ne peut donc pas en déduire que les dispositifs français ont aujourd'hui les mêmes effets. Ils convergent toutefois avec les études françaises sur le fait que l'impact des dispositifs de participation financière dépend de la propension marginale de l'individu à dépenser plus (ou moins) pour sa santé, qui découle de son niveau de vie et de dépenses de santé : cela explique à la fois que des dispositifs français limités en montant n'aient pas d'impact sur le niveau de consommation, sauf pour des personnes à bas revenu et/ou à niveau de santé moins bon, et que les participations financières plus élevées identifiées dans les études internationales aient des impacts plus massifs. Dès lors que le principal déterminant de l'impact est cette propension individuelle à dépenser plus ou moins, la participation financière ne différencie pas les dépenses selon leur intérêt thérapeutique et ne constitue donc pas un levier permettant d'accroître la pertinence de la dépense de santé.

[156] Ces résultats sont observés dans un contexte américain, où les niveaux de reste à charge peuvent être nettement plus importants qu'en France, à la fois du fait des prix élevés des soins et des modalités de participation financière du patient

[157] A. Chandra, E. Flack, Z. Obermeyer, « The health costs of cost sharing », *National Bureau of Economic Research Working Papers*, n°28439, 2021 ; Eric T. Roberts, Jessica Phelan, Aaron L. Schwartz, Ellen R. Meara, Dominic Ruggiero, Lilly Estenson, Rachel M. Werner, José F. Figueroa, « Loss of Subsidized Drug Coverage and Mortality Among Low-Income Medicare Beneficiaries », *New England Journal of Medicine*, 2025.

[158] Une enquête menée par les auteurs de l'étude auprès de personnes âgées de 61 à 70 ans prenant plusieurs traitements chroniques permet d'éclairer l'existence de ce type de choix : les deux-tiers ne pensent pas qu'une interruption de traitement d'un mois puisse entraîner des conséquences graves.

Liste complète des propositions, avec porteurs et calendrier associés

N°	Mesure	Montant (en M€ par an)	Vecteur	Organisme(s) concerné(s)	Calendrier
Propositions transversales					
1	Inclure dans la formation initiale des professionnels de santé, des médecins en priorité, un socle commun d'enseignement sur la prescription (déterminants de la prescription, pertinence des prescriptions, approche médico-économique mais aussi prescription non médicamenteuse et déprescription)	Non chiffrée	Arrêté	DGOS et DGESIP	12 à 18 mois
5	Faire appliquer l'identification des prescripteurs hospitaliers par leur RPPS lors de la prescription et de l'exécution de la prescription, pour permettre une connaissance des pratiques de prescriptions et analyser les dynamiques de prescriptions existant au sein de la catégorie « PHEV »	Non chiffrée	Obligation existante mais non appliquée	CNAM	6 mois
6	Aligner les démarches de maitrise médicalisée auprès des prescripteurs hospitaliers sur celles des prescripteurs de ville : actions d'accompagnement, DAP, MSO/MSAP, prescription renforcée…	Non chiffrée	Non concerné	CNAM	12 à 18 mois
10	Produire des listes de produits à effet comparable avec indication de leur prix, permettant aux prescripteurs d'éclairer leur choix de traitement dans des indications à fort enjeu financier	Non chiffrée	Non concerné	HAS et DSS	12 mois à 18 mois
19	Enrichir les informations de l'ordonnance électronique aux fins d'observations de prescriptions remboursables notamment par une catégorisation du type de prescription (sortie d'hospitalisation-sortie d'urgence/consultations ambulatoires/téléconsultation)	Non chiffrée	Décret	DSS	6 mois
20	Faire de l'ordonnance numérique le téléservice unique de prescription, intégrant les dispositifs de contrôle relevant actuellement de téléservices et procédures distincts, dans le cadre	Non chiffrée	Non concerné	CNAM	24 à 36 mois

	d'une feuille de route pluriannuelle commune CNAM/Délégation du numérique en santé/Agence du numérique en santé.				
21	Conditionner le financement des dispositifs médicaux numériques à usage professionnel dédiés à l'aide à la prescription des actes et produits de santé à une procédure de certification ou de labellisation adaptée aux recours à l'intelligence artificielle et recourant aux choix par défaut basés sur les recommandations de la HAS.	Non chiffrée	Loi	DGS et DSS	Dès que possible
Propositions ciblées					
8	Mobiliser davantage des modalités d'accompagnement des prescripteurs ayant fait la preuve de leur efficacité (communication de « leaders d'opinion » ; développement de retours personnalisés réguliers sur la pratique individuelle sur un panel d'indicateurs clés assortis de cibles).	Non chiffrée	Non concerné	CNAM	12 à 18 mois
9	Assurer la diffusion et la promotion des groupes d'amélioration des pratiques auprès des prescripteurs et développer des registres de qualité sur des parcours à enjeux, pour assurer un recueil de données sur les traitements et les résultats des patients servant de support aux retours personnalisés vers les prescripteurs et aux échanges entre pairs.	Non chiffrée	À analyser	CNAM	12 à 18 mois
11	Développer les approches « Choisir avec soin » avec des sociétés savantes et expérimenter une information ciblée des patients consommant des médicaments ou dispositifs médicaux à risque de non-pertinence ou mésusage (ex : anxiolytiques, IPP et antibiotiques) et son impact en termes de prescription	Non chiffrée	Avis CNIL (expérimentation)	CNAM	6 mois à 12 mois
12	Appliquer la prescription renforcée aux prescriptions pour lesquelles il existe un enjeu de santé publique au respect des bonnes pratiques, un besoin d'accompagnement à la pénétration d'un médicament innovant et/ou onéreux dans les pratiques, ou un risque de mésusage important	Estimation du mésusage : 100 M€ pour les IPP, 128 M€ pour les	Arrêtés spécifiques pour imposer une prescription renforcée, arrêtés de prise en charge pour les médicaments ou	DSS et DGS	A échelonner selon le volume de prescription (certaines peuvent être mises en œuvre sans tarder comme le dosage vitamine D, vitesse de sédimentation ; d'autres doivent attendre l'intégration de la

		antibios, 50 M€ pour les BZD ; 109,5 sur la biologie	arrêté de révision de la NABM pour les examens de biologie		prescription renforcée dans l'ordonnance numérique)
13	Accélérer le programme de réexamen de la liste des DAP et le programme de dématérialisation des DAP, pour tendre en cible à la suppression des DAP papier, et définir l'articulation en cible entre DAP et prescription renforcée, en orientant la DAP sur les situations où la prescription renforcée n'est pas applicable et pour lesquelles l'arbre de décision est plus complexe/ moins déterministe.	Non chiffrée	Non concerné	DSS et CNAM	6 mois pour la priorisation puis au fil de l'eau
14	Etendre le champ des campagnes de MSO/MSAP à un nombre plus large de professionnels, en formalisant le mode opératoire visant les prescripteurs se situant à un niveau de prescriptions « pré-MSO » et en supprimant la possibilité pour les professionnels concernés de refuser la MSO et d'imposer le passage en MSAP ; en étendant le nombre de prescripteurs ciblés par les MSO pour les arrêts de travail ; en mettant en place un dispositif de MSO/MSAP pour les MK présentant des nombres de séances par patient très atypiques et non explicables par des différences de patientèle.	100 M€ (extension IJ) ; 44 à 180 M€ (extension aux MK)	Loi	CNAM	12 à 18 mois (mais si 6 mois pour MSO/MSAP MK)
17	Restreindre les médicaments inscrits sur la liste en sus aux médicaments inscrits depuis plus de dix ans ou ayant un générique ou un biosimilaire et l'actualiser de manière dynamique	230 à 596 M€	Décret	DGOS et DSS	entre 6 mois et un an
18	Déployer la démarche de définition de livrets thérapeutiques restrictifs sur un biosimilaire ou un générique lorsqu'ils existent, communs à plusieurs établissements, et organiser sur cette base une négociation des prix d'achat des produits de santé onéreux en particulier de la liste en sus à une plus grande échelle (marchés inter-régionaux ou marché national alloti)	Non chiffrée	À analyser	DGOS	un an
2	Conditionner le remboursement d'une prescription de certains antibiotiques à la réalisation d'un TROD, lorsqu'il existe et conditionner la délivrance des antibiotiques à la présentation de	Non chiffrée	Décret et arrêté prise en charge	DGS et DSS	un an

	l'ordonnance dans un délai maximum à compter de la date de prescription				
3	Soumettre, via la LPP, les perfusions à domicile à une première délivrance remboursable limitée à 7 jours	Non chiffrée	Arrêté prise en charge	DGS et DSS	6 mois
16	Soumettre les prescriptions en sortie d'hospitalisation ou d'urgences à une quantité maximale de première délivrance remboursable	Non chiffrée	Décret	DGS et DSS	un an
4	Faire évoluer la disposition inscrite dans la convention médicale relative à la consultation longue pour la déprescription pour élargir le public ciblé à la fragilité et mieux garantir sa dimension pluriprofessionnelle (participation du pharmacien et de l'infirmière référente)	Non chiffrée	Convention médicale	CNAM	Prochaine négociation
7	Supprimer la prise en charge par l'assurance-maladie des prescriptions réalisées par les praticiens libéraux déconventionnés	60 M€	Loi	DSS	12 à 18 mois
15	Intégrer les prestations d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel des Ehpad	85-170 M€	Décret	DGCS et DSS	18 à 24 mois

ANNEXES ET PIÈCE JOINTE

LISTE DES ANNEXES ET DE LA PIÈCE JOINTE

ANNEXE I : LES DÉPENSES DE PRESCRIPTION DE SANTÉ

ANNEXE II : LA PRESCRIPTION : CADRE GÉNÉRAL ET DÉTERMINANTS

ANNEXE III : LES PRESCRIPTIONS EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

ANNEXE IV : LA JUSTE PRESCRIPTION

ANNEXE V : ACTES DE SOINS INFIRMIERS ET DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE : DYNAMIQUE ET DÉTERMINANTS DE LA DÉPENSE DE PRESCRIPTION EXÉCUTÉE EN VILLE

ANNEXE VI : LEVIERS ET OUTILS DE RÉGULATION DES PRESCRIPTIONS

ANNEXE VII : LES MÉCANISMES DE SÉCURISATION BUDGÉTAIRE ET LES PARTICIPATIONS FINANCIÈRES DU PATIENT

ANNEXE VIII : MÉTHODOLOGIE

ANNEXE IX : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

PIÈCE JOINTE : LETTRE DE MISSION

ANNEXE I

Les dépenses de prescription de santé

SOMMAIRE

1. LES DÉPENSES LIÉES AUX PRESCRIPTIONS TRAITÉES DANS LE CHAMP DE LA MISSION ONT AUGMENTÉ DE MANIÈRE COMPARABLE À CELLE DE L'ONDAM, AVEC DES DYNAMIQUES TOUTEFOIS DIFFÉRENTES SELON LES OBJETS DE PRESCRIPTION CONCERNÉS 1

1.1. Parmi les dépenses courantes de santé, les dépenses issues des prescriptions en ville et à l'hôpital ne font pas l'objet d'un agrégat suivi individuellement et doivent être recomposées pour faire l'objet d'une analyse et d'un pilotage 1

1.2. La croissance de certaines dépenses de prescriptions contribue au rebond récent des dépenses de santé 2

2. LES REMBOURSEMENTS DE PRODUITS DE SANTÉ EN VILLE REPRÉSENTENT UNE DÉPENSE DE 34 MD€ EN 2024, DONT LA DYNAMIQUE EST PRINCIPALEMENT PORTÉE PAR LES MÉDICAMENTS LIÉS AUX CANCERS ET AUX MALADIES AUTO-IMMUNES 5

2.1. Le remboursement des médicaments délivrés en ville atteint 25 Md€ en 2024, en augmentation de 16 % depuis 2019 5

2.1.1. La dépense de remboursement de médicaments est restée contenue entre 2010 et 2019, mais augmente fortement depuis 2020 5

2.1.2. Le chiffrage des dépenses de médicaments fait l'objet de nombreuses difficultés méthodologiques 7

2.1.3. Les médicaments liés aux cancers et aux maladies auto-immunes représentent 30 % du remboursement des médicaments délivrés en ville en 2024, dans une très forte dynamique qui explique 68% de l'augmentation des remboursements depuis 2014 10

2.1.4. L'augmentation des remboursements de médicaments prescrits est en premier lieu liée aux prescripteurs salariés 13

2.2. Les dispositifs médicaux délivrés en ville représentent un volume de dépenses de remboursement de 9 Md€ en 2024, en augmentation de 24 % en cinq ans .. 15

2.2.1. Les remboursements de DM en ville sont concentrés à 79 % sur les traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques et les pansements 16

2.2.2. Les dépenses de DM en ville sont concentrées sur trois aires thérapeutiques très dynamiques :(appareil respiratoire, métabolisme et maintien à domicile), ce qui traduit l'impact de la hausse de la prévalence de certaines pathologies et du virage domiciliaire 16

3. LES DÉPENSES DE REMBOURSEMENT DES PRESCRIPTIONS EFFECTUÉES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ, QUI PEUVENT RELEVER DE L'EXÉCUTION EN VILLE OU DE LA LISTE EN SUS, SONT TRÈS DYNAMIQUES 19

3.1. Les dépenses liées aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) atteignent 20,4 Md€ en 2024, après une augmentation de 47,5 % en cinq ans . 19

3.2. Le remboursement des produits de santé dans le cadre de la liste en sus constitue une source de dépenses particulièrement dynamique, à hauteur de 11,7 % en moyenne par an depuis 2020, portée par des produits très onéreux 21

4. LES AUTRES DÉPENSES DE PRESCRIPTION SONT LES ACTES DE SOINS RÉALISÉS EN VILLE, LES TRANSPORTS SANITAIRES ET LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES LIÉES AUX ARRÊTS DE TRAVAIL 23

4.1. Les actes de soins réalisés en ville par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes représentent une dépense de remboursement de 13,7 Md€ en 2024, en augmentation de 26 % depuis 2019 23

4.2. Les transports sanitaires représentent un remboursement de près de 6,9 Md€ en 2024, en augmentation de 34 % depuis 2019 25

4.3. Les indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie représentent une dépense de 11,4 Md€ en 2024, soit une augmentation de 38 % depuis 2019 ...27

1. Les dépenses liées aux prescriptions traitées dans le champ de la mission ont augmenté de manière comparable à celle de l'Ondam, avec des dynamiques toutefois différentes selon les objets de prescription concernés

1.1. Parmi les dépenses courantes de santé, les dépenses issues des prescriptions en ville et à l'hôpital ne font pas l'objet d'un agrégat suivi individuellement et doivent être recomposées pour faire l'objet d'une analyse et d'un pilotage

Les prescriptions couvrent un champ d'actions qui peut être organisé en quatre catégories (cf. annexe II) :

- **les produits de santé**, couvrant à la fois les médicaments et les dispositifs médicaux ;
- **les actes de soins ou de diagnostic exécutés par d'autres professionnels que le prescripteur**, comme les actes exécutés par les infirmiers diplômés d'état (IDE) et les masseurs-kinésithérapeutes (MK) et les actes de biologie médicale ;
- **les transports sanitaires ;**
- **les indemnités journalières liées aux arrêts de travail.**

Les prescriptions peuvent entrainer des dépenses de remboursement de la part de l'assurance-maladie, sous réserve :

- que la prescription soit effectivement exécutée, car ce n'est pas la réalisation d'une prescription mais bien son exécution qui entraine le potentiel remboursement (autrement, dit, il ne faut par exemple pas seulement que le patient reçoive une ordonnance de médicament de la part de son médecin pour que cela entraîne un remboursement de l'assurance-maladie, mais bien que le patient retire le médicament en question en pharmacie) ;
- que la prescription exécutée soit effectivement éligible à un remboursement de la part de l'assurance-maladie (une prescription pouvant porter sur des produits ou des soins non éligibles à remboursement, comme des médicaments non remboursés par exemple).

Par ailleurs, les dépenses de remboursement liées aux prescriptions ne sont traçables que pour autant qu'elles donnent lieu à une facturation distincte à l'assurance-maladie : ainsi, les consommations de produits de santé ou d'actes paramédicaux réalisées dans le cadre de séjours au sein d'établissements de santé sont financées en principe dans le cadre des tarifs ou dotations de ces établissements. Elles n'apparaissent donc pas dans les dépenses de prescription et ne sont pas intégrées dans le champ de la mission, sauf pour les produits de santé financés dans le cadre de la liste en sus, qui font l'objet d'un financement spécifique sur le sous-objectif relatif aux établissements de santé.

Les prescriptions présentent une diversité d'objets (produits, actes et prestations) qui répondent à des encadrements et des logiques de dispensation ou d'exécution propres, ce qui constitue déjà une classification des dépenses. Par ailleurs, les bases de données traitent différemment les prescriptions selon qu'elles sont engagées par des prescripteurs libéraux (exerçant dans des cabinets « de ville » ou en clinique à but lucratif) ou par des prescripteurs hospitaliers (c'est-à-dire exerçant dans des établissements à financement « ex-DG »).

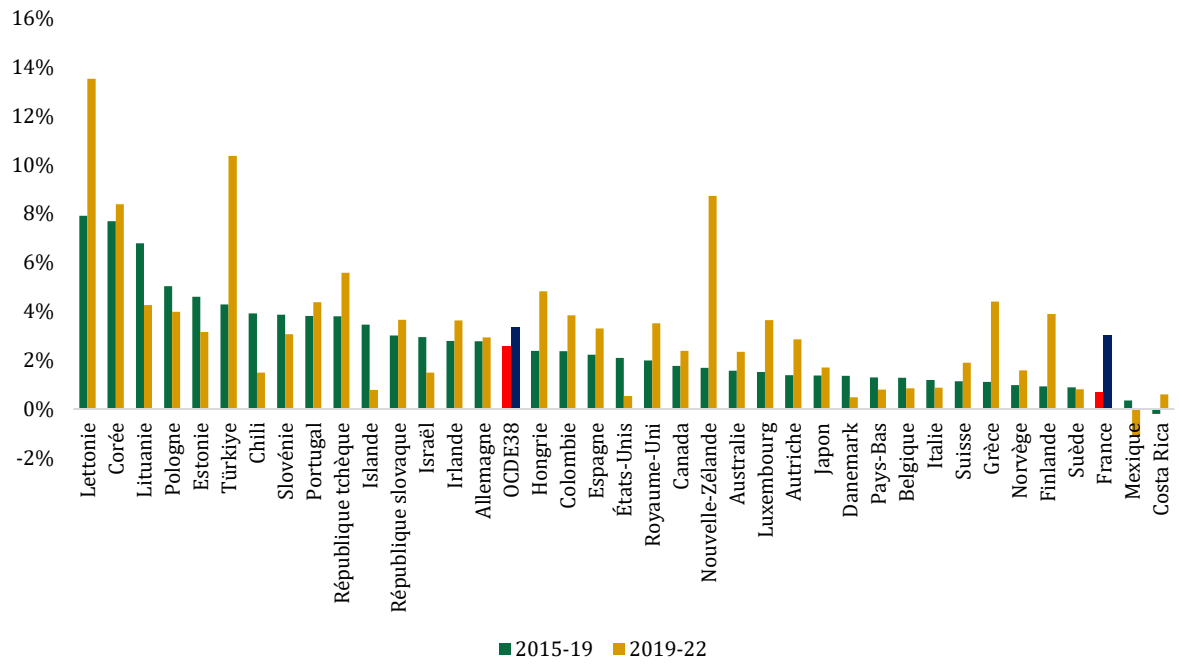
Du fait de cette diversité de configurations de prescriptions, les dépenses qui en découlent sont réparties entre différentes enveloppes de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie (Ondam), en particulier celles des sous-objectifs « établissements de santé » et « soins de ville ». **Il n'existe pas d'agrégat économique ou comptable délimité de suivi des dépenses prescrites et l'analyse de leur volume comme de leur dynamique est le fruit d'une recomposition**.

1.2. La croissance de certaines dépenses de prescriptions contribue au rebond récent des dépenses de santé

Au cours de la décennie 2010, la France a connu une des croissances de dépenses de santé en valeur les plus faibles parmi les pays industrialisés : elle a ainsi connu la 5ème plus faible hausse de la dépense de santé en valeur dans l'Union européenne au cours de cette période[1].

Comme d'autres pays développés, la France a en revanche connu un rebond de ses dépenses de santé après 2019 (cf. graphique 1). Stable en part du produit intérieur brut (PIB) au cours des années 2010, la dépense courante de santé a augmenté de 0,7 % entre 2019 et 2022 pour atteindre 11,8 % du PIB, niveau auquel elle s'est stabilisée depuis.

Graphique 1 : Croissance annuelle moyenne des dépenses de santé par habitant des pays de l'OCDE (valeurs réelles), sur les périodes 2015-2019 et 2019-2022



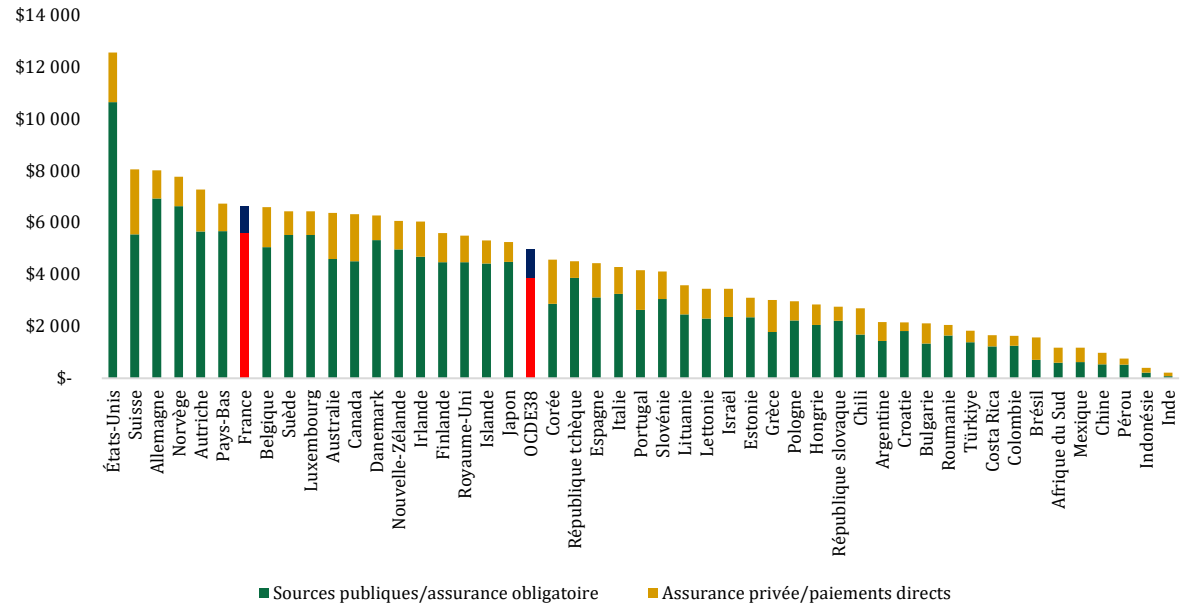
Source : OCDE, indicateurs du panorama de la santé 2023.

Ces évolutions récentes ont conduit à repositionner la France au sein de l'OCDE en termes de dépenses de santé. Elle est en 2024 en 5ème position en part de PIB dédiée aux dépenses de santé (derrière les Etats-Unis, l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse)[2] et en 7ème position en termes de dépenses de santé par habitant en parité de pouvoir d'achat en 2022 (cf. graphique 2).

[1] Les pays industrialisés hors UE (Japon, Etats-Unis, Islande, Royaume-Uni, Suisse, Norvège, Canada) ont tous connu des taux de progression supérieurs (*Les dépenses de santé en 2024. Résultats des comptes de la santé*, DREES, 2025).

[2] DREES, *Les dépenses de santé en 2024*, 2025.

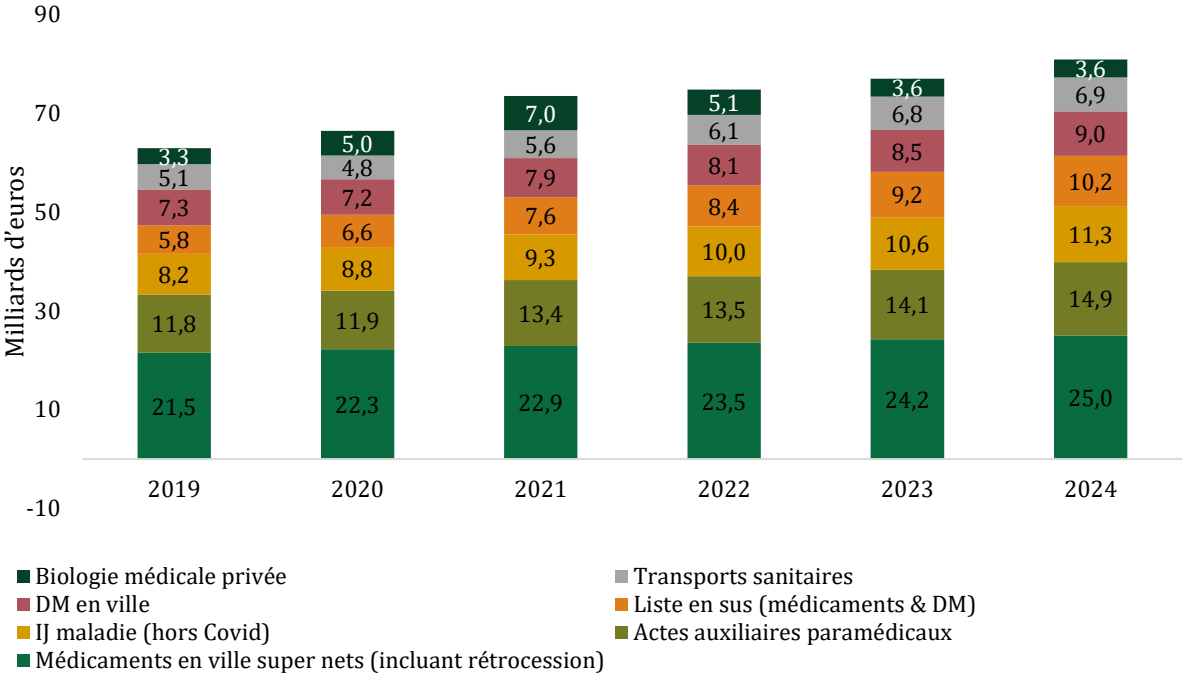
Graphique 2 : Dépenses de soins par habitant des pays de l'OCDE en 2022, en dollars américains et en parité de pouvoir d'achat



Source : OCDE, indicateurs du panorama de la santé 2023.

Les dépenses liées aux prescriptions traitées dans le champ de la mission (produits de santé, actes des auxiliaires paramédicaux, arrêts maladie, transports sanitaires, biologie médicale) ont représenté un total de 81 Md€ en 2024, soit 31,6 % de l'objectif national de dépenses de l'assurance-maladie (Ondam, cf. tableau 1). Cet agrégat de dépenses a augmenté de 28,5 % entre 2019 et 2024, soit une dynamique comparable à celle de l'Ondam (hors coûts COVID), qui a augmenté de 28 % sur cette période.

Graphique 3 : Comparaison des dépenses induites par les prescriptions par catégorie d'objets de prescription entre 2019 et 2024



Source : Calculs mission d'après les données suivantes : médicaments en ville (incluant rétrocession) d'après CCSS ; liste en sus d'après ATIH ; DM d'après Open-LPP ; IJ, transports sanitaires, biologie et actes d'après CCSS.

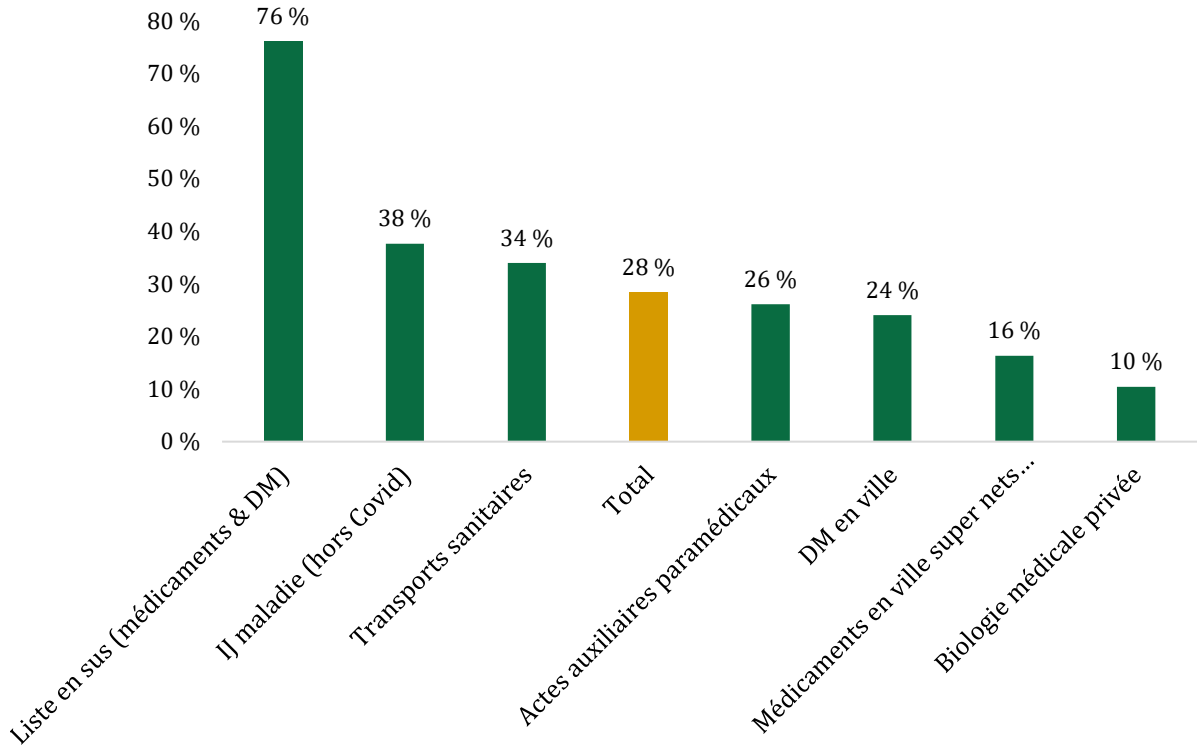
Tableau 1 : Évolution de l'Ondam exécuté (incluant les mesures du Ségur et liées à l'inflation, mais hors crise Covid-19) entre 2019 et 2024 (en Md€)

2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2019-2024
200,3	206,9	221,5	235,4	247,2	256,0	+28 %

Source : CCSS.

Les dépenses les plus dynamiques entre 2019 et 2024 (cf. graphique 4) ont été la liste en sus (+76 %), les indemnités journalières pour arrêts maladie (+38 %) et les transports sanitaires (+34 %). Les évolutions des dépenses liées aux actes paramédicaux, aux dispositifs médicaux et aux médicaments en ville sont plus faibles que l'évolution de l'Ondam sur cette période (respectivement +26 %, +24 % et +16 % contre +28 %).

Graphique 4 : Évolution des dépenses induites par les prescriptions par catégorie d'objets de prescription entre 2019 et 2024



Source : Calculs mission d'après les données suivantes : médicaments d'après Open-Medic ; liste en sus d'après ATIH ; DM d'après Open-LPP ; IJ, transports sanitaires, biologie et actes d'après CCSS.

2. Les remboursements de produits de santé en ville représentent une dépense de 34 Md€ en 2024, dont la dynamique est principalement portée par les médicaments liés aux cancers et aux maladies auto-immunes

Les produits de santé constituent les biens physiques délivrés aux patients, en différence des actes exécutés par des professionnels de santé et des prestations en espèces versées par l'assurance-maladie. Les produits de santé sont constitués de deux grandes catégories : les médicaments d'une part, et les dispositifs médicaux d'autre part.

2.1. Le remboursement des médicaments délivrés en ville atteint 25 Md€ en 2024, en augmentation de 16 % depuis 2019

2.1.1. La dépense de remboursement de médicaments est restée contenue entre 2010 et 2019, mais augmente fortement depuis 2020

Les dépenses dites « super nettes »[3] de remboursement des médicaments délivrés en ville (qu'ils soient prescrits par la médecine de ville ou par des établissements de santé) s'élèvent à 25,04 Md€ en 2024 (cf. tableau 2). Cette dépense est en augmentation de 16 % depuis 2019.

Tableau 2 : Dépenses super nettes de remboursement de médicaments en ville

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dépenses super nettes	21,53	22,28	22,90	23,53	24,24	25,04
Évolution annuelle	N.A.	3,5 %	2,8 %	2,8 %	3,0 %	3,3 %

Source : CCSS des années 2020 à 2025.

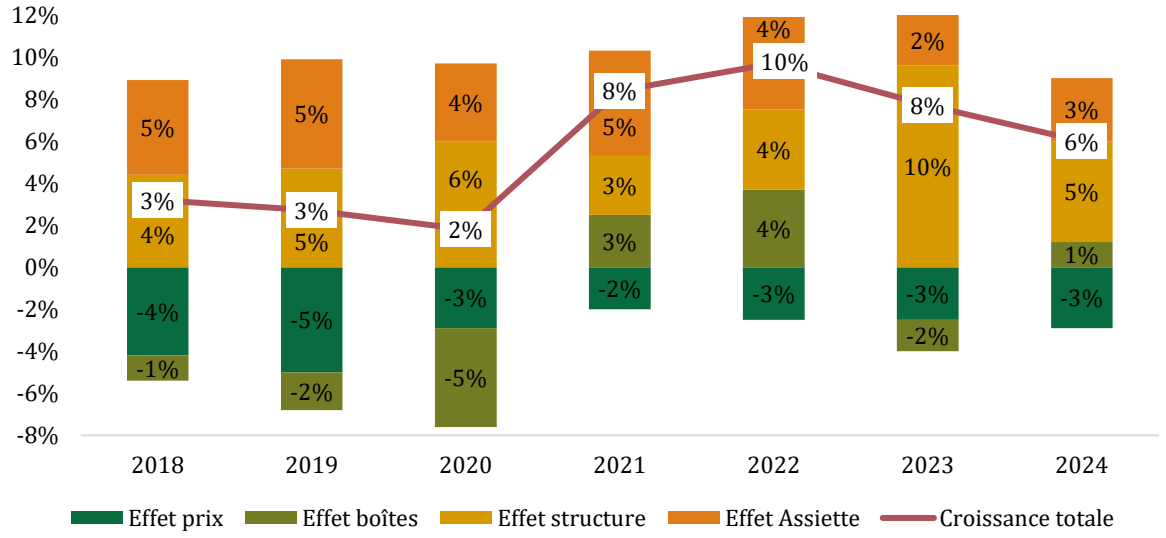
L'évolution de ces dépenses de remboursement[4] est essentiellement portée par un effet structure et un effet assiette, alors que les effets prix et boites sont globalement négatifs, ce qui traduit un glissement des remboursements vers des médicaments onéreux (cf. graphique 5). Autrement dit, l'évolution des dépenses de remboursement des médicaments se décompose entre :

- un effet prix, soit l'effet de l'évolution du prix des médicaments déjà présents sur le marché, négatif toutes les années entre 2018 et 2024, ce qui traduit bien une baisse du prix des médicaments au fil des années de présence sur le marché ;
- un effet volume, soit l'effet de l'évolution du nombre de boîtes consommées pour les médicaments déjà sur le marché, négatif toutes les années entre 2018 et 2024, sauf en 2021 et en 2022 (rebond après la baisse provoquée en 2020 par le Covid) et en 2024 ;
- un effet structure, soit l'effet de la transformation de la structure de la consommation des médicaments déjà présents sur le marché, qui est positif sans discontinuer depuis 2018. Cela traduit une évolution de la consommation vers des produits plus onéreux. Cet effet structure est généralement (toutes les années depuis 2019 sauf en 2021) l'effet le plus fort ;
- un effet assiette, soit l'effet de l'entrée ou de la sortie de médicaments sur le marché. Cet effet est positif sans discontinuer depuis 2018, ce qui traduit le fait que les nouveaux médicaments sont plus onéreux que ceux qui sortent du marché.

[3] Les dépenses super nettes sont les dépenses de remboursement brutes de médicaments, auxquelles sont appliquées la clause de sauvegarde et les remises conventionnelles (cf. partie 2.1.2).

[4] Dans l'hypothèse d'une corrélation entre chiffre d'affaires hors taxe du médicament et dépenses remboursées, cf. Graphique 5. L'étude en montant strictement remboursé n'était pas disponible à la mission.

Graphique 5 : Décomposition de la croissance du chiffre d'affaires hors taxe de médicaments en ville entre 2018 et 2024



Source : CCSS pour l'année 2024, fiche 3.2 « Le marché du médicament en 2024 ».

À ces dépenses de remboursement des médicaments retirés en officine de ville s'ajoutent celles liées au dispositif de la rétrocession, qui restent contenues depuis 2017 (cf. encadré 1).

Encadré 1 : Le mécanisme de dispensation de produits de santé à l'hôpital par rétrocession

La rétrocession – cf. annexe III, partie 5 - correspond à la dispensation de médicaments par les pharmacies hospitalières – les pharmacies à usage intérieur (PUI) - aux patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit habituel des pharmacies de ville. La rétrocession permet aux patients d'avoir accès à certains traitements malgré leurs contraintes de distribution, de dispensation ou d'administration, ou qui nécessitent un suivi particulier de la prescription ou de la délivrance.

Les médicaments délivrés dans le cadre de la rétrocession bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une autorisation d'importation (AI). Certains médicaments peuvent également être nommément inscrits sur cette liste à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale. Enfin, d'autres médicaments peuvent être rétrocédés sans être nommément inscrits sur la liste de rétrocession. Il s'agit des catégories de médicaments suivantes : préparations magistrales ou hospitalières, médicaments bénéficiant d'un accès précoce ou compassionnel.

Les médicaments délivrés dans le cas de la rétrocession sont facturés à l'assurance-maladie : ils ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers ; leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ». L'ANSM fixe et publie la liste des médicaments rétrocédables (dite « liste de rétrocession » [5]). Au 21 juillet 2025, cette liste comportait 925 produits. Le contour de la liste impacte fortement les montants remboursés.

Mis à part une hausse en 2021, le remboursement des médicaments au titre du mécanisme de la rétrocession est en baisse continue depuis 2017, pour s'établir à 1,9 Md€ en 2024 (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Évolution du montant des remboursements liés à la liste de rétrocession

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant du remboursement (en M€)	2 954	2 502	2 210	2 122	2 241	2 005	1 877	1 889
Évolution annuelle	N.A.	-15,3 %	-11,7 %	-4,0 %	5,6 %	-10,5 %	-6,4 %	0,6 %

Source : Assurance-maladie, base Retroced'AM, calculs de la mission.

Source : Mission.

[5] Avant 2021, la liste était fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

2.1.2. Le chiffrage des dépenses de médicaments fait l'objet de nombreuses difficultés méthodologiques

2.1.2.1. Les dépenses super nettes de remboursement des médicaments ne peuvent être ventilées par médicament, ce qui nécessite d'étudier également les dépenses brutes

Les dépenses de remboursement de médicaments considérées plus haut sont des dépenses dites « super nettes », c'est-à-dire les dépenses liées aux remboursements effectivement versés par l'assurance-maladie tout au long de l'année, atténuées de l'application de la clause de sauvegarde et des remises conventionnelles en fin d'année (cf. encadré 2).

Ces dépenses super-nettes ne peuvent néanmoins pas être ventilées entre les différents médicaments remboursés, car :

- l'application de la clause de sauvegarde se fait sur l'ensemble des médicaments ;
- les remises conventionnelles sur chaque médicament sont confidentielles. Si le montant global des remises est publié chaque année, sa ventilation par médicament n'est pas disponible.

Encadré 2 : Les remises conventionnelles et la clause de sauvegarde sur les médicaments

Les remises conventionnelles sur les produits pharmaceutiques sont des remises négociées entre le CEPS et les industriels pharmaceutiques sur le prix d'achat des médicaments par rapport au prix facial des médicaments (le prix fixé par le comité économique des produits de santé – CEPS). Les remises conventionnelles sont confidentielles, seul le prix facial du médicament est public.

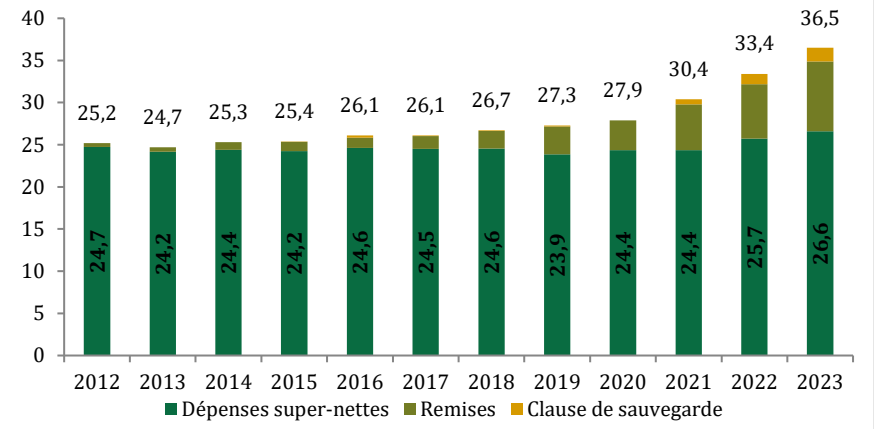
Ces remises prennent la forme de remboursements des industriels pharmaceutiques à l'assurance-maladie en fin d'année : autrement dit, l'assurance-maladie rembourse en cours d'année les médicaments sur la base de leur prix facial, et perçoit en retour en fin d'année la différence par rapport au prix négocié. Le mode de calcul des remises sur chaque médicament est librement défini par la convention entre le CEPS et les industriels : il peut être prévu à la première boîte, en fonction du volume de ventes, du coût du traitement journalier, des conditions d'utilisation, ou d'un plafonnement du chiffre d'affaires par exemple.

Les remises sont croissantes, et ont atteint un montant de 8,3 Md€ en 2023 contre 3,2 Md€ en 2019.

La clause de sauvegarde : cette clause, définie à l'article L138-10 du code de la sécurité sociale, est déclenchée lorsque les dépenses de médicament remboursables, nettes des remises, sont supérieures à un plafond dit « montant M », fixé chaque année. Une contribution égale à une fraction du dépassement est alors appelée auprès des entreprises pharmaceutiques, le dispositif servant de garde-fou de dernier niveau pour limiter la dépense de médicaments. Alors que son application a longtemps été exceptionnelle, la clause de sauvegarde est désormais activée chaque année, pour un montant croissant qui a atteint 1,6 Md€ en 2023.

Les dépenses super-nettes sont les dépenses après application des remises et de la clause de sauvegarde (cf. graphique 6).

Graphique 6 : Évolution des dépenses nettes, des remises et de la clause de sauvegarde (en Md€)



Source : Mission, d'après données DSS.

Source : Mission d'après CEPS et DSS.

La ventilation des dépenses de remboursement n'est disponible qu'en considérant les dépenses brutes de remboursement, c'est-à-dire avant l'application des remises conventionnelles et de la clause de sauvegarde. **Dans la suite de cette deuxième partie, les dépenses détaillées par types de médicaments analysées par la mission sont donc des dépenses brutes de remboursement.**

2.1.2.2. Les dépenses de remboursement des médicaments, qu'elles soient super nettes ou brutes, ne comprennent pas certains facteurs de dépenses supplémentaires, ou inversement de moindre dépense, pourtant associés directement à la consommation de médicaments

Les dépenses de remboursement, qu'elles soient super nettes ou brutes, ne prennent pas en compte deux éléments :

- les dépenses supplémentaires engendrées par les honoraires de dispensation des médicaments en officine (cf. encadré 3) :
  - si ces dépenses sont directement induites par la consommation de médicaments en ville, aucun des chiffrages des dépenses de santé ne prend en compte ces dépenses supplémentaires dans les dépenses de remboursement des médicaments. Par souci de cohérence, la mission a choisi de reproduire la même méthodologie ;
- les moindres dépenses engendrées par l'application des franchises aux patients sur chaque boite de médicaments (cf. encadré 4) :
  - l'application de la franchise ne se fait généralement pas lors du « passage en caisse » du patient en pharmacie pour le médicament concerné, dans la mesure où l'achat d'un médicament en officine bénéfice du tiers payant (hormis dans le cas où le patient refuse la délivrance d'un générique). La franchise est donc calculée a posteriori par l'assurance-maladie, et décomptée des futurs remboursements du patient par l'assurance-maladie. Pour cette raison, il est difficile de suivre dans les données de remboursement l'application de la franchise médicale, et aucune donnée étudiée par la mission ne prend en compte la moindre dépense finale entrainée par cette franchise.

Encadré 3 : Dépenses liées à la délivrance des médicaments en officine

La délivrance de médicaments aux patients en officine donne lieu à une rémunération du pharmacien. Cette rémunération, qui prend la forme d'une marge réglementée sur le prix du médicament ainsi que d'un ou plusieurs honoraires de dispensation (selon le médicament et selon le patient), s'additionne au montant remboursé brut du médicament. Ces honoraires de dispensation sont remboursés par l'assurance-maladie au même taux que le médicament lui-même.

En 2024, les rémunérations des pharmaciens directement liées à la délivrance de médicaments en officine est de 5,9 Md€, en progression de 10,5 % sur cinq ans (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Honoraires de dispensation des pharmaciens d'officine sur les médicaments, en M€

	2014	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Marge réglementée[6]	5 360	1 792	1 307	1 370	1 471	1 556	1 638
Honoraire au conditionnement	N.A.	2 587	2 483	2 458	2 553	2 562	2 598
Honoraire complexe	N.A.	42	25	24	25	25	26
Honoraire à la dispensation	N.A.	299	291	297	308	314	320
Honoraire lié à l'âge	N.A.	98	304	316	329	338	346
Honoraire lié aux médicaments spécifiques	N.A.	495	838	865	899	912	942
Total	**5 360**	**5 313**	**5 248**	**5 331**	**5 585**	**5 709**	**5 869**

Source : Cnam.

Source : Mission d'après Cnam.

Encadré 4 : La franchise médicale sur les médicaments

La franchise médicale sur les médicaments est un reste à charge forfaitaire pour le patient sur chaque boite de médicaments retirée en pharmacie, qui s'applique sur le montant remboursé pour le médicament par l'assurance-maladie (sans prendre en compte les frais de dispensation).

Cette franchise est fixée depuis 2024 à 1 € par boite de médicaments (soit le double du montant appliqué depuis la création des franchises), et dans la limite de 50 € de franchise par patient et par an.

Le doublement des franchises et du plafond a été annoncé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026.

Source : Mission.

De la non prise en compte de ces deux facteurs de surplus ou de moindre dépense s'ensuit que le coût final d'un médicament pour l'assurance-maladie, en tenant compte des honoraires de dispensation et de la franchise par boîte peut s'écarter du montant remboursé au titre du produit lui-même.

Cet effet est d'autant plus fort que la boite de médicaments est peu onéreuse[7]. Ainsi, l'application de la franchise et des honoraires de dispensation aux produits peu onéreux, comme le paracétamol, réduit le coût final pour l'assurance-maladie. Il en résulte, lorsque l'on considère seulement les dépenses brutes de remboursement, une surestimation des dépenses liées aux produits peu onéreux, et par conséquent une sous-estimation de la part des dépenses liées aux produits onéreux.

[6] La marge des pharmaciens s'applique sur le prix de vente de chaque boite de médicament, en pourcentage du prix ou en montant forfaitaire. Les honoraires correspondent à la rémunération du pharmacien pour des actes spécifiques (conseil, préparation, suivi des patients), distincts de la simple vente du médicament.

[7] Le passage du montant remboursé par boîte au coût final par boîte varie selon le prix du médicament (l'impact de la déduction de la franchise – forfaitaire - est d'autant plus sensible que le prix du médicament est moindre, et selon le taux de remboursement, appliqué au médicament comme à l'honoraire de dispensation.

Par exemple, l'application de la franchise et des honoraires de dispensation aux 377 M€ de montant remboursé au titre du paracétamol aboutit à une réduction du coût final pour l'assurance-maladie de 21 à 28 %, soit 80 à 107 M€ de moindres dépenses (cf. tableau 5) ;

Les économies réalisées sur des volumes de consommation de médicaments sont souvent calculées en retenant le montant remboursé. L'économie finale pour l'assurance-maladie est en réalité moindre, c'est-à-dire que la réduction du remboursement d'un médicament de 1 € n'entraine pas mécaniquement une réduction finale des dépenses de 1 €. Cela est lié aux deux points cités ci-dessus :

- la réduction des volumes de remboursement réduit les franchises associées (cet effet est sensible pour les médicaments à bas prix) ;
- la clause de sauvegarde induisant la récupération par l'assurance-maladie en fin d'année d'une fraction de ses dépenses de remboursement au-delà d'un certain seuil, la diminution des dépenses de remboursement de l'année vient mécaniquement diminuer la fraction récupérable.

Tableau 5 : Effet des honoraires de dispensation et de la franchise médicale sur le coût final pour l'assurance-maladie (AM) d'une boite de paracétamol en 2025

	Prix de la boite	Taux de remb.	Montant de remb.	Franchise	Honoraire de dispensation (HD)	Remb. de l'HD	Coût final par boite pour l'AM
Régime de droit commun	1,07 €	65%	0,70 €	0,70 €	1,02 €	0,66 €	0,66 €
Prescription dans le cas d'une exonération de franchise et d'un remb. à 100 %	1,07 €	100%	1,07 €	- €	1,02 €	1,02 €	2,09 €
Remboursement moyen observé	1,07 €	80%	0,86 €	Entre 0 et 1 €	1,02 €	0,82 €	Entre 0,88 € et 1,88 €

Source : Mission d'après données de la base de données publique du médicaments et Open-Medic.

Le doublement de la franchise annoncé dans le cadre du PLFSS pour 2026 aurait pour effet de supprimer la prise en charge par l'assurance-maladie pour tout médicament dont le prix par boîte serait inférieur à 2,06€, lorsque le médicament est remboursé à 65% et que le patient s'acquitte de la franchise (la prise en charge subsisterait en cas de remboursement à 100% ou d'exonération de franchise ou d'atteinte du plafond annuel de franchises). Nombre de médicaments courants sont dans cette situation : paracétamol, une partie des benzodiazépines, certaines présentations de l'amoxicilline (antibiotique courant).

2.1.3. Les médicaments liés aux cancers et aux maladies auto-immunes représentent 30 % du remboursement des médicaments délivrés en ville en 2024, dans une très forte dynamique qui explique 68% de l'augmentation des remboursements depuis 2014

Trois classes de médicaments (sur quatorze, cf. encadré 5) délivrés en ville constituent 52,3 % des dépenses de remboursement en 2024, à savoir les antinéoplasiques et les agents immunomodulants[8], les médicaments du système nerveux et les médicaments du système digestif et du métabolisme (cf. tableau 6). Le poids de ces trois classes dans les remboursements de médicaments est en croissance rapide : elles ne représentaient que 39,5 % de la dépense en 2014, et 46,8 % en 2019.

[8] Les médicaments de cette classe ont pour objectif de traiter les cancers (dans le cas des antinéoplasiques) ou de modifier la réponse du système immunitaire (dans le cas des agents immunomodulants), soit en la stimulant (dans le cas des traitements des infections ou des cancers), soit en la diminuant (dans le cas des traitements des maladies auto-immunes ou dans le cadre des greffes).

Encadré 5 : La classification ATC des médicaments

La classification ATC (Anatomique Thérapeutique Chimique) est structurée en cinq niveaux hiérarchiques, chacun apportant une précision croissante sur le médicament, et codée sur sept caractères.

Les cinq niveaux correspondent respectivement :

- le niveau 1 correspond au groupe anatomique principal, et indique le système organique ou l'appareil ciblé par le médicament ;
- le niveau 2 correspond au sous-groupe thérapeutique, il précise le type de traitement au sein du groupe anatomique. Il est codé sur deux chiffres ;
- le niveau 3 correspond au sous-groupe pharmacologique, il indique la classe pharmacologique spécifique ;
- le niveau 4 correspond au sous-groupe chimique, ou thérapeutique, il précise le type chimique ou l'usage plus spécifique du médicament ;
- le niveau 5, qui est le niveau le plus précis, correspond à la substance active, il identifie la molécule (ou, le cas échant, l'association de molécules) qui forme le principe actif du médicament.

Source : Mission d'après HAS et ANSM.

Cette évolution est essentiellement portée par le dynamisme des médicaments de la classe des antinéoplasiques et des agents immunomodulants : le montant des remboursements des médicaments cette classe a été multiplié par 3,2 en 10 ans, pour atteindre 7,7 Md€ en 2024. Leur part dans les remboursements est ainsi passée de 12,1 % en 2014 à 29,6 % en 2024. L'augmentation des remboursements de cette classe explique 61,5 % de l'augmentation des remboursements de médicaments sur la période 2014-2024, et 41,8 % de l'augmentation sur la période 2019-2024 (cf. encadré 6).

L'évolution des dépenses de remboursement des médicaments du système nerveux est expliquée à 85 % par l'augmentation d'une molécule, le Tafamidis ® (cf. encadré 7).

Inversement, la part des remboursements liés aux médicaments du système cardio-vasculaire a diminué passant de 13,4 % en 2014 à 8,5 % en 2024.

Tableau 6 : Montant de remboursement des médicaments délivrés en ville selon la catégorie ATC1

Classe ATC1	2014		2019		2024		Évolution du montant sur 2019-2024
	Montant	Part	Montant	Part	Montant	Part	
Antinéoplasiques et agents immunomodulants	2,43	12,1%	4,59	24,0%	7,71	29,6%	67,9%
Système nerveux	3,19	16,0%	2,24	11,7%	3,20	12,3%	42,8%
Système digestif et métabolisme	2,28	11,4%	2,12	11,1%	2,71	10,4%	28,2%
Sang et organes hématopoïétiques	1,27	6,3%	1,75	9,1%	2,46	9,5%	41,0%
Anti-infectieux (usage systémique)	1,79	9,0%	2,09	10,9%	2,30	8,8%	10,0%
Système cardio-vasculaire	2,67	13,4%	1,75	9,2%	2,22	8,5%	26,5%
Système respiratoire	1,17	5,9%	1,10	5,8%	1,95	7,5%	76,5%
Organes sensoriels	0,82	4,1%	1,09	5,7%	1,24	4,8%	14,1%
Hormones systémiques, à l'exclusion des hormones sexuelles et des insulines	0,38	1,9%	0,54	2,8%	0,62	2,4%	13,6%
Dermatologie	0,23	1,1%	0,22	1,1%	0,55	2,1%	153,5%
Système musculosquelettique	0,47	2,3%	0,30	1,6%	0,49	1,9%	61,8%
Système génito-urinaire et hormones sexuelles	0,46	2,3%	0,41	2,2%	0,40	1,6%	-2,2%
Divers	0,24	1,2%	0,32	1,7%	0,13	0,5%	-57,6%
Antiparasitaires, insecticides et répulsifs	0,05	0,2%	0,04	0,2%	0,04	0,2%	3,0%

Source : Open-Medic.

Encadré 6 : Évolution des dépenses de remboursement des antinéoplasiques et immunomodulateurs

Au sein même de la classe citée des antinéoplasiques et immunomodulateurs, deux sous-classes (au niveau ATC2, cf. encadré 4) présentent la dynamique la plus forte de toutes les classes de médicaments (cf. tableau 4). Ainsi, le montant des remboursements des antinéoplasiques a été multiplié par 3,5 en dix ans, et par plus de 2 en cinq ans, expliquant à lui seul 23,8 % de l'augmentation des dépenses de médicaments sur la période 2019-2024.

Tableau 7 : Évolution comparée de la classe des antinéoplasiques et agents immunomodulants par rapport au reste des médicaments

Classe ATC1	Période 2014 – 2024			Période 2019 - 2024		
	Évolution du montant (en Md€)	Évolution du montant (en %)	Part dans l'évolution globale	Évolution du montant (en Md€)	Évolution du montant (en %)	Part dans l'évolution globale
Antinéoplasiques et agents immunomodulants	5,29	217,8%	61,5%	3,12	67,9%	41,8%
Ensemble des autres classes de médicaments	3,31	22,1%	38,5%	4,34	31,1%	58,2%

Source : Open-Medic.

Source : Mission d'après données Open-Medic.

Encadré 7 : Le Tafamidis® dans la classe des « médicaments du système nerveux »

La classe ATC1 « médicaments du système nerveux » présente une diminution de 30 % de son montant de remboursement entre 2014 et 2019, puis une augmentation de 42,8 % entre 2019 et 2024. Dans le premier cas, cette baisse est liée à la forte baisse (-48 %) du montant des remboursements liés aux sept molécules les plus couteuses.

Dans le deuxième cas, cette augmentation de 0,96 Md€ en cinq ans, pour atteindre 3,20 Md€ en 2024, est expliquée à 85 % par une augmentation de l'utilisation de la molécule Tafimidis ®. Cette molécule est utilisée dans le traitement de la polyneuropathie amyloïde depuis 2012 et a bénéficié d'une extension d'indication en 2020 dans le traitement de la cardiomyopathie amyloïde à transthyétine (ATTR), une maladie rare et progressive. Il est commercialisé sous les noms de marque Vyndaqel® et Vyndamax®.

Le coût du remboursement du Tafamidis ® est passé de 44 M€ en 2019 à 860 M€ en 2024 (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Utilisation du Tafamidis depuis 2019

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant remboursé (en M€)	15	45	59	212	452	635	860
Nombre de boites remboursées (en milliers)	3,4	10,0	13,1	37,3	64,9	89,2	119,9

Source : Open-Medic.

Source : Mission d'après la HAS.

2.1.4. L'augmentation des remboursements de médicaments prescrits est en premier lieu liée aux prescripteurs salariés

L'étude de la spécialité des prescripteurs de médicaments montre que les prescripteurs salariés sont à l'origine de la majorité de l'augmentation des dépenses de prescription de médicaments exécutées en ville.

Cette part des professionnels exerçant en établissement de santé (principalement à l'hôpital, mais aussi en centres de santé) dans l'augmentation des prescriptions de médicaments en ville est liée à la combinaison de deux effets :

- d'une part, les prescripteurs salariés (cf. encadré 8) représentent près de la moitié (49,3 %) du total des remboursements de médicaments prescrits en 2024 (cf. tableau 9) ;
- d'autre part, le montant de remboursement de leurs prescriptions de médicaments est particulièrement dynamique (+66,8 % en cinq ans).

A contrario, le remboursement des prescriptions de médicaments par les médecins généralistes reste contenu, avec une baisse sur les dix dernières années (-12,0 %), et une augmentation de 7,4 % sur les cinq dernières années (cf. graphique 7).

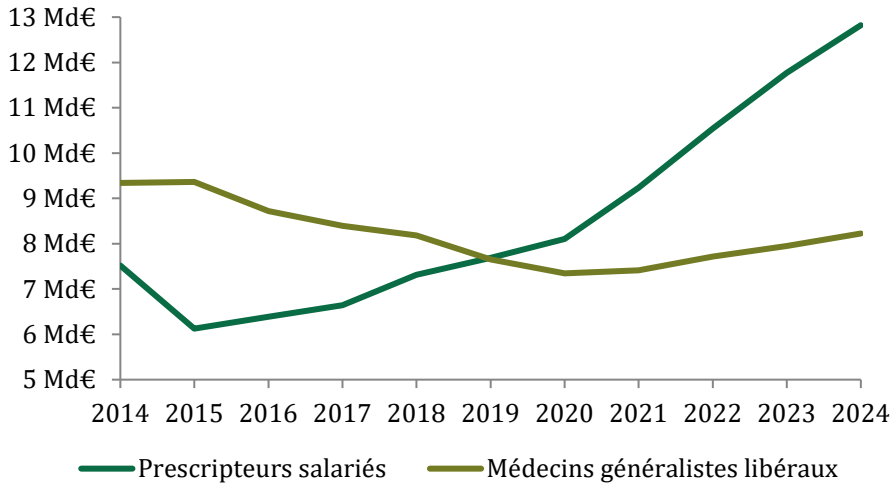
Tableau 9 : Remboursements de médicaments en ville selon la spécialité et le mode d'exercice du prescripteur (en Md€)

Spécialité du prescripteur	2024	Évolution 2014-2024	Évolution 2019-2024
Prescripteurs salariés	12,82	70,5%	66,8%
Médecine générale libérale	8,22	-12,0%	7,4%
Ophtalmologie libérale	0,78	59,7%	9,3%
Pathologie cardio-vasculaire libérale	0,46	192,2%	184,0%
Rhumatologie libérale	0,42	41,1%	25,5%
Médecine interne libérale	0,34	118,3%	45,5%
Radiologie libérale	0,28	47,9%	6,2%
Pneumologie libérale	0,27	93,6%	53,7%
Gastro-entérologie et hépatologie libérale	0,25	112,1%	21,2%
Chirurgie libérale	0,22	73,9%	32,9%

Spécialité du prescripteur	2024	Évolution 2014-2024	Évolution 2019-2024
Dermatologie et vénéréologie libérale	0,20	119,7%	79,3%
Pédiatrie libérale	0,18	53,4%	59,5%
Neurologie libérale	0,18	-12,7%	-15,1%
Endocrinologie et métabolismes libéraux	0,17	49,9%	27,0%
Gynécologie-obstétrique libérale	0,15	-26,8%	-13,7%
Psychiatrie libérale	0,14	-31,5%	7,1%
Prescripteurs de ville autres que médecins (dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, sages-femmes)	0,13	72,2%	19,4%
Oto-rhino-laryngologie libérale	0,04	55,1%	112,4%
Néphrologie libérale	0,03	-22,5%	-11,9%

Source : Open-Medic.

Graphique 7 : Évolution du remboursement des prescriptions en médicaments des prescripteurs salariés et des médecins généralistes libéraux entre 2014 et 2024



Source : Open-Medic.

Encadré 8 : Les prescripteurs salariés au sens des statistiques de l'assurance-maladie

Dans la base de données Open Medic de l'assurance-maladie, les prescripteurs salariés désignent les professionnels de santé – dont les médecins - exerçant en tant que salariés, principalement dans des établissements publics (hôpitaux, centres hospitaliers universitaires, centres de santé) ou privés (cliniques, centres de santé mutualistes ou associatifs).

Dans la mesure où l'identité du prescripteur salarié n'est pas toujours connue de l'assurance-maladie, les prescriptions délivrées par ces professionnels sont regroupées dans une catégorie à part. Autrement dit, les remboursements liés aux prescriptions d'un cardiologue exerçant à l'hôpital par exemple seront comptabilisées dans cet agrégat, et non pas dans la spécialité « cardiologie ». Inversement, un prescripteur salarié n'est pas nécessairement un prescripteur hospitalier (et par conséquent, les prescriptions hospitalières exécutées en ville ne sont notamment pas égales aux prescriptions réalisées par les prescripteurs salariés).

Source : Mission.

Cette évolution des dépenses remboursées selon les types de prescripteurs doit néanmoins être neutralisée des différences d'évolution démographique entre exercice libéral et exercice salarié :

- entre 2012 et 2025, l'effectif des médecins libéraux a baissé de 9,3 % ;
- dans le même temps, l'effectif des médecins salariés (hospitaliers ou non) a augmenté de 22,2 % et celui des médecins en exercice mixte a augmenté de 68,9 %.

2.2. Les dispositifs médicaux délivrés en ville représentent un volume de dépenses de remboursement de 9 Md€ en 2024, en augmentation de 24 % en cinq ans

Les dispositifs médicaux (DM) sont des produits de santé au périmètre vaste et hétérogène, incluant tous les articles « *dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques* »[9]. Cette catégorie couvre notamment les pansements, prothèses externes ou implantables, stimulateurs cardiaques, jusqu'aux logiciels médicaux et équipements biomédicaux lourds.

La France est le pays européen de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) consacrant la dépense totale[10] la plus élevée aux dispositifs médicaux, avec 298 € par habitant en 2021 (cf. tableau 10). La France est également au deuxième rang pour leur part dans les dépenses de santé (7,1 %), après l'Espagne. L'évolution de cette part en points de pourcentage est stable entre 2016 et 2021 dans les pays comparables, avec une évolution positive plus marquée pour la France et l'Espagne que pour les autres pays. Il est toutefois à noter que :

- les comparaisons peuvent être affectées par des différences de règles de prise en charge et de financement : ainsi, les comparaisons intègrent généralement uniquement les dépenses de dispositifs médicaux donnant lieu à une facturation spécifique et non les dispositifs médicaux intégrés dans le financement des établissements ;
- l'optique représente 38 % de la dépense de dispositifs médicaux en France.

Les dispositifs médicaux ont fait l'objet d'une précédente revue de dépenses par l'Inspection générale des finances et l'Inspection générale des affaires sociales, parue en mars 2024. Pour cette raison, le présent rapport se limite à en reprendre les constats en les actualisant.

Tableau 10 : Comparaison de la part des DM dans les dépenses de santé et les dépenses de santé par habitant dans plusieurs pays de l'OCDE (2016-2021)

Pays	Part dépenses de santé			Dépense par habitant (en €)		
	2016	2021	2016-2021	2016	2021	TCAM[11]
France	6,7 %	7,1 %	+ 0,4	234	298	+ 4,1 %
Allemagne	5,4 %	5,1 %	- 0,3	217	262	+ 3,2 %
Espagne	8,0 %	8,4 %	+ 0,4	178	232	+ 4,5 %
Danemark	5,2 %	5,0 %	- 0,1	179	218	+ 3,4 %
Suède	3,5 %	3,4 %	- 0,1	127	144	+ 2,1 %
Royaume-Uni	3,0 %	2,6 %	- 0,4	85	101	+ 2,9 %

Source : Revue de dépenses sur les dispositifs médicaux, d'après Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2023.

[9] Article L5211-1 du code de la santé publique.

[10] Cette dépense totale comprend l'ensemble des dépenses de santé, tous payeurs confondus (assurance maladie, mutuelles, patients).

[11] Taux de croissance annuel moyen.

2.2.1. Les remboursements de DM en ville sont concentrés à 79 % sur les traitements et matériels d'aide à la vie, les aliments diététiques et les pansements

La liste des produits et prestations (LPP) constitue le principal agrégat des dispositifs médicaux remboursés. Initialement créée en quatre titres de produits et prestations, la LPP est structurée depuis 2017 en cinq titres, dont trois relèvent des DM délivrés en ville (cf. tableau 11) :

- **le titre I rassemble les dispositifs médicaux « *pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements* ».** Ils concernent principalement le traitement en ville de pathologiques spécifiques (notamment diabète, apnée du sommeil, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, nutrition, traitement de l'incontinence) mais également les pansements et les dispositifs utilisés dans le maintien à domicile (perfusions, lits médicaux ou fauteuils roulants). **Le titre I représente 7,1 Md€ en 2024, soit 79,4 % de l'ensemble des remboursements de DM en ville** ;
- **le titre II concerne les « *orthèses et prothèses externes* ».** Outre les orthèses et prothèses du grand et du petit appareillage orthopédique, ce titre couvre les prothèses auditives et les lunettes. **Il représente 1,7 Md€ en 2024, soit 18,8 % de l'ensemble des remboursements de DM en ville** ;
- **le titre IV couvre les « *véhicules pour handicapés physiques* » (VPH)**, soit les fauteuils roulants à propulsion manuelle, à moteur électrique et les autres véhicules (poussettes, tricycles etc.). **Il représente 164 M€ en 2024, soit 1,8 % de l'ensemble des remboursements de DM en ville**.

Les dépenses de dispositifs médicaux délivrés en ville sont en hausse de 1,7 Md€ depuis 2019, soit +24,1 % en cinq ans. L'évolution annuelle moyenne est notamment de +5,2 % sur les deux dernières années (cf. tableau 11). Cette évolution est soutenue en premier lieu par la dynamique du titre I, pour laquelle les remboursements ont augmenté de 26,2 % en cinq ans (contre 17,2 % pour le titre II et 10 % pour le titre III). En particulier, les remboursements des DM du titre I ont augmenté de 7 % en 2024.

Tableau 11 : Remboursements de DM en ville entre 2019 et 2024 (en Md€)

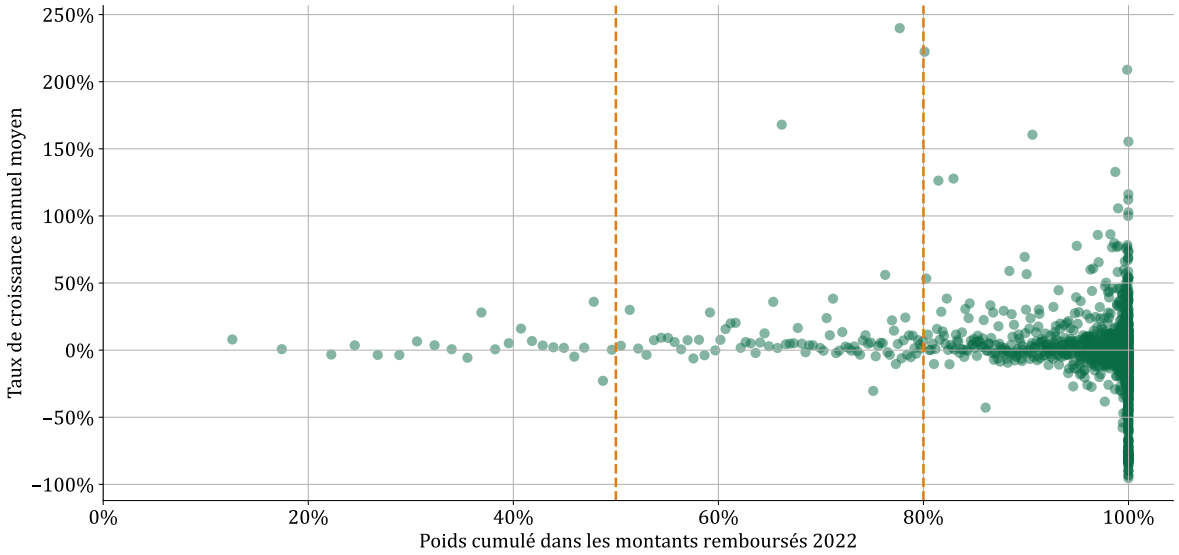
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 2019-2024
Titre I	5,7	5,9	6,1	6,4	6,7	7,1	+26,2 %
Titre II	1,4	1,2	1,6	1,6	1,7	1,7	+17,2 %
Titre IV	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	+10,0 %
Total	**7,3**	**7,2**	**7,9**	**8,1**	**8,5**	**9,0**	**+24,1 %**
Évolution annuelle	N.A.	-0,7 %	9,2 %	3,3 %	4,5 %	5,9 %	N.A.

Source : Open-LPP.

2.2.2. Les dépenses de DM en ville sont concentrées sur trois aires thérapeutiques très dynamiques :(appareil respiratoire, métabolisme et maintien à domicile), ce qui traduit l'impact de la hausse de la prévalence de certaines pathologies et du virage domiciliaire

La mission de revue de dépenses sur les DM a mis en avant le fait que les dépenses de remboursement des **dispositifs médicaux de ville sont très concentrées sur quelques lignes de la LPP**. 51 lignes de la liste des produits et prestations représentent 50 % des montants remboursés (*cf.* graphique 8).

Graphique 8 : Répartition des DM de la LPP en ville selon leur poids cumulé dans les montants remboursés et leur taux de croissance annuel moyen en années pleines sur 2016-2022



Source : Revue de dépenses sur les dispositifs médicaux, d'après des données Cnam. Note de lecture : Les points sont des sous-catégories de DM de la LPP et sont positionnés par ordre décroissant des montants remboursés et exprimés en poids cumulé dans les remboursements (en abscisse) et en taux de croissance annuel moyen (en ordonnée). Ainsi, le point le plus à gauche représente la première catégorie de DM de la LPP en montant remboursé, qui représente 16 % des montants remboursés en 2022, et son montant remboursé a augmenté en moyenne de 8 % par an entre 2016 et 2022. En continuant vers la droite, les trois premières catégories représentent, en cumulé, 23 % des montants remboursés, et la troisième catégorie présente une évolution annuelle moyenne de son montant remboursé de 4 % entre 2016 et 2022.

Les dispositifs des aires thérapeutiques « appareil respiratoire » et « métabolisme » sont fortement représentés parmi les dispositifs médicaux associés à la dépense la plus élevée. Ainsi, les dispositifs les plus couteux sont les appareils de pression positive continue (PPC) pour l'apnée du sommeil, les lits médicaux et les divers dispositifs utilisés dans l'autocontrôle du diabète.

L'évolution de la dépense remboursée sur la liste des produits et prestations en ville est la plus importante pour les trois aires thérapeutiques couvrant les montants les plus élevés et qui expliquent plus de la moitié de la hausse de 2016 à 2022 (cf. tableau 12) :

- **l'appareil respiratoire** : + 29,8 %, soit + 374,8 M€, imputable aux trois-quarts à la hausse de la catégorie « pression positive continue pour apnée du sommeil », en hausse de + 46,2 % soit 270 M€ ;
- **le métabolisme** : + 42,7 %, soit + 396,3 M€ concernant pour deux-tiers les dispositifs d'autocontrôle et pour un tiers les dispositifs pour auto-traitement du diabète (pompes, seringues, aiguilles) ;
- **le maintien à domicile** : + 30,4 %, soit + 234,4 M€, imputables pour moitié aux « systèmes actifs de perfusion », c'est-à-dire aux systèmes de perfusion à domicile avec une source d'énergie électrique (pousse-seringue, pompe volumétrique).

Tableau 12 : Contribution à la croissance des dépenses remboursées des dispositifs médicaux prescrits en ville entre 2016 et 2022

Aires thérapeutiques	Hausse des montants remboursés		Contribution à la croissance totale
	En M€	En %	
Métabolisme	396,3	+ 42,7 %	6,8 %
Appareil respiratoire	374,8	+ 29,8 %	6,4 %
Appareillage orthopédique externe (GAO)	281,9	N.A.	4,8 %
Maintien à domicile	234,4	+ 30,4 %	4,0 %
Organes des sens et sphère ORL	176,6	+ 42,8 %	3,0 %
Dermatologie	139,1	+ 19,8 %	2,4 %
Appareil digestif et abdomen	111,8	+ 17,0 %	1,9 %
Appareil génito-urinaire	74,4	+ 22,5 %	1,3 %
Système cardio-vasculaire	47,3	+ 720,4 %	0,8 %
Aides à la vie et fauteuils roulants	26,5	+ 8,5 %	0,5 %
Appareillage orthopédique externe (AO)	28,6	+ 6,6 %	0,5 %
Neurologie	4,6	+ 41,1 %	0,1 %
Prothèses réparatrices à visée esthétique	3,8	+ 12,9 %	0,1 %
Total	**1 900,2**	**+ 32,4 %**	**32,4 %**

Source : Revue de dépenses sur les dispositifs médicaux, d'après les données Open-LPP de la Cnam. Champ : 2022, titres I, II, IV. Note de lecture : Le montant remboursé au titre de la LPP en ville (titre I, II et IV) a augmenté de 32,4 % entre 2016 et 2022. 6,8 points d'augmentation sont expliqués par la croissance de la catégorie Métabolisme.

3. Les dépenses de remboursement des prescriptions effectuées en établissement de santé, qui peuvent relever de l'exécution en ville ou de la liste en sus, sont très dynamiques

3.1. Les dépenses liées aux prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) atteignent 20,4 Md€ en 2024, après une augmentation de 47,5 % en cinq ans

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) – qui sont détaillées dans l'annexe III - correspondent aux prescriptions effectuées par des professionnels de santé salariés exerçant en établissements publics et en établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC, cf. encadré 9), et dont la réalisation ou la délivrance a lieu en ville. Ces prescriptions recouvrent trois catégories différentes :

- prescriptions en sortie d'hospitalisation, complète ou à temps partiel ;
- prescriptions en sortie des services d'urgence ;
- prescriptions réalisées en consultations externes.

Les PHEV regroupent les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux, de soins réalisés par des personnels de santé libéraux, qu'ils soient médecins ou auxiliaires médicaux (actes infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologie, radiologie, etc.), de transports sanitaires et d'indemnités journalières issues d'un arrêt de travail.

Les PHEV constituent un agrégat administratif, composite (puisqu'il regroupe des dépenses d'actes, de médicaments, de DM, d'IJ, de transports sanitaires), mais qui inversement n'inclut pas toutes les dépenses liées aux prescriptions en établissement de santé, puisqu'en sont exclues les prescriptions réalisées par des médecins dans les établissements privés à but lucratif.

Encadré 9 : Établissements concernés par le périmètre des PHEV

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) sont recensées par l'assurance-maladie comme les prescriptions effectuées par les professionnels de santé exerçant dans les établissements relevant du périmètre dit de « l'ex-dotation globale ». Sont couverts par ce périmètre :

- les établissements publics de santé;
- les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC).

Les autres établissements (et leurs professionnels) ne relevant pas de ce périmètre (et notamment ceux relevant du périmètre dit de « l'ex-objectif quantifié national ») ne sont pas inclus dans les PHEV.

Source : Mission.

Les PHEV constituent un agrégat particulièrement dynamique : les remboursements à ce titre ont augmenté en moyenne de 8,1 % par an depuis 2020, et atteignent un total de 20,4 Md€ en 2024 (cf. tableau 13 et tableau 14). Les dépenses sont particulièrement dynamiques en matière de produits de santé, avec une augmentation annuelle moyenne de 9,3 % depuis 2020.

Tableau 13 : Évolution des remboursements des PHEV entre 2019 et 2024 (en Md€)

Type de remboursement	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Médicaments	7,51	7,94	8,99	10,18	11,30	12,25
DM	2,29	2,30	2,47	2,60	2,78	3,07
Total produits de santé	*9,80*	*10,23*	*11,46*	*12,78*	*14,08*	*15,32*
Indemnités journalières	1,62	1,47	1,56	1,73	1,88	2,01
Auxiliaires médicaux	1,74	1,70	1,91	2,03	2,17	2,32
Biologie	0,67	0,72	0,82	0,83	0,76	0,74
Total général	**13,82**	**14,11**	**15,74**	**17,37**	**18,90**	**20,39**

Source : CNAM.

Tableau 14 : Taux d'évolution annuelle des PHEV

	2020	2021	2022	2023	2024
Médicaments	5,6 %	13,2 %	13,3 %	11,0 %	8,4 %
DM	0,4 %	7,5 %	5,3 %	6,9 %	10,4 %
Total produits de santé	*4,4 %*	*11,9 %*	*11,6 %*	*10,2 %*	*8,8 %*
Indemnités journalières	-9,3%	6,3%	11,1%	8,4%	7,2%
Auxiliaires médicaux	-2,3%	12,2%	6,4%	7,2%	6,8%
Biologie	7,3%	14,9%	0,3%	-7,5%	-3,5%
Total général	**2,1%**	**11,5%**	**10,3%**	**8,8%**	**7,9%**

Source : CNAM.

La part des dépenses issues des PHEV dans les dépenses de remboursement totales est croissante depuis 2020, passant de 22,7 % à 27,0 % en 2024 (cf. tableau 15). La part des PHEV est particulièrement importante dans les dépenses de remboursement des médicaments (45,3 % en 2024) et des dispositifs médicaux (34,1 %).

Tableau 15 : Proportion des dépenses de remboursement dues aux PHEV entre 2019 et 2024

Catégorie de remboursement	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Médicaments	37,5%	39,3%	41,5%	43,1%	44,5%	45,3%
DM	31,5%	31,9%	31,4%	32,0%	32,7%	34,1%
IJ	N.A.	7,7%	8,3%	8,3%	9,4%	9,4%
Actes	14,7%	14,3%	14,3%	15,0%	14,2%	15,6%
Total	**N.A.**	**22,7%**	**24,0%**	**24,7%**	**26,3%**	**27,0%**

Source : Calculs de la mission, d'après données Cnam et DSS.

L'augmentation des dépenses de remboursement de PHEV est liée notamment au virage ambulatoire du système de santé français. Pour autant, la part de ce virage dans la dynamique de ces dépenses de PHEV n'a pas été évaluée spécifiquement, et gagnerait à faire l'objet d'analyses plus approfondies.

3.2. Le remboursement des produits de santé dans le cadre de la liste en sus constitue une source de dépenses particulièrement dynamique, à hauteur de 11,7 % en moyenne par an depuis 2020, portée par des produits très onéreux

La liste en sus – cf. annexe III, partie 3 - est une liste de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) délivrés dans les établissements de santé pour les patients hospitalisés et pris en charge, pour certaines indications, par l'assurance-maladie en dehors des tarifs d'hospitalisation ou des dotations de financement, lorsque ces indications présentent un caractère innovant et/ou onéreux. Cette liste vise donc à faciliter l'accès des patients à des innovations thérapeutiques couteuses, sans en faire porter le financement par les hôpitaux.

L'inscription d'un produit sur la liste en sus est décidée par la HAS, à la suite d'une demande des industriels, en fonction de plusieurs critères, dont notamment l'évaluation de son service médical rendu (SMR). La liste des spécialités pharmaceutiques facturables en sus des prestations d'hospitalisation est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les dépenses de remboursement en médicaments et en DM au titre de la liste en sus sont particulièrement dynamiques, avec une évolution annuelle moyenne de 11,7% sur les quatre dernières années. Cette dynamique est particulièrement portée par les médicaments, qui représentent 76 % des remboursement sur la liste en sus, et ont une évolution annuelle moyenne de 13,5% sur la même période (cf. tableau 16).

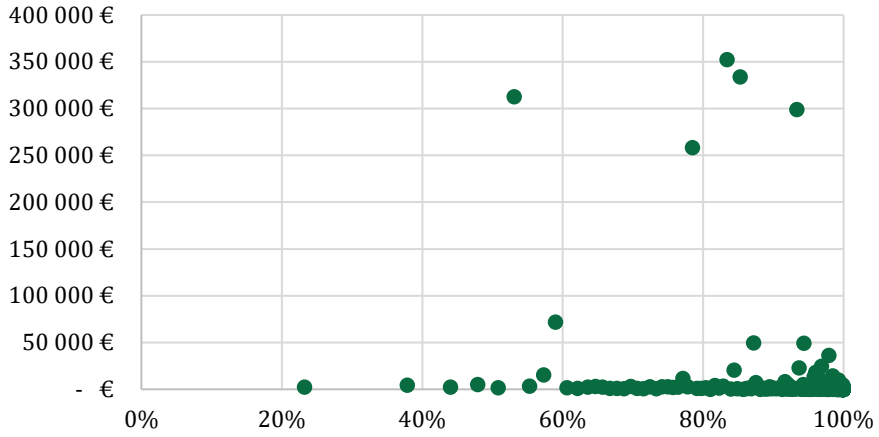
Tableau 16 : Évolution des remboursements au titre de la liste en sus de médicaments et de dispositifs médicaux entre 2019 et 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Médicaments	4,70	5,45	6,16	6,87	7,78
Évolution annuelle médicaments	*N.A.*	*16,0 %*	*13,0 %*	*11,6 %*	*13,2 %*
Dispositifs médicaux (DM)	1,86	2,11	2,23	2,36	2,44
Évolution annuelle DM	*N.A.*	*13,3 %*	*5,9 %*	*5,8 %*	*3,1 %*
Total	**6,56**	**7,55**	**8,39**	**9,23**	**10,22**
Évolution annuelle globale	***N.A.***	***15,2 %***	***11,1 %***	***10,1 %***	***10,6 %***

Source : ATIH.

Les dépenses de remboursement des médicaments sur la liste en sus sont principalement portées par un nombre réduit de produits. Ainsi, cinq médicaments constituent 50 % des dépenses, et dix médicaments constituent 60 % des dépenses (cf. graphique 9). Par ailleurs, plusieurs produits atteignent un prix moyen par médicament administré supérieur à 250 000 €.

Graphique 9 : Répartition des médicaments de la liste en sus en 2024 en fonction de leur montant de remboursement cumulé et de leur prix unitaire moyen par boite



Source : ATIH. Note de lecture : Les points sont des médicaments de la liste en sus et sont positionnés par ordre décroissant des montants remboursés et exprimés en poids cumulé dans les remboursements (en abscisse) et en prix unitaire moyen par boite (en ordonnée). Ainsi, le point le plus à gauche représente le médicament de la liste en sus induisant le plus de dépenses de remboursement, qui représente 23 % des montants remboursés en 2024, et son prix unitaire moyen par boite en 2024 est de 2 486 €. En continuant vers la droite, les neuf premiers médicaments représentent, en cumulé, 59 % des montants remboursés, et le neuvième médicament a un prix unitaire moyen par boite en 2024 de 71 778 €.

Les DM remboursés au titre de la liste en sus constituent deux titres de la LPP (cf. partie 2.2.1) :

- **le titre III, qui concerne les dispositifs médicaux implantables (DMI),** en particulier dans le champ de la chirurgie orthopédique (prothèses de hanche), et dans le champ de la cardiologie interventionnelle (stimulateurs cardiaques, endoprothèses coronaires ou *stents*, bioprothèses valvulaires transcutanées (TAVI)), ainsi que d'autres implants et greffons d'origine humaine ;
- **le titre V, créé en 2017, se compose de « *dispositifs médicaux invasifs* »** non éligibles au titre précédent.

Les 2,4 Md€ de remboursements de DM au titre de la liste en sus sont concentrés sur les champs cardiovasculaire et orthopédique, en majorité dans les hôpitaux publics.

4. Les autres dépenses de prescription sont les actes de soins réalisés en ville, les transports sanitaires et les indemnités journalières liées aux arrêts de travail

4.1. Les actes de soins réalisés en ville par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes représentent une dépense de remboursement de 13,7 Md€ en 2024, en augmentation de 26 % depuis 2019

Les actes de soins réalisés en ville sont les actes réalisés par les infirmiers diplômés d'État (IDE), les masseurs-kinésithérapeutes (MK), les orthophonistes, les orthoptistes, les psychologues, ainsi que les actes relevant des actes de biologie médicale. Néanmoins, la mission a concentré ses travaux sur les deux premiers types d'actes (cf. annexe V), pour plusieurs raisons :

- une analyse approfondie des dépenses de biologie médicale a été récemment réalisée dans le cadre d'une revue de dépenses[12] ;
- au sein des actes réalisés par les auxiliaires médicaux, les dépenses liées aux actes exécutés par les IDE et les MK représentent la grande majorité des dépenses (entre 92 % et 94 % selon les années entre 2019 et 2024, cf. tableau 17).

Les actes réalisés en ville par des IDE ou par des MK donnent lieu à un remboursement d'honoraires par l'assurance-maladie. Ces dépenses de remboursement sont inclues dans l'enveloppe « soins de ville » de l'Ondam.

Les actes de soins réalisés par les IDE représentent une dépense de remboursement de 8,9 Md€ en 2024 (cf. tableau 17). Ceux réalisés par les MK représentent une dépense de 4,9 Md€.

Tableau 17 : Dépenses de remboursement des auxiliaires médicaux et d'actes de biologie médicale entre 2019 et 2024 (en M€)

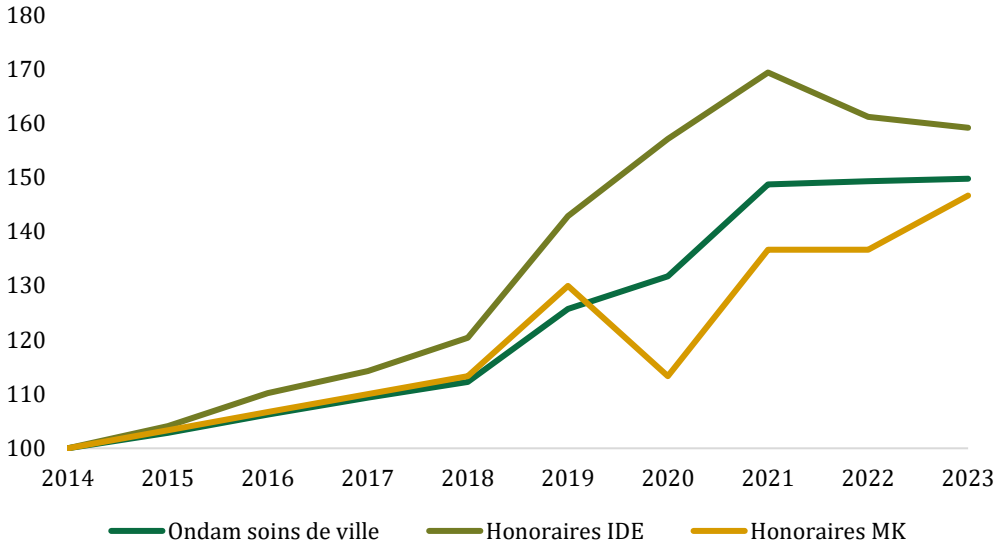
Catégorie de dépense	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Auxiliaires médicaux	11 802	11 866	13 357	13 546	13 247	14 884
dont IDE	*7 079*	*7 675*	*8 316*	*8 383*	*7 808*	*8 868*
dont MK	*3 857*	*3 425*	*4 113*	*4 195*	*4 666*	*4 876*
dont orthophonistes	*736*	*635*	*752*	*753*	*803*	*881*
dont orthoptistes	*130*	*131*	*177*	*206*	*248*	*259*
dont psychologues	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*N.A.*	*35*	*N.A.*
Biologie médicale privée	3 281	4 957	6 970	5 097	3 639	3 623
Part IDE + MK dans le total des auxiliaires médicaux	92,7%	93,5%	93,1%	92,9%	94,2%	92,3%

Source : CCSS des années 2020 à 2024.

Les dépenses de remboursement des honoraires d'IDE ont été particulièrement dynamiques, par rapport à l'ensemble de l'enveloppe « soins de ville » de l'Ondam, sur la période 2018-2021 (cf. graphique 10). Les dépenses de remboursement des honoraires de MK ont été plus contenus sur cette période, notamment du fait des effets du Covid-19, mais ils marquent une nette accélération en 2023.

[12] Mission sur la pertinence et l'efficience des dépenses de biologie médicale, rapport paru en juillet 2025.

Graphique 10 : Évolution des dépenses de remboursement en honoraires d'IDE et de MK par rapport à celle de l'enveloppe « soins de ville » de l'Ondam entre 2014 et 2023, en base 100



Source : CCSS.

Le chiffrage des dépenses de remboursement des actes d'IDE et de MK est sujet à caution. Une analyse approfondie de ces dépenses et de leurs déterminants est effectuée dans l'annexe V. Notamment, les calculs de la mission à partir des données du système national de données de santé (SNDS) amènent à des montants de remboursement sensiblement supérieurs à ceux publiés dans les comptes annuels de la sécurité sociale, surtout pour les IDE (cf. tableau 18).

Tableau 18 : Évolution des dépenses de remboursement des actes des IDE et des MK libéraux entre 2021 et 2024, selon les calculs de la mission à partir du SNDS

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024 (en %)
Remboursements des actes IDE par l'assurance-maladie (en Md €)	9,2	9,0	8,9	9,4	1,7 %
Remboursements des actes MK par l'assurance-maladie (en Md €)	4,4	4,5	4,8	5,1	14,6 %

Source : SNDS, calculs du pôle « science des données » de l'IGF.

4.2. Les transports sanitaires représentent un remboursement de près de 6,9 Md€ en 2024, en augmentation de 34 % depuis 2019

Les transports sanitaires en ambulatoire prescrits par les soignants (médecins et établissements de santé) permettent aux patients de se rendre à des consultations, examens, séances de traitement, hospitalisation et / ou de retourner à leur domicile ensuite[13]. Ces transports peuvent être assurés par des ambulances, des véhicules sanitaires légers (VSL) ou des taxis conventionnés. La prescription médicale – et le conventionnement du transporteur - est obligatoire pour bénéficier d'une prise en charge par l'Assurance-maladie.

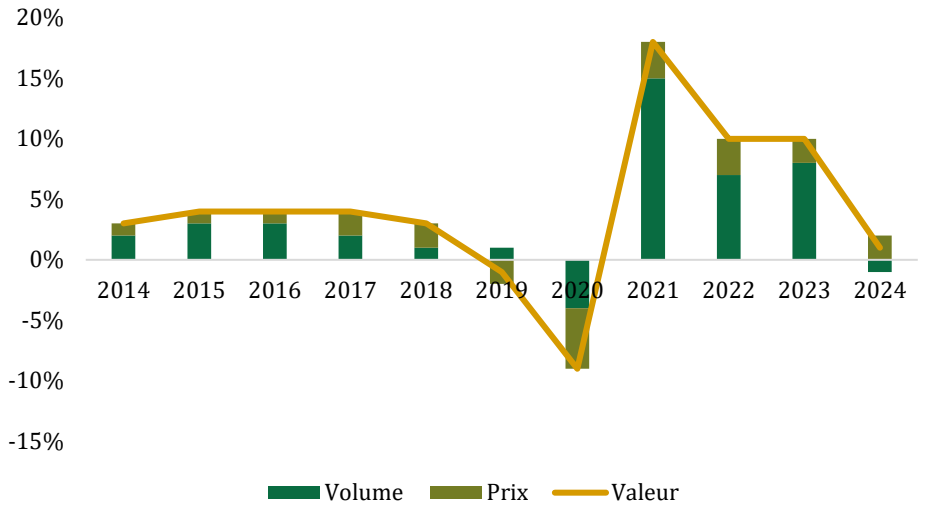
La dépense en remboursement de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,9 Md€ en 2024 (cf. tableau 19). Sur la période 2014-2024, cette dépense a augmenté de 61 %, soit une croissance de 4,9 % par an en moyenne, soutenues par une croissance en volume (+3,0 % par an) plus que par les prix (+1,3 % par an, cf. graphique 11). Sur 2019-2024, la dépense a augmenté de 34 %.

Tableau 19 : Évolution du montant remboursé en transports sanitaires entre 2010 et 2023, en M€

	2010	2014	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Ambulances	1 448	1 651	1 718	1 658	1 959	1 932	1 790	1 808
Autres véhicules	152	167	141	103	224	236	563	565
Taxis	1 229	1656	2 207	1 995	2 375	2 597	2 764	2 822
VSL	763	786	860	717	891	918	914	923
Contrats et indemnités	N.A.	N.A.	197	201	196	422	732	646
DIPA[14]	N.A.	N.A.	N.A.	130	0,9	0,4	0,3	N.A.
Total	**3 592**	**4 260**	**5 123**	**4 803**	**5645**	**6 105**	**6 763**	**6 863**

Source : REPSS 2025.

Graphique 11 : Taux de croissance des dépenses de transports sanitaires entre 2014 et 2024



Source : DREES, compte de la santé, fiche 13 (parue en septembre 2025).

[13] Sont exclus de ce périmètre les transports de patients entre les établissements, qui sont pris en charge par ces derniers.

[14] DIPA : dispositif d'indemnisation à la perte d'activité, mis en place pour soutenir les transporteurs durant le Covid-19.

La croissance en volume est notamment portée par le vieillissement de la population et le « virage vers l'ambulatoire » des établissements de santé. Les dépenses couvrent en 2023 un total de 65 millions de trajets et de 6,45 millions de patients transportés ; ce nombre de patients transporté a augmenté de 13,8 % entre 2016 et 2023 (cf. tableau 20).

Tableau 20 : Évolution du nombre de patients transportés entre 2016 et 2023, en millions

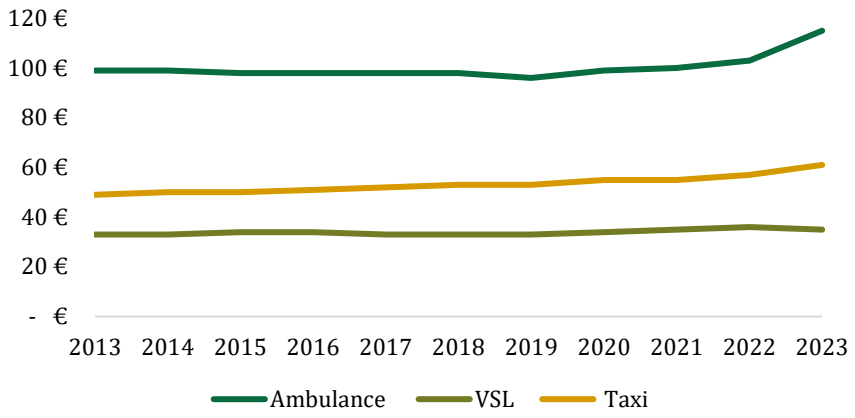
Type de transport	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Évolution 2016-2023
Ambulance	3,1	3,15	3,19	3,04	3,14	3,21	3,26	3,26	5,2%
VSL	1,74	1,78	1,81	1,79	1,69	1,8	1,86	1,89	8,6%
Taxi	2,36	2,49	2,62	2,66	2,62	2,97	3,13	3,23	36,9%
Autre	0,48	0,46	0,44	0,4	0,3	0,29	0,31	0,33	-31,3%
Total	5,67	5,8	5,93	5,87	5,81	6,14	6,34	6,45	13,8%

Source : Cnam, rapport « Charges et produits » pour l'année 2025.

Les dépenses de transports sanitaires sont principalement portées par le transport des personnes en affection longue durée (ALD). Elles représentent 4,71 Md€ en 2022, soit 90,7 % de la dépense totale. Au sein de ces dépenses de transport liées au transport des patients en ALD, les deux tiers des dépenses s'expliquent par le traitement de quatre pathologies : les cancers (19 %), l'insuffisance rénale (16 %), les pathologies cardio-neurovasculaires (15 %) et les maladies psychiatriques (13 %).

La croissance des dépenses est également soutenue par un effet de structure : même si la part des trajets en ambulances diminue (elle passe de 39 % en 2014 à 26 % en 2024), celle des taxis conventionnés progresse (de 39 % à 41 %), au détriment des véhicules sanitaires légers (VSL, passage de 18 % à 13 %), dont le prix unitaire est moins élevé pour les trajets assis (cf. graphique 12). En termes de nombre de patients transportés, les taxis présentent une augmentation de 37,0 % entre 2016 et 2023, là où les ambulances et les VSL augmentent respectivement seulement de 5,2 % et 8,6 %.

Graphique 12 : Dépense moyenne (en base de remboursement) par trajet selon le mode de transport, entre 2013 et 2023



Source : Cnam, rapport « Charges et produits » pour l'année 2025.

Enfin, la dépense est soutenue par le développement de la dépense en « contrats et indemnités », qui concerne les primes versées aux entreprises de transport dans le cadre des accords conventionnels avec l'assurance-maladie[15] : cette dépense n'existait pas en 2014 et représente plus de 9 % de la dépense totale en 2024.

4.3. Les indemnités journalières versées au titre des arrêts maladie représentent une dépense de 11,4 Md€ en 2024, soit une augmentation de 38 % depuis 2019

Les indemnités journalières (IJ) sont un revenu de remplacement versé par l'assurance-maladie, en compensation de la perte de salaire d'un salarié pendant un arrêt, qu'il soit lié à une maladie, à un accident du travail ou une maladie professionnelle, ou qu'il relève d'un congé maternité, paternité ou d'adoption. Les dépenses totales en IJ du régime général, pour l'ensemble de ces causes, s'élèvent à 17,1 Md€ en 2024[16].

En 2024, les IJ versées par la sécurité sociale s'élèvent à 21,3 Md€ dont 57 % au titre de la maladie, 25 % pour les accidents du travail et les maladies professionnelles et 18 % pour les congés maternité et paternité.

Tableau 21 : Indemnités journalières versées par les régimes de base (en Md€)

	2014	2020	2021	2022	2023	2024
Maladie	7,4	11,8	10,8	12,5	11,4	12,1
dont indemnités hors Covid-19	*7,4*	*9,4*	*9,9*	*10,7*	*11,3*	*12,1*
dont indemnités liées au Covid-19	*N.A.*	*2,4*	*0,9*	*1,8*	*0,1*	*N.A.*
Accidents du travail-maladies professionnelles	2,9	3,9	4,2	4,5	4,8	5,3
Maternité-paternité	3,3	3,3	3,6	3,9	3,8	3,9
Ensemble hors indemnités liées au Covid-19	*13,6*	*16,7*	*17,7*	*19,1*	*20,0*	*21,3*
Ensemble	**13,6**	**19,1**	**18,7**	**20,9**	**20,1**	**21,3**

Source : DREES, comptes de la santé édition 2025, fiche 25 (parue en septembre 2025).

Les indemnités journalières faisant l'objet d'une prescription médicale systématique sont celles liées aux arrêts de travail pour cause de maladie et celles liées aux arrêts pour cause d'accidents du travail ou de maladie professionnelle. Néanmoins, la deuxième catégorie relevant d'un périmètre particulier ainsi que du process spécifique de reconnaissance du caractère professionnel d'une affection, la mission ne détaille ici que les évolutions des IJ liées aux arrêts maladie.

Les dépenses liées uniquement aux IJ pour arrêts de travail pour maladie – dans le régime général uniquement - représentent 11,4 Md€ en 2024[17]**.** Ces dépenses sont en augmentation de 66 % depuis 2014 et de 38 % depuis 2019. Le taux de croissance annuel moyen était de 3,7 % entre 2014 et 2019, et a presque doublé entre 2019 et 2024, en atteignant 6,6 %, hors IJ liés à la crise sanitaire.

Les IJ liées aux arrêts maladie se décomposent en plusieurs champs (cf. graphique 13) :

- les arrêts de courte durée (inférieure à trois mois), qui représentent 55 % des dépenses en 2024 ;
- les arrêts de longue durée (supérieure à trois mois) qui représentent 40 % des dépenses en 2024 ;

[15] Ces dépenses consistent par exemple en le versement d'un forfait d'aide à l'équipement en GPS certifié par l'assurance-maladie et de primes liées à l'utilisation par les transporteurs d'un téléservice pour la facturation des trajets.

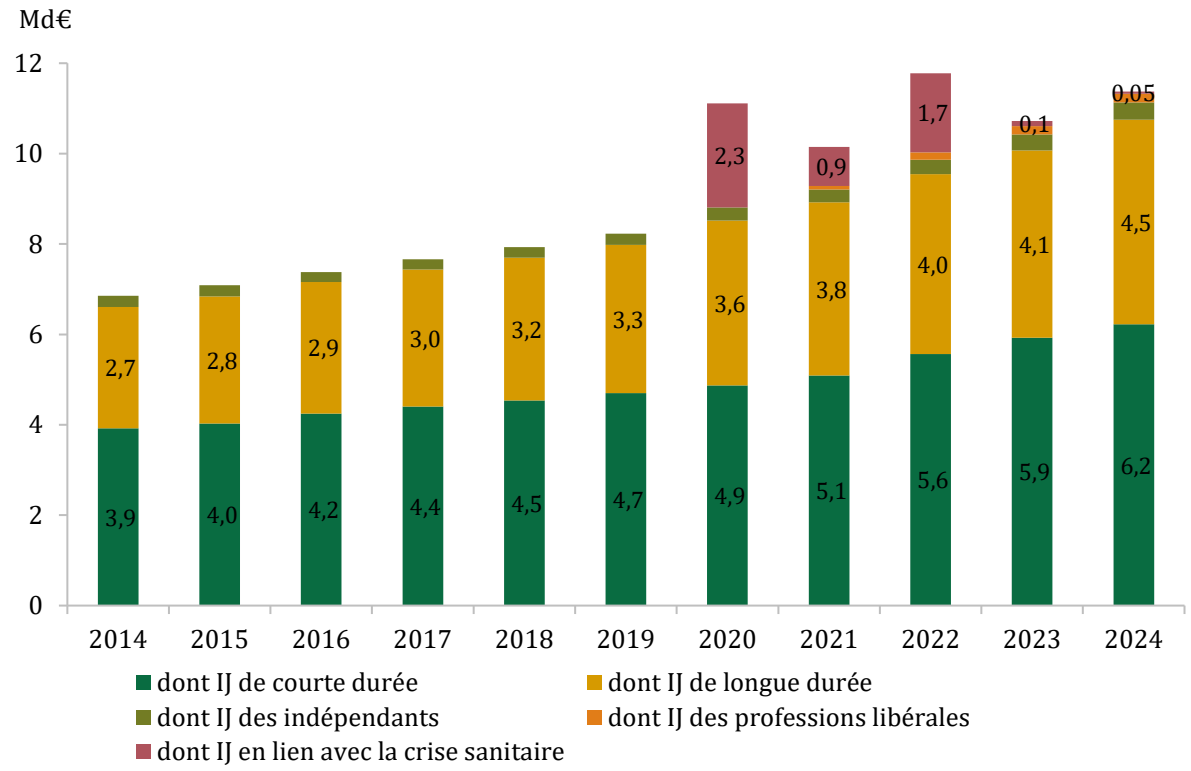
[16] Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (RCCSS) pour l'année 2024 (paru en juin 2025).

[17] Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPSS) pour l'année 2024 (paru en mai 2025).

- les arrêts des indépendants qui représentent 3 % des dépenses en 2024 ;
- les arrêts des professions libérales, depuis 2021, et qui représentent 2 % des dépenses en 2024 ;
- les arrêts liés à la crise sanitaire, entre 2020 et 2022 essentiellement.

Les dépenses en IJ liés aux arrêts maladie de longue durée et aux arrêts maladie des indépendants sont les plus dynamiques sur les cinq dernières années (+6,7 % et +8,5 % respectivement de taux de croissance annuel moyen).

Graphique 13 : Évolution du montant des indemnités journalières pour arrêt maladie dans le régime général entre 2014 et 2024



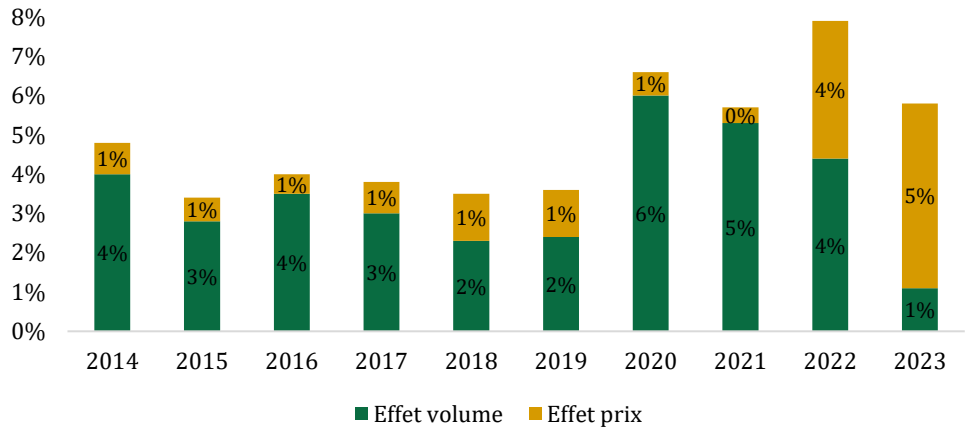
Source : REPSS 2024.

D'une façon générale, l'augmentation des IJ pour arrêts maladie - hors crise sanitaire - peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- un effet volume en premier lieu, élevé de 2014 à 2022 (3,2 % annuel en moyenne), causé par une hausse de la population salariée ainsi que d'une hausse du taux de recours aux arrêts maladie (cf. graphique 15) ;
- un effet structure, par une augmentation générale de la durée moyenne des arrêts ;
- un effet prix, très fort en 2022 et surtout en 2023 (4 % et 5 % respectivement), lié à une augmentation des salaires, tirée notamment par l'évolution du Smic avec l'inflation.

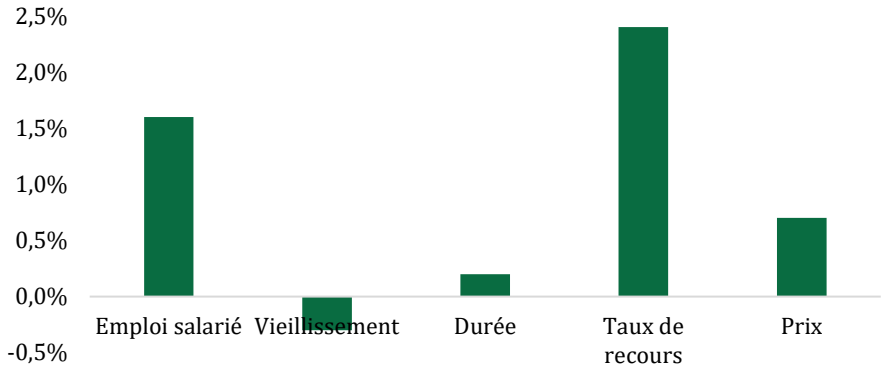
Annexe I

Graphique 14 : Évolution annuelle des IJ pour arrêts maladie (hors Covid-19) du régime général entre 2014 et 2023



Source : DSS, REPSS de l'année 2023.

Graphique 15 : Facteurs explicatifs de l'évolution des IJ liées aux arrêts maladie dans le régime général, entre 2019 et 2023



Source : DREES, publication « Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019 », décembre 2024.

Au cours des années 2014-2019 comme des années 2019-2023, la démographie (hausse de la population active, vieillissement de la population) comme l'économie (hausse de la population en emploi et indemnisable, dynamique des salaires) expliquent environ 60 % de la dynamique des dépenses. Le reste de la hausse s'explique par une hausse de la sinistralité, et notamment par une hausse du taux de recours aux arrêts maladie affectant la plupart des classes d'âge de salariés.

ANNEXE II

La prescription :
cadre général et déterminants

SOMMAIRE

1. LES PRESCRIPTION D'ACTES, PRODUITS ET PRESTATIONS RELÈVENT TOUJOURS PRINCIPALEMENT DU MÉDECIN ..... - 1 -

1.1. Une notion de prescription qui s'appréhende principalement par le rapport entre prescription et exécution ..... - 1 -

1.2. Le médecin dispose d'un périmètre très large de prescription, assorti d'une liberté de prescription régie par le règlement ..... - 3 -

1.3. Les autres professionnels de santé ont un droit de prescription, lié à leur exercice professionnel, qui a évolué tout en restant limité ..... - 4 -

1.4. Au sein des prescripteurs de ville les principaux prescripteurs sont les médecins généralistes et environ un tiers des montants remboursés pour des prescriptions concernent des médicaments ..... - 8 -

2. LES OBJECTIFS DE JUSTE SOIN, DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE MAÎTRISE DU MÉSUSAGE ONT CONDUIT AU DÉPLOIEMENT D'UN CORPUS RÈGLEMENTAIRE QUI ENCADRE LA LIBERTÉ DE PRESCRIPTION ..... - 11 -

2.1. Les prescriptions doivent se fonder sur les données acquises de la science ..- 11 -

2.1.1. Si les recommandations de la HAS ne sont pas opposables, elles participent aux données acquises de la science ..... - 11 -

2.1.2. Les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes participent également des « données acquises de la science » ..... - 14 -

2.1.3. L'autorisation de mise sur le marché cadre la prescription des médicaments ..... - 15 -

2.2. Les prescriptions sont soumises à des contraintes formelles et de procédure, à des fins de sécurisation ..... - 19 -

2.2.1. L'ordonnance constitue le support de la prescription ..... - 19 -

2.2.2. Les ordonnances sécurisées de médicaments concernent un nombre limité de médicaments ..... - 21 -

2.2.3. À terme, la sécurisation de toutes les prescriptions de produits de santé, actes et prestations sera atteinte par la prescription électronique ..... - 21 -

2.3. Les prescriptions, pour être prises en charge par l'Assurance maladie doivent se faire conformément au cadre législatif et réglementaire ..... - 24 -

2.3.1. Les actes, produits et prestations dont l'objet de conditions de prises en charge différentes ..... - 24 -

2.3.2. Des formalités supplémentaires quant à la prescription peuvent être imposées pour permettre la prise en charge des actes produits et prestations prescrits ..... - 25 -

3. DES OUTILS NUMÉRIQUES SE DÉVELOPPENT AU SERVICE DE LA SÉCURISATION ET DE LA PERTINENCE DES PRESCRIPTIONS. - 26 -

3.1. Le dossier médical partagé à travers « Mon espace santé » est un outil dont le potentiel n'est pas encore pleinement exploité - 26 -

3.2. Les logiciels d'aide à la prescription destinés à prescrire des médicaments peuvent faire l'objet d'une certification - 27 -

3.3. Les autres outils numériques d'aide à la prescription ne sont pas régulés - 29 -

4. LES PRESCRIPTIONS FONT INTERVENIR D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, EXÉCUTANT LA PRESCRIPTION, AINSI QUE LE PATIENT, ACTEUR DE SA PRESCRIPTION - 32 -

4.1. Les « effecteurs » de la prescription ont des marges de manœuvres variables selon l'objet de la prescription et leur champ d'exercice - 32 -

4.2. Les processus d'exécution des prescriptions de médicaments et des dispositifs médicaux présentent des spécificités en fonction de leur objet et de la nature de l'effecteur - 33 -

4.2.1. Le pharmacien assure, pour les prescriptions de médicaments, une mission d'analyse et de conseil - 33 -

4.2.2. Plusieurs circuits d'exécution des prescriptions coexistent pour les dispositifs médicaux - 37 -

4.3. Le patient bénéficiaire doit être lui-même un acteur « observant » de sa prescription - 38 -

5. LES ÉTUDES SUR LES DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION SE CONCENTRENT MAJORITAIREMENT SUR LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS ET SUR LES DÉTERMINANTS DE LA PRESCRIPTION MÉDICALE - 39 -

5.1. Les déterminants de la prescription médicamenteuses sont multiples, imposant une approche globale pour agir sur la pertinence - 39 -

5.1.1. La France est marquée par une culture de la réponse médicamenteuse - 39 -

5.1.2. La prescription médicamenteuse est multifactorielle - 41 -

5.1.3. L'analyse des données de prescriptions des médecins généralistes souligne que l'âge du prescripteur joue un rôle sur la prescription de médicaments. - 43 -

5.1.4. La relation au patient apparait pour les médecins comme un déterminant important de la prescription - 44 -

5.1.5. L'industrie pharmaceutique a encore une influence sur les prescriptions - 46 -

5.2. Les rares études qui s'intéressent à la prescription d'actes de masso-kinésithérapie font état de déterminants différents et plus ciblés - 51 -

5.3. Les entretiens individuels sur les comportements de prescription menés par la mission confirment les analyses antérieures. - 53 -

1. Les prescription d'actes, produits et prestations relèvent toujours principalement du médecin

1.1. Une notion de prescription qui s'appréhende principalement par le rapport entre prescription et exécution

Il n'existe pas de définition de la prescription dans le code de la santé publique ou dans le code de la sécurité sociale.

Dans les textes, le terme de prescription est utilisé lorsqu'un professionnel prescrit un produit, un acte ou une prestation qui a, « *après* »[1], vocation à être exécuté par une autre personne. Par exception, le terme prescription reste utilisé en matière de médicament même lorsque le professionnel de santé qui prescrit est également celui qui délivre le médicament[2].

En dehors de cette exception, lorsqu'un professionnel décide d'un acte qu'il exécute lui-même, on parle d'actes en propre (c'est une décision exécutée soi-même). On parle d'adressage lorsqu'un professionnel adresse son patient à un autre professionnel (un spécialiste par exemple) sans « prescrire » (ordonner[3]) l'acte attendu.

Lorsque l'intervention d'un professionnel était soumise auparavant à une prescription médicale et que ce professionnel devient accessible, sans une consultation médicale préalable débouchant sur une prescription, l'accès est dit « direct »[4].

La prescription en santé relève de plusieurs champs de natures différentes. Elle a une vocation :

- diagnostique (ex. examens biologiques ou d'imagerie) ;
- thérapeutique (médicaments, dispositifs médicaux, actes de rééducation, soins infirmiers) ;
- organisationnelle (transport sanitaire , etc.) ;
- financière (droit à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elle est faite conformément aux textes légaux et réglementaires).

La prescription a également une nature juridique car elle participe de la responsabilité déontologique, civile et pénale du médecin.

L'Académie de médecine[5] la définit comme « *l'acte d'un médecin consignant par écrit la thérapeutique qu'il institue, les conseils hygiéno-diététiques, etc. Pour les médicaments, cet acte se traduit par une ordonnance rédigée à l'intention du pharmacien qui l'exécutera et du malade qui suivra les prescriptions ».*

---

[1] « Prescrire » vient du latin *praescribere*, de « *prae* » (avant) et « *scribere* » (écrire) qui signifie « écrire en tête, indiquer, fixer, déterminer, ordonner », à l'avant car des actions sont attendues « après », par la suite. Le Gaffiot évoque déjà le sens médical : « *prescrire à quelqu'un les moyens de se guérir* ». Étymologie convergente d'autres langues : latines (*prescrivere*, *prescribir*), mixtes (*prescribe*) mais également germaniques (*vorschreiben*, *voorschrijven*) ou slaves (*przepisa*). Source : Centre national de ressources textuelles et lexicales, consulté lors de la mission.

[2] L'exception concerne les vaccins soumis à prescription médicale obligatoire : un pharmacien peut prescrire délivrer et administrer le vaccin.

[3] En lien avec « ordonnance » (*cf. infra*, note 12).

[4] Comme l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes depuis 2024, cf.1.3

[5] Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine, 2025.

Dans les travaux de la mission, la prescription sera entendue comme l'acte par lequel le professionnel de santé décide et formalise, par écrit ou de manière électronique, les actes, les produits ou les prestations qu'il estime nécessaires à la prise en charge d'un patient (diagnostic et traitement), conformément aux données acquises de la science, aux règles déontologiques et à la réglementation en vigueur, et qui seront exécutés par d'autres professionnels de santé.

Si certaines études limitent la prescription[6] au colloque singulier[7] entre le praticien et le patient, d'autres, notamment sociologiques, l'intègrent dans un champ plus large (confrères et environnement professionnel[8], industrie pharmaceutique, ou encore régulation[9] par les pouvoirs publics).

Les actes, produits et prestations concernés peuvent être présentés selon deux catégories, lesquelles se recouvrent, conditionnant soit l'accès, soit leurs modalités de prise en charge :

- soumis à prescription dans l'absolu : exemple : les médicaments soumis à prescription par leur autorisation de mise sur le marché délivrée par *l'Agence européenne du médicament (European Medicines Agency -EMA)* ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le prescripteur étant très majoritairement médecin mais des exceptions existent ;
- nécessitant une prescription pour donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie : des médicaments (pouvant pour certains ne pas être soumis à prescription comme le paracétamol) ou les dispositifs médicaux, les actes de kinésithérapie ou de biologie, le prescripteur étant très majoritairement médecin également.

De rares exceptions sont prévues par les textes pour que certains actes, produits ou prestations, puissent être exécutés, à titre dérogatoire, sans prescription avec prise en charge par l'assurance maladie[10] .

---

[6] Y compris le cas échéant la « non-prescription ».

[7] L'expression « *colloque singulier* » serait apparue sous la plume du médecin et écrivain G. Duhamel en 1934 dans un article défendant la médecine « libérale » (au sens de la protection de la liberté des médecins). L'expression a été reprise par Louis Portes, alors président du Conseil national de l'Ordre des médecins, qui la fait figurer dans le code de déontologie médicale en 1947. Dans son acception première, ce colloque singulier désigne la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Selon une expression fréquemment prêtée à Louis Portes, il constitue « la rencontre d'une confiance et d'une conscience ». Ce colloque « singulier » est en outre « particulier » en ce qu'il peut être également collégial, unilatéral, ou réalisé en milieu ouvert.

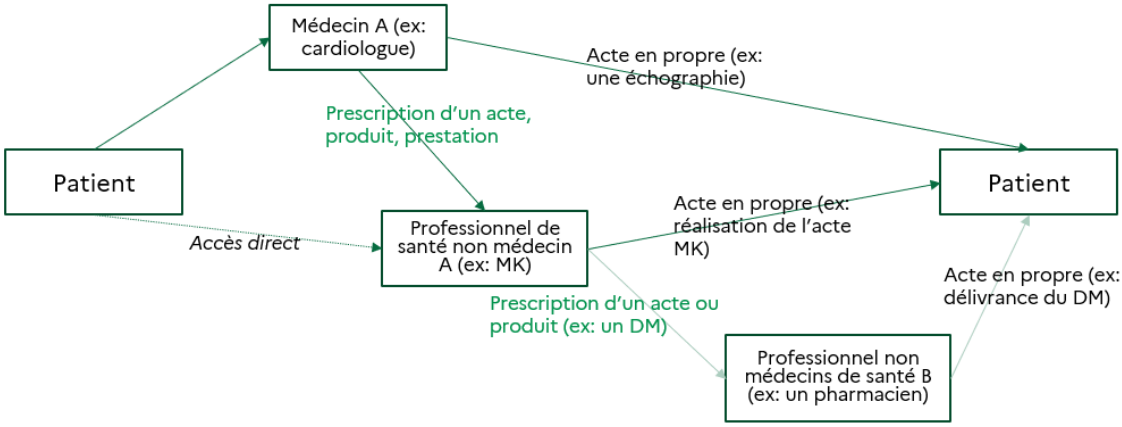
[8] *Cf.* Freidson, E. (1970, puis 1988), *The profession of medicine*, Université de Chicago, traduit en « *La profession médicale* » par son éditeur français, Payot (1984).

[9] Voir par exemple, Castel, P. et Robelet, M. (2009). Comment rationaliser sans standardiser la médecine ? Production et usages des recommandations de pratiques cliniques. Journal d'économie médicale, 27(3), 98-115. https://doi.org/10.3917/jgem.093.0098.

[10] Exemples : dépistage VIH IST en laboratoire de biologie médicale sans prescription ou délivrance d'antibiotique post TROD par un pharmacien.

Annexe II

Figure 1 : Schéma de prescription avec prise en charge par l'Assurance maladie



Source : Mission.

1.2. Le médecin dispose d'un périmètre très large de prescription, assorti d'une liberté de prescription régie par le règlement

La liberté de prescription du médecin est consacrée historiquement et encadrée juridiquement par les règles de déontologie médicale, transcrites dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Ainsi, le code de la santé publique[11] (CSP) dispose que « *dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance* ».

Le code de la sécurité sociale (CSS) reprend cette liberté de prescription en la mettant à la fois en perspective dans ses objectifs, et en relation avec d'autres principes de la relation entre le patient et son médecin, et ce *« dans l'intérêt des assurés sociaux »*. Ainsi, l'article L. 162-2 du CSS dispose que « *dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971* ».

Le même code vient ajouter l'enjeu économique des prescriptions en précisant que les médecins *« sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».*

Les limites posées par la loi sont de divers ordres : législation relative au médicament (*cf. infra*, 2.1.3.2) ou législation relative à la prise en charge par l'assurance maladie principalement pour ce qui est du remboursement des produits ou actes prescrits.

[11] Reprenant l'article 8 du code de déontologie médicale pour lui donner force normative en droit positif, l'article R. 4127-8 a force réglementaire, qui marque, à l'instar de sa rédaction propre, la subordination de cette liberté de prescription à la loi.

La prescription est toujours tracée (ordonnance[12], papier ou numérique, mention dans le dossier du patient du professionnel). Les textes prévoient un certain nombre de mentions obligatoires : identité du patient, datation, identification du prescripteur, posologie/durée (médicaments), indication clinique lorsque requis, voie d'administration, mentions spécifiques (stupéfiants, prescription sécurisée).

Elle peut faire l'objet de contrôles, formels ou au fond, à la fois sur le plan de la santé publique (codes de déontologie, sanctions ordinales ou autres) et sur le plan de l'organisation de la prise en charge du traitement et du patient (code de la sécurité sociale).

1.3. Les autres professionnels de santé ont un droit de prescription, lié à leur exercice professionnel, qui a évolué tout en restant limité

Si la prescription des produits de santé, actes et prestations relève très majoritairement des médecins (cf. *infra*, annexe I), d'autres professionnels de santé disposent également d'un pouvoir de prescription, dans des limites fixées par leur exercice professionnel[13] (cf. tableau 1) : chirurgiens-dentistes, sage-femmes, infirmiers, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes (mais aussi pédicures-podologues et ergothérapeutes). La prescription de médicaments par des non-médecins est en droit comme en pratique limitée et est fondée principalement sur des motifs de santé publique. Ainsi, **en 2024 les prescripteurs de ville autres que les médecins (dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires, sages-femmes) ne représentent que 0,5 % des montants de médicaments remboursés** par l'Assurance maladie[14].

De manière ancienne, les chirurgiens-dentistes et sages-femmes, professions médicales, peuvent prescrire, pour leur patientèle, des produits et actes liés à leur exercice professionnel[15].

Les chirurgiens-dentistes peuvent ainsi prescrire des médicaments et des dispositifs médicaux mais aussi prescrire des actes de biologie médicale ou faire des demandes d'actes d'imagerie médicale lorsqu'ils ne font pas eux même cette imagerie.

Les sages-femmes ont un champ équivalent en termes de catégories de prescription mais auxquelles s'ajoute la prescription possible d'arrêts de travail pour les femmes enceintes en cas de grossesse non pathologique ou dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) médicamenteuse (trois jours maximum, sauf sage-femme référente). Elles ont par ailleurs connu une extension de compétence pour des motifs de santé publique. Si la liste des produits et actes pouvant être prescrit s'est élargie au fil du temps selon les avancées de la science, initialement, la patientèle était exclusivement celles des femmes les consultant. Un élargissement a toutefois eu lieu en matière de prévention afin de pouvoir prescrire y compris pour l'entourage de la femme enceinte dans une logique de « *cocooning* » (vaccins, dépistage infections sexuellement transmissibles, prescription de substituts nicotiniques pour l'entourage).

---

[12] L'ordonnance est le support écrit ou électronique qui matérialise une prescription, laquelle est un acte médical qui exprime la décision thérapeutique. Délivrée par un professionnel de santé, elle sert de document exécutoire (étym. de *ordrenance* puis *ordenance*) pour d'autres professionnels (pharmacien, kinésithérapeute, infirmier…) et, le cas échéant, l'assurance maladie.

[13] Incluant leurs formations et qualifications.

[14] D'après les données en *open data* de l'assurance maladie sur les dépenses remboursées de médicaments en ville.

[15] La notion d'actes liés à l'exercice professionnel correspond à des actes circonscrits qui sont en lien direct avec l'activité réalisée comme la prescription d'un antibiotique pour une infection dentaire s'agissant du chirurgien-dentiste, ou d'une prescription d'acide folique pour une femme enceinte s'agissant de la sage-femme

La dernière extension de compétence modifie la population cible des prescriptions des sages-femmes : depuis l'arrêté du 8 août 2023[16], elles peuvent prescrire et administrer les vaccins du calendrier vaccinal à toute personne pour qui ils sont recommandés (avec exception pour les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées), et à toute personne ciblée ou non par les recommandations, s'agissant du vaccin contre la grippe.

Les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes (MK) peuvent également depuis longtemps prescrire les dispositifs médicaux liés à leur exercice professionnel[17], et peuvent de manière plus récente prescrire certains médicaments préventifs[18], notamment pour l'infirmier, étant entendu qu'ils interviennent majoritairement auprès des patients sur prescription d'un médecin (la prescription des dispositifs médicaux est alors un continuum de la prescription de l'intervention du professionnel).

Parmi les infirmiers, les infirmiers en pratique avancée (IPA) ont une compétence de prescription étendue (dispositifs médicaux, médicaments, arrêt de travail inférieur à trois jours, transport sanitaire, actes de biologie médicales, etc.)…)[19]. Ils agissent alors dans le cadre d'un protocole avec le médecin, sauf cas de l'accès direct (*cf. infra*).

S'agissant du pharmacien, si leur rôle propre s'est élargi, la seule extension de compétence en matière de prescription est celle des vaccins du calendrier vaccinal[20].

---

[16] Arrêté du 8 août 2023 fixant la liste des vaccins que certains professionnels de santé et étudiants sont autorisés à prescrire ou administrer et la liste des personnes pouvant en bénéficier en application des articles L. 4241-1, L. 4311-1, L. 4151-2, L. 5125-1-1 A, L. 5126-1, L. 6212-3 et L. 6153-5 du code de la santé publique.

[17] Les MK peuvent prescrire les DM d'aide à la déambulation, certains fauteuils roulants en location, certains DM d'électrostimulation ; les infirmiers peuvent prescrire des pansements, des DM de perfusion à domicile, etc.

[18] 2009 pour le renouvellement des contraceptifs oraux par les infirmiers, 2016 pour les traitements de substituts nicotiniques par infirmier et MK ; 2018 pour la vaccination grippe par les infirmier, 2021 pour la vaccination CoVid-19 par infirmier puis 2023 pour tous les vaccins du calendrier vaccinal par infirmier (avec exception pour les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées).

[19] Annexe VI (tout IPA) et annexe VII (IPA selon leur spécialité) de l'arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique.

[20] 2018 pour la vaccination contre la grippe, 2021 contre la CoVid-19 et 2023 pour tous les vaccins du calendrier vaccinal (avec exception pour les vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées).

Annexe II

Tableau 1 : Professionnels habilités à prescrire en France (2024)

Profession	Médicaments	Dispositifs médicaux	Biologie	Radiologie	Masso-kinésithérapie	Actes infirmiers	Transport sanitaire	Arrêt de travail
Médecins (généralistes/spécialistes)	x	x	x	x	x	x	x	x
Chirurgiens-dentistes	x liés à l'exercice pro + Traitements de substitution nicotinique (TSN)	x liés à l'exercice pro	x liés à l'exercice pro	x liés à l'exercice pro				
Sages-femmes	x liés à l'exercice pro dont certains antibiotiques) + TSN + vaccin	x liés à l'exercice pro	x actes circonscrits	x actes circonscrits				x (circonscrit)
Infirmiers	x vaccins + en renouvellement contraceptifs oraux	x DM circonscrits						
Infirmiers en pratique avancée (IPA)	x vaccins + en renouvellement médicaments circonscrits	x DM circonscrits	x actes circonscrits			x actes circonscrits		
Masseurs-kinésithérapeutes	x TSN	x liés à l'exercice pro (bandages, etc.)			x MK en ESMS ou à titre exceptionnel (renouvellement d'une prescription d'un médecin) ou expérimental			
Pharmaciens	x vaccins + antibiotiques (angine et cystite simple) s/c TROD préalable*							

** La dernière extension de compétence des pharmaciens pour la délivrance d'antibiotiques conditionnée à un test préalable (angine et cystite simple) n'a pas été présentée comme une extension de leur compétence de prescription mais comme une exception à la condition d'une prescription médicale préalable (alors que les antibiotiques sont soumis à prescription obligatoire).*

Source : Mission à partir du code de la santé publique.

Annexe II

Le droit de prescription des professionnels paramédicaux s'exerce dans la grande majorité des situations dans le cadre d'intervention prescrit par un médecin, même si l'accès direct tend à se développer ces dernières années (cf. annexe V sur les actes).

S'agissant des infirmiers, la loi du 27 juin 2025[26] crée une consultation infirmière mais des textes d'application sont encore nécessaires pour en préciser les objet et modalités.

La même loi prévoit une expérimentation d'une durée de trois ans pour permettre aux infirmiers exerçant dans les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux et dans le cadre de certaines structures d'exercice coordonné (centre de santé, maison de santé et équipes de soins primaires ou de soins spécialisés), de prendre en charge directement les patients, sans prescription préalable. Un compte-rendu devra être alors adressé au médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé du patient. Les textes d'application correspondants sont également à venir à la date de la mission.

S'agissant des infirmiers en pratique avancée (IPA), l'accès direct a été introduit en 2023 et mis en œuvre en 2025. Cet accès direct est conditionné aux formes d'exercice. Ainsi, seuls les IPA salariés exerçant dans les établissements de santé publics et privés et dans les établissements et services médico-sociaux et les IPA libéraux exerçant au sein de structures d'exercice coordonné (maisons et centres de santé, équipes de soins primaires) peuvent être accessibles directement.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, certains sont accessibles directement, depuis 2024, sans prescription préalable d'un médecin[27] : il s'agit des masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les établissements de santé, dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux et dans le cadre de certaines structures d'exercice coordonné (centre de santé, maison de santé et équipes de soins primaires ou de soins spécialisés), dans la limite de huit séances par patient, dans le cas où celui-ci n'a pas eu de diagnostic médical préalable. Un bilan initial et un compte rendu des soins est alors réalisé et adressé au patient et à son médecin traitant et reporté dans le dossier médical partagé.

Par ailleurs, une expérimentation a été lancée en 2023[28] pour étendre cette possibilité aux masseurs-kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé.

S'agissant des pharmaciens, leurs missions ont été étendues dans le champ de la prévention, notamment du dépistage.

---

[26] Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier sur la base d'une proposition de loi ayant fait l'objet d'une procédure accélérée.

[27] Article L. 4321 du CSP : « *Par dérogation au neuvième alinéa du présent article* (NdR : pratique des MK conditionnée à une prescription médicale)*, dans les établissements de santé (…), le masseur-kinésithérapeute pratique son art sans prescription médicale* ».

[28] Introduit par l'article 73 de la LFSS pour 2022 (expérimentation dans six départements pour trois ans) et codifié à l'article L. 4321-1 du CSP. Le décret 2024-618 du 27 juin 2024 pris sur son fondement étend l'expérimentation dans son champ territorial et sa durée (cinq ans).

Au-delà des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD)[29] antigéniques et sérologiques pour la détection du SARS-CoV-2, leur mission de dépistage s'est élargie, sous conditions de locaux et de formations adaptés et d'information du médecin traitant. Les pharmaciens peuvent réaliser un TROD oropharyngé pour les supicions d'angines à streptocoque A, visant l'orientation diagnostique en faveur d'une angine bactérienne, avant de délivrer, sans prescription médicale préalable, l'antibiotique nécessaire. Dans le même sens, ils peuvent, pour les femmes de 16 à 65 ans avec symptômes évocateurs de cystite simple sans fièvre, réaliser une bandelette urinaire avant délivrance, sans prescription médicale préalable, de l'antibiotique nécessaire.

Ils peuvent par ailleurs réaliser un test capillaire d'évaluation de la glycémie, destiné au repérage d'une glycémie anormale dans le cadre d'une campagne de prévention du diabète. Comme les médecins, sages-femmes et infirmiers, ils peuvent depuis 2024 réaliser des TROD des virus de la grippe, de la CoVid-19 et des infections à virus respiratoire syncytial (VRS), seul ou associé.

Par ailleurs, s'ils sont désignés correspondant du patient dans le cadre d'un exercice coordonné (équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, maison de santé et centre de santé), ils peuvent, à la demande du médecin, renouveler périodiquement des traitements chroniques et ajuster, au besoin, leur posologie.

En matière d'actes biologiques, l'accès direct aux dépistages du VIH et depuis 2024 aux infections sexuellement transmissibles (IST) est possible à la demande du patient, sans ordonnance et sans rendez-vous, dans tous les laboratoires de biologie médicale, y compris les laboratoires des établissements de santé.

1.4. Au sein des prescripteurs de ville les principaux prescripteurs sont les médecins généralistes et environ un tiers des montants remboursés pour des prescriptions concernent des médicaments

En ville, les prescriptions médicales, en montants remboursés[30], sont réalisées pour trois-quarts d'entre elles par les médecins généralistes (cf. graphique 1). Cette proportion a peu varié dans le temps, même si un léger rééquilibrage a eu lieu en faveur des prescriptions des médecins spécialistes au cours des huit dernières années.

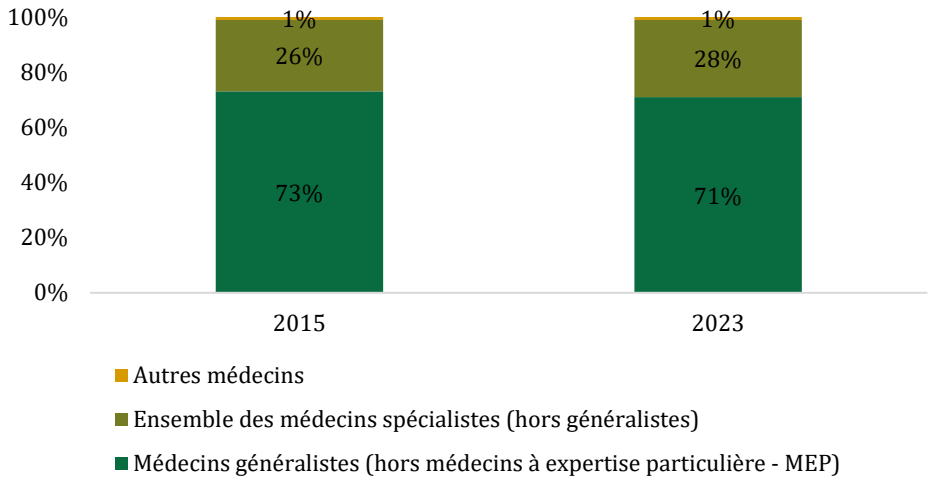
[29] Les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) sont des Dispositifs Médicaux de Diagnostic *In Vitro* (DMDIV) destinés à un diagnostic par un professionnel de la santé hors d'un environnement de laboratoire, généralement à proximité ou près du patient.

Ils ne se substituent pas au diagnostic réalisé au moyen d'un examen de biologie médicale. Le patient en est explicitement informé ainsi que des moyens de confirmation par un examen de biologie médicale si la démarche diagnostique ou thérapeutique le justifie.

[30] Hors prescriptions hospitalières exécutées en ville

Annexe II

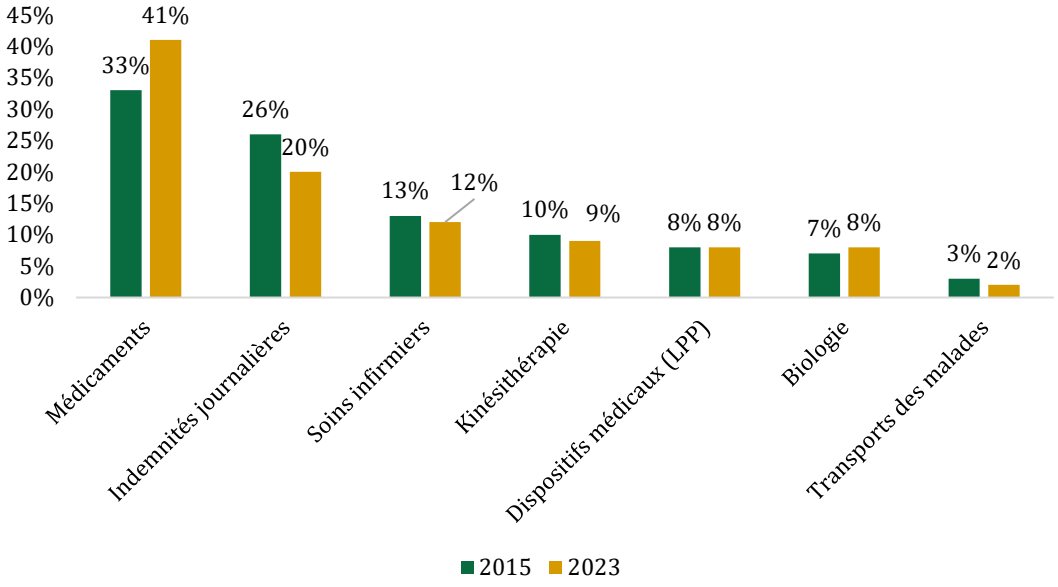
Graphique 1 : Évolution de la répartition des montants remboursés de prescriptions par type de médecins entre 2015 et 2023



Source : Open Ameli 2025.

En 2023, pour les médecins généralistes, les prescriptions (considérées en montants remboursés et non en nombre de prescriptions unitaires) sont principalement orientées vers les médicaments (33 %) et les arrêts de travail (indemnités journalières ; 26 %) (cf. graphique 2). Cependant, depuis 2015, la part des médicaments dans les prescriptions des médecins généralistes a diminué au profit très majoritairement des indemnités journalières.

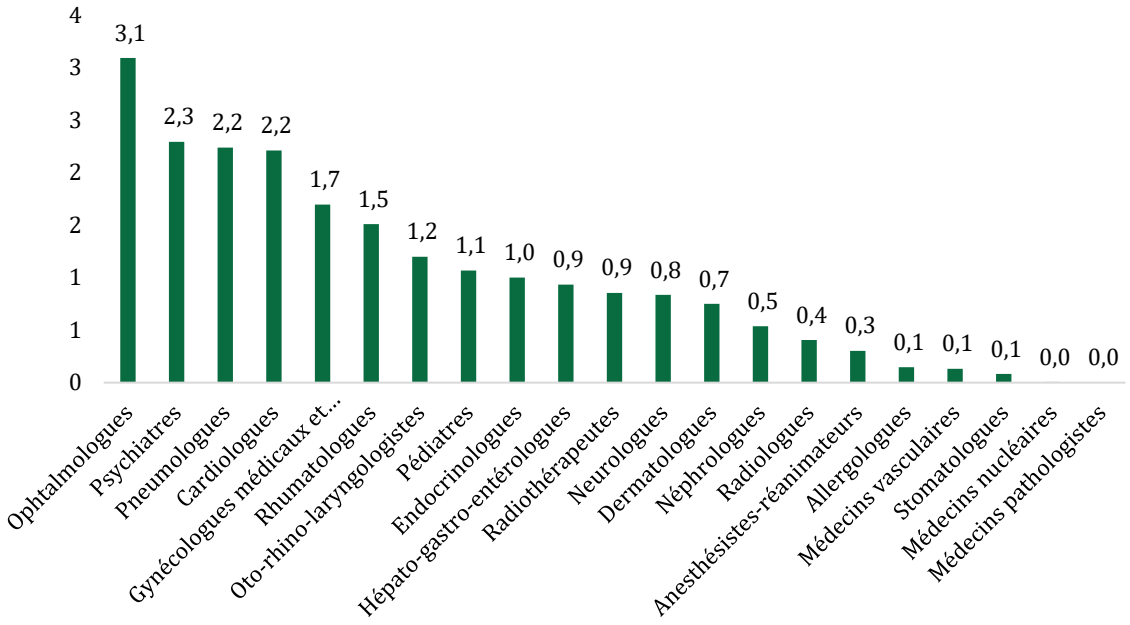
Graphique 2 : Évolution du poids des différentes catégories de prescriptions (en montants remboursés) dans la prescription des médecins généralistes entre 2015 et 2023



Source : Open Ameli 2025.

Parmi les médecins spécialistes en ville, en 2023, les principaux prescripteurs, en montants remboursés, sont les ophtalmologues (3,1 Md€ sur l'année), les psychiatres (2,3 Md€) et les pneumologues (2,2 Md€) (cf. graphique 3)

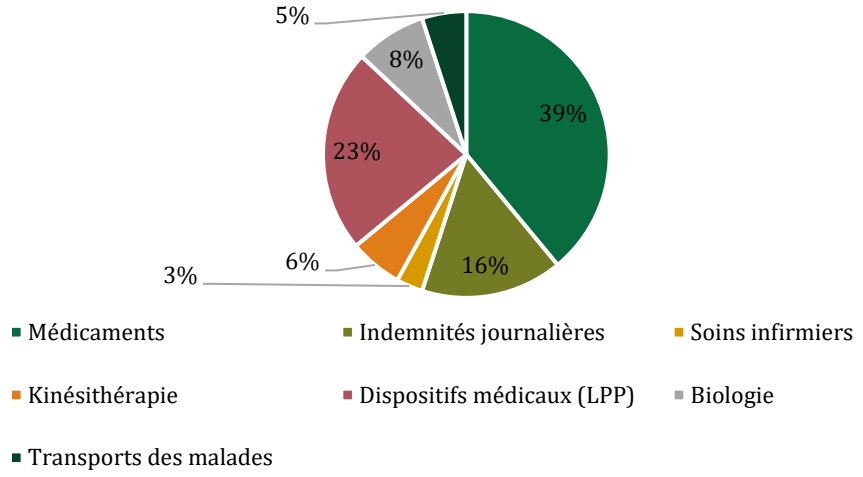
Graphique 3 : Dépenses de remboursement liées aux prescriptions de chaque spécialité médicale en 202 (en Md€)



Source : Open Ameli 2025.

Pour les médecins spécialistes, en 2023, les prescriptions sont encore plus fortement principalement orientées vers les médicaments (39 %), suivis par les dispositifs médicaux (23 %), avant les indemnités journalières qui sont moins présentes (16 % contre 26 %) que chez les généralistes (cf. graphique 4).

Graphique 4 : Répartition des différentes catégories de prescriptions (en montants remboursés) dans la prescription des médecins spécialistes en 2023



Source : Open Ameli 2025.

2. Les objectifs de juste soin, de santé publique et de maîtrise du mésusage ont conduit au déploiement d'un corpus règlementaire qui encadre la liberté de prescription

2.1. Les prescriptions doivent se fonder sur les données acquises de la science

2.1.1. Si les recommandations de la HAS ne sont pas opposables, elles participent aux données acquises de la science

Instituée par la loi du 13 août 2004[31], la Haute Autorité de santé, autorité administrative indépendante à caractère scientifique, est chargée, aux termes de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, d'« *élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire* » (cf. encadré 1).

Aux termes de l'article R. 161-72 du même code : « *Dans le domaine de l'information des professionnels de santé et du public sur le bon usage des soins et les bonnes pratiques, la Haute Autorité : / 1° Élabore et diffuse des guides et tout autre document d'information, notamment sur les affections de longue durée, en tenant compte, le cas échéant, de ceux élaborés et diffusés par l'Institut national du cancer en application du 2° de l'article L. 1415-2 du code de la santé publique (...)* ».

Encadré 1 : Production de la HAS au titre du bon usage des soins et/ou de bonnes pratiques vers les professionnels de santé

Selon le moteur de recherche de la HAS :

- 250 recommandations ou guides comportent des recommandations de traitement médicamenteux ;
- 22 recommandations ou guides comportent des recommandations en matière de biologie et 36 en matière d'imagerie médicale.

Sur les 5 dernières années, la HAS a publié (nouvelle publication ou actualisation) :

- 98 recommandations ou guides comportant des recommandations de traitement médicamenteux (hors vaccins) ;
- 3 recommandations ou guides comportant des recommandations en matière de biologie et 13 en matière d'imagerie médicale.

Ces chiffres sont à considérer avec précaution puisqu'un même document peut avoir un double ou triple classement. Les avis de la commission de la transparence pour les médicaments ne sont pas compatibilisés ici (un avis est rendu pour chaque spécialité dont le remboursement est demandé et des actualisations de ces avis peuvent également donner lieu à nouvelle publication).

Source : Mission après exploitation du moteur de recherche du site de la Haute Autorité de Santé, consulté le 1er septembre 2025.

[31] Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, intégrée depuis au Code de la santé publique.

Par son arrêt « *FormIndep* » de 2011[32], le Conseil d'État a établi : « *que les recommandations de bonnes pratiques élaborées par la Haute Autorité de santé sur la base de ces dispositions ont pour objet de guider les professionnels de santé dans la définition et la mise en œuvre des stratégies de soins à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique les plus appropriées, sur la base des connaissances médicales avérées à la date de leur édiction ; qu'eu égard à l'obligation déontologique, incombant aux professionnels de santé en vertu des dispositions du code de la santé publique qui leur sont applicables, d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science, telles qu'elles ressortent notamment de ces recommandations de bonnes pratiques, ces dernières doivent être regardées comme des décisions faisant grief susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir (…)* ».

Ce faisant, le Conseil d'État clarifie, d'une part, que les recommandations de la HAS font partie des « *données acquises de la science* » et s'y intègrent *de droit*, et d'autre part, que s'imposant aux professionnels de santé comme à leurs pratiques, lesdites recommandations[33] de la HAS sont, de ce fait, susceptibles de leur faire grief.

Pour autant, le Conseil d'État n'est pas allé alors, ni depuis (*cf. infra*), jusqu'à fixer l'opposabilité ou le caractère obligatoire des recommandations de la Haute autorité de santé. Ainsi, d'un strict point de vue juridique, le professionnel de santé n'a pas une obligation en tant que telle de se conformer à une recommandation de la HAS, dès lors qu'il est à même de justifier pourquoi et comment il s'en est éloigné (recommandation ancienne ou ne correspondant pas à la situation précise d'un patient donné, recommandations de sociétés savantes récentes, etc.).

Cette jurisprudence est constante. Dans ses décisions récentes[34], le Conseil d'État reprend les mêmes considérants que ceux susmentionnés en ajoutant, au vu du cas d'espèce (contestation d'une partie de la recommandation), qu'« *elles* [les recommandations de la HAS] *ne dispensent pas le professionnel de santé d'entretenir et perfectionner ses connaissances par d'autres moyens et de rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient* ».

Dans ce cadre juridique et compte tenu des enjeux de santé publique comme pour les professionnels de santé, la HAS a conduit des travaux afin d'améliorer l'appropriation et l'impact de ses recommandations de bonnes pratiques ou de bon usage (*cf. infra*, 5. quant aux déterminants de prescription). Après un état des lieux des pratiques[35], un plan d'action interne[36] est en cours de déploiement.

---

[32] Conseil d'État, 1re et 6e sous-sections réunies, 27/04/2011, n° 334396, publié au recueil Lebon.

[33] Lorsque celles-ci sont prises selon les règles de l'art, c'est-à-dire de manière régulière (et notamment impartiale, et actualisée), et le cas échéant sous le contrôle du juge administratif. Toutefois, ces recommandations « *ne dispensent pas le professionnel de santé d'entretenir et perfectionner ses connaissances par d'autres moyens* [que les recommandations de la HAS] *et de rechercher, pour chaque patient, la prise en charge qui lui paraît la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient* », CE, n° 428284 (*cf. infra*, note suivante). Le respect des recommandations de la HAS est donc, sauf exceptions très limitées, nécessaire mais pas suffisant.

[34] Conseil d'État, 1re et 4e chambres réunies, 23/12/2020, n° 428284, publié au recueil Lebon.

[35] HAS, 2023 (révisé en 2023), Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS, 46 p. CIR ?

[36] HAS, 2023, Plan d'action pour l'amélioration de l'appropriation et de l'impact des productions de la HAS 2025-2030.

Encadré 2 : Actions de la HAS pour renforcer l'appropriation et l'impact de ses recommandations auprès des professionnels de santé

Le rapport de la HAS sur l'amélioration de l'impact des recommandations est issu de la commission sur l'impact des recommandations (CIR), composée d'experts de plusieurs disciplines (des professionnels des champs sanitaire, médico-social et social et des usagers comme il est d'usage à la HAS, mais aussi des experts en communication ou encore des chercheurs en sciences humaines et sociales ou en sciences comportementales) à partir de l'analyse de huit cas d'usage (recommandation, fiche mémo, guides, points clés…).

L'analyse montre que l'appropriation d'une recommandation suppose l'adoption d'un certain comportement par les professionnels et que doivent alors être mobilisés des principes issus des sciences comportementales :

- s'intéresser aux facteurs déterminant les comportements (c'est-à-dire les pratiques professionnelles), ainsi qu'aux freins et leviers à l'évolution de ces comportements ;
- intégrer cette compréhension des freins et des leviers à l'élaboration de la recommandation, avant de construire un plan d'action adapté pour accompagner certains sujets le cas échéant ;
- mesurer l'impact de la recommandation et tirer les leçons sur ce qui a bien fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné pour améliorer les prochaines recommandations.

Le rapport indique que la rigueur scientifique d'une recommandation élaborée par la HAS n'est pas une caractéristique suffisante pour faire évoluer les pratiques des professionnels. Leur perception (de l'institution, du sujet, etc.) ou encore leur environnement physique et social influencent leur comportement.

Il souligne que le changement de comportement est un processus long et non-linéaire : d'une part, tout le monde n'est pas prêt à changer de comportement au même moment ; d'autre part un individu peut « rechuter » (revenir à un comportement antérieur) lors de sa progression vers l'adoption d'un nouveau comportement.

Le rapport met également en évidence que la connaissance des cibles auxquelles sont destinées les recommandations (besoins, attentes, préférences, etc.) et des travaux scientifiques sur les facteurs humains, sociaux et matériels qui interviennent dans l'application des recommandations par les professionnels est primordiale.

Enfin, le rôle de levier que peuvent jouer les patients et personnes accompagnantes en vue d'assurer une meilleure adoption des recommandations doit conduire à l'élaboration d'informations en direction des usagers pour les mobiliser en tant que relais des bonnes pratiques auprès des professionnels (cette information peut également permettre à certains professionnels d'aborder plus sereinement certains sujets avec leurs patients).

Source : Mission, sur documents de la Haute Autorité de santé.

Les entretiens sur les comportements de prescription conduits par la mission (*cf. infra*, annexe VIII) confirment la permanence de certains freins à la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques vers les professionnels de santé aux fins, notamment, de guider les prescriptions, qui sont autant de leviers pour en conforter la portée :

- les supports courts – comme les fiches synthétiques et didactiques – sont sensiblement plus utilisés que les recommandations prenant la forme de rapports plus discursifs, considérées parfois comme « inutilisables » par certains professionnels de santé ;
- la publication convergente des recommandations de la HAS avec les publications de sociétés savantes est un élément qui renforce la visibilité et l'appréhension des bonnes pratiques par les professionnels (les professionnels considèrent par exemple que certaines publications de la HAS sont obsolètes par rapport aux dernières publications scientifiques) ;
- la trop grande technicité des éléments d'appui comme les démarches cliniques mobilisées (multiples points de vérifications) peut éloigner la recommandation de sa vocation première ;

- la prise en compte, lors de la rédaction puis de la diffusion, de la différence des professionnels ciblés, notamment en distinguant, lorsque c'est possible et pertinent, médecine de ville et hôpital.

2.1.2. Les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes participent également des « données acquises de la science »

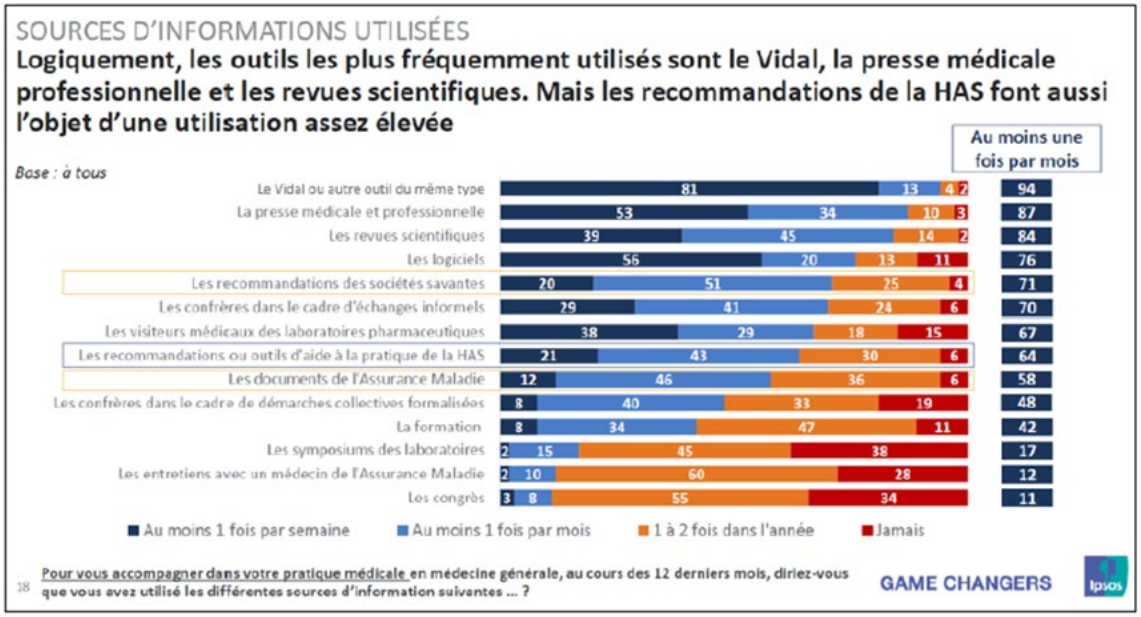
Les sociétés savantes sont des associations professionnelles de spécialistes dans un domaine médical (ex. cardiologie, oncologie, infectiologie, *cf.* aussi *infra*). Leur mission principale est de formaliser les recommandations professionnelles en se basant sur les données scientifiques disponibles, lesquelles ont vocation à :

- orienter la pratique clinique et les décisions de prescription ;
- informer les autorités sanitaires sur les standards actuels pour l'évaluation des pratiques et la sécurité des soins ;
- servir le cas échéant de référence juridique en cas de contentieux médical : les recommandations professionnelles contribuant à l'état de l'art des connaissances et des pratiques.

Les recommandations de bonnes pratiques des sociétés savantes (cf. tableau 2) participent de l'appréciation des données acquises de la science (et donc à l'appréciation de la responsabilité du prescripteur en cas de contentieux). En 2023, la HAS en a recensé plus de 400 en vigueur (recommandations et guides de bonnes pratiques émanant des sociétés savantes), accessibles sur les sites des sociétés savantes concernées, et, lorsqu'elles sont « labellisées » (reprises et endossées) par la HAS, elles sont également accessibles sur le site de la Haute Autorité de santé.

Une enquête Ipsos-HAS auprès de médecins généralistes conduite en 2017, menée pour évaluer l'impact des recommandations de la HAS, a pu ainsi établir que les recommandations de bonne pratique des sociétés savantes sont légèrement plus utilisées que celles de la HAS (*cf.* figure 2).

Figure 2 : Sources d'information utilisées par les professionnels



Source : Extraits de l'étude IPSOS-HAS « Enquête évaluation des recommandations de la HAS auprès des médecins généralistes » (2017), extrait du rapport précité « Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS ».

Lors des entretiens sur les comportements de prescription conduits par la mission (*cf. infra*, 5.3. et annexe VIII), la référence aux recommandations des sociétés savantes était plus fréquente que la référence aux recommandations de la HAS. Les médecins ont mis en avant dans leurs échanges avec la mission l'avance des sociétés savantes sur la HAS. L'accessibilité des publications et la participation aux congrès ont été citées comme principales sources d'actualisation des connaissances.

Tableau 2 : Exemples de recommandations / guides de bonnes pratiques des sociétés savantes

Société savante	Domaine d'expertise	Exemples de recommandations récentes
Société Française de Cardiologie (SFC)	Cardiologie	Recommandations sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque, de l'hypertension artérielle, des troubles du rythme cardiaque
Société Française d'Oncologie Médicale (SFOM)	Oncologie	Protocoles de traitement du cancer du sein, du cancer colorectal, des cancers du poumon
Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE)	Médecine générale	Avis sur la supplémentation en vitamine D chez les enfants en bonne santé, Prise en charge du diabète de type 2, Gestion de l'iatrogénie médicamenteuse

Source : *Documents professionnels - SFCARDIO*, *Nos Ressources - SoFOM*, *CNGE*

2.1.3. L'autorisation de mise sur le marché cadre la prescription des médicaments

Les indications des médicaments sont celles qui ont fait l'objet d'une demande du fabricant et pour lesquelles les essais cliniques ont démontré un rapport bénéfices-risques favorable.

Les médicaments font l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), délivrée par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou l'Agence européenne du médicament (*European Medicines Agency*, EMA) selon la procédure d'AMM retenue par le laboratoire pharmaceutique[37], qui comporte entres autres, les conditions de prescription et de délivrance, la ou les indications autorisées, les durées de traitement autorisées.

Les prescripteurs de médicaments doivent ainsi se conformer à l'autorisation de mise sur le marché et, au titre des données acquises de la science, prendre en compte les avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé.

Cependant, une prescription dite « hors-AMM » peut être médicalement justifiée lorsqu'elle répond à un besoin thérapeutique non couvert par les médicaments commercialisés en France.

[37] Procédure centralisée : Agence européenne (EMA) ; procédure décentralisée ou procédure nationale : ANSM.

Un médicament ne peut en effet faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché (indication différente…) « *qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient* »[38]. Cependant, d'une part l'assurance maladie (pour autant que celle-ci ait été rendue destinataire des éléments requis, *cf. infra*, encadré au 2.2.1 quant aux mentions obligatoires sur la prescription) n'assure pas sa prise en charge[39] et d'autre part en cas de contentieux, la responsabilité du prescripteur sera appréciée au regard des données acquises de la science.

Dans le champ dit du « hors-AMM[40] », il est d'ailleurs possible, à l'initiative de l'ANSM, de sécuriser une pratique de prescription hors-AMM d'un médicament disponible en France (disposant d'une AMM dans d'autres indications), lorsqu'il fait l'objet d'une prescription hors AMM bien établie sur le territoire français : l'ANSM fixe alors un cadre de prescription compassionnelle (CPC), anciennement appelé recommandation temporaire d'utilisation (RTU). L'assurance maladie prend alors en charge dans la nouvelle indication considérée.

En effet, il importe ici de souligner que lorsqu'un industriel dépose une demande d'autorisation de mise sur le marché, il le fait pour une ou plusieurs indications pour lesquelles il apporte les études et données requises par les textes. Cela signifie qu'un médicament peut être efficace et utile dans une indication non demandée/déposée par l'industriel. Ainsi, certains médicaments n'ont pas pu faire l'objet d'essais cliniques sur des populations spécifiques comme les populations pédiatriques mais pour autant en vie réelle, les professionnels de santé vont être amenés à utiliser des médicaments qui n'ont pas l'indication pédiatrique dans l'AMM dans des situations où il n'y pas d'alternative avec indication pédiatrique. Il peut également exister des stratégies de laboratoires qui conduisent à ne pas demander une extension d'indication pourtant attendue par les professionnels de santé et reconnue par des études. Quand il n'y pas d'alternative thérapeutique, le hors-AMM peut donc être une réponse pertinente pour la santé du patient.

Les conditions de prescription des médicaments à prescription médicale obligatoire constituent une limite stricte à la liberté de prescription dont les manquements sont soumis à sanction.

Dans le champ des médicaments, sont fixées par leur AMM les conditions de prescription et de délivrance. Un médicament peut être à prescription médicale facultative (PMF) ou à prescription médicale obligatoire (PMO)[41] (cf. figure 3). En France, sont des médicaments à

---

[38] Article L. 5121-12-1-2 CSP, créé par l'article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

[39] Article L. 162-4 CSS modifié pour la dernière fois à la date de la mission par le même article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

[40] Se dit de l'utilisation d'un produit dans une situation qui ne correspond pas aux indications officielles (*cf.* DCP). La prescription est possible, à condition que le médecin estime qu'elle est dans l'intérêt du patient et qu'il documente sa décision d'une part, et a une double conséquence d'autre part : la responsabilité du professionnel de santé prescripteur est entièrement engagée, et l'information du patient est obligatoire.

[41] Au niveau de la réglementation de l'Union européenne (directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, amendée 17 fois et corrigée 2 fois depuis sa publication en novembre 2001), la « *prescription médicale* » est définie« *toute prescription de médicaments émanant d'un professionnel habilité à cet effet* ». Aux termes de l'article 70 de la directive, les médicaments sont soit « *soumis à prescription médicale* », soit « *non soumis à prescription médicale* ». Son article 71 précise que les premiers sont « *soumis à prescription médicale* », « *lorsqu'ils sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi ou s'ils sont utilisés sans surveillance médicale* », ou « *sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou*

prescription médicale obligatoire les médicaments inscrits par l'ANSM sur les listes I et II (liste répertoriant les médicaments PMO et se distinguant par leur modalité de renouvellement des prescriptions cf. figure 2), les médicaments stupéfiants et les médicaments psychotropes et les médicaments dits « assimilés stupéfiants ».

Des médicaments « PMO » peuvent par ailleurs être « à prescription restreinte » :

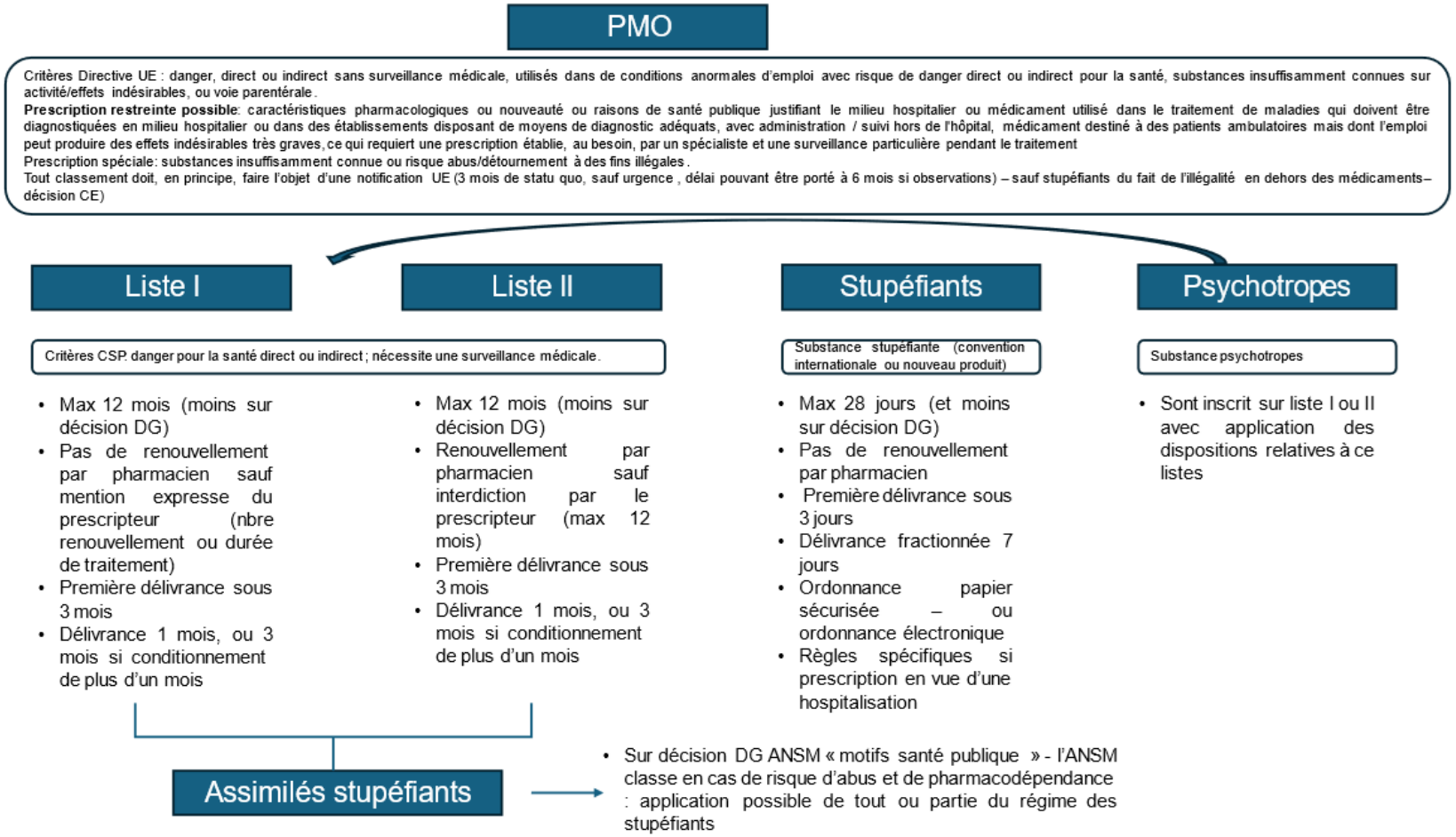
- médicaments réservés à l'usage hospitalier :prescrits, délivrés et utilisés uniquement à l'hôpital ;
- médicaments à prescription hospitalière : prescrits uniquement à l'hôpital) ;
- médicaments à prescription initiale hospitalière : première prescription réalisée uniquement à l'hôpital ;
- médicaments à prescription réservée à certains spécialistes : médicaments difficiles à utiliser ou traitant des maladies complexes ;
- médicaments à surveillance particulière : les malades traités par ce type de médicaments doivent être régulièrement surveillés -prises de sang, examens complémentaires, consultations plus fréquentes ; le renouvellement de la prescription n'est possible que si ces règles de surveillance sont respectées.

Par ailleurs, si les prescriptions sont d'une durée maximale de douze mois, la durée peut être réduite pour certains médicaments, substances psychotropes ou susceptibles d'être utilisées pour leur effet psychoactif, par décision du directeur général de l'ANSM, après avis des conseils nationaux de l'ordre des médecins et de l'ordre des pharmaciens (ex : pour les médicaments dont la substance active est le lorazépam, la durée de prescription a été limité à 12 semaines).

indirectement la santé », ou-« *contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets indésirables* », ou « *sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale* ».

Annexe II

Figure 3 : Médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO)



Source : Mission.

2.2. Les prescriptions sont soumises à des contraintes formelles et de procédure, à des fins de sécurisation

2.2.1. L'ordonnance constitue le support de la prescription

Comme le stipule la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes à son article 56 sur la rédaction des ordonnances, « *le médecin formule sur des ordonnances distinctes les prescriptions : de médicaments ; de produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ; d'interventions nécessaires des auxiliaires médicaux ; d'examens de laboratoire* ».

Certaines mentions obligatoires doivent figurer sur l'ordonnance (cf. encadré 3) soit à des fins de juste soin soit à des fins de sécurisation de la prise en charge.

Encadré 3 : Mentions obligatoires actuelles sur les prescriptions

Date de la prescription

Identification du prescripteur : nom, prénom, n° RPPS, n° FINESS, adresse professionnelle, spécialité d'exercice, n° de téléphone, adresse mail et signature

Adresse de l'établissement où le médecin exerce en cas de prescription **hospitalière**

Identification du patient : nom, prénom, sexe, date de naissance,

Pour les produits de santé (« prescription établie après examen du malade »)

Identification du patient : ajout **si nécessaire** des mentions de la **taille et du poids**

Pour les médicaments : nom du traitement prescrit en **dénomination commune internationale** (DCI) ou, s'il s'agit d'une préparation, la formule détaillée avec **durée du traitement** et, le cas échéant, le nombre ou la durée de renouvellements de la prescription, **posologie**, doses, fréquence de prise, modalités desdites prises.

Pour les médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement, mentions de la nature et périodicité des examens réalisés, voire de leur effectivité.

+ le cas échéant, la mention expresse par laquelle le prescripteur exclut la possibilité de la substitution prévue au deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 est la suivante : « Non substituable » ;

+ le cas échéant, la mention expresse du caractère « non remboursable » lorsque si le médicament n'est pas remboursé dans l'indication considérée ;

+ le cas échéant, la mention expresse en cas de prescription hors AMM dans le cas spécifique d'un cadre d'accès compassionnel, « Prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une autorisation de mise sur le marché » ;

+ le cas échéant, la mention expresse en cas de prescription hors AMM sans cadre d'accès compassionnel « Prescription hors autorisation de mise sur le marché » (qui implique le non-remboursement du médicament, sans que cette fois la mention expresse « non remboursable » soit requise).

Enfin le prescripteur peut **conditionner la délivrance** de certains médicaments à la réalisation et au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examens biologiques ou d'orientation diagnostique (ex : « Nom du médicament en DCI : si TROD angine positif, sous sept jours calendaires »).

Pour la délivrance de **vaccins** du calendrier vaccinal **par un pharmacien**, ce dernier remplit un bon de prise en charge de l'Assurance maladie qui vaut prescription.

Pour les actes de **masso-kinésithérapie**, le prescripteur doit y faire figurer le besoin de masso-kinésithérapie et , sur la base conventionnelle, la région à traiter sans avoir, depuis 2000, à mentionner le nombre de séances ni la technique à appliquer (des prescripteurs continuant parfois à faire figurer le nombre de séances).

Pour les **actes infirmiers**, le prescripteur doit y faire figurer les actes infirmiers demandés, de manière qualitative (libellés du soin) et quantitative (durée et rythme des soins).

Pour les actes de **biologie médicale**, le prescripteur doit y faire figurer la mention des « éléments cliniques pertinents » concernant le patient et la prescription, pour la réalisation de l'examen et l'interprétation des résultats.

Pour les actes d'**imagerie médical**e, le « demandeur » doit mentionner la question diagnostique avec le plus de précision possible, mentionner les informations cliniques utiles pour clarifier le contexte clinique pour le radiologue, proposer un ou plusieurs examens et préciser les informations susceptibles d'être importantes pour le radiologue (ex : situation de grossesse en cours).

Pour les arrêts de travail, le prescripteur doit utiliser un téléservice « Avis d'arrêt de travail » ou remplit un formulaire d'avis d'arrêt de travail. Depuis le 1 er septembre 2025, ce formulaire sécurisé est la norme, la voie papier reste exceptionnelle. Le formulaire (numérique ou papier sécurisé) comprend de items supplémentaires aux items généraux sur l'identification du patient, des items sur les causes de l'arrêt (en rapport avec affections longue durée (ALD), grossesse, accident du travail, maladie professionnelle…). Il comporte la durée d'arrêt, les restrictions de sorties. Il mentionne par codification ou rédaction en toutes lettres les éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail.

Pour le transport sanitaire, le prescripteur remplit en ligne la prescription de transport sanitaire ou télécharge un formulaire (formulaire S3138 téléchargeable sur Amelipro). Le formulaire précise, conformément au référentiel de prescription le type de transport sanitaire : moyen de transport individuel, transport en commun, transport assis professionnalisé,-taxi conventionné ou véhicule sanitaire léger (VSL) - ou ambulance. Le référentiel de prescription précise les indications ouvrant droit à prise en charge par type de transport.

Source : Mission.

L'ordonnance comportant la prescription d'un médicament pour une durée de traitement supérieure à un mois indique, pour permettre la prise en charge de ce médicament, soit le nombre de renouvellements possible par périodes maximales d'un mois ou de trois mois pour les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois, soit la durée totale de traitement, dans la limite de douze mois. Pour les médicaments contraceptifs, le renouvellement de l'exécution de la prescription peut se faire par périodes maximales de trois mois, quel que soit leur conditionnement.

Pour en permettre la prise en charge, le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à quatre semaines ou à trente jours selon le conditionnement défini par le fabricant. Toutefois, les médicaments présentés sous un conditionnement correspondant à une durée de traitement supérieure à un mois peuvent être délivrés pour cette durée dans la limite de trois mois. En outre, quel que soit leur conditionnement, les médicaments contraceptifs peuvent être délivrés pour une durée de douze semaines.

Dans le cadre d'un traitement chronique, afin d'éviter toute interruption de traitement, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien peut dispenser, dans la limite de trois mois (avant 2024, délivrance d'un mois uniquement), par délivrances successives d'un mois, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement sous réserve de conditions spécifiques.

Encadré 4 : Absence d'indication sur les ordonnances

L'indication thérapeutique pour laquelle les produits, actes ou prestations sont prescrits ne fait pas partie des mentions obligatoires devant figurer sur l'ordonnance. Liées au secret médical, cette absence a pour effet une incapacité à sécuriser la pertinence des prescriptions autrement que par un raisonnement probabiliste (au regard de la DCI par exemple pour un médicament). L'estimation de la prévalence des maladies en population générale se fait donc souvent sur la base des produits prescrits et non sur la base des diagnostics médicaux. Cette absence d'indication est à mettre au regard de l'inscription des diagnostics dans le PMSI à l'hôpital qui permet d'avoir des données fiables en termes de pathologies prises en charge.

Source : Mission.

2.2.2. Les ordonnances sécurisées de médicaments concernent un nombre limité de médicaments

Aux fins de lutte contre le mésusage (médicaments à risque d'abus et de dépendance notamment) et contre la fraude, certains médicaments ne peuvent être prescrits que sur **ordonnance sécurisée.** Il s'agit des médicaments classés comme stupéfiants mais également, sur décision du directeur général de l'ANSM, d'autres médicaments pour lequel un risque similaire est établi. Les médicaments opioïdes (tramadol, codéine, dihydrocodéine) ont été par exemple soumis à ordonnance sécurisée depuis le 1er mars 2025[42] pour limiter les risques d'abus et de détournement.

Les ordonnances sécurisées sont des ordonnances spécifiques. Hors prescription électronique, elles se font sur papier filigrané répondant à la norme de l'Association française de normalisation (Afnor) NF280. Elles sont à commander grâce au numéro RPPS du professionnel et au numéro assurance maladie auprès d'un imprimeur agréé Afnor.

Les mentions obligatoires sont spécifiques aux médicaments stupéfiants[43] et des règles de délivrance stricte s'appliquent[44].

2.2.3. À terme, la sécurisation de toutes les prescriptions de produits de santé, actes et prestations sera atteinte par la prescription électronique

La prescription électronique est entendue comme la dématérialisation des prescriptions de soins, de produits de santé et de prestations établies ou exécutées par les professionnels de santé et leur transmission à l'assurance maladie par voie électronique.

Une ordonnance de 2020[45], prise à la suite de la loi[46] du 24 juillet 2019, a rendu obligatoire la prescription par voie dématérialisée pour tous les professionnels de santé autorisés à prescrire (à l'exception des prescriptions établies en établissements de santé pour être exécutées dans l'établissement de santé) et la transmission de ces prescriptions par l'intermédiaire de téléservices assuré par la CNAM et accessible par les logiciels d'aide à la prescription.

Cette nouvelle obligation est entrée en vigueur le 22 décembre 2023, avec pour le professionnel de santé une mise en conformité, au plus tard le 31 décembre 2024.

Un décret[47] est venu préciser la mise en œuvre de cette prescription électronique, définir les droits des patients à l'égard de ces prescriptions dématérialisées et de leurs conditions d'exécution et définir les cas ou circonstances dans lesquels la dématérialisation pourra, par dérogation, ne pas être mise en œuvre par les professionnels.

---

[42] ANSM, 24 sept. 2024, décision portant application d'une partie de la réglementation des stupéfiants et fixant des durées de prescription (tramadol/codéine).

[43] Article R5132-29 et article R5132-30 CSP.

[44] Article R5132-33 CSP.

[45] Ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique.

[46] Article 55 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

[47] Décret n° 2023-1222 du 20 décembre 2023 relatif à la prescription électronique.

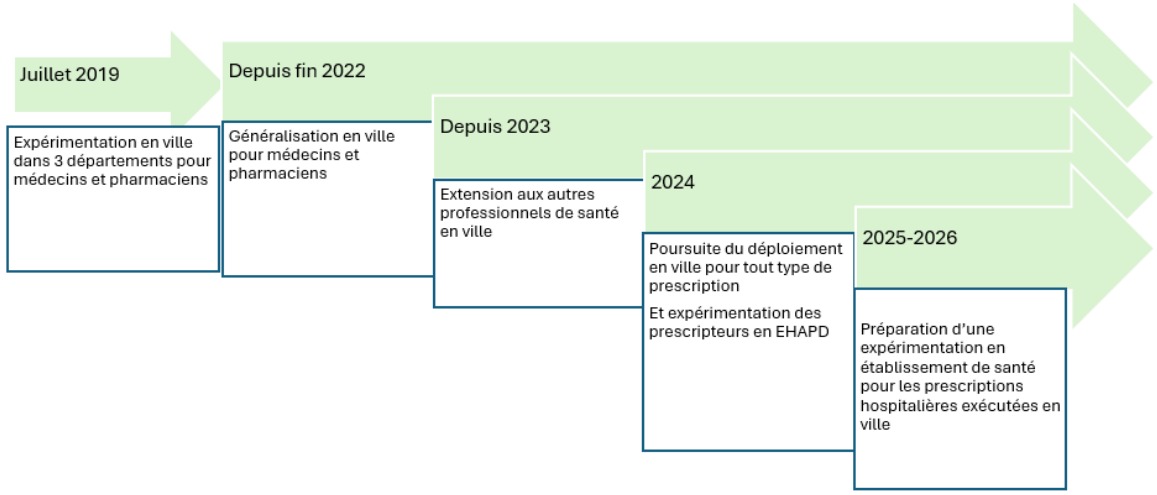
De manière concrète, les prescriptions électroniques peuvent être réalisées directement à partir des logiciels d'aide à la prescription (LAP, *cf. infra*, partie 2.3.2). L'ordonnance éditée contient toutes les données habituelles, auxquelles s'ajoutent un QR code véhiculant un numéro unique de prescription et des mentions légales d'information du patient et du professionnel. L'ordonnance est transférée automatiquement dans le dossier médical du patient (DMP) et l'ordonnance en support papier continue d'être remise aux patients et présentée au pharmacien.

La CNAM est le pilote de l'ordonnance numérique. Le calendrier initial de déploiement était le suivant :

- 2022 : début de la généralisation pour la prescription par les médecins de ville prescripteurs (généralistes et autres spécialistes) des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) et de tous les autres actes et soins (biologie, actes infirmiers, actes de masso-kinésithérapie, orthophonie, orthoptie et pédicurie) et les pharmaciens ;
- 2023 : intensification du déploiement de la solution chez les médecins et pharmaciens et déploiement auprès des professionnels de la LPP ;
- 2024 : déploiement progressif pour l'ensemble des prescripteurs de ville et application progressive aux actes prescrits en établissements et délivrés en ville (PHEV).

Force est de constater que si l'obligation est entrée en vigueur, le déploiement a pris du retard et le calendrier a été décalé (cf. figure 4).

Figure 4 : Calendrier de déploiement de l'ordonnance numérique à la date de la mission



Le déploiement de l'ordonnance numérique chez les éditeurs de logiciels de prescription à destination des médecins de ville a été lié au cahier des charges du Ségur numérique de la santé « Médecins de ville », déployé par l'Agence du numérique en santé.

En ville, à fin mai 2025, 28,9 % des prescriptions réalisées par les médecins généralistes étaient faites en ayant recours à l'ordonnance numérique. En août 2025, uniquement 43 000 médecins libéraux avaient réalisé au moins une ordonnance électronique. La difficulté, outre l'adhésion des professionnels, réside dans la multiplicité des éditeurs en ville (environ 60 versions de logiciels devant intégrer l'ordonnance numérique).

Pour les prescriptions hospitalières, le Ségur numérique « Hôpital » n'a pas intégré le déploiement de l'ordonnance numérique. Si d'autres priorités ont été retenues pour le secteur hospitalier (notamment sécurisation face au risque de cyber-attaque), l'absence de convergence des priorisations ville/hôpital ralentit le déploiement à l'échelle nationale et l'atteinte des effets attendus. La Cour des Comptes relevait déjà en 2021[48] que l'exclusion, en droit ou en pratique, des prescriptions hospitalières de la dématérialisation des prescriptions exécutées en ville compromettrait une grande partie des apports attendus de la dématérialisation à la maîtrise des dépenses de soins de ville. Une expérimentation à l'hôpital va être menée en 2026 afin de valider le cahier des charges adapté aux PHEV.

Par ailleurs, le déploiement médecins/pharmaciens ne se fait pas au même rythme sur un territoire donné, ce qui empêche encore actuellement le déroulement du processus « de bout en bout ». Il est aussi constaté un retard d'équipement chez les pharmaciens d'officine (cf. figure 5), qui semble, d'après les auditions menées, dû à des fonctionnalités considérées comme inadaptées (intégration de la base de remboursement par l'assurance maladie après facturation et non avant facturation, ne permettant pas la prévention de la fraude). Ce retard est d'autant plus pénalisant que tant que les prescriptions électroniques ne sont pas exécutées par un professionnel équipé, elles ne peuvent faire l'objet d'exploitation par l'Assurance maladie en termes d'observatoire des prescriptions[49].

Figure 5 : Bilan des ordonnances numériques



Source : Assurance maladie, 2025

L'absence de convergence ville/hôpital sur le Ségur numérique porté par un opérateur de l'Etat en ce qui concerne l'ordonnance numérique portée par la CNAM et les enjeux d'interopérabilité entre logiciel métier, ordonnance numérique et DMP (référentiels commun pour données standardisées et normalisées) amènent la mission à penser que le pilotage du déploiement peut encore comporter des fragilités qui pourraient s'aggraver lorsque les référentiels issus du règlement sur l'espace européen du numérique en santé[50] viendront s'imposer aux Etats membres ne matière de e-prescription.

[48] Rapport Cour des comptes sur les comptes de la sécurité sociale 2021, chapitre VIII

[49] Les médecins se sont opposés à cette exploitation précoce afin de garantir un niveau de visibilité identique de l'Assurance maladie avant et après ordonnance électronique (les données relatives aux produits prescrits ne sont actuellement dans le SNDS qu'après délivrance par la pharmacien d'officine)

[50] Règlement (UE) 2025/327 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2025 relatif à l'espace européen des données de santé

L'enjeu de normalisation des données, dont certaines ne sont pas encore codifiées dans des bases de données laisse aussi craindre une moindre efficacité des dispositifs en termes d'observation des pratiques. La poursuite du programme du Ségur numérique est le seul levier identifié pour permettre de rendre opposable aux éditeurs de logiciels un ensemble de données à codifier.

2.3. Les prescriptions, pour être prises en charge par l'Assurance maladie doivent se faire conformément au cadre législatif et réglementaire

2.3.1. Les actes, produits et prestations dont l'objet de conditions de prises en charge différentes

Les médicaments remboursés sont ceux évalués, sur demande de l'exploitant, en vue d'une admission au remboursement. La Haute Autorité de santé (commission de la transparence) attribue au médicament un niveau de service médical rendu – SMR[51]- (qui permettra au ministre de fixer le taux de remboursement) et un niveau d'amélioration du service médical rendu -ASMR[52]- (qui permettra la négociation du prix par le Comité économique de produits de santé)[53] pour chaque indication. *In fine*, un seul taux de SMR est retenu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la décision finale de remboursement revenant aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les dispositifs médicaux (DM) remboursables sont ceux inscrits sur la liste des prestations et produits remboursables, dite LPP[54]. La LPP[55] couvre des produits seuls et des forfaits de prestations intégrant des dispositifs médicaux. Si le dispositif médical répond aux spécifications de la description générique de la liste LPP, l'entreprise peut auto-inscrire directement son produit sur cette ligne générique et accéder au remboursement. Dans le cas contraire, et notamment si l'entreprise revendique une innovation médicale, La Haute Autorité de santé (commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux) évalue le DM en vue de son inscription en nom de marque avec attribution d'un niveau de service attendu (SA) et d'amélioration du service attendu (ASA) pour permettre la négociation du tarif de responsabilité avec lequel sera inscrit le dispositif médical sur la LPP.

Contrairement aux médicaments dont l'AMM fixe déjà les indications et conditions de prescriptions et de délivrance avant même que la HAS ne fixe les indications remboursables, c'est la LPP qui définit en détail les indications et conditions de prescription, les spécifications techniques des dispositifs et les conditions de réalisation des prestations nécessaires à leur délivrance au patient (la LPP représente plus de 1 900 pages structurées en 5 titres, 23 chapitres, près de 200 paragraphes regroupant des dispositifs plus ou moins homogènes).

---

[51] Le SMR prend en compte à la fois la gravité de la pathologie pour laquelle le médicament est indiqué et les données propres au médicament lui-même (efficacité et effets indésirables, place dans la stratégie thérapeutique et existence d'alternatives thérapeutiques, intérêt pour la santé publique). Il comporte plusieurs niveaux : majeur/important (remboursement très justifié), modéré/faible (justifiant cependant le remboursement), insuffisant (ne justifiant pas le remboursement).

[52] L'ASMR correspond au progrès thérapeutique apporté par un médicament et comporte plusieurs niveaux : ASMR I majeure -ASMR II importante, ASMR III modérée, ASMR IV mineure, ASMR V inexistante (*i.e.* « *absence de progrès thérapeutique* »). Les médicaments génériques et biosimilaires ont un ASMR V, n'apportant pas, par « essence » comme par définition, d'amélioration du service médical rendu par rapport au médicament princeps.

[53] Les spécialités les plus anciennes n'ont pas toujours de SMR ou d'ASMR.

[54] Article L. 165-1 du CSS.

[55] CNAM, LPP.

La capacité des professionnels de santé à s'approprier les indications et conditions de la LPP conditionne donc la pertinence de leurs prescriptions, en particulier lorsqu'ils sont amenés à intervenir sur des aires thérapeutiques variées et qu'ils ont à choisir entre plusieurs dispositifs aux effets équivalents.

Or la LPP est rarement à jour au vu du nombre, de la variété et de la dynamique d'innovation des DM. Certaines lignes de la LPP sont obsolètes par absence de code, ou description de lignes génériques inadaptées. Les subdivisions de la liste ne sont pas fondées sur une logique thérapeutique et présentent des incohérences (des DM pour la cardiologie et la pneumologie dans la même subdivision ou les DM fauteuils roulants dans différentes subdivisions).

Les actes prescrits (IDE, MK, biologie) remboursables font l'objet de nomenclature des actes remboursables :

- la Classification commune des actes médicaux pour les actes techniques des médecins, dentistes et sages-femmes (CCAM) ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour les actes cliniques médicaux et les actes paramédicaux (MK, IDE) ;
- la nomenclature des actes biologiques (NABM).

L'inscription ou la radiation d'un acte suit un processus d'évaluation par la HAS du service rendu ou attendu de l'acte et les tarifications sont issues des négociations entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, avec des particularités propres à chaque profession. Le remboursement de certains actes peut être conditionné à la réalisation préalable d'un premier acte (appelé remboursement en cascade).

Les arrêts de travail donnent lieu à indemnités journalières encadrées par le code de la sécurité sociale[56] (en tant qu'ils ouvrent droit au versement de prestations contributives) et par le code du travail[57] (en tant qu'il est susceptible de modifier les stipulations du contrat de travail et leur exécution).

Les transports sanitaires font l'objet d'un référentiel[58] précisant les conditions d'éligibilité au remboursement et les modalités de transports possibles (selon l'état du patient, le kilométrage…).

2.3.2. Des formalités supplémentaires quant à la prescription peuvent être imposées pour permettre la prise en charge des actes produits et prestations prescrits

Les prescriptions peuvent être soumises à des formalités administratives spécifiques en vue de la prise ne charge des actes, produits et prestations prescrits.

Comme déjà mentionné (cf. mentions sur ordonnances en partie 2.3.1), il peut s'agir de règles spécifiques au type de prescription comme l'utilisation d'un téléservice pour les prescriptions d'arrêts de travail, obligatoire depuis le 1er septembre 2025 ou encore pour les transports sanitaires.

---

[56] En particulier, par l'encadrement du droit aux indemnités journalières (IJ) : ainsi, l'article L321-1 CSS ouvre droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie pour l'assuré qui « *est dans l'incapacité physique constatée par certificat médical* » de continuer ou de reprendre le travail, les articles L323-1 à L323-7 CSS fixent les conditions d'indemnisation (délai de carence, durée maximale, obligations de l'assuré, contrôle médical).

[57] En particulier par l'encadrement de la suspension du contrat de travail. Au sein de la Section 1 : « Absences pour maladie ou accident » du code, l'article L.1226-1 CT précise que l'employeur doit respecter la suspension du contrat en cas de maladie ou accident, sous réserve que le salarié justifie son incapacité par un certificat médical. Les articles L.1226-2 CT et suivants prévoient les obligations de l'employeur (reclassement, interdiction de licenciement sauf cas particuliers, maintien de salaire si convention collective applicable).

[58] Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

Il peut également s'agir de documents spécifiques à joindre à la prescription pour certains produits de santé ou actes. Deux dispositifs permettent de soumettre la prescription à un document annexe de cette dernière comportant des données supplémentaires : la prescription pour médicament d'exception[59] (aujourd'hui intégrée à l'ordonnance numérique sécurisée) et la prescription renforcée[60] (téléservice).

Le dispositif de prescription renforcée a été créé par la LFSS pour 2024 afin de conditionner le remboursement de médicaments à une démarche à réaliser par le prescripteur au moment de la prescription. Le prescripteur est tenu de déclarer que la prescription répond aux indications thérapeutiques remboursables[61] en indiquant via le téléservice les éléments pertinents (indication thérapeutique, caractéristiques du patient). Le téléservice produit un justificatif que le patient doit remettre avec l'ordonnance au professionnel de santé exécutant la prescription, actuellement le pharmacien pour 4 antidiabétiques analogues du GLP-1. Ce dispositif est analysé en annexe VI.

3. Des outils numériques se développent au service de la sécurisation et de la pertinence des prescriptions.

3.1. Le dossier médical partagé à travers « Mon espace santé » est un outil dont le potentiel n'est pas encore pleinement exploité

Créé afin de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins, le dossier médical partagé (DMP) a vocation à regrouper toutes les informations relatives au patient.

Le DMP est accessible par le patient à travers « Mon espace santé » interface créée automatiquement pour tous les bénéficiaires d'un régime d'assurance obligatoire, sauf en cas d'opposition de leur part. Le DMP est lui-même créé par la CNAM lors de l'ouverture de « Mon espace santé » (toute information de Mon espace santé est visible dans le DMP et inversement).

Le patient accède au contenu de son dossier et peut également accéder à la liste des professionnels qui ont accès à son dossier médical partagé qu'il peut, à tout moment, modifier.

Chaque professionnel de santé, quels que soient son mode et son lieu d'exercice, reporte dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

---

[59] Article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale « à l'article L. 162-1-7. (…) »

R. 163-2 III. L'inscription sur la liste [des médicaments remboursables] peut être assortie, pour certains médicaments particulièrement coûteux, unitairement ou au regard des dépenses globales représentées, et d'indications précises, d'une clause prévoyant qu'ils ne sont remboursés ou pris en charge qu'après information du contrôle médical, selon une procédure fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. (…).

[60] Article L162-19-1 du CSS : « *La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées peut être subordonnée au renseignement sur l'ordonnance ou sur un formulaire prévu à cet effet par le professionnel de santé d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier pour la santé publique, un impact financier pour les dépenses d'assurance maladie ou un risque de mésusage. ors de la prescription, le recours au formulaire mentionné au premier alinéa, accessible le cas échéant par un téléservice, peut être exigé afin d'attester le respect du même premier alinéa. Ce document est à présenter au pharmacien ou, le cas échéant, à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées* ». Suivent les dispositions permettant la justification de cette procédure spécifique aux dispositions générales sur la simplification administrative.

[61] Le respect des bonnes pratiques de la HAS a été supprimé en LFSS pour 2025 par voie d'amendement.

Les données qu'il comporte sont précisées à l'article R. 1111-42, ce sont notamment les données relatives à la prévention, à la santé et au suivi médical, social et médico-social, « *afin de servir la coordination, la qualité et la continuité des soins, y compris en urgence, notamment l'état des vaccinations, les synthèses médicales et paramédicales, les lettres de liaison visées à l'article L. 1112-1, les comptes-rendus de biologie médicale, d'examens d'imagerie médicale, d'actes diagnostiques et thérapeutiques, et les traitements prescrits* » et les données relatives à la dispensation de médicaments, issues du dossier pharmaceutique (DP).

Le DMP n'est pas en tant que tel un outil d'aide à la prescription mais sa consultation doit contribuer à la qualité, la pertinence (notamment l'utilité diagnostique ou thérapeutique) et à la sécurité des prescriptions et donc au juste soin. L'absence d'import des prescriptions dans le DMP sur un format autre qu'inséré à une lettre ou un courrier avant ordonnance numérique en limite cependant l'usage, tout comme l'absence de structuration de l'information déposée dans le DMP : les différents documents y sont déposés de façon brute, ce qui impose au professionnel voulant rechercher des informations une recherche fastidieuse supposant d'ouvrir plusieurs documents et d'y chercher les informations pertinentes.

Le PLFSS pour 2026 propose de renforcer l'obligation d'enregistrement des informations du patient dans le DMP, y compris en établissement de santé, avec la création de sanctions applicables en cas de non-respect des obligations pour faire en sorte que les données clés du parcours de soin soient exhaustives dans l'espace santé des patients. Il est par ailleurs souhaitable de doter le DMP de modules et d'une architecture permettant aux professionnels de trouver plus aisément et rapidement les informations qu'ils recherchent.

Encadré 5 : « Mon espace santé »

En octobre 2024, 15 millions de personnes ayant un profil Mon espace santé ont utilisé ce service. Près de 40 % des utilisateurs de l'application y reviennent d'un mois sur l'autre.

Plus de 50 % des documents de santé sont envoyés aux patients dans « Mon espace santé » par des professionnels et établissements de santé . En décembre 2024, près de 95 000 professionnels de santé libéraux dont 67 000 médecins (hors radiologie) et 17 000 pharmacies de ville, 263 groupements de laboratoires de biologie, plus de la moitié des radiologues libéraux, 3 700 établissements de santé, plus de 6 500 établissements sociaux et médico-sociaux ont déposé des documents dans Mon espace santé . Malgré une dynamique positive auprès de l'ensemble des acteurs, des disparités territoriales existent quant à l'utilisation par les professionnels de santé. Ainsi, l'Ile-de-France est la région où le moins de documents par habitant sont chargés sous Mon espace santé, après la Guyane.

Source : Mission d'après assurance maladie (site Ameli).

3.2. Les logiciels d'aide à la prescription destinés à prescrire des médicaments peuvent faire l'objet d'une certification

Les logiciels d'aide à la prescription de médicaments (LAP) ne fonctionnent pas de manière autonome. Ils sont intégrés au sein de logiciels de gestion de cabinet (LGC) ou « logiciels métiers » qui constituent l'interface principale des médecins pour la gestion administrative (rendez-vous, facturation, télétransmission) et médicale (Dossier Médical Informatisé – DMI) de leur patientèle.

Concrètement, à partir des informations disponibles dans diverses bases relatives aux médicaments, le LAP doit prendre en compte les interactions médicamenteuses, les contre-indications, les précautions d'emploi et mises en garde, les contrôles posologiques (surdosage, sous-dosage et durée de traitement), les risques liés la grossesse ou l'allaitement, les effets indésirables, les redondances de substance et d'incompatibilités physico-chimiques, et alerter le prescripteur.

En 2015, une étude multicentrique sur la prescription[62] établissait déjà que la fonction de prescription de médicaments était particulièrement facilitée par un accès structuré et standardisé aux bases de données médicamenteuses, contrairement aux thérapeutiques non médicamenteuses.

En 2014[63], les logiciels d'aide à la prescription des médicaments ont été soumis à certification avec pour objectif la sécurisation des prescriptions de médicaments (enjeu de sécurité sanitaire). Cette obligation a été annulée par le Conseil d'État[64] en 2017 après un arrêt de la cour de justice de l'Union européenne (CJUE)[65] en réponse à sa question préjudicielle. La CJUE a considéré que le LAP, de par ses fonctions de prises en compte des données relatives aux patients, avec alerte sur les interactions médicamenteuse par exemple, constituait un dispositif médical et qu'aucune autre procédure que le marquage CE ne pouvait être mise en place pour accéder au marché (la certification HAS supplémentaire étant alors considérée comme une entrave au libre marché des DM marqués CE).

La certification perdure mais n'est plus obligatoire. Les fonctionnalités des logiciels d'aide à la prescription de médicaments requises par les textes sont notamment les suivantes[66] :

- la prescription en dénomination commune internationale (DCI) ;
- l'information sur l'appartenance d'une spécialité au répertoire des groupes génériques, et l'affichage des motifs de non substitution le cas échéant, l'information sur l'appartenance d'une spécialité à la liste de référence des groupes biologiques similaires et la proposition de transformation automatique des lignes de prescription concernées, l'information sur l'appartenance d'une spécialité au registre des groupes hybrides et la proposition de transformation automatique des lignes de prescription concernées ;
- l'information sur les durées de traitement et posologies recommandées quand elles existent (notamment par l'AMM du médicament) ;
- la mise à disposition d'informations sur le médicament issues d'une des cinq bases de données agréée par la Haute Autorité de santé ;
- l'intégration des systèmes d'aide à la décision indexée par médicament (SAM) et une proposition de transformation automatique des lignes de prescription concernées – à date 14 SAM ont été référencés par la HAS pour intégration dans les LAP ;
- l'intégration systématique des modèles d'ordonnances types – ordonnance de médicament ou de produits et prestations d'exception (formulaire Cerfa) ; ordonnance bizone (ALD), ordonnance de non-prescription d'antibiotiques établie par l'assurance maladie, de référentiels fiches te autres documents comme les formulaire de demande d'entente préalable (DAP), des protocoles thérapeutique dans le cadre d'autorisation temporaire d'utilisation, des fiches de bon usage du médicament, etc.[67] ;
- la diffusion systématique et en temps réel de messages d'alerte sanitaire émis par les autorités sanitaires ;

---

[62] David Darmon. Les déterminants de la prescription médicamenteuse en médecine générale. Santé. Université Claude Bernard - Lyon I, 2014.

[63] Décret n° 2014-1359 du 14 novembre 2014 relatif à l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription médicale et des logiciels d'aide à la dispensation prévue à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale

[64] Arrêts du Conseil d'État n° 387156 et 387179 du 12 juillet 2018.

[65] Arrêt CJUE du 7 décembre 2017.

[66] Article R. 161-76-2 du code de la sécurité sociale.

[67] Arrêté du 5 février 2021 fixant la liste des documents de prescription mentionnés au 7° de l'article R. 161-76-2 du code de la sécurité sociale et en particulier son annexe.

- l'affichage des prix des médicaments[68] ainsi que le montant total de la prescription, ainsi que les informations fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, permettant une prescription conforme à la plus stricte économie du coût du traitement compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des produits ;
- l'information sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des médicaments ;
- l'information sur l'existence d'engagements individualisés figurant dans les conventions entre Assurance maladie et professionnels de santé, portant sur la prescription de spécialités pharmaceutiques ainsi que sur le suivi de l'atteinte des objectifs correspondants et sur leur contrepartie financière ;
- l'interface avec le dossier médical partagé ;
- l'accès aux services dématérialisés déployés par l'assurance maladie.

La certification, par la HAS, des logiciels d'aide à la prescription exige que ces logiciels disposent de tous les contrôles informatiques de sécurité éprouvés dans la pratique (interactions médicamenteuses, posologies, contre-indications, ...), libre au prescripteur de les activer ou non, et s'il les active, d'en tenir compte ou non.

L'Assurance maladie finance, au titre de la dotation numérique (DONUM), les professionnels pour leur équipement en LAP certifiés.

Encadré 6 : Taux de pénétration des LAP chez les médecins libéraux

Grâce à la dotation financière numérique (DONUM), environ 80 % des médecins libéraux disposent d'un LGC intégrant un LAP certifié .
Pour autant, le rapport « Charges et Produits 2026 » de la CNAM indique que 20 % de ces médecins n'utilisent pas activement les fonctionnalités LAP.

Source : Assurance maladie.

3.3. Les autres outils numériques d'aide à la prescription ne sont pas régulés

Des outils d'aide à la prescription, pouvant être intégrés au logiciel de gestion du cabinet (LGC) ou accessibles par internet, peuvent être établis par tout acteur.

Ils peuvent l'être par exemple par les sociétés savantes elles-mêmes. La société française de radiologie a ainsi élaboré un outil en ligne d'aide à la demande d'examens de radiologie par le médecin généraliste[69]. D'autres guides peuvent être élaborés par les observatoires des médicaments, dispositifs médicaux et innovations thérapeutiques (OMEDITS) par exemple, comme des guides de prescription des pansements[70].

Divers logiciels existent par ailleurs pour soutenir les professionnels dans leur exercice mais sans être régulés par les pouvoirs publics. Ces logiciels sont appelés systèmes d'aide à la décision médicale (SADM) lorsqu'ils ont pour objectif d'améliorer la pertinence des prescriptions, et intègrent de plus en plus l'intelligence artificielle.

[68] Le prix ici est le prix facial, (prix public du médicament publié au Journal Officiel). Il se distingue du prix net qui est égal au prix facial déduit des remises mais n'est connu que du CEPS qui négocie les prix et de l'industriel concerné.

[69] Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM), Société française de radiologie et d'imagerie médicale - https://aderim.radiologie.fr/

[70] Outil d'aide pour la prescription de pansements, OMEDIT Basse Normandie 2014.

Contrairement aux LAP médicaments, ces outils n'ont pas de statut en France et ne sont pas régulés en tant qu'outils d'aide à la prescription. Certains sont déjà certifiés CE en tant que dispositifs médicaux[71] . Ils revendiquent en général de s'appuyer sur des recommandations de bonnes pratiques (HAS, sociétés savantes, CNAM) pour guider le prescripteur vers les choix thérapeutiques les plus appropriés et personnalisés.

Ces nouveaux outils s'inscrivent dans un double cadre communautaire, mais sans cadre normatif national :

- réglementation européenne d'une part sur les DM[72] , du fait de l'arrêt CJUE précité (mais qui n'encadre pas le traitement des données) et, le cas échéant, réglementation européenne sur l'espace européen des données de santé[73] : si l'interopérabilité avec un système de dossier médical électronique (DME) est alléguée par un fabricant de DM alors le fabricant du DM est soumis aux mêmes exigences qu'un fabricant de DME et doit "apposer un marquage CE avant mise sur le marché ou mise en service ;
- et d'autre part sur l'intelligence artificielle[74], dès lors qu'ils constituent un *« système automatisé qui est conçu pour fonctionner à différents niveaux d'autonomie et peut faire preuve d'une capacité d'adaptation après son déploiement, et qui, pour des objectifs explicites ou implicites, déduit, à partir des entrées qu'il reçoit, la manière de générer des sorties telles que des prédictions, du contenu, des recommandations ou des décisions qui peuvent influencer les environnements physiques ou virtuels ».*

  Ce règlement impose des exigences de sécurité, de qualité, de gestion des risques, de transparence et d'explicabilité de la logique sous-jacente des outils et une procédure de certification par des organismes notifiés pour l'IA dite « à haut risque » - ce qui semble être le cas pour ces DM d'aide à la prescription utilisant l'IA[75].

L'Assurance maladie dans son rapport charges et produits 2026 indique vouloir mobiliser de tels outils dans la gestion du risque et la HAS a annoncé, en aout 2025, lancer des travaux sur l'évaluation des DM numériques à usage professionnels

L'absence de régulation en France laisse cependant craindre que des SADM se développent sans avoir le marquage CE requis d'une part, et, d'autre part et surtout, qu'ils reposent sur des procédés d'intelligence artificielle difficilement explicables et contrôlables pour l'aide à la décision.

---

[71] Dès lors qu'ils remplissent les critères de l'article 2 du règlement (UE) 2017/745 (MDR) sur les dispositifs médicaux.

[72] Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE.)

[73]

Règlement (UE) 2025/327 du Parlement européen et du Conseil du 11 février 2025 relatif à l'espace européen des données de santé et modifiant la directive 2011/24/UE et le règlement (UE) 2024/2847 (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE).

[74] Règlement (UE) 2024/1689 du Parlement européen et du Conseil du 13 juin 2024 établissant des règles harmonisées concernant l'intelligence artificielle et modifiant les règlements (CE) n° 300/2008, (UE) n° 167/2013, (UE) n° 168/2013, (UE) 2018/858, (UE) 2018/1139 et (UE) 2019/2144 et les directives 2014/90/UE, (UE) 2016/797 et (UE) 2020/1828 (règlement sur l'intelligence artificielle) (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

[75] Article 6 du règlement UE précité sur l'intelligence artificielle. Les conditions posées emportent le champ des DM mais d'autres critères sont posés (niveau d'autonomie, supervision du deep-learning…) pouvant exclure certains DM avec IA.

Sur le premier point, la réponse de la CJUE à la question préjudicielle posée par le Conseil d'Etat[76] est peu connue alors qu'elle se prononce sur la qualification de dispositif médical pour les logiciels utilisant les données des patients à des fins médicales : « *un logiciel dont l'une des fonctionnalités permet l'exploitation de données propres à un patient, aux fins notamment de détecter les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les posologies excessives, constitue, pour ce qui est de cette fonctionnalité, un dispositif médical, au sens [de la directive] et ce même si un tel logiciel n'agit pas directement dans ou sur le corps humain* ». Ainsi aujourd'hui un logiciel ayant ces fonctionnalités, ce qui est le cas de nombreux logiciels utilisant l'intelligence artificielle (IA) pour analyser données du patient et recommandations, afin d'aider le prescripteur, doit obtenir le marquage CE, sous peine de sanction pénale[77].A date, il est probable que de tels logiciels existent sans marquage CE.

Sur le second point, l'utilisation de l'intelligence artificielle peut reposer sur des données issues de recommandations probantes ou non, sur des jeux de données restreints ou massifs[78]. Lors de l'examen de la loi bioéthique entre 2019 et 2021, le sujet de l'IA dans le soin a été débattue. La place du patient a également été interrogée et une garantie d'information éclairée du patient a été introduite aux côtés d'une exigence d'explicabilité du fonctionnement des outils, pour les professionnels de santé, comme pour les patients [79]. Il manque encore cependant le texte d'application devant fixer le périmètre des outils considérés et leurs modalités d'utilisation. Des travaux du laboratoire d'innovation numérique de la CNIL (LINC) publié en juillet 2025 démontrent par ailleurs la complexité de l'explicabilité de l'IA[80].

Enfin, l'écart constaté entre les attentes des professionnels de santé d'une part et la réglementation axée sur la transparence d'autre part a été souligné par certains auteurs comme Sonia Desmoulin[81] : ce décalage « *pourrait signaler une inadaptation du questionnement juridique actuel, essentiellement porté par des spécialistes du marché numérique et de la protection des données personnelles, aux caractéristiques de l'activité médicale, cette dernière intégrant une balance bénéfices/risques et des dispositifs d'évaluation spécifiques ; alternativement, il pourrait alerter sur l'aveuglement de certains professionnels à l'égard de nouveaux risques, à charge pour le droit de compenser cette insuffisante prudence par des exigences adressées aux concepteurs, aux producteurs et aux utilisateurs d'IA ; il pourrait, enfin, pointer une difficulté pour l'effectivité du droit si les acteurs du champ ne comprenaient pas l'intérêt de prescriptions ou d'interprétations trop en décalage avec leurs points de vue. Cette troisième option serait à mettre en relation avec le constat d'une actuelle domination de la régulation professionnelle par rapport à un « encadrement étatique à distance des pratiques »*[82].

---

[76] Arrêt CJUE du 7 décembre 2017

[77] Article L5461-3 CSP

[78] Sur des données massives patients, un outil d'aide à la décision pourrait donc recommander une prescription pratiquée à une large échelle mais pour autant non pertinente.

[79] Article L4001-3 issu de la loi n°2021-1017 du 2 août 2021 : Le professionnel de santé qui décide d'utiliser, pour un acte de prévention, de diagnostic ou de soin, un dispositif médical comportant un traitement de données algorithmique dont l'apprentissage a été réalisé à partir de données massives s'assure que la personne concernée en a été informée et qu'elle est, le cas échéant, avertie de l'interprétation qui en résulte (…) IV.-Un arrêté du ministre chargé de la santé établit, après avis de la Haute Autorité de santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la nature des dispositifs médicaux mentionnés au I et leurs modalités d'utilisation.

[80] L'explicabilité de l'IA : un problème renouvelé par le succès du deep learning [1/3] Rédigé par Nicolas Berkouk, Mehdi Arfaoui et Romain Pialat - 07 juillet 2025

[81] La boîte noire et le médecin, Enquête sur l'enjeu juridique de l'explicabilité des IA médicales, Sonia Desmoulin, 2024

[82] *in* Mignot et Schultz, 2022, p. 69.

4. Les prescriptions font intervenir d'autres professionnels de santé, exécutant la prescription, ainsi que le patient, acteur de sa prescription

4.1. Les « effecteurs » de la prescription ont des marges de manœuvres variables selon l'objet de la prescription et leur champ d'exercice

Les prescriptions de médicaments sont exécutées par le pharmacien d'officine ou la pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un établissement de santé (pendant le séjour hospitalier ou par la rétrocession) ; les pharmaciens exercent sur ces prescriptions un rôle qui leur est propre : la délivrance des médicaments qui emporte des responsabilités spécifiques, dont la substitution de médicament (*cf. infra*, 4.2.1).

Les prescriptions de dispositifs médicaux sont exécutées par les pharmaciens mais également les professionnels de l'appareillage et les prestataires de services et distributeurs de matériel -PSDM.

Les prescriptions de biologie médicale sont effectuées, pour les phases analytique et post-analytique, dans un laboratoire de biologie médicale (hospitalier ou non) ; le prélèvement peut être réalisé au sein du laboratoire ou par des professionnels extérieurs (le plus souvent infirmiers). Les biologistes peuvent adapter certaines prescriptions afin notamment d'adapter la prescription aux modifications technologiques et/ou réglementaires de la biologie médicale mais avec l'accord du prescripteur sauf urgence ou indisponibilité[83].

Les prescriptions de masso-kinésithérapie sont exécutées par des masseurs-kinésithérapeutes, ainsi leur exécution est très largement déterminée par le masseur-kinésithérapeute lui-même. En effet, depuis la modification des règles de prescription en 2000, il revient au masseur-kinésithérapeute de décider du nombre de séances à effectuer et des techniques qu'il souhaite mettre en œuvre. Ils sont donc responsables économiquement de la dépense induite pour l'assurance maladie.

Les actes infirmiers sont réalisés par des infirmiers ou des IPA conformément à la prescription, avec renouvellement et adaptation possibles de certaines prescriptions médicales s'agissant des IPA. L'article R. 4301-3 du CSP précise que l'IPA peut « *renouveler, en les adaptant si besoin, des prescriptions médicales dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Académie nationale de médecine* ». Pour les prescriptions de médicaments, il s'agit des médicaments à dispensation particulière, des produits sanguins labiles et médicaments dérivés du sang, des médicaments anticancéreux et certaines classes de médicaments utilisés dans le traitement des troubles psychiatriques et de traitements de substitution aux opiacés. Ce renouvellement avec adaptation se fait dans le cadre d'une procédure écrite par le médecin prescripteur. Avec la mise en place du bilan de soins infirmier en 2019 (BIS) sur prescription du médecin, les infirmiers ont une plus grande autonomie dans les actes qu'ils réalisent ensuite (cf. annexe V).

[83] Article L. 6211-8 du CSP : « *Un examen de biologie médicale est réalisé sur le fondement d'une prescription qui contient les éléments cliniques pertinents. Lorsqu'il l'estime approprié, le biologiste médical réalise, conformément aux recommandations de bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale lorsqu'elles existent et dans le respect de la nomenclature des actes de biologie médicale établie en application de l'article L. 162-1-7 du même code, des examens de biologie médicale autres que ceux figurant sur la prescription ou ne réalise pas tous les examens qui y figurent, sauf avis contraire du prescripteur porté sur l'ordonnance* ».

Pour les actes infirmiers prescrits, la possibilité de renouvellement avec adaptation peut se faire uniquement en cas d'urgence. Au-delà, les IPA peuvent renouveler avec adaptation les actes de rééducation, l'équipement de protection individuelle, des prescriptions de transport et un arrêt de travail de moins de 7 jours[84].

Les prescriptions de transport sanitaire sont exécutées par les ambulances, taxis ou véhicules de transport avec chauffeur, conformément à la prescription[85].

Les prescriptions d'arrêts de travail sont exécutées par l'assurance maladie, informée par le professionnel de santé prescripteur par téléservice dans 80 % des cas, par formulaire sécurisé[86] dans 20 % des cas.

4.2. Les processus d'exécution des prescriptions de médicaments et des dispositifs médicaux présentent des spécificités en fonction de leur objet et de la nature de l'effecteur

4.2.1. Le pharmacien assure, pour les prescriptions de médicaments, une mission d'analyse et de conseil

Deux sources d'origine des prescriptions médicamenteuses sont identifiées : la ville et l'hôpital, avec comme acteur de l'exécution de ces prescriptions le pharmacien d'officine et le pharmacien hospitalier, les pharmaciens ayant le monopole de la délivrance des médicaments.

L'exécution de la prescription correspond à la dispensation par le pharmacien des spécialités prescrites, dans la mesure où la prescription médicale est conforme à la règlementation, avec notamment la présence de mentions obligatoires (*cf. supra*, 2.2.1).

De manière générale, la dispensation est un acte qui relève du monopole pharmaceutique comme rappelé par le code de la santé publique[87].

Il y est mentionné qu'est « *réservé aux pharmaciens, la vente en gros, la vente au détail, y compris par internet, et toute dispensation au public des médicaments* ». Elle peut cependant être déléguée sous responsabilité du pharmacien, à un préparateur en pharmacie ou à un étudiant en pharmacie ayant réalisé son stage en officine de fin de diplôme de formation générale aux sciences pharmaceutiques de niveau deux.

---

[84] Arrêté du 18 juillet 2018 fixant les listes permettant l'exercice infirmier en pratique avancée en application de l'article R. 4301-3 du code de santé publique

[85] Soit par téléservice à partir d'amelipro, dont un exemplaire papier valant prescription est remis au patient, soit par service du formulaire papier S3138. Pour être remboursé au titre de la prise en charge du transport sanitaire prescrit, le patient a obligation de respecter le mode de transport prescrit. Toutefois, si la patient a recours à un autre mode de transport moins onéreux, il pourra être pris en charge.

[86] En effet, dans certaines situations, comme une consultation à domicile, le recours à une prescription électronique d'arrêt de travail électronique peut être malaisé, difficile ou impossible. Dans ce cas, l'utilisation du formulaire papier Cerfa sécurisé avec sept points d'authentification (une étiquette holographique, de l'encre magnétique, etc.) est obligatoire pour réduire les risques de fraudes, à peine de rejet par l'assurance maladie (1er juillet 2025 avec période de tolérance jusqu'au 1er septembre 2025).

[87] « *Titre Ier : Monopole des pharmaciens* » aux articles L4211-1 à L4212-8 du code de la santé publique.

La dispensation est définie[88] comme étant l'acte qui associe l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale (vérification des posologies, des doses, des durées de traitements, des mode et rythme d'administration, absence de contre-indication, absence d'interactions médicamenteuses, absence de redondance médicamenteuse[89]), la préparation des doses à administrer, la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.

Par cet acte, le pharmacien conseille de manière appropriée et dans la limite de ses connaissances, le patient, et participe à sa prise en charge thérapeutique.

Le pharmacien est amené à interagir avec le prescripteur. Cette dynamique, largement implantée à l'hôpital, tend à se renforcer en ville. Lors des entretiens menés par la mission, le rôle des pharmaciens à l'hôpital a été mis en avant (cf. annexe VIII). Les pharmaciens sont de plus en plus souvent dans les services de soins au côté des prescripteurs, notamment les internes.

Le rôle du pharmacien tend à s'affirmer depuis plusieurs années, avec un renforcement de ses prérogatives en matière d'intervention sur la prescription médicale, comme par exemple pour le pharmacien d'officine correspondant (exercice coordonné avec le médecin traitant) qui peut renouveler, en ajustant la posologie un traitement pour un patient chronique. Les pharmaciens de PUI peuvent également renouveler et adapter des prescriptions[90] .

L'ensemble des actions que mène le pharmacien consiste à sécuriser l'usage du médicament selon la règle dite des « 5B » : le bon médicament pour le bon patient, au bon moment, par la bonne voie d'administration, à la bonne dose.

Pour ce faire, il peut s'appuyer sur des logiciels d'aide à la dispensation (LAD) qui permettent une première analyse des prescriptions. Ces logiciels représentent actuellement un secteur d'intérêt notamment à l'hôpital[91] où des projets hospitaliers testent des LAD reposant sur l'intelligence artificielle pour optimiser le temps pharmaceutique.

Le contexte récent de crise sanitaire et de crise démographique au sein des professionnels de santé, ont permis au pharmacien d'être identifié comme un professionnel de santé ressource par les ministères sociaux et les patients.

Son champ d'action en termes d'actes, de prévention et de prescription s'est ainsi vu renforcé notamment par l'attribution de nouvelles missions et le renforcement de ses compétences.

Au-delà des entretiens pharmaceutiques et de la conciliation médicamenteuse[92], parmi les actes que le pharmacien réalise sur la prescription, celui-ci peut substituer des médicaments prescrits par d'autres médicaments dans le cadre des textes sur la substitution.

---

[88] Article R. 4235-48 du code de la santé publique.

[89] Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon les référentiels de certification de la HAS (2021) : Référentiel fonctionnel de certification des logiciels d'aide à la prescription en médecine ambulatoire et Référentiel fonctionnel de certification des logiciels hospitaliers d'aide à la prescription accompagnés des Précisions sur les référentiels HAS de prescription électronique (2016 révisées en juillet 2022).

[90] Arrêté du 21 février 2023 relatif au renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. Arrêté du 21 février 2023 relatif au « renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique » Arrêté du 21 février 2023 relatif au « renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique »

[91] Hôpital Fondation Rothschild, L'IA au service de la Pharmacie Clinique.

[92] La conciliation médicamenteuse est un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient afin de prévenir ou de corriger les erreurs médicamenteuses

Encadré 7 : Substitution de médicaments par le pharmacien

La substitution concerne les génériques par rapport aux médicaments princeps, certains médicaments biosimilaires par rapport aux médicaments de référence (appelés également bio princeps) et certains médicaments hybrides par rapport à des médicaments similaires . Cet acte consiste à remplacer un médicament « de marque » par son générique/biosimilaire/hybride similaire. A date, tous les groupes génériques, 9 groupes biosimilaires et 2 groupes hybrides sont retenus pour la substitution.

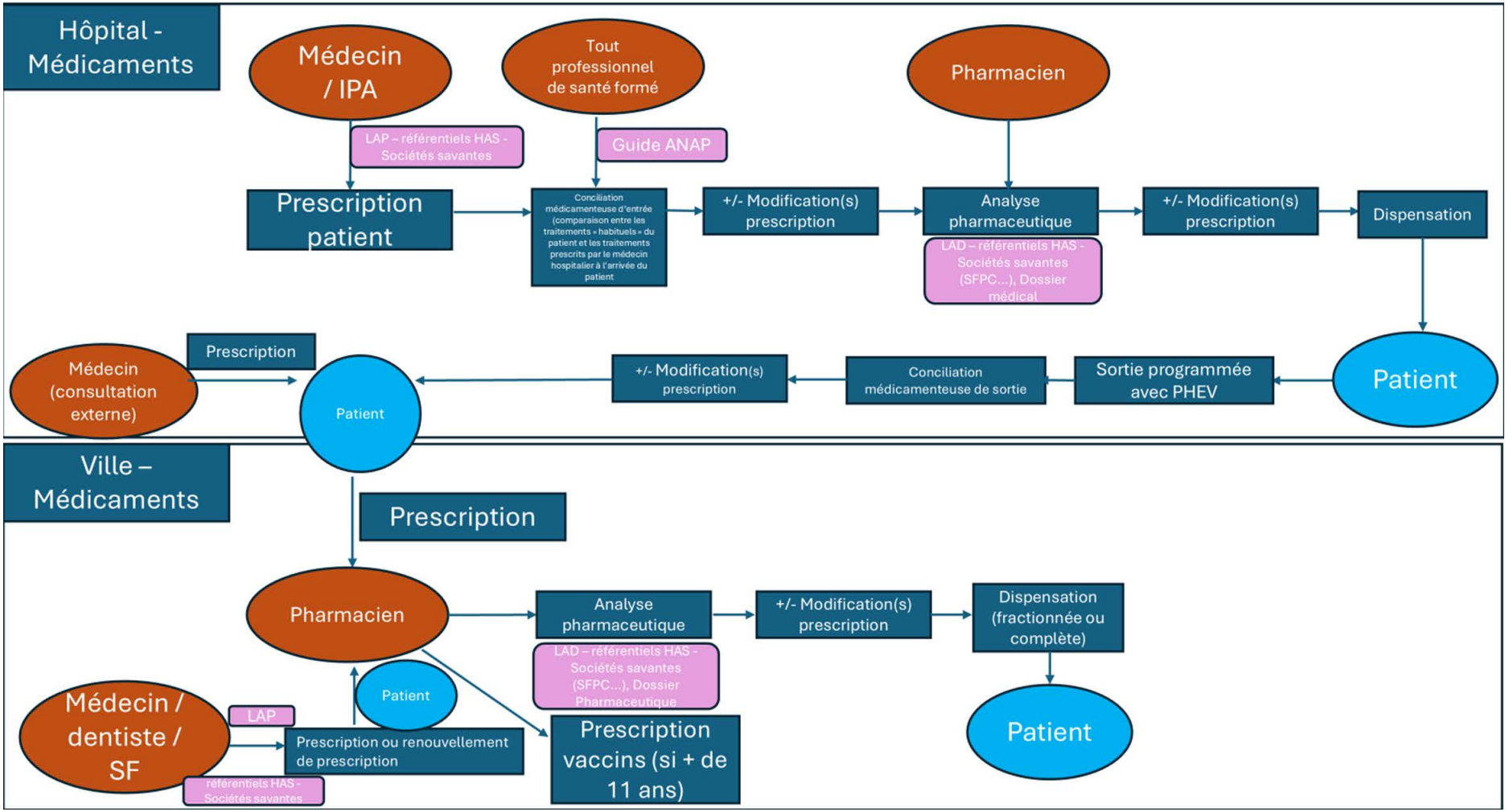
Dès lors que le prescripteur n'a pas indiqué sur sa prescription la mention « non substituable », le pharmacien est encouragé à substituer, y compris par des incitations financières (antérieurement pour les génériques, dorénavant pour les biosimilaires et hybrides). Les patients sont quant à eux incités à accepter la substitution pour les médicaments génériques du fait de la règle du « générique contre tiers payant ».

Source : Mission.

Le pharmacien peut également réaliser un bilan de médication, pris en charge par la sécurité sociale. Ce bilan s'adresse aux patients de plus de 65 ans en affection longue durée (ALD) ou aux patients de plus de 75 ans sans ALD, présentant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure ou égale à six mois.

Le processus d'exécution d'une prescription est complexe (cf. figure 6) et peut s'inscrire dans un continuum entre la ville et l'hôpital.

Figure 6 : Processus de prescription médicamenteuse en ville et à l'hôpital



Source : Mission.

Avec l'ordonnance numérique, si le pharmacien est équipé d'un logiciel référencé Ségur, il peut lire l'ordonnance directement à partir du QR code. Les informations de prescription, alimentées par le prescripteur dans la base de données, sont directement consultables dans le logiciel de gestion de l'officine. Les données de délivrance sont alors elles-mêmes enregistrées dans la base de données et peuvent, avec l'accord du patient (l'éventuelle opposition du patient à cette consultation est recueillie par le prescripteur), être consultées par le médecin prescripteur.

Encadré 8 : Le dossier pharmaceutique (DP)

Le dossier pharmaceutique (DP) est un fichier informatique permettant la consultation de l'historique de la délivrance de médicament, très majoritairement en officine de ville.

Le décret n° 2023-251 du 3 avril 2023 a introduit plusieurs nouveautés dans l'utilisation du dossier pharmaceutique. Désormais, la création de ce dossier pharmaceutique devient automatique pour tous, sauf opposition du patient dans les six semaines.

Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation.

Le DP contient :

- les données relatives à l'identité et à l'identification du patient et notamment son identifiant national de santé ainsi que, le cas échéant, l'identité de son représentant légal ;
- les coordonnées du patient et le cas échéant, celles de son représentant légal ;
- l'identification, les caractéristiques, la quantité de médicaments et produits de santé, que ceux-ci soient délivrés avec ou sans prescription médicale, les dates et modalités de la dispensation et de la prescription médicale. Les données accessibles sont de douze mois pour les médicaments, trois mois pour les médicaments biosimilaires et vingt-et-un ans pour les vaccins.

La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens. Le DP va au-delà du seul DP-Patient, il intègre un module DP-Rappels (pour le rappel des lots), un DP-Alertes (pour les alertes sanitaires), un DP-Ruptures (pour signaler un médicament en rupture auprès d'au moins de deux grossîtes pendant 72h). Si la très grande majorité des officines est connectée au DP, les PUI le sont encore peu

Source : Mission.

4.2.2. Plusieurs circuits d'exécution des prescriptions coexistent pour les dispositifs médicaux

Les dispositifs médicaux sont des produits de santé au périmètre vaste et hétérogène, incluant tous les articles « *dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques* »[93]. Il peut s'agir de pansements, de prothèses externes ou implantables, de stimulateurs cardiaques mais également des équipements biomédicaux lourds.

En plus des pharmaciens qui délivrent des dispositifs médicaux, les professionnels de l'appareillage et les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) exécutent aussi ces prescriptions.

Les PSDM ont pour mission la livraison et/ou l'installation au domicile du patient des dispositifs médicaux et consommables associés. Ils achètent des dispositifs médicaux aux fabricants pour les revendre ou les louer aux assurés et accompagnent le patient pour le bon usage du matériel.

[93] Règlement - 2017/745 du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux.

Les professionnels de l'appareillage sont au nombre de sept : opticiens lunetiers (très grande majorité), audioprothésistes, orthoprothésistes, orthopédistes-orthésistes, podo-orthésistes, ocularistes et épithésistes. Leur mission est de fournir, de concevoir ou d'adapter un dispositif médical à la morphologie et aux besoins du patient.

4.3. Le patient bénéficiaire doit être lui-même un acteur « observant » de sa prescription

Dans l'exécution des prescriptions, il revient au patient d'être observant dans sa démarche de soin.

Il doit se rendre en pharmacie d'officine pour la plupart des produits de santé ou se rendre chez d'autres professionnels de santé pour bénéficier des actes prescrits, en dehors de soins réalisés à domicile (infirmier ou de masseur kinésithérapeute). Certains médicaments et dispositifs médicaux peuvent lui être livrés à domicile (par exemple : oxygène, matériel de surveillance glycémique pour un patient sous insuline…).

S'agissant des produits de santé, la délivrance peut être faite en une seule fois pour un maximum de 30 jours (sauf conditionnement trimestriel). La délivrance peut également se faire en plusieurs fois (ex : tous les sept jours) dans le cadre des « délivrances fractionnées » obligatoires pour des médicaments à risque d'abus et de dépendance en particulier.

La délivrance partielle de l'ordonnance sur choix du patient (refus ou report) est aussi une réalité mais non mesurable dans le SNDS.

Encadré 9 : L'enjeu des ordonnances non exécutées ou exécutées tardivement

Pour les produits de santé comme pour les actes, s'il n'est pas possible de mesurer le volume de prescriptions qui ne seraient pas exécutées, un comportement de « consommation » du produit ou acte prescrit peut être approché en recherchant la durée écoulée entre date de prescription et exécution de la prescription, Cela implique actuellement un processus très complexe mais avec le déploiement de l'ordonnance numérique, il sera possible d'analyser l'exécution des ordonnances.

Source : Mission.

Par ailleurs, le patient qui s'est vu délivrer les médicaments prescrits, ne consommera pas nécessairement la quantité prescrite et délivrée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer la non-consommation : l'inobservance par le patient, l'existence préalable des mêmes médicaments dans « son armoire à pharmacie »[94], l'inadaptation du conditionnement à la durée de traitement pour une indication donnée (qui se réduit comme les changements de conditionnement des antibiotiques) ou la décompensation du patient qui amène à la nécessité d'une nouvelle prescription ou une hospitalisation.

En 2023, 8 503 tonnes de médicaments ont ainsi été rapportées par les patients en officine pour destruction par Cyclamed®[95] (ce chiffre est donc un minorant du volume de médicaments non consommés puisque certains sont jetés dans les ordures ménagères). Il n'existe pas à ce jour d'analyse des catégories de médicaments rendus pour destruction mais un travail a été initié entre l'ANSM, l'Assurance maladie et Cyclamed afin d'initier des travaux d'analyse de ce type. Les premiers résultats de cette étude sont attendus pour la fin d'année 2025.

[94] Le cas du paracétamol est souvent cité notamment dans le cas des personnes âgées

[95] Arrêté du 22 décembre 2021 portant agrément d'un éco-organisme de la filière à responsabilité élargie des producteurs de médicaments : Cyclamed® est en effet considéré comme un éco-organisme en ce qu'il a pour mission de prendre en charge la fin de vie des équipements et objets qui rentrent dans le périmètre d'action d'une filière à Responsabilité Élargie du Producteur (REP), en l'occurrence celle des médicaments.

5. Les études sur les déterminants de la prescription se concentrent majoritairement sur la prescription de médicaments et sur les déterminants de la prescription médicale

Le recensement de sources scientifiques proposé ci-après ne constitue pas une revue de littérature. Les sources utilisées sont diverses : *Cochrane*, *Cairn*, *Pubmed* et divers articles complémentaires transmis à la mission à l'occasion des auditions qu'elle a réalisées.

5.1. Les déterminants de la prescription médicamenteuses sont multiples, imposant une approche globale pour agir sur la pertinence

5.1.1. La France est marquée par une culture de la réponse médicamenteuse

Une étude ancienne mais qui ne semble pas avoir perdu en pertinence pour analyser la situation actuelle en France, nous renseigne sur des distinctions de logique de prescriptions et sur la place dominante en France de la prescription médicamenteuse comme « réparation » de la maladie. Cette étude[96] sociologique a été conduite entre 2003 et 2005 par le centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Société pour l'assurance maladie afin d'analyser, par le biais d'une enquête qualitative et quantitative et sur la base de la comparaison entre France et Pays Bas, les facteurs explicatifs de l'acte de prescrire, la signification que les médecins donnent à cet acte, et sa place dans le déroulement de la consultation.

Le volet qualitatif a été conduit par le biais d'entretiens semi directifs approfondis et d'observations de consultations. L'observation directe des consultations permet de capturer tous les éléments relatifs au patient, au médecin, au contexte de la consultation et à la spécificité de la relation qui se noue dans le cadre de l'interaction médecin-patient.

La durée moyenne des consultations aux Pays-Bas était de 11 minutes allant de 3 minutes pour la plus courte à 25 minutes pour la plus longue. Au total, 10/60 consultations ont donné lieu à une prescription (17 %). En France, la durée moyenne des consultations s'élevait à environ 17 minutes, allant de 5 minutes pour la plus courte à 32 minutes pour la plus longue. Au total, 65/90 consultations ont donné lieu à la prescription d'une ordonnance (72 %). À noter cependant que le renouvellement d'ordonnance, qui donne couramment lieu à une consultation en France, se fait par téléphone auprès de l'assistante médicale ou par le biais d'un répondeur aux Pays-Bas.

[96] Rosman, S. (2010). Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, *in* G. Bloy et F. Schweyer, *Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale* (p. 117-132). Presses de l'EHESP. https://doi.org/10.3917/ehesp.bloy.2010.01.0117 .

Tableau 3 : Quelques éléments de comparaison entre les systèmes de santé en France et aux Pays-Bas

France (à date de l'enquête)	Pays-Bas (à date de l'enquête)
Paiement à l'acte et transaction financière directe entre le patient et le médecin	Rémunération mixte (au moment de l'enquête): à l'acte et au forfait et pas de transaction financière directe entre le médecin et le patient
Seuil de consultation bas : accès direct au médecin[97] et patients consultent pour des symptômes sans gravité.	Seuil de consultation élevé car avant l'accès au médecin il y a un « tri » fait par l'assistante qui empêche les patients de consulter pour des symptômes sans gravité.
Pas de délégation des tâches de soins et de consultations.	Délégation des tâches de soins et de prescriptions aux assistantes médicales, infirmières et *nurse partitionner* (suivi des malades chroniques, consultations pour affections courantes)
Séparation claire des missions de médecin et de pharmacien (sauf très rares exceptions)	Médecins peuvent gérer, au sein du cabinet, leur propre pharmacie

Source : Mission, d'après Rosman, S. (2006 et 2010). Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, op. cité.

Les conclusions de l'étude distinguent par l'enquête qualitative deux logiques dominantes différentes :

- la logique de « la restriction » ;
- la logique de « la réparation par le biais du médicament ».

La logique de la restriction est basée sur un comportement du médecin où la prescription est relativement peu courante. Les arguments mis en avant pour justifier cette logique sont :

- l'argument financier-civique (participer à la maitrise des dépenses de santé) ;
- l'argument médico-professionnel (respecter les recommandations dans une logique de réassurance et d'éviter le jugement négatif des pairs) ;
- l'argument médico-thérapeutique (réduire le risque des effets secondaires pour le malade). Dans la logique de restriction, la réponse thérapeutique s'appuie d'abord sur les conseils d'hygiène de vie et la responsabilisation du patient lui-même.

La logique de réparation est basée quant à elle sur un comportement de médecin où la prescription est fréquente voire (quasi) automatique. Dans cette logique, le médicament apparaît au centre de la réponse thérapeutique. La réponse à la plainte doit venir du médecin sous forme d'ordonnance. L'enquête met en évidence plusieurs fonctions de la prescription médicamenteuse :

- elle permet de valider sa légitimité professionnelle (sachant/profane mais également à l'égard des spécialistes) ;
- elle fidélise la clientèle (ne pas prescrire serait envoyer un signal au patient que le médecin n'a pas compris la plainte, ou l'a sous-estimée). Si au moment de son installation, la prescription permet en effet d'établir un lien avec les patients et de les fidéliser, cela induit une patientèle « demandeuse » de médicaments et si, plus tard, le médecin souhaite diminuer ses prescriptions , il est difficile pour lui de modifier sa pratique au risque de perdre ses patients. Selon cette étude, cette fonction se retrouve essentiellement chez les professionnels français ;
- elle est liée au déroulement de la consultation. Dans de nombreux cas, l'ordonnance permet de mettre un terme à la conversation avec le patient notamment dans des situations de fatigue ponctuelle ou d'épuisement professionnel en fin de carrière. Selon l'étude, cette fonction se retrouve en France et aux Pays-Bas.

[97] A la date de l'enquête, il n'y avait pas encore de « médecin traitant », réforme intervenue en janvier 2005.

La logique de la « restriction » apparaît plus fréquente aux Pays-Bas qu'en France, mais dans certains contextes d'exercice, comme dans les quartiers habités par les populations immigrées, et dans les quartiers résidentiels habités par des diplomates étrangers, les médecins exercent dans une double logique : « restriction » et « réparation ».

En France, même si a été observé dans l'échantillon quelques médecins qui se rapprochent de la logique de « restriction », la majorité des participants exercent dans une logique de « réparation par le biais du médicament ».

Cependant, l'étude soulève que, dans les deux pays, des médecins peuvent s'écarter de leur logique dominante, sous l'influence de différents facteurs : charge de travail, déroulement de la consultation, 'interaction avec le patient, type de patient et jugement de sa plainte.

Encadré 10 : Fatigue et/ou épuisement professionnel

Dans l'étude, des médecins ont indiqué qu'une charge de travail élevée conduit à faire plus de prescriptions. « *L'analyse des entretiens a montré les médecins qui voient 50-60 voire 70 patients par jour estiment leur taux de prescription à plus de 95 %. Ils argumentent ce taux par le fait que, étant donné leur charge de travail, ils ne peuvent faire revenir le patient 24-48 heures plus tard, que leurs consultations sont moins longues et qu'il n'y a pas de temps « perdu » à négocier une (non) prescription. En Hollande aussi, les médecins reconnaissent que les journées où la charge de travail est plus lourde, où ils sont plus fatigués, ils n'ont pas envie de négocier et passent donc outre les recommandations officielles* ».

Source : Mission, d'après Rosman, S. (2006 et 2010). Les pratiques de prescription des médecins généralistes. Une étude sociologique comparative entre la France et les Pays-Bas, op. cité.

5.1.2. La prescription médicamenteuse est multifactorielle

La dernière enquête de la DREES sur les déterminants de la pratique médicale des médecins généralistes libéraux date de 2005, à partir de données de 2002 (cf. encadré 11). L'étude menée analysait les décisions médicales prises par les généralistes au cours ou à l'issue de leurs consultations, et plus particulièrement, les prescriptions de médicaments avec l'enjeu d'analyser l'influence des interactions entre les médecins et leurs patients sur ces décisions.

Encadré 11 : Résultats relatifs aux objets de prescription issus de l'enquête DREES de 2005 portant sur les déterminants de la pratique médicale des médecins généralistes libéraux

78 % des consultations sont assorties d'une prescription de médicaments. Cette décision intervient seule lors de 61 % des consultations et s'accompagne d'une autre prescription et/ou d'une réalisation d'actes à l'occasion de 17 % d'entre elles.

À l'occasion de 5,2 % des consultations, le médecin prescrit uniquement des soins complémentaires (kinésithérapie, soins infirmiers…) ou réoriente le patient au sein du système de soins

Source : DREES.

La variabilité entre les médecins du nombre de médicaments prescrits au cours d'une consultation (coefficient de variation : 48 %) ne reflétait pas selon la DREES une forte hétérogénéité des pratiques, la pratique individuelle de chaque généraliste ne semblant pas s'éloigner sensiblement de la pratique moyenne de l'ensemble de la profession.

En revanche, la variabilité entre les patients du nombre de médicaments prescrits au cours d'une consultation (95 %) montre que les prescriptions d'un même médecin sont très variables d'un patient à l'autre. La DREES relevait « *les décisions prises par le médecin lors de la consultation en matière de prescription médicamenteuse dépendent donc à la fois de ses caractéristiques propres, de celles du patient qu'il reçoit (âge, sexe, ALD…), et de la nature de la séance (diagnostics, nature du recours). ».*

Cette étude souligne que :

- la nature des pathologies et le degré de certitude du diagnostic jouent un rôle majeur sur le volume des prescriptions ;
- les médecins généralistes prescrivent davantage de médicaments à leurs patients réguliers et à ceux qu'ils reçoivent plus longuement[98] ;
- la densité médicale de la zone d'emploi dans laquelle exerce le médecin ne semble pas influencer ses prescriptions ;
- le nombre de médicaments prescrits aux hommes, aux jeunes, mais aussi aux professions intermédiaires et aux cadres est moins élevé ;
- les médecins en secteur 2 prescrivent moins fréquemment et en moins grande quantité que leurs confrères en secteur 1 ;

Par ailleurs, **en 2015, une étude transversale nationale multicentrique réalisée en médecine générale de décembre 2011 à avril 2012**[99], est venue confirmer que les caractéristiques des patients influençaient les prescripteurs. La question de l'influence pharmaceutique a également été étudiée et considérée comme facteur influençant la prescription. En revanche, la visite des délégués de l'assurance maladie (DAM) et les dispositifs d'incitation (contrat d'amélioration des pratiques individuelles -CAPI – ex ROSP) n'étaient pas considérés par les médecins comme influençant leur prescription.

D'autres études qualitatives se sont attachées à comprendre les déterminants de prescription, objectivant d'autres logiques que la connaissance médicale à l'œuvre dans la rédaction d'une ordonnance : représentations propres au médecin, gestion du temps de consultation, perception des attentes du patient et relation avec celui-ci.

Celle de l'Université de Saint-Etienne, publiée en 2014[100] a identifié différentes stratégies en vue de limiter la prescription : « *l'attitude du praticien (écoute et valorisation des symptômes, identification précoce de la demande du patient, appui de l'examen clinique), l'emploi de ressources pertinentes (outils et référentiels, actualités [comme campagne d'information grand public]) ; l'importance de la clôture de la consultation (conseils écrits ou compte-rendu de consultation, relecture et réévaluation de l'ordonnance précédente) et de l'explication (informer des motivations de la limitation, rassurer, argumenter, proposer une consultation contrôle). Enfin, la limitation de prescription s'appuie sur des facteurs propres au praticien (formation initiale et continue, motivation et objectifs personnels, appartenance à un groupe de pairs) mais également sur le réseau de soins (apports de l'institution, du spécialiste).* ». Ces stratégies ont en commun de mobiliser du temps.

Ces études sont anciennes, mais au regard des entretiens menés par la mission, les tendances semblent être toujours les mêmes.

---

[98] Cette donnée peut paraitre contradictoire avec le fait que le manque de temps est également analysé comme un facteur de plus grande prescription mais dépend possiblement de la notion de ressenti de manque de temps.

[99] Darmon, D., Belhassen, M., Quien, S., Langlois, C., Staccini, P. et Letrilliart, L. (2015). Facteurs associés à la prescription médicamenteuse en médecine générale : une étude transversale multicentrique, in *Santé Publique*, 27(3), 353-362. doi.org/10.3917/spub.153.0353.

[100] Comment les médecins généralistes limitent-ils leurs prescriptions ? étude qualitative par entretiens collectifs / How do general practitioners limit their prescriptions? A qualitative study based on a focus group, Sylvain Duffaud et Sandra Liébart, Département de Médecine Générale de l'Université de Saint-Étienne.

5.1.3. L'analyse des données de prescriptions des médecins généralistes souligne que l'âge du prescripteur joue un rôle sur la prescription de médicaments

La mission a conduit une étude sur les comportements de prescriptions des médecins généralistes en ville exerçant sur la période 2021-2024 (cf. encadré 12).

Encadré 12 : Méthodologie de l'étude conduite sur les comportements de prescription des médecins généralistes en fonction de leur âge

Les médecins retenus dans la présente analyse sont les médecins généralistes remplissant les conditions suivantes dans le Système National des Données de Santé (SNDS) :

- identifiés comme médecins généralistes dans le SNDS ;
- exerçant en libéral ;
- ayant une année de naissance comprise entre 1951 et 1994 ;
- ayant une activité non nulle au sens de la DREES.

En moyenne 57 000 médecins remplissent chaque année ces conditions sur la période 2021-2024, ce volume de données permet de mener des analyses économétriques robustes. L'année 2020, bien que disponible dans le SNDS, est exclue de l'analyse afin d'éviter tout impact lié au Covid-19.

Les variables d'intérêt sont issues des tables « Prestations » et « Prestations Affinées Pharmacie » du SNDS :

- la quantité de boites de médicaments retirées suite à une prescription, pour chaque médecin généraliste. Le nombre de boîtes est obtenu à partir des quantités affinées du SNDS ;
- l'année de naissance du prescripteur ;
- l'année de naissance des bénéficiaires des prestations ;
- l'activité du praticien au sens de la DREES ;
- la part de l'activité liée aux consultations de patients en ALD. Compte tenu des délais de la mission cette part de patients en ALD est approchée en suivant les recommandations DREES-ARS ;
- la part de l'activité ventilée selon l'âge des patients.

Le nombre de boites retirées en pharmacie est ensuite rapporté à l'activité afin d'obtenir un volume de retraits normalisé par l'activité du praticien.

Afin de ne pas tenir compte des praticiens ayant un volume d'activité atypique le modèle est estimé en excluant les 10 % de médecins présentant le plus et le moins. Sont ainsi exclus de l'analyse les médecins pour lesquels le nombre de consultations est inférieur à 550 ou supérieur à 7 400.

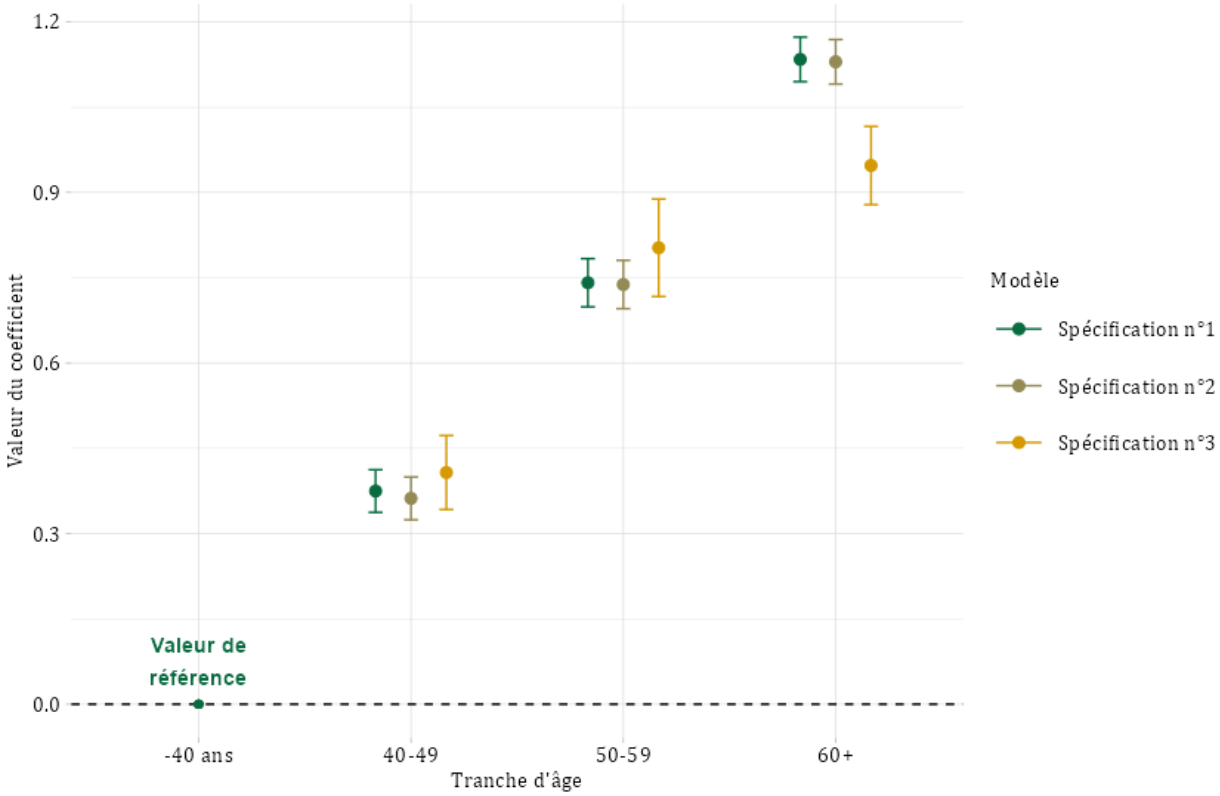
L'analyse est conduite en comparant les comportements de prescriptions par classe d'âge à une valeur de référence, celle des médecins généralistes de moins de 40 ans. Afin de tester la robustesse de l'analyse deux spécifications alternatives ont été testées :

- spécification 2 : dans le but de tenir compte d'une éventuelle corrélation entre volume d'activité et sévérité des pathologies de la patientèle une spécification alternative incluant une interaction entre volume d'activité et part de patients en ALD est estimée ;
- spécification 3 : un modèle similaire au modèle de base est estimé en pondérant les observations par le montant des remboursements associé à chaque médecin.

Source : Mission.

Les résultats des estimations (cf. graphique 5) indiquent que l'âge des médecins généralistes a, au-dessus de 50 ans, un impact statistiquement significatif sur le nombre d'actes délivrés en pharmacie. Les médecins de plus de 50 ans prescrivant, toutes choses égales par ailleurs, plus que les médecins les plus jeunes. Ce constat est également valable pour les médecins situés dans la tranche 40-49 ans, bien que l'effet estimé soit sensiblement plus faible que celui estimé pour les généralistes de plus de 50 ans.

Graphique 5 : Résultats du modèle d'évaluation de l'impact de l'âge du prescripteur sur le nombre de boîtes prescrites par patient



Source : SNDS, Calculs pôle sciences des données de l'IGF. Lecture : Toutes choses égales par ailleurs, dans le cadre de la première spécification, les prescriptions des médecins généralistes de 50 à 59 ans contiennent 0,74 boites de plus que celles des médecins de moins de 40 ans (valeur de référence).

5.1.4. La relation au patient apparait pour les médecins comme un déterminant important de la prescription

Au-delà de l'exécution de la prescription par le patient, lorsqu'il s'agit de travailler à la réduction des sur-prescriptions, le facteur de la demande du patient (demande de médicament ou d'analyses biologiques par exemple) revient souvent dans le débat.

Si les recherches se sont intéressées aux déterminants de la prescription médicamenteuse et ont confirmé qu'un même praticien ne prescrit pas de la même manière au sein de sa patientèle, confirmant un « facteur patient », peu d'études ont analysé le rôle du patient pendant la consultation auprès des patients eux-mêmes.

Les aspirations de patients vis-à-vis de leur médecin ont fait l'objet d'enquêtes principalement déclaratives (dont enquête IPSOS ancienne).

Une enquête d'opinion (non représentative) menée dans le cadre d'une thèse soumise en 2018[101] a porté sur les attentes de patients vis-à-vis de leur médecin dans quatre situations bénignes, ne nécessitant pas de médicaments au regard des recommandations de la HAS (rhinopharyngite, bronchite, stress/fatigue et gastro-entérite). 28 % des répondants sont en attente de soins dans chacun des quatre cas (consultation et/ou automédication). Concernant les trois premières situations, 70 % attendent des médicaments dans au moins un cas, 33 % en attendent en cas de rhinopharyngite et bronchite, et 15 % dans chacun des trois cas. 73 % des répondants sont demandeurs d'autre chose que de simples conseils quelle que soit la situation. Cette étude a confirmé que les patients attendent en majorité des médicaments lorsqu'ils consultent leur médecin traitant pour des pathologies bénignes : croyance en un pouvoir de guérison de ces traitements, confirmation de leur statut de malade, besoin de soulager des symptômes gênants et pour certains le droit à obtenir une ordonnance en contrepartie de la rémunération de la consultation. L'étude précise cependant qu'une partie de la population ne serait pas opposée à l'utilisation de thérapeutiques non médicamenteuses si elles étaient « prescrites » par leur médecin.

Une étude publiée en janvier 2022[102] indiquait d'ailleurs, que si la quasi-totalité des médecins estimaient avoir un rôle à jouer contre la résistance aux antibiotiques, huit sur dix indiquaient être en difficulté pour refuser un antibiotique aux patients qui leur en demandaient. La quasi-totalité des médecins étaient confrontés à des patients leur réclamant un traitement antibiotique lors d'une infection virale.

Dans l'étude comparative France/Pays Bas de 2006 susmentionnée (cf. 5.1.1), le rapport au patient a également été analysé.

« *Le médecin néerlandais, à la différence de son confrère français, met le patient en face de sa responsabilité. En Hollande, les consultations observées commençaient généralement par la question « pourquoi vous êtes venu me voir et qu'attendez-vous de moi ? » ce qui mettait le patient dans une position de justification de sa venue. Si le motif de la consultation correspondait à une affection jugée bénigne par le médecin (rhume, toux, mal de gorge, etc.), et si l'examen clinique ne démontrait pas de complications, le médecin demandait les actions que le patient avait lui-même entreprises pour aller mieux*. (…)

« Les consultations observées en France se déroulaient de manière bien différente. À aucun moment le patient était mis dans une situation où il devait justifier sa venue. Les médecins ouvraient le plus souvent le dialogue par la question « dites-moi, qu'est-ce qui ne va pas ? » justifiant d'emblée la présence du patient dans son cabinet. Lorsque le patient avait déjà tenté par lui-même de se soigner, il était difficile pour le médecin de ne pas faire de prescription ».

L'étude montre, sans en donner les causes précises, que le rapport au produit « médicament » est différent au Pays-Bas.

L'auto-guérison (évolution naturelle de l'organisme humain) et la réticence aux produits chimiques est plus marquée aux Pays-Bas. Par ailleurs, en cas de non-prescription médicamenteuse, les médecins néerlandais utilisent des lettres aux patients éditées par le collège de médecins générale. Si l'accent reste mis sur la relation verbale plus que sur l'écrit, les explications sont appuyées par une trace écrite que les patients amènent à leur domicile.

---

[101] Céline Flouret-Guyot. Prescription médicamenteuse en médecine générale : les attentes des Français - échantillon n=926 non représentatif de la population française comparativement aux données de l'INSEE en cas de pathologies bénignes. Enquête d'opinion évaluant la demande de traitement médicamenteux des Français. Enquête qualitative évaluant les facteurs associés à l'attente de médicaments. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. ffhal-01733976.

[102] Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, DREES, ORS, URPS médecins libéraux, janvier 2022.

Pour les médecins exerçant dans les régions fréquentées par des touristes, même s'ils exercent dans une logique dominante de « restriction », ils peuvent céder à la pression du touriste qui tombe malade pendant ses vacances et veut un traitement symptomatique ou des antibiotiques, montrant ainsi que le comportement de prescription n'est pas linéaire et est aussi dépendant du patient.

Pour les médecins français, les entretiens menés ont montré qu'ils sont nombreux à estimer qu'il leur arrive de prescrire au-delà du nécessaire. Ceux qui prescrivent quasi automatiquement ont parfois le sentiment d'être dans une situation dominée par les malades qui attendent la guérison par le médicament. Les professionnels font part de la difficulté pour certains patients selon les contextes et situations à entendre des explications et de la nécessité de repousser parfois à un moment plus opportun une discussion ou une déprescription.

Une revue des études quantitatives et qualitatives analysant l'impact des demandes (verbalisation, pression implicite) des patients sur la décision de prescription des médecins a été menée et publiée en 2025[103], pour différents types de soins, différents pays, et plusieurs classes de médicaments[104].

L'objectif était d'analyser la relation entre la demande explicite des patients et le comportement des médecins prescripteurs, pour comprendre si ces demandes influençaient la sur-prescription.

Les résultats de cette étude peuvent être ainsi résumés :

- les demandes explicites de patients sont significativement associées à une augmentation des prescriptions, même si la situation clinique ne le justifie pas ;
- ce phénomène est amplifié chez les praticiens en première ligne, avec moins de temps de consultation, ou sous pression organisationnelle ;
- l'influence des demandes des patients existe quel que soit le niveau de difficulté clinique ; les demandes peuvent masquer l'anxiété ou le besoin de rassurance ;
- les stratégies efficaces pour limiter ce biais incluent la structuration de la consultation, l'écoute active, et la création d'outils pédagogiques (infographies, brochures).

Les entretiens individuels sur les comportements de prescription conduits par la mission (cf. annexe VIII) ont aussi mis en avant le rôle du patient dans la prescription, qu'il s'agisse de produits de santé, d'actes ou prestations. Les médecins de ville en particulier ressentent une pression du patient pour certaines prescriptions (dans l'ordre de fréquence : antibiotiques, arrêts de travail, benzodiazépine) et évoquent la nécessité de compromis pour préserver l'alliance thérapeutique. Les médecins généralistes soulignent davantage la nécessaire négociation thérapeutique que leurs confrères spécialistes, en particulier hospitaliers.

5.1.5. L'industrie pharmaceutique a encore une influence sur les prescriptions

Les liens entre professionnels de santé et industrie pharmaceutiques sont encadrés par des textes nationaux et européens. La directive européenne sur le médicament encadre la publicité des médicaments, y compris auprès des professionnels de santé. En France, s'ajoutent le dispositif anti-cadeaux issue de la loi de 1993 et le dispositif de transparence créé en 2012 à la suite de l'« affaire Mediator® ».

[103] Rinaldi, 2025. "Patients' requests and physicians' prescribing behavior. A systematic review"

[104] En Europe, Afrique, Amérique et Asie

Encadré 13 : Rappel du cadre normatif relatif à l'encadrement des liens Industrie et professionnels de santé en matière de produits de santé

1-La publicité pour un médicament auprès des professionnels de santé et la remise d'échantillons gratuits sont réglementées par le code de la santé publique. La publicité pour un médicament remboursable auprès du grand public est interdite (sauf quelques exceptions en matière de prévention) et la publicité auprès des professionnels de santé habilités est soumise à une autorisation préalable de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dénommée "visa de publicité". La remise d'échantillons gratuits de médicaments est interdite dans le cadre de la visite médicale et possible sous conditions strictes dans les deux ans qui suivent la commercialisation ou la modification des conditions de prescription de l'AMM.

2- Pour les dispositifs médicaux remboursables, la publicité auprès du grand public est possible uniquement s'il s'agit de DM de classes I et Iia, avec un contrôle a posteriori. La publicité auprès des professionnels de santé pour les DM remboursables (et non remboursables) est soumise à un contrôle a priori pour ceux inscrits sur une liste de DM présentant un risque important pour la santé. Les publicités auprès des professionnels de santé pour les autres DM feront l'objet d'un contrôle a posteriori et ne nécessitent pas de dépôt à l'ANSM.

3- Les avantages consentis par l'industrie des produits de santé sont interdits, sauf exceptions énumérées (avantages de valeur négligeable et avantages donnant lieu à convention avec une obligation de déclaration ou d'autorisation préalable (Loi dite « anti-cadeaux » de 1993 modifiée en 2017).

4- Les liens d'intérêts (convention avec rémunération et avantages autorisés) entre l'industrie des produits de santé et les professionnels de santé sont déclarés sur le site Transparence santé (Dispositif dit « Sunshine Act à la française »).

5- Une charte des pratiques de promotion par démarchage, assortie d'une certification obligatoire, pour les entreprises du médicament d'une part (charte de la visite médicale en 2004, Charte de l'information par démarchage ou prospection visant à la promotion des médicaments en 2014) et les autres produits de santé d'autre part. La mission de la Haute Autorité de santé (HAS) en la matière est d'établir la procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion en faveur des produits de santé et prestations éventuellement associées.

Source : Mission.

La Haute Autorité de santé (HAS) a procédé à une revue systématique de la littérature biomédicale relative au démarchage des produits de santé et aux "visites médicales" auprès des professionnels de santé, publiée entre le 01 janvier 2004 et le 31 décembre 2018. Au total, 214 publications (sur les 2 380 identifiées) ont été retenues pour l'analyse (plus de 30 pays couverts). Son rapport publié le 6 février 2023, dresse un état des connaissances sur l'impact des pratiques de promotion par démarchage sur les prescriptions médicales et en dégage des pistes de réflexion pour la France.

Même si les stratégies de communication des industriels ont considérablement évolué depuis l'affaire « Mediator® », le démarchage est encore aujourd'hui l'un des outils de promotion privilégiés par les industriels (entretiens individuels, rencontres collectives, conférences, contacts lors de congrès). Parmi les professionnels de santé ciblés par les industriels un rapport montre un net recul du ciblage des professionnels de ville au profit des professionnels de santé exerçant à l'hôpital.

Plusieurs études mettent en évidence un lien statistique entre ces actions promotionnelles et les comportements de prescriptions : augmentation des volumes, orientation vers les nouveautés et les produits les plus coûteux. S'il s'agit de corrélation et non de démonstration de causalité, les 125 études analysées, et les 9 revues et méta-analyses disponibles fournissent des preuves que la HAS considère convaincantes sur l'impact de la promotion par démarchage sur les choix thérapeutiques. La HAS note que « *La dissonance cognitive observée chez les professionnels, qui consiste à croire que l'on est soi-même immunisé contre les effets de la promotion, tout en étant convaincu que nos pairs sont influencés, est retrouvée partout dans le monde, chez tous les professionnels de santé, et cette perception se consolide au cours de leur formation*. »

Tableau 4 : Effets observés de la promotion par démarchage sur la prescription

	Contacts avec les représentants de l'industrie, symposiums, conférences parrainées	Avantages, cadeaux, repas	Échantillons
Effets sur la quantité	Plus de prescriptions, plus de prescriptions des produits promus ou sous nom de marque, augmentation du montant total de prescription, intentions de prescrire le produit promu	Pas d'effet démontré	Plus d'initiations de traitement avec le produit promu, plus de recommandations de traitement au patient avec le produit promu, plus de prescriptions
Effets sur la qualité	Moindre conformité aux indications validées, à des objectifs quantifiés par catégories de produits, orientation des prescriptions vers les produits nouveaux et sous nom de marque	Attitude implicite des prescripteurs en faveur du produit promu, orientation des prescriptions vers les produits nouveaux et sous nom de marque	Orientation des prescriptions vers les médicaments sous nom de marque

Source : HAS, 2023, Rapport cité.

La HAS a également étudié les interventions contre les effets non souhaités de la promotion et leur efficacité. Au total, 109 études et 6 revues de la littérature ont été retenues pour l'analyse.

La revue de littérature montre qu'aucune intervention n'apparaît comme efficace sur l'ensemble des critères d'intérêt et qu'il faut probablement rechercher la complémentarité des interventions mises en œuvre en fonction des effets recherchés. Elle souligne que les politiques hospitalières et universitaires sont d'autant plus efficaces qu'elles sont exigeantes, complètes, largement diffusées, et assorties d'un suivi et de sanctions et enfin que les règles définies par les pouvoirs publics sont souvent mal connues des professionnels.

Enfin, la comparaison des résultats observés en France à ceux observés au niveau international ne permet pas de mettre en évidence de différence notable sur les interactions des professionnels de santé et des étudiants avec les représentants de l'industrie, sur la perception par les professionnels de leur (non-) influence, ni sur leur impact sur les comportements de prescription et les attitudes vis-à-vis de l'industrie. La HAS conclut que « *la régulation mise en place dans notre pays ne semble donc pas avoir eu les effets attendus au regard des efforts du législateur* ».

Encadré 14 : Synthèse des travaux de la HAS sur le démarchage des professionnels de santé

L'exposition des professionnels de santé à la promotion par démarchage (information sur les produits par des représentants de l'industrie ou lors de conférences parrainées, assortie de divers avantages offerts) est une problématique internationale à laquelle la France n'échappe pas.

L'influence de cette forme de publicité sur les attitudes et les comportements des professionnels et des étudiants n'est plus à démontrer.

Pourtant cette influence est sous-estimée depuis plus de vingt ans par les professionnels et les étudiants, alors même qu'ils la reconnaissent chez leurs pairs.

Les actions les plus efficaces pour lutter contre les effets négatifs de la promotion sont les lois de restrictions des avantages et les politiques hospitalières et universitaires de gestion des relations avec l'industrie (organisation des contacts, limitation des avantages, …), à la condition qu'elles soient exigeantes, complètes et assorties d'un suivi et de sanctions.

Les formations sur cette thématique, même courtes, ont une efficacité sur les attitudes des étudiants, leur esprit critique vis-à-vis de la promotion et la conscience de son influence.

Le système de régulation français n'apparaît pas plus efficace que les systèmes étrangers.

Source : HAS, 2023.

Des publications ultérieures à la période examinée par la HAS confirment et précisent le lien entre les avantages accordés par les laboratoires et les pratiques de prescription.

À titre d'exemple, dans le contexte des Etats-Unis, un croisement réalisé en 2018 entre les données de paiements des laboratoires aux médecins, les données de prescriptions d'opioïdes et les données de mortalité liée aux opioïdes ont montré une association entre dépenses des laboratoires auprès des médecins, prescription d'opioïdes et décès liés aux opioïdes[105].

Dans le contexte français, une étude publiée en 2019[106], à partir d'un appariement entre les données de Transparence santé et les données de prescriptions de 2016 issues du SNDS, a mis en évidence un lien entre les montants perçus par les médecins généralistes et le coût et l'efficience de leurs prescriptions médicamenteuses, tels qu'appréhendés à travers 11 indicateurs d'efficience/pertinence[107] et le montant de médicaments remboursés par consultation, soit 12 indicateurs au total. Les médecins généralistes sont répartis en six groupes :

- absence de cadeau[108] reçu de 2013 à 2016 ;
- cadeau reçu seulement avant 2016 ;
- cadeaux reçus en 2016 pour un total compris entre 10 et 69 € ;
- cadeaux reçus en 2016 pour un total compris entre 70 et 239 € ;

[105] Hadland SE, Rivera-Aguirre A, Marshall BDL, Cerdá M. « Association of Pharmaceutical Industry Marketing of Opioid Products With Mortality From Opioid-Related Overdoses », *Journal of the American Medical Associatio Network Open.* 2019.

[106] Goupil, B., Balusson, F., Naudet, F., Esvan, M., Bastian, B., Chapron, A. et Frouard, P., « Association between gifts from pharmaceutical companies to French general practitioners and their drug prescribing patterns in 2016 : retrospective study using the French Transparency in Healthcare and National Health Data System databases ». *British Medical Journal*, 2019.

[107] Nombre de prescriptions d'antibiotiques par patient de 16 à 65 ans ; prescriptions de benzodiazépines au-delà de 12 semaines ; prescriptions de benzodiazépines à des plus de 65 ans ; vasodilatateurs pour les 65 ans et plus ; prescription d'inhibiteurs d'ACE sur les prescriptions de sartans + inhibiteurs d'ACE ; prescription d'aspirine à faible dose sur la prescription d'antiplatelets ; prescription de générique au sein des antibiotiques, des antidépresseurs, des anti-hypertenseurs, des IPP, des statines.

[108] Dans cette étude, le terme cadeaux concerne les avantages de plus de 1à euros : ils recouvrent tout ce qui est alloué ou versé, avec ou sans contrepartie par une entreprise à un professionnel de santé, en nature et en espèce, directs ou indirects (don de matériel, repas, transport, hébergement, etc.) - cela n'inclue pas les rémunérations en contrepartie de la réalisation d'un travail ou d'une prestation.

- cadeaux reçus en 2016 pour un total compris entre 240 et 999 € ;
- cadeaux reçus en 2016 pour un total d'au moins 1 000 €.

Les résultats montrent une corrélation entre les cadeaux reçus et neuf indicateurs sur douze. Le montant de médicaments remboursés par consultation est 16 % plus élevé dans le dernier groupe que dans le groupe sans cadeau, l'indicateur de prescription des antibiotiques pour les 16-65 ans y est supérieur de 15 %, le taux de prescription des génériques pour les statines y est inférieur de 12 points (65,3 % contre 77,6 %).

Une thèse de doctorat en économie soutenue en 2023[109] a approfondi ces sujets. À partir des données de Transparence Santé sur 2014-2018 et des données de l'assurance maladie sur les consommations de médicaments, en contrôlant les caractéristiques spécifiques aux laboratoires et les caractéristiques régionales en termes de consommation, elle confirme une corrélation entre les rémunérations versées par les laboratoires et la prescription de médicaments commercialisés par ces laboratoires : lorsqu'un laboratoire augmente de 1 % les rémunérations versées aux médecins d'une région, le montant des prescriptions de médicaments de ce même laboratoire, établies par les médecins, augmente, toutes choses restant égales par ailleurs, de 0,019 % à 0,033 %. Pour le laboratoire, investir 1 euro supplémentaire dans la promotion des ventes auprès de l'ensemble des médecins libéraux d'une région pourrait lui rapporter un peu plus de 5,15 euros de ventes supplémentaires. L'impact est proportionnellement identique sur les prescriptions, qu'on ait affaire ou non à des généralistes ou à d'autres spécialistes, ou à des libéraux ou à des salariés.

Cette recherche explore les interprétations possibles de cette corrélation :

- le surcroît de prescription par les médecins ciblés par les laboratoires traduit-il simplement le fait qu'ils ont eu ainsi un meilleur accès à l'information sur les molécules ? Dans cette hypothèse, la promotion par les laboratoires contribue alors à l'efficience du marché et aux bonnes pratiques de prescription ;
- ou traduit-il une influence orientant les prescriptions vers les molécules promues par les laboratoires sans que cela soit lié à leur utilité en termes de santé ?

Les deux interprétations ("*payement to deliver information*" ou "*payments-as-influence*") ne sont pas mutuellement exclusives. Toutefois, on constate que les laboratoires qui versent les paiements les plus élevés et qui ont des relations régulières avec les médecins, sont également ceux qui bénéficient des prescriptions les plus importantes par les praticiens : le « retour sur investissement » est d'autant plus important que la relation entre les laboratoires et les médecins est récurrente, ce qui ne correspond pas à un effet de diffusion d'une information sur la nouveauté médicamenteuse.

Les actions de promotion des laboratoires sont ciblées sur certains profils de médecins. Une analyse des données de Transparence Santé sur 2014-2019[110] a montré que 83 % des montants sont versés à des spécialistes. Le montant moyen reçu par un spécialiste est plus du double de celui d'un généraliste. La concentration est encore plus forte vers les médecins des CHU ; le montant moyen reçu par un médecin de CHU est 4,3 fois supérieur à celui d'un médecin de ville, le nombre de contacts supérieur de 46 %. Ce ciblage peut répondre à la fois au rôle des CHU dans la formation des internes, au rôle de leader d'opinion des médecins de CHU, ainsi qu'au rôle des CHU dans la prise en charge des pathologies coûteuses. Les montants et les contacts sont encore plus importants pour les professeurs, alors même qu'on constate toutefois un nombre de contacts encore plus élevé pour les praticiens de CLCC que pour les médecins de CHU. Cela confirme que les pratiques de promotion des laboratoires relèvent du *payment as influence* et non du *payment as information*.

---

[109] Hancito Garçon, *Essais sur les relations laboratoire-médecins et la concurrence entre princeps et génériques*, thèse de doctorat en économie, 2023.

[110] *Ibid*.

Les internes en formation semblent constituer une cible privilégiée : selon une enquête réalisée en 2011 auprès des internes de six facultés de médecine[111], un interne participe à une activité financée par un laboratoire ou reçoit un avantage financier d'un laboratoire toutes les deux semaines. L'attention des CHU et CLCC doit être appelée pour qu'ils puissent mettre en œuvre des mesures de prévention.

5.2. Les rares études qui s'intéressent à la prescription d'actes de masso-kinésithérapie font état de déterminants différents et plus ciblés

Dans le domaine de la prescription d'actes de soins, la mission a trouvé peu d'études, *a fortiori* récentes.

S'agissant de la prescription de masso-kinésithérapie, c'est à travers une thèse et des travaux de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) qu'il est proposé d'approcher ce qui détermine la prescription malgré leur ancienneté.

Les raisons de l'adressage vers les masseurs-kinésithérapeutes par les médecins généralistes avaient été développées dans une première **étude de l'ONDPS**[112], avec médecins généralistes et rhumatologues, analysant leur conception de la masso-kinésithérapie et leurs pratiques de prescription de masso-kinésithérapie.

Les travaux conduits ont mis en évidence que la masso-kinésithérapie est largement méconnue des médecins généralistes. Ces derniers se disent peu outillés et dotés de références de pratiques. Les médecins apprennent par le retour de leurs patients, mais sans connaître précisément le contenu des soins pratiqués.

Les entretiens sur les comportements de prescription menés par la mission confirment que les médecins n'apprennent pas à prescrire lors de leur formation initiale, qu'il s'agisse de kinésithérapie ou des autres prescriptions. Leur apprentissage se fait lors des stages et repose ainsi majoritairement sur le compagnonnage et la transmission des pratiques de leurs pairs.

Dans l'étude de l'ONDPS précitée, des entretiens semi-directifs avec les médecins généralistes interrogés sur leur prescriptions, il ressort d'une part que les médecins généralistes semblent continuer d'indiquer le nombre de séances prescrites alors que ce n'est plus obligatoire depuis 2000, par méconnaissance de la règle ou par choix . Lorsqu'ils font ce choix, ils le justifient par une prudence professionnelle (ne pas risquer un nombre de séances trop important qui ne serait pas justifié) ou par connaissance du besoin acquise par l'expérience. Quant à la dimension qualitative, les pratiques des médecins généralistes diffèrent, certains indiquant le diagnostic, voire le profil du patient et ses antécédents, d'autres considèrent que l'indication du diagnostic serait contraire à la préservation du secret médical.

S'agissant des prescriptions par les rhumatologues (qui partagent avec les kinésithérapeutes les connaissances ostéoarticulaires), elles semblent être plus directives et précises. Les rhumatologues continuent de détailler l'aspect qualitatif et quantitatif. Le maintien de la quantité de séances semble guidé par la nécessité de contrôler de façon rapprochée le contenu et les effets des soins. Le suivi de la thérapie est beaucoup plus systématique que chez les médecins généralistes ; il existe d'ailleurs des protocoles normés de suivi pour certaines pathologies.

---

[111] F. Montastruc, G. Moulis, A. Palmaro, V. Gardette, G. Durrieu, J-L. Montastruc, « Interactions between Medical Residents and Drug Companies: A National Survey after the Mediator® Affair », *PLOS One*, 2014.

[112] ONDPS, C. Bonnal, J. Matharan, J. Micheau, « La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes et rhumatologues libéraux » - Rapport d'étude, DREES – ONDPS, décembre 2009.

La fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR), premier syndicat de masseurs-kinésithérapeutes libéraux, a réalisé une enquête en ligne en septembre 2025 auprès de 1359 kinésithérapeutes qui confirme une prise ne compte inégale des règles en vigueur depuis 2000 dans les pratiques de prescription, avec un infléchissement de la prescription du nombre de séances, passant de 3,7 prescriptions sur 10 en 2021 à 2,8 prescriptions sur 10 en 2025 et une légère augmentation de 3,7 à 3,9 pour la prescription de la technique de rééducation à utiliser. Quant au diagnostic mentionné sur la prescription, seules 3,3 prescriptions sur 10 la comportaient en 2025, contre 3,1 en 2021 (0,2 prescription sur 10 étaient accompagnées d'un document précisant le diagnostic).

L'étude précitée de l'ONDPS apporte aussi un regard intéressant sur le fondement de la prescription : « *Si une grande part de la prescription de masso-kinésithérapie des généralistes et des rhumatologues est fondée sur une représentation assez précise d'enjeux de rééducation ou de remobilisation, il y a également une part de prescription qui correspond à des attentes plus floues : soit que la pathologie est insuffisamment identifiée chez les médecins généralistes, soit que la kinésithérapie est vue avant tout comme une forme de "médecine douce"* ». Certains médecins se tournent vers le kinésithérapeute pour apprendre les gestes de prévention (activité physique, mobilité, détente musculaire) pour aider des patients avec douleurs chroniques (douleurs ostéo articulaire, rachis…). L'étude relève que certains médecins indiquent qu'il est plus facile de prescrire de la kinésithérapie que de faire de l'éducation à la santé (besoin d'activité physique, bonnes postures…) et que le temps manque pour faire cela.

Enfin, une thèse de 2013 conduite auprès de médecins généralistes de la Réunion[113] sur les pratiques en matière de prescription de masso-kinésithérapie (reposant sur un mode déclaratif[114]) permet d'apprécier en chiffre les connaissances théoriques et la pratique des médecins généralistes concernant la prescription de masso-kinésithérapie.

97 % des médecins jugeaient leur connaissance insuffisante concernant les échelles d'évaluation, 66 % concernant les techniques de masso-kinésithérapie, et 75 % concernant les actes remboursés. 54 % des médecins estimaient leur connaissance suffisante en matière de règles de prescription et 66 % en indications de la masso-kinésithérapie.

La masso-kinésithérapie était régulièrement utilisée comme acte thérapeutique chez 90 % des médecins (22 % « toujours », et 68 % « souvent »). Son utilisation pour réduire la médication étaient régulière pour 57 % de médecins (52 % « souvent » et 5 % « toujours »), « de temps en temps » pour 34 % et « rarement » pour 9 %.

La masso-kinésithérapie était moins utilisée en cas d'impasse diagnostique : 44 % « de temps en temps », 32 % « rarement » et 14 % « jamais ».

Enfin, la masso-kinésithérapie était également utilisée comme thérapeutique douce qui pourrait améliorer une situation sans risque de l'aggraver (prescrire de la masso-kinésithérapie « au cas où cela pourrait aider le patient ») : 43 % répondent de temps en temps, 23 % rarement, 20 % jamais, et 13 % des médecins répondent souvent.

[113] Amandine Debarge. La prescription de masso-kinésithérapie par les médecins généralistes de l'île de la Réunion : enquête auprès de 79 médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2013. ffdumas-00955507f

[114] Sur les 182 médecins interrogés, 79 (43,4 %) ont répondu au questionnaire, l'échantillon reste donc assez faible.

5.3. Les entretiens individuels sur les comportements de prescription menés par la mission confirment les analyses antérieures.

Parmi les professionnels de santé rencontrés, 13 médecins, généralistes ou spécialistes, exerçant en ville ou à l'hôpital ont été auditionnés sur la base d'un questionnaire visant à comprendre ce qui influent sur les comportements de prescription (cf. annexe VIII)[115].

Au titre des « capacités/connaissances/parcours », l'appui sur les référentiels scientifiques et l'apprentissage par le compagnonnage sont les deux réponses qui reviennent les plus fréquemment, en particulier par le professionnels hospitaliers.

> « C'est de la reproduction de ce que font les ainés. Avec différents praticiens, ce qui permet de se faire son avis, mais à la fin cela reste de l'imitation. » ;« en fonction des habitudes de prescriptions et des croyances des prescripteurs seniors », ce sont surtout des habitudes individuelles. »

Alors que les professionnels hospitaliers évoquent fréquemment les recommandations et la collégialité, les médecins de ville insistent plus sur l'adaptation au patient et l'approche pragmatique face à une situation donnée. Les recommandations de la HAS sont souvent considérées comme intervenant trop tardivement ou trop complexes à appréhender au vu de leur nombre de pages.

> « A mesure, on s'éloigne un peu des recommandations qui impliquent d'être très prescriptifs et très prescripteurs »

Au titre de l'environnement et du contexte (organisation, charge, contraintes), la charge de travail influence la propension à prescrire davantage et plus vite à l'hôpital comme en ville et plusieurs médecins décrivent que le manque de temps conduit à prescrire « au cas où » par réassurance. Avoir plus de temps avec son patient est reconnu comme une facteur favorable à une moindre prescription afin de créer les conditions d'une décision partagée. Le poids administratif est aussi cité, pour les médecins de ville comme ceux exerçant à l'hôpital.

> « Je peux être moins pertinent dans mon explication ou à l'écoute des signaux faibles du patient. L'écoute est aussi thérapeutique que la prescription. »

Au titre des réflexes et motivations, la capacité à refuser (ou différer) une prescription attendue quand elle n'est pas indiquée reste élevée ; mais si l'acceptation d'une prescription que le médecin préférerait ne pas réaliser aux fins de maintenir une alliance thérapeutique est quasiment autant évoquée, davantage chez les médecins généraliste en ville.

> « Ces situations sont toujours des situations de demande du patient avec laquelle on n'est pas forcément d'accord, mais dans la relation médecin-malade, je considère que la prescription va permettre de garder un lien avec le patient » ; « les traitements qu'on laisse en place avec la conscience que cela n'aura pas un gros impact : on ne se sent pas très courageux »

Au titre de la relation avec leurs patients, les professionnels indiquent gérer les demandes des patients par des explications et un recadrage de la demande et de la relation, mais l'exercice hospitalier semble favoriser un refus grâce au statut et à la collégialité.

> « Quand la croyance par rapport à la prescription est très ancrée et que la peur est assez prégnante, l'individu est moins perméable aux arguments donnés »

[115] Le résumé qui suit des résultats de ces entretiens a été produit avec le soutien d'une intelligence artificielle supervisée et vérifié par la mission.

Lorsque les médecins sont interrogés sur leur besoin pour prescrire de manière plus ajustée, la première réponse est celle du temps médical (plus de temps médical : plus de personnel et moins de charge administratif) puis celles de recommandations plus à jour, plus pratiques et plus centrées sur le patient (ex : patient polypathologique). Les rôle des autres professionnels de santé non-médecins (pharmacien et IPA) sont cités, dans une moins grand nombre de cas. Certains professionnels ont également évoqué le besoin d'outil pour les aider à prescrire (alertes, recommandations, prix) mais ils sont moins nombreux et, parmi eux, certains précisent que l'outil ne peut remplacer leur jugement.

ANNEXE III

Les prescriptions en établissement de santé

SOMMAIRE

1. LA PRESCRIPTION EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ SUIT UN PROCESSUS STRUCTURÉ, FAISANT INTERVENIR DE NOMBREUX ACTEURS ET S'APPUYANT À LA FOIS SUR DES OUTILS NUMÉRIQUES ET RÉGLEMENTAIRES, AFIN D'ASSURER LA MEILLEURE ET LA PLUS SÛRE DES PRISES EN CHARGE AU PATIENT..... - 1 -

1.1. Le champ de la prescription en établissement de santé couvre la totalité des actes et prestations et concerne des patients hospitalisés, en sortie d'hospitalisation ou faisant l'objet d'une prise en charge en externe..... - 1 -

1.2. La prescription en établissement de santé se distingue de la prescription en ville par la multiplicité des types de prescripteurs et les outils sur lesquels elle s'appuie ..... - 2 -

1.2.1. Le processus de prescription s'appuie sur des outils orientés vers le fonctionnement hospitalier et bénéficie des informations du dossier patient..... - 2 -

1.2.2. La diversité des statuts des prescripteurs, renforcée par leur turn over rapide, est source de difficultés pour les établissements..... - 3 -

1.2.3. Les outils hospitaliers de prescription influent sur les habitudes de prescription des médecins ..... - 4 -

1.3. Le rôle du pharmacien dans les établissements de santé est essentiel à la sécurisation du circuit des produits de santé prescrits et à son efficience.....- 12 -

2. DEPUIS DIX ANS, LES DÉPENSES DE PRESCRIPTIONS HOSPITALIÈRES EXÉCUTÉES EN VILLE (PHEV) PROGRESSENT DE FAÇON CONSTANTE ET LEUR AUGMENTATION EST DEPUIS CINQ ANS PLUS RAPIDE QUE CELLES DES PRESCRIPTIONS FAITES EN VILLE..... - 15 -

2.1. Les dépenses de produits de santé, qui représentent trois-quarts des montants remboursés de PHEV en 2024, sont portées par les prescriptions de molécules onéreuses de spécialité et émanent en majorité des établissements de recours (CHU et CLCC).....- 15 -

2.1.1. L'évolution des volumes et des dépenses des PHEV est nettement plus dynamique que celle des dépenses prescrites en ville.....- 15 -

2.1.2. En croissance rapide, les médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville représentent désormais la moitié des dépenses remboursées de médicament en ville.....- 16 -

2.2. De nombreux déterminants contribuent aux évolutions structurelles des PHEV, au-delà de la pratique propre à chaque prescripteur .....- 25 -

2.2.1. L'évolution démographique de la population a des effets sur les dépenses de santé en globalité et des PHEV dans le même temps .....- 25 -

2.2.2. L'augmentation du nombre de patients en ALD pèse sur l'évolution des PHEV et concentre ces dépenses sur un nombre restreint de patients...- 26 -

2.2.3. La part croissante de l'exercice salarié des médecins explique une partie du différentiel de dynamique entre PHEV et prescriptions des libéraux. - 27 -

2.2.4. Le virage ambulatoire et domiciliaire a un impact sur les volumes de PHEV prescrits.....- 28 -

2.2.5. L'évolution des parts de marché respectives du secteur privé à but lucratif et du secteur non lucratif a des impacts sur la dynamique PHEV, les

prescriptions des libéraux des cliniques n'étant pas intégrées à cette enveloppe..... *- 30 -*
2.2.6. Le périmètre des PHEV comptabilisées dans cette enveloppe dépend de décisions réglementaires sur le financement ou le cadre de prescription de certaines dépenses..... *- 32 -*
2.3. A type d'activité comparable, il existe des différences de pratiques de prescriptions entre établissements..... - 33 -
2.3.1. L'analyse comparée de la prescription d'hormonothérapie orale dans le traitement du cancer de la prostate montre des différences de pratiques au sein des CHU métropolitains..... *- 33 -*
2.3.2. La prescription comparée entre CHU d'un traitement anticancéreux oral montre une pénétration des génériques dans les pratiques très inégale... *41*
2.4. Si des leviers de contractualisation ont été mobilisés pour tenter de contenir la dynamique de dépense des PHEV, ils sont aujourd'hui insuffisants au regard des montants en jeu et de la trajectoire des dépenses 44
2.4.1. A ce jour, la régulation des dépenses de PHEV repose principalement sur le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).. *44*
2.4.2. Les travaux menés ces dernières années sur la maitrise de ces dépenses ont pourtant donné des résultats et doivent être intensifiés..... *45*
2.4.3. Certaines données nécessaires au pilotage des PHEV doivent devenir disponibles, collectées et suivies *47*
2.5. Un livret thérapeutique, concerté avec les communautés médicales, doit encadrer plus fortement la prescription des molécules onéreuses disposant de génériques et biosimilaires..... 48

3. LA LISTE EN SUS, DISPOSITIF DÉDIÉ À LA PRISE EN CHARGE DES TRAITEMENTS NOUVEAUX ET/OU INNOVANTS, CONNAÎT UNE CROISSANCE DE SA DÉPENSE TRÈS DYNAMIQUE (56 % EN QUATRE ANS) QUI CONDUIT À INTERROGER LA PERTINENCE DE SON FONCTIONNEMENT..... 50

3.1. La liste en sus (LES) permet la prise en charge directe par l'assurance maladie de certaines spécialités pharmaceutiques délivrées par les établissements de santé, lorsque leur indication thérapeutique présente un caractère innovant... 50
3.1.1. La LES a été créée en 2005 pour permettre aux patients d'accéder à des traitements innovants et onéreux..... *50*
3.1.2. La définition de l'innovation en santé repose sur l'ASMR pour les médicaments et l'ASA pour les dispositifs médicaux de la LES..... *51*
3.1.3. La liste en sus est fixée par arrêté ministériel dans un champ fini d'indications..... *53*
3.1.4. Les dépenses de prescription engendrées par la liste en sus ont été impactées par des réformes de périmètre récentes qui limitent certaines possibilités d'analyse..... *53*
3.2. La hausse des montants, décorrélée de la hausse des volumes, s'explique par l'arrivée de molécules nouvelles très onéreuses dans la LES..... 54
3.2.1. Entre 2020 et 2024, les achats de la liste en sus ont augmenté de 57 % en montants et de 18 % en volumes..... *54*
3.2.2. Les ES disposent d'une capacité de négociation en propre sur les prix d'achats des spécialités inscrites sur la LES qui reste limitée en baisse dans ses effets..... *55*
3.2.3. La liste en sus comporte un volet médicaments et un volet dispositifs médicaux, dont les montants d'achat et de volume reflètent les types et évolutions des activités des établissements selon leur statut..... *59*

3.2.4. Les montants sont tirés par quelques molécules particulièrement onéreuses, prescrites principalement en MCO dans les établissements ex-DG 60

3.3. En dehors de quelques exceptions, le montant d'achat de la LES n'a cessé de progresser du fait de l'arrivée de nouvelles références, sans qu'elles représentent une rupture réelle en matière d'innovation 63

3.3.1. Une diminution constante des montants attribuables aux spécialités présentant un ASMR majeur (I) 64

3.3.2. Les montants d'achat des molécules avec une ASMR « important » (II) diminuent du fait de la radiation de certaines spécialités et de l'arrivée de biosimilaires. 66

3.3.3. Une explosion, sur cinq ans, des montants imputables aux molécules avec une ASMR modérée (III), principalement portée par l'oncologie 67

3.3.4. L'impact de la réforme de 2021 est modéré, avec un développement des spécialités avec un ASMR faible (IV) majoritairement porté par l'arrivée de certains biosimilaires 68

3.3.5. La croissance du poste de dépenses des spécialités avec une absence d'ASMR (V) est portée par les biosimilaires et les immunoglobulines humaines 70

3.4. Un effet de sédimentation des produits inscrits sur la LES couplé à l'inscription de spécialités plus onéreuses expliquent l'augmentation des montants remboursés 71

3.4.1. Un processus de sédimentation de la LES s'opère, avec de nombreuses entrées chaque année mais peu de sorties 72

3.4.2. La dynamique haussière des dépenses de la liste en sus est principalement tirée en 2023 par les extensions d'indication plutôt que par les nouvelles inscriptions 73

3.4.3. Au regard de l'évolution passée et à venir des montant remboursés imputables à la LES, les modalités de régulation de celle-ci sont insuffisantes 74

3.4.4. La présence dans la LES de produits qui ne répondent plus au caractère innovant peut interroger 75

3.4.5. Une gestion active de la LES doit permettre d'en réduire le champ aux seules innovations, sans priver les patients de l'accès aux thérapeutiques qui ne peuvent plus être considérées aujourd'hui comme telles 76

4. LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS HORS AMM REPRÉSENTE PRÈS D'UN CINQUIÈME DES PRESCRIPTIONS, POUR CERTAINES DE FAÇON LÉGITIME DANS LES PRATIQUES 79

4.1. La prescription hors AMM ne concerne pas uniquement la liste en sus 79

4.2. La traçabilité de la prescription hors AMM est peu fiable en ville et partielle à l'hôpital 81

4.3. Le recours à la prescription hors AMM de spécialités inscrites à la LES est hétérogène selon les établissements 81

4.4. Le recours au hors AMM au sein de la LES est encadré au sein des établissements et doit être suivi par le régulateur 82

5. LA RÉTROCESSION EST UNE DES VOIES DE DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS, À LA CHARGE DE QUELQUES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ 83

5.1. La rétrocession est un procédé de délivrance dévolu à l'hôpital sans rôle particulier par rapport aux officines de ville dans la pertinence des prescriptions de médicaments 83

5.2. La dynamique de remboursement de la rétrocession est en décroissance, avec un montant en 2024 de 1,9 Md€, de fait de mesures réglementaires ayant réduit son périmètre 84

1. La prescription en établissement de santé suit un processus structuré, faisant intervenir de nombreux acteurs et s'appuyant à la fois sur des outils numériques et réglementaires, afin d'assurer la meilleure et la plus sûre des prises en charge au patient

Cette annexe traite des prescriptions réalisées en établissement de santé, quel que soit son statut : établissement public de santé, établissement privé à but non lucratif, centre de lutte contre le cancer et établissement privé à but lucratif. Lorsque des spécificités liées au statut de l'établissement existent, elles seront précisées et décrites le cas échéant.

Le cadre général de la prescription est traité dans l'annexe II de ce rapport. La présente annexe n'aborde par conséquent que les spécificités des prescriptions hospitalières par rapport aux prescriptions réalisées en ville.

L'annexe ne couvre que les prescriptions hors GHS. Les dépenses associées aux prescriptions qui sont réalisées dans le cadre d'un séjour GHS ne sont pas étudiées[1] (cf. annexe I).

Les deux types de prescriptions principales étudiées sont donc la liste en sus applicable à tous les statuts d'établissements et les prescriptions hospitalières exécutées en ville, applicables uniquement aux établissements publics de santé et privés à but non lucratifs (dits « ex-DG »). Les prescriptions effectuées par des libéraux en sortie d'hospitalisation dans un établissement privé à but lucratif ne sont pas englobés sous ce terme, bien que comptabilisé également dans l'enveloppe des soins de ville.

Les termes « hospitalier » et « hospitalisation » dans l'annexe englobent les praticiens et les activités réalisées en établissement de santé.

1.1. Le champ de la prescription en établissement de santé couvre la totalité des actes et prestations et concerne des patients hospitalisés, en sortie d'hospitalisation ou faisant l'objet d'une prise en charge en externe

Le champ de la prescription en établissement de santé englobe la totalité des actes et prestations existants :

- les médicaments ;
- les dispositifs médicaux ;
- les actes inscrits à la classification commune des actes médicaux (CCAM) : par exemple un électrocardiogramme (ECG) ;
- les actes de biologie ;
- les actes de professionnels paramédicaux : masseurs kinésithérapeutes (MK), infirmiers (IDE), psychologues, ergothérapeutiques, orthophonistes, neuropsychologues, etc. ;
- les transports sanitaires ;
- les arrêts de travail.

À ces prestations soumises à prescription s'ajoute le cas spécifique des demandes d'examens de radiologie et les actes inscrits au rôle propre des professionnels de santé ne nécessitant pas de prescription pour être réalisés (cf. annexe II).

[1] Ces prescriptions sont rattachées au dossier informatisé du patient intra hospitalier et ne font pas l'objet d'un remboursement individualisé, leur coût étant intégré au tarif du GHS.

Il faut distinguer trois cas de figure :

- les prescriptions qui ont lieu dans le cadre du séjour hospitalier (hospitalisation partielle ou complète) et qui sont donc intégrées dans la prise en charge des groupes homogènes de séjour (GHS) dites intra-GHS ; ces prescriptions sont exclues du champ d'investigation de la mission car les dépenses associées aux actes et produits de santé nécessaires pour cette prise en charge sont couvertes par le tarif global associé au GHS et pour certaines issues des établissements privés à but lucratif, facturées à l'assurance maladie sur l'enveloppe de ville ;
- les prescriptions de produits de santé dans le cadre du séjour hospitalier inscrites sur la liste en sus, du fait en particulier de leur caractère innovant et de leur prix, le plus souvent, élevé ;
- les prescriptions hospitalière exécutées en ville (PHEV) qui sont destinées aux patients en sortie d'hospitalisation, en sortie de service d'urgence ou ayant bénéficié d'une consultation externe[2].

1.2. La prescription en établissement de santé se distingue de la prescription en ville par la multiplicité des types de prescripteurs et les outils sur lesquels elle s'appuie

1.2.1. Le processus de prescription s'appuie sur des outils orientés vers le fonctionnement hospitalier et bénéficie des informations du dossier patient

Le processus d'une prescription en établissement pour un patient concerne trois types de situation.

- à l'entrée du patient en hospitalisation, dans un service d'urgence ou en consultation externe, deux cas peuvent se présenter :
  - le patient ne dispose pas d'ordonnance préalable à sa prise en charge ;
  - le patient bénéficie d'une prescription antérieure réalisée par un professionnel autre que celui qui produira l'ordonnance de sortie ou de consultation. Si la prescription a été exécutée en ville récemment, il conviendra de tenir compte des éléments émanant de cette prescription afin d'éviter toute redondance (exemple : analyse biologique ou demande d'examen radiologique). Lorsqu'il s'agit d'une prescription de médicament ou de dispositif médical, un travail d'analyse de la prescription existante permet de renseigner le médecin sur le contexte pathologique du patient, d'identifier les éventuelles contre-indications, interactions ou iatrogénies en association. Cette situation peut justifier, en particulier pour les patients âgés, polymédiqués[3] ou hyperpolymédiqués[4], un temps de conciliation médicamenteuse dite « d'entrée » faisant intervenir le pharmacien hospitalier et les équipes de soins primaires du patient, incluant le pharmacien d'officine habituel du patient (*cf. infra*, point 1.4.). La prise en compte du traitement habituel du patient peut par ailleurs permettre d'éviter le gaspillage de produits de santé récemment acquis par le patient ;

[2] Les prescriptions effectuées dans ces situations par des médecins libéraux en établissement privé à but lucratif ne sont pas considérées comme des PHEV, mais comme des prescriptions de ville

[3] Plus de 5 molécules au moins trois fois par an par patient

[4] Plus de 10 molécules au moins trois fois par an par patient

- au cours du séjour hospitalier : la prescription destinée à un patient hospitalisé s'inscrit dans un processus global, défini, organisé, mis en œuvre et évalué par l'établissement. Ce processus accompagne le parcours du patient au sein de l'établissement ou avec éventuellement le concours de professionnels et établissements extérieurs à l'établissement, dans le cadre alors de prestations inter-établissements. Ces prescriptions bénéficient du processus d'analyse pharmaceutique pour les produits de santé et d'analyse de pertinence mis en place par l'établissement ;
- à la sortie d'une hospitalisation, d'un service d'urgence ou d'une consultation externe : le processus s'apparente à celui des patients pris en charge en ville : le professionnel hospitalier réalise la prescription en utilisant les outils de prescription hospitaliers mais l'exécution de la prescription est réalisée par un professionnel de ville (pharmacien d'officine pour les médicaments, infirmière libérale, masseur kinésithérapeute, etc.) ou plus rarement par un professionnel d'un établissement de santé en acte externe (exemple laboratoire d'analyses médicales de l'établissement, rétrocession d'un médicament). Lorsqu'il s'agit d'une consultation externe, le travail d'analyse et de pertinence du contenu de la prescription n'est, le plus souvent, pas réalisé avec le concours du pharmacien hospitalier et d'officine.

1.2.2. La diversité des statuts des prescripteurs, renforcée par leur *turn over* rapide, est source de difficultés pour les établissements

Les prescripteurs en établissement de santé, majoritairement médecins, sont de statut et de situation très différentes :

- des médecins exerçant de longue date dans l'établissement avec des statuts d'agents de la fonction publique (les praticiens hospitaliers et professeurs d'université praticiens hospitaliers affectés à l'hôpital par arrêté de nomination) ou des médecins sous contrat à durée déterminée et/ou un temps de travail réduit : les chefs de cliniques, les assistants, les cliniciens, les attachés, les remplaçants… ainsi que des médecins salariés dans les établissements privés à but non lucratifs ou libéraux sous contrat dans les établissements privés à but lucratif ;
- des médecins ayant la plénitude d'exercice et pouvant prescrire en leur nom ou au contraire des professionnels prescrivant sous couvert d'un praticien inscrit au conseil de l'ordre et utilisant le numéro d'enregistrement au répertoire des professionnels de santé (RPPS) de ce dernier : étudiants de second et troisième cycles, médecins à diplôme hors UE sous certains statuts (faisant fonction d'interne) ;
- des médecins expérimentés et au fait des habitudes de prescription de l'établissement, qu'ils ont parfois contribué à forger (livret thérapeutique, protocoles, axes de bon usage propre à l'établissement, objectifs CAQES contractualisés par l'établissement…) ou des médecins moins expérimentés avec une appropriation encore en cours des recommandations de bonnes pratiques et ayant parfois le besoin de se rassurer par des prescriptions plus larges ou des médecins ne connaissant pas les habitudes de prescription de l'établissement.

Les étudiants en médecine[5], très présents dans les établissements agréés par les universités pour contribuer à la formation initiale, doivent bénéficier du regard d'un médecin dit « sénior » pour tous les actes qu'ils réalisent, y compris leurs prescriptions[6]. Leurs prescriptions au cours du séjour et en sortie d'hospitalisation doivent de ce fait avoir bénéficié de cette supervision, gage de qualité et de sécurité des soins. Dans la pratique courante des établissements de santé, cette règle n'est pas toujours respectée en totalité. La qualité de l'accueil et l'encadrement de ces prescripteurs est essentielle au bon usage des outils informatiques de prescription et au respect des orientations institutionnelles.

D'autres professionnels de santé sont habilités à prescrire à l'hôpital, à l'instar du cadre réglementaire de prescription (cf. annexe II), avec les mêmes caractéristiques que décrites ci-dessus : sage-femmes, IDE, IPA, MK, pharmaciens.

De plus, les étudiants en médecine et les remplaçants sont présents dans les établissements pour des durées courtes : de quelques heures jusqu'à six mois. La gestion des habilitations informatiques nécessite une politique structurée et appliquée en continu pour permettre :

- à ces praticiens présents pour une courte durée de se connecter, sur leur temps d'exercice dans l'établissement, aux outils informatiques via des codes personnels et non ceux d'un chef de service ou des codes génériques, ne permettant l'identification du prescripteur ;
- de restreindre leurs droits de connexion à la seule durée de leur contrat dans l'établissement.

1.2.3. Les outils hospitaliers de prescription influent sur les habitudes de prescription des médecins

Les établissements de santé, dans le cadre de l'informatisation du dossier patient, ont le choix entre plusieurs logiciels[7]. La finalité du dossier patient en établissement est d'abord la gestion des patients pris en charge dans les services de soins : hospitalisation complète, hospitalisation de jour, urgences. Ils intègrent à la fois :

- les modules habituels d'un dossier patient : antécédents, allergies, historique des prises en charge dont résultats de biologie et radiologie, observation médicale, etc. ;
- des modules de gestion du circuit du médicament : prescription, délivrance dans le dossier de soin infirmier et gestion par la pharmacie hospitalière (validation pharmaceutique, préparation des chimiothérapie, interface avec les outils de gestion des stocks, etc.).

---

[5] Chapitre III : Étudiants en médecine, odontologie, maïeutique et pharmacie (Articles R6153-1 à R6153-110) CSP, renvoyant également au code de l'éducation.

[6] Article R. 6153-3 par exemple s'agissant des internes en médecine : « *L'interne en médecine exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins, par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève* ».

[7] Depuis le Ségur du numérique en santé (lancé en 2021, 2 Mds€), les différentes solutions doivent être référencées « e-santé » par l'Agence du Numérique en Santé au vu du respect des référentiels en vigueur. 90 logiciels sont labellisés au titre de la vague 1 (référentiels d'identité du patient, prise en charge de la gestion d'un dossier patient informatisé incluant des fonctionnalités minimales telles que compatibilité avec le DMP, création sécurisée de fiches patients, plateforme numérique d'intermédiation). La vague 2 a fait l'objet de reports de six (DPI) et trois (PFI) mois par l'arrêté du 14 mars 2025 modifiant les arrêtés du 16 mai 2024 relatifs à des programmes de financement destinés à encourager l'équipement numérique des structures hospitalières prévoyant des itérations entre éditeurs et ANS au cours de l'année 2025. *Cf.* également Section 3 : Espace numérique de santé, dossier médical partagé et dossier pharmaceutique CSP.

Le prescripteur en établissement bénéficie ainsi, sans devoir se connecter à d'autres outils (de type téléservices ou dossier médical partagé), des informations intra hospitalières[8] nécessaires à une prescription personnalisée (exemple résultats du dosage biologique de fonction rénale, nécessaire à l'adaptation des nombreux médicaments éliminés par voie rénale).

Ces outils destinés prioritairement aux activités hospitalières servent également à la réalisation des ordonnances de sorties ou de consultations. Le paramétrage de ces outils est le plus souvent identique pour ces deux types d'activité très différents. Les fonctionnalités de prescription peuvent ainsi être moins ergonomiques (par exemple : proposition pour un même médicament par le logiciel de sa forme orale et injectable alors que la forme orale est très majoritairement utilisée en externe, amenant le prescripteur à faire un nombre de clics plus important pour une prescription de sortie par rapport à une prescription lors du séjour) ou proposer des protocoles de soins non applicables en totalité en ville sans interventions sur le contenu par le prescripteur. Les logiciels hospitaliers ne proposent par ailleurs pas tous les formats de prescription obligatoires en ville : par exemple les ordonnances sécurisées pour les stupéfiants, les Cerfa de prescription de certains dispositifs médicaux...

Les ordonnances exécutées en ville s'appuient de ce fait sur un thésaurus destiné d'abord et avant tout aux pratiques hospitalières et habitudes de prescription de l'établissement. Les prescripteurs hospitaliers sont en effet conduits à prescrire au sein d'un livret thérapeutique propre (encadré 1) à chaque établissement ou groupement d'établissements, lequel est défini en lien avec la communauté médicale, parmi la totalité des références existantes. La pharmacie hospitalière s'approvisionne sur la base de ce livret[9] par l'intermédiaire de marchés publics rédigés par elles ou proposés par des centrales d'achat. Les coûts issus de ces prescriptions étant inclus aux tarifs des séjours réalisés[10], les établissements recherchent, de façon vertueuse, les prix les plus bas. Ainsi, un laboratoire a intérêt à proposer un prix de vente bas à un hôpital pour être référencé au livret thérapeutique. Les médecins prendront ainsi l'habitude de prescrire ce médicament durant les séjours hospitaliers et ont une probabilité plus forte de garder cette habitude pour les prescriptions en sortie d'hospitalisation ou de consultation, exécutées en officine de ville même si le prix du médicament y est alors plus élevé[11].

---

[8] Les établissements publics de santé en groupement ont pour beaucoup adopté des outils informatiques interfacés, qui permettent de consulter également les données du dossier patient renseignées dans ces établissements membres. C'est le cas en particulier des établissements publics de santé pour lesquels la politique nationale de convergence des systèmes d'information au sein d'un même groupement hospitalier de territoire (GHT) attend d'eux un partage de l'information au service du parcours de soins territorial du patient.

[9] Cela peut parfois mettre les prescripteurs face à une difficulté lorsqu'un patient a un traitement habituel qui n'est pas disponible à la PUI. Un travail de substitution est alors mené avec le pharmacien sur la base des médicaments disponibles dans l'établissement. De façon rare, le pharmacien doit s'approvisionner en conséquence par d'autres voies.

[10] Financement des établissements de santé - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles : Depuis 2004, le financement des établissements de santé (publics et privés) est assuré par la tarification à l'activité (T2A), dans un souci de maitrise du volume des produits et des actes de soins et d'incitation à l'efficience des soins. Pour chaque séjour hospitalier correspondant à une pathologie, est établi un coût. Ce tarif est payé aux établissements de santé par l'assurance maladie. Ce coût englobe le financement des médicaments, des dispositifs médicaux, des actes et examens, dans le cadre de Groupements Homogènes de Séjours (GHS). Le coût des prescriptions réalisées en établissement de santé lorsqu'elles concernent des patients hospitalisés, est de ce fait intégré à l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM. Certains médicaments et dispositifs médicaux innovants font exception à cette règle et peuvent être facturés en sus de la facturation du séjour à l'assurance maladie. On parle alors de médicament ou de DM de la liste en sus (*cf, infra* point 3.).

[11] Cela peut également être le cas de médicaments biosimilaires non substituables en ville, comme certaines insulines

Encadré 1 : Le livret thérapeutique d'établissement

Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIM), sous-commission de la commission médicale d'établissement (CME) ou le pharmacien hospitalier établissent et mettent à jour la liste des médicaments et dispositifs médicaux disponibles au sein de l'établissement. Ils y indiquent notamment les molécules disponibles préconisées, la classe pharmaceutique des médicaments, la posologie, le ou les modes d'administration, les effets thérapeutiques, les effets indésirables, les interactions et contre-indications, les précautions d'emploi, etc. On appelle aussi le livret thérapeutique le « Livret du médicament ».

Toutes les molécules n'y sont pas référencées, cela dépend des arbitrages réalisés au sein de l'établissement, en particulier liés aux activités réalisées par l'établissement. Le livret est mis à jour avec :

- les entrées : innovations thérapeutiques, produits pharmaceutiques pour de nouvelles activités hospitalières ;
- les sorties : arrêts de commercialisation, perte d'agrément collectivités, révision ASMR/SMR HAS, alertes sécurité et restriction d'utilisation.

Source : Mission

Le paramétrage des médicaments en dénomination commune internationale (DCI)[12] dans les outils de prescription hospitalière évite en théorie de modifier les pratiques des prescripteurs à chaque changement de marché passé par l'établissement. Mais l'identification des médicaments dans les armoires à pharmacie des services, lieux de stockage en proximité des zones de soins, se fait avec le nom commercial du médicament, du marché en cours, pour éviter toute erreur de dispensation à un patient. Ainsi, le nom commercial des médicaments est le plus souvent associé dans les logiciels à la DCI, orientant par-là les pratiques de prescription des prescripteurs hospitaliers.

Les établissements de santé ont mis en place, dans le cadre des plans d'action de déploiement de l'informatisation du dossier patient, des outils d'aide à la prescription « maison ». Il s'agit :

- de prescriptions dites « types » pré-paramétrées : par exemple, un bilan biologique pour une « altération de l'état général » avec une liste d'analyses utiles de façon probabiliste[13]. L'option de décochage permet d'intervenir sur le contenu de la prescription type pour donner suite à une analyse dans une approche de prescription individualisée et de pertinence. *A contrario*, l'option d'ajout d'une analyse supplémentaire est également possible ;
- de protocoles de prescription complets avec médicaments, bilan biologique type, et actes associés, etc. À titre d'exemple, une ordonnance de sortie post-chirurgie osseuse comporte typiquement : des médicaments antalgiques et de la prévention de la complication thrombo-embolique, des antiseptiques et des pansements pour la plaie chirurgicale, béquilles, des soins d'IDE pour réaliser le pansement et l'injection d'anticoagulant, des actes de rééducation par un masseur-kinésithérapeute ;
- des protocoles allant de la dilution préconisée dans l'institution d'un médicament à l'association de plusieurs lignes de prescriptions automatiquement.

[12] Depuis le 1er janvier 2015, tous les médicaments doivent être prescrits en dénomination commune internationale (DCI), désignant le nom de la substance active qu'ils contiennent.

[13] Paramétrage par défaut du dosage de la T3L, T4L et TSH plutôt que TSH proposée seule en première intention et possibilité de rajouter par cochage volontaire la T4L selon le contexte du patient (exemple : présomption de non-observance d'un traitement substitutif prescrit)

Les ordonnances de sortie pré-paramétrées, lorsqu'elles ont pour logique le décochage d'options pré renseignées ont un risque plus grand de prescription sans travail de personnalisation et de pertinence ligne à ligne, que les ordonnance avec option de sélection parmi une liste prédéfinie. Toutefois la seconde option est plus consommatrice de temps pour le prescripteur et pour cette raison, souvent écartée par les établissements.

Plus les outils sont intégrés aux logiciels métier et plus leur acceptation par les professionnels de santé est facilitée. Lors d'entretiens avec des représentants de prescripteurs et de pharmacien (cf. annexe VIII), il a été énoncé clairement que :

- la multiplicité des outils n'est pas acceptable dans la pratique courante ;
- le recours à des formulaires papier n'est plus acceptable à l'ère de l'informatique : la « rematérialisation » du formulaire demandé en prescription renforcée est donné en exemple.

Enfin, les solutions informatiques proposées s'adaptent aux organisations spécifiques de l'hôpital, sans forcément prioriser les principes organisationnels d'une activité libérale pour laquelle certaines fonctionnalités ont été conçues. Ainsi, la présence d'un lecteur de carte professionnelle de santé (CPS) dans chaque espace de consultation ou de prescription n'est pas généralisée. Cette connexion est pourtant nécessaire à la consultation fluide du DMP du patient en temps réel et à la connexion aux téléservices de l'Assurance maladie via « Ameli pro ».

1.2.3.1. La sécurisation et l'appui à la pertinence de la prescription bénéficie de certaines fonctionnalités du DPI développées par les éditeurs de logiciels

La prescription peut être guidée, comme en ville, par des outils d'aide à la prescription : comme des logiciels d'aide à la prescription des médicaments (LAP) (exemple Vidal® ou Antibiogarde®) ou les référentiels des sociétés savantes (exemple : outil ADERIM développé par la Société française de radiologie pour favoriser la pertinence des demandes d'examen).

La particularité de la prescription informatisée à l'hôpital est induite par les fonctionnalités du logiciel de prescription choisi par l'établissement. Ces fonctionnalités diffèrent d'un logiciel à l'autre et par conséquent d'un établissement à l'autre. Elles peuvent également être différentes lorsqu'il s'agit de briques d'activité spécialisée (modules de prescription propres à l'activité de réanimation, de pédiatrie) ou de domaine d'activité clinique exercée (activité de consultation ou d'hospitalisation).

Les outils de prescription intègrent le plus souvent :

- des interfaces avec import automatisé de données relatives au patient renseignées dans son dossier informatisé et utiles à la prescription : poids, IMC, résultats de biologie (exemple dosage créatininémie, albuminémie) ;
- le renseignement d'informations à vocation administrative *via* l'appel contextuel d'une fenêtre avec des champs prédéfinis : exemple formulaire de justification d'une indication d'une prescription dans la liste en sus (cf. partie 3).

1.2.3.2. Relancée en 2024 pour la vague de projets Ségur numérique en cours, l'informatisation des établissements de santé reste encore à achever

L'informatisation des établissements de santé prend son origine dans les années 1980 et connaît une accélération au milieu des années 1990 avec le déploiement du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)[14]. L'informatisation du dossier patient (DPI), qui s'inscrit dans le domaine du « Système d'informatisation Hospitalier » (SIH), est destinée à faciliter la gestion de l'ensemble des informations médicales et administratives du patient au sein d'un établissement. À ce titre, il intègre :

- les outils administratifs d'identification du patient ;
- les outils dits « métiers » dans le domaine de la prise en charge : dossier médical, dossiers de spécialité (réanimation, bloc opératoire et obstétrical urgence), circuit du médicament (intégrant les volets prescription, analyse pharmaceutique, délivrance et dispensation), prescriptions d'actes (biologie, avis spécialisés) et demandes d'examens radiologique, le dossier de soins ;
- le volet administratif des services dits « supports » : commandes pharmacie, biologie…

En 2001, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS, devenue depuis la DGOS) retenait parmi les principaux avantages de la dématérialisation des prescriptions un gain de temps pour l'ensemble des personnels[15] : pour les pharmaciens la capacité de réaliser une première analyse notamment d'interactions médicamenteuses, pour les prescripteurs, notamment dans la saisi des informations relatives au patient (antécédents, traitements antérieurs...), et pour les IDE. Le gain avancé était aussi économique avec l'amélioration des soins, permettant de diminuer les erreurs de prise en charge, et la consommation de médicaments.

En 2018, une note[16] sur la stratégie de transformation du système de santé établit un diagnostic sur les lacunes de l'informatisation du système de santé : patient insuffisamment considéré comme "acteur de sa santé", une offre de prestations numériques trop "morcelée", une utilisation des outils numériques encore trop peu harmonisée, et un manque de stratégie et de vision claire à l'échelle nationale.

Le Gouvernement arrête en avril 2019 la feuille de route du numérique en santé, déclinée sous la forme de cinq orientations (renforcer la gouvernance du numérique, intensifier la sécurité et l'interopérabilité des systèmes d'information en santé, etc.) et 30 actions (gouvernance, conseil du numérique en santé, doctrine technique, éthique etc.), inscrite dans une doctrine du numérique en santé[17]. Plusieurs plans de financements voient ainsi le jour, notamment le programme HOP'EN (action 19 de la feuille de route du numérique en santé) avec un financement complémentaire[18] pour les établissements à l'amorçage et au déploiement du projet.

---

[14] Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) – Textes officiels du PMSI en MCO

[15] L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé mai 2001 – Direction Générale de l'Offre des Soins (ex-Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins)

[16] Stratégie de transformation du système de santé, D. Pon et A. Coury, 2022, Le virage numérique, 33 p.

[17] Agence du Numérique en Santé - Bilan feuille de route 2019-2022.

[18] Ministère de la Santé, 2019, Instruction n° DGOS/PF5/2019/32 du 12 février 2019 relative au lancement opérationnel du programme HOP'EN, 27 p. et Plan d'action HOP'EN, 27 p, lequel fait l'objet d'une actualisation dans le cadre de la nouvelle feuille de route 2023-2027 « Mettre le numérique au service de la santé », dont la phase 1 a été lancée en juillet 2024.

En 2020[19], l'informatisation des prescriptions était achevée dans les établissements seulement à hauteur de 76 % pour les médicaments (en progression de cinq points par rapport à 2018), 65 % pour les soins, 58 % pour la biologie médicale, et 53 % pour l'imagerie[20]. Dans son rapport relatif à la dématérialisation des prescriptions médicales, la Cour des comptes[21] relève l'année suivante la valeur de cette évolution, en termes de qualité et la sécurité des soins aux patients, l'efficience des dépenses de santé, la lutte contre les erreurs et fraudes ainsi que les gains de productivité.

1.2.3.3. Le Ségur du numérique en santé a accéléré l'informatisation du système de santé mais n'a pas permis de lever l'ensemble des obstacles pour atteindre un partage des données opérant

S'inscrivant dans la feuille de route du numérique en santé, le Ségur du numérique, doté d'une enveloppe de 2 milliards d'euros, est lancé en 2021, avec pour objectif le partage fluide et sécurisé des données de santé, avec des financements directs aux éditeurs de logiciels. Un financement spécifique est dédié aux établissements de santé (ES) nommé SUN-ES (Ségur Usage Numérique en Établissement de Santé), doté d'un financement de 210 M€.

Au 20 décembre 2023, un bilan provisoire de la vague 1 du Ségur du numérique est dressé. Ainsi, environ 2 000 établissements, représentant plus de 80 % de l'activité hospitalière nationale sont équipés d'un référentiel d'identité (logiciel permettant de gérer les données relatives à l'identité des usagers, des professionnels de santé et des ES). Il en va de même, en ce qui concerne l'utilisation d'un logiciel de dossier patient informatisé.

S'inscrivant dans cette stratégie nationale, l'informatisation des prescriptions permet[22] la standardisation des prescriptions, une aide pour le prescripteur lors de la rédaction de sa prescription et l'intégration de la prescription au dossier informatique du patient qui offre un partage des informations auprès de l'ensemble des professionnels impliqués dans sa prise en charge du patient.

Dans le même temps, des programmes ont été déployés dans les établissements sociaux et médico-sociaux, permettant le partage d'information avec les acteurs hospitaliers et les acteurs de ville, en accompagnement du parcours de santé des patients.

Par ailleurs, au travers du Ségur du numérique plusieurs initiatives ont été portées vers la numérisation progressive des professionnels de ville. En 2021, des incitations financières au déploiement de solutions numériques pour les médecins libéraux ont été signées dans l'avenant 9 de la convention médicale. Enfin en 2022, les pharmaciens d'officine bénéficient dans la nouvelle convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, de dispositions d'incitation aux usages numériques.

---

[19] ATIH, 2021, Atlas des SIH, État des lieux des systèmes d'information hospitaliers, 161 p.

[20] Dans ce même rapport, l'informatisation du dossier médical du patient est dite bien engagée avec 97% des établissements déclarant un projet achevé ou en cours, pourcentage en hausse de 1 points par rapport à 2018. La part des projets achevés a progressé pour atteindre 76% des 1575 établissements répondants (soit 1197 établissements).

[21] Cour des Comptes, 2021, Chapitre VIII du Rapport Sécurité sociale 2021 : « La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir », 29 p.

[22] Haute Autorité de santé, Évaluation de la prise en charge médicamenteuse selon le référentiel de certification, mars 2022, 23 p.

Les priorités données aux prestataires de solution n'ont toutefois pas toujours été superposables. L'ordonnance numérique est un exemple, avec un objectif de déploiement inscrit dans le programme de ville[23] mais ne figurant pas dans les priorités du programme des établissements de santé[24]. S'il est loisible que certaines orientations soient prioritaires dans un domaine d'activité (exemple sécurisation des systèmes d'information des établissements de santé), l'absence de priorités communes sur le plan fonctionnel entretient l'existence de deux univers parallèles. Le décalage de ces calendriers en termes de cibles explique en partie l'écart constaté aujourd'hui dans le déploiement de l'ordonnance numérique en France (cf. annexe II).

Bien qu'obligatoire en établissement de santé comme en ville depuis décembre 2024[25], l'usage de l'ordonnance numérique doit encore en 2025 faire l'objet de tests à l'hôpital, afin de s'assurer que le modèle existant et déployé auprès des professionnels de ville convient dans ce contexte, et au besoin, ajuster le cahier des charges pour ce qui concerne les médecins.

Dans cet objectif, l'assurance maladie a lancé un appel à candidature (AAC) seulement en mai 2025 sur le site du GIE Sesam-Vitale afin de réaliser une expérimentation du service ordonnance numérique auprès d'un nombre d'éditeurs et d'établissements volontaires[26].

1.2.3.4. La continuité des soins entre la ville et l'hôpital est encore insuffisamment nourrie des informations contenues dans le Dossier Médical Partagé (DMP) et le dossier pharmaceutique (DP)

Le décloisonnement entre la ville et l'hôpital était un objectif majeur affiché lors de la création du dossier médical partagé (DMP) dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie de 2004. L'objectif affiché était de réduire les coûts induits par une mauvaise coordination des soins (examens redondants, perte d'informations, retards diagnostiques) via la mise en commun d'informations éparses sur les patients : éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé, compte rendu résumé de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Le DMP visait à corriger les effets néfastes du cloisonnement entre les médecins de ville, entre les hôpitaux, entre les services d'un hôpital, entre l'hôpital et les médecins de ville et, enfin, entre les différents professionnels de santé appelés à soigner un même patient. Le DMP visait donc à la fois à répondre aux besoins de coordination des soins, mais également au besoin d'interopérabilité entre les systèmes d'information de santé préexistants.

La loi de modernisation de notre système de santé[27] du 26 janvier 2016 (LMSS) a transformé le dossier médical « personnel » en dossier médical « partagé ». Il ne s'agit pas uniquement d'un changement sémantique, mais au contraire d'une redéfinition des objectifs désormais dévolus au dossier médical : au service des professionnels de santé, le DMP permet de partager des données et documents clairement identifiés au sein des dossiers patients. La lettre de liaison et

---

[23] Exigence vague 2 médecins de ville : « Le système DOIT savoir produire une ePrescription de Produits de Santé, conformément au volet ePrescription de produits de santé (médicaments et/ou dispositifs médicaux) », *cf.* notamment Dossier de spécifications de référencement DSR-MDV-LGC, 56 p.

[24] Exigences vague 2 ES: faciliter la consultation de l'information disponible dans Mon espace santé par les professionnels depuis les DPI ; faciliter l'intégration des documents médicaux reçus par MSSanté dans les logiciels métiers ; renforcer la sécurité des systèmes d'information. *Cf.* notamment Dossier de spécifications de référencement DSR-HOP-DPI, 39 p.

[25] Ordonnance n° 2020-1408 du 18 novembre 2020 portant mise en œuvre de la prescription électronique, codifiée depuis au titre VII : Prescription électronique (Articles L4071-1 à L. 4071-6) du CSP.

[26] Portail esanté.

[27] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

l'ordonnance produite à l'issue d'une hospitalisation[28], ainsi que le volet médical de synthèse produit par le médecin traitant, sont par exemple ajoutés au DMP.

Lorsque l'ordonnance de sortie d'une hospitalisation ou de consultation a conduit à une modification du traitement antérieur du patient, il existe également un risque de chevauchement et de gaspillage des médicaments habituels non consommés. Afin de limiter le risque d'effets iatrogéniques liés au chevauchement issu de prescriptions d'origine multiple pour un même patient, la comparaison du traitement à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation doit figurer dans la lettre de liaison entre l'hôpital et le médecin traitant et dans le résumé de passage aux urgences (RPU). La prescription de produits de santé (hors médicaments soumis à entente préalable ou produite dans le cadre du séjour hospitalier) figure dans la liste des documents devant obligatoirement être versés dans le DMP[29]. La notion de modification de traitement et sa justification figurent le plus souvent dans le courrier rédigé en sortie d'hospitalisation et de consultation, destiné au médecin adresseur et/ou traitant. Ce vecteur informatique garanti le partage de l'information avec le médecin traitant, que la remise en main propre au patient des documents ne suffit pas à assurer.

Cet outil permet de renforcer les mesures de pertinence des soins, en mettant à disposition l'entièreté des informations relatives à l'état de santé du patient, et aux prises en charges dont il a bénéficié, permettant de limiter les redondances, la iatrogénie et les interactions médicamenteuses.

Côté pharmacies de ville, le dossier pharmaceutique (DP) a été développé par l'ordre national des pharmaciens (ONP). Il est aujourd'hui l'outil métier de 96 % des officines de ville. Les pharmaciens exerçant dans une pharmacie à usage intérieur (PUI) d'établissement sont tenus de consulter et d'alimenter le DP « lorsque les systèmes d'information de santé le permettent »[30]. Un logiciel FAST (Fourniture d'un Accès Sécurisé aux Traitements) d'accès au DP a été créé par l'ONP spécialement pour les établissements hospitaliers. L'accès au DP sans carte CPS (les professionnels hospitaliers peuvent ne pas avoir de carte CPS ou accès à un lecteur CPS) est possible via un certificat logiciel de personne physique installé sur le poste de travail du professionnel. La carte vitale peut par ailleurs être dématérialisée puisqu'elle n'est pas toujours disponible dans un parcours hospitalier[31]. En février 2021, dans le baromètre satisfaction DP en PUI, on constatait 856 utilisateurs (pharmaciens et médecins) exerçant dans 453 établissements de santé conventionnés DP. Si l'utilité du DP est affirmée pour 73 % des répondants à l'enquête, l'alimentation du DP reste assez faible (62 % des répondants à l'enquête n'alimentaient pas le DP) ; pour ceux qui l'alimentaient, le contexte favorable était celui de la rétrocession (89 % indiquent l'alimenter lors de la rétrocession, 8 % lors de la conciliation médicamenteuse, 3 % pour les médicaments hospitaliers). L'absence d'intégration du DP dans le logiciel métier semble être un frein majeur puisque 88 % des répondants, pourtant déjà utilisateurs, demandaient cette intégration au titre de leurs souhaits d'évolution.

D'autres outils sont à présent disponibles : aide à la pertinence de prescription, lutte contre la iatrogénie. Leur présence n'en assure toutefois pas l'usage et l'atteinte de l'objectif de bon usage.

---

[28] Décret n° 2016-995 du 20 juillet 2016 relatif aux lettres de liaison, codifié à la section 1 : Informations des personnes accueillies. (Articles R. 1112-1 à R. 1112-9) du CSP.

[29] Arrêté du 23 mai 2024 modifiant l'annexe de l'arrêté du 26 avril 2022 fixant la liste des documents soumis à l'obligation prévue à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

[30] Art. L1111-23 du CSP :

[31] Pour cela, la carte vitale du patient doit avoir été préalablement enregistrée à l'entrée du patient, par le bureau des entrées par exemple, sur le logiciel FAST

À ce jour cependant, l'évaluation de l'utilisation auprès des praticiens de ville reste difficile. Les données relatives aux documents déposés sont disponibles[32] mais celles relatives à la consultation par les médecins hospitaliers des documents présents dans le DMP ne sont pas communiquées. Les médecins hospitaliers mettent souvent en avant les difficultés d'accès au DMP en hospitalisation et en consultation, faute de temps et de matériel adapté aux points de prescription (lecteur de CPS du praticien et carte vitale du patient). Par ailleurs, la consultation du DP est payante par les établissements de santé et certains ont fait le choix de ne pas réaliser cet investissement.

1.3. Le rôle du pharmacien dans les établissements de santé est essentiel à la sécurisation du circuit des produits de santé prescrits et à son efficience

Les établissements doivent disposer d'une pharmacie à usage intérieur (PUI)[33] en propre ou par convention[34].

Les pharmacies à usage intérieur répondent aux besoins pharmaceutiques des personnes prises en charge par l'établissement, service ou organisme dont elles relèvent, ou au sein d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) dans lequel elles ont été constituées.

Les missions des PUI sont prévues dans le code de la santé publique[35] :

- assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1[36], des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1[37], et d'en assurer la qualité ;

---

[32] L'assurance maladie annonce, qu'en décembre 2024, ce sont ainsi près de 95 000 professionnels de santé libéraux, dont 67 000 médecins (hors radiologie) et 17 000 pharmacies, 263 groupements de laboratoires de biologie, 3 700 établissements de santé et plus de 6 500 établissements sociaux et médico-sociaux qui ont déposé des documents dans Mon espace santé.

[33] Décret n°2019-489 du 21 mai 2019.

[34] Article L5126-10 CSP.

[35] Article 204 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé habilitant le gouvernement à légiférer par ordonnances, et Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur prise sur ce fondement, désormais codifié au Chapitre VI : Pharmacies à usage intérieur. (Articles L5126-1 à L5126-11) du titre II du livre Ier de la cinquième partie du code de la santé publique.

[36] Article L. 4211-1 CSP : « *Sont réservées aux pharmaciens, sauf les dérogations prévues aux articles du présent code : 1° La préparation des médicaments destinés à l'usage de la médecine humaine ; 2° La préparation des objets de pansements et de tous articles présentés comme conformes à la pharmacopée ; 3° La préparation des générateurs, trousses ou précurseurs mentionnés à l'article L. 5121-1 ; 4° La vente en gros, la vente au détail, y compris par internet, et toute dispensation au public des médicaments, produits et objets mentionnés aux 1°, 2° et 3° ; 5° La vente des plantes médicinales inscrites à la pharmacopée sous réserve des dérogations établies par décret ; 6° La vente au détail et toute dispensation au public des huiles essentielles dont la liste est fixée par décret ainsi que de leurs dilutions et préparations ne constituant ni des produits cosmétiques, ni des produits à usage ménager, ni des denrées ou boissons alimentaires ; 7° La vente au détail et la dispensation au public, d'une part, des préparations pour nourrissons ainsi que des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales, définies à l'article L. 5137-1, à destination des enfants de moins de six mois et dont les caractéristiques sont fixées par arrêté des ministres chargés de la consommation et de la santé et, d'autre part, des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 5137-3 ; 8° La vente au détail et toute dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et leurs accessoires destinés à être utilisés par le public, à l'exception des tests destinés au diagnostic de la grossesse ainsi que des tests d'ovulation[…]* ».

[37] Article L. 5121-1-1 CSP sur les médicaments expérimentaux et les médicaments auxiliaires.

- mener toute action de pharmacie clinique, à savoir de contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins et en y associant le patient ;
- entreprendre toute action d'information aux patients et aux professionnels de santé sur les produits de santé, ainsi que toute action de promotion et d'évaluation de leur bon usage, et de concourir à la pharmacovigilance, à la matériovigilance, et à la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- s'agissant des pharmacies à usage intérieur des établissements publics de santé, exercer les missions d'approvisionnement et de vente en cas d'urgence ou de nécessité.

Concernant plus spécifiquement les prescriptions, le pharmacien sécurise l'ensemble des processus constituant ce qui est appelé le « circuit du médicament » :

- il assure la dispensation des médicaments prescrits[38] que ce soit pour des patients hospitalisés ou dans le cadre de la rétrocession pour des patients non hospitalisés bénéficiant d'une prescription d'un produit de santé inscrit dans la liste de la réserve hospitalière (*cf. infra*, point 5) ou nécessitant une délivrance à titre gratuit au titre de l'accès aux soins et de la continuité des soins d'assurer la dispensation des produits de santé aux patients démunis ou sans droit[39] ;
- le pharmacien a par ailleurs une mission de « pharmacie clinique », définie comme toute action contribuant à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficience du recours aux produits de santé et concourant à la qualité des soins, en collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins, et en y associant le patient. À ce titre, il réalise :
  - une analyse pharmaceutique ; celle-ci consiste en la vérification des posologies, des durées de traitements, des modes et des rythmes d'administration, de l'absence de contre-indications, de redondances ou d'interactions médicamenteuses[40]. Elle vise à sécuriser la dispensation d'un traitement, en s'assurant que celui-ci soit adapté au patient et à sa pathologie. Elle est réalisée réglementairement par un pharmacien, pour toutes les prescriptions réalisées ;
  - une conciliation médicamenteuse, laquelle consiste en la prise en compte de tous les médicaments pris et à prendre par le patient lorsque son traitement est modifié. Elle associe le patient et présente une démarche pluridisciplinaire. Chaque établissement identifie, dans une approche de cartographie et de maîtrise des risques, les situations pour lesquelles il organise et dédie des ressources à cette action essentielle à la sécurisation de la prescription médicamenteuse. Les établissements définissent alors les publics qui en bénéficieront (enfants, personnes âgées, patients polymédiqués…), les services dans lesquels elle est déployée (court séjour gériatrique, urgences…) et la temporalité au sein du séjour d'hospitalisation de sa réalisation (à l'entrée du patient, à la sortie, etc.) ;

---

[38] Article 13 de l'Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé. La dispensation médicamenteuse regroupe les activités suivantes : « l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ; la préparation éventuelle des doses à administrer ; la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament ».

[39] DGOS, 2022, instruction DGOS/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS), et notamment : « *Tout patient doit pouvoir bénéficier d'un accueil, d'informations de prévention, d'orientation et de soins. Ces missions de premier accueil sont essentielles pour les publics précaires qui peuvent être fragilisés ou vulnérables lors de leur arrivée à la PASS. La PASS permet un accès aux soins au sens large, sans facturation pour le patient : à une consultation médicale généraliste et/ou spécialisée, au plateau technique, aux soins infirmiers, à la délivrance de médicaments* » et le guide spécifique sur la dispensation de médicaments Guide PASS : Accès aux médicaments, 5 p.

[40] Lexique de la Pharmacie Clinique 2021

- des entretiens pharmaceutiques, dans le but d'améliorer l'adhésion thérapeutique du patient. Lors de cet échange, les objectifs vont être d'améliorer la compréhension du patient pour son traitement, mais aussi de lui apprendre à gérer les éventuels effets indésirables qui y sont inhérents. Non codés en tant qu'acte, ces actions sont peu valorisées. L'initiative Onco'link qui s'inscrit dans le cadre d'une expérimentation article 51[41] visait à valoriser cette activité de pharmacie clinique dans le contexte d'un hôpital de jour où le pharmacien intervient avec un médecin et une IDE, tout en permettant un relais dans le suivi par le pharmacien d'officine[42] ;
- une adaptation des prescriptions dans le cadre d'un protocole local d'établissement déclaré auprès du directeur général de l'Agence Régionale de Santé, comme précisé dans l'arrêté du 21 février 2023 relatif au « *renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur en application de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique* ».

La HAS définit dans le référentiel de certification des établissements de santé[43], au chapitre « évaluation du circuit du médicament », plusieurs situations de prescription particulières nécessitant des organisations spécifiques pour en maitriser les risques :

- la prescription d'un protocole anticipé : il s'agit d'une prescription rattachée à une situation clinique (exemple : prise en charge de la douleur aiguë de l'adulte en post-opératoire avec une évaluation de la douleur faible à modérée) et intégrant potentiellement plusieurs éléments : médicaments, traitements non médicamenteux (exemple : positionnement du patient), examen biologique, surveillance du patient, demande d'examen radiologique… Sa rédaction est pluriprofessionnelle. La prescription doit être datée et signée par un médecin, revue annuellement, et diffusée à l'ensemble des professionnels. Elle est tracée dans le dossier de soins infirmiers. C'est une prescription qui peut être appliquée à un ou plusieurs patients ;
- la prescription peut être dite « si besoin », personnalisée à la situation du patient, permettant un déclenchement par un soignant de façon différée de l'acte de prescription et sur la base de critères cliniques définis dans la prescription (exemple : paracétamol 1 gramme / 1 comprimé au maximum toutes les six heures, pendant 48 heures si température supérieure à 38,5°). Ainsi une prescription peut ne pas être réalisée si la situation du patient ou son évolution ne le nécessite pas ;
- les prescriptions à risque : en fonction de l'âge du patient, de la nature du produit prescrit ou de la prescription et du prescripteur. Pour ces dernières, le rôle du pharmacien est renforcé dans son rôle de sécurisation du circuit du médicament : de son identification dans les armoires à pharmacie ou les chariots de soin, en étiquetage ou encore en analyse pharmaceutique.

[41] Le dispositif dit « article 51 » (de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018) vise à expérimenter des organisations innovantes faisant appel à des modes de financements et d'organisation inédits permettant de décloisonner le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs.

[42] Arrêté du 31 mars 2025 modifiant l'arrêté du 30 novembre 2020 relatif à l'expérimentation de suivi à domicile des patients sous anticancéreux oraux

[43] HAS, 2024, Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, 327 p.

2. Depuis dix ans, les dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) progressent de façon constante et leur augmentation est depuis cinq ans plus rapide que celles des prescriptions faites en ville

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) correspondent aux prescriptions effectuées par des professionnels de santé salariés exerçant à l'hôpital[44] ou en établissement privé à but non lucratif (anciennement « sous DG »[45]) et dont la réalisation ou la délivrance a lieu en ville[46]. Comme indiqué plus haut (*cf. supra*, 1.2.1), ces prescriptions correspondent aux ordonnances dites de sortie : après hospitalisation - complète ou à temps partiel-, après passage aux urgences ou aux ordonnances en fin de consultations externes.

Ce terme englobe les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux, de soins réalisés par des personnels médicaux et non médicaux libéraux (actes infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologie, radiologie, etc.), des transports sanitaires et indemnités journalières issues d'un arrêt de travail.

2.1. Les dépenses de produits de santé, qui représentent trois-quarts des montants remboursés de PHEV en 2024, sont portées par les prescriptions de molécules onéreuses de spécialité et émanent en majorité des établissements de recours (CHU et CLCC)

2.1.1. L'évolution des volumes et des dépenses des PHEV est nettement plus dynamique que celle des dépenses prescrites en ville

Les dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV) ont progressé entre 2019 et 2023 de 35,9% (en cinq ans), en nette accélération par rapport à la période 2014-2019, durant laquelle la progression était de 18,5% (en six ans). Côté soins de ville hors PHEV, la progression a relativement moins progressé sur ces deux mêmes périodes : passant de 50,2 % entre 2014 et 2019 à 57,2 % entre 2019 et 2023) réduisant l'écart entre ces deux dynamiques (cf. tableau 1)[47].

Tableau 1: Dépenses de soins de ville et part des PHEV entre 2014 et 2023

En milliards €	2014	2019	2023	Évolution2014-2019	Évolution2019-2023
Dépense totale soins de ville	63,2	70,7	102	69,7%	44,3%
Dépenses ville sans PHEV calculées	46,7	51,2	80,5	50,2%	57,23%
Dépense totale PHEV	16,5	19,5	21,5	18,5%	35,90%

Source : Données DSS Damir tous régimes

Parmi les prescriptions hospitalières exécutées en ville, sur la base des montants remboursés par l'assurance maladie (cf. tableau 2) :

- le premier poste de dépenses correspond aux produits de santé avec les médicaments délivrés en officine et les dispositifs médicaux[48]:

[44] À l'exclusion des prescriptions réalisées par les praticiens hospitaliers dans le cadre de leur activité libérale.

[45] Établissements anciennement financés par une dotation globale.

[46] Les prescriptions réalisées par les médecins exerçant en établissement privé à but lucratif en sortie d'hospitalisation sont considérées comme des actes libéraux.

[47] Données DSS : source DAMIR tous régimes.

[48] Données CNAM : source SNIIRAM DCIR tous régimes. Aux montants de produits de santé délivrés en officine se rajoutent les montants de la rétrocession : 2,32Md€ en 2019 et 2,12Md€ en 2024.

- les médicaments délivrés en officine représentent en 2024 70 % des montants remboursés de produits de santé PHEV et 53 % des montants PHEV au total en 2024 : 12,2 Md€ dont 448 M€ d'honoraires de dispensation (3,7 %). Les remboursements ont augmenté de 63 % sur la période 2019-2023 ;
- les dispositifs médicaux représentent 3,1 Md€ soit 20% des montants remboursés de produits de santé PHEV[49] et 13 % des montants remboursés de PHEV au total en 2024. Les remboursements correspondant à ces DM ont augmenté de 34,2 % entre 2019 et 2024 ;

- le second poste de dépenses des PHEV correspond aux transports sanitaires, à hauteur de 2,6 Md€ en 2023. Ils représentent 42 % des dépenses totales de transport de ville et 11 % des PHEV. Les dépenses issues des prescriptions hospitalières ont progressé de 5 % sur la période 2014-2019, et de 8 % entre 2019-2023 ;
- les actes paramédicaux, dont les actes d'infirmiers diplômés d'Etat libéraux (IDEL) et les actes de kinésithérapie, représentent 2,3 Md€ en 2024, soit 10,3 % des montants remboursés PHEV au total. Ils ont progressé de 34 % entre 2019 et 2024 ;
- les indemnités journalières (IJ) représentent 2 Md€ en 2024, soit 9 % des montants remboursés au titre des PHEV. Ils ont progressé de 25 % entre 2019 et 2024 ;
- et enfin, les actes de biologie représentent 737 M€ en 2024, soit 3 % des montants remboursés PHEV au total. Ils ont progressé de 10 % entre 2019 et 2024, plus maitrisés grâce à la régulation prix-volume appliquée à ce secteur d'activité.

Tableau 2 : Évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville entre 2019[50] et 2024

	Médicaments (hors rétrocession)	Dispositifs médicaux	Honoraires de dispensation	Transports sanitaires	IJ	Auxiliaires médicaux	Biologie	Total
2019	7,5	2,3	0,3	2,6	1,6	1,7	0,7	**16,7**
2024	12,2	3,1	0,5	2,4	2,0	2,3	0,7	**23,2**

Source : CNAM

La mission a fait le choix de porter son analyse dans les points suivants sur les médicaments :

- au vu des montants concernés ;
- de la facilité d'accès aux données ;
- des travaux récents d'inspections sur les autres types de prestations.

2.1.2. En croissance rapide, les médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville représentent désormais la moitié des dépenses remboursées de médicament en ville

En 2024, les dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital et délivrés en ville s'établissent à 26,5 Md€[51]. 51 % des dépenses remboursées au titre des médicaments délivrés en ville ont été prescrites par des médecins de ville tandis que 49 % correspondent à des prescriptions en établissement de santé[52], dont la dispensation a été réalisée par un professionnel de santé en ville.

[49] Les produits de santé regroupent les dispositifs médicaux et les médicaments.

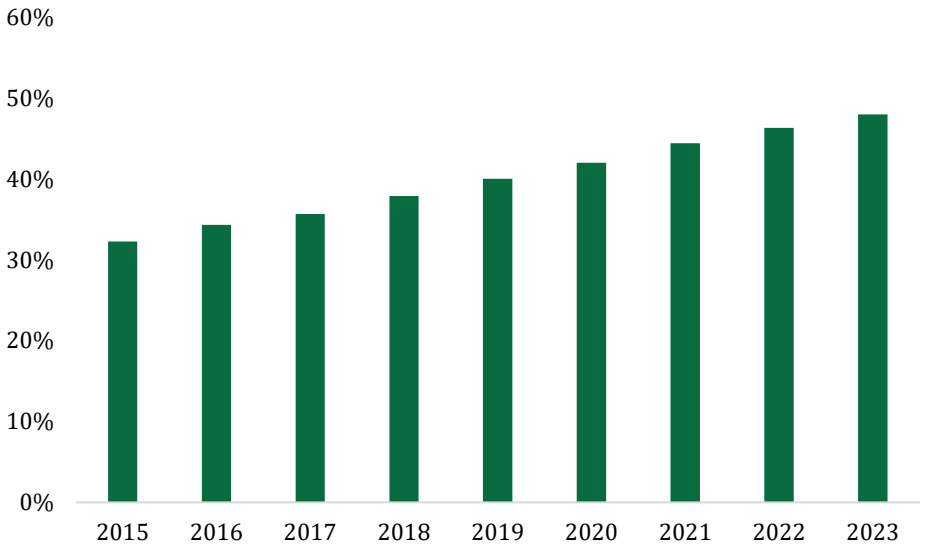
[50] Les années 2019 et 2024 sont retenues afin d'enjamber autant que possible la période de la pandémie COVID19 qui a eu un impact fort sur les activités hospitalières et de ville

[51] Données Médic'AM 2024 tous prescripteurs, tous régimes de l'assurance maladie, hors remises et clauses de sauvegarde, hors rétrocession, hors préparations magistrales

[52] Hors rétrocession

La part des montants remboursés au titre des prescriptions hospitalières de médicament exécutées en ville (PHMEV) parmi l'ensemble des remboursements de médicaments délivré en ville (incluant les prescriptions réalisées par des professionnels de santé en ville) a progressé de 32,3 % en 2015 à 48 % en 2023 (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Part des prescriptions hospitalières de médicaments dans la dépense remboursée des dépenses de médicaments en ville (2015-2023)



Source : Données REPSS CNAM 2024, montants remboursés de médicaments hors rétrocession

Cette part est variable selon les classes thérapeutiques. En effet, en 2024, environ 25 % des montants remboursés en ville d'antibiotiques sont générés par les prescriptions hospitalières[53], 15 % des remboursements en ville des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) émanent de l'hôpital, 40 % des montants remboursés en ville de psycholeptiques et les psychoanaleptiques sont prescrits à l'hôpital.

Par ailleurs, les montants remboursables de médicaments délivrés en officines représentent 60 % des remboursements totaux de médicaments en ville en 2022 alors qu'ils ne représentent que 46 %. Cela témoigne d'une nature de prescription particulière (cf. *infra*)[54] :

- patientèle aux besoins spécialisés et prises en charge complexes (exemple cancérologie) ;
- thérapeutiques spécialisées et souvent onéreuses (exemple traitement de maladies rares) ;
- soins en sortie d'hospitalisation, devenue plus brève en moyenne, en particulier du fait de l'évolution des techniques avec un report de traitements vers la ville différents en structure (exemple : médicaments injectables administrés en perfusion à domicile).

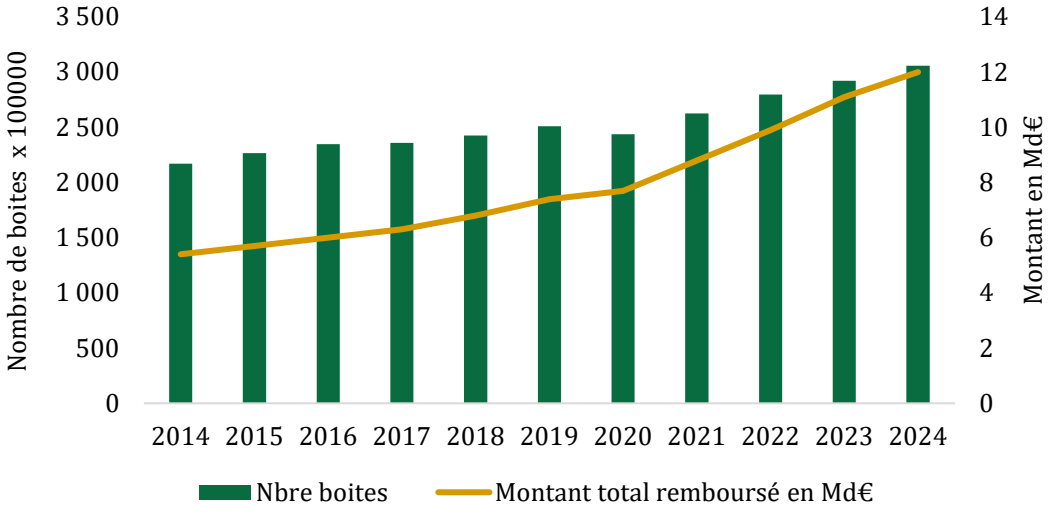
Cette évolution de la place des PHEV dans les remboursements de médicaments dispensés en ville résulte de (cf. graphique 2) :

- une augmentation du nombre de boites délivrées de 41 % entre 2014 et 2024, pouvant en partie être liée à des évolutions de conditionnement ;
- une augmentation trois fois plus rapide (+125 % sur la dernière décennie soit plus d'un doublement) du montant total remboursé sur la même période.

[53] Source : Medic'AM 2024.

[54] Source : Médic'AM 2024

Graphique 2 : Évolution du montant total remboursé et du nombre de boites délivrées pour les médicaments issus de PHMEV de 2014 à 2024



Source : Open Source PHMEV. 2024 La colonne de gauche correspond aux montants remboursés en milliards d'euros et la colonne de droite au nombre de boites délivrées

2.1.2.1. Les dépenses de PHMEV sont portées par quelques classes thérapeutiques onéreuses

Les quatre premières classes thérapeutiques médicamenteuses représentent quasiment la moitié de la dépense totale (cf. tableau 3). Les deux premières classes thérapeutiques médicamenteuses représentent plus du tiers de la dépense totale (anticancéreux 19,1 %, immunosuppresseurs 16,4 %), les quatre premières classes thérapeutiques médicamenteuses représentent la moitié de la dépense totale (anticancéreux 19,1 %, immunosuppresseurs 16,4 %, Antiviraux à usage systémique 10,0 %, thérapeutique endocrine 4,9 %).

Tableau 3 : Premières classes thérapeutiques (ATC2) en montants remboursés en 2024 supérieur à 1 Md€ et part correspondante dans les remboursements totaux hors honoraires de dispensation de PHMEV

Classe thérapeutique	Montant remboursé (en Md€)	Part dans le montant remboursé total PHMEV
Antinéoplasiques	16 034 566 676 €	19,1 %
Immunosuppresseurs	13 773 061 844 €	16,4 %
Antiviraux a usage systémique	8 358 584 732 €	10,0 %
Thérapeutique endocrine	4 104 831 735 €	4,9 %
Hormones hypophysaires, hypothalamiques et analogues	2 967 598 400 €	3,5 %
Psycholeptiques	2 731 523 498 €	3,3 %
Autres médicaments de l'appareil respiratoire	2 709 546 101 €	3,2 %
Préparations antianémiques	2 442 036 991 €	2,9 %
Médicaments pour les syndromes obstructifs des voies aériennes	2 205 059 993 €	2,6 %
Antithrombotiques	2 201 002 873 €	2,6 %
Autres médicaments du système nerveux	2 139 734 267 €	2,5 %
Médicaments du diabète	1 855 751 235 €	2,2 %
Antihémorragiques	1 735 704 245 €	2,1 %
Tous les autres médicaments avec un montant de remboursement inférieur à 1md€ (72)	23 886 086 443 €	28,4 %
Total général	87 145 089 032 €	
Honoraires de dispensation	3 141 537 318 €	3,6 %
Total hors honoraires de dispensation	84 003 551 714 €	96,4 %

Source : Open source PHMEV, 2024

Encadré 2 : Honoraire de dispensation par le pharmacien

Depuis le 1er janvier 2015, l'acte de dispensation du pharmacien d'officine est rémunéré par :

Un honoraire de dispensation par boîte : pour chaque boîte de médicament remboursable délivrée, le pharmacien perçoit un honoraire (pour les médicaments suivant une prescription ou non). **Le montant de cet honoraire est fixé à 1,02 €.** Dans le cas de la délivrance d'un grand conditionnement contenant un traitement pour trois mois, l'honoraire est majoré, mais est inférieur au montant par boite multiplié par trois (le montant est fixé à 2,75 € TTC). Le taux de prise en charge de cet honoraire par l'assurance maladie est identique au taux de prise en charge de la boîte de médicament délivrée.

Et, le cas échéant, un **honoraire pour ordonnance complexe** qui s'ajoute à l'honoraire de dispensation par boîte. Il valorise la dispensation des ordonnances complexes, c'est-à-dire des ordonnances prescrivant au moins cinq médicaments remboursables différents, le pharmacien proposant au patient de lui éditer un plan de posologie. Cet honoraire s'élève à 0,51 €TTC par dispensation et est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

L'honoraire de dispensation représentait en 2024 3,14 Md€, soit 3,6 % des montants de PHMEV remboursés.

L'honoraire de dispensation est croissant en montant avec les tranches d'âge étudiées : en 2024 le montant est de 34,7 M€ pour la tranche des 0-19 ans, de 182 M€ pour la tranche d'âge 20-59 ans et de 228 M€ pour les plus de 60 ans. Cela témoigne d'un nombre de boites et/ou d'une complexité de délivrance par ordonnance croissante avec l'âge au vu de leur part dans la population représentée.

Source : Mission.

La dynamique des dépenses est essentiellement portée par l'arrivée sur le marché de traitements innovants, avec un prix élevé. En illustration :

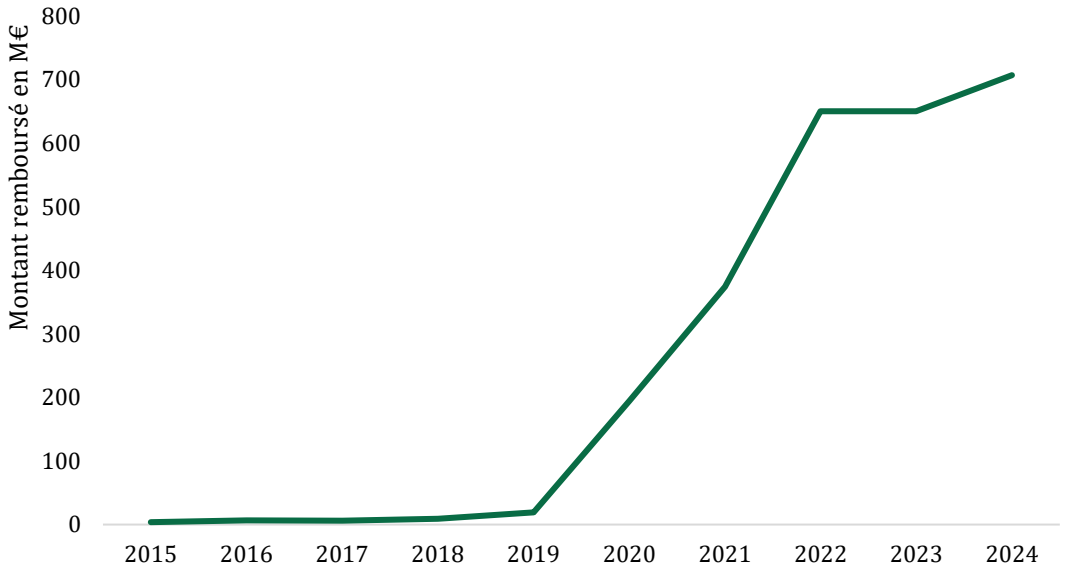
- les médicaments du diabète, enjeu de santé publique au vu du nombre de patients atteints et de leur évolution récente et à venir, n'arrivent qu'en quatorzième position en montant remboursés en 2024 (1,8 Md€) et représentent 2,2 % des montants remboursés totaux (hors honoraires de dispensation) ;

- des médicaments prescrits pour un nombre plus restreint de patients, mais onéreux, contribuent fortement aux dynamiques de dépenses.

C'est l'exemple d'un traitement de la mucoviscidose, dont l'extension d'utilisation pour les enfants de 6 à 11 ans autorisée par la HAS en accès précoce en 2022, disponible en officine sur prescription hospitalière dans certaines indications[55], est la source de la plus forte progression des dépenses pour une même classe thérapeutique (cf. graphique 3). Elle représente à elle seule quasiment la moitié de la hausse constatée des montants dans la tranche d'âge 0-19 ans :

- la dépense de cette classe thérapeutique pour les 6 à 11 ans est passée entre 2014 et 2024 de 412 k€ à 288 M€ (soit une augmentation de 700 %) ;
- la part des dépenses des 6-11 ans dans cette classe thérapeutique est passée sur la même période de 10 % à 41 %.

Graphique 3 : Évolution du montant remboursé des médicaments de la classe « autres médicaments du système respiratoire » entre 2014 et 2024



Source : Open source PHMEV 2015-2024 avec tri sur la classe ATC « autres médicaments de l'appareil respiratoire »

2.1.2.2. Les établissements de référence sont les plus gros pourvoyeurs de dépenses du fait de la prescription de molécules onéreuses, anticancéreux et immunosuppresseurs

L'analyse des montants remboursés et des volumes des médicaments prescrits à l'hôpital et exécutés en ville par type de structures prescriptrices souligne la place des centres hospitaliers universitaires et des centres de lutte contre le cancer :

[55] Classe « autres médicaments de l'appareil respiratoire » constituée en totalité de cette molécule : association Kaftrio® (ivacaftor / tezacaftor / elexacaftor) 9134 € la boite de 56 comprimés et Kalydeco® (ivacaftor) 10 170 € la boite de 56 comprimés.

- les centres hospitaliers universitaires[56] (CHU) sont à l'origine de 37,5 % des volumes de PHMEV mais de la majorité des montants remboursés (55 % des montants, et 61 % si on ajoute les CLCC)[57]. Cette part est en cohérence avec le poids et le prix des anticancéreux et médicaments de surspécialité composant la majorité des montants totaux des PHMEV (36 % des montants en 2024 sont constitués par les classes antinéoplasiques et immunosuppresseurs) et la répartition des activités cliniques (par exemple, les CHU et CLCC réalisent 67 % des séjours de chimiothérapie en ambulatoire[58]) ;
- les prescriptions des PHMEV sont effectuées pour moitié en volume et un peu plus du tiers en montant remboursé dans les centres hospitaliers généraux (ils représentent 37 % du nombre d'entités, 44 % du capacitaire en lits et 32 % du capacitaire en places des établissements publics et privés à but non lucratifs à la source de PHEV en 2023[59]).

La part nettement plus élevée des CHU et CLCC dans les montants remboursés que dans les volumes confirme également une concentration de médicaments nettement plus chers prescrits par ces établissements, témoignant de l'effet majeur du prix de certains médicaments dans cette évolution (cf. tableau 4).

Tableau 4 : Structure des montants et volumes des remboursements PHMEV en 2024 par catégorie d'établissements de santé

Catégorie d'établissement	Part dans montants remboursés 2024	Part dans volume 2024
CH et établissements d'administration générale	35,13 %	50,76 %
Autres Centres hospitaliers universitaires	34,40 %	22,53 %
AP-HP, AP-HM et HCL	20,18 %	14,87 %
Centres de lutte contre le cancer	6,70 %	2,52 %
Centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie	1,73 %	7,05 %
Autres catégories	1,46 %	1,37 %
Centres hospitaliers spécialisés en soins de suite et de réadaptation	0,30 %	0,50 %
Hôpitaux locaux	0,09 %	0,38 %
Hospitalisation à domicile	0,01 %	0,02 %
Établissement de soins de longue durée	0,0002 %	0,0013 %

Source : Mission à partir des données AM en open data PHMEV

L'évolution est de façon générale plus forte pour les CHU que les CHG (cf. graphique 4 et graphique 5).

L'évolution de ces montants remboursés sur le seul périmètre des CHU est forte depuis 2014 (+145 %) pour une évolution en volume de +40 % avec une accélération marquée à partir de 2020 pour tous les CHU (+68 % entre 2020 et 2024). L'évolution est moins marquée dans les trois plus gros CHU (APHP, APHM et HCL) que dans les autres CHU.

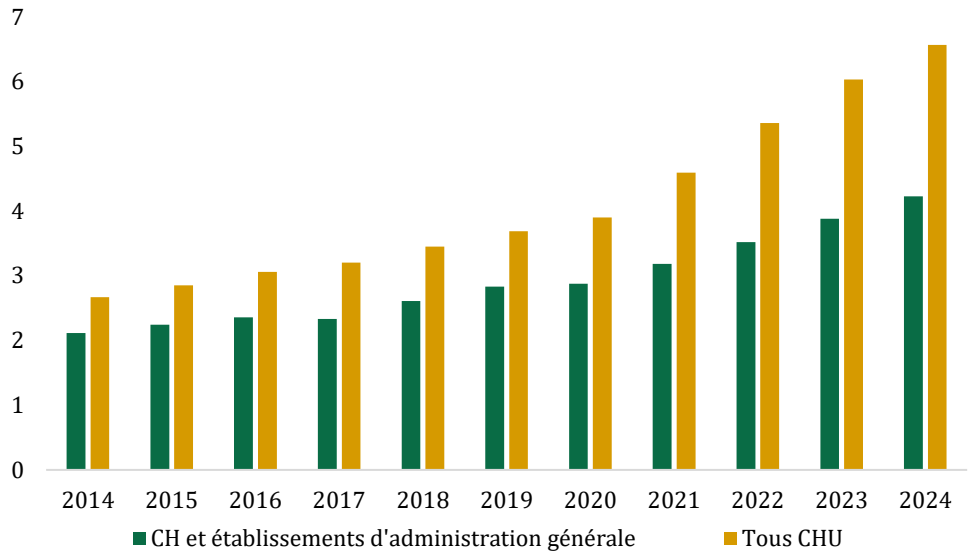
[56] Données des tous les centres hospitaliers universitaires : AP-HP, AP-HM, HCL et autres CHU-CHR

[57] Centre hospitaliers universitaires régionaux, APHP, APHM et HCL ; ils représentent 9 % des entités, 23,5 % du capacitaire en lits et 19,6 % du capacitaire en place des établissements publics et privés à but non lucratifs à la source de PHEV en 2023

[58] Panorama DREES 2022 établissements de santé données 2022

[59] Données DRESS 2023

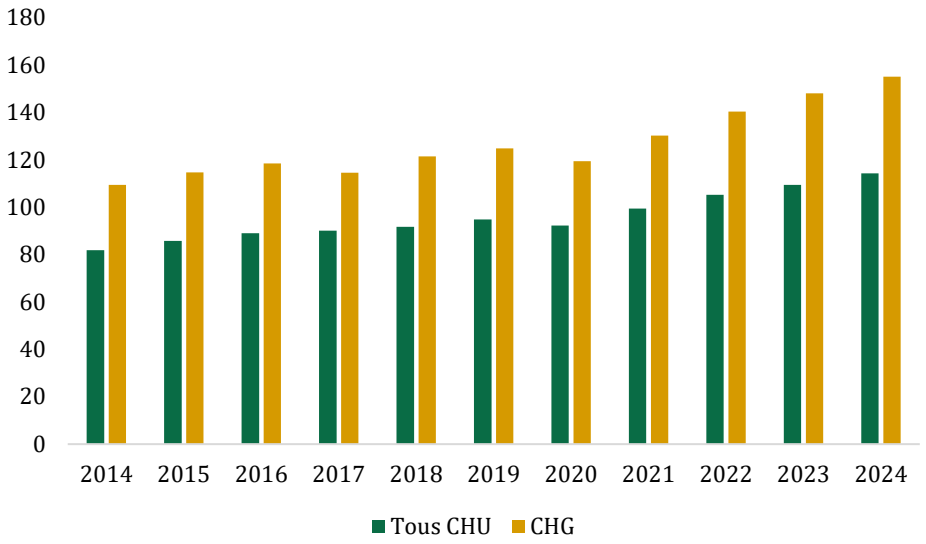
Graphique 4 : Répartition des montants de PHMEV (2014-2024) par type d'établissement (CHU/CHG) en Md€



Source : Mission à partir des données AM en open data PHMEV. La courbe rouge continue figure la rupture de tendance d'évolution des montants remboursés de PHMEV depuis 2020 prescrits par les CHU entre 2014 et 2024

L'évolution des volumes prescrits est en moyenne annuelle entre 2014 et 2024 plus forte dans les CHG (3,6 %) que dans les CHU (3,4 %) et cet écart s'accroit depuis 2021.

Graphique 5 : Répartition des volumes de PHMEV de 2014 à 2024 par type d'établissement (CHU/CHG), en millions de boites



Source : Mission à partir des données AM en open data PHMEV

La répartition territoriale des volumes et dépenses remboursées des médicaments prescrits à l'hôpital et exécutés en ville est étroitement liée à la carte sanitaire et à la répartition sur le territoire des établissements de santé à l'origine de ces prescriptions. En effet, les données sont rattachées à l'établissement d'où la prescription exécutée en ville émane. Les volumes et montants remboursés de PHEV dépendent de ce fait des activités exercées par l'établissement et de son bassin de recrutement :

- un centre expert national dans le domaine des maladies rares n'aura pas le même profil de prescriptions exécutées en ville qu'un CHU centre expert régional ;
- un CHU n'aura pas le même profil d'activité en fonction du nombre d'établissements privés et CLCC exerçant ce même type d'activité sur la même commune ou métropole.

II est de ce fait difficile d'identifier des écarts de pratiques intéressants selon les territoires à partir des données en open source PMHEV.

2.1.2.3. La part des remboursements des patients de 60 ans et plus au sein des PHMEV est de 45 % en 2024 alors qu'ils représentent 28 % de la population

Les PHMEV des patients de 60 ans et plus représentent une très petite partie des montants remboursés de l'enveloppe totale des médicaments de ville (5,4 %), alors que cette même tranche d'âge représente une part dix fois plus importante dans les dépenses issues de prescripteurs de ville (50,6 %)[60]. Les PHMEV représentent 10 % des montants de médicaments remboursés pour les patients de 60 ans et plus (90 % des montants sont issus de prescriptions réalisées par des professionnels en ville)[61].

Pour autant, les montants remboursés PHMEV pour les patients de 60 ans et plus sont les plus dynamiques ces dix dernières années au sein des PHMEV. On constate une légère hausse de la part des 0-19 ans (passés de 5,3 % en 2014 à 8,3 % des PHMEV en 2024 des montants totaux alors que leur part dans la population générale a baissé de 2,6 %), une baisse de la part des 20-59 ans (passée de 45,2 % en 2014 à 36,6 % en 2024, alors que leur part dans la population générale a baissé de 0,8 %[62]) mais une hausse importante des plus de 60 ans (passé de 35,1 % en 2014 à 45,3 % en 2024 contemporaine d'une hausse de leur part dans la population générale de 18 %) (cf. graphique 6).

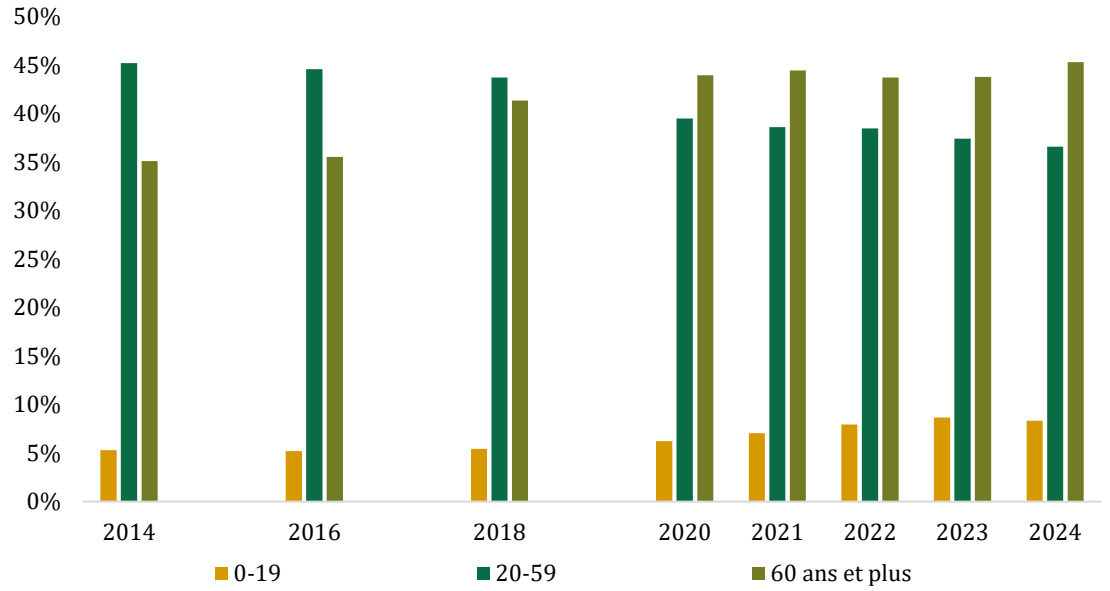
Ainsi, l'évolution à attendre dans les prochaines années des dépenses de PHEV sera impactée par le vieillissement de la population générale.

[60] La catégorie des 20-59 ans en ville représente 30,2 % des montants totaux de médicaments remboursés, les 0-19 ans 6,7 %, les 20-59 ans PHMEV 5,6 % et les 0-19 ans PHMEV 1,1 %

[61] Données issues d'Open Médic 2024 ATC5 par catégories d'âge avec reconstitution par la mission de l'origine du prescripteur (ville versus PHMEV) par soustraction des données PHMEV par catégorie d'âge. Dans la base PHMEV, une catégorie d'âge « inconnu » représente 6 % des dépenses PHMEV hors honoraires de dispensation, alors que dans les dépenses totales elle ne représente que 0,03 %. Cela signifie qu'une partie des dépenses par catégorie d'âge est moins finement répartie au sein de ces catégories que pour les données de ville. Cela est susceptible d'amener à un écart de données par tranche d'âge, inclus dans ces 5,97 %

[62] Données Insee population générale et par tranche d'âge France métropolitaine

Graphique 6 : Structure par âge des remboursements PHMEV de 2014 à 2024

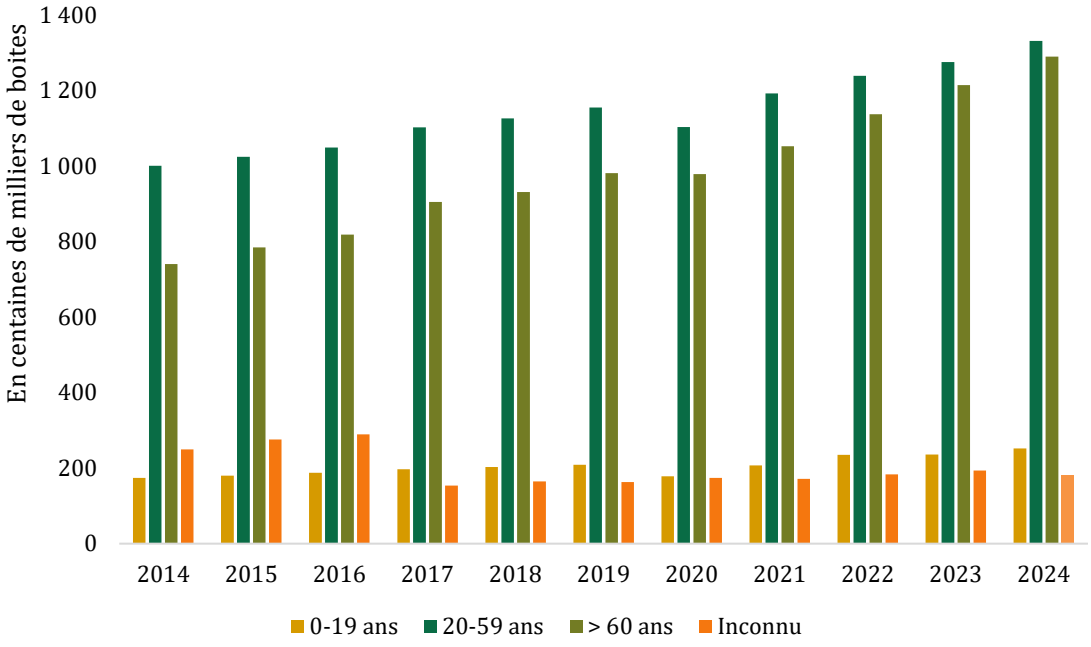


Source : Mission à partir des données AM en open data PHMEV[63]

L'évolution des volumes en nombre de boîtes PHMEV entre 2014 et 2024 (cf. graphique 7) est la plus importante également pour la tranche d'âge des plus de 60 ans avec + 42,6 %, suivi par la tranche des 0-19 ans avec une hausse de 31,0 % des volumes et la tranche des 20-59 ans avec une hausse de 24,5 % des volumes.

Le volume de boites prescrites aux patients de 60 ans et plus (129 millions de boites) tend à rejoindre progressivement celui des 20-59 ans (133 millions de boites) (cf. graphique 7).

Graphique 7: Structure par âge du nombre de boîtes de médicaments remboursées de PHMEV de 2014 à 2024 :



[63] Une part des données ne bénéficient pas du renseignement de l'âge, dit « inconnu » pour 9,7 % des patients en 2024

Source : Mission à partir des données AM en open data PHMEV.

La moitié des montants remboursés pour chacune de ces tranches d'âge se concentre sur quelques classes thérapeutiques dont les dépenses sont portées par les traitements onéreux de quelques pathologies :

- dans la tranche d'âge 0-19 ans, la moitié des montants remboursés en 2024 est portée par trois classes thérapeutiques pour un montant de 507 M€ : médicaments respiratoires autres que bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) à hauteur de 28,7 % (288 M€), hormones de l'antéhypophyse et apparentés à hauteur de 14 % (140 M€), médicaments agissant sur la structure osseuse et la minéralisation à hauteur de 7,9 % (79 M€) ;
- dans la tranche d'âge 20-59 ans, la moitié des montants remboursés en 2024 est portée par quatre classes thérapeutiques pour un montant total de 2,45 Md€ : immunosuppresseurs à hauteur de 26,8 % (1,18 Md€)[64], antiviraux à action directe à hauteur de 10,8 % (474 M€)[65], médicaments respiratoires autres que BPCO à hauteur de 9,1 % (400 M€) et les inhibiteurs de protéine kinase à hauteur de 9 % (395 M€)[66];
- dans la tranche d'âge des plus de 60 ans, la moitié des montants remboursés en 2024 est portée par quatre classes thérapeutiques pour un montant total de 2,7 Md€ : les inhibiteurs de protéine kinase à hauteur de 25,8 % (1,4 Md€), les antihormones et apparentés à hauteur de 9,4 % (511 M€), immunosuppresseurs à hauteur de 7,6 % (417 M€), autres médicaments du système nerveux 7,3 % (399 M€).

2.2. De nombreux déterminants contribuent aux évolutions structurelles des PHEV, au-delà de la pratique propre à chaque prescripteur

2.2.1. L'évolution démographique de la population a des effets sur les dépenses de santé en globalité et des PHEV dans le même temps

En janvier 2024, la part des plus de 65 ans dans la population française était de 22 %, en hausse de cinq points en vingt ans[67]. Ce vieillissement de la population s'explique par l'accroissement de l'espérance de vie à la naissance s'élevant à 85,6 ans pour les femmes (soit +0,5 an) et 80,0 ans pour les hommes (soit +0,6 an) en 2024 couplée à la baisse des naissances[68].

Les dépenses de santé augmentent avec l'âge et sont particulièrement élevées pour les plus de 80 ans et les patients en ALD[69].

[64] Médicaments utilisés pour moduler l'action du système immunitaire pour les patients transplantés limitant ainsi le risque de rejets des organes greffés ou dans le cadre des maladies auto-immunes

[65] Dans le traitement en particulier de l'hépatite C

[66] Utilisés dans les traitements du cancer

[67] Données Insee 2024.

[68] Données Insee 2024 : baisse des naissances de 2,2 % entre 2023 et 2024.

[69] DREES juin 2024 : les plus de 80 ans ont des dépenses de 8 8 530 euros en moyenne, dont 3 790 euros liés à l'hôpital, 1 230 euros d'achats de médicaments, 1 180 euros de soins infirmiers, mais seulement 370 euros de consultations chez des médecins spécialistes et 230 euros chez des médecins généralistes.

Selon une publication de la DREES en 2022, aux âges élevés, les écarts sont importants : les assurés âgés de plus de 85 ans et plus dépensent en moyenne deux fois plus que ceux âgés de 60 à 74 ans (2 2 268 268 €). Le médicament est le principal poste de dépense de soins de ville (suivi de près par les consultations et visites pour les moins de 16 ans), sauf chez les 85 ans et plus où ce sont les dépenses relatives aux auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes et encore plus infirmiers) qui constituent le premier poste de dépenses (40 %) reflétant le recours plus élevé à ces professionnels[70], devant les médicaments (27 %).

La part des dépenses remboursées au titre des PHMEV des plus de 60 ans a progressé en 10 ans, passant de 35 % à 45 % de ces dépenses entre 2014 et 2024. La part des dépenses de médicaments des plus de 60 ans reste toutefois plus importante dans les dépenses issues de prescriptions en ville qu'à l'hôpital, exécutée en ville (*cf. supra*, point 2.1.2.1).

Par ailleurs, le nombre de personnes en situation de pauvreté est à son plus haut niveau depuis les années 1990, avec plus de neuf millions de pauvres dans le pays, soit 14,4 % de la population[71]. De nombreuses études ont établi un lien entre état de santé défavorable et situation de précarité[72].

2.2.2. L'augmentation du nombre de patients en ALD pèse sur l'évolution des PHEV et concentre ces dépenses sur un nombre restreint de patients

Les effectifs de patients reconnus en ALD ont progressé entre 2016 et 2024 de 37 % (passant de 10,1 à 13,8 millions d'assurés)[73]. Dans le même temps les dépenses PHEV totales ont progressé de 49 % (passant de de 17,8 à 26,5 Md€), dont celles des produits de santé (hors rétrocession) en progression de 85 % (passant de 8,0 à 15,3 Md€).

Le poids des traitements onéreux dans les dépenses globales des PHMEV a été décrit au point 2.1. Ces traitements sont pour certains prescrits principalement pour des patients en ALD : c'est l'exemple des traitements anticancéreux et immunosuppresseurs.

Le rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale pour 2020[74] a documenté la part des dépenses des PHEV imputables aux patients atteints de pathologies lourdes et chroniques. Ainsi, en 2019, 10 % des 22 millions de patients ayant bénéficié d'une prescription hospitalière exécutée en ville engendrent 83 % de la dépense[75] et parmi les 10 % des patients aux dépenses les plus élevées, 70 % étaient en ALD[76](cf. graphique 8).

---

[70] En 2022, 76 % des assurés âgés de 75 à 84 ans ont bénéficié d'au moins un acte infirmier dans l'année soit 1,6 fois plus que les patients âgés de 17 à 59 ans. [71] Données Insee 2024.

[71] Données Insee 2024.

[72] Bulletin Académie nationale de médecine 2017 : Précarité, pauvreté et santé : Parmi les plus précaires, la mortalité et la morbidité sont augmentées. Le taux de couverture vaccinale est inférieur parmi les enfants issus de familles pauvres, la participation aux dépistages des cancers dépend de facteurs socio-économiques, les campagnes de prévention sont d'autant moins efficaces que le niveau de revenus est bas.

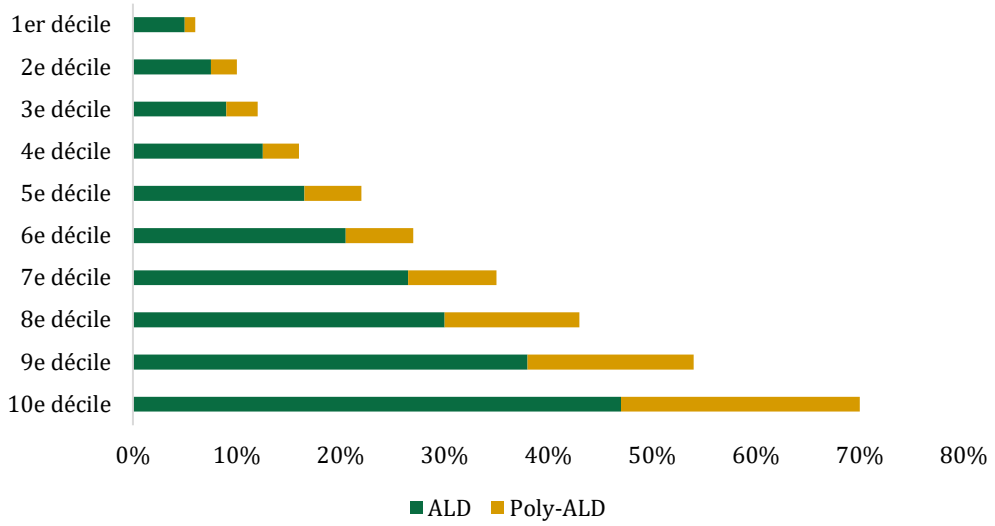
[73] Les patients en ALD représentaient 74 % des dépenses PHMEV en 2014.

[74] Sécurité sociale, CCAS, Rapport 2020, tome 1. Fiche 3.5. « Éclairages » sur les PHEV, 4 p.

[75] La médiane du montant remboursé au titre d'un PHEV en 2019 est de 40 € ; ce montant est de 1 330 € pour le dernier décile er 12 820 € pour le dernier centile.

[76] Dispositif de reconnaissance d'une affection de longue durée.

Graphique 8 : Part des patients en ALD par décile de dépenses PHEV en 2020 :



Source : Fiche éclairages PHEV CCSS 2020 DCIR-PMSI France entière, tous régimes- Traitement DSS/6B. Note de lecture : dans le premier décile des dépenses de PHEV, 1 % des dépenses sont issues de prescriptions destinées à des patients en polyALD, 5 % à des patients en ALD, 84 % à des patients non en ALD (mono ou polyALD)

Cette même fiche précise que la composition des remboursements des PHEV des patients ALD est différente selon les déciles de remboursement : le médicament représente 90 % des dépenses remboursées dans le premier décile de dépenses remboursées ; ce poste représente 45 % pour le dernier décile de dépenses remboursées, témoin d'une part des dépenses remboursées autres que le médicament (exemple auxiliaires médicaux) plus importante pour les montants de dépenses les plus élevés.

Toutefois, l'évolution du nombre de patients en ALD n'impacte pas uniquement les dépenses remboursées de type PHEV. Si certaines prescriptions, en particulier les traitements onéreux, émanent principalement de médecins hospitaliers et exécutées en ville du fait de l'hyperspécialisation ou de l'organisation du parcours de soins, d'autres prescriptions peuvent être réalisées et/ou renouvelés par de multiples prescripteurs (médecins généralistes, médecins libéraux d'autres spécialités, infirmières de pratiques avancées (IPA) essentiellement).

2.2.3. La part croissante de l'exercice salarié des médecins explique une partie du différentiel de dynamique entre PHEV et prescriptions des libéraux

L'évolution de la démographie médicale dans la période récente est caractérisée par[77] :

- une baisse du nombre de professionnels libéraux à titre exclusif en exercice, passé entre 2012 et 2025 de 111 069 à 100 739 (-9,3 %). Ils représentent aujourd'hui 42 % des effectifs médicaux totaux (contre 51 % en 2012) ;
- une hausse du nombre de professionnels salariés à titre exclusif, que ce soit dans le cadre d'établissements de santé (de 58 824 à 72 283 sur la même période) ou dans d'autres cadres (de 28 517 à 34 433)[78] : au total, le nombre de médecins salariés à titre exclusif en activité a augmenté de 22,2 % sur la période. Ils représentent 43 % des effectifs médicaux totaux (contre 41 % en 2012) ;

[77] Jeux de données publiés par la DREES sur la démographie des professionnels de santé (dernière mise à jour le 28 juillet 2025), à partir du RPPS.

[78] Centres de santé, collectivités…

- une très forte hausse de l'exercice mixte (passé de 17 520 à 29 579, soit une hausse de 69,9 %), au détriment de l'exercice libéral exclusif. Ils représentent 13 % des effectifs médicaux totaux (contre 8 % en 2012).

En prenant l'hypothèse simplificatrice d'une répartition constante du temps des professionnels en exercice mixte à 50 % entre exercice libéral et exercice salarié et en les répartissant ainsi entre les effectifs de salariés et de libéraux, le nombre de professionnels en exercice salarié a augmenté de 26,4 %, soit une croissance de 1,8 % par an, quand celui des libéraux a baissé de 3,6 %, soit une baisse de 0,3 % par an.

Toutes choses égales d'ailleurs (notamment sans tenir compte d'effets potentiellement différenciés entre spécialités et d'évolutions également différenciées du temps de travail), l'effet mécanique de ces évolutions démographiques représente un écart de croissance de 2,1 points par an : c'est-à-dire, que, si les évolutions démographiques sont uniformes entre spécialités et que l'évolution du temps de travail était identique entre secteurs, et si les prescriptions par prescripteur évoluait de façon identique entre modes d'exercice, on constaterait une croissance des PHEV plus dynamique de 2,1 points du simple fait des évolutions d'effectifs.

2.2.4. Le virage ambulatoire et domiciliaire a un impact sur les volumes de PHEV prescrits

En 2020, le focus réalisé par le rapport sur les comptes consolidés de la sécurité sociale dédié aux PHEV rapprochait les évolutions des dépenses de PHEV avec l'évolution des activités ambulatoires.

Les prises en charge ont en effet structurellement évolué sur les dix dernières années[79]. Si le nombre de séjours MCO[80] hospitaliers (ex-DG et ex OQN) a augmenté de 5,6 % entre 2014 et 2022 :

- le nombre de séjours MCO en hospitalisation à temps complet tous secteurs a baissé de 12,2 % entre 2014 et 2022 ;
- le nombre de séjours en hospitalisation à temps partiel en MCO a augmenté de 33,3 % sur cette même période ;
- les durées moyennes de séjour MCO (ex-DG et ex-OQN[81]) n'ont pas baissé en hospitalisation complète sur la période[82].

L'exemple des transports sanitaires est démonstratif. Les dépenses de transport ont augmenté de 15,2 % entre 2014 et 2022. Sur la période, le taux d'évolution des prescriptions de transport sanitaire suit celui du virage ambulatoire MCO (médecine et chirurgie) et de l'évolution du nombre de passages aux urgences (cf. graphique 9). Conséquence du virage ambulatoire, ces dépenses de transports viennent peser dans les dépenses de PHEV.

La hausse des dépenses de médicaments PHEV jusqu'en 2018 n'est pas liée à la transformation des activités hospitalières vers l'ambulatoire, quasi inexistante en évolution sur la période. Les évolutions entre 2020 et 2021 sont fortement impactées par la pandémie COVID 19 et doit être analysée avec prudence. L'analyse faite par la mission oriente plutôt vers une hausse des dépenses PHMEV en lien avec le poids des molécules onéreuses (cf. 2.1.2.1).

---

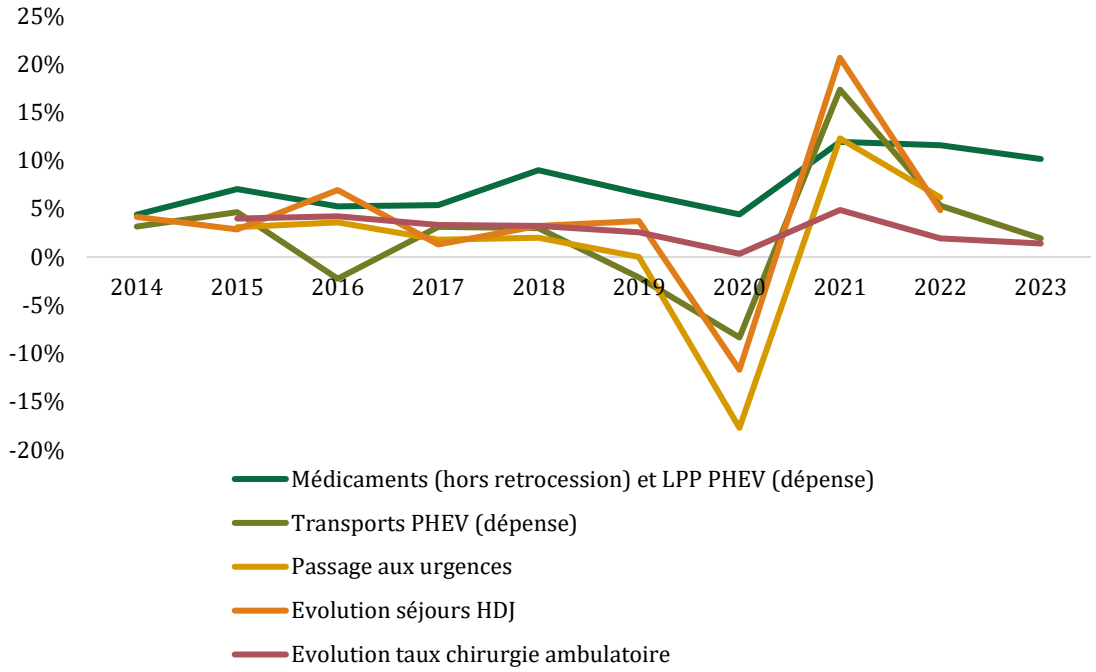
[79] Données REPSS CNAM

[80] Séjours hospitaliers au titre de la médecine-chirurgie-obstétrique.

[81] Les établissements privés à but lucratif, anciennement sous objectifs quantifiés nationaux (dits « ex-OQN »), bénéficient d'un mode de financement spécifique malgré la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A) à compter de 2004, avec un coefficient de transition pour aligner les tarifs régionaux sur le tarif national. Il en résulte un financement reposant sur un forfait âge (depuis le 1er janv. 2022 pour les passages aux urgences non suivis d'hospitalisation) et des suppléments dont les tarifs sont définis spécifiquement pour ces cliniques.

[82] La durée moyenne de séjour DMS était dans les établissements ex-DG de 6 jours et de 4 jours dans les établissements ex OQN en 2018 et en 2022

Graphique 9 : Taux d'évolution annuel des dépenses PHEV produits de santé et transports sanitaires et des séjours en hospitalisation partielle MCO entre 2014 et 2023



Source : Données REPSS CNAM

Dans le même temps, les orientations en sortie d'hospitalisation vers le domicile ou un Ehpad[83] ont progressé au détriment des transferts vers d'autres secteurs hospitaliers (soins médicaux et de réadaptation (SMR), unité de soins de longue durée (USLD), hospitalisation à domicile (HAD)) (cf. tableau 5). Ce mouvement a mécaniquement opéré un glissement de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe des soins de ville[84] par transfert d'actes vers la ville : plus de la moitié des prescriptions de perfusion à domicile LPP émane des établissements[85], les actes infirmiers et de rééducation vers le secteur de ville ont progressé de 34 % entre 2019 et 2024 et 65 % depuis 2015[86].

[83] En 2022, les sorties vers les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes représentent 16,7% des modes de sorties des établissements publics de santé et 3,9% des établissements privés à but lucratif.

[84] A l'exception toutefois des sorties d'hospitalisation vers des Ehpad en tarif global, pour les dépenses intégrées dans cette option tarifaire.

[85] CNAM Charges et produits 2026

[86] Données CNAM

Tableau 5: Évolution annuelle (année n+1/n) des transferts vers les autres services hospitaliers ou médico-sociaux des patients hospitalisés en soins aigus

Secteur	Sorties vers :	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	2017/ 2016	2018/ 2017	2019/ 2018	2020/ 2019	2021/ 2020	2022/ 2021
Établissements publics et privés non-lucratifs (ex-DG)	➔ SMR	+1,3 %	+2,3 %	+1,4 %	-0,4 %	+0,1 %	-0,1 %	-8,3 %	-0,5 %	-4,0 %
	➔ USLD	-4,7 %	+0,0 %	-5,7 %	-3,4 %	-5,4 %	-7,3 %	-9,5 %	-1,3 %	-5,6 %
	➔ HAD	+12,2 %	+8,4 %	+9,7 %	+5,9 %	+2,8 %	+15,7 %	+0,1 %	-0,0 %	-4,3 %
	➔ médico-social	+2,7 %	+4,2 %	+3,7 %	+3,4 %	+1,7 %	+1,2 %	-9,1 %	+3,0 %	+5,7 %
	Total étab ex-DG	**+1,4 %**	**+2,6 %**	**+1,5 %**	**+0,2 %**	**+0,1 %**	**+0,3 %**	**-8,1 %**	**-0,0 %**	**-2,6 %**
Cliniques privées (ex-OQN)	➔ SMR	-0,7 %	-2,7 %	-0,4 %	-1,2 %	-0,9 %	+2,9 %	-19,0 %	-0 ,4 %	+0,9 %
	➔ USLD	-25,3 %	+3,8 %	+1,7 %	+22,1 %	-3,5 %	-1 9,6 %	-15,6 %	-14,7 %	-4,4 %
	➔ HAD	+18,3 %	+11,8 %	+10,4 %	+2,2 %	+8,8 %	+41,7 %	+5,5 %	-2 ,5 %	-4,1 %
	➔ médico-social	-9,2 %	+60,7 %	+86,2 %	+15,6 %	+10,2 %	+0,1 %	-1,5 %	-6 ,9 %	+3,6 %
	Total ex OQN	**-1,0 %**	**-1,8 %**	**+1,0 %**	**-0,3 %**	**-0,4 %**	**+3,2 %**	**-17,7 %**	**-0,9 %**	**+0,7 %**

Source : PMSI-ATIH

2.2.5. L'évolution des parts de marché respectives du secteur privé à but lucratif et du secteur non lucratif a des impacts sur la dynamique PHEV, les prescriptions des libéraux des cliniques n'étant pas intégrées à cette enveloppe

En 2021, presque la moitié (49,6 %) des séjours ambulatoires ont été réalisés par des cliniques (contre seulement 35,7 % de l'ensemble des séjours). Les CHU-CHR ont généré 19,2 % et les CLCC 1,3 % des séjours (CH2 2,2 % et autres établissements privés à but non lucratif 5,2 %). Les séjours ambulatoires de médecine effectués en CHU et en CLCC sont pourvoyeurs de prescriptions de sortie exécutée en ville potentiellement onéreuses au vu du profil des patients pris en charge (*cf. infra*, 2.3.2.2).

Lorsque la part des activités en établissement de santé de service public au sein de la production totale de soins croit, la part des prescriptions réalisées en sortie de séjour suit logiquement cette tendance (les prescriptions de sortie d'hospitalisation d'un établissement privé à but lucratif étant comptabilisée dans les dépenses de soins de ville). En effet, une prescription faite par un prescripteur d'un établissement public ou privé à but non lucratif versus un prescripteur libéral en établissement privé à but lucratif a pour effet que, pour un même séjour, selon le type d'établissement dans lequel il sera réalisé, il comptera en PHEV ou en prescription de ville. Cela illustre le fait que la notion de PHEV renvoie à un élément statutaire et non pas de type de soins.

De ce fait, une évolution des parts de marché entre public et privé a mécaniquement un impact, toutes choses égales par ailleurs, sur la répartition PHEV/prescripteurs libéraux.

L'indicateur en nombre de lits pour l'hospitalisation complète et en places pour l'hospitalisation à temps partielle (HTP) en chirurgie et en médecine donne un premier niveau d'information du poids relatif de chaque secteur (cf. tableau 6).

Tableau 6 : Évolution du nombre de lits et places entre 2013 et 2023 par statut d'établissement

	Nombre de lits			Nombre de places		
	2013	2023	Evolution	2013	2023	Evolution
Secteur public	256 843	225 229	-12 %	39 704	45 771	15 %
Secteur privé à but non lucratif	58 058	53 819	-7 %	12 269	15 745	28 %
Secteur privé à but lucratif	97 887	90 315	-8 %	15 810	26 955	70 %
Ensemble	412 788	369 363	-11 %	67 783	88 471	31 %

Source : DREES, 2024, Panorama établissements de santé 2023

Toutefois, l'indicateur le plus adapté pour observer le transfert quantitativement entre enveloppe de ville issue des PHEV (activité des secteurs publics et privés à but non lucratif) et l'enveloppe de ville issue des prescripteurs libéraux (activité du secteur privé lucratif) reste la mesure des parts de marché de l'activité des établissements par statut.

La répartition des séjours entre secteur public et privé à but non lucratif et le secteur privé à but lucratif a évolué ces dernières années amenant mécaniquement des transferts des prescriptions en sortie d'hospitalisation dans le sous compartiment PHEV de l'enveloppe de ville[87] (cf. tableau 7) :

- la part des établissements du secteur public et privé à but non lucratif dans l'hospitalisation à temps complet et temps partiel en MCO a progressé amenant à un transfert vers le sous compartiment PHEV des prescriptions en sortie d'hospitalisation au sein de l'enveloppe de ville : à temps complet +3,9 points entre 2013 et 2023 et de façon moins marquée pour l'hospitalisation à temps partiel avec +0,6 point entre 2019 et 2023 ;
- dans le même temps, la part d'hospitalisation à temps complet et temps partiel a diminué en psychiatrie pour les établissements du secteur public et privé à but non lucratif, au profit du secteur à but lucratif amenant à une moindre part relative de prescriptions de sortie d'hospitalisation potentielles au sein du sous compartiment PHEV : à temps complet -7,9 points entre 2013 et 2023 et à temps partiel, -6,3 points entre 2019 et 2023 ;
- et la part d'hospitalisation à temps complet et temps partiel a diminué en soins de médicaux et de réadaptation (SMR) pour les établissements du secteur public et privé à but non lucratif, au secteur à but lucratif amenant à une moindre part relative de prescriptions de sortie d'hospitalisation potentielles au sein du sous compartiment PHEV : à temps complet -4,1 points entre 2013 et 2023 et à temps partiel, -7,2 points entre 2019 et 2023.

[87] Données DREES Panorama des établissements de santé 2023

Tableau 7: évolution des parts de marché en séjours HC et journées HTP par statut d'établissement entre 2013 et 2023

		ES publics et privés à but non lucratif	ES privés à but lucratif	ES publics et privés à but non lucratif	ES privés à but lucratif
		Part activité HC	Part activité HC	Part activité HTP	Part activité HTP
MCO	2013	74,3 %	25,7 %		
	2019	77,2 %	22,8 %	50,6 %	49,4 %
	2020	77,8 %	22,2 %	50,6 %	49,4 %
	2021	78,0 %	22,0 %	51,1 %	48,9 %
	2022	78,4 %	21,6 %	51,3 %	48,7 %
	2023	78,2 %	21,8 %	51,2 %	48,8 %
Psychiatrie	2013	84,1 %	15,9 %		
	2019	78,6 %	21,4 %	86,3 %	13,7 %
	2020	77,1 %	22,9 %	82,2 %	17,8 %
	2021	76,7 %	23,3 %	82,6 %	17,4 %
	2022	76,3 %	23,7 %	80,6 %	19,4 %
	2023	76,2 %	23,8 %	80,0 %	20,0 %
SMR	2013	68,2 %	31,8 %		
	2019	66,4 %	33,6 %	58,4 %	41,6 %
	2020	65,9 %	34,1 %	55,5 %	44,5 %
	2021	65,3 %	34,7 %	54,5 %	45,5 %
	2022	64,5 %	35,5 %	52,8 %	47,2 %
	2023	64,1 %	35,9 %	51,2 %	48,8 %

Source : Mission à partir des bases de données DREES

Si les évolutions semblent contrastées entre champs d'hospitalisation, les classes thérapeutiques les plus importantes financièrement relèvent du champ MCO. L'évolution des parts de marché du secteur lucratif et du secteur non lucratif dans le champ MCO semble donc être la plus déterminante sur les différences de dynamique entre PHEV et prescriptions des libéraux.

Ces tendances restent toutefois à moduler en fonction de la nature des prises en charge en termes de patientèle, de complexité ou de surspécialisation.

2.2.6. Le périmètre des PHEV comptabilisées dans cette enveloppe dépend de décisions réglementaires sur le financement ou le cadre de prescription de certaines dépenses

Les dépenses de PHEV sont très dépendantes des effets de périmètre qui ne constituent ni des évolutions des pratiques ni de modes d'organisation de soins, mais de décisions réglementaires affectant le cadre de financement ou de la prescription. En effet, certaines réformes ont conduit à l'affectation de certaines dépenses dans des enveloppes autres, par simple effet de transfert entre enveloppe de ville et enveloppe hospitalière. Nous pouvons citer l'intégration dans les budgets des établissements de santé des dépenses de transports inter hospitaliers à la suite de l'article 80 de la LFSS 2017 pour une dépense d'environ 300 M€ qui a conduit à une baisse de 2,1 % de ce poste de dépense dans l'enveloppe de ville (le taux d'évolution annuel moyen était de 3,5 % entre 2011 et 2018) ; ou encore l'ouverture du droit de prescription de certaines molécules onéreuses à des médecins libéraux et à leur dispensation possible en officine de ville (exemple médicaments antiviraux de l'hépatite C (HbC) en 2018 pour la délivrance et en 2019 pour la prescription par des médecins libéraux).

2.3. A type d'activité comparable, il existe des différences de pratiques de prescriptions entre établissements

Afin d'évaluer des différences potentielles de pratiques de prescription entre établissements hospitaliers, la mission a choisi d'étudier le recours à certaines molécules utilisées en oncologie, dans le cadre des thérapeutiques orales de nouvelle génération. Les traitements anticancéreux, autrefois accessibles uniquement par des soins hospitaliers (pesant sur la sous enveloppe hospitalière de l'Ondam), sont à présent accessibles par voie orale à domicile et ont de ce fait intégré les PHEV (pesant sur la sous enveloppe de ville de l'Ondam).

La mission a choisi pour ce travail de comparer les pratiques de prescription :

- de trois molécules recommandées dans le cadre du traitement du cancer de la prostate : l'abiratérone, l'enzalutamide et l'apalutamide. Toutes trois hormonothérapies recommandées dans le traitement du cancer de la prostate, elles ne sont pas strictement similaires. La mission a choisi de ce fait de comparer les pourcentages de prescription de chacune au sein d'un même établissement à celles d'autres établissements comparables ;
- d'une molécule utilisée dans le cadre du traitement de plusieurs cancers et ce de façon ancienne (Capécitabine). Si l'enjeu financier global peut paraitre limité (montants remboursés de 6 M€ en 2024), cette molécule est accessible par prescription de la molécule originelle, le princeps, et de plusieurs génériques. Elle permet de ce fait de comparer la pénétration de la prescription de génériques en cancérologie dans les pratiques d'établissements comparables.

La mission a choisi d'analyser les bases de données des centres hospitaliers universitaires (CHU). Ces établissements ont des tailles très différentes et une concurrence en recrutement en cancérologie variable selon les territoires (fonction des centres de lutte contre le cancer et établissements privés à but lucratif et non lucratif détenteurs d'autorisation en cancérologie à proximité), et ils bénéficient habituellement d'un positionnement de recours sur ces filières. Pour neutraliser ces effets, la mission a choisi des indicateurs permettant d'analyser les pratiques de prescription : comparaison de la part de prescription de chacun molécule par établissement.

La mission aurait souhaité pouvoir analyser plus finement les habitudes et pratiques de prescriptions en fonction des services ou des spécialités et ainsi pouvoir réaliser davantage de comparaisons pour éclairer le comportement de prescription des PHEV. Ce type d'étude est toutefois rendu en l'état impossible par l'absence d'identification des prescripteurs hospitaliers sur leur prescription (absence d'intégration du numéro RPPS dans le logiciel de dispensation en officine notamment) (cf. 2.4.3.).

2.3.1. L'analyse comparée de la prescription d'hormonothérapie orale dans le traitement du cancer de la prostate montre des différences de pratiques au sein des CHU métropolitains

Les trois molécules sélectionnées pour l'analyse sont utilisées dans le cadre des hormonothérapies de nouvelle génération contre le cancer de la prostate. A des fins d'étude, elles présentent l'avantage de traiter le même type de cancer sur le même organe et d'être déployées depuis une dizaine d'années. Ces trois molécules sont : l'abiratérone, l'enzalutamide et l'apalutamide.

Elles sont toutes recommandées en traitement de première intention du cancer de la prostate. Elles sont choisies en fonction de plusieurs paramètres comme le profil du patient, ses contre-indications et les potentielles interactions médicamenteuses avec d'autres thérapeutiques. Si les recommandations issues des sociétés savantes s'attachent à décrire l'efficacité de chacune de ces molécules, elles ne les comparent pas directement entre elles.

L'évaluation se concentre sur les centres hospitaliers universitaires (CHU) de métropole[88].

S'il est entendu que la patientèle de chaque établissement est – chaque année - unique, le nombre de patients dans chaque établissement étant important (il varie d'une centaine, pour Caen ou Angers par exemple, à 2 600 à l'AP-HP), la mission considère qu'en première approche les structures de ces patientèles peuvent être considérées comme proches[89]. Le recours majoritaire à l'une ou à l'autre des molécules à l'échelle d'un établissement, par rapport aux autres établissements, pourrait s'expliquer par un comportement de prescription différent. Pour neutraliser les effets de taille des établissements et de biais de recrutement de patients lié à la présence d'établissements concurrents (CLCC et cliniques privées), l'évaluation se focalise sur la comparaison des proportions de patients traités, et pas sur leur nombre.

Encadré 3 : Précisions méthodologiques sur la comparaison entre établissements de la prescription des trois molécules sélectionnées

Les données utilisées sont extraites du SNDS, et sont donc passées au filtre du « secret statistique » (qui impose de ne retenir que les établissements ayant traité au moins 11 patients chaque année). Pour cette raison, ainsi que pour garantir une meilleure comparabilité entre les établissements, l'évaluation a été conduite en se limitant aux centres hospitaliers universitaires (CHU) de métropole - étant considérés comme tels l'ensemble des CHU dont les établissements de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), de l'Assistance publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et des Hospices civils de Lyon (HCL).

Source : Mission

Les trois molécules sélectionnées représentent un montant total de remboursement de prescriptions hospitalières exécutées en ville de 390 M€ en 2024 (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Montant total remboursé de prescriptions hospitalières exécutées en ville pour les trois molécules sélectionnées en 2024

Nom ATC5	Montant 2024
L02BX03 - ABIRATERONE	70 890 128 €
L02BB04 - ENZALUTAMIDE	188 877 984 €
L02BB05 - APALUTAMIDE	131 935 301 €

Source : Open-PHMEV

Pour chaque molécule, plusieurs produits peuvent être disponibles sur le marché :

- pour l'abiratérone, quinze produits sont disponibles sur le marché, avec un conditionnement généralement de 60 comprimés de 500 mg (cf. tableau 9). Les deux seuls produits avec 1000 mg de substance active sont conditionnés dans des boites de 30 comprimés. Par conséquent, la quantité de substance active est constante dans toutes les boites. Le prix (hors honoraires de dispensation des pharmaciens) de la boite de produit princeps est fixé à 1546,03 € et celui des génériques à 500 mg à 871,44 € ;
- pour l'enzalutamide, un seul produit est disponible sur le marché : le comprimé pelliculé Xtandi de 40 mg, délivré en boites de 4 plaquettes de 28 comprimés, soit 112 comprimés. Son prix est fixé (hors honoraires de dispensation des pharmaciens) à 2 963,1 € ;
- pour l'apalutamide, une seule gamme de produits (Erleada) mais avec deux variations de posologie et de conditionnement sont disponibles sur le marché :
  - le comprimé de 60 mg, conditionné en boite de 120 ;
  - le comprimé de 240 mg, conditionné en boite de 30.

[88] Les données de tous les CHU Outre-mer ne sont pas toutes disponibles. Par ailleurs, les prix des médicaments sont différents en Outre-mer et peuvent potentiellement influer sur les pratiques de prescription de façon différentes.

[89] La mission fait l'hypothèse que pour chaque CHU, il n'y a pas de raison qu'il y ait un écart de proportion de patients démarrant, arrêtant ou passant, d'une molécule à l'autre, ni de proportion de patients nécessitant une adaptation de posologie en cours d'année.

Dans les deux cas, le prix d'une boite – qui contient donc la même quantité de substance active est fixé (hors honoraires de dispensation des pharmaciens) à 2 482,58 €.

En conclusion, pour chacune de ces trois molécules, la quantité de substance active par boite des différents produits disponibles sur le marché est identique[90]. De ce fait, les variations dans le nombre moyen de boîtes par patient correspondent à des différences de pratiques de prescription[91].

Tableau 9 : Produits avec abiratérone disponibles sur le marché en 2025

Nom du produit	Générique / Princeps / Hybride[92]	Dosage par comprimé	Nombre de comprimés par boîte	Prix de la boîte en €
ACCORD 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
ACETATE ZYDUS 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
ARROW 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
BIOGARAN 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
CRISTERS 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
EG 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
EVOLUGEN 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
KRKA 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
MYLAN 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
SANDOZ 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
SANDOZ 1000 mg	Générique	1000 mg	60	1170,96
TEVA 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
ZENTIVA 500 mg	Générique	500 mg	60	871,44
IBBRON 1000 mg	Hybride	1000 mg	30	1170,96
ZYTIGA 500 mg	Princeps	500 mg	60	1546,03

Source : Vidal, base de données publique des médicaments

Par ailleurs, le prix des différents produits de chaque molécule est semblable, en dehors du princeps de l'abiratérone, qui est 77 % plus cher que les génériques. Hormis ce cas donc, pour chaque molécule le recours à l'un ou l'autre de ces produits n'affecte pas le coût moyen par patient traité.

En revanche, la posologie des trois molécules étant différentes, il n'est pas possible de comparer entre eux le nombre de boites délivrées pour chacune des molécules.

2.3.1.1. Le recours comparé à ces trois molécules est très hétérogène en fonction des établissements

Le recours à l'une ou à l'autre de ces molécules au sein des CHU est très hétérogène (cf. graphique 4) :

- l'ensemble des CHU métropolitains utilisent de l'enzalutamide ;

[90] A l'exception du produit Abiratérone Sandoz 1000mg de Sandoz, qui présente une quantité double de substance active par boite, pour un prix 34 % supérieur.

[91] Pour l'apalutamide, le dosage à 60 mg correspond à une adaptation de posologie selon la tolérance du patient. Pour l'enzalutamide la posologie recommandée est de 4 comprimés par jour mais peut être aussi diminuée à 120 ou 80 mg selon la tolérance du patient. La mission prend le parti méthodologique de considérer que la proportion de patient nécessitant une adaptation de posologie en cours d'année pour chaque CHU est proche.

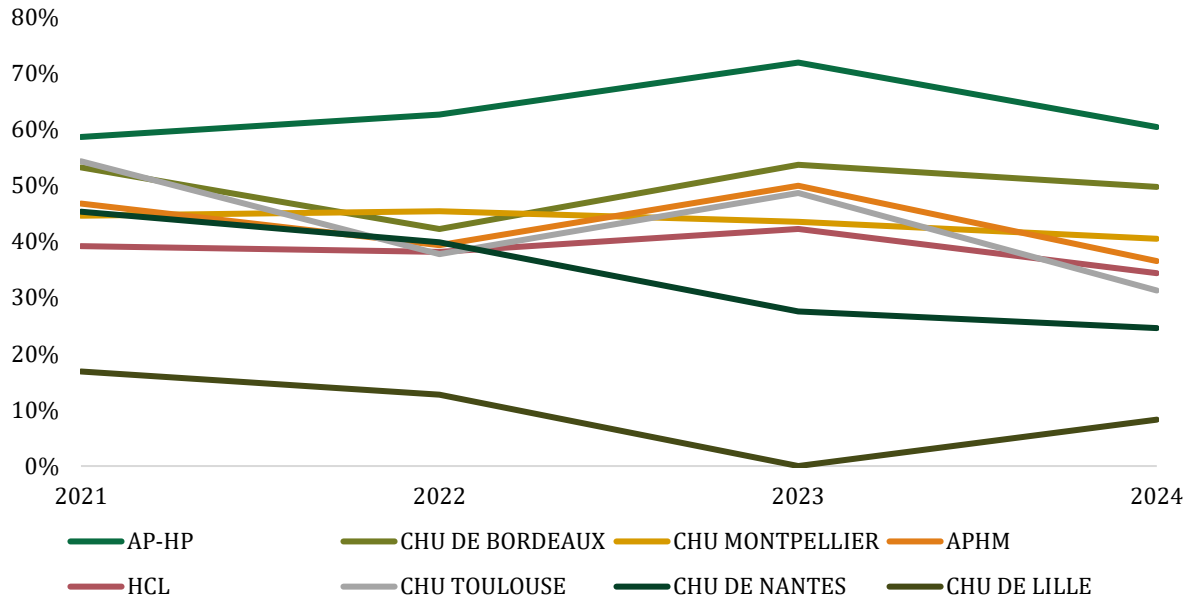
[92] Les médicaments hybrides sont définis comme des médicaments qui ne répondent pas à la définition d'un médicament générique en raison d'une différence par rapport à une spécialité de référence, qui a perdu son brevet. Cette différence peut concerner par exemple un nouveau conditionnement, un nouveau dosage ou une nouvelle voie d'administration.

- trois CHU (Limoges, Nancy, Brest) n'utilisent que deux molécules : l'enzalutamide et l'abiraterone pour Brest et Limoges et l'enzalutamide et l'apalutamide pour Nancy ;
- tous les autres CHU utilisent les trois molécules dans des proportions différentes.

Ainsi, parmi les patients traités en 2024 avec l'une de ces molécules, 61 % le sont par exemple avec l'abiratérone au sein de l'AP-HP, contre 37 % à l'AP-HM et 8 % au CHU de Lille. De même, 14 % de patients traités au sein du CHU de Bordeaux le sont par apalutamide, contre 46 % au CHU de Toulouse

Ce recours différencié à l'une ou à l'autre de ces trois molécules entre les CHU n'est pas l'effet d'une année en particulier : on observe les mêmes différences entre les établissements depuis 2020. Par ailleurs, le comportement de prescription de ces trois molécules évolue peu dans chaque établissement (cf. graphique 10, graphique 11et graphique 12). Ainsi, on observe que la proportion de patients traités avec l'abiratérone au sein de l'AP-HP est semblable en 2020 et en 2024 (59 % et 61 % respectivement), soit bien davantage qu'au sein des HCL (39 % et 42 % respectivement).

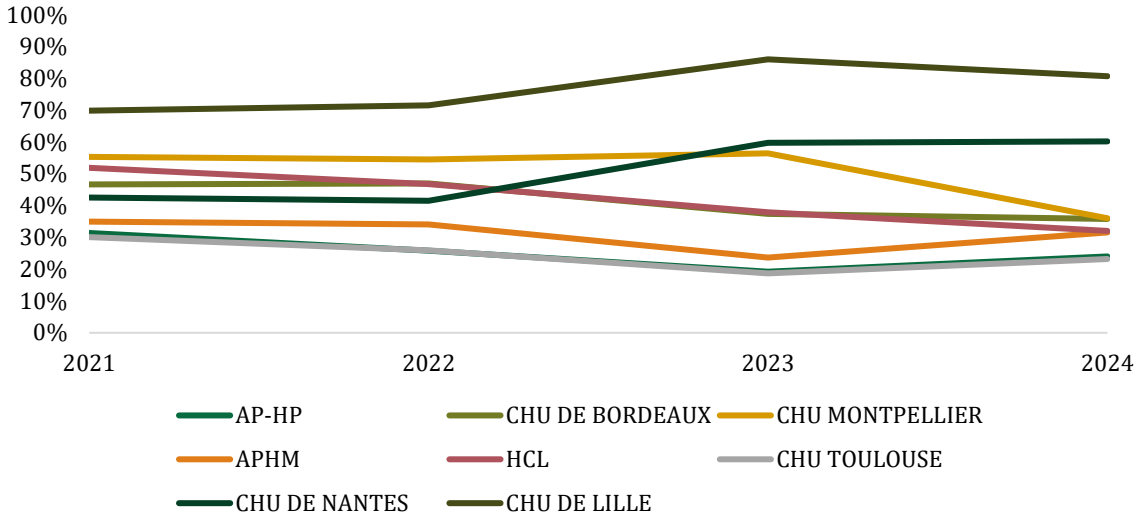
Graphique 10 : Évolution de la proportion de patients traités par de l'abiratérone pour huit CHU entre 2020 et 2024



Source : SNDS. N.B : ont été choisis, pour des raisons de clarté, seulement les huit CHU présentant le plus de patients traités

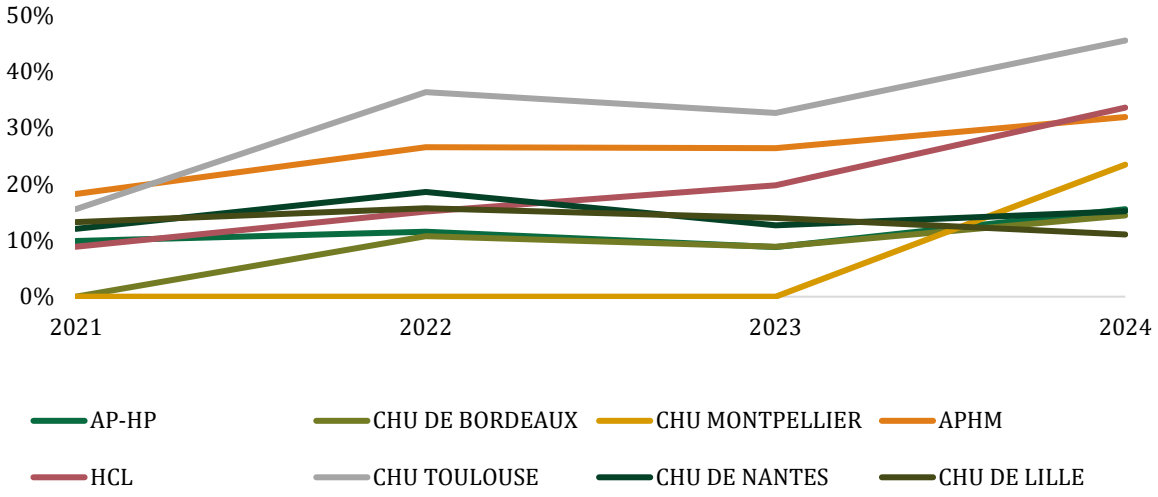
Annexe III

Graphique 11 : Évolution de la proportion de patients traités par de l'enzalutamide pour huit CHU entre 2020 et 2024



Source : SNDS. N.B : ont été choisis, pour des raisons de clarté, seulement les huit CHU présentant le plus de patients traités

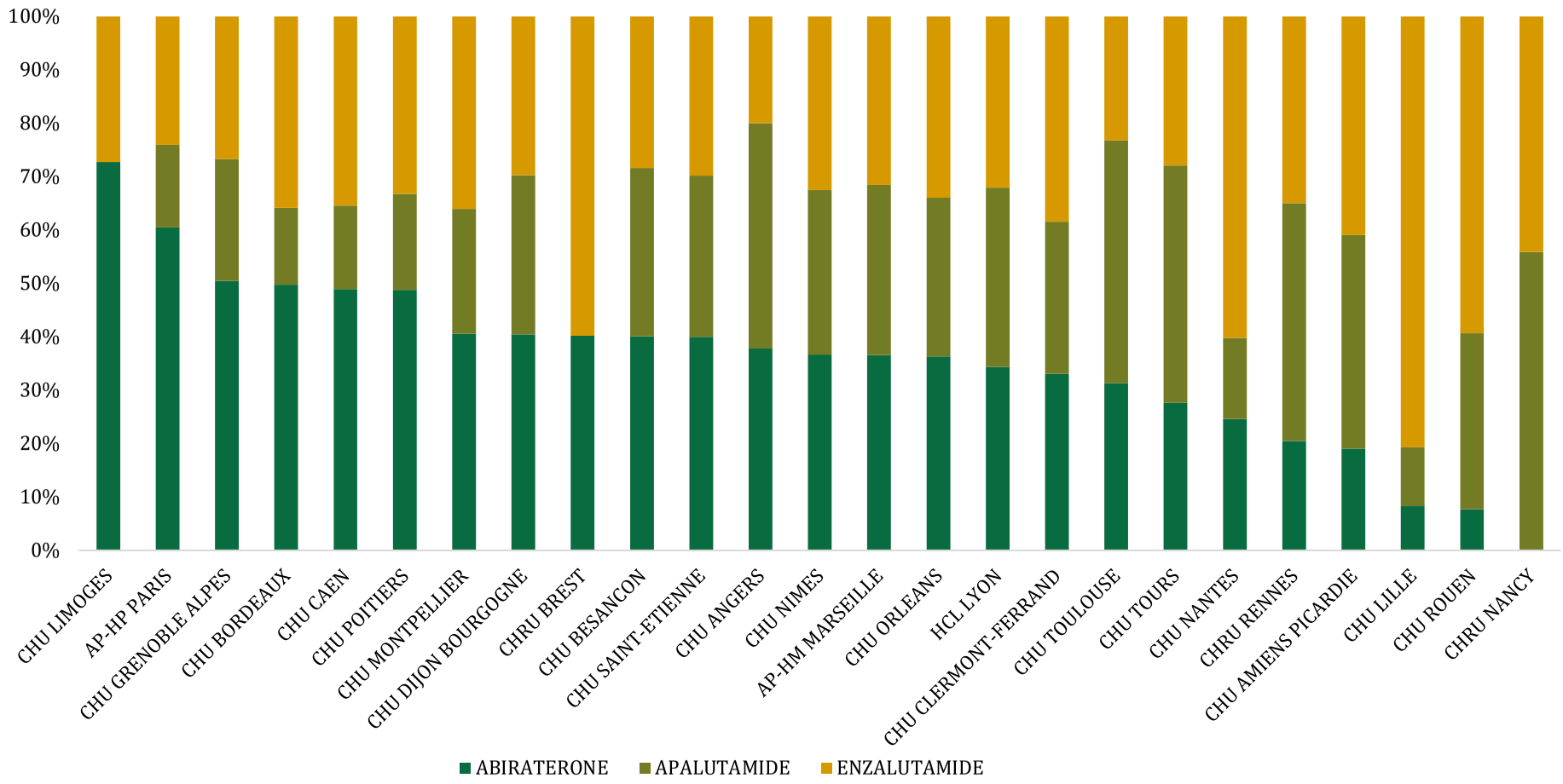
Graphique 12 : Évolution de la proportion de patients traités par de l'apalutamide pour huit CHU entre 2020 et 2024



Source : SNDS. N.B : ont été choisis, pour des raisons de clarté, seulement les huit CHU présentant le plus de patients traités

Annexe III

Graphique 13 : Part des patients traités de chaque CHU ayant reçu une des trois molécules en 2024



Source : SNDS. Classement des données par ordre décroissant de prescription d'abiraterone

2.3.1.2. Le nombre de boites de chaque molécule, délivrées à chaque patient, est également très hétérogène en fonction des établissements

Pour chaque molécule, le nombre moyen de boites remboursées par patient est très hétérogène en fonction des établissements. Ainsi, dans le cas de l'enzalutamide, le nombre de boites moyen varie du simple au double : de 7,19 au CHU de Poitiers à 3,65 au CHU de Strasbourg (cf. tableau 10). Dans le cas de l'abiratérone, il varie de 1,58 (au CHU de Lille) à 5,29 (au CHU de Rouen). Ces différences peuvent s'expliquer de deux manières :

- les établissements ne prescrivent pas des boites de même taille. Cette explication n'est toutefois valable ici que pour le cas de l'abiratérone, les deux autres molécules étant conditionnées dans des boîtes qui contiennent toujours le même volume de principe actif ;
- les établissements ne prescrivent pas la même posologie et la même durée de traitement aux patients.

Dans les deux cas, la mission identifie qu'il existe des différences de prescription entre établissements[93].

Tableau 10: Nombre moyen de boites de chacune des molécules remboursées par patient en fonction des établissements en 2024

Établissement	Abiratérone	Enzalutamide	Apalutamide
CHU ROUEN	5,29	6,01	4,78
CHU POITIERS	5,27	7,19	7,2
CHU TOURS	5,12	6,44	4,08
CHU GRENOBLE ALPES	5,1	4,96	4,51
CHU TOULOUSE	4,86	4,94	4,75
CHU ORLEANS	4,84	7,04	5,44
CHU AMIENS PICARDIE	4,73	4,94	3,99
CHU LIMOGES	4,69	4,07	0
HCL	4,47	5,77	4,78
CHU MONTPELLIER	4,22	4,73	5
AP-HP	4,07	5,58	4,52
CHU SAINT-ETIENNE	4,01	4,64	4,07
AP-HM	4	4,25	4,35
CHU BESANCON	3,88	5,56	4,54
CHRU BREST	3,7	5,22	0
CHU CAEN	3,62	4	3,8
CHU CLERMONT-FERRAND	3,6	5,5	3,62
CHU ANGERS	3,59	6,89	4,13
CHU BORDEAUX	3,56	6,19	3,74
CHU NIMES	3,33	4,63	3,28
CHU NANTES	2,72	4,37	3,69
CHU STRASBOURG	2,6	3,65	3,1
CHU LILLE	1,58	4,72	3,25
CHRU NANCY	0	3,8	2,84

Source : SNDS

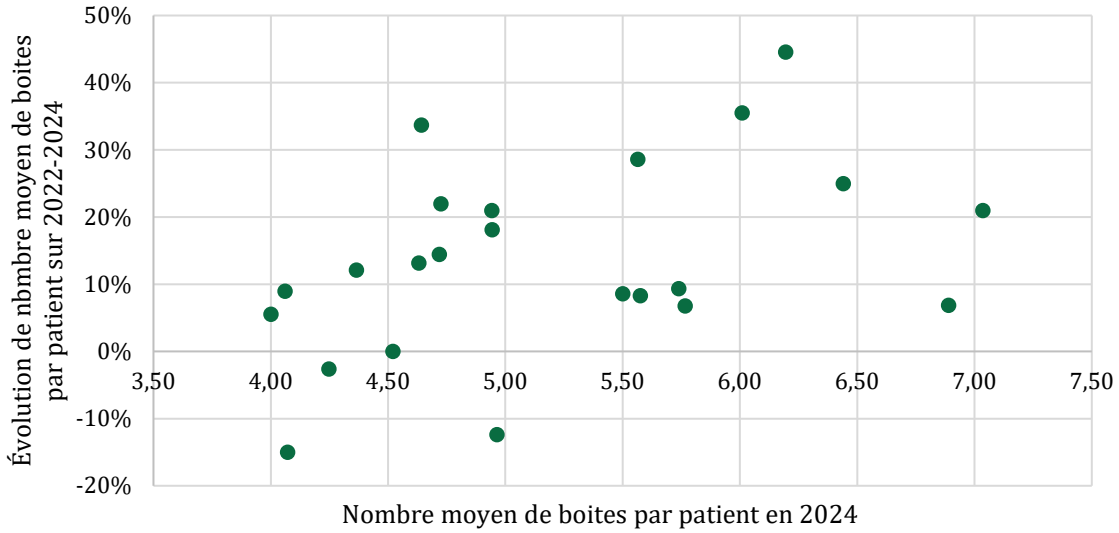
[93] Cette conclusion n'est possible que du fait de la méthode retenue de comparaison de proportion de prescription de chaque référence. La mission a fait l'hypothèse que pour chaque CHU, il n'y a pas de raison qu'il y ait un écart de proportion de patients démarrant, arrêtant ou passant, d'une molécule à l'autre, ni de proportion de patients nécessitant une adaptation de posologie en cours d'année, et par conséquent de prescription d'un type de boite plutôt qu'un autre et d'un nombre de comprimé par jour par patient plutôt qu'un autre.

Par ailleurs, l'évolution du nombre moyen de boites par patient au sein de chaque établissement, sur les dernières années est également fortement hétérogène. Dans le cas de l'enzalutamide, il varie de -15 % (au CHU de Limoges) à +44,5 % (au CHU de Bordeaux) sur la période 2022-2024 (cf. graphique 14). Des établissements avec un nombre de boites semblables par patient (comme les CHU de Tours et d'Angers) peuvent avoir des évolutions de nombre moyen de boites par patient très différentes (+6,8 % et +25 % respectivement).

Enfin, ces différences de prescription (et leurs évolutions) entre établissements se traduisent par un coût (et une évolution de ce coût) moyen par patient très hétérogènes en fonction des établissements.

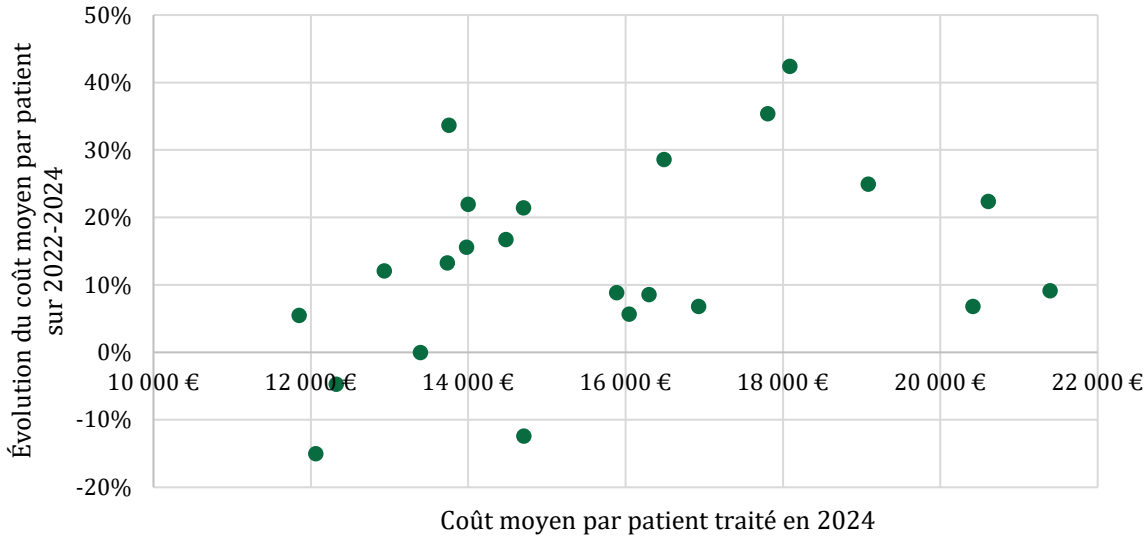
Ainsi, le remboursement de l'enzalutamide représente par exemple un coût moyen par patient traité en 2024 de 12 322 € à l'AP-HM et de 18 086 € au CHU de Bordeaux (cf. graphique 15). Sur la période 2022-2024, ce coût moyen par patient traité à l'enzalutamide a diminué dans certains établissements (-5 % à l'AP-HM par exemple) et augmenté dans d'autres (+42 % au CHU de Bordeaux et +21 % au CHU de Toulouse par exemple). Des établissements avec un coût moyen par patient traité semblable peuvent avoir des évolutions de ce coût très différents (-12 % au CHU de Grenoble contre +21 % au CHU de Toulouse par exemple).

Graphique 14 : Nombre moyen de boites d'enzalutamide par patient et évolution de ce nombre entre 2022 et 2024 en fonction des établissements



Source : SNDS

Graphique 15 : Coût moyen par patient traité avec l'enzalutamide et évolution de ce coût entre 2022 et 2024 en fonction des établissements



Source : SNDS

2.3.2. La prescription comparée entre CHU d'un traitement anticancéreux oral montre une pénétration des génériques dans les pratiques très inégale

Sur les mêmes principes méthodologiques que présenté au point ci-dessus, la mission a également étudié le recours aux différents médicaments appartenant à la classe ATC5 de la molécule « capécitabine ». Il existe 19 médicaments appartenant à cette classe[94]. D'après les données extraites du SNDS, dix de ces médicaments sont utilisés par les CHU de métropole en 2024 (cf. tableau 11).

Tableau 11 : Médicaments à base de capécitabine utilisés par les CHU en 2024

Médicament	Princeps / Générique	Dosage	Prix (hors honoraires de dispensation)
Xeloda 150 mg	Princeps	150 mg, 60 comprimés	22,10 €
Xeloda 500 mg	Princeps	500 mg, 120 comprimés	145,37 €
Capécitabine Arrow 150 mg	Générique	150 mg, 60 comprimés	22,10 €
Capécitabine Arrow 500 mg	Générique	500 mg, 120 comprimés	145,37 €
Capécitabine Biogaran 150 mg	Générique	150 mg, 60 comprimés	22,10 €
Capécitabine Biogaran 500 mg	Générique	500 mg, 120 comprimés	145,37 €
Capécitabine Sandoz 500 mg	Générique	500 mg, 120 comprimés	145,37 €
Capécitabine Teva	Générique	500 mg, 120 comprimés	145,37 €
Capécitabine Viatris 150 mg	Générique	150 mg, 60 comprimés	22,10 €
Capécitabine Viatris 500 mg	Générique	500 mg, 120 comprimés	145,37 €

Source : Base de données publique des médicaments

On observe que les prescriptions de ces différents médicaments sont très variables entre les CHU (cf. graphique 16). Les médicaments les plus utilisés sont :

- le princeps Xeloda 500mg (28 % des patients traités en 2024) ;
- le générique Viatris 500mg (20 % des patients traités en 2024) ;

[94] D'après la base de données publique des médicaments.

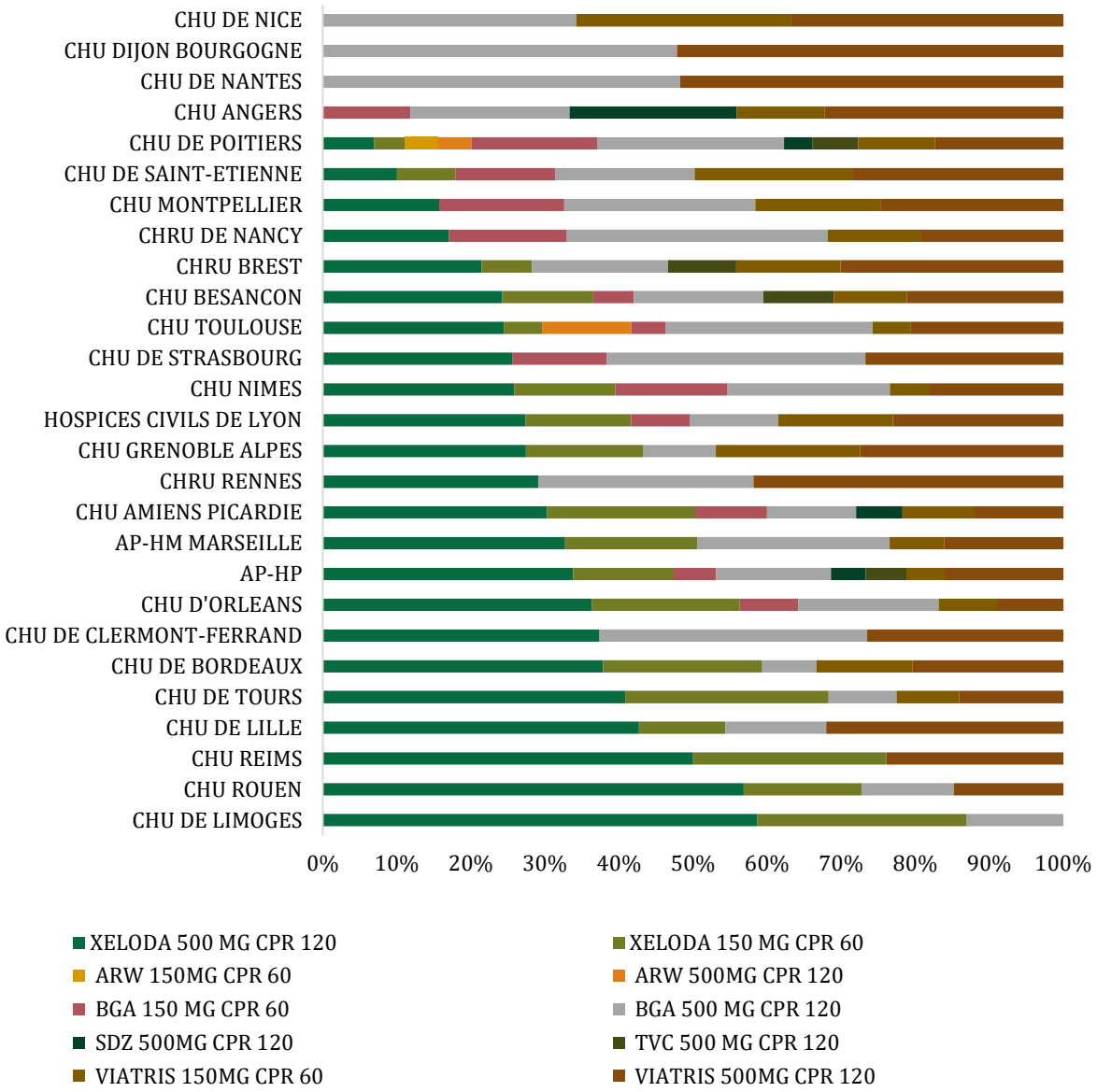
- le générique Biogaran (18 % des patients traités en 2024) ;
- le princeps Xeloda 150mg (12 % des patients traités en 2024).

Les autres médicaments représentent chacun moins de 9 % des patients traités en 2024.

L'utilisation du princeps est nulle pour 4 des 25 CHU. Inversement, elle atteint 87 % des patients au CHU de Limoges, et dépasse les 50 % dans 11 des 27 CHU (cf. graphique 17).

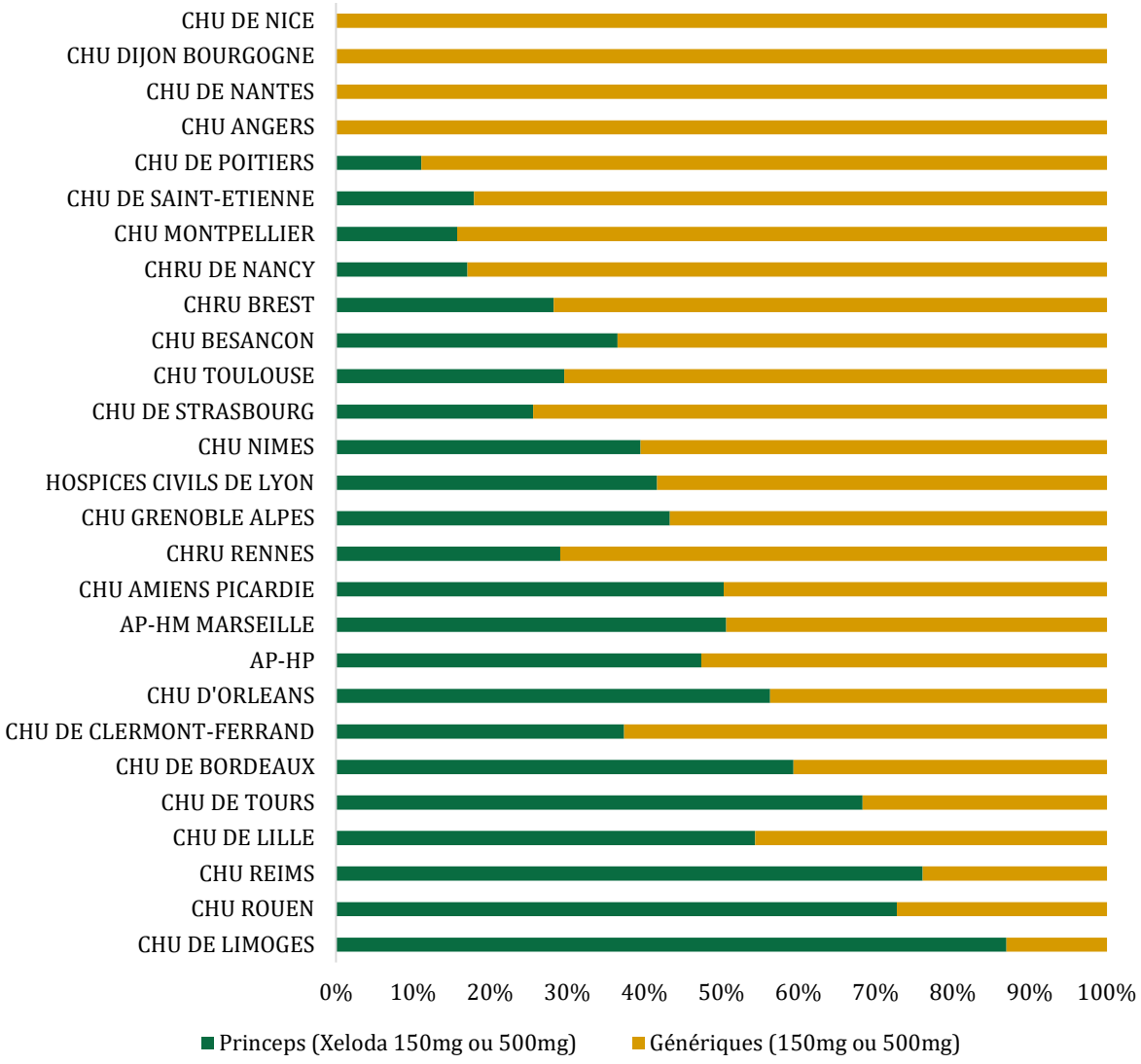
Ces données montrent que le recours au générique dans les pratiques de prescription de la capécitabine est fondé puisque la très grande majorité des CHU y recoure. Elles montrent toutefois que le taux de pénétration des génériques est très variable selon les CHU.

Graphique 16 : Utilisation des différents médicaments de la capécitabine (en proportion des patients traités) selon les CHU en 2024



Source : SNDS

Graphique 17 : Utilisation du princeps et des génériques de la capécitabine (en proportion des patients traités) selon les CHU en 2024



Source : SNDS

La mission conclut que ces écarts sont le reflet de pratiques de prescription différentes selon les établissements. L'alignement des prix entre princeps et génériques n'amène pas ici à une économie en cas de modification des pratiques.

Cette conclusion est conditionnée au fait que les tarifs entre princeps, hybride et génériques soient effectivement alignés, ce qui n'est pas toujours le cas (cf. exemple *supra*).

2.4. Si des leviers de contractualisation ont été mobilisés pour tenter de contenir la dynamique de dépense des PHEV, ils sont aujourd'hui insuffisants au regard des montants en jeu et de la trajectoire des dépenses

2.4.1. A ce jour, la régulation des dépenses de PHEV repose principalement sur le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES).

Tous les établissements ne font pas l'objet d'un CAQES : seuls certains établissements sont ciblés en fonction de leurs résultats sur les indicateurs nationaux et/ou régionaux. Pour ces établissements ciblés, la signature d'un CAQES est obligatoire et des dispositifs d'accompagnement portés par l'agence régionale de santé (ARS), la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) voire des partenaires comme par exemple les observatoires – régionaux du médicament, des dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique (Omedits, cf. encadré 4) sont proposés. Les résultats liés à cette contractualisation demeurent limités et surtout marginaux au regard de l'évolution globale des PHEV (*cf. infra*, annexe relative aux leviers de régulation).

Encadré 4 : Le rôle des OMEDITs (Observatoire du Médicament, des Dispositifs médicaux et de l'Innovation Thérapeutique)

Il existe un OMEDIT par région, financé par l'agence régionale de santé territorialement compétente et positionné en accompagnement des établissements de santé, des établissements médico-sociaux et du secteur ambulatoire. Leurs missions sont définies dans par décret : renforcer la qualité, la sécurité et la pertinence de l'usage des produits de santé et lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse ; apporter une expertise médico-économique sur les produits de santé et contribuer à la gestion des évènements indésirables graves associés aux soins impliquant des produits de santé.

Les Omedits régionaux travaillent sur la base des conventions conclues avec les ARS qui flèchent les études et accompagnements financés par le fond d'intervention régional (FIR). Si leurs moyens entre 2022 et 2024 ont augmenté au global, passant de 7,5 M€ en 2022 à 9,8 M€ en 2024, la tendance est inégale entre régions.

Les Omedits travaillent principalement sur la juste prescription et le bon usage des médicaments et dispositifs médiaux d'une part et sur le circuit du médicament d'autre part. S'ils couvrent les secteurs ville, médico-social et hôpital, la diffusion des outils et leur appropriation semble plus complexe en ville. Au-delà de leur rôle de sensibilisation des professionnels de santé, ils accompagnent le CAQES (suivi, bilan) mais également la mise en place de dispositifs comme celui porté par IATROPREV pour la déprescription et la prévention de la iatrogénie (cf. Annexe IV Juste prescription)

Parmi les actions menées, leurs travaux sur le repérage d'atypies dans les prescriptions peuvent être un levier intéressant pour autant que les autorités nationales s'en saisissent. Leur impossibilité d'accéder directement au SNDS et leur isolement de l'Assurance maladie ou du GIS EPI-PHARE s'agissant des travaux sur la pertinence peu poser question.

Source : Mission

A ce contrat s'ajoutent des programmes de visites de l'assurance maladie dans les établissements, amenant à des échanges lors de séances de la commission médicale d'établissement (CME), ne touchant alors qu'une infime partie des prescripteurs. Certains messages sont portés directement dans les services, réputés gros prescripteurs au niveau national (exemple : activités en séances[95] et transports sanitaires). Les prescripteurs hospitaliers ont en particulier été sensibilisés par ce biais aux enjeux de la prescription médicale de transport et aux arrêts de travail.

[95] Radiothérapie, dialyse, hôpital de jour (oncohématologie, médecine interne…)

Il n'existe aujourd'hui pas de sanction financière pour les établissements n'atteignant pas l'objectif contractualisé. Un dispositif d'intéressement est en place avec un niveau national (possibilité de récupérer 20 % à 30 % des économies générées) et un niveau régional (déterminé à partir d'une enveloppe du fond d'intervention régional (FIR)). Les critiques fréquemment émises par les établissements portent sur un niveau d'intéressement insuffisant et non fléché vers les équipes ayant contribué à l'évolution des pratiques. Un discours de responsabilité collective dans la préservation du système de santé doit pouvoir remplacer le principe d'intéressement si celui de sanction reste écarté.

2.4.2. Les travaux menés ces dernières années sur la maitrise de ces dépenses ont pourtant donné des résultats et doivent être intensifiés

Des travaux de suivi et de maitrise des dépenses ont été menés au niveau national de 2011 à 2017 via les Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Organisation des soins **(**CAQOS), puis après 2017 dans le cadre des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES). Des objectifs d'évolution ont été contractualisés avec les établissements de santé, les agences régionales de santé (ARS) et l'assurance maladie sur les principaux postes de dépense. Des actions plus spécifiques ont été ciblées sur la prescription des pansements, des perfusions à domicile (Perfadom) (cf. encadré 8), de certaines classes médicamenteuses (IPP, ézétimibe), des médicaments génériques et les biosimilaires et des transports sanitaires principalement. Les établissements bénéficient, en cas d'atteinte des objectifs fixés, d'un intéressement dont les modalités ont évolué dans le temps.

Encadré 5 : Actions concrètes de réduction des dépenses de perfusion à domicile en sortie d'hospitalisation « Perfadom »

La perfusion à domicile peut être réalisée par voie veineuse (avec abord central ou périphérique), sous cutanée ou péri nerveuse, selon trois modes d'administration : gravité, diffuseur, ou système actif (pompe ou pousse seringue) électrique. Pour chaque mode d'administration, il existe plusieurs types de forfaits avec des tarifs de facturation très variables.

Le nombre de prescriptions de perfusion à domicile a augmenté ces dernières années, engendrant une hausse des dépenses de santé en ville de la LPP.

Afin de limiter les dépenses de santé et de sécuriser la prise en charge thérapeutique du patient à domicile, la prescription du mode d'administration le plus efficient doit être privilégiée. Le RESOMEDIT[96] a élaboré un arbre décisionnel d'aide à la prescription de perfusion à domicile et un référentiel d'appui à la prescription à destination des établissements de santé. Il traite par exemple de l'optimisation des modalités d'administration de l'antibiothérapie à domicile.

Sur la base de ce référentiel, certains établissements ont rédigé des protocoles de prescription de sortie, validés à l'échelle institutionnelle et intégrés dans les outils de prescription informatisés (LAP).

Certaines régions, comme l'ARS PACA/corse, ont contractualisé avec les établissements de leur région, la réalisation d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) à l'échelle institutionnelle.

Les résultats ont été calculés sur la base d'indicateurs définis nationalement : exemple taux de recours aux systèmes actifs et diffuseur.

Source : Mission

Les dispositifs de maitrise des dépenses par l'assurance maladie dans les CAQES portant sur le champ de la mission ont permis de générer en 2022 (cf. tableau 12) une moindre dépense à hauteur de 37 M€ sur six mois pour les indicateurs régionaux concernant plus spécifiquement le périmètre de la mission. Pour cette raison, ils doivent être poursuivis. Selon la mission, un ciblage, basé sur des données à l'échelle du prescripteur tel que décrit au point précédent, doit accompagner les actions de l'assurance maladie pour en améliorer le rendement.

[96] Réseau regroupant les OMEDIT régionales

Tableau 12 : Économies générées par l'indicateur régional CAQES sur la période juillet à décembre 2022 et 2023, en M€

Indicateur CAQES régional	2022	2023
Insuffisance cardiaque	2,90	4,90
Examens préanesthésiques	0,08	0,11
Pansement	0,74	3,13
Transport	27,46	29,66
Ezétimibe	0,01	NA
Inhibiteurs pompes à protons	0,86	0,54
Perfadom	5,49	45,19
Total	37,54	83,53

Source : CNAM et DSS[97]

Certaines régions portent encore des actions de substitution vers des génériques et biosimilaires. La prescription obligatoire en dénomination commune internationale (DCI)[98] dans les outils de prescription hospitalière évite en théorie l'émission d'ordonnance PHEV en nom commercial dès lors qu'un générique ou un biosimilaire existe. Le rôle de substitution du pharmacien d'officine pour les médicaments inscrits au livret des génériques et biosimilaires devrait de ce fait être minime.

L'objectif de limiter le montant des prescriptions exécutées en ville a pu induire chez certains prescripteurs des effets pervers, comme la limitation de la durée de prescription à la sortie. Cette tendance peut certes être bénéfique en termes d'efficience lorsque l'évolution du patient nécessite sa réévaluation avec adaptation de la prescription, limitant ainsi le gaspillage. Le bilan économique global de cette tendance doit toutefois tenir compte des prescriptions qui ne sont pas évitées mais simplement transférées vers les prescripteurs libéraux et du coût des consultations de réévaluation qui auraient pu être évitées.

Le rôle du pharmacien d'officine est majeur dans la limitation du gaspillage des produits de santé PHEV. Une limitation de la première quantité remboursable (fractionnement de la délivrance) de certains produits de santé et actes est de nature à éviter le gaspillage ou l'inadaptation de la prescription une fois le patient sorti d'hospitalisation. C'est le cas récent des pansements, limités à sept jours en première délivrance[99], ce qui est justifié par l'évolution possible de la plaie amenant à un ajustement des produits nécessaires. Une telle démarche pourrait s'appliquer de manière plus large aux prescriptions de produits de santé (exemple de la perfusion à domicile). Il serait toutefois nécessaire pour cela de distinguer les prescriptions méritant une réévaluation après la sortie de l'hôpital par les équipes de soin primaire (exemple : ordonnance de sortie d'un patient polymédiqué hospitalisé pour un épisode aigu) de celles issues d'une consultation externe sans nécessité de réévaluation (exemple : suivi d'une maladie chronique spécialisée d'un patient jeune).

[97] Rapports d'Evaluation des Politiques de Sécurité Sociale (REPSS) 2023 : Objectif n°5 : Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; 2.11.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins dans les établissements.

[98] Depuis le 1er janvier 2015, tous les médicaments doivent être prescrits en dénomination commune internationale (DCI), désignant le nom de la substance active qu'ils contiennent.

[99] Arrêté du 13 mars 2025. La même prescription, passé cette première limitation de durée de délivrance peut ensuite être délivrée sans limitation.

2.4.3. Certaines données nécessaires au pilotage des PHEV doivent devenir disponibles, collectées et suivies

L'incapacité des régulateurs (assurance-maladie, ARS) à connaitre le type d'activité et le professionnel à l'origine d'une prescription entrave l'analyse fine des données et de leurs dynamiques. Elle les prive en particulier de la possibilité de mener des actions ciblées, qui pourraient avoir une efficacité plus grande que celles réalisées à l'échelle d'un établissement.

La connaissance du type d'activité à l'origine de la prescription est également un élément essentiel à la description, l'analyse et la définition d'actions de maitrise médicalisée. En effet, tel que cela a été décrit au point 1, le contenu de la prescription en sortie d'une consultation doit pouvoir être isolée d'une prescription en sortie d'hospitalisation. En effet, les enjeux de coordination avec les acteurs de soins primaires et les risques de redondance, de gaspillage, ainsi que de iatrogénie sont distincts.

L'inscription du RPPS du médecin, pour toutes les prescriptions et les prescriptions médicamenteuses en particulier, fait l'objet d'une obligation réglementaire s'imposant au prescripteur[100]. Les données du fichier RPPS sont standardisées. Son import dans les différents formulaires informatiques issus des logiciels de prescription hospitaliers ne représente de ce fait aucune difficulté technique. L'intégration du numéro RPPS ne figure pas aujourd'hui dans les critères du Ségur numérique hospitalier, alors que ce plan national est un accélérateur de la transformation numérique, en particulier du fait de ses accompagnements financiers. L'absence de suivi individualisé du prescripteur hospitalier n'est pas uniquement liée à un défaut d'outillage : configuration des outils d'aide à la prescription hospitalière, organisation des services hospitaliers ne garantissant pas aujourd'hui la mention de cette donnée sur l'ordonnance.

C'est d'une part une question d'organisation interne aux établissements :

- la prescription est en pratique accessible à des médecins non-inscrits à l'ordre des médecins et de ce fait non dotés d'un numéro RPPS : internes en médecine en poste ou effectuant des un remplacement, certains médecins étrangers. La pratique courante dans les établissements est la prescription sous le numéro RPPS du chef de service. Ce dernier serait alors potentiellement en atypie de données en volume de prescription (pondéré à son temps d'activité non clinique) ou en nature s'il ne supervise pas la totalité des prescriptions effectuées. Cet usage nécessiterait un dialogue personnalisé entre l'assurance maladie et les chefs de service concernés ;
- l'identification des prescripteurs hospitaliers dans les logiciels métiers repose peu sur l'usage de la carte professionnelle de santé (CPS) des médecins (et carte professionnelle d'établissement (CPE) pour les personnels non médicaux). Certains établissements déploient toutefois l'identification des professionnels par ce biais (accès à des zones sécurisées, badgeage, authentification à des logiciels). Pour autant le paramétrage des logiciels hospitaliers permet la saisie du numéro RPPS sur les documents édités (en particulier via la signature électronique du médecin). Il nécessiterait toutefois la ressaisie par le pharmacien si le format n'est pas automatiquement transposable dans d'autres logiciels en aval de la prescription ;

[100] Arrêté du 23 septembre 2022 relatif à la mise en œuvre du « Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé » (RPPS)

C'est également un enjeu de saisie de cette information par le pharmacien d'officine au moment de la délivrance de la prescription. Ce déficit de saisie est d'autant plus étonnant que la transmission du numéro d'identification des prescripteurs hospitaliers au RPPS en plus du numéro FINESS de l'établissement[101] a été une mesure intégrée à la rémunération sur objectifs des pharmaciens dans l'avenant 11 à la convention pharmaceutique en 2016, avant de devenir une obligation inscrite dans la loi à l'article L162-5-18 du code de la sécurité sociale.

L'information nécessaire du RPPS est inscrite au cahier des charges de l'ordonnance numérique. Son calendrier de déploiement pour toutes les prescriptions et tous les prescripteurs n'est pas compatible avec l'atteinte de l'objectif de la connaissance par l'assurance maladie de ces informations.

La question de la disponibilité des données nécessaires à un pilotage éclairé par l'assurance maladie sur la base de données plus fines doit être résolue sans délai. Les calendriers du déploiement de l'ordonnance électronique ne permettent pas de faire reposer l'atteinte de l'objectif sur ce déploiement. Au vu des montants remboursés de PHEV et de leur évolution, ce pilotage est en effet impératif. Il semble illusoire d'envisager une évolution des modalités actuelles du Caqes sans avoir mené au préalable cette étape de description des PHEV indispensable :

- au dialogue avec les prescripteurs sur la base de données objectives ;
- au dialogue de gestion avec les chefs d'établissement, employeurs des médecins salariés à l'origine des PHEV, sans données leur permettant de mettre en place des actions ciblées, au-delà des actions collectives en place.

Envisager un Caqes rénové, avec un bonus/malus applicable à l'établissement employeur, sans ces informations entache l'acceptabilité de cette mesure.

Enfin, l'application de malus en cas de non atteinte de l'objectif serait une rupture d'équité envers les prescripteurs de ville, non soumis à malus en cas de non atteinte des cibles qui leur sont attribuées.

2.5. Un livret thérapeutique, concerté avec les communautés médicales, doit encadrer plus fortement la prescription des molécules onéreuses disposant de génériques et biosimilaires

La prescription au sein d'un établissement de santé s'appuie sur un livret thérapeutique, sous ensemble propre à chaque établissement, du panel des médicaments disponibles à la prescription en France. Toutes les molécules n'y sont pas référencées, cela dépend des arbitrages réalisés au sein de l'établissement.

Les habitudes de prescriptions des médecins intervenants dans un établissement, dont celles des médecins en formation, se forgent ainsi sur la base de ce champ des possibles. Ce socle est structurant pour les prescriptions effectuées lors du séjour du patient mais également pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV), qui prolongent souvent les prescriptions faites durant le séjour hospitalier.

[101] Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS) est le répertoire de référence pour les établissements à caractère sanitaire, social ou médico-social et de la formation aux professions sanitaires et sociales

Encadré 6 : Démarche de substitution des biothérapies par biosimilaires de l'APHP

L'APHP a mené une démarche de recentrage du livret thérapeutique vers un thésaurus de références restreint, couvrant en particulier mais de façon non exclusive les molécules onéreuses de la liste en sus (LES) . Des travaux sont ainsi menés en collégialité, sous l'égide du COMEDIMS, par des experts médecins et pharmaciens, avec une mise à jour régulière, pour toutes les pathologies qui relèvent de biothérapies. Une substitution par un biosimilaire est envisagée à chaque fois qu'un biosimilaire existe, et ce dans toutes les indications thérapeutiques de la biothérapie sauf avis contraire de la HAS. Sur cette base, une négociation de prix de référencement interne à l'APHP est menée auprès des industriels et la référence la moins chère est retenue au livret. L'approvisionnement est réalisé en suivant avec :

- soit une cible de substitution de 100 %,
- soit une cible légèrement inférieure afin de couvrir quelque situations cliniques (pédiatriques, intolérance, utilisation raisonnable du hors AMM…).

L'engagement des prescripteurs a été obtenu grâce au caractère robuste de la démarche scientifique garantissant un respect des bonnes pratiques médicales et au partage au plus près des services d'une partie des gains économiques réalisés.

La mission relève que cette démarche promeut :

- le respect des bonnes pratiques, y compris dans les indications hors AMM ;
- la substitution vers des biosimilaires dès l'étape de prescription aussi largement que possible ;
- la mise en concurrence des achats systématique entre princeps et biosimilaires/génériques existants.

Ce dispositif est transposable à l'ensemble des établissements de santé. Son déploiement nécessiterait de partager le travail de référencement des biosimilaires par indication, bénéficiant de la robustesse et de la notoriété des auteurs, afin de ne pas multiplier le temps de réalisation et d'actualisation de ces référencements. Il pourrait également être réalisé par quelques CHU autres, au profit de « territoires régionaux élargis » sans pour autant être refait dans chaque établissement.

Le périmètre de déploiement pourrait être :

- soit national, sur la base du référencement d'un seul biosimilaire par indication pour la durée négociée d'un marché avec le risque de réduire la pénétration d'altératives les années suivantes, de fragiliser la continuité de l'approvisionnement par mise en tension d'un fournisseur unique à l'échelle nationale pour une durée donnée ou encore de mettre en risque l'accès à une thérapeutique en cas de rupture. Il présente l'avantage de massifier les volumes et ainsi atteindre un niveau élevé de négociation du prix. Pour éviter cet écueil, le marché national pourrait allotir le marché en plusieurs lots régionaux ;
- soit à l'échelle de régions regroupées (cinq grandes zones ou sept sur la base du découpage des zones de défense métropolitaine[102] et une zone Outre-mer semble adapté), afin d'atteindre un volume suffisant pour permettre une négociation de prix de qualité sans fragiliser l'approvisionnement à court et moyen terme.

Le bénéfice économique de la démarche d'encadrement de la prescription sur un livret thérapeutique restreint permet un gain d'efficience pour les prescriptions réalisées au cours du séjour et inclues au tarif du GHS, mais également une économie pour l'assurance maladie pour les prescriptions de la liste en sus, PHEV mais également dépenses de prescription en établissement privé à but lucratif. Il ne réduit pas l'incitation des établissements à la négociation de leurs achats dans le cadre du programme Phare.

[102] Zones défense et sécurité métropolitaines : Paris, Nord, Ouest, Sud-Ouest, Sud, Sud-Est, Est

3. La liste en sus, dispositif dédié à la prise en charge des traitements nouveaux et/ou innovants, connaît une croissance de sa dépense très dynamique (56 % en quatre ans) qui conduit à interroger la pertinence de son fonctionnement

3.1. La liste en sus (LES) permet la prise en charge directe par l'assurance maladie de certaines spécialités pharmaceutiques délivrées par les établissements de santé, lorsque leur indication thérapeutique présente un caractère innovant

3.1.1. La LES a été créée en 2005 pour permettre aux patients d'accéder à des traitements innovants et onéreux

La liste en sus a été publiée pour la première fois en 2005, en accompagnement de la mise en place de la tarification à l'activité dans le champ MCO[103]. Cette liste a pour objectif de faire prendre en charge spécifiquement, par l'assurance maladie sur présentations des factures par les établissements de santé de tous statuts, les produits de santé innovants (l'innovation étant mesurée par l'amélioration du service médical rendu (ASMR) et d'un service Attendu (ASA) pour un dispositif médical) et onéreux (cf. encadré 7) :

- les médicaments (y compris les médicaments en accès précoce[104] considérés comme innovants et/ou attendant une autorisation de mise sur le marché) ;
- les dispositifs médicaux (DM) innovants et onéreux.

Encadré 7 : Critères d'inscription sur la liste en sus d'une spécialité

Les critères d'inscription sur la liste en sus (LES) d'une spécialité ont été listés initialement comme suit par le décret n°2016-349 du 24 mars 2016 :

« 1 ° La spécialité, dans la ou les indications considérées, est susceptible d'être administrée majoritairement au cours d'hospitalisations mentionnées au1 ° de l'article R.1 62-32 ;

2° Le niveau de service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié au regard des critères mentionnés au I de l'article R.1 62-45-9 est majeur ou important ;

3° Le niveau d'amélioration du service médical rendu de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié au regard des critères mentionnés au II de l'article R.1 62-45-9 est majeur, important ou modéré. Il peut être mineur si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur pertinent. Il peut être mineur ou absent lorsque les comparateurs pertinents sont déjà inscrits sur la liste ;

4° Un rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée, mentionnés au1 ° de l'article L.1 62-22-10 et applicables l'année en cours. Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L.1 62-22-6, les tarifs de référence sont ceux mentionnés au présent4 °, majorés des éléments mentionnés aux 2 ° et3 ° de l'article R.1 62-32-1.

II.- Sont présumés remplir les conditions mentionnées au I du présent article dans l'indication ou les indications considérées :

[103] Arrêté du 4 avril 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation

[104] Article 78 de la Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, portant réforme de l'ancien système des Accès temporaire d'Utilisation et de recommandations temporaire d'utilisation, avec une entrée en vigueur au 1er juillet 2021.

1° Les spécialités génériques définies au présent 5° de l'article L.5 121-1 du code de la santé publique lorsque la spécialité de référence est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L.1 62-22-7 ;

2° Les médicaments biologiques similaires définis au a du1 5° de l'article L.5 121-1 du code de la santé publique lorsque le médicament biologique de référence est inscrit sur la liste mentionnée à l'article L.1 62-22-7 ;

3° Les nouveaux dosages ou les nouvelles présentations concernant les indications de spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L.1 62-22-7 ;

4° Les spécialités bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle lorsque la spécialité correspondante disposant d'une autorisation de mise sur le marché en France est inscrite sur la liste mentionnée à l'article L.1 62-22-7. »

Ces dispositions, codifiées actuellement à l'article R. 162-37-2, ont été modifiées notamment par le décret n°2021-1614 du 9 décembre 2021, qui a supprimé la condition initiale d'« intérêt de santé publique » pour l'inscription de médicaments à ASMR mineure (IV). Les médicaments à ASMR IV peuvent désormais être inscrits dans les mêmes conditions que les médicaments à AMSR I, II ou III.

Source : Décret n°2016-349 du 24 mars 2016

Cette prise en charge spécifique vise à faciliter l'accès à l'innovation pour les patients en évitant aux établissements de devoir arbitrer entre ne pas proposer ces produits onéreux aux patients ou les prendre à leur charge sans que ce coût soit justement retracé dans les tarifs. Le critère énoncé au 4° (rapport entre le coût du produit et le niveau du tarif) découle de l'idée que ces produits coûteux induiraient sans cela une trop forte dispersion des coûts des séjours pour qu'elle puisse être retracée de façon exacte par les tarifs.

3.1.2. La définition de l'innovation en santé repose sur l'ASMR pour les médicaments et l'ASA pour les dispositifs médicaux de la LES

L'évaluation d'une nouvelle spécialité pharmaceutique dans son attribution d'un service médical rendu (ou d'un service Attendu pour un DM) ou d'une Amélioration d'un Service Médical Rendu (ou Amélioration d'un Service Attendu pour un DM), est du ressort de la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé[105] pour un médicament ou de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la même autorité pour un DM[106].

L'innovation en santé peut être décomposée en deux catégories d'innovations, non obligatoirement excluables l'une de l'autre, à savoir l'innovation technique (matérialisée par un brevet[107]) et l'innovation dans l'approche de la maladie (conceptuelle, qui entraine des changements de paradigme[108]), comme le décrit le Haut Conseil de la Santé Publique[109]. Il ne s'agit alors pas toujours de rupture technologique et innovationnelle.

Pour un nouveau médicament, l'évaluation de son caractère supposé innovant tient pour partie de manière inhérente à lui-même au progrès technologique dont il est potentiellement le résultat, mais surtout de l'amélioration de la prise en charge de la pathologie pour laquelle il censé être utilisé. Cette amélioration va dépendre de différents critères intrinsèques (efficacité et tolérance du traitement qui notamment déterminent le SMR) mais aussi extrinsèques (positionnement par rapport aux traitements de références utilisés actuellement).

---

105 https://www.has-sante.fr/jcms/c_412115/fr/comprendre-l-evaluation-des-medicaments

106 https://www.has-sante.fr/jcms/c_928541/fr/comprendre-l-evaluation-des-dispositifs-medicaux

107 Exemple découverte de la pénicilline.

108 Exemple : place de la pharmacopée dans la prise en charge des maladies mentales.

109 adsp n° 39 - L'innovation en santé

Encadré 8 : L'ASMR permet d'évaluer l'innovation pour un médicament et l'ASA pour un dispositif médical

L'ASMR correspond au progrès thérapeutique engendré par un médicament par rapport aux autres spécialités - si elles existent - utilisées dans la même indication . Ce critère rentre en compte dans la fixation du prix d'un médicament remboursable.

Selon le progrès thérapeutique apporté, l'ASMR s'échelonne en 5 catégories :

- I : majeur ;
- II : important ;
- III : modéré ;
- IV : mineur ;
- V : inexistant.

L'ASA permet d'évaluer si, pour un dispositif médical (DM), le service attendu est suffisant par rapport à un produit, un acte ou une prestation comparable, considérés comme références d'après les données actuelles de la science et admis ou non au remboursement. L'ASA est évaluée dans chaque indication thérapeutique, diagnostique ou de compensation du handicap. Il y a 5 niveaux d'ASA :

- I : majeure ;
- II : importante ;
- III : modérée ;
- IV : mineure ;
- V : absence d'amélioration.

Source : HAS

La dimension innovante d'une thérapeutique peut légitimement surprendre lorsque son amélioration de service rendu est considérée comme mineure (ASMR 4) ou inexistante (ASMR 5). L'élargissement récent de l'inscription aux ASMR mineures sans intervention d'une condition d'intérêt de santé publique peut également constituer une forme de dilution de la notion de caractère innovant.

Le débat reste d'actualité. Dans un rapport, le Sénat[110] souligne qu'un médicament innovant se doit de pourvoir à un besoin thérapeutique en apportant un progrès par rapport à ce qui existe déjà, dans la mesure où l'Amélioration du Service Médical Rendu (permettant d'évaluer l'apport au patient comparativement à d'autres thérapies existantes, et apprécié par la Haute Autorité de Santé) de celui-ci est de niveau I (majeure), II (importante), III (modérée) ou IV (mineur[111])[112]. Cette position prive les ASMR 5 de toute place dans la liste en sus.

Cette approche nécessite une révision régulière des ASMR qui n'est aujourd'hui pas effectuée, car l'attribution d'un niveau d'ASMR se fait en comparaison du paysage thérapeutique dans lequel vient s'intégrer le médicament. A titre d'exemple, la mission a identifié dans la LES une référence qui a été évaluée ASMR V à son entrée en 2005, car comparée à une molécule ASMR 1 qui depuis a été retirée du marché. Elle se retrouve aujourd'hui seule à apporter un service médical incontesté aux patients, tout en étant évaluée ASMR5. Elle prive par ailleurs, de fait, les génériques et biosimilaires de rejoindre la molécule princeps dans la LES, qui devrait alors être retiré de la LES n'étant plus innovant, puisqu'ancien.

[110] Rapport d'information n° 569 (2017-2018), déposé le 13 juin 2018

[111] Médicaments de la liste en sus | Documentation du SNDS & SNDS OMOP

[112] Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

3.1.3. La liste en sus est fixée par arrêté ministériel dans un champ fini d'indications

Cette liste est fixée par arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale et précise les seules indications concernées, conformément à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale. Les décisions sont susceptibles de recours contentieux et les industriels ont un intérêt à agir contre les décisions de refus d'inscription ou les décisions de radiation.

La demande d'inscription sur la LES d'une spécialité pharmaceutique ou d'un DM doit être initiée par le laboratoire titulaire du produit[113].

Deux situations sont à mettre en évidence :

- la spécialité qui fait l'objet d'une demande d'inscription ne fait pas partie d'un groupe générique ou biosimilaire ;
- la spécialité fait partie d'un groupe générique ou biosimilaire.

A cette occasion, l'entreprise qui exploite la spécialité pharmaceutique doit constituer un dossier rassemblant l'ensemble des éléments nécessaires à l'évaluation de l'inscription pour la ou les indications souhaitées.

En cas de refus d'inscription, celui-ci est notifié avec la mention du ou des motifs de refus.

L'arrêté d'inscription sur la LES publié au Journal Officiel fait office d'accord d'inscription.

Un délai total de 180 jours est fixé entre la soumission de demande d'inscription sur la LES et la publication de l'arrêté d'inscription sur la LES et l'avis de prix émanant du comité économique des produits de santé (CEPS).

3.1.4. Les dépenses de prescription engendrées par la liste en sus ont été impactées par des réformes de périmètre récentes qui limitent certaines possibilités d'analyse

Les médicaments et les DM[114] de la liste en sus peuvent être prescrits au cours de séjours (dans le public et privé) en services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), hospitalisation à domicile (HAD) et services de soins et de réadaptation (SSR), ainsi qu'au cours d'actes et consultations externes MCO et SSR (dans le public). Les établissements de santé transfèrent, à chaque fin de mois, via un FICHCOMP[115], les données issues de la liste en sus, à disposition de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)[116] pour permettre leur prise en charge financière.

---

[113] HYPERLINK "https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/medicaments/professionnels-de-sante/autorisation-de-mise-sur-le-marche/la-liste-en-sus/article/procedure-d-inscription-et-de-radiation-d-une-specialite-pharmaceutique"Procédure d'inscription et de radiation d'une spécialité pharmaceutique - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles

[114] Concernant les dispositifs médicaux (DM), pour pouvoir être remboursés en sus des forfaits d'hospitalisation, ils doivent être inscrits sur la liste en sus et sur la Liste des Produits et Prestations Remboursables (LPPR). Les DM concernés à l'hôpital sont majoritairement du titre III (dispositifs médicaux implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine) ou V (dispositifs médicaux invasifs à usage individuel, utilisés par un médecin pour ou pendant la réalisation d'un acte professionnel, au cours d'une hospitalisation ou en environnement hospitalier).

[115] ATIH fichcomp_2015.pdf : le FICHCOMP (pour "Fichier Complémentaire") est transmis par les établissements de santé publics. Il concerne les médicaments onéreux ainsi que les dispositifs médicaux implantables. L'objectif est de rattacher la consommation des médicaments onéreux et des DMI payés en sus du groupement homogène de séjour, au séjour affilié.

[116] Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement - Légifrance

La réforme du financement du SMR a impacté les données de la liste en sus pour les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR) en volume et en montant en 2023[117].

Les mises à jour successives réalisées sur la liste en sus influent le suivi et les analyses qui peuvent être réalisées à la fois sur les remboursements et sur les volumes de produits délivrés. Ces variations seraient d'autant plus franches que les molécules DM radiées ont un poids important. Pour cette raison, la mission a fait le choix d'exclure les données SMR des calculs d'évolution globale.

3.2. La hausse des montants, décorrélée de la hausse des volumes, s'explique par l'arrivée de molécules nouvelles très onéreuses dans la LES

3.2.1. Entre 2020 et 2024, les achats de la liste en sus ont augmenté de 57 % en montants et de 18 % en volumes

En 2024, le montant exprimé en prix d'achats par les établissements de santé[118], pour les médicaments et les dispositifs médicaux, au titre de la liste en sus s'élevait à 10,2 Md€[119]. Ce montant a augmenté de 57 % entre 2020 et 2024, tiré majoritairement par les dépenses liées aux médicaments onéreux (MO) qui ont augmenté de 68 % sur cette période, de manière quasi homogène entre les établissements ex-DG et ex-OQN. En fonction des catégories, les taux de croissance annuels des dépenses ont varié entre 8 % (pour les DM ex-OQN) et 19 % (pour les molécules onéreuses ex-DG). Ainsi, la composition de la liste en sus a évolué au cours du temps passant de 71 % de médicaments et 29 % de DM en 2020, à 76 % de médicaments et 24 % de DM en 2024 (cf. tableau 13).

Tableau 13 : Montant des achats réalisés par les établissements pour la LES entre 2020 et 2024 par statut en Md€ et par activité pour les médicaments et les DM

	2020	2021	2022	2023	2024	Évolution 20-24	TACM
MO ex-DG	3,89	4,53	5,13	5,71	6,52	68 %	19 %
MO ex-OQN	0,76	0,86	0,97	1,10	1,26	67 %	19 %
DM ex-DG	1,02	1,17	1,24	1,30	1,36	34 %	10 %
DM ex-OQN	0,84	0,94	1,00	1,06	1,08	28 %	8 %
Total	**6,50**	**7,50**	**8,33**	**9,16**	**10,22**	**57 %**	**16 %**
Part des MO dans le total	*71 %*	*72 %*	*73 %*	*74 %*	*76 %*	*N.A.*	*N.A.*
Part des DM dans le total	*29 %*	*28 %*	*27 %*	*26 %*	*24 %*	*N.A.*	*N.A.*

Source : ATIH

[117] Décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation. L'affectation des dépenses de la LES a intégré un compartiment de financement dédié « molécule onéreuse »

[118] Les données fournies par l'ATIH sont en montant d'achat réalisé par les établissements. Ces derniers négocient avec les fournisseurs un prix d'acquisition sur la base d'un montant de responsabilité défini pour chaque référence. Les montants peuvent ainsi être inférieurs et représenter une économie pour l'assurance maladie. Le gain issu de cette négociation est reversé pour moitié à l'assurance maladie et bénéficie pour l'autre moitié aux établissements, en « prime d'intéressement ».

[119] Le coût pour l'assurance maladie est en réalité moindre car l'établissement achète les produits à un prix négocié ; 50 % de la marge issue du différentiel entre le prix facial et le prix négocié sont reversés à l'établissement.

Dans le même temps, les volumes ont progressé mais de façon nettement moins dynamique. Leur progression, hors SMR, a été de 18 % au global, dont 9 % pour les médicaments et 33 % pour les DM (cf. tableau 14). Cette progression souligne l'existence de deux mouvements parallèles :

- l'augmentation des dépenses de médicaments est principalement portée par une à la fois hausse des prix des molécules de la LES ou d'un effet structure avec de nouveaux entrants plus chers que les médicaments sortants ;
- l'augmentation des dépenses de DM connait une augmentation parallèle des volumes et des montants correspondants.

Tableau 14 : Volume des achats réalisés par les établissements pour la LES entre 2020 et 2024 par statut (en Md€) et par activité pour les médicaments (en UCD) (en nombre posé) et les DM (hors SMR)

	2020	2021	2022	2023	2024	Evolution	TCAM
MO ex-DG	4,94	5,39	5,35	5,11	5,39	9 %	2 %
MO ex-OQN	0,99	0,98	0,96	1,01	1,11	11 %	3 %
DM ex-DG	1,61	1,86	1,93	2,05	2,15	34 %	8 %
DM ex-OQN	1,87	2,12	2,25	2,39	2,47	32 %	7 %
Total	9,41	10,35	10,49	10,55	11,11	18 %	4 %
Part des MO dans le total	63 %	62 %	60 %	58 %	58 %	N.A.	N.A.
Part des DM dans le total	37 %	38 %	40 %	42 %	42 %	N.A.	N.A.

Source : ATIH

3.2.2. Les ES disposent d'une capacité de négociation en propre sur les prix d'achats des spécialités inscrites sur la LES qui reste limitée en baisse dans ses effets

Les ES disposent d'un degré de liberté quant à leur prix d'achat des produits inscrits sur LES. En effet, ils peuvent à leur échelle (établissement, GHT, groupements hospitalo-universitaires) négocier avec le façonnier le prix d'achat. L'économie générée (différentiel entre le tarif de responsabilité négocié par le comité économique des produits de santé (CEPS) avec le laboratoire et le prix d'achat de l'établissement de santé (ES) avec le laboratoire) est répartie à 50 % entre l'ES et la sécurité sociale[120].

Les données ATIH (cf. tableau 15) montrent que le niveau de prix unitaire moyen négocié par référence par statut d'établissement n'est pas lié au volume négocié mais probablement plus à la dispersion des négociateurs au sein d'un même statut[121] . Sur l'exemple des cinq références au montant le plus élevé en MCO dans le secteur ex-DG, les établissements ex OQN arrivent à des prix unitaires moyens inférieurs ou égal à un euro près pour toutes les références : pour trois produits, l'écart entre le prix moyen ex-DG et ex-OQN atteint 1,3 %. Ce résultat est probablement multifactoriel. Une des explications réside probablement dans le fait que les autorisations d'activités (autorisation de traiter des patients atteints de cancer par exemple) amenant à prescrire ces molécules sont le plus souvent détenues par des cliniques de groupe, permettant une centralisation du pouvoir de négociation.

[120] Un dispositif d'optimisation des achats a été initié en 2011, intégré au plan ONDAM d'économies, puis dans le programme PHARE. Les gains obtenus sont partagés entre l'établissement et le financeur. Les gains obtenus par la négociation des prix des produits de santé de la liste en sus sont intégrés dans ce programme.

[121] La maille de la négociation peut varier selon le statut des établissements : négociation au sein d'un GHT pour les établissements publics de santé, par Unicancer pour les CLCC, à l'échelle du groupe pour certaines cliniques…

Tableau 15 : Prix unitaire moyen en € et volumes achetés en UCD en 2024 par type d'établissement pour les cinq molécules au montant d'achat le plus élevé en MCO ex DG

2024	Prix unitaire moyen en € ex-DG	Prix unitaire moyen en € ex OQN	Volume ex-DG	Volume ex OQN
KEYTRUDA 25MG/ML PERF FL4ML	2 486	2 472	593 196	191 864
DARZALEX 1800MG	4 479	4 421	207 044	19 648
OPDIVO 10MG/ML PERF FL24ML	2 481	2 482	158 206	46 266
OCREVUS 300MG PERF FL10ML	5 318	5 246	45 858	2 800
IMFINZI 50MG/ML PERF FL10ML	1 772	1 749	105 480	30 970

Source : Mission à partir des données ATIH

Bien que la lettre de mission ne porte pas sur la régulation du prix du médicament[122], la mission a constaté, qu'en appliquant le prix unitaire moyen négocié le plus bas par le secteur public ou le secteur privé aux volumes, un gain de 61,7 M€ sur les montants achetés en MCO (ex DG et ex OQN) serait automatiquement obtenu[123]. Il ne s'agit pas de l'économie maximale qui serait constatée en appliquant, pour chaque produit, le tarif le plus bas obtenu par un établissement.

Sur la base d'une enquête menée par la mission auprès des CHU et des hôpitaux classés dans le groupe 1 des emplois fonctionnels pour les directeurs[124], la part des gains laissé aux établissements sur le volume total des dépenses de la liste en sus varie dans le temps et tend à se réduire en pourcentage depuis 2019. Ce phénomène est probablement expliqué par les dispositifs de régulation du prix du médicament. Ces données montrent par ailleurs une diminution de la part des gains négociés sur le montant total de la LES par établissement, de 5,4 points en moyenne sur les dix années regardées se réduisant de façon constante depuis 2019 pour atteindre 2,9 points en 2024[125].

Le panel d'établissements répondant est réduit, mais se dégage toutefois un lien entre la taille de l'établissement (basé sur son budget) et le pourcentage de gain obtenu par la négociation[126]. Les volumes de références LES négociés ne semblent là aussi pas influer sur le rapport entre le gain obtenu et le montant de la liste en sus (cf. graphique 18). Ce constat laisse là aussi penser que les résultats obtenus résident dans la capacité à négocier plus que dans le volume acheté.

[122] L'Igas et l'IGF ont mené conjointement une mission sur la régulation du prix du médicament en 2025.

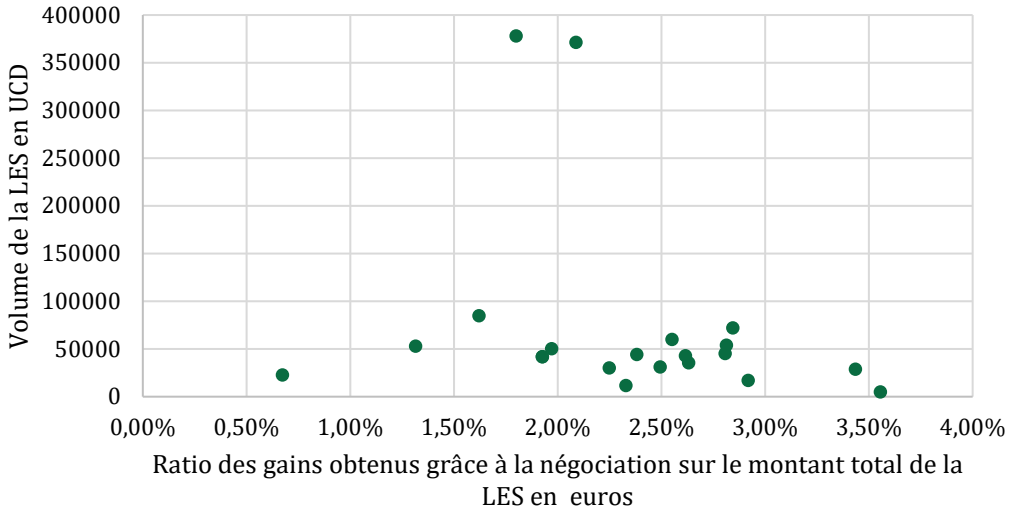
[123] Hors dispositif de répartition du gain obtenu par la négociation.

[124] Un ou plusieurs établissements publics de santé dont le budget, le cas échéant consolidé, est au moins égal ou supérieur à 250 millions d'euros

[125] Les résultats décrit correspondent aux données déclaratives de 21 établissements répondants sur 49 sollicités

[126] Pour des questions d'anonymisation des données le graphique n'est pas représenté.

Graphique 18: dispersion par établissement du rapport exprimé en % entre gain pour l'établissement sur le montant global en Millions d'euros et le volume en UCD de la LES en 2024



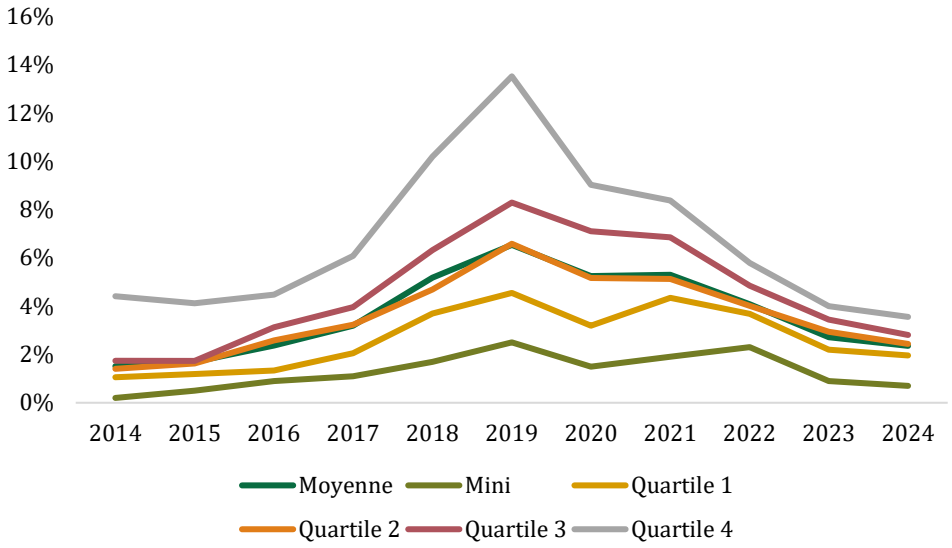
Source : Mission à partir d'une enquête auprès des CHU et ES publics du groupe 1. Pour un volume de la LES exprimé en UCD donné (exemple autour de 50 000 UCD), le rapport du gain pour l'établissement sur le montant total de la LES exprimé en % varie fortement (entre 1,3 % et 2,8 %).

L'impact du programme Phare (cf. encadré 9) s'illustre ici sur la recherche d'optimisation des prix négociés par les établissements à compter de 2019[127]. La professionnalisation de la fonction achat était une des actions portées par ce programme, ainsi que la massification des achats à l'échelle du GHT (cf. graphique 19).

[127] La recherche d'optimisation des prix d'achats des spécialités pharmaceutiques, est portée à l'échelon des établissements de santé par un dispositif incitatif appelé "écart médicament indemnisable". L'EMI représente 50 % de l'écart entre le prix obtenu au terme du marché et le prix maximum négocié par le CEPS avec les industriels et est reversé aux établissements de santé.

Annexe III

Graphique 19 : Évolution de la part du gain issu de la négociation du prix ramené au montant d'achat global de la liste en sus par quartile entre 2014 et 2024 pour les établissements concernés



Source : Mission à partir d'une enquête auprès des CHU et ES publics du groupe 1

Encadré 9 : Le programme PHARE

Le programme PHARE (Performance Hospitalière pour des Achats REsponsables), lancé fin 2011 par la DGOS, est un programme de transformation sur les achats hospitaliers, dont l'objectif est d'aider les hôpitaux à réaliser des « économies intelligentes » tout en préservant la qualité des soins.

En 2022, les achats, qui constituaient le 2ème poste de dépense des établissements hospitaliers après celui de la masse salariale, jouent un rôle essentiel à l'hôpital. Ainsi, ils représentent au total 25 milliards d'€ en dépenses annuelles, dont 60 % d'achats médicaux.

Il décline six axes principaux :

- Le renforcement de l'organisation de la fonction achat du groupement hospitalier de territoire (GHT) au profit de tous les établissements membres
- L'appui au développement des opérateurs d'achat mutualisés, nationaux et régionaux
- La captation de nouveaux potentiels d'économies en recourant à l'achat en coût complet de processus ou de fonction, conjuguant économies et qualité de soins
- L'optimisation des circuits d'approvisionnement des GHT dans une approche collaborative avec les industriels pour améliorer la qualité des interfaces logistiques
- La montée en puissance d'un nouveau métier de l'achat et facteur d'efficience : le contrôle de gestion achat
- La mise en place d'un système d'information spécifique et structurant pour piloter la performance achat et l'efficience des processus

Source : DGOS

3.2.3. La liste en sus comporte un volet médicaments et un volet dispositifs médicaux, dont les montants d'achat et de volume reflètent les types et évolutions des activités des établissements selon leur statut

Sur la base des données ATIH, **la répartition des dépenses de la LES peut être décomposée selon le statut de l'établissement en secteur public (public et privé non lucratif – ex-DG) et secteur privé lucratif (ex-OQN)**. La répartition est à 83 % en faveur des médicaments, dits molécules onéreuses (MO), et à 17 % des dispositifs médicaux (DM) dans le secteur public ; elle est à 53 % médicaments et 47 % DM dans le secteur privé. Cette différence de répartition des postes de dépenses peut s'expliquer par la nature des activités sur lesquelles les établissements axent leurs offres (cf. tableau 16).

Pour les activités HAD, les différences d'évolution des montants des volumes et montants d'achats entre statut d'établissement s'expliquent en grande partie par une évolution de part de marché entre ces deux secteurs ces dernières années (comme évoqué au point 2.2.5 pour les dépenses de PHEV).

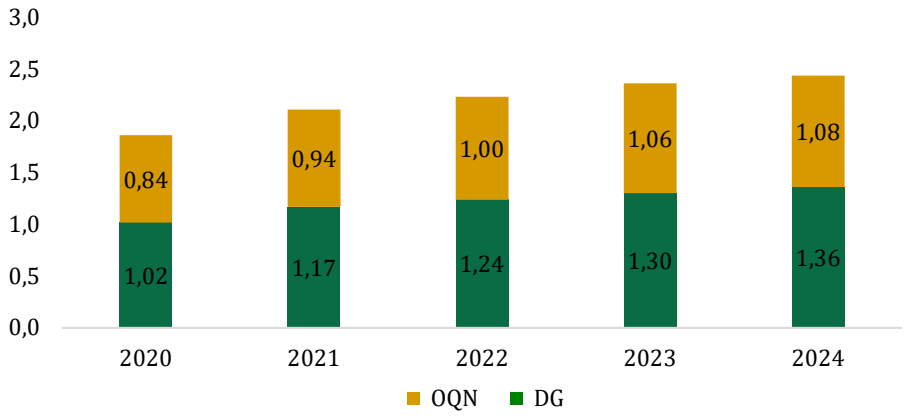
Les données ATIH montrent que, contrairement aux médicaments (dont les montants d'achat ont progressé nettement plus vite que les volumes), la tendance d'évolution des DM est proche en montant d'achat et en volume, témoin d'une évolution des prix contenue (cf. graphique 20)[128].

Tableau 16: Évolution des montants d'achat par type d'activité et par statut entre 2020 et 2024

	Évolution montant d'achat 2020-2024	Évolution volumes 2020-2024
MO MCO ex DG	67 %	10 %
MO MCO ex OQN	65 %	11 %
MO HAD ex DG	53 %	-35 %
MO HAD ex OQN	86 %	23 %
Total MO hors SMR	**67 %**	**9 %**
DM MCO ex DG	34 %	34 %
DM MCO ex OQN	28 %	32 %
Total DM	**31 %**	**33 %**
Total liste en sus hors SMR	**56 %**	**18 %**

Source : mission à partir des données ATIH

Graphique 20 : Évolution des montants d'achat des DM de la liste en sus par statut d'établissement entre 2020 et 2024, en Md€



Source : Mission à partir des données ATIH

[128] Mission Igas-IGF 2024 Revue de dépenses portant sur les dispositifs médicaux.

Les références MO et DM utilisées au sein de la LES ne sont par ailleurs pas superposables entre le secteur ex-DG et ex OQN, pouvant s'expliquer par :

- des pratiques divergentes au sein d'une spécialité entre acteurs privés et publics ;
- des écarts de livrets thérapeutiques entre établissements ;
- des activités différentes selon les autorisations détenues : exemple SPINRAZA® 1 2MG INJ FL5ML utilisé en traitement de l'amyotrophie spinale chez le nourrisson de moins de deux mois présent dans la liste des molécules utilisées dans les établissements ex-DG mais pas dans les ES ex OQN.

Au sein des montants d'achat de médicaments on note par ailleurs une proportion d'ASMR4 plus faible utilisée par les établissements ex-OQN.

Concernant les DM de la liste en sus, la mission IGAS-IGF de revue de dépense relative aux dispositifs médicaux en 2024, donnait, en répartition par aires d'activité, une part prépondérante et proche aux DM utilisés en cardio-vasculaire (48,6 %) et les DM utilisés en orthopédie (40,4 %)[129]. Le reste des activités représentent 11 % : neurologie 5,2 %, digestif 1,4 %, compensation du handicap 1,4 % et autres 3 %.

3.2.4. Les montants sont tirés par quelques molécules particulièrement onéreuses, prescrites principalement en MCO dans les établissements ex-DG

Le médicament au montant d'achat le plus élevé en 2024 représente à lui seul un quart de la dépense totale (Keytruda®, anticancéreux) soit 1,95 Md€. Ce montant est porté à 96 % dans les établissements ex-DG[130] en MCO avec cinq molécules représentant la moitié des montants d'achat en 2024 (cf. tableau 17).

[129] Autres : urogénital 1 %, oncologie 0,6 %, ophtalmologie 0,6 %, reconstruction corporelle 0,4 %, diabétologie 0,3 %, pneumologie-ORL 0,2 %

[130] Les établissements dit en ex-dotation globale (ex-DG) regroupent établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier. Les établissements dit ex-objectifs quantitatifs nationaux (ex-OQN) regroupent les établissements. Financement des établissements de santé - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

Tableau 17 : Liste des cinq molécules ayant représenté en 2024 50 % de la dépense de la liste en sus médicaments des établissements ex-DG en MCO

Molécule (nom commercial)	Montant d'achat (en Md€)	Part des dépenses médicaments de la LES	Doses unitaires	Prix d'achat unitaire moyen	Principale indication
Pembrolizumab (Keytruda®)	1,9	24 %	593 196	2 486 €	Cancer bronchique non à petites cellules
Daratumumab (Darzalex®)	0,9	12 %	207 044	4 479 €	Myélome multiple
Nivolumab (Opdivo®) 10 ml	0,5	6 %	12 823	1 145 €	Mésothéliome pleural malin non résécable ; Carcinome à cellules rénales avancé
Ocrelizumab (Ocrevus®)	0,3	4 %	45 858	5 425 €	Sclérose en plaques
Durvalumab (Imfinzi®)10 ml	0,2	3 %	105 480	1721 €	Cancer bronchique à petites cellules

Source : Mission à partir des données ATIH 2024.

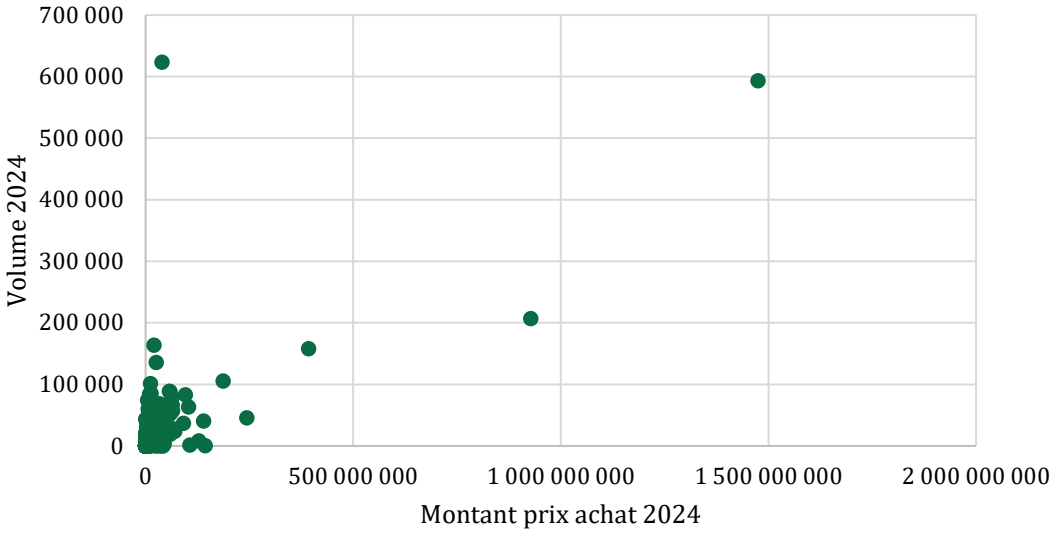
Sur le seul périmètre des molécules onéreuses du champ MCO des établissements ex-DG[131], la plupart des produits sont dans des ordres de grandeur comparables en prix (moins de 500 M€) et volumes (moins de 200 000). Trois molécules s'écartent de cette référence de façon exceptionnelle en 2024 par (cf. graphique 21) :

- le montant d'achat (1,47 Md€) et le volume concerné (593 196 doses unitaires) : le Keytruda® (prix d'achat unitaire moyen : 2 486 €) (indications multiples depuis 2021 en onco-hématologie, et en oncologie solide) ;
- le volume concerné moindre (207 044 doses unitaires) mais à un prix cumulé élevé (927 M€) : le Darzalex® (prix d'achat unitaire moyen : 4 479 €) (indications avec AMM en 2020 dans le myélome multiple) ;
- le volume important (623 330 doses unitaires) mais un prix d'achat moindre (39 M€, soit un prix d'achat unitaire moyen de 64 €) : le Remsima®[132] (immunosuppresseur anti TNF avec AMM depuis 2013 utilisé dans de multiples maladies auto-immunes et inflammatoires).

[131] Ces prescriptions représentent 78 % des volumes et 82 % des montants exprimés en prix d'achat déclaré par les établissements.

[132] Il est un biosimilaire du REMICADE® (infliximab).

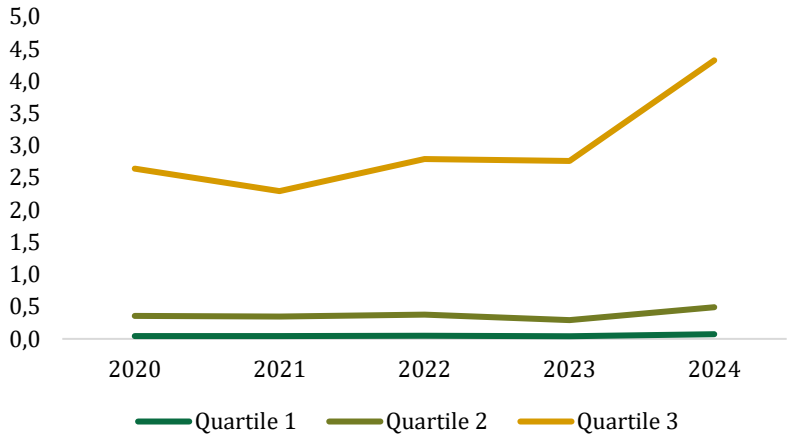
Graphique 21 : Présentation des références de la LES MCO en montants d'achat totaux (en €) et en volumes (en boîtes) pour les ES ex-DG en 2024



Source : Mission à partir des données ATIH 2024.

Pour les établissements MCO ex-DG on note, entre 2020 et 2024, une augmentation de la valeur au troisième quartile, témoin d'un écart fort entre la médiane des montants et leur maximum. Dans le même temps, on constate une tendance à l'augmentation des prix des molécules entrantes les plus onéreuses d'une année à l'autre, de façon nette en 2023 (cf. graphique 22).

Graphique 22 : Évolution des trois premiers quartiles des montants d'achat des médicaments de la LES par les établissements (MCO ex-DG) entre 2020 et 2024



Source : Mission à partir des données ATIH MO liste en sus ex-DG 2024 [133]

[133] La valeur du quatrième décile, valeur maximale, n'est pas reportée sur ce graphique pour des questions de lisibilité des valeurs des trois premiers quartiles.

3.3. En dehors de quelques exceptions, le montant d'achat de la LES n'a cessé de progresser du fait de l'arrivée de nouvelles références, sans qu'elles représentent une rupture réelle en matière d'innovation

La dynamique des montants résulte principalement de l'arrivée continue de nouvelles thérapies, notamment des anticorps monoclonaux et des immunothérapies oncologiques, à l'efficacité relative aux regards de leur niveau d'ASMR et au coût unitaire élevé. L'évolution, perlée dans le temps, des indications de ces traitements, souvent élargies après leur inscription, contribue également à la hausse des dépenses[134].

L'analyse des données, eu égard au seul critère d'ASMR, pour qualifier le caractère innovant d'une thérapeutique, montre une part représentée par des thérapies en réelle rupture d'innovation peu importante. En effet, la part des ASMR I et II dans le remboursement recule d'année en année, par faible taux d'inscription sur la liste en sus et l'arrivée de biosimilaires, Les dernières entrées faisant office d'innovation thérapeutique sont du niveau ASMR III avec deux molécules phares [135].

Sur le plan méthodologique, la mission a choisi :

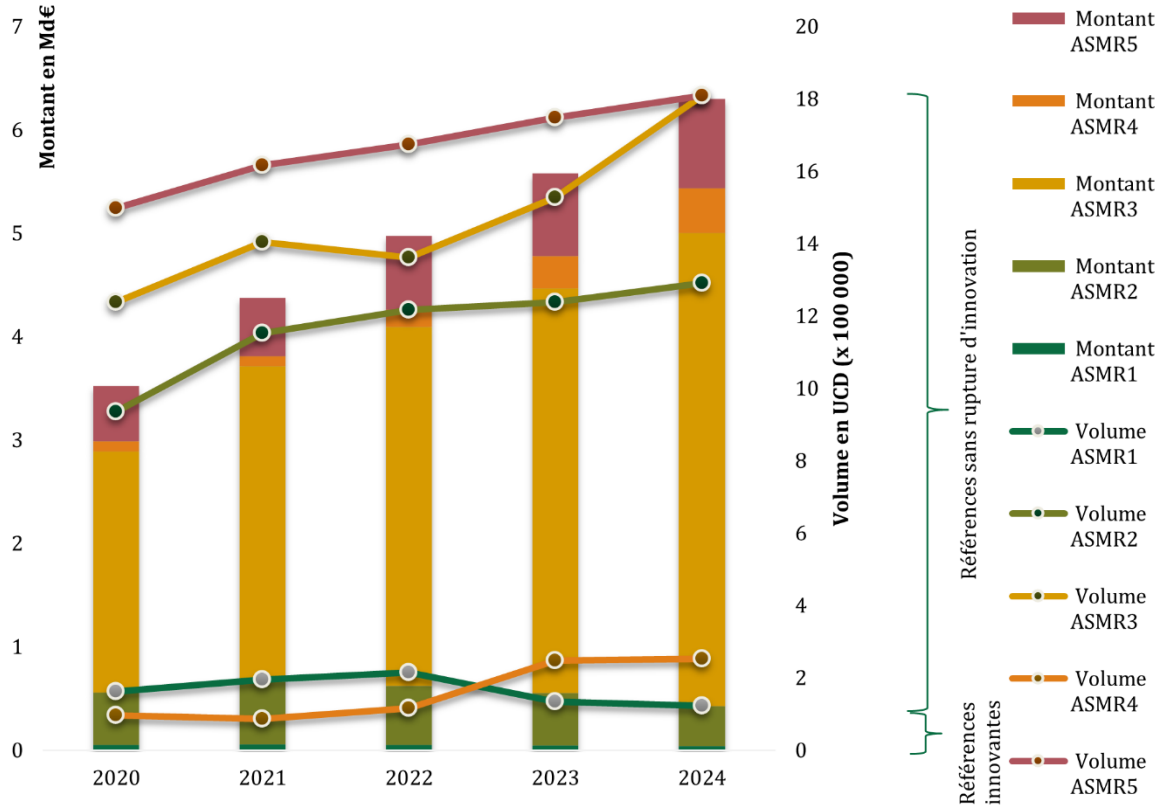
- de rattacher chaque spécialité à la meilleure ASMR dont elle bénéficie ;
- de focaliser ses analyses dans les points suivants sur les médicaments prescrits dans la liste en sus par des établissements ex-DG en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) : ces prescriptions représentent 78 % des volumes et 82 % des montants exprimés en prix d'achat déclaré par les établissements.

L'évolution des montants est portée par les ASMR III (modérés) qui représentent 72 % des montants totaux d'achats (4,6 Md€), quand ces dernières années les évolutions de volumes les plus dynamiques ont concerné des ASMR V. Les ASMR I (majeur) et II (important) ne représentent plus qu'une part minime des montants d'achats en 2024 (6,7 %) (cf. graphique 23).

[134] CP Assurance maladie 2025

[135] Le pembrolizumab et le daratumumab sont 2 anticorps monoclonaux utilisées respectivement en oncologie et en oncohématologie.

Graphique 23 : Évolution du montant total d'achat et des volumes des médicaments de la LES en MCO par ASMR dans le secteur ex-DG entre 2020 et 2024



Source : Mission à partir des données ATIH

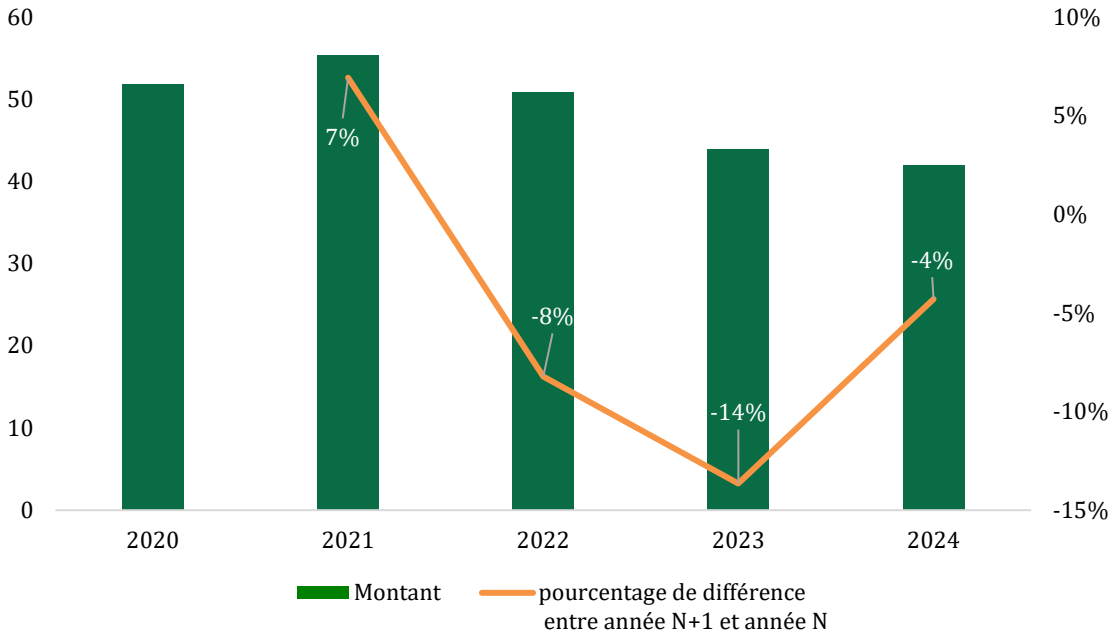
3.3.1. Une diminution constante des montants attribuables aux spécialités présentant un ASMR majeur (I)

Depuis 2021, on note une diminution progressive du montant des spécialités d'ASMR I. Cette baisse s'accélère à partir de 2023 portée par une diminution globale d'utilisation de certaines molécules notamment de certains princeps et l'absence de nouvelles inscriptions de spécialités avec un ASMR I sur la LES depuis 2020.

L'effet volume semble être le principal moteur de cette contraction pour les molécules associées à un ASMR I. En effet, on note une diminution de 37 % des volumes utilisés entre 2021 et 2024, en regard d'une diminution de 24 % des montant d'achat[136] (cf. graphique 24).

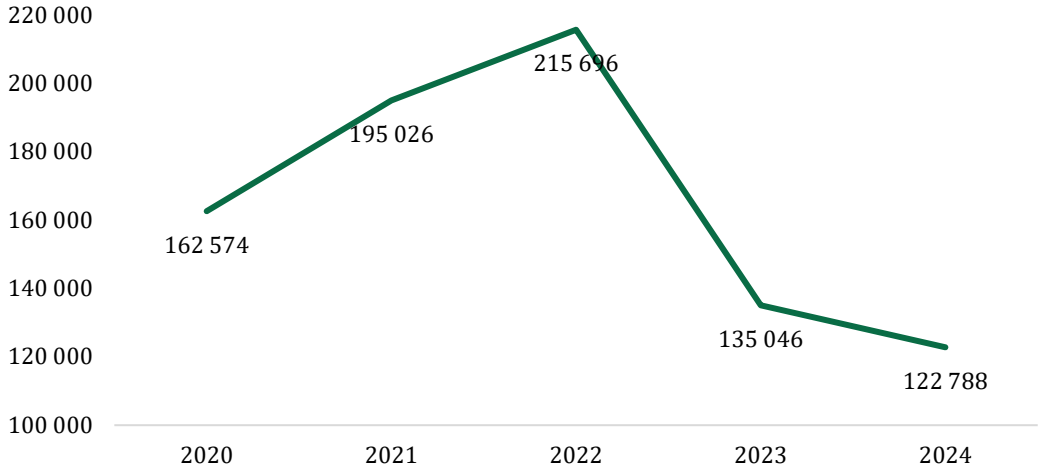
[136] Une révision de prix est opérée régulièrement.

Graphique 24 : Montants totaux d'achats imputables aux ASMR I entre 2020 et 2024 et leur évolution par année (MCO ex-DG), en M€



Source : Mission à partir des données ATIH.

Graphique 25 : Évolution des volumes consommés en UCD imputables aux ASMR I entre 2020 et 2024 (MCO ex-DG)



Source : Mission à partir des données open source ATIH.

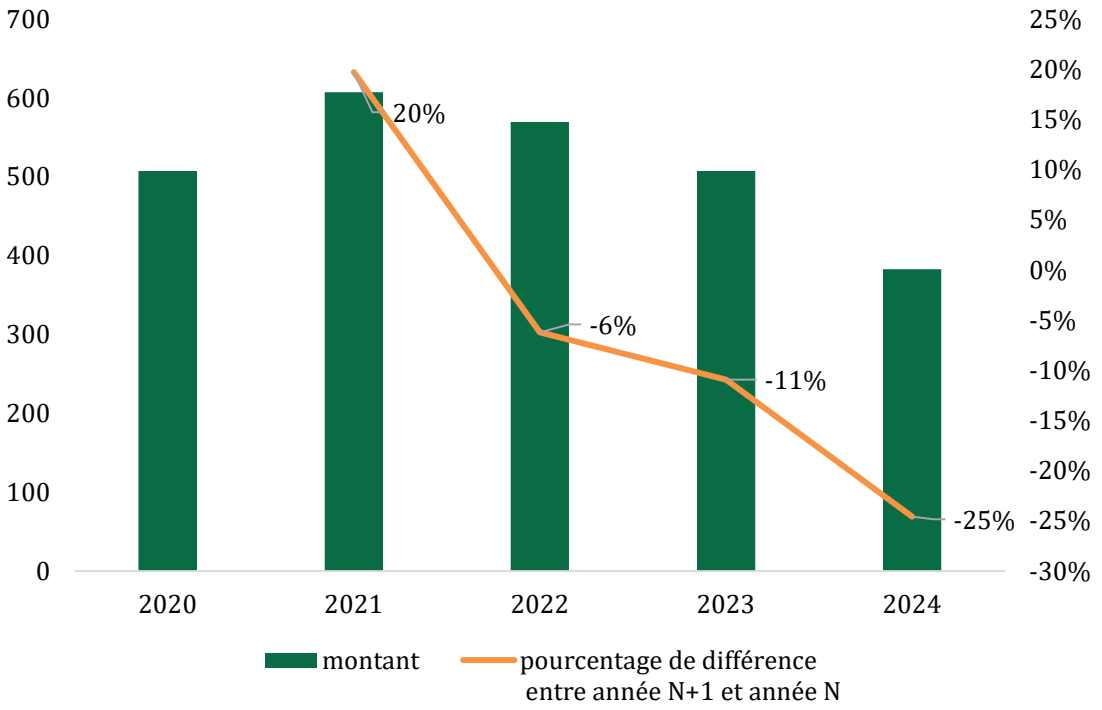
3.3.2. Les montants d'achat des molécules avec une ASMR « important » (II) diminuent du fait de la radiation de certaines spécialités et de l'arrivée de biosimilaires.

Concernant les spécialités d'ASMR II, la diminution de ce poste de dépense résulte de :

- la radiation de la LES de plusieurs anticancéreux (Velcade®, Vidaza® à titre d'exemple[137]) pour cause de non-respect de la condition d'inscription sur LES concernant l'existence d'un « rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée, mentionnés au 1° de l'article L. 162-22-10 et applicables l'année en cours ») ;
- l'apparition de biosimilaires entraînant un recul des dépenses sur les princeps (exemple du Soliris® avec les arrivées de deux princeps) ;
- l'arrivée d'un concurrent direct (exemple de Ultomiris®, moins cher, qui induit une concurrence sur Soliris®).

Ainsi, l'effet concurrence induisant un effet prix, les montants d'achats totaux imputables aux molécules catégorisées en ASMR II ont diminué de 37 % entre 2021 et 2024, tandis que les volumes achetés ont augmenté de 12 % sur la même période (cf. graphique 26 et graphique 27).

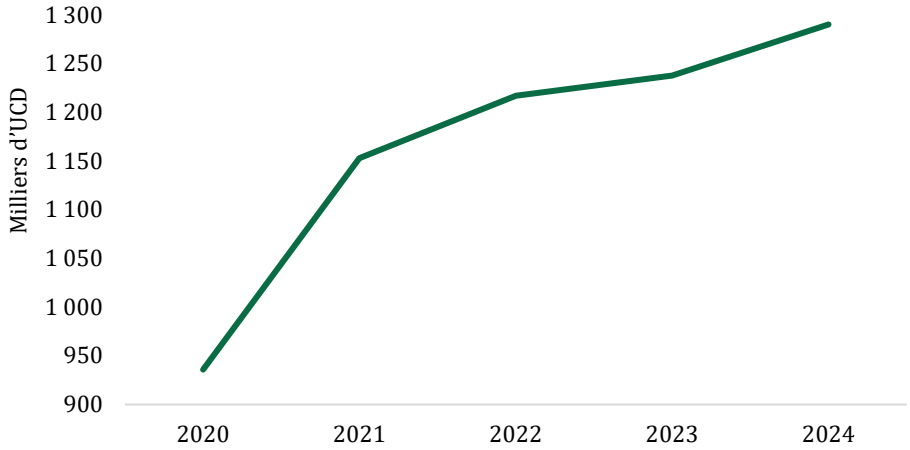
Graphique 26 : Montants d'achats totaux imputables aux ASMR II entre 2020 et 2024 et leur évolution par rapport à l'année N-1 (MCO ex-DG), en M€



Source : Mission à partir des données ATIH.

[137] Arrêté du 21 février 2023 portant radiations de la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et mentionnant par ailleurs de nouveaux laboratoires exploitants - Légifrance

Graphique 27 : Évolution des volumes consommés en UCD imputables aux ASMR II entre 2020 et 2024 (MCO ex-DG)



Source : Mission à partir des données open source ATIH.

Pourtant certains médicaments récents, issus de technologies de pointe et ayant changé la prise en charge de certaines pathologies, peinent à atteindre une ASMR II (exemple des thérapies géniques par cellules CAR-T en oncohématologie avec des ASMR III comme meilleurs ASMR de disponibles).

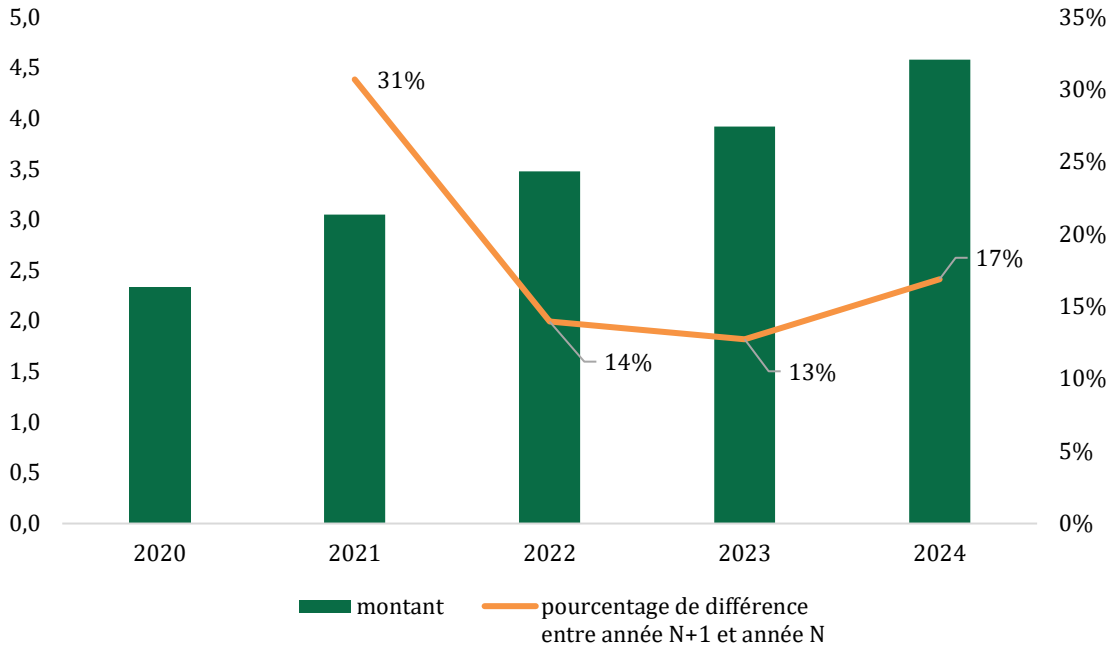
En effet, l'ASMR met en avant l'amélioration d'une prise en charge par rapport à un comparateur cliniquement significatif. Plusieurs situations peuvent alors être distinguées :

- sur le positionnement de comparateurs à un temps T, au sein d'un arsenal thérapeutique qui évolue ;
- sur la comparaison au sein de stratégies thérapeutiques en constante évolution grâce à la recherche des industriels mais également la recherche fondamentale ;
- sur des données d'organisation du parcours de soins et de qualité de vie.

3.3.3. Une explosion, sur cinq ans, des montants imputables aux molécules avec une ASMR modérée (III), principalement portée par l'oncologie

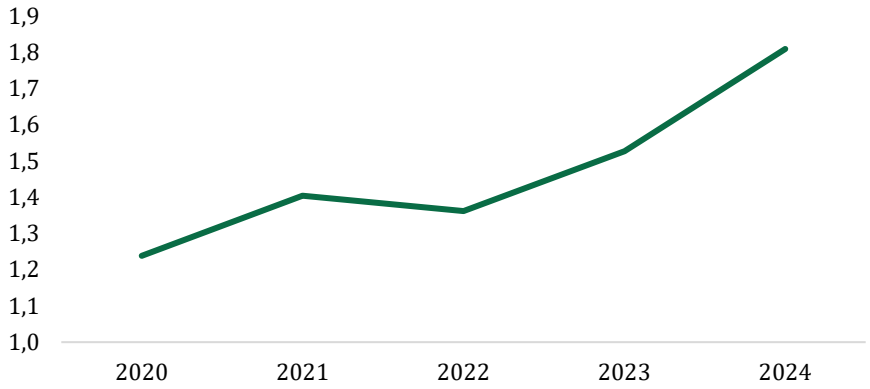
Les molécules ayant une ASMR III constituent la majorité de la masse de la liste en sus avec, en 2024, 72 % des montants remboursés au sein de la LES médicaments.
Elles constituent par ailleurs une catégorie très dynamique, avec une progression de 50 % entre 2021 et 2024 des montants d'achat (cf. graphique 28). Cette dynamique est soutenue principalement par des spécialités utilisées en oncologie et dans la sclérose en plaque. Elle apparaît tirée à la fois par un effet volume (augmentation de 29 % des volumes achetés sur la même période) et par un effet prix ou structure car les montants d'achat augmentent plus vite que les volumes (cf. graphique 29).

Graphique 28 : Montants totaux d'achats imputables aux ASMR III entre 2020 et 2024 et taux d'évolution par rapport à l'année N-1 (MCO ex-DG), en Md€



Source : Mission à partir des données ATIH.

Graphique 29 : Évolution des volumes consommés imputables aux ASMR III entre 2020 et 2024 (MCO ex-DG), en millions d'UCD



Source : Mission à partir des données ATIH.

3.3.4. L'impact de la réforme de 2021 est modéré, avec un développement des spécialités avec un ASMR faible (IV) majoritairement porté par l'arrivée de certains biosimilaires

Les ASMR IV représentent en 2024 un montant d'achat de 429 M€ pour 254 000 unités consommées (en UCD), soit environ 7 % des montants d'achat de médicaments de la LES du secteur MCO ex-DG.

La modification du décret n°2016-349 du 24 mars 2016 en 2021 a ouvert l'accès à la liste en sus aux spécialités présentant une ASMR IV (mineure) en l'absence de comparateur cliniquement pertinent, sans la condition d'un intérêt de santé publique (cf. encadré 10).

L'absence de comparateur cliniquement pertinent signifie que, actuellement, dans la prise en charge de l'indication concernée, il n'y a aucune spécialité existante permettant d'effectuer une comparaison pertinente pour évaluer l'efficacité du nouveau médicament.

Encadré 10 : Ouverture ASMR IV en 2021

La modification décret n°2016-349 du 24 mars 2016 en 2021 a ouvert l'accès à la liste en sus aux spécialités présentant un ASMR IV (mineur) en l'absence de comparateur cliniquement pertinent.

Selon la Commission de la Transparence de la Haute Autorité de Santé, un comparateur cliniquement pertinent "peut être un médicament (actif ou placebo, avec ou sans AMM), un dispositif médical, un acte ou toute autre thérapie (ou méthode diagnostique) non médicamenteuse. Il se situe au même niveau de la stratégie thérapeutique que le nouveau médicament et est destiné aux mêmes patients"138.

L'objectif de cette ouverture, était "d'accélérer l'accès aux patients et la régulation des prises en charge des ASMR IV.

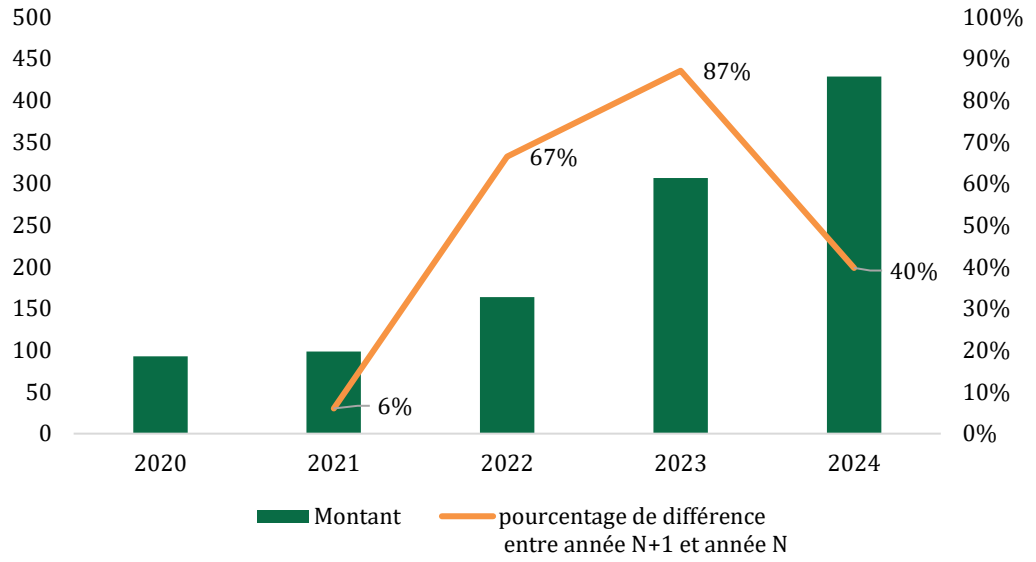
Source : Mission.

Au regard du volume représenté par les ASMR IV, le cas de l'inscription sur la LES permis par la réforme de 2021 est modeste en termes d'augmentation de la dépense. En effet, les spécialités qui dynamisent les montants d'achat imputables aux ASMR IV sont dotés d'un comparateur cliniquement pertinent. C'est ainsi le cas pour les trois molécules qui présentent les volumes de dépenses les plus importants : ravulizumab, isatuximab et védolizumab.

Il faut noter que le ravulizumab, inscrit avec un ASMR IV, est un biosimilaire de l'éculizumab qui a un ASMR II. Cette arrivée d'un biosimilaire a permis un transfert de dépense de l'éculizumab vers le ravulizumab.

Sur cette catégorie, il convient toutefois de relever, à partir de 2021, une dynamique très forte à la fois de la dépense, avec une augmentation de 336 % du montant entre 2021 et 2024 passant de 98 M€ à près de 430 M€, et des volumes consommés, avec une augmentation de 192 % sur cette même période (cf. graphique 30 et graphique 31). Cette augmentation est portée majoritairement par les 3 molécules citées précédemment.

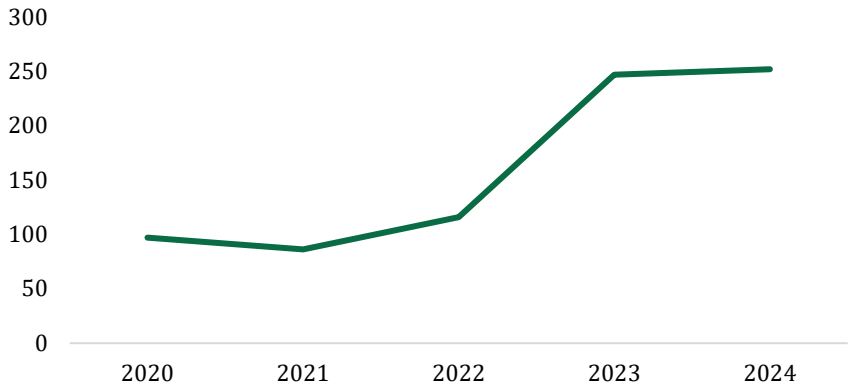
Graphique 30 : Montants totaux d'achats imputables aux ASMR IV entre 2020 et 2024 et leur taux d'évolution par rapport à l'année N-1(MCO ex-DG), en M€



Source : Mission à partir des données ATIH.

138 Doctrine de la Commission de la Transparence

Graphique 31 : Évolution des volumes consommés imputables aux ASMR IV entre 2020 et 2024 (MCO ex-DG), en milliers d'UCD



Source : Mission à partir des données ATIH.

3.3.5. La croissance du poste de dépenses des spécialités avec une absence d'ASMR (V) est portée par les biosimilaires et les immunoglobulines humaines

Les références ASMR V, c'est-à-dire sans amélioration du service médical rendu, justifient leur présence dans le LES pour deux raisons :

- l'alinéa 4 du I. du décret n°2 016-349 du 24 mars 2016, précise qu'un niveau d'ASMR V est suffisant pour une inscription sur LES en cas de comparateurs pertinents cliniquement déjà inscrits. Cela a induit un effet « classe de générique » permettant une inscription systématique de médicaments génériques ou biosimilaires sur la LES dans la mesure où le princeps s'y trouvait déjà (par exemple : le princeps Avastin ©, un anticorps monoclonal utilisé en oncologie a vu six biosimilaires différents intégrer la LES). Cette inscription des génériques et biosimilaires permet une égalité de conditions de financement entre le princeps/bioréférent et les génériques et biosimilaires, nécessaire pour éviter une distorsion qui aurait des conséquences coûteuses si elle conduisait les établissements à privilégier le princeps/bioréférent ;
- certaines spécialités inscrites depuis de nombreuses années, ont bénéficié, d'une comparaison avec un comparateur cliniquement pertinent conduisant à leur attribuer un niveau d'ASMR V, sans pourtant faire partie du groupe générique, sont présentes.

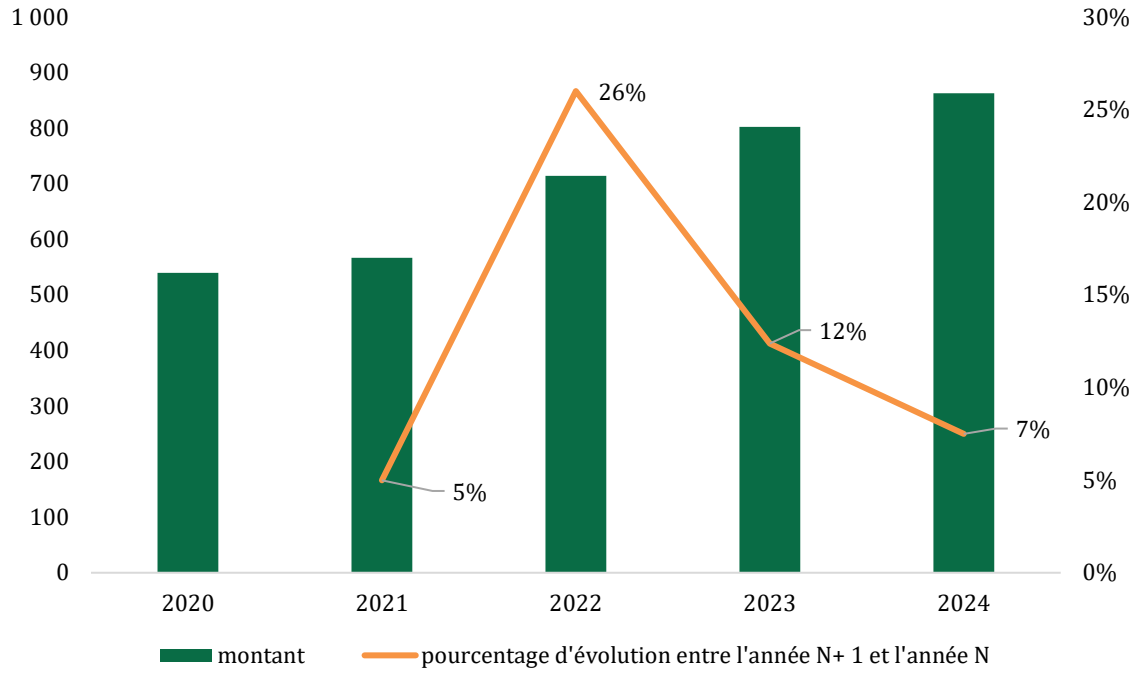
En 2024, la catégorie des molécules de la LES avec un ASMR V (aucune amélioration) représentait 13,6 % de la dépense totale de la liste en sus. Entre 2021 et 2024, le montant total par année des dépenses associées à cette catégorie a augmenté de 52 % tandis que les volumes achetés ont connu une croissance moins dynamique de 21 % (cf. graphique 32et graphique 33).

Concernant les spécialités bénéficiant d'un ASMR V, la hausse entre 2022 et 2023 est portée par les immunoglobulines humaines (37 % en 2024), certaines spécialités en oncologie (27 % en 2024) et dans les maladies auto-immunes (8,2 % en 2024).

L'« effet biosimilaire » joue un rôle important dans le poste de cette dépense, ainsi que les spécialités utilisées en oncologie par voie sous-cutanée (15 % en 2024), en cohérence avec le développement d'une prise en charge vers les hôpitaux de jour et l'hospitalisation à domicile dans cette spécialité.

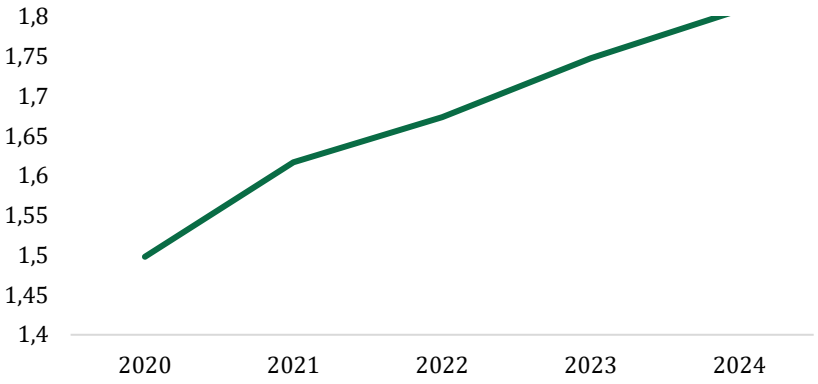
Malgré tout, le prix de certains biosimilaires reste élevé, même s'il est inférieur à la spécialité princeps (exemple Rixathon© IV l'un des biosimilaires de Mabthera© IV a un coût à plus de 345 € par flacon contre 700 euros par flacon pour le princeps).

Graphique 32 : Montants totaux d'achats imputables aux ASMR V entre 2020 et 2024 et leur taux d'évolution par rapport à l'année N-1 (MCO ex-DG), en M€



Source : Mission à partir des données ATIH.

Graphique 33 : Évolution des volumes consommés imputables aux ASMR V entre 2020 et 2024 et taux d'évolution par rapport à l'année N-1 (MCO ex-DG), en millions d'UCD



Source : Mission à partir des données ATIH.

3.4. Un effet de sédimentation des produits inscrits sur la LES couplé à l'inscription de spécialités plus onéreuses expliquent l'augmentation des montants remboursés

L'augmentation constatée des volumes et montants des prescriptions de molécules au sein de la liste en sus est multifactorielle. La mission a tenté de mettre en lumière plusieurs éléments pouvant contribuer à ces constats.

Un médicament récent n'est innovant que pendant un temps donné, notamment dans des spécialités médicales avec une forte dynamique en termes de recherche (oncologie par exemple). A ce titre une durée finie d'inscription sur la LES semble pertinente. Au-delà de cette limite, une réintégration dans le groupe homogène de séjours (GHS) serait faite.

De plus, l'actualisation régulière du prix par le CEPS devrait conduire certaines molécules, inscrites depuis plusieurs années sur la LES, à ne plus respecter le critère de prix rapporté au tarif du GHS[139].

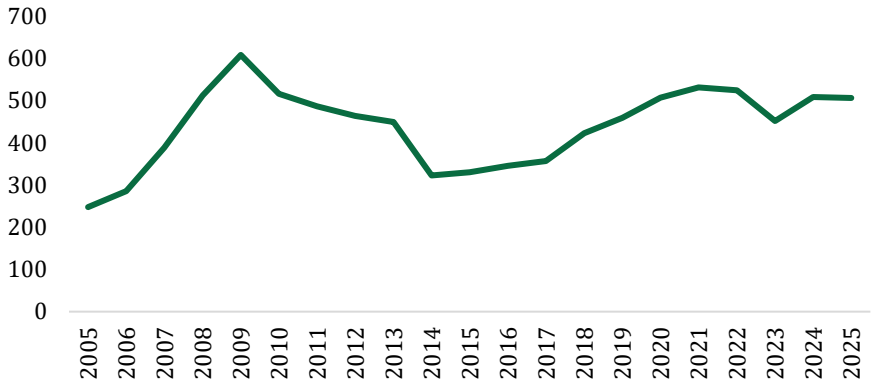
Enfin, le coût de la recherche et innovation trouve un amortissement dans le temps. Et l'innovation technologique trouve des applications de commercialisation de références nouvelles, devenues alors sans rupture technologique en matière d'innovation. Ainsi, le prix élevé de certaines références de la liste en sus, à fortiori lorsqu'elles y sont présentes depuis de nombreuses années, interroge.

Pour ces trois raisons, la présence de références dans la LES depuis plusieurs années doit être questionnée.

3.4.1. Un processus de sédimentation de la LES s'opère, avec de nombreuses entrées chaque année mais peu de sorties

Un premier facteur est lié au flux des entrées et des sorties des molécules sur la liste. Plus le nombre de molécules est grand et plus l'éventail des possibilités de prescrire en son sein est grand. Le solde annuel a été depuis la création de la liste en sus en 2005 plus souvent positif que négatif. Le nombre de molécules présent sur la liste a ainsi plus que doublé en 20 ans (passé de 248 à 507 molécules) (cf. graphique 34).

Graphique 34 : Solde des inscriptions et radiations de molécules de la liste en sus entre 2005 et 2025

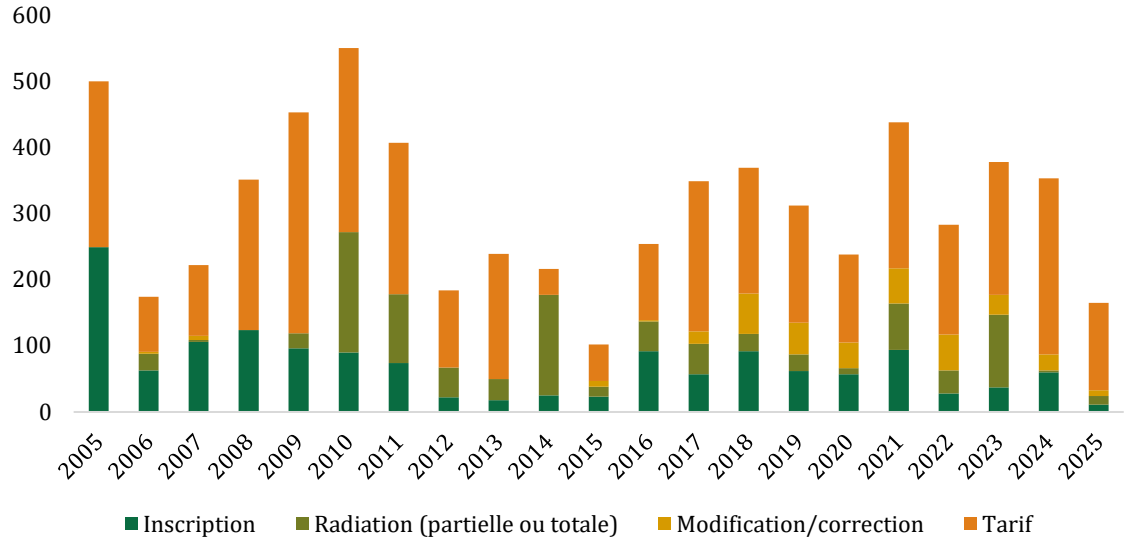


Source : mission à partir des données d'historique de la liste en sus DGOS.

Les mouvements sur la liste en sus correspondent à des évènements dans la vie d'un médicament : inscription, modification, radiation mais aussi, le plus souvent, à des modifications de prix. Depuis sa création en 2005, lors de la mise en place de la réforme de la tarification à l'activité, la proportion de ces évènements est peu en faveur des radiations (14,5 % des mouvements totaux), mais plutôt orientée vers les modifications tarifaires (57 %) et les inscriptions (22 %) (cf. graphique 35). Ainsi le solde des molécules inscrites à la liste en sus amène à une accumulation des référencements.

[139] Encadré 1 du point 3.1.1

Graphique 35 : Historique des évènements (en nombre) au sein de la liste en sus entre 2005 et 2025



Source : mission à partir des données d'historique de la liste en sus DGOS.

Il est surprenant de constater que près du tiers des molécules ont un usage nul dans les fichiers de données ATIH (volume égal à zéro pour 34,5 % des molécules référencées en 2024 et à zéro depuis 5 ans pour 5 % de ces mêmes références). Ces éléments évoquent une gestion et actualisation nettement insuffisante de la liste au fil de l'eau.

Lors des différents entretiens menés par la mission, les difficultés de radiation de la liste sont mises en avant, avec une opposition émanant de plusieurs acteurs, en particulier des établissements de santé face aux effets de la réintégration des montants dans les tarifs GHS. Un moratoire a d'ailleurs été prononcé sur les radiations en 2024 et 2025[140].

3.4.2. La dynamique haussière des dépenses de la liste en sus est principalement tirée en 2023 par les extensions d'indication plutôt que par les nouvelles inscriptions

La liste en sus est inflationniste dans sa structure et sa gestion. Elle est censée accueillir les molécules innovantes mais subit le maintien de molécules anciennes par le mécanisme d'extension d'indication ou de modification mineures d'UCD.

Les dépenses des molécules nouvellement inscrites de 2021 à 2023 ont progressé de 85 % et représentent 3,3 %du total. Elles contribuent à 24,5 % de la croissance des dépenses de molécules onéreuses entre 2022 et 2023. En revanche, la dépense pour les molécules en extension d'indication et en tensions en approvisionnement a progressé de 14 % et représente 61,2 %, mais contribue aux ¾ de la croissance du nombre de références. Les molécules radiées ne permettent pas de compenser les arrivées car elles ne représentent que 1 % de la dépense (cf. tableau 18).

[140] Les quatre molécules radiées en 2024 font suite à un retrait du marché

Tableau 18: Évolution des montants d'achat sur les années 2022 et 2023 pour les molécules onéreuses de la liste en sus (hors médicaments sous accès précoce/accès compassionnel (APAC))

	Montants 2022 en Md€	Montants 2023 en Md€	Évolution 2022-2023	Contribution à la croissance 2022-2023
Inscriptions	**164,08**	**303,14**	**84,80 %**	**24,50 %**
Molécules inscrites en 2021	147,34	177,07	20,20 %	5,20 %
Molécules inscrites en 2022	16,74	48,99	192,70 %	5,70 %
Molécules inscrites en 2023		77,07		13,60 %
Extensions d'indication et tensions d'approvisionnement	3 031,01	3 459,59	14,10 %	75,60 %
Molécules avec extension d'indication en 2021	205,31	167,85	-18,20 %	-6,60 %
Molécules avec extension d'indication en 2022	535,59	600,28	12,10 %	11,40 %
Molécules avec extension d'indication en 2023	2206,98	2582,67	17,00 %	66,30 %
Tensions en approvisionnement	83,13	108,79	30,90 %	4,50 %
Radiations	**46,77**	**7,98**	**-82,90 %**	**-6,80 %**
Molécules radiées en 2022	3,23			-0,60 %
Molécules radiées en 2023	43,54	7,98	-81,70 %	-6,30 %
Autres molécules	1 710,46	1 748,63	2,20 %	6,70 %
Total	**4 952,31**	**5 519,34**	**11,40 %**	**100 %**

Source : ATIH, 2023.

De plus le tarif moyen des molécules radiées en 2023 (451,1 €) est cinq fois inférieur en moyenne à celui des molécules entrantes la même année (2 317,7 €). Le tarif moyen des molécules entrantes tend par ailleurs à augmenter dans le temps : il était de 259 € en 2009 quand il est 13 092,9 € en 2024[141].

En 2023, sur les 18 molécules radiées (avec chacune plusieurs références possibles), le prix d'achat unitaire moyen est de 471 € (médiane à 97,9 €, 10 € unitaire au minimum et 4 416 € unitaire maximum ; seules quatre références ont un prix unitaire supérieur à 300 €). Sur cette même année, pour les 19 nouvelles molécules inscrites (avec chacune plusieurs références possibles) le prix d'achat unitaire moyen de 2 392 € (médiane à 998,5 €, 0,01 € unitaire au minimum et 17 918,5 € unitaire maximum ; seules deux références ont un prix unitaire inférieur à 300 €)[142].

3.4.3. Au regard de l'évolution passée et à venir des montant remboursés imputables à la LES, les modalités de régulation de celle-ci sont insuffisantes

Face à de tels montants de dépense, concentrés sur quelques molécules très onéreuses, trois leviers de maitrise des dépenses se dessinent :

- un enjeu de régulation du prix, hors périmètre de la mission, *a minima* :
  - par une convergence du prix des princeps vers le prix du biosimilaire le moins cher, moyennant un délai de pénétration de ces biosimilaires ;

[141] Sur la base des tarifs d'inscription dans l'historique de la liste en sus DGOS en open source

[142] Données ATIH

- par une baisse conséquente du prix même en l'absence de présence de biosimilaire, passé un délai à définir d'inscription pour la première fois sur la liste en sus (10 ans semble réaliste au vu de la durée des brevets) ;

- un enjeu de massification des achats pour améliorer le pouvoir de négociation des établissements lors de l'achat des produits de santé de la liste en sus. Cette massification doit toutefois préserver la dynamique en place de négociation du prix. Elle doit par ailleurs ne pas réduire les marges de négociation du fait des coûts d'approvisionnement par l'industriel en des points de livraison multiples ou des coûts logistiques de redistribution par le groupement ainsi constitué ;
- un enjeu d'identification des potentialités de désescalade thérapeutique en dose prescrite et en durée de traitement sans dégradation du service rendu pour le patient en survie et en qualité de vie : autrement dit faire tout aussi bien avec moins. En ce sens, en oncologie, des essais cliniques institutionnels, portés notamment par Unicancer, visent à explorer les possibilités de désescalades de doses et de fréquences de traitement (*cf.* Annexe IV Juste prescription point 4) ;
- un enjeu d'organisation de la programmation des prises en charge pour éviter le gaspillage des médicaments onéreux injectables, via une utilisation « mutualisée » du flacon, dans la limite des recommandations en termes de stabilité des molécules et d'hygiène, des flacons ouverts lorsqu'ils ne sont pas utilisés entièrement au vu de la prescription au poids du patient et que le conditionnement disponible sur le marché est supérieur à la dose usuelle utilisée.

3.4.4. La présence dans la LES de produits qui ne répondent plus au caractère innovant peut interroger

L'inscription sur la liste en sus repose la notion d'amélioration du service rendu qui n'intègre pas nécessairement la notion de rupture technologique par rapport à ce qui est déjà présent sur le marché (cf. 3.1.2).À ce titre, une molécule ancienne utilisée dans une toute nouvelle indication et qui ferait bien mieux que des médicaments plus récents peut aujourd'hui figurer dans la LES. Dans ce cas elle aurait une meilleure ASMR malgré un progrès technologique inexistant.

Ainsi, au regard de l'objectif fixé par la LES, à savoir promouvoir l'accès à l'innovation pour les patients, il serait intéressant d'initier une réflexion pour intégrer la notion de rupture technologique (par un médicament ou un dispositif médical, dans son mécanisme d'action ou son action principale), dans la définition actuellement admise de l'innovation, en complément de l'ASMR. Cela limiterait la place des entrées dans la LES par modification d'indication de molécules « non innovantes » en soi, dont le prix encore élevé est peu justifiable.

Cette absence de dimension de rupture technologique permet par ailleurs la présence d'ASMR V sur la LES (cf. 3.3.5).

Cette situation interpelle à plusieurs égards :

- premièrement, un princeps est génériqué à partir du moment où son brevet tombe dans le domaine public (la molécule peut alors être commercialisée par des laboratoires pharmaceutiques concurrents). Le caractère innovant du générique et de son princeps est alors questionnable. L'oncohématologie et l'oncologie présentent des exemples intéressants avec notamment, des génériques de nombreuses spécialités présents sur la LES. On peut citer les génériques du Mabthera© (rituximab), anticorps monoclonal ayant bénéficié d'une première autorisation de mise sur le marché il y a bientôt 30 ans, en 1998, qui représentent près de 71 M€ de dépenses remboursées en 2024 (ex-DG et ex-OQN), ou encore l'exemple du Caelyx© (doxorubine liposomale pégylée), avec environ 14 M€ remboursés en ex-DG et ex-OQN ;

- deuxièmement, il est difficilement justifiable au regard du respect des critères d'inscription sur la LES, que certains médicaments présents depuis près de 20 ans, avec un ASMR V, sans comparateur pertinent soient encore inscrits sur cette liste, ou n'aient pas bénéficié d'une réévaluation de leur ASMR. On peut ainsi citer l'exemple d'eptacog alfa (Novoseven©, 27 M€ en 2024, inscrit depuis 2005 sur la LES, dont le seul comparateur a été retiré du marché).

Indépendamment du niveau d'ASMR, on observe la présence de spécialités inscrites sur la LES avec une ancienneté qui remonte à plusieurs années voire décennies. A cet effet, le cas des médicaments anti-infectieux attire l'attention par rapport à certaines dates de mise sur le marché, par exemple avec la micafungine dont l'autorisation de mise sur le marché date de 2008 ou le voriconazole injectable disposant d'une AMM depuis 2002.

Il faut toutefois nuancer ce constat. Les biosimilaires ont permis de diminuer le coût des prises en charges pour la collectivité en proposant des alternatives plus accessibles que le médicament princeps. Une stratégie, visant à permettre la pénétration des génériques et biosimilaires sur une période à définir (deux ans par exemple) avant alignement du prix du princeps sur ses génériques/biosimilaires, doit *a minima* amener à la sortie au fil de l'eau de référence sur leur perte du caractère innovant et du critère de prix ramené au tarif du GHS.

3.4.5. Une gestion active de la LES doit permettre d'en réduire le champ aux seules innovations, sans priver les patients de l'accès aux thérapeutiques qui ne peuvent plus être considérées aujourd'hui comme telles

La mission propose en conséquence deux scénarii, non cumulables, qui visent à restreindre le panel de références pouvant être prescrites dans la LES.

3.4.5.1. La sortie des médicaments présents dans la liste en sus depuis plus de 10 ans quelle que soit son ASMR, au regard du cycle de vie d'une innovation amène à une économie potentielle de 450 à 596 M€ en 2024

La sortie des médicaments présents dans la liste en sus depuis plus de 10 ans quelle que soit leur ASMR, au regard du cycle de vie d'une innovation[143], se fonde sur le principe que ces médicaments ne sont plus alors innovants. Au sein des médicaments inscrits depuis plus de 10 ans, pour un montant global 1,805 Md€ répartit comme suit : 1,38 Md€ pour le périmètre MCO ex-DG et 0,425 Md€ pour le périmètre MCO ex-OQN en 2024. Ainsi, la part des montants d'achats se répartit par amélioration du service médical rendu comme suit pour les établissements ex-DG : 3 % ont une ASMR I, 21 % une ASMR II, 21 % une ASMR III, 7 % une ASMR IV et 48 % une ASMR V[144],[145]. Pour les établissements ex-OQN cette répartition s'effectue de la façon suivante : moins de 1 % pour les ASMR I, 20 % pour les ASMR II, 37 % pour les ASMR III, 5,5 % pour les ASMR IV et 38.5 % pour les ASMR V.

La mission de revue de dépenses sur les dispositif médicaux IGAS-IGF en 2024 a proposé une mesure similaire (cf. infra 3.4.5.3). Au vu des échanges lors des derniers travaux de sortie de médicaments de la LES et réintégration des dépenses dans le tarif du GHS, la mission propose

[143] Un brevet est déposé pour une durée de vingt ans. Il peut se découper en deux temps : des étapes de recherches pré-cliniques, avec une durée moyenne de 10 ans avant mise sur le marché, et donc une durée d'exploitation commerciale couverte pour le brevet d'environ 10 ans.

[144] Base de données ATIH, Liste en sus MO.

[145] Les molécules princeps inscrites depuis plus de 10 ans font références pour le groupe générique ou biosimilaire auxquels ils sont associés. Ainsi, en cas de sortie d'un princeps, le(s) générique(s) ou biosimilaire(s) associés sont d'office radiés de la LES indépendamment de leur durée d'inscription.

d'appliquer un taux de réintégration partiel des coûts, sur deux hypothèses, proches des ordres de grandeur historiques : réintégration à 66 % et à 75 %.

Sur la base d'un scénario de réintégration à hauteur de 66 % dans les tarifs des GHS l'économie générée est de 596 M€ et de 451 M€ si la réintégration est à hauteur de 75 %.

L'application de cette mesure amène à une économie la première année intégrant une partie du « stock historique », et les années suivantes, en année glissante les molécules atteignant une ancienneté de 10 ans chaque année.

Un travail similaire peut être réalisé sur les dispositifs médicaux de la LES.

3.4.5.2. La radiation des biosimilaires et génériques, ayant une ASMR V de la LES actuelle avec sortie concomitante du princeps et impossibilité dans le futur d'inscrire dans la LES ASMR V des biosimilaires/génériques amène à une économie potentielle de 230 à 304 M€ en 2024

La radiation des produits disposant de biosimilaires et génériques, avec une double approche :

- la gestion du stock : sortie des biosimilaires et génériques ASMR V de la LES actuelle avec sortie concomitante du princeps ;
- et la gestion du flux : impossibilité dans le futur d'inscrire dans la LES ASMR V des biosimilaires/génériques partant du principe que ces médicaments ne sont plus alors innovants, avec la sortie, concomitante de la mise sur le marché des biosimilaires et génériques, du princeps correspondant dans la LES.

Cette radiation concernerait 132 spécialités différentes sur les 307 spécialités présentant une ASMR V, pour un montant total de dépenses sur l'année 2024 de 921 M€ (239 M€ pour les établissements ex-OQN et 682 M€ pour les établissements ex-DG). En effet, à titre d'exemple pour les établissements ex-DG, au sein des ASMR V, les biosimilaires et génériques représentent 51 % en nombre de références et 77 % en montant. Sur la base d'un scénario de réintégration à hauteur de 66 % dans les tarifs des GHS l'économie générée est de 304 M€ et de 230 M€ si la réintégration est à hauteur de 75 % (hypothèse similaire au scénario supra). L'application de cette mesure amène à une économie la première année intégrant une partie du « stock historique », et les années suivantes, en année glissante les princeps, pour lesquels des biosimilaires et génériques arrivent sur le marché, chaque année.

Le toilettage de la liste en sus nécessite en parallèle un travail de réactualisation des ASMR de la liste en sus, au minimum au gré de l'évaluation de la catégorie à chaque arrivée de molécule nouvelle.

3.4.5.3. Le critère de rapport entre le prix des médicaments et le tarif des séjours au cours desquels ils sont fréquemment utilisés doit être vérifié à chaque diminution de prix

Le tarif de responsabilité des médicaments inscrits dans la LES évolue dans le temps : à la baisse par rapport au tarif lors de l'inscription pour une même indication. Une même molécule peut voir son prix repartir à la hausse lorsqu'il bénéficie d'une extension d'AMM ou d'une évolution de mode d'administration (exemple : administration sous-cutanée versus intra-veineuse).

La DGOS édite chaque année un fichier portant l'actualisation des prix et leur historique. Il convient que la DGOS s'assure, qu'à chaque diminution du prix des médicaments inscrits à la LES, le critère d'inscription relatif au rapport entre le coût du médicament et le tarif de la majorité des prestations l'incluant reste respecté[146].

3.4.5.4. Le rapport IGAS-IGF 2024 portant sur les dispositifs médicaux proposait également le toilettage de la LPP en vue de son recentrage sur des DM innovants

La mission recommandait également ***« une gestion active de la liste en sus et une réduction de son périmètre de la liste en sus (mesure n°4), afin de permettre une meilleure régulation des dispositifs qui en sortent tant en ce qui concerne leur prix, qui seront mieux négociés, que la pertinence de leur usage.***

L'existence d'un remboursement intégral des dispositifs de la liste en sus n'incite pas les établissements de santé à s'interroger sur la pertinence médico-économique de leur utilisation. L'accès aux produits innovants tels que ceux de la liste en sus peut agir comme une motivation complémentaire pour les praticiens désireux d'innover dans leur pratique interventionnelle ou chirurgicale. Sans qu'il soit possible de documenter ce comportement, il est probable que la sortie des produits de la liste permettra d'améliorer la pertinence de leur usage.

La relance de la gestion active de la liste en sus permettrait de réintégrer le coût des produits dans le financement des tarifs des séjours et séances des établissements en appliquant une décote, générant une économie pour l'assurance maladie. En procédant à une comparaison de prix d'achat de huit produits, sortis de la liste en sus entre 2011 et 2023, auprès de centrales d'achat et hôpitaux, la mission a constaté que les prix d'achat des hôpitaux étaient en moyenne inférieurs de 5 % au dernier tarif en vigueur. La mission a estimé que la sortie de la liste en sus des stimulateurs cardiaques et prothèses endocoronaires avec une décote de 5 % permettrait une économie de 20 M€ et qu'une sortie de 43 % des montants de dispositifs médicaux, avec une décote de 8 % permettrait de générer une économie de 75 M€.

Plus généralement, la mission recommandait dans la mesure 6 de ***Subordonner au respect des conditions renforcées la réinscription de dispositifs médicaux sur la liste en sus au-delà de cinq ans.*** *Elle considérait que cela contribuerait à garantir son rôle d'outil de financement des dispositifs médicaux onéreux et innovants. Elle recommande également la suppression de l'ETI à l'issue des baisses de prix préconisées supra.* [147]*».*

Par ailleurs, la mission préconisait, dans sa « **mesure n° 7 d'étendre aux dispositifs médicaux, par voie réglementaire, le champ des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation et prioriser dans le programme de travail de la haute autorité de santé l'engagement des travaux d'élaboration des référentiels de certification (DSS, HAS). »**

---

[146] Un rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée, mentionnés au1 ° de l'article L.1 62-22-10 et applicables l'année en cours. Pour les établissements mentionnés aux d et e de l'article L.1 62-22-6, les tarifs de référence sont ceux mentionnés au présent4 °, majorés des éléments mentionnés aux 2 ° et3 ° de l'article R.1 62-32-1.

[147] Extrait du rapport 2023 Revue de dépense IGAS IGF Dispositifs médicaux

4. La prescription de médicaments hors AMM représente près d'un cinquième des prescriptions, pour certaines de façon légitime dans les pratiques

4.1. La prescription hors AMM ne concerne pas uniquement la liste en sus

L'**autorisation de mise sur le marché (AMM) est un acte administratif qui permet en France à une entreprise de mettre sur le marché une spécialité pharmaceutique** (cf. Annexe I)**. Pour** l'**obtenir** elle **aura dû démontrer**, par le biais d'essais cliniques respectant le cadre réglementaire, **que le médicament possède la qualité pharmaceutique requise, qu'elle est efficace, conforme aux dernières directives publiées par les autorités de santé et** qu'elle **présente les garanties de sécurité** attendues**.** L'**AMM est une garantie de qualité, d'efficacité et de sécurité pour le prescripteur** et le patient**.**

La prescription hors autorisation de mise sur le marché (AMM) de la spécialité (indication, caractéristiques des patients, voie d'administration, modalités d'administration, posologie, durée du traitement) est autorisée dans des cadres spécifiques prévus par les textes.

- Trois situations sont à distinguer[148] : la première correspond à la prescription d'une spécialité dont l'efficacité et la sécurité sont fortement présumées dans une indication thérapeutique précise visant une maladie grave, rare ou invalidante, sans traitement approprié et pour laquelle elles sont présumées innovantes, sous condition d'un engagement du laboratoire de déposer une demande d'AMM dans un délai déterminé de deux ans (cf. doctrine de la HAS). Ces autorisations peuvent concerner l'indication d'un médicament en amont de l'obtention de toute AMM, d'un médicament qui dispose d'une déjà d'une AMM dans l'indication considérée et en amont d'une prise en charge de droit commun par l'assurance maladie, ou qui dispose d'une AMM pour une autre indication. Il s'agit du cadre de l'accès précoce, qui couvre des besoins médicaux auxquels peuvent répondre des médicaments pour lesquels le laboratoire a des visées commerciales ;
- la deuxième correspond à une prescription réalisée, dans le cas d'un « cadre de prescription compassionnelle » autorisée par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), soit à titre individuel (pour un patient donné) soit à titre collectif avec fixation d'un cadre d'accès compassionnel (Code de la santé publique, article L5121-12-1). Elle est permise dans des situations précises où le médicament concerné ne fait pas l'objet de recherches impliquant la personne humaine à des fins commerciales, qu'il n'existe pas d'alternative thérapeutique et quand l'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles ainsi que, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par les professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ;

[148] Autorisation d'accès précoce, autorisation d'accès compassionnel et cadre de prescription compassionnelle - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

- la dernière situation correspond, à une prescription en l' « absence d'autorisation ou de cadre de prescription compassionnelle (article L.5121-12-1-2 du CSP) dans l'indication considérée, […] en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient ». Ce peut être le cas par exemple en pédiatrie, avec l'utilisation de spécialités dont l'utilisation en pédiatrie n'est pas documentée dans les essais cliniques qui ont permis d'obtenir l'AMM.

La prescription hors AMM peut ainsi trouver une place légitime dans les pratiques, sans correspondre à un écart aux bonnes pratiques médicales, dans un certain nombre de circonstances où le strict respect de l'AMM n'offre pas au patient la meilleure prise en charge.

Cela peut concerner :

- des molécules dont la prescription se fonde sur le résultat de recherches nationales et internationales très récentes, pour lesquelles la décision d'AMM n'a pas encore été prise en France et dont le prescripteur choisit de faire bénéficier au patient. C'est le cas dans certaines spécialités dont l'évolution de la pratique est soutenue par une recherche particulièrement dynamique[149] ;
- des molécules dont l'inscription sur la liste des AMM a été demandée par un industriel alors qu'un autre ne l'a pas demandé pour une molécule jumelle (situation fréquente en psychiatrie) ;
- un type de population ou de situations cliniques écartées des essais cliniques. Les pédiatres se retrouvent à prescrire un médicament, avec une AMM obtenue par l'industriel pour l'adulte, mais une AMM non demandée pour l'enfant[150][151].

Le taux de prescription hors AMM en France, retenu en 2018[152] dans une publication conjointe de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie, est compris entre 15 et 20 %[153].

Les spécialités les plus concernées par cette pratique sont : la cancérologie, la rhumatologie, la psychiatrie, la pédiatrie, la gériatrie et la transplantation, bien que cette pratique se retrouve dans l'ensemble des spécialités médicales.

Les molécules principalement prescrites hors AMM sont : les antithrombotiques, les antalgiques, les antidépresseurs et les protecteurs gastriques.

Pour ce qui est de la prescription hors AMM dans la LES, le référentiel administratif portant la codification des indications des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus indique aux établissements la nécessité de coder ces usages avec le code I999999.

---

[149] C'est le cas par exemple en oncologie et en hématologie, où les sociétés savantes et les travaux régulièrement publiés ou soumis en congrès participent à faire évoluer les stratégies thérapeutiques (certains lymphomes)

[150] L'Académie de médecine en 2018 cite une enquête réalisée dans le service de pédiatrie à l'hôpital Robert Debré : 81 % des médecins reconnaissent prescrire hors AMM et 77 % en informent les parents

[151] Une publication plus ancienne (2005) sur la base d'une étude réalisée en Haute Garonne étudiant les prescriptions de 1 960 enfants identifie plusieurs molécules fréquemment utilisées en médecine de ville hors AMM ou à des posologies hors AMM chez l'enfant : le tuaminoheptane décongestionnant nasal contre indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans, desloratadine antihistaminique ayant l'AMM pour l'enfant de plus de 12 ans et l'adulte. A noter que certains médicaments cités dans l'étude ont depuis une AMM pour l'enfant dès 2 ans.

[152] Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable - ScienceDirect

[153] Tout secteur confondu

Le RESOMEDIT[154] dans une analyse médico-économique réalisée en 2019 sur la liste en sus, montrait un taux de recours au hors AMM estimé à environ 19 % du montant total, soit près de 740 millions d'euros[155].

4.2. La traçabilité de la prescription hors AMM est peu fiable en ville et partielle à l'hôpital

La problématique de la prescription hors AMM pour ce qui est de la traçabilité et de la quantification concerne le cas où le prescripteur agit en dehors d'un cadre compassionnel.

Cette pratique est relativement traçable et évaluable en milieu hospitalier, pour les médicaments de la liste en sus mais aussi pour les médicaments dont le financement est inclus dans le tarif du GHS, notamment grâce au système de renseignement de l'indication nécessaire pour la prescription et grâce à la validation pharmaceutique qui tend à contrôler cette pratique.

En ville, l'identification de prescriptions hors-AMM est moins aisée, dans la mesure où l'indication ne figure pas dans les prescriptions et que la présence de cette mention amène à une absence de remboursement par l'assurance maladie. Le groupement d'intérêt scientifique (GIS) EPIPHARE est chargé de conduire des études à partir du système national des données de santé (SNDS) qui peuvent permettre de repérer des risques de prescriptions hors-AMM (volume de prescription versus population cible). Le principe de prescription renforcée pour certains traitements antidiabétiques vise à pallier cette faiblesse avec une obligation d'attester de l'indication[156]. Une extension de cette disposition pourrait être intéressante.

4.3. Le recours à la prescription hors AMM de spécialités inscrites à la LES est hétérogène selon les établissements

La mission a mené une enquête auprès des centres hospitalo-universitaires (CHU) et des établissements de santé de groupe 1 afin d'obtenir des données déclaratives des montants et volumes de l'usage du hors AMM au sein de la liste en sus. Les données montrent un recours très variable à cette pratique.

Les établissements qui ont le plus recours au hors AMM sont majoritairement des CHU présentant une activité marquée en centres de référence de maladies rares, pour lesquelles peu de spécialités disposent d'une AMM.

La part des prescriptions hors AMM dans la liste en sus est en moyenne de 24,7 %[157]. Sa part dans le montant remboursé imputable à la LES est toutefois en baisse depuis 2019 (cf. graphique 36) et la dispersion tend également à se réduire.

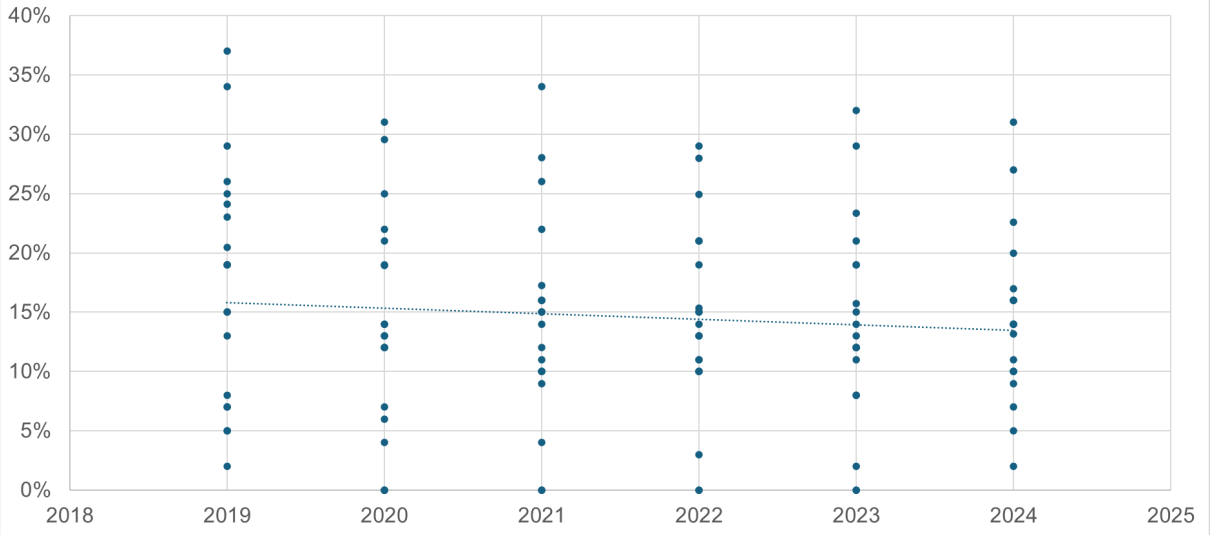
[154] Réseau national portant l'animation des Omedits régionaux.

[155] Analyse médico-économique des pratiques d'utilisation des médicaments de la liste en sus

[156] Décret n° 2024-968 du 30 octobre 2024 relatif au document destiné à renforcer la pertinence des prescriptions médicales

[157] Médiane 23,25, mini 5,1 % et maxi 54,7 %

Graphique 36 : Dispersion anonymisée du ratio du montant du Hors AMM de la LES sur le montant total de la LES de 2019 à 2024 par CHU ayant répondu à la sollicitation de la mission (chaque point représentant un CHU)



Source : Mission à partir d'une enquête auprès des CHU et ES publics du groupe 1. Un point représente un établissement. Valeurs de 2024 : Q1 à 10 %, Médiane à 14 %, Q3 à 19 %, Q4 à 31 %

4.4. Le recours au hors AMM au sein de la LES est encadré au sein des établissements et doit être suivi par le régulateur

Le processus de prescription en hors AMM de spécialités issus de la LES est soumis à un processus de contrôle homogène au sein des établissements interrogés.

Au niveau des établissements, une étape de concertation pluriprofessionnelle précède la décision. La prescription qui en résulte fait l'objet d'un contrôle de la part du pharmacien hospitalier qui autorise ou non la dispensation du produit.

Cependant, il ressort que, de manière assez inégale, les établissements bénéficient d'un retour de la part de l'OMEDIT dont ils dépendent, voire de leur ARS, sur l'évolution et leur pratique de la prescription hors AMM. Le suivi par les OMEDITs ne couvre plus la totalité des régions depuis 2025.

5. La rétrocession est une des voies de délivrance des médicaments, à la charge de quelques établissements publics de santé

5.1. La rétrocession est un procédé de délivrance dévolu à l'hôpital sans rôle particulier par rapport aux officines de ville dans la pertinence des prescriptions de médicaments

La rétrocession correspond à la dispensation de médicaments par les pharmacies hospitalières – les pharmacies à usage intérieur (PUI) - aux patients non hospitalisés, par dérogation ou en complément du circuit habituel des pharmacies de ville. La rétrocession permet aux patients d'avoir accès à certains traitements malgré leurs contraintes de distribution, de dispensation ou d'administration, ou qui nécessitent un suivi particulier de la prescription ou de la délivrance. Certaines pharmacies hospitalières sont autorisées à la rétrocession sous certaines conditions, par décision de l'Agence Régionale de Santé territorialement compétente.

Ce mécanisme est décrit et encadré par l'article L. 5126-1 du code de la santé publique (cf. encadré 11).

Ces médicaments bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une autorisation d'importation (AI). Certains médicaments peuvent également être nommément inscrits sur cette liste à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale. Enfin, d'autres médicaments peuvent être rétrocédés sans être nommément inscrits sur la liste de rétrocession. Il s'agit des catégories de médicaments suivantes : préparations magistrales ou hospitalières, médicaments bénéficiant d'un accès précoce ou compassionnel.

Les radiations de la liste concernent essentiellement des produits ayant bénéficié d'une autorisation en accès précoce ou d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle qui, à l'issue de leur phase d'obtention de l'AMM puis d'admission au remboursement, sont pour la majorité distribués en officine de ville. Sont également concernés par des radiations les produits en arrêt de commercialisation ou ceux inscrits sur la liste pour un temps déterminé.

Les médicaments délivrés dans le cas de la rétrocession sont facturés à l'assurance maladie : ils ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers ; leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Les prix de cession au public des médicaments rétrocédés sont fixés sur la base du prix de vente aux établissements de santé déclaré par le laboratoire au comité économique des produits de santé (CEPS), majoré de la TVA et d'une marge forfaitaire de rétrocession (d'un montant de 22 €). De même que pour les médicaments remboursables dispensés en officine de ville, le taux de remboursement aux patients est déterminé par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en fonction de l'avis de la commission de transparence. Pour les médicaments irremplaçables et particulièrement coûteux, les ministres peuvent toutefois décider de supprimer la participation de l'assuré. De fait, la quasi-totalité des médicaments de rétrocession sont pris en charge à 65 % ou 100 %.

Lorsque l'établissement de santé négocie un prix d'achat inférieur au prix de cession publié, la moitié de l'écart entre le prix officiel et le prix d'achat effectif est désormais, depuis le 1er juillet 2015, reversée à l'assurance maladie à l'instar du dispositif existant pour les médicaments pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Depuis 2021[158], l'ANSM fixe et publie la liste des médicaments rétrocédables (dite « liste de rétrocession »). Au 21 juillet 2025, cette liste comportait 925 produits. La dernière décision d'extension de cette liste date du 11 juillet 2025[159]. Depuis le début de l'année 2025, six décisions de modification ont été prises.

Encadré 11 : Le dispositif de la rétrocession

Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 5126-1 *[qui définit et réglemente les pharmacies à usage intérieur] :*

1° **Pour des raisons de santé publique, dans l'intérêt des patients ou, le cas échéant, sur demande des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé fixe la liste des médicaments que certains établissements de santé ou groupements de coopération sanitaire disposant d'une pharmacie à usage intérieur sont autorisés à vendre au public, au détail et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 5123-2 et L. 5123-4. Cette liste est publiée sur le site internet de l'agence. Les médicaments qui figurent sur la liste peuvent faire l'objet d'une délivrance à domicile.**

Sont réputés inscrits sur cette liste les médicaments qui ne sont pas classés dans la catégorie des médicaments réservés à l'usage hospitalier et qui font l'objet d'une autorisation d'accès précoce mentionnée à l'article L. 5121-12 ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, ainsi que les médicaments qui font l'objet d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle mentionnés à l'article L. 5121-12-1 du présent code ou qui bénéficient du dispositif relatif aux continuités des traitements initiés à ce titre en application du VI de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. Le présent alinéa s'applique sans préjudice de l'existence d'un autre circuit de délivrance pour les médicaments faisant l'objet d'un cadre de prescription compassionnelle pour une indication considérée.

Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtées conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

2° Pour des raisons de santé publique ou dans l'intérêt des patients, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté la **liste des denrées alimentaires destinées à des fins médicales spéciales**, définies à l'article L. 5137-1, que les pharmacies à usage intérieur sont autorisées à délivrer ;

(…)

Source : Article L. 5126-1 du code de la santé publique.

5.2. La dynamique de remboursement de la rétrocession est en décroissance, avec un montant en 2024 de 1,9 Md€, de fait de mesures réglementaires ayant réduit son périmètre

Mis à part une hausse en 2021, le remboursement des médicaments au titre du mécanisme de la rétrocession est en baisse continue depuis 2017, pour s'établir à 1 889 M€ en 2024. *N.B : Les chiffres pour 2015 et 216 ne sont pas disponibles* (cf. tableau 19).

Tableau 19 : Évolution du montant des remboursements liés à la liste de rétrocession

Composantes	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Montant du remboursement (en M€)	2 954	2 502	2 210	2 122	2 241	2 005	1 877	1 889
Évolution annuelle	N.D.	-15,3 %	-11,7 %	-4,0 %	5,6 %	-10,5 %	-6,4 %	0,6 %

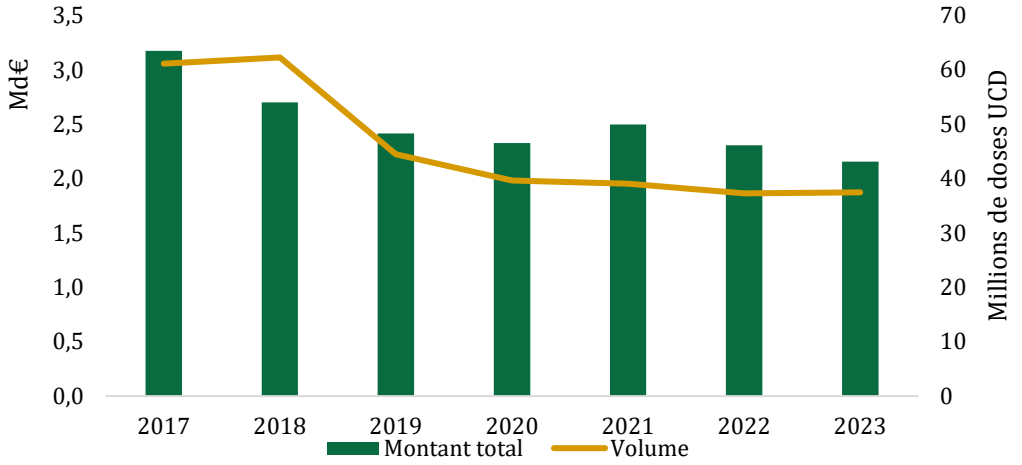
Source : Assurance maladie, base Retroced'AM, calculs de la mission.

[158] Décret n° 2021-1531 du 26 novembre 2021 relatif au transfert à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de la gestion de la liste mentionnée au 1° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique.

[159] https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-11-07-2025-portant-modification-de-la-liste-mentionnee-au-1deg-de-larticle-l-5126-6-du-code-de-la-sante-publique

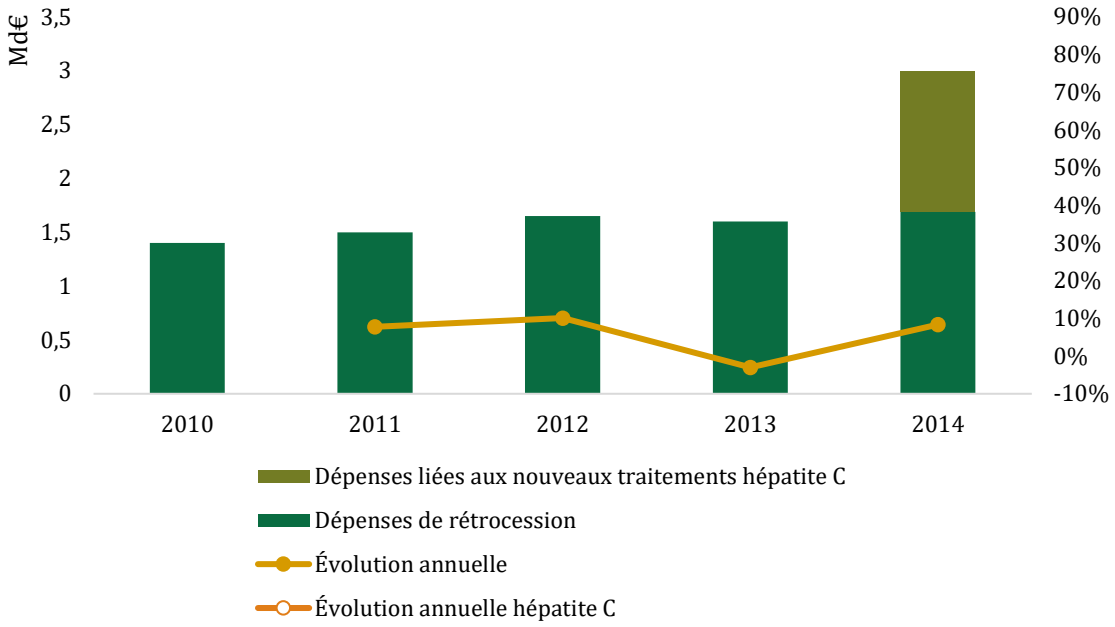
Le coût du remboursement des produits sur la liste de rétrocession a connu un pic entre 2015 et 2017, à cause des nouveaux traitements contre l'hépatite C, apparus en 2013 et 2014 (cf. graphique 37 et graphique 38).

Graphique 37 : Évolution des volumes et montants remboursés pour la rétrocession entre 2017 et 2024



Source : CNAM.

Graphique 38 : Évolution des montants remboursés pour la rétrocession entre 2010 et 2014



Source : Fiche du CCSS 2015, d'après des données SNIIRAM.

Le remboursement de la rétrocession est divisé entre les centaines de catégories ATC 5, à hauteur de 1 % en moyenne pour chaque catégorie. Seules 20 catégories ATC5 ont un montant de remboursement qui dépasse les 20 M€. Parmi elles, quatre agrégats dépassent les 100 M€ (cf. tableau 20) :

- la catégorie des pomalidomides, en traitement des myélomes multiples. Son montant en dépense augmente de 82,6 % entre 2017 et 2023 ;

- la catégorie de l'emicizumab, en traitement de l'hémophilie (de type A). Ce produit est introduit sur la liste de rétrocession en 2018 (avec une dépense à hauteur de 8 M€ la première année) ;
- la catégorie des facteurs VIII de coagulation, en traitement de l'hémophilie (de type A) également, qui ont diminué en dépense de 52,7 % entre 2017 et 2024 ;
- la catégorie des immunoglobulines humaines polyvalentes (en administration extravasculaire et intravasculaire), en traitement des déficits immunitaires, qui ont considérablement augmenté en dépense entre 2017 et 2024 (+92,9 % pour l'extravasculaire, et +232,5 % pour l'intravasculaire).

Tableau 20 : Principales catégories (en ATC5) de médicaments remboursés en rétrocession

Catégorie ATC 5 de médicament	Montant de remboursement 2023	Part des remboursements en 2023	Évolution 2017-2023
POMALIDOMIDE	222 584 254 €	11,9 %	82,6 %
EMICIZUMAB	185 934 648 €	9,9 %	N.D.
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, POUR ADM EXTRAVASCULAIRE	151 219 973 €	8,1 %	92,9 %
FACTEUR VIII DE COAGULATION	146 950 917 €	7,8 %	-52,7 %
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, POUR ADM INTRAVASCULAIRE	132 879 746 €	7,1 %	232,5 %
FACTEUR IX DE COAGULATION	81 570 781 €	4,3 %	65,8 %
ALFA 1 ANTITRYPSINE	42 119 071 €	2,2 %	-2,6 %
AGALSIDASE BETA	32 685 999 €	1,7 %	39,0 %
ACALABRUTINIB	32 123 790 €	1,7 %	N.D.
RIOCIGUAT	29 647 651 €	1,6 %	147,3 %
ATALUREN	28 628 913 €	1,5 %	56,1 %
SOTORASIB	27 275 088 €	1,5 %	N.D.
EMTRICITABINE, TENOFOVIR ALAFENAMIDE ET BICTEGRAVIR	27 018 346 €	1,4 %	N.D.
BULEVIRTIDE	24 333 093 €	1,3 %	N.D.
ELIGLUSTAT	23 501 097 €	1,3 %	121,0 %
FACTEUR DE WILLEBRAND	23 078 326 €	1,2 %	16,3 %
IVACAFTOR + TEZACAFTOR + ELEXACAFTOR	21 641 320 €	1,2 %	N.D.
PALIVIZUMAB	21 431 049 €	1,1 %	-27,9 %
IMIGLUCERASE	20 874 672 €	1,1 %	-21,0 %

Source : Assurance maladie, base Retroced'AM, calculs de la mission.
Note de lecture : Seules les catégories représentant un montant de remboursement en 2023 supérieur à 20 M€ sont représentées. Les cases « N.D. » correspondent à des catégories de médicaments qui n'existaient pas en 2017, et dont l'évolution ne peut donc pas être calculée.

ANNEXE IV

« La juste prescription »

SOMMAIRE

1. ENJEU COMMUN POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ COMME POUR LES FINANCEURS ET LES PATIENTS, LA CONSTRUCTION D'UNE VISION PARTAGÉE DE LA « JUSTE PRESCRIPTION » EST ENCORE À CONSOLIDER ..... - 1 -

1.1. La diffusion d'une approche commune de la juste prescription pâtit de visions encore différentes quant à la place de sa dimension économique ..... - 1 -

1.2. L'application de la notion de « pertinence » aux situations individuelles soulève des difficultés dès lors qu'elle est transposée à une approche statistique globale- 3 -

1.3. Alors qu'elle a pu y être assimilée, la lutte contre les gaspillages en santé porte sur un champ bien plus vaste que les seuls enjeux du « juste soin » ..... - 4 -

1.4. La recherche de pertinence n'est pas nécessairement gage d'économies..... - 6 -

1.4.1. La recherche de la pertinence peut induire des dépenses supplémentaires, en particulier dans le champ de la prévention..... - 6 -

1.4.2. Les données du remboursement sont un reflet imparfait des prescriptions. - 7 -

2. LA PRESCRIPTION MET EN REGARD LES BÉNÉFICES ET LES RISQUES POUR LE PATIENT ET PRÉSENTE DONC UN CARACTÈRE SUBJECTIF ..... - 8 -

2.1. L'évaluation du bénéfice d'un soin pour la santé du patient s'inscrit dans les obligations du prescripteur ..... - 8 -

2.2. Le déploiement des PROMs, comme outil d'objectivation du bénéfice d'un stratégie thérapeutique pour le patient, reste à faire ..... - 10 -

2.3. Cette analyse bénéfice-risques est d'autant plus nécessaire à réaliser dans les situations de polymédication ..... - 12 -

2.3.1. La polymédication constitue un enjeu économique et sanitaire croissant.... - 12 -

2.3.2. La polymédication croît avec l'âge et la fragilité du patient ..... - 14 -

2.4. La revue de médication doit être un acte de prescription à part entière, prenant en compte l'ensemble des traitements prescrits au patient et faisant intervenir plusieurs professionnels ..... - 17 -

2.4.1. Le questionnement sur la nécessité de poursuivre ou non un traitement doit être permanent et est de la responsabilité du prescripteur ..... - 17 -

2.4.2. Les revues de médication visent à lutter contre la iatrogénie induite par la polymédication ..... - 17 -

2.4.3. L'effectivité de ces outils suppose d'améliorer la coordination et le partage d'informations entre professionnels ..... - 18 -

2.4.4. Le chemin de déploiement de ces outils dans notre système reste à définir . - 21 -

2.4.5. Le déploiement de ces outils doit s'appuyer sur la formation initiale et continue des prescripteurs ainsi que des recommandations appropriées..... - 23 -

3. LE DÉFI IMMÉDIAT DE LA LUTTE CONTRE L'ANTIBIORÉSISTANCE JUSTIFIE DE RENFORCER LES EFFORTS SUR LA JUSTE PRESCRIPTION, CE QUI CONDUIRA ÉGALEMENT À CONTENIR LES DÉPENSES ASSOCIÉES..... - 24 -

3.1. L'antibiorésistance est un enjeu mondial de santé publique et a induit une prise de conscience collective sur l'importance de la juste prescription d'antibiotiques ...- 24 -

3.2. Une mobilisation internationale pour lutter contre l'antibiorésistance au regard des enjeux.....- 25 -

3.3. Malgré une légère baisse, la consommation française d'antibiotiques reste très atypique, traduisant un retard d'évolution des pratiques de prescription.....- 26 -

3.3.1. Si la France a marqué un léger ralentissement de la consommation d'antibiotiques, elle se situe toujours dans les premiers pays européens très consommateurs.....- 26 -

3.3.2. Contrairement aux dentistes et aux médecins d'autres spécialités, les médecins généralistes ont modifié leurs pratiques en matière de prescription d'antibiotiques ces dix dernières années.....- 28 -

3.3.3. Au-delà des actions en place visant à réduire la surconsommation d'antibiotiques, l'effort d'évolution des pratiques doit se poursuivre.....- 32 -

4. LA DÉSESCALADE THÉRAPEUTIQUE DEVRAIT FAIRE L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIÈRE DES PROMOTEURS DE LA RECHERCHE ACADÉMIQUE ..... - 33 -

4.1. Le juste équilibre entre la dose et la durée de traitement pour un résultat identique peut réduire les effets iatrogéniques et les coûts de traitement ..... - 34 -

4.2. La juste fréquence de réalisation d'examens complémentaires en suivi d'une pathologie chronique ou évolutive ..... - 35 -

5. LES PRESCRIPTIONS NON MÉDICAMENTEUSES ONT UN RÔLE À JOUER AU SERVICE DE LA SANTÉ ..... - 36 -

5.1. Il existe plusieurs formes de thérapeutiques non médicamenteuses ..... - 36 -

5.2. Leur développement se heurte à plusieurs freins ..... - 38 -

6. LA JUSTE DÉCISION MÉDICALE RÉSIDE PARFOIS DANS L'ABSENCE DE PRESCRIPTION EN FIN DE CONSULTATION ..... - 41 -

7. L'ASSURANCE MALADIE MÈNE DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES DES ACTIONS DE MAITRISE MÉDICALISÉE VISANT LE MÉSUSAGE AVEC DES RÉSULTATS INÉGAUX ..... - 42 -

7.1. Plus de 50 % des usages d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne sont pas justifiés selon la HAS ..... - 42 -

7.2. La France est parmi les pays les plus consommateurs de psychotropes ..... - 44 -

7.3. Les remboursements des traitements par pression positive continue (PPC) de l'apnée du sommeil ont augmenté de + 38 % entre 2019 et 2024, dans un contexte de dépistage encore partiel ..... - 47 -

7.4. Les dépenses de perfusions à domicile connaissent une hausse constante que ne peuvent suffire à expliquer l'âge et l'état pathologique des patients ..... - 49 -

7.5. Plusieurs revues de dépenses récentes de l'Igas et de l'IGF ont porté des recommandations relatives à la prescription et au juste soin, susceptibles de générer des économies ..... - 50 -

7.5.1. Le rapport Igas-IGF 2025 portant sur la pertinence des prescriptions de biologie a identifié des pistes d'amélioration du respect des recommandations de bonne pratique ..... - 51 -

7.5.2. Le rapport Igas-IGF 2025 portant sur la pertinence des prescriptions de radiologie a également formulé des propositions en faveur d'une plus grande pertinence d'exécution des demandes d'imagerie ..... - 52 -

7.5.3. Le rapport IGAS-IGF 2024 portant sur les dispositifs médicaux a réalisé plusieurs recommandations relatives à la prescription, en particulier dans le champ de la liste en sus ..... - 54 -

1. Enjeu commun pour les professionnels de santé comme pour les financeurs et les patients, la construction d'une vision partagée de la « juste prescription » est encore à consolider

1.1. La diffusion d'une approche commune de la juste prescription pâtit de visions encore différentes quant à la place de sa dimension économique

La Haute Autorité de santé (HAS) définit un acte de soin pertinent[1] comme étant *« le bon acte, pour le bon patient, au bon moment, au bon endroit »*[2]. D'autres définitions ont également été construites, soit à d'autres moments[3], soit par d'autres institutions[4]. Au-delà des différences conceptuelles, un traitement n'est pas pertinent ou non-pertinent dans l'absolu. L'appréciation de la pertinence est dépendante de la situation clinique et des circonstances de la prise en charge. Elle est à ce titre *essentiellement* évolutive[5]. La HAS précise ainsi les différentes dimensions de la notion :

- « *la balance entre les bénéfices et les risques ;*
- *la probabilité pour l'intervention d'aboutir aux résultats attendus (par comparaison avec d'autres traitements) ;*
- *la qualité de l'intervention de santé (au regard de standards) ;*
- *la prise en compte des préférences des patients (ce qui implique une information appropriée) ;*
- *la prise en compte du contexte social, culturel et de la disponibilité des ressources de santé* ».

La non-pertinence quant à elle se caractérise par trois situations :

- **le sur-recours**, soit le fait de réaliser des soins qui ne sont pas nécessaires au regard des besoins des patients ;
- **le sous-recours**, qui correspond à des situations où des personnes n'ont pas accès à des soins utiles ou nécessaires à leurs besoins ;
- **le mésusage**, lorsqu'un soin ou un traitement « *est prescrit ou réalisé dans des circonstances où le risque encouru excède le bénéfice attendu* »[6], comme cela peut être le cas par exemple pour les imageries à rayonnements ionisants.

---

[1] Historiquement, la « pertinence » est attestée comme la « *qualité de ce qui est approprié à son objet* » (Montaigne, *Essais*, I, 26. Le terme emprunte au latin *pertinens* (participe présent de *pertinere* : « s'étendre jusqu'à; revenir à, appartenir à; être relatif à, concerner », lui-même formé du préfixe *per-* et de *tenere* (tenir). Source : CNRS, Centre national de ressources textuelles et lexicales, accédée le 9 octobre 2025, d'après le Dictionnaire de l'Académie.

[2] Haute Autorité de Santé - Pertinence des soins – Les professionnels en action, accédé le 9 octobre 2025 : « *un soin est qualifié de pertinent lorsqu'il est nécessaire, en phase avec les besoins du patient, et approprié dans son indication. La pertinence des soins permet d'éviter les traitements inadéquats avec des risques potentiels pour les patients et des dépenses inutiles pour la collectivité* ».

[3] « *Un soin pertinent est le juste soin (actes, prescriptions, prestations), au bon patient, au bon moment, compte tenu des connaissances scientifiques actuelles (recommandations de la HAS, des sociétés savantes, etc.)* » in Ministère de la santé et des solidarités, La pertinence des soins, mis à jour le 9 août 2024 et consulté le 9 octobre 2025 par la mission.

[4] La pertinence est également définie comme « *le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient ». Il s'agit même du premier « chantier » inscrit dans la Stratégie de transformation du système de santé (STSS)* ». Michel, P., Entretien réalisé en juin 2019 in « Le bon soin, au bon moment, au bon endroit, au bon patient, au bon coût » Revue française des affaires sociales, 135-137. doi.org/10.3917/rfas.193.0135.

[5] « C'est une notion évolutive : un soin pertinent hier peut ne plus l'être aujourd'hui en raison de l'évolution des techniques ou des connaissances », Haute Autorité de Santé, Pertinence des soins.

[6] Définition de *l'Institute of Medecine*.

Pour sa part, le Haut conseil de la santé publique attribue le mésusage à des prescriptions inappropriées, à l'inobservance des recommandations ou encore à une demande explicite du patient[7].

L'assurance maladie insiste dans sa définition sur une dimension de bon usage des ressources en soins disponibles[8] : elle définit la pertinence comme le fait de « *promouvoir un juste accès pour tous à des soins de qualité, d'éviter les traitements ou les actes inutiles, porteurs de risques pour les patients, et d'allouer les ressources à des soins qui présentent un réel bénéfice pour la population* ». Cette définition met donc l'accent sur les situations de sur-recours plus que de sous-recours, en considérant que le sur-recours, dans un monde de ressources finies, mobilise des ressources qui pourraient être allouées à d'autres situations.

En outre, l'assurance maladie précise que la notion de pertinence peut être appliquée à un acte considéré seul ou au parcours de soin considéré dans son ensemble.

L'organisation mondiale de la santé (OMS)[9] intègre également la question de l'efficience, par la prise en compte du rapport coût/efficacité. Dans sa définition, un soin de qualité « *doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction, en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».*

Le droit positif[10] intègre également ces aspects de coût/efficacité avec valeur et portée législatives : « *les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

Ces différentes approches de la pertinence mettent en balance la qualité du soin pour le patient et son efficience aux échelles individuelle et collective, mais varient, parfois sensiblement, dans les pondérations qui y sont associées.

---

[7] J. Collin, « Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, 4 p.

[8] CNAM, 2014, Rapport « charges et produits » pour 2015, 162 p. *Cf.* en particulier le chapitre 3 « *La nécessité d'une meilleure pertinence des soins et d'un ajustement de l'offre aux besoins* ».

[9] OMS, Qualité des soins accédé le 9 octobre 2025. Il y est également précisé qu'« *Afin de tirer profit des bénéfices de soins de qualité, ceux-ci doivent être dispensés en temps utile, c'est-à-dire que les délais les d'attente et parfois les retards préjudiciables tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires doivent être réduits ; équitables, c'est-à-dire que la qualité des soins ne doit pas varier en fonction du genre, de l'origine ethnique, de la situation géographique et du statut socioéconomique ; intégrés, c'est-à-dire que l'ensemble de services de santé doivent être disponibles à toutes les étapes de la vie ; efficients, c'est-à-dire que les ressources disponibles doivent être exploitées au maximum en évitant le gaspillage* ».

[10] Article L. 162-2-1 du CSS issu de l'article 17 de l'Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (JORF du 25 avril 1996).

Dans ses travaux relatifs à la maitrise médicalisée des dépenses, l'assurance-maladie peut ainsi identifier des médicaments dont le coût unitaire ou à l'échelle du patient est modeste, et le reste même après multiplication dudit coût par le nombre de patients concernés, une fois le montant des franchises déduit et les honoraires de dispensation du pharmacien ajoutés[11]. Dans une approche qui se veut globale et intégrée, tout en étant évolutive et multidimensionnelle, la priorisation voire la simplification du concept de « pertinence » et/ou du « juste soin » est nécessaire pour faciliter le passage et la conversion des ambitions en évolutions durables des pratiques. À cet égard, parmi ses différentes dimensions ou acceptions, c'est l'enjeu de santé publique des actions conduites au titre du « juste soin » qui semble devoir être mis au premier plan dans la mise en œuvre des politiques publiques, en tant qu'il est le plus spontanément « identifiable » et « alignant » entre l'ensemble des parties prenantes, suscitant, toutes choses égales par ailleurs, l'adhésion la plus rapide, la plus solide et la plus durable, pour les acteurs de santé, à commencer par les professionnels.

1.2. L'application de la notion de « pertinence » aux situations individuelles soulève des difficultés dès lors qu'elle est transposée à une approche statistique globale

Les différentes approches de la pertinence ont en commun de faire reposer son appréciation. sur une approche individuelle, au vu de la situation clinique, mais aussi de son environnement. Il est donc difficile de se prononcer sur la pertinence d'une prescription singulière pour un tiers extérieur à la relation entre le patient et le professionnel[12], qui ne disposera pas en particulier de l'ensemble des informations ayant conduit à la décision de prescription.

Par ailleurs, dans beaucoup de cas les interventions diagnostiques et thérapeutiques ne peuvent pas être classées sans ambiguïté comme bénéfiques, inutiles ou nocives pour tous les patients. À titre d'exemple, la réalisation d'un examen diagnostique visant à détecter une pathologie grave peut difficilement être catégorisée, en soi, comme non pertinente : sa pertinence va dépendre de l'appréciation de la probabilité que le patient présente cette pathologie, qui dépend elle-même des caractéristiques recueillies. La réalisation de cet examen dans un contexte de probabilité faible n'est pas dépourvue de valeur en termes de santé, mais cette valeur peut être limitée. Entre les soins pertinents ou non pertinents sans ambiguïté, existe cette zone grise.

Enfin, théorie et pratique se complètent mais ne s'identifient pas. Ainsi que l'observe l'assurance maladie[13], s'il « *est relativement aisé de (…) définir [la pertinence] d'un point de vue théorique, en revanche, il est bien plus difficile de la distinguer en pratique courante, en dehors de quelques cas typiques évidents* ».

Il en résulte que le rapport bénéfice/risque est variable selon les individus, évolutif et non totalement objectivable. Pour autant, à l'instar de la quasi-totalité des pays comparables, la France a mis en œuvre une approche probabiliste sur la base des informations disponibles, fondée sur la loi des grands nombres, laquelle permet de dépasser l'obstacle épistémologique du cas individuel, particulier, et circonstanciel pour pouvoir objectiver des structures comportementales parmi les professionnels de santé ou les patients.

En matière de produits de santé, la CNAM et l'ANSM se sont mobilisées pour exploiter les données du SNDS en particulier pour pouvoir contribuer à l'enjeu de juste prescription et de bon usage des produits de santé.

---

[11] Comme les benzodiazépines.

[12] Le professionnel lui-même n'a pas accès à toutes les informations du patient, même s'il prenait systématiquement connaissance du DMP du patient, tous les actes des soins n'y sont pas encore importés de façon exhaustive.

[13] CNAM, juillet 2018, Charges et produits pour 2019, 262 p. *cf.* notamment pp. 126 sqq.

Ainsi, le groupement d'intérêt scientifique (GIS EPI-PHARE), créé fin 2018[14] par l'ANSM et la CNAM, réalise, pilote et coordonne des études de pharmaco-épidémiologie à partir des données du Système National des Données de Santé (SNDS), pour éclairer les pouvoirs publics dans leur prise de décision (*cf*. encadré 1).

Encadré 1 : Le GIS EPI-PHARE

Le GIS EPI-PHARE a un budget de 2,5 millions d'euros en 2024 (en 2021 il était de 3,3 millions d'euros) et regroupe 33,4 ETP contractuel et 18,2 ETP non contractuels (doctorants, internes…). Le GIS a noué des partenariats avec des équipes de recherche académiques. Sa gouvernance s'articule autour d'un comité de direction, d'un comité de pilotage institutionnel et d'un conseil scientifique.

Au 1er décembre 2024, EPI-PHARE avait produit 56 rapports d'études et 138 publications scientifiques.

Quelques exemples d'études menées par EPI-PHARE à des fins pharmaco-épidémiologiques :

- Études épidémiologiques en vie réelle sur les produits de santé, avec une approche par produit ou par population : exemple l'utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les enfants âgés de moins d'un an en France (cf. infra, partie 7.1) ou encore sur l'étude sur l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées de 90 ans et plus ;
- Études de mesure d'impact de décision et recommandations des autorités publiques : exemple l'étude sur l'effet de l'extension de l'initiation de la PrEP en soins primaires ;
- Études en réponses à des alertes et des crises, notamment sur le valproate mais aussi pendant la crise COVID-19

Parmi ses perspectives 2025-2029, le GIS EPI-PHARE ambitionne de cartographier l'utilisation et le mésusage des produits de santé au niveau national, et d'évaluer les bénéfices et les risques des médicaments et dispositifs médicaux en vie réelle. Cela permettra d'identifier de façon proactive des situations de mésusage et/ou des problèmes de sécurité des produits de santé.

Source : Rapports d'activité du GIS 2019-2024.

Dans les régions, ont par ailleurs été mis en place les Observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedits) financés par les Agences régionales de santé[15] qui participent de l'observation des pratiques à des fins de pertinence et bon usage des produits de santé, dans les secteurs sanitaire, médico-social et ville, notamment par des études sur certaines classes pharmaceutiques ou molécules suspectées de mésusage (*cf*. encadré n° 3 de l'annexe Prescriptions en établissement de santé). La mission n'a pas identifié d'articulation structurée entre les Omedits et le GIS Epi-Phare.

1.3. Alors qu'elle a pu y être assimilée, la lutte contre les gaspillages en santé porte sur un champ bien plus vaste que les seuls enjeux du « juste soin »

Au sens large, la lutte contre le gaspillage dans le système de santé est un enjeu d'autant plus aigu que l'empreinte carbone liée à la production des traitements, notamment médicaments et dispositifs médicaux est importante (cf. encadré 2).

[14] Convention constitutive du Groupement d'Intérêt Scientifique EPI-PHARE signée le 20 décembre 2018 par le Directeur Général de l'ANSM et le Directeur Général de la CNAM.

[15] Par l'intermédiaire des FIR, fonds d'intervention régionaux des ARS.

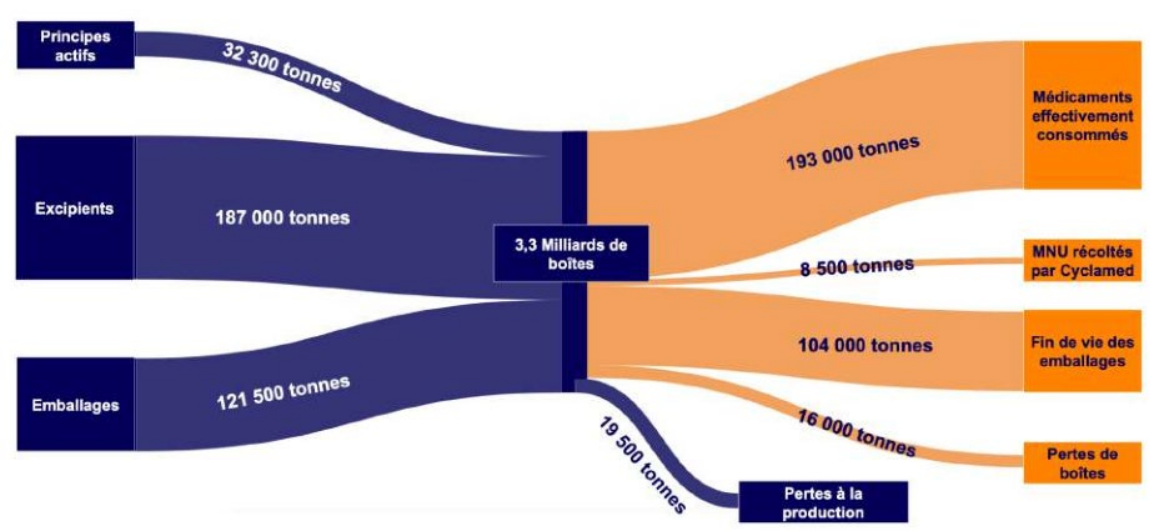
Encadré 2 : Empreinte carbone de la production des médicaments et de DM

La production des médicaments est responsable de l'émission de gaz à effet de serre à hauteur 9,1 $MtCO_2e$ par an, selon la seule étude disponible, effectuée par la structure *Le Shift Project* en 2025. À titre de comparaison, ces émissions sont comparables aux émissions liées à la production des deux millions de voitures thermiques achetées chaque année en France.

Ces émissions sont liées à l'ensemble du processus de production (comprenant la recherche et le développement en amont, la fabrication des principes actifs, des excipients et des emballages, le stockage et le transport) des 3,3 milliards de boîtes produites annuellement pour répondre à la demande française, dont 74% sont des boites de médicaments remboursées et dédiées à la vente en ville.

Sur les 340 800 tonnes de matières premières mobilisées par la consommation française de médicaments, seules 193 000 tonnes relèvent des médicaments effectivement consommés (cf. figure 1). Le reste relève principalement des emballages, et dans une moindre mesure des pertes à la production et des boites finalement non utilisées.

Figure 1 : Flux des matières mobilisées par la consommation française de médicaments



Source : Shift Project, rapport « Décarbonons les industries du médicament », page 62.

Les émissions de gaz à effet de serre des dispositifs médicaux consommés en France sont quant à elles évaluées à 7,4 $MtCO_2e$ par an. À titre de comparaison, ces émissions sont comparables aux émissions liées à l'ensemble des industries agroalimentaires en France.

Source : Mission d'après le Shift Project, rapports « Décarbonons les industries du médicament » et « Décarbonons les industries des dispositifs médicaux », juin 2025.

Développée par l'OCDE[16], la notion de "gaspillages" (*waste*) dans le système de santé a été reprise par la suite dans des travaux en France, y compris récemment[17]. Celle-ci recouvre trois types de dimensions :

- gaspillage dans les soins cliniques : soins inefficaces et inappropriés, soins de faible valeur, évènements indésirables évitables, redondances ;

[16] OCDE, 2017, Tackling Wasteful Spending on Health, 306 p. "*At a time when public budgets are under pressure worldwide, it is alarming that around one fifth of health expenditure makes no or minimal contribution to good health outcomes. Put in other words, governments could spend significantly less on health care and still improve patients' health*": Un cinquième des dépenses de santé (en moyenne, sur les pays de l'OCDE) pourrait être utilisée à de meilleures fins, n'ayant pas ou que peu d'effets sur la santé.

[17] Cour des comptes, 2025, Le bon usage des produits de santé, Rapport public thématique, 121 p. « *La notion de « bon usage » recouvre dans ce rapport une triple dimension. La première est celle de l'utilisation effective des produits de santé et correspond aux produits prescrits, dispensés et remboursés, mais détruits sans être utilisés. La deuxième est celle de la conformité de la consommation d'un produit de santé aux recommandations sanitaires. La troisième concerne l'efficience de la consommation des produits de santé en termes de rapport qualité/prix* ».

- gaspillage opérationnel (prix excessif des intrants, recours à des solutions organisationnelles coûteuses) ;
- gaspillage organisationnel[18] (dépenses administratives insuffisamment efficaces).

Les affirmations selon lesquelles il existerait "20, 25, 30 % d'actes non pertinents" sont à nuancer car ont une double limite :

- la généralisation de trois études recensées par l'OCDE (aux Pays-Bas, en Australie, aux Etats-Unis), dont aucune ne porte sur le contexte français ;
- un amalgame entre la notion de pertinence et la notion de gaspillage, bien plus large.

1.4. La recherche de pertinence n'est pas nécessairement gage d'économies

1.4.1. La recherche de la pertinence peut induire des dépenses supplémentaires, en particulier dans le champ de la prévention

La recherche d'économies, rendue nécessaire par la progression des dépenses de santé des dernières années et les déséquilibres financiers désormais durables de l'assurance maladie, doit porter en priorité sur les soins dont l'analyse bénéfice/risque n'est pas favorable à la santé publique dans une approche populationnelle ni à celle du patient pris individuellement. Ainsi une hausse des dépenses de certains soins est, à l'inverse, à assumer, dès lors qu'elle permet d'éviter une dégradation de l'état de santé et/ou la réalisation de soins plus coûteux. C'est le cas des dépenses dans le champ de la prévention, comme l'exemple des vaccins antiviraux dont les dépenses remboursées ont doublé en cinq ans (dépense 2024 : 267 M€, soit une progression de 98 % en 5 ans, de 364 % en 10 ans[19]) et pour lesquels les efforts sont à poursuivre en termes de taux de couverture vaccinale de la population, en particulier des publics à risque afin d'obtenir les taux de couverture recommandés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). C'est également l'exemple des taux de réalisation des programmes de prévention et dépistage des complications du diabète, dont les résultats sont encore inférieurs aux cibles malgré des actions multiples (*cf*. tableau 1)[20].

Tableau 1 : Taux de personnes diabétiques bénéficiant des examens recommandés en France entre 2010 et 2022[21]

Part des patients diabétiques ayant effectué, en libéral, au cours de l'année (en %)	2010	2013	2016	2019	2020	2021	2022
Au moins 3 dosages de l'hémoglobine glyquée (HbA1c)	41,8	50,6	54,0	55,9	52,5	55,3	53,7
Au moins un dosage de la créatinine	80,6	84,4	85,7	89,2	88,5	89,0	89,2
Au moins un dosage de le la microalbuminurie	26,6	29,9	31,4	42,0	40,9	40,5	40,9
Au moins un dosage des lipides	71,9	74,3	74,5	76,9	76,3	77,8	78,7
Au moins une consultation en cardiologie ou un ECG	34,2	35,1	36,2	37,5	36,2	36,8	37,5
Au moins une consultation dentaire	34,4	36,2	37,2	38,3	34,1	38,3	39,3
Au moins une consultation d'ophtalmologie/2 ans	60,9	62,3	62,3	64,1	62,6	62,6	64,0

Source : SNDS (DCIR-PMSI).
Champ : tous régimes, France entière (hors Mayotte).

[18] Les données de l'OCDE, à considérer avec les précautions d'usage, indiquent qu'en 2022, l'administration du financement de la santé représentait 4,6 % des dépenses en France (16 Md€, répartis entre assurance maladie 7 Md€, administrations publiques centrales et territoriales pour 1 Md€, et mutuelles complémentaires pour 8 Md€) contre 2 % en moyenne pour l'ensemble des pays de l'OCDE (et en particulier 2 % au Royaume-Uni et 0,8 % en Allemagne).

[19] Open Médic 2024.

[20] Campagnes de sensibilisation de l'Assurance maladie auprès des patients, inscription d'objectifs à la ROSP des médecins généralistes par la CNAM.

[21] Le programme recommandé s'applique à l'ensemble des patients atteints de diabète.

1.4.2. Les données du remboursement sont un reflet imparfait des prescriptions

Par ailleurs, les comportements de consommations de soins sont largement appréhendés, de façon statistique, à partir des données de remboursement de l'assurance-maladie. Or, ces dernières ne correspondent pas directement aux traitements effectivement « consommés » par les patients. En effet, deux sources d'écarts entre données de remboursement et consommation de soins doivent être soulignées ici :

- L'observance thérapeutique définie comme la concordance entre le comportement du patient et les prescriptions[22] médicamenteuses, hygiéniques et diététiques qui lui ont été faites par le médecin et relayées, le cas échéant, par le professionnel de santé exécutant la prescription peut varier et surtout ne pas être complète ni constante. Ainsi, un médicament prescrit peut ne pas être retiré en pharmacie et un médicament délivré en pharmacie peut ne pas être pris par le patient. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que près de 50 % des traitements prescrits dans le monde sont peu ou mal suivis par les patients concernés. En France, 13 à 52 % des patients selon les pathologies seraient observants, avec un coût des complications évitables estimé à 9,3 Md€ pour les cinq principales maladies chroniques[23]. Les entretiens qualitatifs conduits par la mission avec différents professionnels de santé conduisent sur ce point à envisager un rôle en la matière pour les infirmiers, lorsqu'ils interviennent à domicile et sont susceptibles de constater, sur le lieu de vie du patient, que les traitements ne sont pas tous pris, voire stockés dans la pharmacie familiale, à l'instar de la surveillance réalisée sur ce point en établissement de santé. L'alliance thérapeutique peut être améliorée en particulier par l'éducation thérapeutique développée ces dernières années par les professionnels de santé ;
- l'automédication : un patient peut décider d'utiliser les reliquats de produits de santé de prescriptions antérieures ou acquis en accès direct, sur sa propre initiative ou conseillé par un proche. Elle comporte toutefois des risques liés au profil du patient, des produits en eux-mêmes et des potentielles interactions avec d'autres médicaments prescrits. La recherche d'une adéquation entre le contenu des boîtes de médicament et la prescription initiale des produits de santé doit permettre de réduire le stockage dans les armoires à pharmacie personnelles des patients et le réemploi sans prescription médicale. C'est en particulier le cas des antibiotiques, dont le nombre de boîtes délivrées est ajusté à la durée probabiliste de traitement des principales indications. L'ensemble des actions au titre du recyclage des médicaments non consommés peut également contribuer à la réduction des risques afférant à l'automédication.

[22] *Cf.* par exemple Ministère de la santé et des solidarités, sur la base de travaux de l'ARS Centre et autres institutions ou unions professionnelles.

[23] Étude IMS Health commandée par le comité de réflexion de l'industrie pharmaceutique (CRIP) de 2022 menée auprès de 170 000 patients atteints de maladie chronique (Hypertension Artérielle, Asthme, Diabète de Type 2, Ostéoporose, Insuffisance Cardiaque et Hypercholestérolémie) et suivis par 6 400 pharmacies.

2. La prescription met en regard les bénéfices et les risques pour le patient et présente donc un caractère subjectif

2.1. L'évaluation du bénéfice d'un soin pour la santé du patient s'inscrit dans les obligations du prescripteur

Dès lors qu'une prise en charge existe et se traduit par une prescription médicamenteuse, le risque iatrogénique apparait. La iatrogénie est « *l'ensemble des conséquences néfastes pour la santé, potentielles ou avérées, résultant de l'intervention médicale (erreurs de diagnostic, prévention ou prescription inadaptée, complications d'un acte thérapeutique) ou de recours aux soins ou de l'utilisation d'un produit de santé*[24] ».

La prescription[25] de produits de santé vise un objectif thérapeutique mais emporte des risques variables d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses avec d'autres traitements pris concomitamment. Ainsi, la démarche de prescription intègre la dimension de bénéfice et de risque des orientations médicales prises pour le patient et l'analyse du rapport « bénéfice sur risque ». Une décision de prescription suit habituellement une balance favorable.

Plusieurs références réglementaires traitent de l'obligation d'informer le patient sur le bénéfice et le risque d'une attitude thérapeutique :

- les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté[26] ;
- toute personne a par ailleurs le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus[27].

Ainsi, l'utilité d'un traitement ou examen et les risques afférents font partie des obligations d'information du médecin envers le patient.

L'analyse bénéfice-risque est également inscrite dans les recommandations de bonne pratique et évaluée dans sa mise en œuvre par la certification HAS[28].

La dimension collective d'évaluation du bien fondé d'un acte ou d'un traitement au regard du bénéfice attendu est ainsi inscrite dans plusieurs recommandations de bonne pratique :

- les réunions de concertation pluriprofessionnelle (RCP) : prévues dans les textes en cancérologie[29], elles se pratiquent également dans d'autres spécialités : exemple de la pose de prothèse de hanche chez les patients âgés, polypathologiques avec évaluation gériatrique du bénéfice et du risque potentiel d'une telle intervention sur la vie quotidienne ;

---

[24] Ministère de la santé, 2016, Iatrogénie.

[25] Qui inclut la non-prescription (ou la simple dispensation de conseils comportementaux) et la déprescription, *cf. infra* sur ce point, 2.3. de la présente annexe.

[26] Article L. 1110-5 modifié par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 - art. 1er.

[27] Article L. 1111-2 modifié par l'ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 - art. 1er.

[28] La certification des établissements de santé débute son histoire en 1999 (sous l'appellation « accréditation », terme qui sera abandonné en 2004)

[29] Article D. 6124-131 modifié par le décret n°2022-1238 du 16 septembre 2022 - art. 2 : « *Le projet thérapeutique envisagé pour chaque patient atteint de cancer pris en charge, ainsi que les changements significatifs d'orientation*

- procédure collégiales de limitation ou d'arrêt de traitement dans le cadre de la fin de vie prévue par la loi Léonetti[30].

Les méthodes d'évaluation économiques de la HAS érigent[31], comme critère de résultat de santé privilégié dans l'analyse coût-efficacité, la durée de vie du patient. Dans sa recommandation n° 2, la HAS précise : *« l'analyse de référence retient l'analyse coût-utilité et l'analyse coût-efficacité comme méthodes d'évaluation économique. Le choix de la méthode dépend, en premier lieu, de la nature des conséquences sur la santé, attendues ou constatées, de l'intervention évaluée :*

- *Si la qualité de vie liée à la santé n'est pas une conséquence importante, l'analyse de référence est de type coût-efficacité et le résultat de santé évalué est la durée de vie ;*
- *Si la qualité de vie liée à la santé est une conséquence importante, l'analyse de référence est de type coût-utilité et le résultat de santé évalué est la durée de vie pondérée par une mesure de la qualité de vie. L'analyse coût utilité est systématiquement accompagnée d'une analyse coût-efficacité fondée sur l'évaluation de la durée de vie ».*

Le code de déontologie des médecins[32] rappelle qu'il ne faut pas « nuire » au patient dans sa prise en charge. La notion ainsi formulée ne peut qu'emporter l'adhésion de tous. Dans la pratique, les prescripteurs peuvent être mis en difficulté par un manque de données sur l'évaluation du bienfait d'un traitement [33] ou face à l'instauration ou la poursuite de certains traitements, qu'ils soient curatifs ou préventifs, au regard de l'espérance de vie d'un patient. Cette démarche est dans les faits difficile à porter auprès d'un patient et souvent encore plus auprès de leur famille. L'introduction dans certaines recommandations de bonne pratique de la modulation de certaines décisions selon la situation du patient serait de nature à les aider. La société française de diabétologie ou encore les travaux de l'ICO[34] (*cf*. encadré 3), le propose plus facilement que certaines autres spécialités. Une communication large de ces questions sensibles, sans tabou sociétal, comme par exemple l'association Renaloo, qui questionne ouvertement certains choix de suppléance rénale pour les patients insuffisants rénaux terminaux, mettant en regard leur qualité de vie, serait de nature à faire évoluer les représentations collectives.

thérapeutique, dont l'arrêt de traitement du cancer, font l'objet d'une discussion collégiale en réunion de concertation pluridisciplinaire ».

« Par exception à l'alinéa précédent, dans le cas d'une situation strictement conforme aux référentiels nationaux de bonne pratique mentionnés à l'article R. 6123-91-9, la discussion collégiale peut être remplacée par un enregistrement ».

[30] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

[31] Choix méthodologique pour l'évaluation économique à la HAS 2020.

[32] Article R. 4127-40 du CSP codifiant l'ancien article 40 du code de déontologie médicale : « *Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié* ».

[33] Lors des entretiens menés par la mission, plusieurs médecins généralistes ont cité la notion de « nombre de patients à traiter » pour éviter la survenue chez un seul patient de l'évènement que l'on cherche à éviter.

[34] Institut de cancérologie de l'Ouest.

Encadré 3 : Prévention quaternaire : illustration de l'expérimentation de l'institut de cancérologie de l'Ouest (ICO) visant à évaluer la pertinence des traitements

Les équipes de cancérologie de l'ICO portent une étude visant à proposer une consultation longue réalisée par une IDE de prévention quaternaire aux patients métastatiques ou localement avancés dont l'oncologue s'interroge sur la pertinence de poursuivre les traitements. Cette consultation vise à mener avec le patient une discussion sur le souhait ou non d'arrêter les traitements, l'identification des effets indésirables, leurs impacts sur la qualité de vie…

La consultation repose sur une grille d'entretien dont la synthèse est remise à l'oncologue référent qui revoit après le patient en consultation (et le met si besoin en relation avec l'équipe de soins palliatifs).

Ce projet repose actuellement sur un adressage des patients par l'équipe hospitalière validé par l'oncologue référent. Il a vocation à être étendu dans une logique d'adressage systématique pour tous les patients métastatiques pour lesquels une molécule onéreuse est prescrite.

Depuis janvier 2024 : 125 patients ont bénéficié du dispositif qui prendra fin en novembre 2025. Il est financé par un appel à projets INCa[35].

Source : Mission.

Une telle balance peut être complexe et multidimensionnelle : au cours des entretiens réalisés par la mission sur les déterminants des comportements de prescriptions (*cf*. annexe VIII Méthodologie) avec des professionnels de santé, plusieurs médecins ont indiqué pouvoir prescrire des médicaments qu'ils jugent pourtant non indispensables. Cette prescription est parfois le fruit d'une négociation avec le patient ou d'un choix du médecin de concéder une demande, qu'il perçoit comme attendue par le patient, pour renforcer ou conserver une alliance thérapeutique que le médecin juge essentielle, et pour tenir compte d'éléments d'environnement social du patient (ainsi, du renouvellement de la prescription d'un antidépresseur, au-delà de ce que le professionnel aurait pu souhaiter, mais en le motivant par un contexte de retour au travail d'un patient après une longue interruption, supposant un support médicamenteux). Tous les médecins ayant partagé cet écart apparent avec le « juste soin » ont toutefois mis en regard l'absence d'effet délétère pour le patient comme condition première d'une telle prescription.

2.2. Le déploiement des PROMs, comme outil d'objectivation du bénéfice d'un stratégie thérapeutique pour le patient, reste à faire

Plus récemment les questionnaires PROMs « *Patient-Reported Outcome Measures* » sont apparus dans les pratiques cliniques en France, après avoir pénétré les pratiques à l'étranger depuis une dizaine d'années[36].

[35] Institut national du cancer.

[36] La rapport Igas *Financer la qualité des soins dans les établissements de santé : un levier pour redonner du sens aux soignant* de février 2024 présente en particulier dans son annexe V des éléments du rapport HAS 2021. La HAS a examiné la situation dans 13 pays occidentaux et constate que la majorité des pays présentent des initiatives nationales structurées (9 pays sur 13 : Suède, Pays-Bas, Norvège, Angleterre, Pays de Galles, Australie, Nouvelle-Zélande, Belgique et États-Unis) parfois complétées par des initiatives régionales ou locales (Canada). Un pays dispose d'initiatives structurées au niveau régional. Seuls la France, l'Allemagne et le Danemark ne disposent que d'initiatives au niveau local.

Annexe IV

Le « *Patient-Reported Outcome* » (PRO) recouvre *« une ou plusieurs caractéristiques de l'état de santé du patient exprimées directement par lui-même, autrement dit sans l'interprétation de la réponse du patient par un médecin ou autre tiers. Il existe différents types de résultat perçus par le patient : les symptômes ressentis (ex. : la douleur, la fatigue, l'anxiété), les capacités fonctionnelles (ex. : la toilette, l'habillement, la marche) et la qualité de vie. Ces résultats perçus par le patient reflètent sa vision de la maladie et des traitements »*[37]. Cette approche permet au patient d'avoir une meilleure compréhension de sa maladie et d'être directement impliqué dans le repérage de symptômes importants.

Le recueil, sur la base de formulaires validés, d'items adaptés à la situation médicale du patient ou au parcours de soins, dont il bénéficie, permet la mesure objectivée et reproductible par des PROMs du bénéfice ressenti par le patient en termes de résultats, d'une décision thérapeutique, qui peut être une prescription ou une absence de prescription, ou un épisode de soins. Ils sont des outils importants dans la prise en charge des patients atteints notamment de pathologie chronique, et la bonne organisation de leur parcours de prise en charge[38].

Ainsi, avec le concours des patients, les professionnels de santé, évaluent le bénéfice de la prise en charge perçu par le patient lui-même sur son état de santé, via le remplissage d'un questionnaire en consultation, dans la salle d'attente ou à domicile, via des formulaires papier ou des outils connectés. En cela, ils standardisent les questions habituellement posées lors d'une consultation médicale par le médecin au patient et les réponses retranscrites dans le dossier patient.

Au niveau collectif, croisées avec les données cliniques sur le patient, ces réponses permettent de mieux évaluer l'intérêt des traitements, interventions ou des techniques de prise en charge et peuvent constituer un outil puissant pour approcher la pertinence des prises en charge.

Ces outils pourraient être mobilisés pour contribuer à la prise de décisions :

- à l'échelle individuelle :
  - de poursuite quand les évaluations du patient et du prescripteur sont positives ;
  - d'arrêt de traitement, en l'absence de bénéfice obtenu, sur la base d'évaluations objectives, quelle que soit la situation du patient et le traitement questionné : médicament, produit de santé, analyse biologique, acte d'imagerie, soins de kinésithérapie, prise en charge par un psychologue, un ergothérapeute, etc.
- et à l'échelle collective pour faire évoluer les recommandations de bonne pratique, en particulier mieux comprendre et prendre en compte les raisons de la non observance par les patients des prescriptions qui leurs sont destinées.

La revue de littérature Cochrane sur l'impact des PROMs[39] de 2021, à partir de 116 essais randomisés, conclut qu'un *feedback* vers le professionnel sur des PROMs améliore la qualité de vie du patient et accroît la communication entre patient et praticien, le diagnostic et le contrôle de la maladie (certitude modérée) ; l'impact sur la perception générale de l'état de santé, le fonctionnement social et la douleur est probablement limité ; l'impact des PROMs sur le fonctionnement physique et mental est incertain.

Lors des entretiens avec des médecins, la mission a constaté que les PROMs peinent à pénétrer les pratiques. Par ailleurs le choix du questionnaire est difficilement accessible pour un professionnel non initié et en exercice libéral. Ainsi, l'accompagnement opérationnel de l'utilisation de ces outils reste à mener.

---

[37] Rapport HAS de juin 2021 sur la qualité des soins perçue par le patient (Indicateurs PROMs et PREMs), 134 p.

[38] Aide à l'utilisation des PROMs en pratique clinique courante. HAS Études et Rapports - Mis en ligne le 20 mars 2024. Sur la base d'une revue des questionnaires existants, la HAS propose aux professionnels de santé différents types de questionnaires, pour les principales maladies chroniques.

[39] Gibbons C, Porter I, Gonçalves-Bradley DC, Stoilov S, Ricci-Cabello I, Tsangaris E, Gangannagaripalli J, Davey A, Gibbons EJ, Kotzeva A, Evans J, van der Wees PJ, Kontopantelis E, Greenhalgh J, Bower P, Alonso J, Valderas JM. « Routine provision of feedback from patient-reported outcome measurements to healthcare providers and patients in clinical practice », Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021. 10.1002/14651858.CD011589.

Si leur place a été proposée dans les modalités de financement à la qualité en établissement de santé (IFAQ) par l'IGAS en 2024 et est inscrite dans un critère d'évaluation du référentiel de certification par la HAS des établissements de santé[40] évalué dans son portage par la gouvernance et l'appropriation par les professionnels dans les services de soins, l'usage des PROMs doit irriguer les pratiques médicales largement et également en ville.

Tout d'abord une information large doit être mise en place auprès des médecins et des équipes de soins primaires. La formation initiale doit également présenter ces outils et leur place dans la prise en charge des patients. Les étudiants en médecine sont une cible évidente en tant que futurs prescripteurs, mais le déploiement de la démarche de définition d'objectifs avec le patient et d'évaluation de leur atteinte gagnera en effet si les professionnels de santé y sont formés plus largement : IDE, masseur-kinésithérapeute en particulier.

De plus, une aide pratique à la sélection parmi les questionnaires existants devrait être proposée aux médecins en fonction des situations cliniques de leurs patients par la HAS et les sociétés savantes par le biais de publications courtes et concrètes, centrant propos et messages sur la dimension opérationnelle de prise en charge plutôt que les éléments méthodologiques ou scientifiques sous-tendant les recommandations.

2.3. Cette analyse bénéfice-risques est d'autant plus nécessaire à réaliser dans les situations de polymédication

2.3.1. La polymédication constitue un enjeu économique et sanitaire croissant

La polymédication est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme « *l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments* ». Elle soulève de nombreuses questions. La polymédication peut être appréciée sur le caractère simultané (ensemble des médicaments pris à une date déterminée), cumulatif (ensemble des médicaments sur une période déterminée : trimestre, semestre, année) ou continu (ensemble des médicaments pris de façon prolongée et régulière sur deux périodes de temps). Il n'existe pas de consensus sur le seuil de polymédication[41]. La valeur de cinq molécules est retenue dans plusieurs publications et les objectifs de la CNAM[42].

La polymédication peut être légitime et s'explique par la simultanéité de pathologies, ou la limitation des effets secondaires de certains traitements, mais elle constitue un enjeu sanitaire et financier du fait de sa contribution aux accidents dits iatrogéniques. En effet, si ceux-ci ne sont pas tous dus à la polymédication, le nombre de molécules consommées accroît significativement le risque d'effets indésirables.

[40] HAS, Certification des établissements de santé pour la qualité des soins, 2025 : Critère 1.4-03 La gouvernance soutient l'utilisation des questionnaires visant les résultats de soins évalués par les patients, p. 58.

[41] M. Monégat, C. Sermet, M. Perronnin, E. Rococo, « La polymédication : définitions, mesures et enjeux . Revue de la littérature et tests de mesure », *Questions d'économie de la santé*, n°204, 2014, 8 p.

[42] Ameli, Le bilan partagé de médication : l'accompagnement pharmaceutique des patients âgés polymédiqués.

Annexe IV

Les accidents iatrogéniques sont responsables d'une part significative des admissions hospitalières et des admissions aux urgences. L'étude française IATROSTAT réalisée sur 3 648 hospitalisations en 2018 (hors séjours programmés et passages à l'hôpital inférieurs à 24h) conclut que l'incidence des hospitalisations liées aux effets indésirables médicamenteux (EIM) a augmenté de + 136 % entre 2007 et 2018, passant de 3,6 % à 8,5 %[43]. Il est ainsi estimé que chaque année en France métropolitaine, environ 212 500 personnes sont hospitalisées à cause d'un EIM dans un service court séjour de spécialités médicales du secteur public hospitalier ; 16,1 % de ces effets compliqués d'hospitalisations auraient pu être évités si les prescriptions avaient respecté les recommandations de bon usage. Dans le prolongement de cette étude, une évaluation du coût de ces séjours sur un échantillon de 196 patients[44] aboutit à un coût moyen de 6 000 € par patient en appliquant les tarifs en vigueur en 2023, permettant d'évaluer un coût national de 1,3 Md€ pour les seules hospitalisations à l'hôpital public.

Une revue systématique datant de 2016 et portant sur 31 études observationnelles a évalué le coût direct d'un effet indésirable médicamenteux à 6 527 € en gériatrie ; les coûts indirects n'avaient pas été étudiés[45]. D'autres sources partagent des constats similaires : la iatrogénie médicamenteuse serait responsable de 20 % des hospitalisations des patients de plus de 80 ans en 2019[46] (115 000 hospitalisations selon la caisse nationale d'assurance maladie – CNAM - et la haute autorité de santé - HAS)[47].

Le risque de suraccumulation des prescriptions est accru en France par la structure du parcours de soins et les limites de la communication et de la coordination entre professionnels de santé :

- l'intervention de plusieurs professionnels différents : médecin traitant, consultations par des spécialistes de ville ou hospitaliers soins non programmés en téléconsultation ou aux urgences, prescription de sortie d'hospitalisation, etc. ;
- le défaut de communication des outils ville-hôpital ou hôpital-hôpital entravant un travail de cohérence effectif et efficace sur le potentiel chevauchement d'ordonnances et de traitements ;
- une forme de réticence, consciente ou non, à modifier l'ordonnance d'un confrère spécialiste dont on a demandé l'avis ou refus du patient de remplacer la prescription de l'un par celle de l'autre même avec l'intervention du pharmacien dans son rôle de conseil.

---

[43] M.-L. Laroche, S. Gautier, E. Polard, M.-B. Rabier, L. Chouchana, B. Lebrun-Vignes, J.-L. Faillie, N. Petitpain, L. Lagarce, A.-P. Joinville-Béra, « Incidence and preventability of hospital admissions for adverse drug reactions in France : A prospective observational study (IATROSTAT) », British Journal of Clinical Pharmacology, 2022, 10.1111/bcp.15510.

[44] M.-L. Laroche, N. Tarbouriech, T. Jai, M.-B. Valnet-Rabier, V. Nerich, « Economic burden of hospital admissions for adverse drug reactions in France: The IATROSTAT-ECO study », British Journal of Clinical Pharmacology, 2024, 10.1111/bcp.16266.

[45] Batel Marques F, et al. A systematic review of observational studies evaluating costs of adverse drug reactions. ClinicoEconomics and Outcomes Research 2016: 413-426, No. 8, 24 Aug 2016. doi.org/10.2147/CEOR.S115689.

[46] La revue de dépenses conduite en 2024 par l'IGAS et l'IGF sur les affections de longue durée (ALD), sur la base du coût moyen de l'hospitalisation des patients de plus de 80 ans en ALD de 8 970 € (effectif 2,74 millions d'assurés de plus de 80 ans en ALD), a estimé à 500 M€ les dépenses évitables à ce titre.

[47] Conseil économique social et environnemental, juin 2019, Avis 2019-14, Les maladies chroniques, 106 p.

2.3.2. La polymédication croît avec l'âge et la fragilité du patient

La consommation moyenne par assuré s'établit à 41 boîtes de médicaments par an (hors médicaments administrés au sein de séjours hospitaliers), soit 3,4 par mois : une pour les moins de 18 ans et jusqu'à plus de six pour les 64 – 79 ans et près de dix en moyenne pour les assurés de 80 ans et plus. Ces écarts importants entre classes d'âge sont corrélés à la prévalence des pathologies et à la part croissante des polypathologies[48] avec l'avancée en âge. En 2024, 6,7 millions de patients de plus de 65 ans prennent plus de cinq molécules au moins trois fois par an, et sont ainsi considérés comme « polymédiqués » et 1,6 million de patients de plus de 65 ans prennent plus de dix molécules au moins trois fois par an, étant alors considérés comme « hyperpolymédiqués ».

Ces données restent stables ces dix dernières années malgré les campagnes de sensibilisation menées par la HAS, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSP), la CNAM et certaines sociétés savantes, dans un contexte de vieillissement de la population[49], qui montre une discrète réduction à structure d'âge de la population constante (*cf*. tableau 2).

Tableau 2 : Nombre moyen de molécules prescrites par patients entre 2013 et 2023

Nb de molécules et % des patients	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre moyen de molécules par mois par patient (nb)	4,0	3,9	3,9	3,9	3,9	3,9	3,8	3,8	3,8	3,9	3,9
Nombre moyen de molécules par mois par patient âgé de plus de 65 ans (nb)	5,5	5,5	5,4	5,3	5,3	5,2	5,2	5,1	5,1	5,2	5,2
Part des patients avec 1 ou 2 molécules (%)	39,5	40,1	40,5	40,7	41,3	41,7	42,2	43,5	43,1	42,1	42,4
Part des patients avec 3 à 5 molécules (%)	36,8	36,4	36,3	36,3	35,9	35,7	35,5	34,5	34,7	35,3	35,0
Part des patients avec plus de 5 molécules (%)	23,7	23,5	23,2	23,1	22,9	22,6	22,3	22,1	22,2	22,6	22,7

Source : Base de données SNIIRAM, calculs de la mission.

Champ : Patients « consommants » (de médicaments), tous régimes, France entière.

Selon l'assurance maladie, les médecins traitants ont en moyenne 45 % de leur patientèle en situation de polymédication avec en moyenne par patient et par an 81 boîtes de médicaments remboursées, pour un montant total de 773 €. Le taux de patients polymédiqués (45 %) et hyperpolymédiqués (26 %) en France est supérieur de 10 à 20 points, par rapport à d'autres pays européens : à titre d'exemple 34 % de patients polymédiqués et 8 % de patients hyperpolymédiqués pour la Belgique[50], à structure d'âge similaire.

La polymédication est également encore supérieure chez les patients très âgés (*cf*. encadré 4).

[48] Données Médic'AM 2024 tous prescripteurs, tous régimes de l'assurance maladie, hors remises et clauses de sauvegarde, hors rétrocession, hors préparations magistrales.

[49] À titre d'exemple, la campagne sur les bons réflexes et pratiques autour des médicaments, lancée par l'ANSM en 2023, Les médicaments ne sont pas des produits ordinaires, ne les prenons pas à la légère.

[50] Données Rapport d'évaluation des Politiques de Sécurité Sociale annexées au PLFSS, Assurance Maladie, 2025.

Encadré 4 : étude portant sur les prescriptions d'assurés français de 90 ans et plus en 2022[51]

Une étude réalisée à partir des données du SNDS de près de 700 000 assurés français de 90 ans et plus en 2022 montre que 77 % des patients de cette tranche d'âge sont atteints d'hypertension artérielle (HTA) et 50 % de maladie cardio-vasculaire. Au cours du premier trimestre 2022, 93,8 % se sont vu prescrire des médicaments, pour un nombre médian de huit médicaments. 77,7 % se sont vu prescrire cinq médicaments sur le trimestre, 32,8 % dix médicaments et plus. Ces chiffres diminuent avec la tranche d'âge – soit par effet de sélection (ceux qui survivent sont moins malades), soit par arrêt de traitement en lien avec une réévaluation.

Chez ces patients, les dix catégories de médicaments les plus prescrites étaient : les analgésiques ; les agents antithrombotiques ; la vitamine D ; les diurétiques ; les IPP ; les bétabloquants ; les anxiolytiques ; les anticalciques ; les traitements de la constipation ; les antidépresseurs.

Les niveaux de prescriptions sont encore plus élevés pour les personnes âgées résidant en Ehpad, avec des niveaux de prescription nettement plus élevés :

- de 21 points pour les anxiolytiques (48 % contre 27 %) ;
- de 25 points pour les antidépresseurs (43 % contre 18 %) ;
- de 20 points pour les traitements de la constipation (42 % contre 22 %).

Source : Mission.

Le grand âge du patient accroît par ailleurs les risques liés à la prise de médicaments : troubles de la déglutition affectant l'observance, troubles cognitifs facteurs de mauvaise observance ou de mésusage. Une enquête menée par des pharmaciens d'officine auprès de 1 370 patients âgés de 65 ans et plus[52] établit ainsi que :

- près d'un tiers déclare ne pas toujours prendre tous ses traitements, plus d'un quart déclare des difficultés soit à préparer ses médicaments, soit à les avaler ;
- mais 35 % pratique l'automédication en utilisant leur pharmacie à domicile, alors que la même enquête montre les risques de la conservation des médicaments par les personnes âgées à leur domicile (absence d'emballage, péremption).

Par ailleurs, le grand âge altère les balances bénéfices-risques. La pharmacocinétique des médicaments est modifiée du fait de l'âge des patients. Or, les patients âgés et très âgés ne sont pas inclus dans les essais cliniques, ce qui prive d'éléments de preuve sur les effets indésirables comme sur leurs bénéfices. La balance bénéfices-risques ne peut pas s'appuyer sur le même degré d'*evidence-based medicine* (EBM) pour le patient âgé, tandis que certains syndromes gériatriques (risques de chutes, dégradation de la fonction rénale) peuvent être accrus par les médicaments.

Enfin, le grand âge peut conduire à réinterroger les objectifs des traitements[53], dans une approche ne visant plus à corriger les anomalies biologiques mais à se focaliser sur leurs impacts pour le patient:

- parce que l'atteinte de certaines cibles est moins pertinente et pourvoyeuse potentiellement de risques à ces âges : niveau d'hémoglobine glyquée pour les traitements du diabète, niveau de pression artérielle pour les traitements de l'HTA ;

[51] L. Kanagaratnam, L. Semenzato, E.- P. Baudouin, J. Ankri, A. Weill, M. Zureik, « Medication Use in People Aged 90 Years and Older: A Nationwide Study », *Journal of the American Medical Directors Association*, 2025.

[52] J.-B. Beuscart, S. Petit, S. Gautier, P. Wierre, T. Balcaen, J.-M. Lefebvre, N. Kambia, E. Bertoux, D. Mascaut, C. Barthélémy, D. Cuny, F. Puisieux et B. Décaudin, « Polypharmacy in older patients: identifying the need for support by a community pharmacist », *BioMedCentral Geriatrics*, 2019, doi :10.1186/s12877-019-1276-y.

[53] Kanagaratnam et al, *op. cit.*

- parce que le rapport coûts / bénéfices se pose différemment lorsque la durée à partir de laquelle un traitement (ou son arrêt) produit un effet dépasse l'espérance de vie des patients. La cible du traitement peut être alors réajustée : la cible d'un traitement du diabète serait davantage d'éviter une hypoglycémie ou une hyperglycémie symptomatiques que de prévenir les effets de long terme d'une glycémie élevée. Une méta-analyse sur le bénéfice des statines en prévention primaire conclut que leur bénéfice est maximal pour des individus dont l'espérance de vie dépasse 2,5 ans ; un arrêt de traitement n'affecte pas la survie des individus dont l'espérance de vie ne dépasse pas un an, mais peut améliorer leur qualité de vie[54]. Pour autant, ce résultat ne fait pas consensus, et par ailleurs, la prise en compte de l'espérance de vie, pertinente à un niveau statistique, peut être difficile à décliner dans l'application à un patient individuel, sur lequel le pronostic peut être entouré d'incertitudes.

L'âge n'est pas le seul facteur de polymédication. Une étude de l'IRDES de 2018[55] sur le profil des patients polymédiqués de plus de 65 ans associe dans ses évaluations le niveau de fragilité, appréhendée à travers cinq critères[56] : épuisement (fatigue physique exprimée par le patient), perte de poids non intentionnelle de 5 % dans la dernière année, faiblesse musculaire, mobilité physique et niveau faible d'activité physique. Dans cette étude sur 1 890 patients 43 % des patients étaient polymédiqués et 27 % avaient une polymédication identifiée comme excessive[57]. Près de la moitié des patients (47 %) suivis étaient exposés à une polymédication potentiellement inappropriée (PPI) : benzodiazépines et anti inflammatoires non stéroïdiens le plus souvent. Ce travail montre que la polymédication croît non seulement avec l'âge mais aussi avec la fragilité et que le caractère inapproprié d'une prescription croit en pourcentage avec la fragilité jusqu'au stade 4 (deux-tiers des patients ont au moins une PPI à ce stade, quand un tiers des patients ont au moins une PPI au stade 5, stade le plus élevé). Le grand âge et la fragilité des patients doivent conduire à réexaminer la balance bénéfices-risques.

---

[54] Yourman LC, Cenzer IS, Boscardin WJ, Nguyen BT, Smith AK, Schonberg MA, Schoenborn NL, Widera EW, Orkaby A, Rodriguez A, Lee SJ. Evaluation of Time to Benefit of Statins for the Primary Prevention of Cardiovascular Events in Adults Aged 50 to 75 Years: A Meta-analysis. JAMA Intern Med. 2021 Feb 1;181(2):179-185. 10.1001/jamainternmed.2020.6084.

[55] M. Herr, N. Sirven, H. Grondin, S. Pichetti, C. Sermet, Fragilité des personnes âgées et consommation de médicaments : polymédication et prescriptions inappropriées, *Questions d'économie de la santé* n°230, 2018, 6 p.

[56] Fried L.P., Tangen C.M., Walston J., Newman A.B., Hirsch C., Gottdiener J., Seeman T., Tracy R., Kop W.J., Burke G., McBurnie M.A., « Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype », *Journals of Gerontology : Biological Sciences and Medical Sciences*, 2001, doi:10.1093/gerona/56.3.m146.

[57] La polymédication est déclarée si le patient a plus de cinq médicaments prescrits concomitamment dans l'année ; elle est dite excessive lorsque le nombre de médicaments excède le nombre de dix.

2.4. La revue de médication doit être un acte de prescription à part entière, prenant en compte l'ensemble des traitements prescrits au patient et faisant intervenir plusieurs professionnels

2.4.1. Le questionnement sur la nécessité de poursuivre ou non un traitement doit être permanent et est de la responsabilité du prescripteur

L'acte et le contenu d'une prescription sont en premier lieu de la responsabilité du prescripteur[58]. Chaque acte et prescription doit faire l'objet d'une attention particulière sur le bénéfice et le risque par son auteur. Ainsi, chaque consultation, qu'elle soit « courte » pour un motif aigu ou renouvellement de traitement, ou qu'elle soit « longue » en suivi d'une maladie chronique est un support à la démarche de prescription et de déprescription.

La terminologie des textes réglementaires et du code de la déontologie des médecins utilise le terme de prescription. Ils ne font ainsi implicitement pas la lumière sur l'acte de déprescription, qui est pourtant une prescription en soi. L'arrêt d'un traitement résulte également d'une démarche analogue de soin et fait partie, au même titre, de l'arsenal thérapeutique d'un prescripteur.

L'inscription de cet acte dans le vocabulaire réglementaire, des professionnels de santé et du grand public serait de nature à lui offrir la place qu'il nécessite. De même, lui octroyer une place à part entière dans le parcours des patients âgés, fragiles et polypathologiques serait de nature à l'ancrer dans l'imaginaire collectif. Les entretiens menés par la mission avec les prescripteurs confirment que cette démarche prend du temps, car elle nécessite un effort pédagogique et parfois même de négociation avec le patient et est d'autant plus aisée que le patient est suivi régulièrement.

Si la collégialité est une valeur ajoutée à la résultante du colloque singulier du médecin avec son patient, elle ne peut et ne doit se substituer à la pratique du médecin en matière de déprescription.

2.4.2. Les revues de médication visent à lutter contre la iatrogénie induite par la polymédication

La lutte contre l'empilement des ordonnances et des médications est un enjeu à l'échelle de chaque patient et un enjeu de santé publique. Il ne peut reposer pour les raisons évoquées plus haut uniquement sur le médecin traitent ou sur le pharmacien d'officine. Elle repose sur des démarches appelées bilan médicamenteux ou revue de médication. Les revues de médications sont définies par le *Pharmaceutical Care Network Europe* comme une évaluation structurée des traitements d'un patient ayant pour but d'optimiser les traitements et d'améliorer les résultats de santé, comprenant la détection de problèmes liés aux médicaments et devant se traduire par la formulation de recommandations[59]. La Haute autorité de santé (HAS)[60] définit le bilan médicamenteux comme un état des lieux à un instant donné des traitements d'un patient, qui peut être réalisé à l'occasion :

---

[58] Article L. 162-2-1 du CSS, issu de l'art. 17 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 (JORF 25 avril 1996) : « *Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

[59] J.-B. Beuscart, S. Petit, et al, *op. cit.*

[60] *Harmonisation du bilan médicamenteux*, référentiel de la Haute autorité de santé, juillet 2025, 41 p.

- d'un processus de conciliation médicamenteuse, réalisée en établissement de santé, définie comme un processus formalisé qui prend en compte, lors d'une nouvelle prescription, tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle repose nécessairement sur une coordination pluriprofessionnelle. Selon la HAS, « l*es principaux objectifs d'une démarche de conciliation des traitements médicamenteux sont de réduire les erreurs médicamenteuses, garantir la continuité médicamenteuse et acquérir la confiance et la satisfaction du patient, son adhésion thérapeutique, en prenant en compte son point de vue dans l'élaboration de sa prise en charge médicamenteuse* » ;
- d'un processus de bilan partagé de médication effectué par le pharmacien officinal, en coordination avec le médecin traitant, afin d'évaluer l'observance et la tolérance du traitement, d'identifier les interactions médicamenteuses et de vérifier les conditions de prise et le bon usage des médicaments. Prévu par la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HSPT) en 2009, le bilan de médication a été formalisé en 2018 par l'avenant 12 à la convention entre l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine, qui a créé un bilan partagé de médication (BPM) pour les patients de 65 ans et plus souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques et ayant au moins cinq molécules ou principes actifs prescrits pour une durée supérieure à six mois.

2.4.3. L'effectivité de ces outils suppose d'améliorer la coordination et le partage d'informations entre professionnels

Les bilans partagés de médication[61] (BPM) en France sont très peu nombreux : : le nombre de patients entrant dans le dispositif est passé de 13 130 en 2023 à 42 609 sur les dix premiers mois de 2025.

A l'occasion d'échanges de la mission avec des pharmaciens, une limite au bénéfice de cette démarche exprimée réside dans le fait que :

- il est consommateur de temps et qu'au sein des officines des arbitrages se font au regard des missions nombreuses et des ressources disponibles ;
- réalisé par le pharmacien, il n'est pas mené par le prescripteur lui-même, réduisant l'impact des actions en suivant les constats.

L'hospitalisation d'un patient donne lieu de façon générale à une revue des médications existantes au cours du séjour hospitalier. Le format de cette revue de médications dépend des organisations et arbitrages de chaque établissement, ciblant le plus souvent des publics à risque de iatrogénie. La prescription de sortie d'une hospitalisation doit être versée au dossier médical partagé (DMP) dans la lettre de liaison, remise au patient à la sortie, avec description ou apposition du traitement d'entrée. La qualité de la lettre de sortie, intégrant un critère sur la présence du traitement médicamenteux parmi les critères regardés, entre dans le financement à la qualité des établissements de santé[62] (*cf.* encadré 5).

[61] CNAM, Le bilan partagé de médication : l'accompagnement pharmaceutique des patients âgés polymédiqués. Le BPM a été mis en place en 2018 (*via l'*avenant n° 12, 19 et 22 de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine d'avril 2012) après une première expérimentation conduite en 2017. Son processus est défini au 1.3.2 du référentiel de la HAS de juillet 2025, Harmonisation du bilan médicamenteux. Les bonnes pratiques y afférant sont établies en 2017 par la SFPC, Memo Bilan partagé de médication, 22 p.

[62] Critère 11 score IQSS.

Encadré 5 : Résultats nationaux de l'évaluation de la qualité de la lettre de sortie issus du rapport HAS de la campagne MCO IQSS 2023

En 2022, dernière année de bilan national produit par la HAS, le score moyen pondéré de qualité globale de la lettre de liaison, en MCO hospitalisation de plus de 24 heures, était de 59 sur 100 (en hausse de 3,6 points par rapport à 2021). Seuls 37% des établissements (des 1256 établissements inclus dans le calcul de la moyenne) ont atteints un score satisfaisant cette année-là. Le critère spécifique relatif à la présence du traitement médicamenteux de sortie atteint le score de de 52 sur 100 (en hausse de 2 points par rapport à 2021).

Ce score est le plus bas des 12 indicateurs composant l'évaluation de la qualité de la lettre de liaison.

Source : Mission.

On constate toutefois que les recommandations de revue des médications en sortie d'hospitalisation peuvent être faiblement respectées, au vu des résultats de plusieurs essais européens récents[63] :

- le niveau de respect des recommandations de sortie d'hôpital par le médecin traitant était de seulement 15 % dans l'essai SENATOR conduit sur plus de 1 500 patients dans six pays ;
- il était de 65 % dans l'essai OPERAM, réalisé dans quatre pays ;
- 12 % des prescriptions interrompues par la revue de médication hospitalière étaient rétablies par le médecin de ville dans les trois mois dans l'essai REMEI.

Les causes de ce faible respect des recommandations sont variées[64] :

- moindre expérience des prescripteurs de ville envers les enjeux spécifiques à la polymédication du patient âgé, insuffisante conscience des risques iatrogéniques ;
- absence d'intégration des recommandations en sortie d'hospitalisation dans l'environnement de travail du prescripteur de ville : la prescription du patient à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation ou lors d'une consultation auprès d'un autre médecin que le médecin traitant ne s'importe pas automatiquement dans les outils de prescription du médecin traitant et des pharmacies qui délivrent les traitements prescrits (pharmacie hospitalière ou officine de ville). De même, les résultats de la conciliation médicamenteuse ne bénéficient pas de support de communication informatisé entre la ville et l'hôpital : le dossier pharmaceutique (DP) ne communique pas avec le DMP, et le contenu du DMP ne bascule pas automatiquement dans le DP.

[63] C. Cornille, A. Lenglet, B. Décaudin, F. Puisieux, L. Mondet, A. Toulemonde, S. Gautier, G. Tempremant, J. -P. Kornobis, M. Dambrine, T. Renoncourt, F. Bloch, J. -B. Beuscart, « A multidisciplinary meeting for generating a personalized pharmaceutical plan for older adults at hospital discharge: the IATROPREV study », *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2025.

[64] O'Mahony D, Gudmundsson A, Soiza RL, et al. « Prevention of adverse drug reactions in hospitalized older patients with multi-morbidity and polypharmacy: the SENATOR* randomized controlled clinical trial », *Age Ageing*, 2020.

Annexe IV

L'expérimentation menée dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 dite Iatroprev « Optimisation des prescriptions médicamenteuses dans le parcours de soins de la personne âgée dans l'objectif de réduire le risque iatrogène », vise à surmonter ce problème de faible respect des recommandations issues de la revue de médication après la sortie de l'hospitalisation en associant à la revue de médication en sortie d'hospitalisation non seulement le gériatre et le pharmacien hospitaliers, mais aussi le médecin traitant et le pharmacien d'officine, dans le cadre d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP). L'association des professionnels de ville vise à permettre un meilleur partage d'informations devant mieux éclairer la décision de revue de médications, et à assurer une meilleure compréhension de la revue de médication par le médecin traitant, et donc un meilleur respect. La première phase de l'expérimentation, conduite entre 2021 et 2023 sur 380 patients, a permis de mesurer un taux de respect des recommandations relatives aux traitements médicamenteux de 85,8 % à 3 mois de la sortie d'hospitalisation[65]. L'objectif et le résultat des revues de médication sont moins de réduire le nombre de médicaments prescrits que d'éviter les accidents iatrogéniques, et leur efficacité

La réduction du nombre de médicaments ne constitue pas en soi un objectif des revues de médication : le consensus, issu de travaux croisant les attentes des patients et de leur entourage, de soignants et de chercheurs[66], est que ces approches doivent viser comme résultats :

- la suppression de la sur-médication ou de la sous-médication ; des interactions néfastes entre médicaments, des traitements potentiellement inappropriés et des hospitalisations provoquées par les médicaments ;
- la qualité de vie et le soulagement de la douleur.

La revue de littérature systématique établie par Cochrane[67] à partir de 38 essais randomisés sur l'efficacité des interventions pharmaceutiques sur la polymédication des patients âgés conclut que :

- l'impact sur l'amélioration de la pertinence des traitements est incertain ;
- la réduction du nombre de médications potentiellement inappropriées est incertaine, tout comme celle du nombre de patients avec une ou plusieurs médications potentiellement inappropriées ;
- le nombre d'omissions potentielles de prescriptions pourrait être légèrement réduit, mais l'impact sur le nombre de patients présentant une omission est incertain ;
- l'impact sur les hospitalisation est réduit ou nul, comme sur la qualité de vie des patients ;
- l'effet sur les événements médicamenteux indésirables n'est pas observé.

La phase 1 de l'essai Iatroprev concluait à[68] :

Le bilan de Iatroprev 1 dressé dans Le Pharmacien Clinicien Volume 59, Issue 4, December 2024, Pages 403-406

reste mitigé sur le nombre de patients inclus et sa diffusion au-delà des patients sortant du CHRU de Lille : sur une période de février 2021 à août 2023, parmi 708 patients identifiés, environ 380 patients ont été inclus dans un parcours complet ayant mobilisé plus de 300 médecins traitants et 270 pharmaciens d'officine. 80% des recommandations formulées par une RCP ville-hôpital sont appliquées : 1/3 d'ajout, 1/3 de modification, 1/3 de déprescription.

[66] J.-B. Beuscart, W. Knol, S. Cullinan, C. Schneider, O. Dalleur, B. Boland, S. Thevelin, Paul A. F. Jansen, D. O'Mahony, N. Rodondi et A. Spinewine, « International core outcome set for clinical trials of medication review in multi-morbid older patients with polypharmacy », *BioMed Central Medicine*, 2018.

[67] Cole JA, Gonçalves-Bradley DC, Alqahtani M, Barry HE, Cadogan C, Rankin A, Patterson SM, Kerse N, Cardwell CR, Ryan C, Hughes C, « Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (Review) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023.

[68] *Rapport final d'évaluation de l'expérimentation article 51 Iatroprev*, Cemka, 2024.

- une absence de réduction du nombre de traitements : les patients inclus dans le test avaient en moyenne dix éléments prescrits. La revue de médication conduit à supprimer 4,1 prescriptions, à en ajouter 4,3 et à en modifier 2,5 ;
- une réduction de certaines prescriptions potentiellement inappropriées par rapport au groupe témoins, à 90 jours : réduction forte de la proportion de prescriptions d'inhibiteurs de la pompe à proton (IPP) à forte dose (3,6 % contre 14,4 %), réduction de la proportion de prescriptions simultanées de trois psychotropes (10,3 contre 14,2 %) ;
- une réduction significative, à 30 jours, des ré-hospitalisations, par rapport au groupe témoins : moins de passages aux urgences suivis d'une hospitalisation complète (5,9 % contre 12 %), moins d'hospitalisations complètes en MCO (4,4 % contre 11,6 %). L'impact est toutefois plus réduit à 90 jours.

Cette expérimentation se poursuit (IATROPREV 2) avec pour objectif d'augmenter la puissance statistique afin de dégager des résultats significatifs sur les consommations de soins, ce qui n'était pas possible en l'état des inclusions[69].

Les revues de médication ne constituent donc pas un levier de réduction des dépenses de prescription, mais avant tout un enjeu de santé publique, et potentiellement, un enjeu économique à travers la réduction d'hospitalisations évitables, en étant conscient que l'efficacité de ce levier reste encore à affirmer.

2.4.4. Le chemin de déploiement de ces outils dans notre système reste à définir

Deux approches sont actuellement mises en œuvre en France pour déployer les revues de médication.

D'un côté, l'assurance maladie crée des dispositifs conventionnels mono-professionnels. L'avenant à la convention pharmaceutique a créé le bilan partagé de médication (BPM)[70], qui a reçu peu d'application.

Le déploiement de ces actions est aujourd'hui accompagné par[71] :

- une campagne des délégués de l'Assurance Maladie lancée en 2025 afin de sensibiliser et d'accompagner les médecins dans la révision des prescriptions médicamenteuses et la déprescription des traitements inappropriés chaque fois que cela est possible et avec l'adhésion du patient. Une boîte à outils sur le risque iatrogénique est également à la disposition des médecins sur ameli.fr, ainsi que des supports d'informations à remettre à leurs patients ;
- l'intégration dans les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) d'objectifs visant à diminuer respectivement de quatre et deux molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.

[69] Le projet Iatroprev 2 vise l'inclusion de 3085 patients sur 3 ans avec un coût de coordination estimé à 432 € par patient en sus de la facturation des actes de droit commun (téléconsultation et téléexpertise). Le chiffrage du gain direct et des dépenses évitées n'est pas indiqué dans le cahier des charges.

[70] Arrêté du 9 mars 2018 portant approbation de l'avenant 12 à la convention nationale du 4 mai 2012, organisant les rapports entres les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie

[71] Communiqué de presse CNAM 2024 « bon usage du médicament ».

L'assurance maladie prévoit, à partir de janvier 2026, la possibilité de coter une consultation longue par an et par patient à des fins « de déprescription pour les patients âgés de 80 ans et plus hyperpolymédiqués (GL2) ayant au moins dix lignes de traitements médicamenteux[72] ». Plusieurs remarques peuvent être faite sur ce dispositif qui constitue une première étape, aux côtés d'autres motifs (consultation dans les 45 jours suivant une hospitalisation, consultation à des fins de remplissage d'un dossier APA dans le cadre d'une orientation vers un parcours médico-social). La démarche de déprescription devrait être un élément obligatoire de ces deux autres motifs possibles. Elle n'est aujourd'hui prévue que comme un motif possible de cotation ;

- elle n'est envisagée que pour les patients hyperpolymédiqués. Sur la base du constat de plusieurs études, le dispositif doit être étendu aux patients fragiles et atteints de maladie chronique non hyperpolymédiqués ;
- il est demandé que la consultation fasse suite à la prescription par le médecin d'un bilan de médication. Elle devrait *a minima* être conditionnée dans ce cas à la prise en compte des résultats d'un bilan de médication. Le compléter par un temps d'échange avec le pharmacien sur les constats issus de ce bilan pourrait conditionner le remboursement, tant pour la consultation du médecin que pour le bilan partagé de médication (BPM) auprès du pharmacien.

Ces dispositifs restent sur une approche mono-professionnelle et limitée à la ville. Ils font l'objet d'une inscription immédiate dans le droit commun sans bénéficier d'une évaluation *ex ante* et d'un suivi *ex post*.

Afin de permettre son évaluation, étape indispensable à sa pérennisation, la mise en place de cette consultation devrait être assortie d'indicateurs de suivi de son bénéfice en matière de polymédication et iatrogénie évitée. Il pourrait être également utile d'associer à ce temps l'infirmier habituel du patient (infirmier référent, IPA, Infirmier Azalée) détenteur d'informations issues de sa proximité avec le lieu et les habitudes de vie du patient.

En regard, certains territoires expérimentent des dispositifs pluriprofessionnels dans leur dessein, reposant au minimum sur une RCP entre un pharmacien et un médecin :

- trois expérimentations « article 51 » : Iatroprev, Octave, Medisis ;
- hors article 51, un projet comparable (Optimedoc) est porté par l'Omedit et l'ARS de Normandie ;
- des URPS portent un projet comparable sur le périmètre des seuls professionnels de ville (RCP pharmacien d'officine / médecin traitant, à l'initiative de l'un ou de l'autre).

La valeur ajoutée de ces dispositifs réside dans :

- leur caractère pluriprofessionnel, croisant l'approche du pharmacien, du gériatre, et du médecin traitant, ainsi que, lorsque c'est possible, de l'IDEL accompagnant le patient âgé à son domicile ;
- leur décloisonnement entre hôpital et ville, qui répond à deux enjeux : la moindre connaissance par les médecins traitants des enjeux de iatrogénie du patient âgé et le risque de non-respect des recommandations en sortie d'hospitalisation.

---

[72] En réponse aux attentes exprimées par les médecins généralistes, une consultation longue du médecin traitant sera créée à partir du 1er janvier 2026 (prévue initialement pour une entrée en vigueur au 1er janvier 2025, elle a été décalée en raison de la procédure émise par le comité d'alerte) pour les patients de plus de 80 ans afin de valoriser la prise en charge de situations complexes et chronophages. Elle sera facturable une fois par an et par patient dans chacune des situations suivantes : consultation de sortie d'hospitalisation (GL1) dans les 45 jours après la sortie d'une hospitalisation ; consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués (GL2) ayant au moins 10 lignes de traitements médicamenteux (cette consultation s'appuiera sur un bilan de médication prescrit par le médecin) ; consultation d'orientation vers un parcours médicosocial (GL3) nécessitant le remplissage du dossier médico-administratif pour l'obtention de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les professionnels ont pour cela besoin d'outils de partage des données. Bien que le BPM ait été lancé en 2018, la HAS a été saisie en 2023 par la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) et la Direction générale de la santé (DGS) afin de proposer un format unique de bilan médicamenteux[73]. Les travaux menés ont permis de partager un référentiel commun sur la base d'un bilan unique partageable quel que soit l'univers informatique des professionnels[74]. Cette harmonisation est un prérequis à sa numérisation, nécessaire à son partage entre les systèmes d'information de la ville et ceux de l'hôpital.

2.4.5. Le déploiement de ces outils doit s'appuyer sur la formation initiale et continue des prescripteurs ainsi que des recommandations appropriées

Si certaines spécialités sont plus souvent confrontées à la problématique de la polymédication, comme les gériatres, la déprescription doit être considérée par tous les prescripteurs comme une de leurs missions. Elle doit être inscrite en tant que tel dans le cursus de formation initiale des médecins (cf. encadré 6).

Encadré 6 : la formation des médecins à la juste prescription

Dans un rapport de 2013[75], un groupe de travail de l'académie nationale de médecine sous l'égide du Pr. René Mornex visait à définir les conditions pour « améliorer la pertinence des stratégies médicales ». L'état des lieux réalisé a permis de conclure que si la connaissance des recommandations des bonnes pratiques édictées par la HAS était bonne, leur application ne l'était pas, ce qui conduisait à la réalisation d'actes non pertinents, en particulier en imagerie et en examens biologiques, mais aussi pour certaines prescriptions médicamenteuses. Les causes identifiées étaient à la fois la réduction des temps de diagnostic, l'essor des principes de précaution et la prise en compte croissance du risque de judiciarisation, ainsi que l'environnement sociétal faisant une plus grande place aux médias incitant au « consumérisme médical ».

Le premier axe d'amélioration mis en exergue par le rapport était d'engager une réforme sérieuse et complète du 2e cycle de la formation initiale du médecin, afin de corriger la segmentation créée par la succession des « certificats de spécialité », qui empêche une approche globale de l'état du malade et encourage donc à la fois la multiplication des demandes d'examens et limite la capacité à réaliser des choix de traitement stratégiques en tenant compte de l'ensemble des informations cliniques disponibles.

Lors des entretiens qualitatifs conduits par la mission, les médecins interrogés ont dans l'ensemble souligné le caractère aujourd'hui trop parcellaire de la formation à la prescription, en particulier médicamenteuse, mais aussi leur absence de formation et d'information sur la prescription des actes paramédicaux. Enfin, plusieurs ont insisté sur la nécessité de valoriser le rôle de l'examen clinique comme source d'information pour une juste prescription.

Enfin, récemment, dans un entretien au Monde[76], la psychiatre Maeva Musso, a souligné le « réel manque de formation à la pharmacologie et la déprescription durant l'internat de psychiatrie, tout comme en formation continue ».

Source : Mission.

[73] Dans la saisine du 16 juin 2023, la Délégation ministérielle au numérique en santé (DNS) et la Direction générale de la santé (DGS) ont formulé une demande de construction d'un support unique, structuré et interopérable reprenant les éléments du bilan partagé de médication (ville) et du bilan médicamenteux effectué lors de la conciliation des traitements médicamenteux (hôpital), à savoir un bilan médicamenteux partagé. Ce bilan, harmonisé et unique, représenterait un support efficace d'échange et de partage d'informations entre les professionnels de santé exerçant en ville et les établissements de santé.

[74] Référentiel - Harmonisation du bilan médicamenteux Recueil des besoins métiers en matière de bilan médicamenteux diffusé en juillet 2025.

[75] Améliorer la pertinence des stratégies médicales, Bulletin de l'académie nationale de médecine, Avril-mai 2013, p1033-1049.

[76] « Maeva Musso : « en psychiatrie, la déprescription devrait être envisagée dès la prescription » », le Monde, 19 avril 2025.

Par ailleurs, pour que les pratiques puissent davantage intégrer ces revues de médication, elles doivent pouvoir s'appuyer sur des recommandations professionnelles adaptées aux situations de polypathologie et aux patients âgés. Or, l'enseignement de la médecine repose en grande partie sur une approche de prise en charge par pathologie, avec chacune son corpus de recommandations de bonnes pratiques et ses indications de traitements. Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques amène inévitablement le besoin de recours à plusieurs traitements simultanés (ou à un traitement pour une pathologie pour un patient présentant par ailleurs d'autres pathologies) et le risque de polymédication. L'accès aisé au médicament dans les pays occidentaux, malgré des périodes de rupture d'approvisionnement fréquentes, induit un risque d'empilement de médicaments prescrits et de survenue alors d'effets délétères. La balance bénéfice/risque, même favorable à l'échelle de chaque traitement, peut devenir défavorable pour le patient lorsque les traitements sont analysés dans leur ensemble.

La nécessité de proposer aux prescripteurs des recommandations de bonnes pratiques « transversales » pour les patients polypathologiques est ressortie de nombreux entretiens que la mission a mené avec des prescripteurs, au tout premier plan avec les médecins généralistes et les gériatres. De telles recommandations ont été produites s'agissant du diabète pour le patient âgé, avec une adaptation conséquente des objectifs des traitements et des traitements : partie relative au patient âgé de 75 ans et plus dans la recommandation *Stratégie thérapeutique du patient vivant avec un diabète de type 2* de la HAS (juillet 2024), recommandations européennes[77]. De telles recommandations font encore défaut s'agissant de pathologies présentes chez les patients âgés et pour lesquelles les approches devraient être adaptées : au premier rang, les maladies cardiovasculaires et l'hypertension artérielle.

3. Le défi immédiat de la lutte contre l'antibiorésistance justifie de renforcer les efforts sur la juste prescription, ce qui conduira également à contenir les dépenses associées

3.1. L'antibiorésistance est un enjeu mondial de santé publique et a induit une prise de conscience collective sur l'importance de la juste prescription d'antibiotiques

La lutte contre l'antibiorésistance est reconnue par l'OMS comme une des dix principales menaces pour la santé publique. La résistance des bactéries aux antimicrobiens interviendrait dans quelques cinq millions de décès par an dans le monde[78]. L'émergence des bactéries hautement résistantes (BHRe) a fait prendre conscience de l'enjeu et du risque en matière de santé publique. Les infections bactériennes résistantes aux antimicrobiens constituent un grave problème de santé en Europe, causant plus de 35 000 décès par an. Ces chiffres sont comparables à l'impact combiné de la grippe, de la tuberculose et du VIH/SIDA[79].

[77] I. Bourdel-Marchasson, S. Maggi, A. Sinlin *Étapes principales pour la prise en charge par les soins primaires des personnes âgées atteintes de diabète de type 2*, Société européenne de médecine gériatrique (EuGMS, Groupe de travail européen sur le diabète pour les personnes âgées (EDWPOP).

[78] OMS Novembre 2023

[79] Rapport inter agences sur l'analyse intégrée de la consommation d'antimicrobiens et l'apparition d'une résistance aux antibiotiques (JIACRA IV 2019-2021)

Une enquête a été réalisée en 2021 par l'OMS auprès de 8 221 patients issus de quatorze pays, dont la moitié ont signalé avoir pris des antibiotiques par voie orale au cours des douze derniers mois. La majorité (67 %) de ces antibiotiques ont été prescrits ou directement administrés par des médecins. L'enquête a mis en évidence le non-respect de l'obligation de disposer d'une ordonnance médicale pour toute cure d'antibiotiques. Dans les quatorze pays étudiés, un tiers (33 %) des répondants consommaient des antibiotiques sans ordonnance médicale. Dans certains pays, plus de 40 % des antibiotiques étaient obtenus sans avis médical. Les raisons citées pour la prise d'antibiotiques étaient notamment un refroidissement (24 %), des symptômes grippaux (16 %), des maux de gorge (21 %) et de la toux (18 %). C'est là un sujet de préoccupation, car ces symptômes sont souvent provoqués par des virus, contre lesquels les antibiotiques sont inefficaces. En revanche, l'enquête équivalente réalisée au sein de l'Union européenne en 2022 a révélé que seulement 8 % des répondants consommaient des antibiotiques sans prescription.

Tout aussi préoccupant, en termes de diffusion de l'information, est le fait que 37 % seulement (et 23 % dans l'enquête réalisée au sein de l'UE) ont signalé avoir reçu, au cours de l'année écoulée, des informations sur l'importance d'éviter une consommation d'antibiotiques inutile. Ceci souligne l'urgente nécessité d'une communication plus claire et plus ciblée en matière de santé publique.

3.2. Une mobilisation internationale pour lutter contre l'antibiorésistance au regard des enjeux

Les pays qui ont réduit leur consommation d'antibiotiques, tant chez les animaux que chez les humains, ont constaté une diminution des bactéries résistantes aux antibiotiques[80].

La sensibilisation des prescripteurs mais également des patients et de l'écosystème pouvant contribuer à la maitrise de ce risque en termes de santé publique fait l'objet de campagnes multiples dans le monde.

En Australie, le site du gouvernement propose des messages de sensibilisation adaptés aux différents publics, sur fond de message mobilisateur collectivement : « La principale cause de l'antibiorésistance est l'usage des antibiotiques » (*cf*. figure 2). Il présente de façon visuelle l'ensemble des personnes pouvant contribuer à réduire la propagation de l'antibiorésistance. L'effort attendu est ainsi clairement affiché comme n'incombant pas uniquement aux médecins prescripteurs.

[80] Rapport JIACRA IV 2019-2021

Figure 2 : campagne de sensibilisation du gouvernement australien à destination de l'ensemble des parties prenantes



Source : site du gouvernement australien

Chaque public pouvant contribuer à l'action collective a accès à des messages ciblées et des actions concrètes sous la forme de « **Ce que vous pouvez faire ».**

De nombreux pays[81] ont généralisé le recours à des tests de biologie réalisés par le médecin généraliste permettant de vérifier le caractère bactérien d'une suspicion d'infection des voies respiratoires afin d'éclairer le prescripteur (*point of care*) et d'éviter une prescription injustifiée d'antibiotiques ; le recours à ces examens permet selon la littérature de réduire la prescription d'antibiotiques dans ces situations de 20 % à 28 jours[82].

3.3. Malgré une légère baisse, la consommation française d'antibiotiques reste très atypique, traduisant un retard d'évolution des pratiques de prescription

3.3.1. Si la France a marqué un léger ralentissement de la consommation d'antibiotiques, elle se situe toujours dans les premiers pays européens très consommateurs

Entre 2012 et 2022, l'Union européenne a connu un recul de sa consommation d'antibiotiques en ville (-6,8 %) sur la période (*cf.* tableau 3). Cette évolution agrégée dissimule des mouvements contrastés :

[81] Belgique, Danemark, Norvège, Espagne, Suisse, Royaume-Uni, Afrique du Sud, Pays-Bas, Suède.

[82] Y.-G. Amghar, P.-L. Bras, T. Cargill, C. Chapelet, G. Jacquemin, J. Mazière, E. Michaud, *Efficience et pertinence des dépenses de biologie médicale*, Igas-IGF, 2025.

- certains pays, plutôt au nord de l'Europe, qui n'étaient pourtant pas parmi les plus gros consommateurs d'antibiotiques en 2012 ont connu une diminution très forte de leur consommation, proche de 30 % (Suède et Allemagne) sur cette période ;
- d'autres pays ont connu une diminution plus modérée, entre -9 % (la France) et environ -20 % (la Belgique ou les Pays-Bas). La France a donc connu un ralentissement, plus limité toutefois que certains de ses voisins ;
- d'autres pays enfin, plutôt déjà situés par les plus gros consommateurs d'antibiotiques du continent, ont poursuivi leur dynamique haussière : la Grèce (+10,6 %), la Pologne (+12,1 %), l'Espagne (+38,2 %) ; la Bulgarie a connu une augmentation de plus de 50 % de sa consommation d'antibiotiques rapportée à la population sur cette période, passant de la 8e à la 2e place du classement.

Ce constat n'est pas récent : en 2019 la consommation d'antibiotiques était trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, deux fois supérieure à celle de l'Allemagne[83]. Ainsi, la consommation d'antibiotique reste encore de 22 % plus élevée en France en 2023, sans que le contexte environnemental et de santé puisse l'expliquer.

Tableau 3 : Consommation d'antibiotiques en Europe (secteur ville) exprimée en nombre de DDJ/1000 habitants/ jour entre 2012 et 2022

	2012	2014	2016	2018	2019	2020	2021	2022	Evol 2012-2022
Pays-Bas	10,2	9,4	9,2	8,9	8,7	7,8	7,6	8,3	-18,6 %
Suède	13,7	12,5	11,7	10,8	10,3	8,9	8,7	9,6	-29,9 %
Allemagne	13,7	13,4	12,8	11,7	11,4	9	8,1	10	-27,0 %
Tchéquie	15,7	17,1	ND	ND	16,9	13,4	11,5	13,9	-11,5 %
EU	19,1	19,3	19	18,3	18	15	15	17,8	-6,8 %
Belgique	23,9	22,4	22,5	20,8	19,8	15,3	16	19	-20,5 %
Italie	22,5	22,6	21,8	19,5	19,8	16,5	16	19	-15,6 %
Espagne	15,7	17,1	25,6	24,6	23,3	18,2	18,5	21,7	38,2 %
Pologne	19,9	19,9	20,7	23	22,2	17,2	18,8	22,3	12,1 %
France	24,8	23,8	24,6	24,2	23,3	18,7	19,9	22,6	-8,9 %
Bulgarie	16,1	18,6	17,6	19,4	19,1	20,7	22,4	24,2	50,3 %
Grèce	28,2	29,2	31	32,4	32,4	26,4	21,8	31,2	10,6 %
Royaume Uni	17,7	18,5	17,5	16,3	14,9	NA	NA	NA	

Source : ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control –Centre européen de contrôle et de prévention des maladies, Surveillance of antimicrobial consumption in Europe) et ANSM (pour les données françaises).

L'assurance maladie relaie l'estimation, issue d'un travail de recherche, du coût attribuable à l'antibiorésistance pour l'année 2015 à 290 M€[84].

[83] Panorama de la santé 2019 OCDE

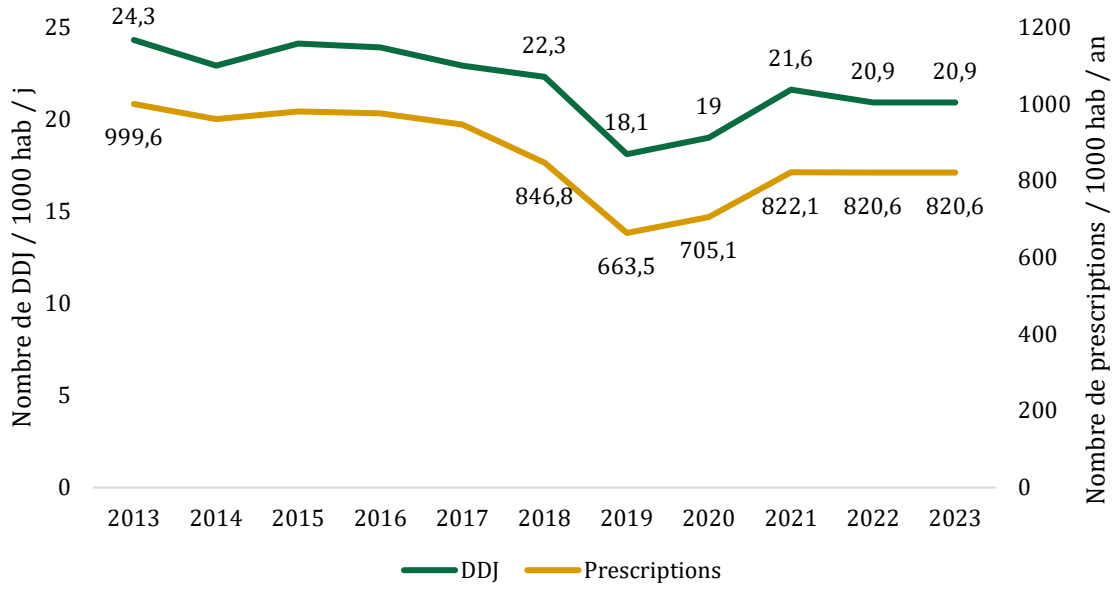
[84] Une équipe de chercheurs de l'université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines, de l'Inserm et de l'Institut Pasteur est parvenue à estimer le plus précisément possible le nombre de nouveaux cas et le coût économique direct que représentent les infections à bactéries résistantes aux antibiotiques chez les malades hospitalisés, pendant les années 2015 et 2016. Publication dans la revue Epidemiology & Infection 2019

3.3.2. Contrairement aux dentistes et aux médecins d'autres spécialités, les médecins généralistes ont modifié leurs pratiques en matière de prescription d'antibiotiques ces dix dernières années

Une étude française publiée en janvier 2022[85] indiquait que si la quasi-totalité des médecins estimait avoir un rôle à jouer contre la résistance aux antibiotiques, huit sur dix indiquaient être en difficulté pour refuser un antibiotique aux patients qui leur en faisaient la demande. La quasi-totalité des médecins étaient confrontés à des patients leur réclamant un traitement antibiotique lors d'une infection virale.

Bien qu'encore élevée par rapport à la moyenne des pays européens, la consommation d'antibiotiques en France est en recul depuis 2013 (*cf.* graphique 1).

Graphique 1 : évolution des consommations et des prescriptions d'antibiotiques en France de 2013 à 2023



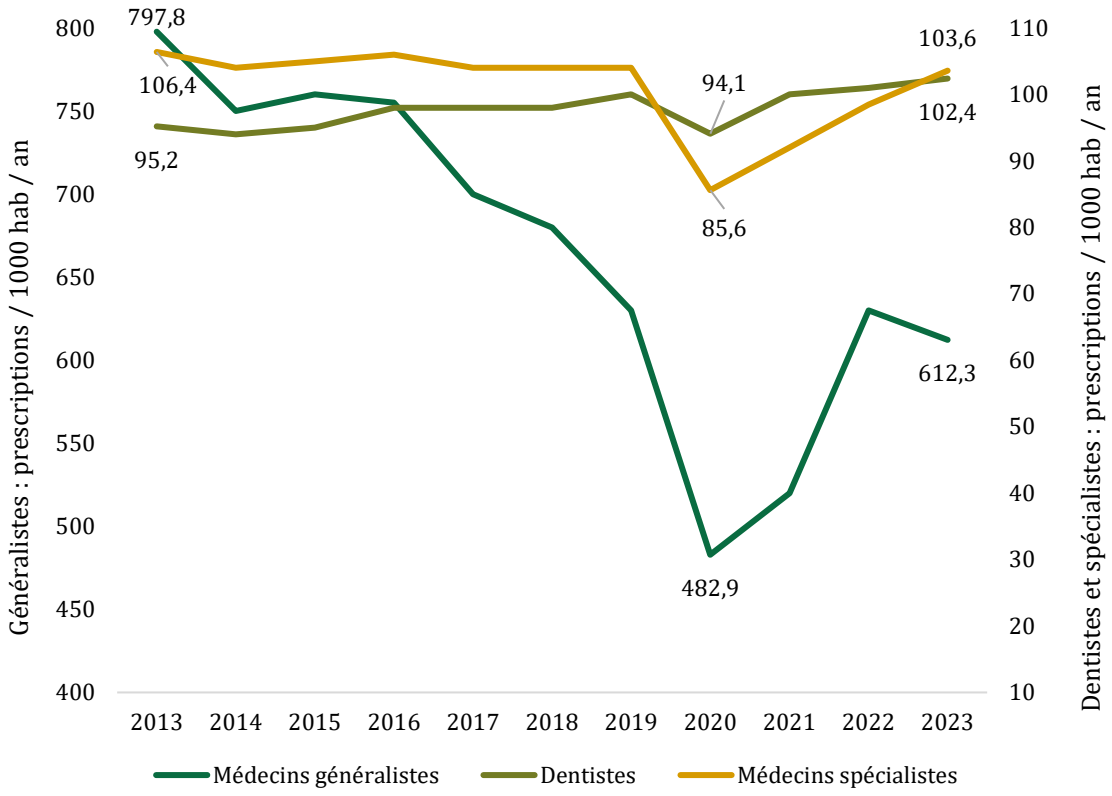
Source : CNAM DP 2024 Bon usage du médicament

Les médecins généralistes de ville, qui étaient les plus gros prescripteurs en 2013 ont fait évoluer significativement leurs pratiques. Les données du SNDS traitées par Santé Publique France (SPF) en 2023[86] (*cf.* graphique 2) permettent d'identifier la spécialité médicale du prescripteur. Trois catégories ont été retenues dans cette étude : les médecins généralistes (74,6 % du total des prescriptions), les médecins spécialistes (12,6 %), les chirurgiens-dentistes (12,5 %). En 2023, les prescriptions d'antibiotiques des généralistes ont diminué (-1,3 % entre 2022 et 2023, avec une baisse de 2,6 % par an en moyenne entre 2013 et 2023), mais celles des médecins spécialistes et des dentistes ont progressé (+4,6 % chez les spécialistes et +1,4 % chez les dentistes).

[85] Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, DREES, ORS, URPS médecins libéraux, janvier 2022

[86] Antibiorésistance Données de surveillance Santé Publique France : consommation d'antibiotiques en secteur de ville en France 2013-2023

Graphique 2 : Prescriptions d'antibiotiques selon la spécialité du prescripteur, France de 2013 à 2023



Source : étude SPF à partir des données du SNDS[87].

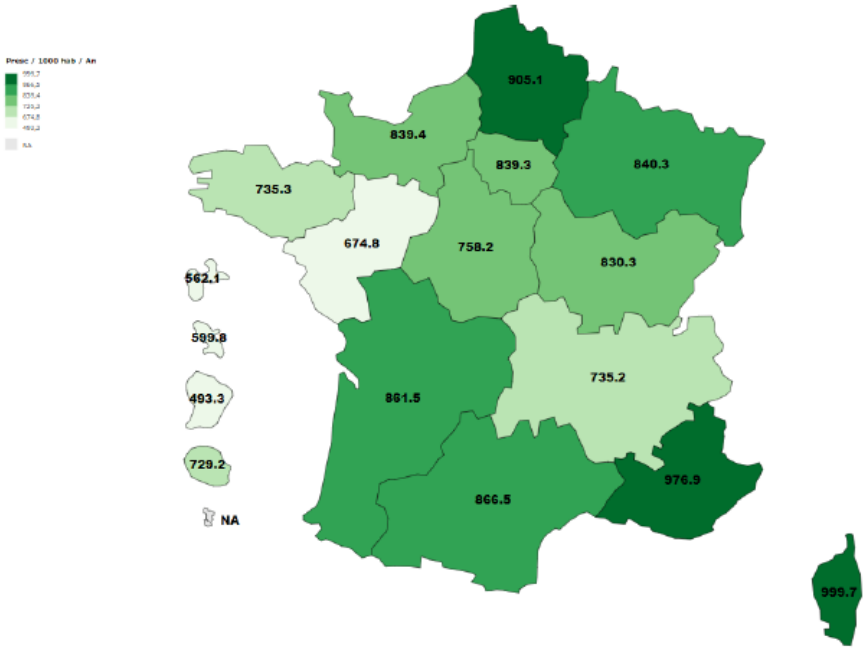
Cette même publication met en évidence des écarts de prescriptions par région, pour lesquels elle n'identifie pas d'explication évidente (*cf.* carte 1). Les régions Corse et Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) sont les régions dans lesquelles les prescriptions sont les plus élevées. Les régions Pays de la Loire, Bretagne, Auvergne-Rhône-Alpes ainsi que les régions d'Outre-Mer ont un niveau de prescription pour 1 000 habitants en 2023 les plus faibles. Si l'on considère globalement la période 2013-2023, le contraste entre les régions apparaît encore plus important : ainsi la consommation a diminué de plus de 17 % en Bretagne durant ces dix dernières années, alors qu'elle a augmenté de près de 12 % en Corse.

Ces éléments devraient amener à des actions ciblées sur les régions en écart pour accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

[87] Une quatrième catégorie non représentée dans la figure regroupe les autres professionnels de santé autorisés à prescrire des médicaments à hauteur de 0,3 % des prescriptions totales en 2023, principalement des prescriptions établies par des sage-femmes.

Annexe IV

Carte 1 : prescription d'antibiotique par région en 2023



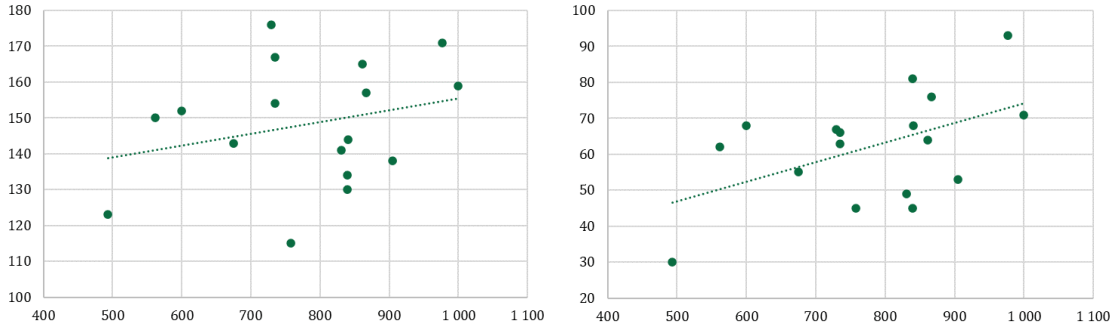
Source : SPF à partir de données du SNDS non standardisées

En rapportant ces données aux densités de prescripteurs, la tendance de consommation d'antibiotiques croit avec la densité des médecins généralistes et de façon plus marquée encore avec celle des chirurgiens-dentistes (*cf*. graphique 3). La part des 0-19 ans par région n'induit pas d'effet significatif sur la prescription d'antibiotiques[88]. La tendance de consommation d'antibiotiques croît avec l'intensité de pauvreté, exprimée en pourcentage (*cf*. graphique 4)[89].

[88] Données Insee 2023 par région France métropolitaine et DOM hors Mayotte

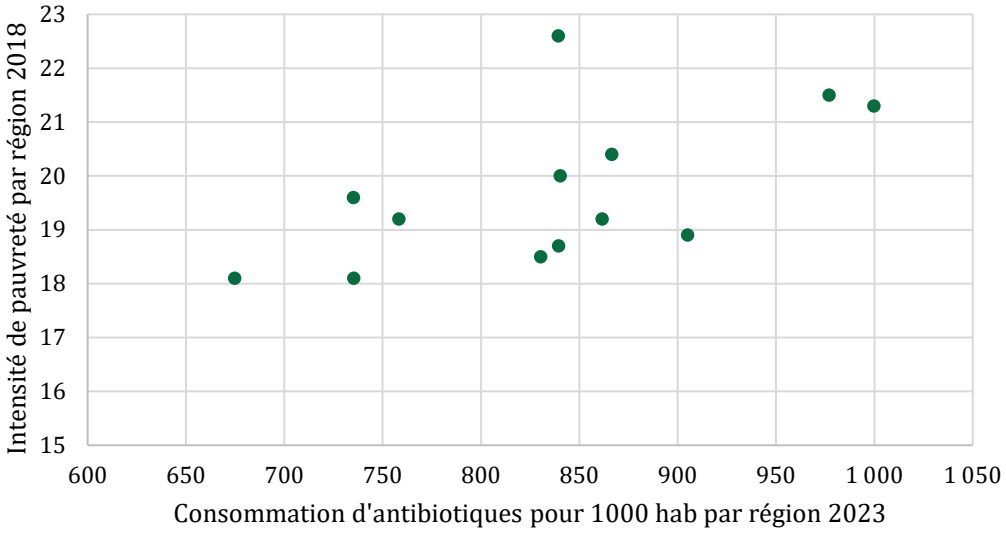
[89] Sur la base des données Insee 2018 par région France métropolitaine hors DOM

Graphique 3 : Prescriptions d'antibiotiques pour 1 000 habitants en 2023 selon la densité par région de médecins généralistes à gauche et de chirurgiens-dentistes à droite



Source : mission à partir des données de consommation d'antibiotique de SPF en 2023 et des données de densité des médecins généralistes à gauche et de chirurgiens-dentistes à droite Insee 2023 par région France métropolitaine et DOM. Un point correspond aux données d'une région. Les deux points à l'extrême droite du nuage de points figurent la région PACA et la Corse.

Graphique 4 : Prescriptions d'antibiotiques pour 1000 habitants en 2023 selon l'intensité de la pauvreté par région en 2018



Source : Mission à partir des données de consommation d'antibiotiques de SPF en 2023 et des données d'intensité de pauvreté Insee 2018 par région France métropolitaine hors DOM.

En 2024, le montant remboursé en antibiotiques sur le secteur ambulatoire s'élève à 427 M€, en progression de 5 % par rapport à 2023. Environ 25 % de cette dépense est générée par les prescriptions hospitalières[90].

[90] Medic'AM, 2024.

Si l'on regarde les prescriptions à la maille de la classe d'antibiotiques, en France, la classe des béta lactamines est la première classe d'antibiotiques prescrite, et est à la huitième classe ATC 3 des médicaments les plus prescrits en nombre de boîtes en 2024 (66 500 216 boîtes pour un montant de 148 M€[91]) pour un volume de boîtes en baisse de 31 % en 10 ans et 1,2 % en 5 ans[92]. Parmi les béta lactamines, l'amoxicilline reste la troisième molécule (ATC 5) la plus délivrée en nombre de boîtes (47 224 734 boîtes en 2024 pour un montant remboursé de 71,7 M€) avec là aussi un ralentissement de la progression : + 55 % en 10 ans contre + 2,2 % en 5 ans.

3.3.3. Au-delà des actions en place visant à réduire la surconsommation d'antibiotiques, l'effort d'évolution des pratiques doit se poursuivre

En France, la mobilisation sur la lutte contre l'antibiorésistance est manifeste depuis les années 1990 et reste d'actualité. La stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et d'antibiorésistance – volet santé humaine - a porté une série d'actions en matière de bon usage des antibiotiques, concernant notamment patients et professionnels de santé relayées par l'Agence nationale de sécurité du médicament, la HAS et l'Assurance Maladie :

- promouvoir l'utilisation des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) pour l'angine permettant de diversifier et fluidifier le parcours du patient : des tests rapides d'orientation diagnostique (Trod) de l'angine sont à la disposition gratuitement depuis de nombreuses années, des médecins libéraux généralistes, pédiatres et oto-rhino-laryngologistes (ORL). Par ailleurs, une prescription à dispensation conditionnelle est possible pour les médecins. Elle ne peut être rendue obligatoire qu'en cas de décision du ministre par arrêté pour risque de rupture ou rupture d'antibiotiques ;
- informer les pharmaciens de leur nouveau rôle dans le dépistage des infections urinaires et des angines : en 2024, les pharmaciens ont été autorisés à délivrer, sans prescription préalable, des antibiotiques sous réserve de la réalisation au préalable d'un Trod angine ou d'un dépistage par bandelette urinaire pour les cystites simples[93] ;
- inciter la dispensation à l'unité des antibiotiques ;
- sensibiliser les chirurgiens-dentistes au bon usage des antibiotiques en odontologie.

S'est ajoutée depuis la feuille de route interministérielle 2024 – 2034 « prévention et réduction de l'antibiorésistance, lutte contre la résistance aux antimicrobiens » (santé animale et santé humaine)[94].

[91] Les montants indiqués correspondent à la part remboursée par l'assurance-maladie sur la boîte de médicament, sans tenir compte de l'honoraire de dispensation ni de la franchise médicale. Les antibiotiques les plus courants étant des médicaments à très bas prix, l'impact final pour l'assurance-maladie est inférieur

[92] Données Open Médic 2024.

[93] Arrêté du 17 juin 2024 fixant les modalités de délivrance de médicaments sans ordonnance après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique, les modalités de formation spécifique des pharmaciens d'officine en la matière et précisant les conditions de recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle

[94] Ministères chargés de la santé, de l'agriculture et de l'écologie

Parmi les différentes mesures mises en œuvre figure la publication par la HAS en juin 2023[95] du référentiel pour un système d'aide à la décision en antibiothérapie dans le but de mettre à disposition des prescripteurs, dans le cadre d'expérimentations, des outils numériques afin de favoriser le bon usage des antibiotiques. L'initiative indépendante de plusieurs médecins a permis la création d'un outil d'aide à la prescription d'antibiotiques, cité par les acteurs du soins primaires à plusieurs reprises comme une aide précieuse au maintien des connaissances[96]. Cet outil, comme de nombreux autres, doit faire face au défi de l'actualisation des recommandations et d'un modèle économique permettant sa pérennité.

Des rappels réguliers organisés par l'ANSM en lien avec les sociétés savantes sont diffusés aux professionnels s'agissant des recommandations de bon usage et notamment rappels des cas où la prescription n'est pas justifiée et, lorsqu'elle l'est, rappel des durées de traitement adaptées selon la pathologie (certains antibiotiques sont multi-indications).

Les représentants des médecins, signataires de la convention médicale, se sont engagés autour d'une diminution de 25 % du volume d'antibiotiques prescrits en 2027 et de 10 % dès 2025[97]. L'avenant 1 de la convention signée avec les chirurgiens-dentistes intègre également un axe relatif à la lutte contre l'antibiorésistance[98].

Comparée aux consommations moyennes européennes, le surcoût financier est de 94 M€ en 2024. Sur cette base, une économie pour le système de santé de 107 M€ à horizon 2027 est contractualisée avec la profession, dont 43 M€ en 2025. Une cible visant à rapprocher les pratiques françaises du pays européen le mieux disant (Pays-Bas) permettrait une économie de 158 M€ par an[99]. L'économie directe est moindre si on tient compte de l'application de la franchise, mais elle doit être complétée à terme de la prise en compte de l'économie liée à l'antibiorésistance évitée.

Au regard de l'enjeu de lutte contre l'antibiorésistance, il est également indispensable de poursuivre des actions thématiques, ciblées :

- sur les régions en écart pour accompagner l'évolution des pratiques de prescription (PACA et Corse dans un premier temps) ;
- sur les spécificités de certaines spécialités médicales et des dentistes.

4. La désescalade thérapeutique devrait faire l'objet d'une attention particulière des promoteurs de la recherche académique

Dans l'imaginaire collectif, envisager d'orienter la prescription vers des produits de santé et actes moins onéreux renvoie à l'idée que le patient serait privé d'innovation et par conséquence exposé à des pertes de chance. C'est tout particulièrement le cas en cancérologie.

Pour autant, il est légitime de mener, tout au long du parcours de soins des patients, une analyse du bénéfice et du risque à prescrire et à s'abstenir de prescrire, ce qui est une décision médicale en soi.

---

[95] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-06/systeme_daide_a_la_decision_en_antibiotherapie_-_referentiel_fonctionnel.pdf

[96] Outil antiboclic a pour objectif de permettre une antibiothérapie rationnelle en soins primaires, d'après les recommandations des sociétés savantes françaises.

[97] CNAM CP 2024

[98] L'assurance maladie met à la disposition des chirurgiens-dentistes des données leur permettant d'optimiser leurs prescriptions d'antibiotiques pour contribuer à la préservation de l'efficacité des antibiotiques et réduire leur impact environnemental.

[99] Ce chiffre est obtenu via un simple ratio des écarts de dépenses, sans chiffrage fin par type d'antibiotique prescrit.

Ainsi, au-delà de l'approche d'économie de santé, la question posée est de savoir ce qui est utile au patient. Deux situations peuvent se présenter :

- le soin n'apporte pas de bénéfice démontré et significatif au patient en termes de santé, de survie ou de qualité de vie, qu'il représente un risque ou pas ;
- la posologie et la durée du traitement prescrit peuvent être révisées à la baisse sans dégradation du résultat escompté. Cette question est d'autant plus prégnante lorsqu'il s'agit d'une molécule onéreuse, en particulier en cancérologie et dans les champs des maladies rares.

L'industrie pharmaceutique a peu d'intérêt à agir en matière de recherche dans ce domaine, pour des raisons économiques évidentes. Seul un engagement de la recherche académique dans ce domaine permettrait de faire évoluer les pratiques issues des travaux à la source des demandes d'autorisation sur le marché.

4.1. Le juste équilibre entre la dose et la durée de traitement pour un résultat identique peut réduire les effets iatrogéniques et les coûts de traitement

Un médicament, pour bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), doit passer par plusieurs étapes de validation du bénéfice pour le patient et de la mesure des effets induits. Ces études fondent l'amélioration du service médical rendu (ASMR) sur une hypothèse de dose, de fréquence et de durée d'administration pour une indication donnée.

Plusieurs études, portées par les professionnels en cancérologie, sont en cours (*cf*. encadré 7). Elles visent à réduire l'utilisation de traitements anticancéreux lorsqu'ils ne sont pas strictement nécessaires, tout en garantissant un niveau d'efficacité optimal et en diminuant les effets indésirables pour le patient. Ils permettent dans le même temps de réaliser des économies immédiates pour l'assurance maladie grâce à la diminution des volumes prescrits de certains médicaments onéreux.

Une étude menée par l'institut Gustave Roussy, portant sur des pratiques de radiothérapie nouvelles[100], a montré que l'hypo-fractionnement[101] des doses de radiothérapie n'est pas inférieur en termes de risque de lymphœdème au parcours normo-fractionné et amène à une amélioration de la qualité de vie des patientes, une optimisation du temps d'utilisation des machines ainsi qu'à une économie pour l'assurance maladie.

Tout en préservant le bénéfice pour le patient, l'effet pour les dépenses d'assurance maladie est double :

- réduire dès le démarrage de l'essai les coûts directs des traitements en adaptant les protocoles de soins et les coûts indirects liés aux effets secondaires de ces médicaments
- en cas de résultats concluants des études[102], démultiplier les économies et optimiser à long terme les stratégies thérapeutiques en limitant l'exposition inutile à certains traitements, améliorant ainsi la qualité de vie des patients et réduisant les effets indésirables, sans altérer la survie du patient.

---

[100] Essai HYPOG-01: Les femmes opérées pour un cancer du sein précoce qui nécessite une radiothérapie des ganglions régionaux avec ou sans supplémentation de dose au lit tumoral peuvent recevoir une radiothérapie loco-régionale hypofractionnée (40 Gy en 15 fractions sur 3 semaines), au lieu d'une radiothérapie standard (50 Gy en 25 fractions sur 5 semaines), sans risque accru de morbidité tardive induite par la radiothérapie. L'économie générée par cette étude était de 2M3 € pour 631 patientes sur la base de la moyenne de l'économie réalisée par patiente, en particulier du fait de la diminution des dépenses de transport permise par la réduction du nombre de séances.

[101] L'utilisation d'un nombre réduit de séances, et par conséquence un traitement moins long, avec un ajustement de la dose par séance, habituellement plus élevée.

[102] En cas d'effets péjoratifs pour les patients, les études sont immédiatement arrêtées

Encadré 7 : exemple de projet d'études et programmes de recherche portées par Uni Cancer dans le champ de la cancérologie

L'étude OPT-PEMBRO vise à ne pas réaliser les neuf cures d'immunothérapie adjuvante par Pembrolizumab après chirurgie des cancers du sein « triples négatifs » lorsque l'efficacité des cures avant chirurgie est complète et les résultats chirurgicaux satisfaisants. Cette étude vise à ainsi réduire les effets secondaires du produit et améliorer la qualité de vie sans dégrader le pronostic des patientes concernées. L'économie potentielle directe est estimée à 200 M€ par an.

L'étude December vise une désescalade des doses administrées d'inhibiteurs des CDK4/6 pour certaines patientes atteintes d'un cancer du sein, pour une économie potentielle directe de 32 M€ par an.

L'étude MOIO étudie la possibilité d'espacer les injections d'immunothérapie, sans altérer le bénéfice pour le patient. Le gain financier potentiel est estimé à 12 M€ par an.

Source : Mission.

4.2. La juste fréquence de réalisation d'examens complémentaires en suivi d'une pathologie chronique ou évolutive

Avant d'évoquer la situation des potentielles sur-prescriptions, il est utile de rappeler que la fréquence de réalisation de certains examens de suivi préventif de certaines maladies chroniques est inférieure aux recommandations (*cf*. tableau 1 au point 1 en matière de suivi des patients diabétiques). Ainsi, un travail de respect des bonnes pratiques n'est pas source uniquement de réduction directe des dépenses de santé.

Concernant les examens d'imagerie exposant les patients aux rayonnements ionisants, des travaux sont menés, depuis plusieurs dizaines d'années, conjointement entre l'autorité de sureté nucléaire et de recherche (ASNR) et les sociétés savantes des professionnels de santé concernés. Ainsi, réduire l'exposition des patients par la suppression des examens d'imagerie non justifiés a conduit à la publication de guides et outils d'aide à la décision des médecins pour appliquer avec rigueur le principe de justification. La suppression des demandes injustifiées constitue le moyen le plus simple et le plus efficace de réduire l'exposition des patients et donc de renforcer la radioprotection.

La scanographie reste de loin la modalité contribuant le plus fortement à l'exposition de la population (74,2 % de contribution à l'évolution de la dose efficace collective entre 2012 et 2017)[103]. La question du cumul d'examens, uniquement pour la scanographie, fait ressortir qu'une faible part des patients - mais représentant tout de même plusieurs centaines de milliers de patients à l'échelle nationale - cumule des doses efficaces importantes pouvant dépasser 100 mSv sur trois ans. Bien que ces patients soient très certainement suivis pour des pathologies lourdes, la question des éventuels effets radio-induits à long terme les concernant se pose.

[103] IRSN Exposition radiologique de la population française liée aux examens d'imagerie médicale diagnostique : le rapport ExPRI 2020

Pour autant, aujourd'hui, les règles de la fréquence de réalisation des examens restent encore théoriquement plutôt adaptées aux essais thérapeutiques qu'à la routine clinique. L'analyse des données en vie réelle permet aujourd'hui de mener des évaluations de ces pratiques. La revue de la littérature identifie des essais cliniques visant à préciser le type d'examen de référence pour un diagnostic mais peu de travaux sur l'évaluation de l'espacement de la fréquence de réalisation d'examens de suivi de maladies cancéreuses ou chroniques à des fins d'adaptation des RBP. Une étude récente propose des évolutions dans les recommandations de fréquence et de durée de réalisation de certains examens de suivi[104] (marqueurs biologiques et échographie du cou) des patients atteints d'un cancer de la thyroïde à faible risque en fonction des modalités de traitement initial.

5. Les prescriptions non médicamenteuses ont un rôle à jouer au service de la santé

5.1. Il existe plusieurs formes de thérapeutiques non médicamenteuses

Les thérapeutiques non médicamenteuses recouvrent :

- les règles hygiéno-diététiques : régimes diététiques, activités physiques et sportives, modifications des comportements alimentaires, règles d'hygiène ;
- les traitements psychologiques : thérapies cognitivo-comportementales (TCC), thérapies interpersonnelles, EMDR, thérapies systémiques, thérapies d'inspiration analytique… ;
- les thérapeutiques physiques : techniques de rééducation (kinésithérapie, ergothérapie, etc.), activité physique adaptée.

Elles sont à distinguer de l'absence de prescription à l'issue d'une consultation, qui peut également avoir une pertinence avérée au regard du motif de consultation (cf. annexe II Prescription cadre et déterminants).

Les habitudes de vie contribuent de façon essentielle à la santé des populations. De nombreuses études ont démontré leur intérêt en matière de prévention primaire, en évitant la survenue de maladie mais également de prévention secondaire et tertiaire en évitant la récidive ou la dégradation de maladies[105].

L'Institut National du Cancer (INCa)[106] dans une publication de 2019 identifie que :

- 40 % des cancers sont attribuables à des facteurs de risque évitables, dont 16 à 20 % liés à des facteurs nutritionnels englobant l'alimentation, l'activité physique, le statut pondéral et la consommation d'alcool ;
- en France, le nombre de nouveaux cas de cancer pouvant être prévenus par des actions de prévention nutritionnelle s'élève à plus de 70 000 par an ;
- la consommation d'alcool est le deuxième facteur de risque de cancer après le tabac ;
- en termes d'incidence de cancers, les localisations les plus impactées par les facteurs nutritionnels sont le côlon-rectum et le sein.

[104] American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Differentiated Thyroid Cancer. THYROID Volume 35, Number 8, 2025

[105] Académie de médecine 2009 : bénéfices de l'activité physique et sportive ; Programme national nutrition santé depuis 2001 ; Inserm…

[106] Fiche repère INCa décembre 2019 : État des lieux et des connaissances : nutrition et prévention des cancers

Plus récemment, en janvier 2024, le réseau Nacre[107] a publié un rapport dans lequel est rappelé que la nutrition et l'activité physique doivent être davantage considérés, dans la prise en charge des cancers (pendant et après cancer), comme outil de soin et partie intégrante du parcours, comme les thérapeutiques pharmacologiques.

Les conseils en matière d'alimentation, de sommeil et d'activité physique sont inscrits dans de nombreuses recommandations de bonnes pratiques comme le traitement de première intention pour éviter ou retarder la survenue en particulier de maladies chroniques, comme le diabète[108], ou les maladies cardiovasculaires[109] (*cf.* figure 2).

[107] Rapport Nacre (Nutrition, Activité physique, Recherche, cancer) : bilan des besoins en recherche et santé publique sur la thématique « cancer et nutrition ». L'une des missions majeures du réseau est de réaliser une synthèse des connaissances scientifiques sur des thématiques en lien avec des enjeux majeurs de santé publique.

[108] APALD Diabète HAS : La Metformine, traitement médicamenteux du diabète de type 2, lorsque les objectifs glycémiques ne sont pas atteints malgré la mise en place des mesures hygiéno-diététiques.

[109] HAS 2021 Risque cardiovasculaire global en prévention primaire et secondaire : évaluation et prise en charge en médecine de premier recours : un meilleur repérage et une meilleure prise en charge des personnes présentant un risque cardiovasculaire, y compris chez les patients à faible risque, en leur proposant une stratégie non médicamenteuse visant à les accompagner dans les modifications de leur mode de vie ;

Figure 2 : fiche parcours surpoids-obésité HAS novembre 2024



Source : HAS.

5.2. Leur développement se heurte à plusieurs freins

La HAS, dans un rapport d'orientation datant de 2011, a évalué, à la demande de la direction de la sécurité sociale (DSS), l'effectivité des prescriptions non médicamenteuses, inscrites dans les recommandations de bonnes pratiques, dans les prises en charge, centrée dans cette étude sur les maladies cardio-vasculaires et l'insomnie.

Ce travail a mis en évidence :

- la confusion existante entre la notion de « non-prescription » et de « prescription non médicamenteuse » ;
- la difficulté liée à l'absence de traçabilité dans les bases de données de l'assurance maladie du contenu des prescriptions : les données recueillies l'étant par l'exécution de prescriptions (délivrance en pharmacie, cotations des actes pour les autres professionnels de santé), une prescription non médicamenteuse n'est donc pas tracée si elle ne fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance maladie. ;

- un recours insuffisant à ces thérapeutiques sur le terrain par rapport à ce que préconisent les autorités scientifiques et les agences sanitaires[110] ;
- la nécessité de rappeler la place des thérapeutiques non médicamenteuses dans les stratégies de prise en charge ; elles constituent d'après les recommandations le traitement de fond ;
- les freins à la prescription non médicamenteuse sur la base d'une revue de littérature internationale et d'enquêtes :

• d'une part, les freins structurels liés : au rôle socioculturel et symbolique de la prescription médicamenteuse dans la relation médecin/patient, comme certification de l'état pathologique du patient et concrétisation de l'acte médical ; à l'organisation des soins et aux modalités de financement du système de santé ;

• d'autre part, les freins plus spécifiques liés : aux limites d'information et d'adhésion des médecins et du grand public sur les thérapeutiques non médicamenteuses recommandées ; aux défauts de l'offre de soins en termes de disponibilité et d'accessibilité des professionnels de santé et des professionnels spécialisés chargés d'accompagner les patients dans le suivi de ces thérapeutiques ; au caractère limité de la prise en charge de certaines thérapeutiques non médicamenteuses (psychothérapie, activité physique adaptée, diététique…)

Si le temps nécessaire à expliquer au patient les termes d'une prescription non médicamenteuse ou sans prescription est mis en avant dans plusieurs publications françaises citées dans ce rapport HAS, une thèse[111] a comparé les pratiques de consultation en France et aux Pays-Bas. Elle montre que le taux de consultation sans prescriptions médicamenteuses est plus élevé (83 % aux Pays-Bas versus 28 % en France) et la durée de consultation pourtant plus courte aux Pays-Bas (11 minutes en moyenne [3-25] aux Pays-Bas versus 16,7 minutes en moyenne [5-32] en France).

D'autres travaux établissent des constats similaires[112].

Par ailleurs, certaines thérapeutiques non médicamenteuses restent limitées par les conditions financières d'accès et/ou une limitation de l'offre : c'est le cas des psychothérapies comme alternatives aux médicaments, ou encore des consultations diététiques et de l'activité physique adaptée.

Les expérimentations d'intégration d'activité physique adaptée (*cf.* encadré 8) dans le parcours de soins sont pourtant en faveur de leur développement à plus large échelle. Une évaluation régulière de ces pratiques serait utile à en suivre la pénétration dans les pratiques de prescription des médecins et sur l'état de santé de la population. Pour éviter le recours à des enquêtes itératives, l'évaluation en routine nécessiterait une traçabilité structurée de ce type de prescription.

[110] Une étude DREES de 2005 auprès de 922 médecins généralistes donnait un taux de 78% de prescription d'au moins un traitement en sortie de consultation, avec une moyenne de 2,9 médicaments prescrits en moyenne. Les consultations sans prescription médicamenteuses sont essentiellement pour des conseils, des gestes de prévention, des motifs administratifs (exemple certificat médical).

[111] S. Rosman, Thèse INSERM octobre 2006 : les pratiques de prescription de médicaments des médecins généralistes en France et aux Pays-Bas.

[112] Cette thématique est abordée dans plusieurs thèses de médecine générale, sur une approche d'entretiens auprès d'échantillons de médecins limites. Exemple Thèse de doctorat Zatar Sophiane : La non prescription en médecine générale en 2019 : déterminants et ressentis de médecins généralistes.

Encadré 8 : Bilan de dix projets « Article 51 » intégrant la dimension « activité physique adaptée » dans le parcours de soins innovants[113].

Sur l'ensemble de ces expérimentations proposant une activité physique adaptée, dix d'entre elles ont mis en place un parcours où l'activité physique adaptée occupe une place importante dans la prise en charge des patients, voire centrale[114].

Les résultats des premières expérimentations (As du cœur, Occitan'Air) ont montré l'efficacité de l'ancrage de l'activité physique adaptée dans la prise en charge des pathologies chroniques avec une amélioration de la capacité cardiorespiratoire, des biomarqueurs cardio métaboliques à court et moyen termes, de la qualité de vie et l'autonomisation des patients dans la pratique d'une activité physique.

Des freins à la prescription de l'activité physique adaptée par les médecins généralistes ont été identifiés : ceux-ci jugent leurs connaissances sur l'activité physique insuffisantes, notamment sur l'adaptation de celle-ci à la pathologie, aux capacités physiques et aux risques médicaux du patient et sur l'offre sur son territoire et son incapacité à orienter son patient. Ils soulignent également le manque de temps en consultation pour aborder l'activité physique adaptée voire réaliser des évaluations motivationnelles et fonctionnelles.

L'analyse des données du système national des données de santé (SNDS) montre que les patients inclus au programme « As du Cœur » présentent des dépenses (sur 12 mois) inférieures de 3 224 € par rapport à celles des témoins du SNDS. Ces résultats suggèrent donc que l'expérimentation a permis d'éviter 1,5 M€ de dépenses de soins en un an pour l'Assurance Maladie pour les 466 patients inclus.

Source : Mission.

La formation médicale initiale et continue des médecins apparait donc comme un levier essentiel. Il doit permettre de faire évoluer les pratiques de prescription en faveur d'une plus grande part de prescriptions non médicamenteuses.

L'impact économique des prescriptions non médicamenteuses est très variable : si les thérapeutiques non médicamenteuses peuvent être considérées comme une alternative économique à des prescriptions de médicaments (règles d'hygiène notamment), dans certains cas l'alternative elles peuvent représenter un coût direct plus élevé : ainsi, le remboursement par l'assurance-maladie au titre d'une séance de psychologue dans le cadre de « mon soutien psy » (30 €) est nettement plus élevé qu'une thérapeutique médicamenteuse pour anxiété[115]. L'analyse économique doit toutefois intégrer le bénéfice des dépenses évitées au titre des effets secondaires et à la iatrogénie médicamenteuse (*cf.* point 2).

L'enjeu des prescriptions non médicamenteuses constitue d'abord un enjeu de juste soin et de santé publique (en particulier dans le champ de la prévention), avant de constituer un enjeu financier. Ce d'autant que certaines bonnes pratiques d'hygiène de vie ne nécessitent pas une prise en charge par l'assurance maladie. L'apprentissage de l'importance de bien manger, de bien dormir, d'avoir une activité physique démarre dès le plus jeune âge à l'école en France. La prise en charge de programmes d'activité physique et adaptée ne doit pas occulter la possibilité d'une activité physique autonome (marche rapide autour de son domicile) ou sportive.

[113] Apa Connectée, As du Cœur, Eva Corse, Inspir'Action, Occitan'Air, Parcours Cami, Read'hy, RR Télédom, SLL et Walk Hop.

[114] Le programme d'activité physique adaptée de 24 séances, à raison de trois séances par semaine, dont deux encadrées par un enseignant d'activité physique adaptée et une séance en autonomie, est un programme adapté au besoin des patients, ce programme sur 3 mois peut être renouvelé une fois.

[115] À titre d'exemple : 1,33 € pour une boîte de lorazépam®, anxiolytique (hors honoraires de dispensation et franchise).

6. La juste décision médicale réside parfois dans l'absence de prescription en fin de consultation

Certains motifs de consultation ne nécessitent de façon évidente aucune prescription : rendez-vous à des fins de remplissage de documents administratifs, certificats médicaux, consultations de suivi de croissance et vaccination obligatoires des enfants. D'autres le sont tout autant. Mais il semble parfois difficile pour le médecin de clore une consultation sans remettre une prescription au patient.

A l'étranger, plusieurs dispositifs portent l'information du patient pour en améliorer la participation aux décisions thérapeutiques[116]. La sensibilisation des patients à la place de cette orientation dans leur prise en charge est essentielle à leur acceptation. Elle doit être menée par des campagnes d'information grand public. Certaines sont restées dans les mémoires collectives et citées en exemple « Les antibiotiques, c'est pas automatique ».

La Cnam a initié une nouvelle campagne avec pour slogan « le bon traitement n'est pas forcément un médicament », issue des résultats d'une enquête BVA réalisée en 2024[117]. Ces résultats soulignent que le recours aux médicaments reste une habitude très ancrée chez les Français :

- un Français interrogé sur deux attend en priorité une prescription de médicaments à l'issue d'une consultation quand les proportions sont de quatre personnes interrogées sur dix en Espagne et en Italie, et seulement un patient sur trois en Allemagne ;
- parmi le panel français interrogé, seule une consultation sur cinq n'aboutit pas à une prescription de médicaments, chiffre très nettement inférieur à celui observé dans les pays européens voisins (entre un tiers et près de la moitié des consultations sans prescriptions de médicaments) ;
- près de neuf Français sur dix, parmi les répondants, soit une très large majorité, déclarent qu'ils seraient satisfaits d'une consultation sans prescription quand une majorité de médecins généralistes témoigne ressentir parfois une forme de pression de la part de leurs patients pour la prescription de médicaments (32 % des médecins la ressentent « souvent », et 50 % « parfois »).

La mission a elle-même conduit des entretiens avec des médecins prescripteurs, hospitaliers et libéraux, de spécialités variées. Ils confirment les obstacles et limites identifiés dans la littérature :

- le lien entre prescription et consultation est ancré dans les pratiques médicales et l'inconscient collectif. La prescription représente même pour certains la solution que le patient est venu chercher à son problème ;
- la relation médecin-patient favoriserait la « non-prescription ». La confiance permettrait de rassurer le patient sans avoir recours à une prescription médicamenteuse. Le rôle du médecin traitant ou du médecin référent trouve ici un rôle essentiel, dans sa capacité à construire cette relation de confiance et aller vers des alternatives à la prescription dans une démarche de soin.

[116] Le programme « Choosing Wisely » initié aux Etats-Unis, sur le constat que les soins de faible valeur, c'est-à-dire l'utilisation de services de santé inutiles et potentiellement nuisibles, ont représenté environ 200 milliards de dollars de dépenses inutiles aux États-Unis en 2011. Ce programme, inspirée par l'idée que les sociétés professionnelles et les fournisseurs de soins de santé devraient prendre l'initiative de définir et de motiver les efforts visant à réduire l'utilisation des soins de faible valeur. Il allie référentiels pour les professionnels de santé et communications à destination des patients. Il a depuis été étendu à une cinquantaine de pays dans le monde : Canada et Suisse en particulier.

[117] Enquête réalisée en juillet 2024 auprès de 2000 Français, 1000 Européens de cinq pays (Allemagne, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni) et 300 médecins généralistes.

7. L'assurance maladie mène depuis plusieurs années des actions de maitrise médicalisée visant le mésusage avec des résultats inégaux

La mission a analysé quelques poches de mésusage présumé faisant l'objet d'actions de maitrise médicalisée par l'assurance maladie. Ces actions portent des effets mais restent au-dessous des potentiels identifiés par les publications scientifiques. Cet écart s'explique en partie du fait de l'absence de conséquences en cas de non atteinte des cibles par les prescripteurs de ville, le caractère collectif des actions auprès des prescripteurs hospitaliers et le ciblage insuffisant des prescripteurs en écart aux recommandations de bonne pratique.

7.1. Plus de 50 % des usages d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) ne sont pas justifiés selon la HAS

Les IPP sont utilisés pour réduire la sécrétion acide gastrique. Ils sont indiqués dans la prise en charge du reflux gastro-oesophagien (RGO) et des ulcères gastro-duodénaux. Même s'ils ont montré leur efficacité avec une bonne tolérance à court terme, ils sont trop souvent prescrits de manière systématique ou pour des durées trop longues.

En 2024, parmi les médicaments remboursés par l'assurance maladie, les IPP sont la seconde famille de médicaments les plus consommés en France après le paracétamol[118].

En 2024, les remboursements d'IPP se sont élevés à 241 M€ pour 16 millions de patients, soit environ le quart de la population, pour un montant moyen par consommant de 12,6 €. Cela représente 81 millions de boîtes remboursées, pour un nombre moyen de 4,2 boîtes par consommant[119]. Environ 15 % des prescriptions émanent de l'hôpital[120].

Les dates de mise sur le marché du médicament princeps montrent (*cf*. tableau 4), qu'à AMM proche au sein de cette classe, le médicament le plus récent est le plus prescrit, en nombre de consommant.

Tableau 4 : Répartition des montants et volumes remboursés par référence de la classe des IPP

Code ATC 5	DCI	Date première AMM princeps	Remboursement par consommant par molécule	Nombre de boîtes par consommant par molécule	Nombre de consommants
A02BC01	OMEPRAZOLE	Avr. 1987	7,7	3,1	5 803 939
A02BC03	LANSOPRAZOLE	Déc. 1990	18,4	5,4	1 576 268
A02BC02	PANTOPRAZOLE	Fév. 1995	15,7	5,2	3 796 473
A02BC04	RABEPRAZOLE	Nov. 1998	19,9	6,5	590 852
A02BC05	ESOMEPRAZOLE	Sept. 2000	13,1	4,2	7 323 074

Source : CNAM Open Medic 2024

Un travail de thèse[121], (*cf*. graphique 5) moyennant les précautions liées à l'usage de l'indicateur « unité commune de dispensation » (UCD) qui peut amener à des écarts de données entre pays selon les dosages et/ou des durées de traitement, ainsi que la part des enfants traités (posologies inférieures) tendant à surestimer le nombre d'utilisateurs, montre que les consommations en France seraient inférieures à celles constatées dans quatre pays européens voisins.

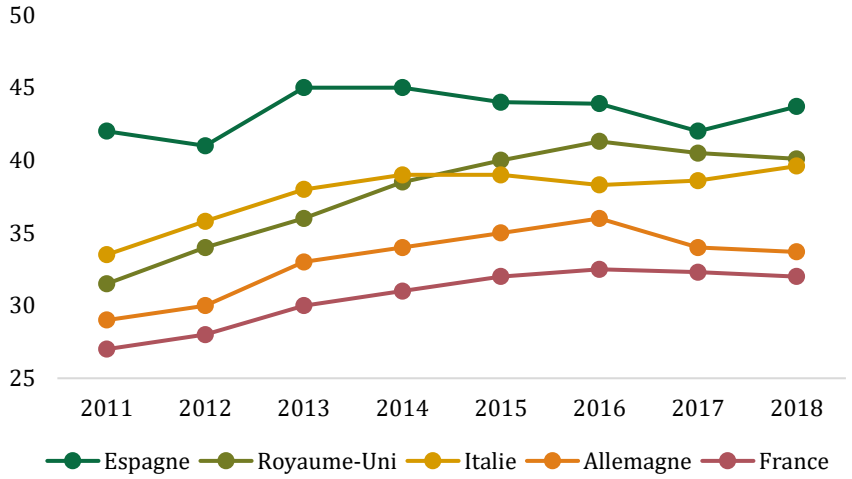
[118] Données Open Médic 2024 : 80,8 millions de de boîtes remboursées pour les IPP (ATC 4) pour 16,4 millions de patients (paracétamol 466 millions de boîtes remboursées pour 42,8 millions de patients)

[119] Cette donnée sous-entend un nombre de consommant occasionnel, dit « incident » important

[120] Données SNIIRAM, traitement Cnam

[121] M. Lassalle 2022 thèse de doctorat Santé publique université Paris-Saclay

Graphique 5 : Nombre d'UCD par année et par habitant dans cinq pays européens entre 2011 et 2018



Source : Données IMS-Health MIDAS et OCDE (pour les données de population), ANSM.

Pour autant, selon la HAS[122], les IPP sont prescrits inutilement dans 80 % des cas en prévention des lésions gastroduodénales dues aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) chez des patients non à risque de complications gastroduodénales. Plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés selon la HAS.

Dans une publication de 2015 relative à l'utilisation des IPP chez l'adulte en France, Epi-Phare[123] rapporte que la moitié des consommants étaient des consommateurs incidents[124] et que l'utilisation de cette classe de médicaments ne semble pas toujours correspondre aux recommandations. Outre son caractère inapproprié, cette utilisation massive est potentiellement problématique en raison du risque de survenue d'effets indésirables, en particulier chez les patients âgés, souvent fragilisés dans un contexte de polypathologie et de polymédication, ou dans le cas de traitements au long cours.

On observe parallèlement une utilisation importante et croissante chez les enfants et les plus jeunes, alors que les IPP ne sont pas recommandés dans de nombreux cas[125]. Dans une publication plus récente[126], sur le seul champ de la population des enfants de 0 à 1 an, Epi-Phare pointe la forte évolution de prescription des IPP entre 2010 et 2021, en particulier parmi les enfants sans diagnostic préalable hospitalier de reflux gastro-intestinal et les enfants issus de milieux socio-économiques favorisés. Les rédacteurs concluent que ces résultats suggèrent que des facteurs de nature non strictement médicale pourraient jouer un rôle dans la prescription des IPP chez le nourrisson.

Selon la Cnam, le mésusage massif observé engendre un coût direct pour l'Assurance maladie estimé à environ 100 M€ sans compter les coûts indirects liés aux effets indésirables pour les patients, en particulier pédiatriques.

---

122 Fiche HAS septembre 2022 : Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)

123 Créé fin 2018 par l'ANSM et la Cnam, EPI-PHARE réalise, pilote et coordonne des études de pharmaco-épidémiologie à partir des données complexes et massives du Système National des Données de Santé (SNDS), pour éclairer les pouvoirs publics dans leur prise de décision

124 Patients n'ayant bénéficié d'aucun remboursement pour une délivrance d'IPP dans les 12 mois précédant la première date de délivrance d'IPP en 2015

125 Charges et produits Assurance Maladie 2025

126 Marion Lassalle, Sydney Sebban, Cécile Talbotec, Rosemary Dray-Spira, Epi-Phare mai 2025 : Utilisation des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les enfants âgés de moins d'un an en France. Étude à partir du registre EPI-MERES issu du SNDS

La pertinence des prescriptions d'IPP fait l'objet d'actions de maitrise médicalisée des dépenses menées par l'Assurance maladie :

- un programme d'actions partagé de la convention médicale avec pour objectif de diminuer de 20 % les volumes prescrits chez l'adulte et limiter chez l'enfant les prescriptions aux seules indications recommandées par la HAS. Les impacts attendus sont estimés à 70 M€ sur trois ans (2025-2027) ;
- une orientation dans les CAQES, rubrique « produits de santé » : cet axe du CAQES a généré 859 k€ d'économies en 2022[127] et 540 k€ en 2023[128]. Sur la base des données de l'assurance maladie, donnant une part des prescriptions d'IPP issues des PHEV à hauteur de 15%, sauf à penser que la pertinence serait meilleure en prescription hospitalière, l'effort restant à mener sur la pertinence des prescriptions est entier.

Un des enjeux des futures actions sera d'agir également au niveau de l'engagement du patient dans le processus de décision médicale partagée comme cela a déjà été rapporté dans différents pays (Australie, Etats-Unis et Europe) et a fait ses preuves aussi dans des actions déployées localement : comme en Aquitaine, en Pays de la Loire ou en Auvergne Rhône Alpes[129].

7.2. La France est parmi les pays les plus consommateurs de psychotropes

Les psychotropes sont des médicaments agissant sur le système nerveux central. Cette famille regroupe plusieurs catégories de médicaments, utilisés essentiellement dans le cadre de symptômes ou de maladies psychiques.

Les données de l'assurance maladie[130] montrent que près de onze millions de patients se sont vu délivré des médicaments psychodysleptiques (à effet sédatif), soit 16 % de la population et près de sept millions, soit presque 10 % de la population française[131], des médicaments psychoanaleptiques (à effets stimulants), dont 40 % sont prescrits à l'hôpital pour un montant remboursé de 771 M€ en 2024.

Parmi eux :

- les antidépresseurs, troisième classe de médicaments les plus prescrits en France (ATC3) après les antalgiques non opiacés-antipyrétiques et les médicaments traitant l'ulcère gastrique et le reflux gastro-oesophagien : 84 millions de boîtes délivrées en 2024 en constante évolution depuis 10 ans (+ 54 % de boîtes délivrées en 10 ans et + 31 % en 5 ans) pour un montant remboursé de 239 M€ (également en hausse de 7 % en 5 ans)[132] ;
- les anxiolytiques, huitième classe de médicaments les plus prescrits en France avec 68 millions de boîtes délivrées (en hausse 2,7 % en 5 ans) pour un montant remboursé de 84 M€ ;
- les hypnotiques et sédatifs, avec 68 millions de boîtes délivrées en baisse constante depuis 10 ans (-28 % en 10 ans et -10 % en 5 ans) pour un montant remboursé de 64 M€ ;

[127] REPSS 2023

[128] REPSS 2024

[129] Charges et produits Assurance Maladie 2026

[130] Charges et produits 2025

[131] Données Insee : 68,6 millions d'habitants en 2025

[132] Données Open médic 2024

- les antipsychotiques, avec 24 millions de boîtes délivrées, en hausse de 31 % en 10 ans (et 14 % en 5 ans) pour un montant remboursé de 328 M€.

La place de la France en comparaison internationale est différente selon le type de psychotropes prescrits :

- la consommation d'antidépresseurs (en dose quotidienne définie – DQD – pour 1000 habitants) de la France est en 2021 inférieure de 22 % à la moyenne de l'OCDE, de 10 % à la consommation allemande et 58 % à la consommation du Royaume-Uni ; la France a connu une progression du nombre de DQD par habitant de 11,4 % entre 2011 et 2021, contre 46 % pour l'OCDE[133]. Elle demeure toutefois supérieure de 19 % à celle des Pays-Bas et 29 % à celle de l'Italie ;
- la consommation d'anxiolytiques est en revanche 14,8 fois celle de l'Allemagne[134] ; si l'on prend l'exemple spécifique des benzodiazépines, la forte consommation place la France, parmi les pays européens, au deuxième rang derrière l'Espagne et loin devant l'Italie, l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Dans ses travaux, l'assurance maladie ciblait par ailleurs des écarts aux recommandations, en durée de prescription et en précautions d'usage et un chiffrage du mésusage à hauteur de 50 M€ :

- 30 % des consommants d'anxiolytiques sont considérés comme au-dessus de la durée maximale de traitement (>12 semaines).
- 67 % des consommants d'hypnotiques sont au-dessus de la durée maximale de traitement (>4 semaines).

Si on prend l'exemple des seules benzodiazépines, la consommation concerne pour 40 % des patients âgés de plus de 65 ans, et parmi eux 30 % des consommants ont reçu une benzodiazépine à demi-vie longue, malgré des effets indésirables significatifs et de leurs conséquences potentielles[135], en particulier pour cette population.

De ces constats, l'assurance maladie a inscrit dans la ROSP des médecins libéraux trois axes d'amélioration :

- part des patients du médecin traitant de plus de 75 ans ne bénéficiant pas d'une affection longue durée (ALD) pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant au moins deux psychotropes prescrits (hors anxiolytiques) : objectif de baisse intermédiaire à 47 % et cible finale à moins de 3 % ;
- part des patients du médecin traitant ayant initié un traitement par benzodiazépine à visée hypnotique et dont la durée de traitement est supérieure à 4 semaines : objectif de baisse intermédiaire à 47 % et cible finale inférieure à 30 %
- Part des patients de médecin traitant ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est supérieure à 12 semaines : objectif de baisse intermédiaire à 19 % et cible finale inférieure à 9 %

Cet exemple montre que l'encadrement de la durée de prescription ne suffit pas à protéger les patients de prescription de molécules de cette famille en dehors des recommandations.

Au cours des entretiens que la mission a mené avec des médecins prescripteurs, cette classe de médicaments est fréquemment revenue dans les médicaments faisant l'objet d'une négociation avec le patient sur la durée de prescription en cas d'initiation par le médecin lui-même, et de difficulté à ne pas les renouveler lorsque la prescription émane d'un confrère.

---

[133] Données issues du document de l'OCDE *Health at Glance*, édition 2023.

[134] S. Minery, Z. Or, *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*, mars 2024.

[135] Troubles de la mémoire et de la concentration, somnolence, risque accru de chute

Ces expériences mettent en avant l'intérêt de tenter de ne pas initier ces thérapeutiques, l'arrêt et le sevrage étant complexe tant pour le prescripteur que pour le patient.

Des travaux disponibles dans la littérature mettent en avant l'impact fort des modalités de prise en charge et du panier de soins ambulatoires disponible incluant des thérapies comportementales dans les syndromes dépressifs et anxieux légers ou modérés. Une étude anglaise, inspirée de travaux norvégiens, espagnols et australiens[136], démontre un taux de rétablissement et un taux de retour à l'emploi significatif, avec un bénéfice économique global[137]. Ces résultats permettent de renforcer les messages délivrés au cours de la formation initiale des prescripteurs en France : les alerter sur les méfaits de certains traitements et les encourager à rechercher systématiquement une alternative non médicamenteuse (*cf.* point 5).

La HAS a produit à cet effet une fiche mémo[138] à destination des médecins les incitant à convenir avec les patients d'une durée pour les prescriptions initiale ou d'un programme de diminution pour les traitements anciens.

En 2023, l'assurance maladie a créé un « Espace santé mentale en soins primaires » à destination des médecins généralistes, accessible sur ameli.fr. Cet espace vise à présenter les moyens thérapeutiques (médicamenteux et non médicamenteux) disponibles dans le domaine des soins primaires en santé mentale. Y sont proposés des outils de diagnostic des pathologies et de leur sévérité, les recommandations de bonnes pratiques en matière d'hygiène de vie, d'accompagnement psychologique, de prescription d'arrêts de travail et de médicaments.

Dans le contexte d'augmentation des troubles de la santé mentale (*cf.* encadré 9) et de tension sur l'offre solvabilisée, il est difficile de prétendre à réguler plus strictement ces prescriptions. Si l'accès aux psychologues pris en charge par la sécurité sociale[139], aux psychiatres sans dépassement d'honoraire ou aux centres médico-psychologiques (CMP) permettait d'assurer un accès aux soins en santé mentale sur tout le territoire, des mesures pourraient être envisagées.

Encadré 9 : Chiffres clés santé mentale en 2024 de l'assurance maladie

- 1 personne sur 4 va souffrir d'un trouble mental à un moment de sa vie.
- 23 % des Français ont le sentiment de ne pas prendre soin de leur santé mentale dont 36 % des femmes et 38 % des 18-24 ans ;
- 70 % des Français cautionnent un stéréotype concernant les personnes atteintes de troubles de santé mentale ;
- 1 salarié sur 4 se dit en mauvaise santé mentale.

Source : Assurance maladie.

[136] Oparina E., Krekel C, 2024: Talking Therapy: Impacts of a Nationwide Mental Health Service in England. Center for economic performance. London School of Economic and Political Science No. 1982 February 2024

[137] Programme IATP : ratio coût/bénéfice de 5,5

[138] HAS juin 2015 : Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire

[139] Au 31 mai 2023, le dispositif Monpsy comptait plus de 2 325 psychologues partenaires. Leur répartition géographique est hétérogène sur le territoire

7.3. Les remboursements des traitements par pression positive continue (PPC) de l'apnée du sommeil ont augmenté de + 38 % entre 2019 et 2024, dans un contexte de dépistage encore partiel

Le syndrome d'apnée-hypopnée du sommeil (SAHOS) est défini par l'association de symptômes cliniques – somnolence notamment – et de troubles respiratoires du sommeil, objectivé par la mesure de l'indice d'apnées-hypopnées (IAH)[140]. Il peut avoir un retentissement sur la qualité de vie. À long terme, il susceptible d'augmenter la mortalité, en particulier cardio-vasculaire.

Le diagnostic nécessite l'analyse polygraphique (au domicile du patient), soit, si besoin, par analyse polysomnographique (en laboratoire du sommeil). Cet acte doit donc précéder la prescription d'un éventuel dispositif de traitement du SAHOS.

Le traitement repose sur :

- en première intention, la ventilation par pression positive continue (PPC) pour les patients qui ont à la fois certains symptômes cliniques et d'un indice d'apnées-hypopnées (IAH) élevé ;
- pour les patients ayant une forme peu sévère, l'orthèse mandibulaire (OAM) en première intention[141]. Sinon, elle est envisagée en seconde intention ;
- Les mesures hygiéno-diététiques sont recommandées dans tous les cas, quelle que soit la gravité du syndrome.

Une étude de santé publique France, publiée en 2012, estimait la prévalence du SAHOS entre 3 et 7 % chez les hommes et entre 2 et 5 % chez les femmes. Cette étude concluait à une sous exploration et à une prévalence du SAHOS traitée inférieure à ce qui serait attendu d'après les données de la littérature[142][143]. Ainsi, l'enjeu du juste traitement est majeur, face à la probable hausse, dans ce contexte, des patients à diagnostiquer et traiter à l'avenir.

Une étude suisse de 2013[144] donnait une prévalence des formes modérées à sévères de 50 % chez les patients de sexe masculin et de 23 % chez les patientes de sexe féminin inclus. Sur la base des recommandations HAS, un traitement alternatif à la PPC, par orthèse mandibulaire, a une place en première intention.

Entre 2019 et 2024, les dépenses remboursées du traitement par pression positive continue (PPC) ont augmenté de +38 %, soit +286 M€, pour s'établir à plus de 1,0 Md€ (contre 7 millions d'euros pour les OAM en 2023), et avec une progression des volumes en moyenne de 9,6 % par an depuis 2019.

L'assurance maladie observe un trop faible recours aux prescriptions d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM) en dépit des recommandations HAS de bon usage[145]. Sur ce volet, elle a déjà engagé des actions à plusieurs niveaux :

---

[140] HAS 2014 : Comment prescrire les dispositifs médicaux de traitement du syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil chez l'adulte

[141] Forme peu sévère si IAH entre 15 et 30 événements de type apnée/hypopnée par heure d'enregistrement sans signe de gravité associé (moins de 10 micro-éveils par heure, pas de comorbidité cardio-vasculaire).

[142] Bulletin épidémiologique hebdomadaire INVS 20 novembre 2012 / n° 44-45

[143] Étude Inserm 2024 : L'âge (chez les adultes, l'incidence du syndrome d'apnées du sommeil augmente de façon quasiment linéaire en fonction de l'âge : 7,9 % des personnes âgées de 20 à 44 ans, 19,7 % des 45–64 ans et 30,5 % des personnes de plus de 65 ans sont concernées), le sexe (2 fois plus fréquent chez l'homme), et le surpoids (Plus de 60 % des individus qui présentent un syndrome métabolique (associant une obésité abdominale et des troubles du métabolisme) ou un diabète de type 2 souffrent d'un syndrome d'apnées du sommeil) constituent les principaux facteurs de risque.

[144] Prévalence des troubles respiratoires du sommeil dans la population générale : l'étude HypnoLaus. Lancet 2015

[145] Charges et produits AM 2025

- sensibilisation des établissements de santé, dispositif incitatif dans le cadre de la convention médicale ;
- mise en place d'une demande d'accord préalable (DAP) dématérialisée pour les prescriptions en ville et accessible sous Amelipro ;
- des travaux sont également en cours pour améliorer la fluidité du parcours patient avec une indication OAM notamment au niveau de la prise en charge par le chirurgien-dentiste.

En 2022, 312 400 patients ont été pris en charge dans le cadre d'un traitement pour SAHOS. Ces patients ont principalement été orientés vers des dispositifs PPC (291 400 patients, soit 93 % des patients) tandis qu'une minorité de patients a été traitée par OAM (21 000 patients, 7 %).

Une DAP a été mise en place depuis mi-2024, sur un format dématérialisé[146], et commence à produire des effets. Son taux d'acceptation est de 98 %, témoin d'un possible biais de sélection des demandes, qui seraient effectuées quasi exclusivement pour les formes sévères, suite à une décision de non-traitement ou un refus de traitement par le patient dans les formes peu sévères. En effet, sur une période de six moins en 2024, le service médical de l'assurance maladie a reçu 117 000 demandes. L'année précédente il y a environ 340 000 nouveaux patients traités pour l'apnée du sommeil en PPC. Sur la base d'un volume estimé à 170 000 demandes sur six mois[147], on constate une baisse de 30% des demandes entre 2023 et 2024 en six mois.

La prise en charge de ces deux patientèles a généré des coûts différents sur trois ans pour l'assurance maladie, les patients traités par PPC ayant généré des remboursements estimés à 293 M€ entre 2022 et 2024 contre 6,5 M€ pour les patients traités via OAM. Soit un total de 299,5 M€ sur trois ans (*cf*. tableau 5).

Tableau 5 : Remboursements des dispositifs pour le traitement du SAHOS pour les patients pris en charge depuis 2022

Nature du dispositif	Remboursements cumulés 2022-2024 (M€)	Nombre de patients	Coût annuel par patient (€)
PPC	293	291 400	335
OAM	6,5	21 000	103

Source : SNDS ; champ : France, patients ayant débuté un traitement pour le SAHOS en 2022, soins de ville ; calculs : pôle Science des données de l'IGF.

Cette différence de coût s'explique par le caractère répété de la facturation d'un appareil PPC, le coût pour une machine augmente en fonction du temps dans la mesure où l'appareil est loué par le patient. A contrario, une OAM est remboursée en une fois et son coût s'étale ensuite en fonction de sa durée de vie.

[146] Une DAP dématérialisée permet, sur la base d'un logigramme précis, d'identifier automatiquement les prescriptions en écart avec les recommandations de bonnes pratiques. Elle évite le risque d'une absence de traitement dans un format papier.

[147] Sur la base d'une hypothèse d'un lissage sans d'une saisonnalité dans les demandes

Sous l'hypothèse d'un taux de mésusage des PPC de 50 % il serait possible d'orienter la moitié des patients nouvellement pris en charge vers des OAM afin de réduire les remboursements délivrés par l'assurance maladie. Les estimations de la mission, basées sur les patients pris en charge en 2022, indiquent qu'une telle redirection des patients des PPC vers les OAM aurait conduit l'assurance maladie à économiser 100 M€ sur trois ans[148]. Des scénarios alternatifs prenant en compte différents taux de mésusage ont été testé par la mission (*cf*. tableau 6).

Tableau 6 : Gains sur trois ans estimés d'une redirection de la patientèle des PPC vers les OAM

Patients PPC redirigés vers des OAM	Coût simulé (M€)	Gain sur trois ans (M€)
50 %	198	101
40 %	218	81
30 %	238	61
20 %	259	41
10 %	279	20

Source : SNDS ; champ : France, patients ayant débuté un traitement pour le SAHOS en 2022, soins de ville ; calculs : pôle Science des données de l'IGF.

La mission IGAS-IGF de revue de dépenses a proposé par ailleurs en 2024 des pistes d'économies non directement en lien avec la prescription (*cf*. encadré 10).

Encadré 10 : propositions d'économies formulées par la mission IGAS-IGF 2024 de revue de dépenses sur les dispositifs médicaux (autres que la mise en place du téléservice DAP)

Considérant qu'en dessous de deux heures d'utilisation quotidienne, le bénéfice du traitement est très faible, une baisse ou une suppression du remboursement des forfaits correspondant à cette durée d'utilisation pourrait être décidée, le cas échéant après échec d'actions visant à améliorer l'observance du patient, avec deux modalités possibles :

- une modification législative permettant de subordonner le remboursement à l'utilisation effective de certains dispositifs médicaux : la suppression des forfaits correspondants permettrait de réaliser une économie de 23 M€ ;
- une baisse réglementaire du tarif de responsabilité en maintenant éventuellement un prix limite de vente supérieur, le reste à charge en résultant pour le patient constituerait une incitation forte à l'observance ou à sa demande d'un traitement alternatif à son prescripteur : sur la base d'un tarif ramené à 1 €, L'économie peut être estimée à 17 M€ ;

Parallèlement, la prise en compte de la généralisation du télésuivi des patients permettrait de réduire le nombre de visites à domicile imposées au prestataire, notamment à partir de la deuxième année de traitement. Une telle mesure pourrait permettre, selon la fédération des prestataires de services à domicile (Fédépsad), de réaliser une économie de 32 M€.

Source : Mission IGAS IGF Revue de dépenses sur les dispositifs médicaux, 2024.

7.4. Les dépenses de perfusions à domicile connaissent une hausse constante que ne peuvent suffire à expliquer l'âge et l'état pathologique des patients

Les dispositifs de perfusion à domicile (Perfadom) représentent 5 % des dépenses de la LPP, soit 551 M€ en 2024, dont plus de la moitié des prescriptions émanent des établissements de santé.

Ces données doivent toutefois être mises en regard de possibles dépenses évitées d'hospitalisation complète ou d'hospitalisation à domicile, en l'absence d'alternative de prescription par une autre voie que la voie injectable.

[148] Cette méthode permet d'estimer les mesures d'économies possibles sur les flux de patients nouvellement appareillés, sans intégrer les économies issues d'une substitution de traitement des patients déjà appareillés.

La CNAM attribue l'évolution sur ces dernières années principalement à :

- la dynamique des forfaits d'installation, qui témoigne d'un recours croissant à ce mode de prise en charge ;
- la part croissante dans la dépense des forfaits consommables ;
- et l'importance du recours au mode de d'administration par diffuseur, sans pour autant que cela soit nécessairement justifié.

Cette évolution a conduit à l'inscription d'un axe de travail avec les établissements de santé dans le cadre du contrat de limitation des prescriptions hospitalières exécutées en ville (CAQES PHEV volet bon usage conclu entre un établissement de santé, l'ARS et une CPAM). Le gain économique affiché des actions Perfadom inscrites au CAQES est de 5,5 M€ en 2022[149] et de 6,8 M€ en 2023[150]. Ce résultat a été obtenu grâce à un panel d'actions concrètes, relayées en région par les ARS ou par les Omedits :

- la formalisation de logigrammes d'aide à la prescription visuels et pédagogiques ;
- une communication auprès des prescripteurs sur les différents types de dispositifs existants, de leur place dans les prises en charge et de leur coût unitaire ;
- outils d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pouvant être menés au sein des établissements.

Une réforme de la LPP est en cours, d'une part en vue d'une simplification et d'autre part d'une actualisation des conditions de prescription et d'utilisation des dispositifs médicaux nécessaires à la perfusion à domicile ainsi que de la définition des prestations associées.

7.5. Plusieurs revues de dépenses récentes de l'Igas et de l'IGF ont porté des recommandations relatives à la prescription et au juste soin, susceptibles de générer des économies

Compte tenu de son champ (*cf.* saisine du Premier ministre), la mission a conduit ses travaux avec trois niveaux d'analyse selon le périmètre revu :

- sur l'ensemble des prescriptions de santé (hors les prescriptions comprises dans le séjour (compris dans le tarif du groupement homogène de séjour) pour les établissements de santé, mais incluant les PHEV et la liste en sus) pour y porter un examen ensemblier;
- sur les dimensions non couvertes de manière approfondie par des travaux récents, la mission a développé des analyses organisationnelles, économiques, statistiques et médicales spécifiques, incluant des entretiens avec des professionnels de santé pour identifier les déterminants des comportements de prescription ;
- sur les dimensions ou objets ayant fait l'objet de revues de dépenses il y a deux ans ou moins, par un rappel de leurs principaux constats et propositions, à la demande des commanditaires.

L'objet de cette dernière partie de la présente annexe est de documenter les principaux éléments relatifs à ce dernier périmètre. Celle-ci s'appuie sur les revues de dépenses réalisées par l'IGF et par l'IGAS sur les actes de biologie médicale, sur les actes d'imagerie et de radiologie, sur les affections de longue durée et sur les dispositifs médicaux.

Seules les recommandations en lien avec la prescription et sa pertinence sont reprises ici.

[149] REPSS 2023.

[150] REPSS 2024.

7.5.1. Le rapport Igas-IGF 2025 portant sur la pertinence des prescriptions de biologie a identifié des pistes d'amélioration du respect des recommandations de bonne pratique

La mission a identifié *« dix actes sur la base d'une revue de littérature, des recommandations de bonne pratique de la HAS et des données statistiques disponibles (2014-2024) :*

- *dosage de la ferritine et le dosage en fer sérique ;*
- *vitesse de sédimentation (mentionné dans le rapport Charges et produits pour 2024) ;*
- *dosage de la vitamine D (mentionné dans le rapport Charges et produits pour 2024), total des volumes et uniquement pour les femmes de 65 ans au moins ;*
- *dosage de la TSH+T4 ;*
- *temps de Quick sans traitement par antivitamine K (AVK) ;*
- *test de groupe sanguin ;*
- *tests de PSA et de PSA libre ;*
- *dosage des folates érythrocytaires ;*
- *dosage de la glucosurie ;*
- *test d'hémoglobine glyquée.*

Ces dix actes représentent une dépense de 367,0 M€ en 2024 pour la sécurité sociale. La mission préconise un renforcement de la maîtrise médicalisée pour ces actes, avec un potentiel d'économie estimé par la mission à 109,5 M€.

Pour atteindre cet objectif, la mission préconise :

- *Pour la vitesse de sédimentation, la TSH+T4, le test de ferritine et le dosage de la vitamine D, la mise en place d'une prescription renforcée permettant le non-remboursement des actes dans tous les cas jugés non-pertinents par la HAS.*
- *Pour le test d'hémoglobine glyquée, lorsqu'il est réalisé de façon non pertinente, en dépistage du diabète, une prescription renforcée ciblée sur les patients non traités par antidiabétique est à mobiliser*[151]*.*
- *Pour les actes avec un taux de redondance trop important, une prescription renforcée reposant sur la consultation du dossier médical partagé (DMP) peut être mise en place avec des objectifs d'économie indiqués ».*

[151] Une alternative repose sur le remboursement conditionné à l'existence d'un diabète connu ou à deux tests de glycémie à jeun anormaux ou à l'existence d'un traitement par antidiabétique. La mission note toutefois que les objectifs nationaux de suivi du diabète en nombre de dosage d'HbA1C par an et par patient ne sont pas atteints et sont source d'une hausse souhaitable des dépenses de cet examen pour certains patients diabétiques

Tableau 7 : Montant des dépenses pour l'assurance maladie et montant d'économie identifié par la mission pour huit actes de biologie médicale – montants estimés en 2025 (sur la base des volumes 2024 et des tarifs en vigueur) [152]

Acte ou groupe d'acte	Montant remboursé estimé en 2025 à volume constant (A)	Plafond d'économie identifié par la mission en 2025 à volume constant (B)	Proportion (C=B/A)
Vitesse de sédimentation	5,8 M€	≈ 5,8 M€	≈ 100,0 %[153]
Vitamine D	26,0 M€	23,7 M€	91,0 %
Ferritine	90,0 M€	*33,4 M€*	*37,1 %*
TSH+T4	22,9 M€	6,3 M€	27,4 %
Hémoglobine glyquée	66,1 M€	14,4 M€	21,8 %
Temps de Quick	23,2 M€	6,9 M€	9,6 %
Folates érythrocytaires	37,7 M€	9,8 M€	9,0 %
Dosage de Glucosurie	3,6 M€	0,9 M€	14,2 %
Groupe sanguin	43,1 M€	8,3 M€	19,3 %
PSA	65,6 M€	N.D.	N.D.
Total	**384,0 M€**	***109,5 M€***	**28,5 %**

Source : Mission, à partir d'OpenBio 2014 à 2023 et des documents transmis par la CNAM. [154]»

7.5.2. Le rapport Igas-IGF 2025 portant sur la pertinence des prescriptions de radiologie a également formulé des propositions en faveur d'une plus grande pertinence d'exécution des demandes d'imagerie

Les examens d'imagerie ont la particularité de ne pas être prescrits mais faire l'objet d'une demande d'examen d'un praticien vers le radiologue.

« En imagerie, les protocoles d'accord avec les radiologues ont compris des mesures de pertinence de précision variable, le dernier couvrant la période 2018-2020. Ce protocole prévoyait 120,5 M€ d'économies notamment sur la pertinence des soins (hors actes d'échographie). Néanmoins, d'après la commission des comptes de la sécurité sociale en juin 2021, seulement 38 M€ d'économies ont été réalisées en 2018 et 2019, soit 43 % de l'objectif prévisionnel[155]*.*

[152] Données issues du SNDS sur la base des recommandations de bonnes pratiques de la HAS avec requêtes sur l'association d'examens sur une même date de prise en charge, sur le chainage des examens pour un même patient et sur la fréquence de prescription des examens par patient

[153] La mission n'a pas été en mesure de proposer un chiffrage en isolant les rares cas où le test de vitesse de sédimentation est pertinent. Considérant le nombre d'actes, ce montant est jugé faible.

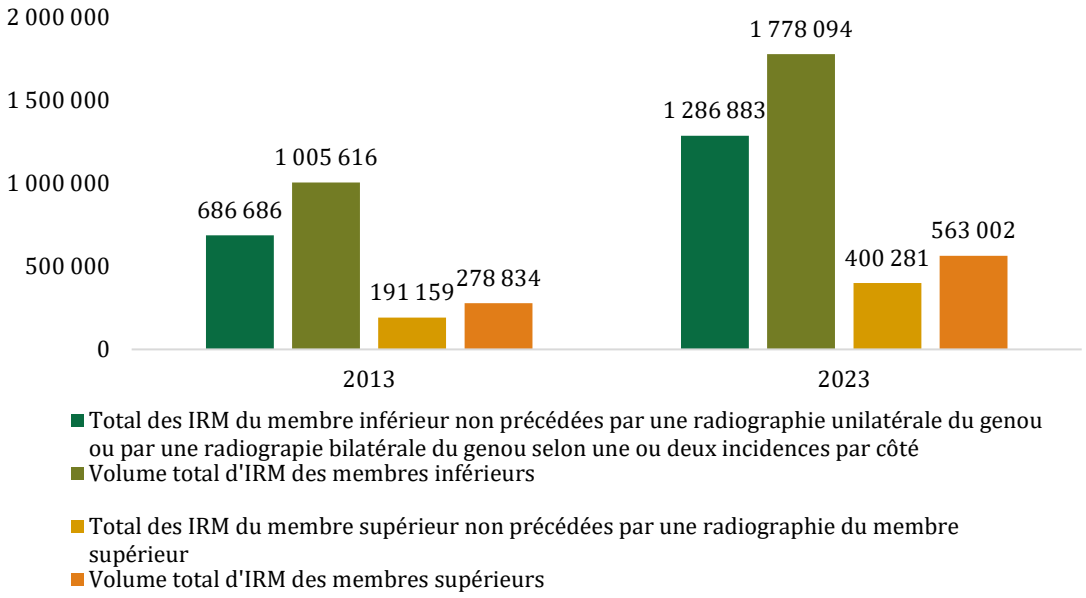
[154] Extrait du rapport IGAS IGF 2025 Pertinence et efficience des dépenses de biologie

[155] Rapports Charges et produits pour 2021.

Sur la base de données du SNDS transmises par la CNAM, la mission a analysé les dynamiques d'évolution des actes faisant l'objet de mesures de pertinence :

- *concernant les radiographies du rachis lombaire, du thorax et du crâne, l'arrêt de la baisse des volumes constatée en 2021 voire la reprise de leur croissance au cours des dernières années (pour la radiographie du thorax) laisse penser que la politique de pertinence peine à maintenir des effets de long-terme ;*
- *les IRM des membres sont en augmentation très rapide (+ 77 % pour les IRM des membres inférieurs et + 102 % pour les IRM des membres supérieurs entre 2013 et 2023) et la mission constate le non-respect des recommandations de chaînage des actes préconisées en démarche diagnostique par la HAS (selon lesquelles une IRM des membres doit être réalisée après une radiographie et non en première intention)[156] dans plus de 70 % des cas (cf. graphique 6) ; etc.*

Graphique 6 : Évolution du nombre d'IRM des membres réalisées sans respect des recommandations de chaînage et du nombre total d'IRM des membres



Source : Mission, à partir des données du SNDS fournies par la CNAM.

Le travail sur la justification des actes est d'autant plus nécessaire qu'il permet de réduire l'exposition aux rayonnements ionisants des patients (pour les examens d'imagerie conventionnelle et de scanner)[157] et ses effets potentiellement délétères sur la santé en dose cumulée sur une vie.[158]»

La mission n'a pas proposé de chiffrage en termes d'économies potentielle liée au respect des recommandations de bonnes pratiques en matière de chainage des examens d'imagerie de la douleur du genou et de l'épaule douloureuse.

[156] Recommandations HAS « Douleur au genou » juin 2022 et « Épaule douloureuse » août 2023.

[157] ASNR 2017 plan d'action pour la maîtrise des doses de rayonnements ionisants délivrées aux personnes en imagerie médicale. En France, l'exposition à des fins médicales représente la première source des expositions artificielles de la population aux rayonnements ionisants. Cette exposition est en augmentation principalement du fait du nombre accru d'examens avec scanners

[158] Extrait du rapport IGAS-IGF 2024 Pertinence et efficience des dépenses d'imagerie

Il est intéressant de mentionner ici, que les radiologues ont développé ces dernières années un outil d'aide à la décision pour les médecins en matière d'explorations radiologiques. Cet outil, ADERIM, accessible en ligne gratuitement, propose, pour les principaux syndromes, les examens à réaliser en première intention et en suivant.

7.5.3. Le rapport IGAS-IGF 2024 portant sur les dispositifs médicaux a réalisé plusieurs recommandations relatives à la prescription, en particulier dans le champ de la liste en sus

La mission préconisait, dans sa « **mesure n° 7 d'étendre aux dispositifs médicaux, par voie réglementaire, le champ des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation et prioriser dans le programme de travail de la haute autorité de santé l'engagement des travaux d'élaboration des référentiels de certification (DSS, HAS). »**

Par ailleurs, la mission recommandait également ***« une gestion active de la liste en sus et une réduction de son périmètre de la liste en sus (mesure n°4), afin de permettre une meilleure régulation des dispositifs qui en sortent tant en ce qui concerne leur prix, qui seront mieux négociés, que la pertinence de leur usage.***

L'existence d'un remboursement intégral des dispositifs de la liste en sus n'incite pas les établissements de santé à s'interroger sur la pertinence médico-économique de leur utilisation. L'accès aux produits innovants tels que ceux de la liste en sus peut agir comme une motivation complémentaire pour les praticiens désireux d'innover dans leur pratique interventionnelle ou chirurgicale. Sans qu'il soit possible de documenter ce comportement, il est probable que la sortie des produits de la liste permettra d'améliorer la pertinence de leur usage.

La relance de la gestion active de la liste en sus permettrait de réintégrer le coût des produits dans le financement des tarifs des séjours et séances des établissements en appliquant une décote, générant une économie pour l'assurance maladie. En procédant à une comparaison de prix d'achat de huit produits, sortis de la liste en sus entre 2011 et 2023, auprès de centrales d'achat et hôpitaux, la mission a constaté que les prix d'achat des hôpitaux étaient en moyenne inférieurs de 5 % au dernier tarif en vigueur. La mission a estimé que la sortie de la liste en sus des stimulateurs cardiaques et prothèses endocoronaires avec une décote de 5 % permettrait une économie de 20 M€ et qu'une sortie de 43 % des montants de dispositifs médicaux, avec une décote de 8 % permettrait de générer une économie de 75 M€.

Plus généralement, la mission recommandait dans la mesure 6 de ***Subordonner au respect des conditions renforcées la réinscription de dispositifs médicaux sur la liste en sus au-delà de cinq ans.*** *Elle considérait que cela contribuerait à garantir son rôle d'outil de financement des dispositifs médicaux onéreux et innovants. Elle recommande également la suppression de l'ETI à l'issue des baisses de prix préconisées supra.* [159]*».*

[159] Extrait du rapport 2023 Revue de dépense IGAS IGF Dispositifs médicaux

ANNEXE IX

Liste des personnes rencontrées

SOMMAIRE

1. CABINETS 1

1.1. Présidence de la République 1
1.2. Premier Ministre 1
1.3. Ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles 1
1.4. Ministre du Budget et des Comptes publics 1

2. DIRECTIONS D'ADMINISTRATION CENTRALE 1

2.1. Direction générale du Trésor 1
2.2. Direction générale de l'offre de soins (DGOS) 1
2.3. Direction de la sécurité sociale (DSS) 2
2.4. Direction générale de la santé (DGS) 2

3. ASSURANCE MALADIE 2

3.1. Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) 2
3.2. Caisse primaire de l'assurance maladie (CPAM) de l'Essonne, direction de la coordination de la gestion du risque d'Île de France, direction régionale du service médical d'Île de France 3

4. AUTRES ADMINISTRATIONS ET AGENCES 3

4.1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) 3
4.2. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) 3
4.3. Comité économique des produits de santé (CEPS) 3
4.4. Haute autorité de santé (HAS) 4
4.5. Haut Conseil de l'enfance et de l'âge (HCFEA) 4
4.6. Agence nationale du numérique en santé (ANS) 4

5. PROFESSIONNELS DE SANTÉ 4

5.1. Etablissements de santé et observatoires régionaux 4
5.1.1. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) 4
5.1.2. Centre hospitalier universitaire de Lille 4
5.1.3. Observatoires du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT) 4
5.2. Fédérations 5
5.2.1. Unicancer 5
5.3. Ordres professionnels 5
5.3.1. Ordre des médecins 5
5.3.2. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes 5
5.3.3. Ordre des infirmiers 5
5.4. Syndicats 6
5.4.1. Avenir Spé 6
5.4.2. Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF) 6
5.4.3. Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) 6

5.4.4. Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR) ... *6*
5.4.5. Fédération nationale des infirmiers (FNI) ... *6*
5.4.6. Médecins généralistes France ... *6*
5.4.7. Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO) ... *6*
5.4.8. Union syndicale des médecins des centres de santé et Association Institut Jean-François Rey ... *7*
5.5. Sociétés savantes ... 7
5.5.1. Société Française de cardiologie ... *7*
5.5.2. Collège de médecine générale ... *7*
5.6. Autres professionnels de santé ... 7
5.6.1. Professionnels hospitaliers ... *7*
5.6.2. Professionnels de ville ... *7*

6. REPRÉSENTANTS DES PATIENTS ... 8

6.1. France Assos Santé ... 8
6.2. Fédération française des diabétiques ... 8

7. FÉDÉRATION ET ENTREPRISES IMPLIQUÉES DANS LES OUTILS NUMÉRIQUES ... 8

7.1. Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA) ... 8
7.2. Numeum ... 8
7.3. Kiro ... 8

8. PARANGONNAGE INTERNATIONAL ... 9

8.1. Grèce – Organisation nationale pour le service de soins de santé (EOPYY) ... 9

9. PERSONNALITÉS QUALIFIÉES ... 9

1. Cabinets

1.1. Présidence de la République

- M. Grégory Emery, conseiller santé, handicap, personnes âgées
- Mme Clémence Lenoir, conseillère macroéconomie et politiques publiques

1.2. Premier Ministre

- M. Jean-Benoît Eymeoud, conseiller macroéconomie et politiques publiques
- Mme Nadège Grataloup, conseillère santé
- M. Etienne Barraud, conseiller chargé des comptes sociaux
- M. Paul Dejean De La Bâtie, conseiller budgétaire

1.3. Ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles

- M. Thibaut Zaccherini, conseiller
- M. Artus de Cormis, conseiller

1.4. Ministre du Budget et des Comptes publics

- M. Louis Nouaille-Degorce, conseiller chargé des comptes sociaux

2. Directions d'administration centrale

2.1. Direction générale du Trésor

- M. Rémy Mathieu, adjoint au sous-directeur, sous-direction des politiques sociales et de l'emploi (POLSOC)
- M. Rémi Monin, chef du bureau de la santé et des comptes sociaux (POLSOC2)
- M. Baptiste Micheli, adjoint au chef du bureau POLSOC2

2.2. Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

- Mme Julie Pougheon, cheffe de service, adjointe à la directrice de la DGOS
- M. Romain Bégué, sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- Mme Mélanie Marquer, adjointe au sous-directeur des ressources humaines du système de santé
- M. Florian Bon, chef du bureau accès territorial aux soins
- M. Valentin Hernandez, chargé de mission régulation territoriale des professionnels de santé
- M. Vincent Vauchel, adjoint de la cheffe du pôle recherche et accès à l'innovation

2.3. Direction de la sécurité sociale (DSS)

- M. Pierre Pribille, directeur
- Mme Delphine Champetier, directrice adjointe
- Mme Clélia Delpech, sous-directrice du financement de l'offre de soins
- Mme Anabelle Arcadias, cheffe du bureau des relations avec les professionnels de santé

2.4. Direction générale de la santé (DGS)

- Mme Emmanuelle Cohn-Zanchetta, sous-directrice de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins
- M. Charles-Emmanuel Barthélémy, adjoint à la sous-directrice de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins
- M. Laurent Butor, adjoint à la sous-directrice de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins
- Mme Laila Sajid, cheffe du bureau du médicament
- M. Etienne Nedellec, adjoint à la cheffe de bureau du médicament
- Mme Mélanie Cailleret, cheffe du bureau des dispositifs médicaux et autres produits de santé
- Mme Esther Lepaicheux , chargée de mission au bureau des dispositifs médicaux et autres produits de santé

3. Assurance maladie et mutuelle sociale agricole

3.1. Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)

- M. Thomas Fatome, directeur général
- Mme Camille Peter, conseillère au cabinet du directeur général
- Dr. Catherine Grenier, médecin conseil national
- M. Emmanuel Frère-Lecoutre, directeur de l'offre de soins
- M. Antoine-Mathieu Nicoli, directeur de la gestion du risque
- M. Damien Vergé, directeur de la stratégie, des études et des statistiques
- Dr. Rémi Pécault-Charby, médecin conseil à la direction déléguée aux opérations
- Dr. Jérémie Buisson, médecin conseil à la direction déléguée aux opérations
- M. Fabien Badinier directeur délégué des finances et de la lutte contre la fraude
- Mme Marjorie Mazars, adjointe au responsable du département des actes médicaux
- Mme Catherine Morvan Sigward, directrice de mission sur l'ordonnance numérique
- Mme Sandrine Frangeul, responsable de département à la direction opérationnelle du numérique et de l'innovation en santé

3.2. Caisse primaire de l'assurance maladie (CPAM) de l'Essonne, direction de la coordination de la gestion du risque de la CPAM d'Île de France, direction régionale du service médical d'Île de France

- M. Albert Lautman, directeur général, et coordonnateur de la gestion du risque en Ile-de-France
- M. Marc Debas, directeur comptable et financier
- Mme Clémence le Marrec, directrice de l'accompagnement des professionnels de santé et des établissements
- M. Nicolas Ingrain, sous-directeur à la direction de la coordination de la gestion du risque d'Île-de-France
- Dr. Virginie Fossé, médecin conseil

3.3. Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)

- M. Thomas Bousquet, chargé de mission relations internationales et corps de contrôle
- Mme Sandrine Faré, praticien conseiller technique national
- M. Étienne Meunier, direction métier santé et gestion des individus, directeur
- Dr. Laurence Ladrière-Lizet, médecin directeur national

4. Autres administrations et agences

4.1. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

- Dr. Vincent Gazin, directeur par intérim, direction Europe et innovation
- Mme Carole Le Saulnier, directrice, direction réglementation et déontologie
- Pr. Mahmoud Zureik, directeur du groupement EPI-PHARE

4.2. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)

- Mme Pauline Renaud, directrice, direction « demande accès traitements analyses »
- Mme Caroline Revelin, directrice, direction « collecte des informations de gestion »
- Mme Fabienne Pecoraro, directrice adjointe, direction « collecte des informations de gestion »
- Mme Nathalie Rigollot, directrice adjointe, direction « financement et analyse économique »
- Dr. Diane Paillet, pharmacienne
- Mme Héloïse Savolle, statisticienne

4.3. Comité économique des produits de santé (CEPS)

- Mme Virginie Beaumenier, présidente
- M. Thibaut Zaccherini, vice-président

4.4. Haute autorité de santé (HAS)

- M. Jean Lessi, directeur général
- Mme Morgane Le Bail, chef de service des bonnes pratiques
- M. Bertrand Mussetta, chef de projet au service de l'évaluation du médicament
- Mme Marie-Josée Moquet, responsable de la coordination du plan impact des productions

4.5. Haut Conseil de l'enfance et de l'âge (HCFEA)

- M. Jean-Philipe Vinquant, président du conseil de l'âge
- M. Marco Geraci, secrétaire général

4.6. Agence nationale du numérique en santé (ANS)

- M. Jean-Christophe Turbatte, directeur du programme « Ségur »
- M. Thierry Dart, directeur du domaine interopérabilité
- M. Christophe Pichot-Meuger, directeur adjoint, direction expertise, innovation et international
- M. Gilles Braud, directeur du domaine de la conformité et de la régulation

5. Professionnels de santé

5.1. Etablissements de santé et observatoires régionaux

5.1.1. Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)

- M. Étienne Gayat, directeur général adjoint
- Mme Laurence Nivet, directrice déléguée
- Mme Paule Kujas, directrice de la qualité
- M. Renaud Cateland, directeur de l'agence générale des équipements et produits de santé (Ageps)
- Pr. Stéphane Mouly, président de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

5.1.2. Centre hospitalier universitaire de Lille

- Pr. Jean-Baptiste Beuscart, gériatre, directeur d'unité de recherche statistiques Metrics
- Pr. Bertrand Decaudin, pharmacien
- Mme Anais Payen, pharmacien, cheffe de projet Iatroprev

5.1.3. Observatoires du médicament des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDIT)

- Mme Hélène Eychenié, pharmacien responsable OMEDIT Ile-de-France

- Mme Yasmine Hassani-Briot, pharmacien OMEDIT Ile de France
- Mme Léa Bossinot, pharmacien, OMEDIT Ile de France
- Dr. Violaine Solans, pharmacien, OMEDIT Centre-Val-de-Loire
- Dr. Gilles Piriou, pharmacien coordonnateur, OMEDIT Bretagne
- Pr. Stéphane Honoré, pharmacien, responsable OMEDIT PACA Corse
- Dr. Céline Bouglé, pharmacien responsable OMEDIT Normandie
- Dr. Stéphane Petit, OMEDIT Hauts de France

5.2. Fédérations

5.2.1. Unicancer

- Mme Sophie Beaupère, déléguée générale
- M. Luc Delporte, directeur des achats et de l'innovation
- Mme Muriel Daran, directrice de la recherche et du développement
- Mme Cécile Berger, responsable des marchés pharmaceutiques
- Mme Sophia Picaud, directrice de cabinet adjointe de la déléguée générale
- Mme Anna Maurette, chargée de mission au cabinet de la déléguée générale

5.3. Ordres professionnels

5.3.1. Ordre des médecins

- Pr. Stéphane Oustric, président
- Dr. René-Pierre Labarrière, président de la section exercice professionnel
- Dr. Jean Canarelli, délégué général données de santé et innovation
- Pr. Philippe Pasquis, vice-président de la section formation et compétences
- Dr. Elisabeth Gormand, présidente de la section formation et compétences médicales, radiologie
- Mme Caroline Nicet-Blanc, conseillère juridique

5.3.2. Ordre des masseurs-kinésithérapeutes

- Mme Pascale Mathieu, présidente
- M. Stéphane Michel, conseiller national

5.3.3. Ordre des infirmiers

- Mme Sylvaine Mazière-Tauran, présidente
- MmeFatiha Atouf, directrice générale adjointe
- Mme Samira Ahayan, secrétaire générale

5.4. Syndicats

5.4.1. Avenir Spé

- Dr. Patrick Gasser, président

5.4.2. Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

- Dr. Franck Devulder, président
- Dr. Luc Duquesnel, président – médecins généralistes
- Dr. Bruno Perrouty, président – médecins spécialistes

5.4.3. Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)

- Dr. Philippe Besset, président
- M. Pierre Fernandez, directeur généra

5.4.4. Fédération française des masseurs-kinésithérapeutes rééducateurs (FFMKR)

- M. Sébastien Guérard, président
- M. Vincent Daël, délégué général

5.4.5. Fédération nationale des infirmiers (FNI)

- M. Daniel Guillerm, président
- Mme Pascale Lejeune, secrétaire générale

5.4.6. Médecins généralistes France

- Dr. Agnès Giannotti, présidente
- Dr. Yohan Saynac, vice-président
- Dr. Florence Lapica, vice-présidente
- Dr. Sebastien Adnot, vice-président
- Dr. Isabelle Domenech Bonet, trésorière

5.4.7. Union des syndicats de pharmaciens d'officine (USPO)

- Dr. Pierre Olivier Variot, président
- Mme Lucie-Hélène Pagnat, directrice générale
- Mme Marie-Josée Augé-Caumon, conseillère

5.4.8. Union syndicale des médecins des centres de santé et Association Institut Jean-François Rey

- Dr. Frédéric Villebrun, co-président de l'union syndicale des médecins des centres de santé
- Dr. Alain Beaupin, président de l'association Institut Jean-François Rey

5.5. Sociétés savantes

5.5.1. Société Française de cardiologie

- Pr. Bernard Lung, président
- Pr. Hélène Eltchaninoff, vice-présidente
- Pr. Marc Villacèque, président du conseil national professionnel cardiovasculaire
- Pr. Gabriel Steg, médecin cardiologue

5.5.2. Collège de médecine générale

- Dr. Cyril Bègue, secrétaire général adjoint
- Pr. Jean-Pascal Fournier, médecin généraliste au département de médecine générale de la faculté de médecine de Nantes

5.6. Autres professionnels de santé

5.6.1. Professionnels hospitaliers

- Dr. Cédric Urbanczyk, médecin neurologue
- Dr. Claire Jaffré, médecin psychiatre
- Dr. Serge Payraud, médecin gériatre
- Dr Marion Laureau, pharmacien hospitalier
- Dr. Elisa Pasqualoni, médecin interniste
- Dr. Simon Escoda, médecin pédiatre
- Dr. Emmanuel Boiffard, médecin cardiologue
- Dr. Amélie Ducet-Boiffard, médecin endocrinologue
- Dr. Olivia Dolléans, médecin oco-hématologue
- Dr. Flora Szego Benit, docteur junior gériatre

5.6.2. Professionnels de ville

- Dr. Arthur Tron, médecin généraliste
- Dr. Margaux Dutemple, médecin psychiatre
- Dr. Karima Amazzough, médecin généraliste
- Dr. Florant Canal, médecin généraliste
- Dr Timothée Hentz, pharmacien d'officine

- Mme Pauline Neveu, sage-femme
- Mme Caroline Martin, infirmière
- M. Jérôme Aman, masseur-kinésithérapeute

6. Représentants des patients

6.1. France Assos Santé

- M. Yann Mazens, conseiller sur les produits de santé
- Mme Féreuze Aziza, conseillère sur la mission assurance -maladie

6.2. Fédération française des diabétiques

- Dr. Jean-François Thébaut, médecin cardiologue et vice-président

7. Fédération et entreprises impliquées dans les outils numériques

7.1. Fédération des éditeurs d'informatique médicale et paramédicale ambulatoire (FEIMA)

- M. Francis Mambrini, président
- M. Louis Letinier, directeur médical et co-fondateur de l'entreprise Synapse Medicine

7.2. Numeum

- M. Clément Emine, délégué aux affaires publiques, Numeum
- Mme Mariane Cimino, responsable de la commission santé, Numeum
- M. Charles Mariaux, délégué e-santé, Numeum
- M. Guillaume Reynaud, directeur des relations publiques, Deladus, vice-président de la commission santé, Numeum
- M. Vincent Bouvier, président, Vidal Group
- Mme Cécile Carron de la Carrière, directrice stratégie marketing et communication, Vidal Group
- M. Brice Bottégal, senior product manager, Doctolib
- Dr. Nemanja Milenkovic, directeur médical, Cegedim santé
- M. Thierry Lepinard, directeur de la conformité, Cégedim santé
- M. Philippe Lagouarde, directeur de programmes, Maincare
- Mme Dominique Chantraine, chef de produits, Maincare

7.3. Kiro

- M. Alexandre Guenoum, président fondateur
- M. Stan Kocken, directeur technique

- Mme Ambre Coyard, assistante de direction

8. Parangonnage international

8.1. Grèce – Organisation nationale pour le service de soins de santé (EOPYY)

- Dr. Chara Kani, *Head of Medecines Division of the National Organization for Healthcare Services Provision*

9. Personnalités qualifiées

- Mme Valérie Paris, économiste
- Mme Dominique Polton, économiste
- Mme Catherine Pollak, économiste
- M. Gilles Bonnefond, président délégué de l'USPO, membre du Conseil de la Cnam

ANNEXE V

Actes de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie : dynamique et déterminants de la dépense de prescription exécutée en ville

SOMMAIRE

1. LE CADRE D'EXERCICE DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET DES INFIRMIERS, HISTORIQUEMENT FONDÉ SUR LA PRESCRIPTION MÉDICALE ET DÉCRIT DANS UNE NOMENCLATURE, A ÉTÉ PROGRESSIVEMENT ASSOUPLI PAR LES RÉFORMES RÉCENTES 4

1.1. L'exercice des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers libéraux est défini dans le code de la santé publique et structuré autour de la prescription médicale 4

1.2. Les actes qui peuvent donner lieu à un remboursement par l'assurance maladie sont décrits dans la nomenclature générale des actes professionnels 5

1.3. Le cadre de prescription s'est assoupli, laissant place à une plus grande autonomie des professionnels et à l'expérimentation de l'accès direct 6

1.3.1. Plusieurs assouplissements ont été introduits, permettant aux professionnels d'ajuster la prescription 6

1.3.2. Par ailleurs, l'accès direct à ces professionnels, hors de toute prescription médicale, se développe 7

1.4. Les grilles de cotation des actes professionnels ont été modifiées pour les masseurs-kinésithérapeutes à compter de 2024 et pour les infirmiers à compter de 2020 9

1.4.1. La mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature des actes depuis 2024 pour les masseurs kinésithérapeutes permet dorénavant d'identifier que 36 % de leurs actes portent sur la perte d'autonomie motrice ou le patient âgé . 9

1.4.2. La nomenclature des actes infirmiers a été profondément modifiée avec l'introduction de forfaits intégrant la prise en charge de la dépendance.. 11

2. LA PROGRESSION DES REMBOURSEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR LES ACTES DE MASSO-KINÉSITHÉRAPIE ET DE SOINS INFIRMIERS S'EXPLIQUE PRINCIPALEMENT PAR UN EFFET VOLUME 15

2.1. Depuis 2021, la progression des remboursements de l'assurance maladie pour les actes infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes s'explique avant tout par un effet volume 15

2.2. Les montants des actes de masso-kinésithérapie remboursés par l'assurance maladie ont augmenté de 14,6 % entre 2021 et 2024, la nomenclature des actes peu descriptive ne permettant pas d'analyser finement l'évolution sur l'ensemble de la période 18

2.3. Entre 2021 et 2024, les montants des actes de soins infirmiers remboursés par l'assurance maladie n'ont progressé que de 1,7 %, mais la hausse atteint 4,7 % entre 2023 et 2024, tirée par la montée en charge des forfaits dépendance issus du BSI 19

3. L'ÉVOLUTION DES REMBOURSEMENTS MET EN ÉVIDENCE UNE INTENSIFICATION DU RECOURS POUR LES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES ET UNE AUGMENTATION DES REMBOURSEMENTS MOYENS PAR PATIENT POUR LES INFIRMIERS 21

3.1. Les effectifs d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes ont augmenté depuis 2012 avec une concentration sur le mode d'exercice libéral tandis que les inégalités de répartition territoriale demeurent marquées 21

3.2. La densité d'effecteurs masseurs-kinésithérapeutes ou infirmiers induit une variation du nombre d'actes par patient et de la composition des actes 29

3.2.1. La densité de masseurs-kinésithérapeutes renforce les effets d'intensification des actes par patient et a un effet sur la composition des actes 29

3.2.2. Les départements à plus faible densité d'infirmiers connaissent une intensification des prises en charge sur la période, la densité d'effecteurs exerçant par ailleurs une influence sur la structure des actes réalisés 39

3.3. Parmi les masseurs-kinésithérapeutes, 5 % d'entre eux réalisent en moyenne plus de 41 séances par patient 44

En 2024, les actes réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers libéraux représentaient respectivement 5,1 Md€ et 9,4 Md€ de remboursements réalisés par l'assurance maladie[1].

Historiquement, l'accès à ces professionnels demeure conditionné à une prescription médicale. Certains assouplissements ont toutefois été introduits, dont les effets n'ont pu tous être évalués par la mission en raison de leur caractère trop récent, au premier rang desquels figure l'expérimentation de l'accès direct (application mise en œuvre à partir de 2024).

Une certaine flexibilité existe néanmoins :

- depuis 2000, pour les masseurs-kinésithérapeutes, le prescripteur peut s'abstenir de préciser le nombre de séances ou la technique à mettre en œuvre ;
- depuis 2020, pour les infirmiers, le bilan de soins infirmiers (BSI) permet au professionnel d'établir un plan de soins ouvrant droit à un forfait de prise en charge pour les patients dépendants, soumis à la validation du médecin prescripteur et validé tacitement au bout de 5 jours.

Ces évolutions traduisent un déplacement partiel du centre de décision vers la mise en œuvre : la prescription n'est plus seulement émise, elle est interprétée, ajustée ou, le cas échéant, refusée par l'effecteur. L'annexe porte ainsi sur les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes en tant qu'effecteurs d'une prescription médicale, les extensions de prescription en propre de ces professionnels sont détaillées dans l'annexe II du présent rapport.

L'analyse des dépenses de prescription pour les actes paramédicaux en ville consiste donc principalement à s'intéresser aux comportements des effecteurs, dans le cadre laissé par leur relation au prescripteur. En effet, la configuration actuelle des systèmes d'information ne permet pas :

- de connaître la nature exacte de la prescription réalisée (indication de la zone à traiter, nombre de séances demandées, etc.) ;
- de connaître l'exhaustivité des prescriptions faites, si elles n'ont pas été exécutées ;
- de connaître l'adaptation éventuelle réalisée par l'effecteur sur la base de la demande du prescripteur ;
- d'évaluer l'intégration par le prescripteur de contraintes liées à l'environnement de soins (densité plus ou moins importante d'effecteurs et offre alternative[2]).

Entre 2021 et 2024, les remboursements afférents à ces actes ont progressé de 1,7 % pour les infirmiers[3] et de 14,6 % pour les masseurs-kinésithérapeutes. Cette augmentation procède principalement d'une hausse du volume et de la structure des actes, les revalorisations tarifaires étant restées limitées sur la période analysée.

S'agissant des infirmiers libéraux, le recul du nombre de patients pris en charge par infirmier depuis 2023 ainsi que la baisse observée du nombre de professionnels en exercice[4] pourraient fragiliser la capacité du secteur à répondre aux besoins de la population.

Parallèlement, pour les masseurs-kinésithérapeutes, on observe une augmentation du nombre de professionnels exerçant en libéral, une contraction de la file active de patients par professionnel et une intensification des épisodes de soins par patient, traduisant une évolution vers des prises en charge plus concentrées.

---

[1] Ces deux catégories d'effecteurs représentent 92 % des dépenses des auxiliaires médicaux prises en charge par l'assurance maladie.

[2] Les offres alternatives peuvent être constituées de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), hôpitaux de jour (HDJ), soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

[3] +4,7 % entre 2023 et 2024r

[4] Calculs mission à partir du SNDS pour les infirmiers libéraux, hors Corse et outre-mer entre 2023 et 2024

1. Le cadre d'exercice des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers, historiquement fondé sur la prescription médicale et décrit dans une nomenclature, a été progressivement assoupli par les réformes récentes

1.1. L'exercice des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers libéraux est défini dans le code de la santé publique et structuré autour de la prescription médicale

Le livre III du code de la santé publique définit les compétences des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que les conditions de leur mise en œuvre. Ces dispositions fixent un cadre professionnel commun, fondé sur des compétences propres et un exercice encadré par la prescription médicale.

S'agissant des professionnels infirmiers, l'article L. 4311-1 du code de la santé publique (CSP) précise que *« l'infirmier exerce son activité, dans le respect du code de déontologie, dans le cadre de son rôle propre ou sur prescription et en coordination avec les autres professionnels de santé. ».* L'article énumère les missions de la profession qui sont « *1° Dispenser des soins infirmiers préventifs, curatifs, palliatifs, relationnels ou destinés à la surveillance clinique, procéder à leur évaluation et contribuer à la conciliation médicamenteuse ; 2° Contribuer à l'orientation de la personne ainsi qu'à la coordination et à la mise en œuvre de son parcours de santé ; 3° Dans le cadre de son rôle propre, en accès direct, et dans le cadre de son rôle prescrit, participer aux soins de premier recours définis à l'article L. 1411-11 ; 4° Participer à la prévention, aux actions de dépistage, à l'éducation à la santé, à la santé au travail, à la promotion de la santé et à l'éducation thérapeutique de la personne et, le cas échéant, de son entourage ; 5° Concourir à la formation initiale et à la formation continue des étudiants, de ses pairs et des professionnels de santé placés sous sa responsabilité ; 6° Exploiter les données probantes dans la pratique professionnelle et concourir à la recherche, notamment dans le domaine des sciences infirmières.* »

S'agissant des masseurs kinésithérapeutes, l'article L. 4321-1 du CSP définit la pratique de la masso-kinésithérapie comme *« la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic kinésithérapique et le traitement : 1° Des troubles du mouvement ou de la motricité de la personne ; 2° Des déficiences ou des altérations des capacités fonctionnelles. Le masseur-kinésithérapeute peut également concourir à la formation initiale et continue ainsi qu'à la recherche. »* Le même article indique que « *lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. »*

Le cadre de la prescription médicale est précisé par les dispositions règlementaires du CSP pour les infirmiers. Ainsi, les articles R. 4311-7 et R. 4311-9 indiquent les actes et soins exécutés sur prescription médicale et le formalisme de celle-ci : elle doit être écrite, qualitative et quantitative, datée et signée par le médecin prescripteur. S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, aucune disposition règlementaire du CSP ne précise le degré de formalisme de la prescription, seule la nomenclature générale des actes professionnels fixe les mentions requises pour qu'un acte de masso-kinésithérapie puisse donner lieu à un remboursement (cf. *infra*).

Ces articles établissent donc un cadre d'exercice défini par la loi, dans lequel les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes disposent de compétences propres mais exercent, pour la majorité de leurs actes à visée thérapeutique, sur prescription médicale. Pour que ces actes donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie, ils doivent répondre à des conditions spécifiques, notamment être inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)[5] et être réalisés sur prescription médicale.

1.2. Les actes qui peuvent donner lieu à un remboursement par l'assurance maladie sont décrits dans la nomenclature générale des actes professionnels

Les actes réalisés par les professionnels de santé et pouvant donner lieu à un remboursement par l'assurance maladie sont décrits dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) instaurée par arrêté[6] en 1972.

Depuis la loi du 13 août 2004, les actes pris en charge par l'assurance maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations. Après l'inscription sur cette liste sont définis les tarifs associés à chaque acte dans une grille de cotation, ce tarif est exprimé en le produit d'une lettre clé (correspondant à un type d'acte) et d'un coefficient.

La nomenclature générale des actes professionnels, qui est l'une des deux parties de la liste des actes et des prestations[7], sert de référence pour la facturation des actes pratiqués pendant une séance chez un infirmier diplômé d'État (IDE) ou un masseur-kinésithérapeute.

La procédure d'inscription d'un acte ou d'une prestation à la NGAP est encadrée par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. L'initiative appartient soit à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), soit aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'UNCAM est compétente pour décider de l'inscription, de la modification ou de la radiation d'un acte sur la liste des actes et prestations remboursables, après avis de l'Union nationale des complémentaires santé (UNOCAM) :

- s'agissant d'une nouvelle inscription, la saisine de la Haute Autorité de santé (HAS) est obligatoire et son avis porte sur le service attendu ou rendu de l'acte et, le cas échéant, sur les conditions particulières d'utilisation ;
- s'agissant d'une modification ou d'une radiation, la HAS n'est saisie que lorsque la décision implique une évaluation du service attendu ou rendu.

Conformément aux dispositions de la NGAP en vigueur au 1er juillet 2025, peuvent être pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie les actes *« effectués personnellement par un auxiliaire médical[8], sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative* *(sauf dispositions législatives ou réglementaires dérogatoires) et qu'ils soient de sa compétence. »*

---

[5] Dernière version à la date des travaux de la mission, en date du 1er juillet 2025, NGAP sur ameli. 222 p.

[6] Arrêté du 27 mars 1972 portant Nomenclature des actes professionnels. Depuis 2005, toutes les modifications de la liste des actes et des prestations portées dans la NGAP font l'objet de décisions de l'Uncam publiées au JORF.

[7] Décision du 11 mars 2005 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie.

[8] Le code de la santé publique définit aux articles L. 4333-1 à L. 4394-4 les professions d'auxiliaires médicaux qui sont les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les ambulanciers, les assistants dentaires, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures-podologues, les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes, les orthoptistes, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les techniciens de laboratoire médical, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes, les orthésistes et les diététiciens.

1.3. Le cadre de prescription s'est assoupli, laissant place à une plus grande autonomie des professionnels et à l'expérimentation de l'accès direct

1.3.1. Plusieurs assouplissements ont été introduits, permettant aux professionnels d'ajuster la prescription

Sur leur champ d'exercice soumis à prescription médicale, plusieurs assouplissements ont été introduits, permettant à l'effecteur d'ajuster la prescription.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, une première dérogation a été introduite en 2000[9] au sein du titre XIV de la NGAP relatif aux actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelle. Depuis lors, la prescription médicale peut mentionner uniquement l'indication médicale, il n'est plus nécessaire que le prescripteur indique la technique de prise en charge ou le nombre de séances, lequel peut être fixé par le masseur-kinésithérapeute en fonction des besoins du patient. Ce dispositif, qui laisse au prescripteur comme à l'effecteur la possibilité de fixer le nombre de séances ne permet donc pas d'imputer la responsabilité de variations observées, par exemple un volume de séances supérieur à la moyenne, à l'un ou l'autre des acteurs.

Néanmoins, d'après une enquête déclarative de la fédération nationale des masseurs-kinésithérapeutes, réalisée en ligne du 10 au 15 septembre 2025 auprès de 1 359 masseurs-kinésithérapeutes libéraux, **2,8 prescriptions médicales sur 10 précisaient un nombre de séances.** Cette moyenne était de 3,7 en 2021[10]. Ces données confirment un mouvement en faveur de la liberté d'interprétation laissée à l'effecteur.

Par ailleurs, la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a modifié l'article L. 4321-1 du code de la santé publique, permettant d'adapter *« sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an. »*

La faculté, pour le masseur kinésithérapeute, de fixer lui-même le nombre de séances connaît néanmoins des limites : dans quatorze indications de rééducation, le nombre de séances est encadré par des référentiels de prescription établis par la HAS (cf. tableau 1). Dans ces situations, inscrites au chapitre V du titre XIV de la NGAP, la prolongation des séances au-delà du nombre de séances maximal est subordonnée à un accord préalable du service du contrôle médical de l'assurance maladie (cf. Annexe VI).

[9] Arrêté du 4 octobre 2000 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux - Légifrance, *« les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute ; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute »*.

[10] Enquête en ligne auprès de 2 327 masseurs-kinésithérapeutes.

Tableau 1 : Liste des quatorze situations de rééducation couvertes par un référentiel de la HAS

Situations de rééducation	Nombre de séances avant accord préalable
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire	1 à 25 séances
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances
Libération du nerf médian au canal carpien	Dès la première séance
Méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes
Prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'actes
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances

Source : site internet de l'assurance maladie. HAS, 2009, Avis sur les référentiels relatifs à des soins de masso-kinésithérapie (reconstruction du ligament croisé antérieur du genou, libération du médian du canal carpien et des entorses cheville-pied), HAS, 2011, Avis sur les référentiels relatifs à des actes de masso-kinésithérapie réalisés en série,

S'agissant des infirmiers, certaines marges d'appréciation ont également été introduites, notamment avec la mise en place du bilan de soins infirmiers (BSI) en 2020 (cf. *infra*). Ce dispositif permet à l'infirmier d'évaluer la situation du patient, d'élaborer un plan de soins personnalisé et de déterminer le niveau de forfait de prise en charge (léger, intermédiaire ou lourd). Le bilan est transmis au médecin prescripteur, qui peut l'amender. En l'absence de réponse dans un délai de cinq jours, il est réputé tacitement approuvé.

La présente annexe se concentre sur l'exercice infirmier, à l'exclusion du champ des infirmiers en pratique avancée (IPA).

1.3.2. Par ailleurs, l'accès direct à ces professionnels, hors de toute prescription médicale, se développe

L'accès direct, c'est-à-dire la possibilité pour un patient de consulter un professionnel paramédical sans prescription médicale préalable, connaît un développement progressif dans le cadre des réformes récentes relatives à l'organisation des soins primaires.

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance accordée aux professionnels de santé a instauré un accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes :

- lorsqu'ils exercent dans des structures de soins ou dans un cadre d'exercice coordonné[11] ;

[11] Cette disposition est entrée en vigueur le 22 août 2023 et concerne les masseurs kinésithérapeutes exerçant en équipe de soins primaires, en équipe de soins spécialisée, en centres de santé, maisons de santé pluriprofessionnelles, établissements et services médico-sociaux.

- lorsqu'ils sont membres des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans l'un des vingt départements concernés par l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes[12].

Cette expérimentation, applicable à compter du 28 août 2024, autorise la réalisation de huit séances maximum par patient en l'absence de diagnostic médical préalable et de toute prescription.

La loi du 19 mai 2023[13] instaure également :

- **un accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA)** exerçant dans un établissement de santé, un établissement médico-social ou dans une structure d'exercice coordonné (maisons et centres de santé, équipes de soins primaires) dans son champ de compétences[14] ;
- **une expérimentation sur cinq ans permettant l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée libéraux** dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Par ailleurs, la loi du 27 juin 2025[15] introduit :

- **Une consultation infirmière** dont un décret est attendu pour en définir l'objet
- **Une expérimentation sur trois ans permettant l'accès direct aux infirmiers** exerçant dans les établissements de santé, les établissements et les services médico-sociaux et dans le cadre de certaines structures d'exercice coordonné (centre de santé, maison de santé et équipes de soins primaires ou de soins spécialisés),

Les décrets d'application de ces deux textes législatifs n'ont pas encore été pris à la date de la mission.

---

[12] Décret n° 2024-618 du 27 juin 2024 relatif à l'expérimentation permettant aux masseurs-kinésithérapeutes participant à une communauté professionnelle territoriale de santé d'exercer leur art sans prescription médicale.

[13] Précitée, loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé.

[14] Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée, dont les dispositions sont désormais intégrées aux articles R. 4301 à R. 4311 du CSP puis et surtout article 7 de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, adoptée après engagement de la procédure accélérée, qui définit la pratique avancée des auxiliaires médicaux, soit « *au sein* » d'équipes de santé (notamment en établissement, mais également « *au sein* » de structures d'exercice coordonné : maisons et centres de santé, équipes de soins primaires, ou équipes pluridisciplinaires), soit « *en assistance* » à un médecin. À ce titre et sous certaines conditions (durée d'exercice, inscription professionnelle, etc.), « *les domaines d'intervention en pratique avancée, qui peuvent être définis selon une approche populationnelle et comporter […] des prescriptions de produits de santé et de prestations soumis ou non à prescription médicale obligatoire, des prescriptions d'examens complémentaires et des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales* » (Titre préliminaire : Exercice en pratique avancée (Articles L. 4301-1 à L. 4301-2) du CSP). À la date de la mission, seul un décret sur les dix prévus par la loi, a été adopté (*source* : Assemblée nationale, Profession d'infirmier - Dossiers législatifs, consulté le 30 sept. 2025).

[15] Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

1.4. Les grilles de cotation des actes professionnels ont été modifiées pour les masseurs-kinésithérapeutes à compter de 2024 et pour les infirmiers à compter de 2020

1.4.1. La mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature des actes depuis 2024 pour les masseurs kinésithérapeutes permet dorénavant d'identifier que 36 % de leurs actes portent sur la perte d'autonomie motrice ou le patient âgé

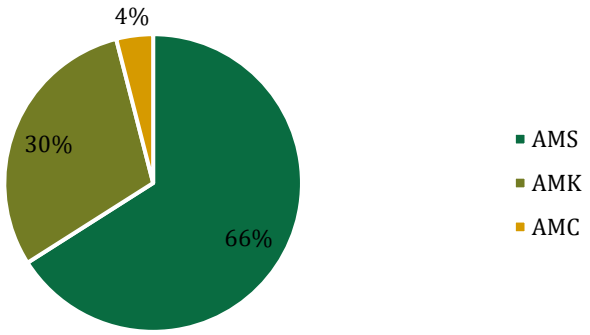
Jusqu'en 2023, le découpage de l'activité ne permettait pas de décrire précisément la nature de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes représentant 4,8 Md€ en 2023[16]**.** En effet, l'activité des masseurs kinésithérapeutes était rassemblée en seulement trois clés-actes :

- actes de masso-kinésithérapie (AMK) réalisés en cabinet ou au domicile du patient ;
- actes de masso kinésithérapie spécialisés (AMS) qui sont les actes de rééducation liés aux affections orthopédiques et rhumatologiques ;
- actes de masso kinésithérapie en milieu hospitalier ou en structure de soins (AMC).

Cette nomenclature était insuffisamment détaillée et ne permettait pas de rendre compte de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes.

En 2023, les AMS représentaient 66 % de l'activité des MK, les AMK 30 % et les AMC 4 % (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Répartition de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes en 2023 à partir des actes remboursés par l'assurance maladie (en %)



Source : SNDS.

L'avenant 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, signé le 13 juillet 2023, a introduit une nomenclature plus descriptive des actes de kinésithérapie. Ainsi, avec l'ajout de 20 clés-actes, ce sont désormais 80 actes différents qui peuvent être décrits à partir de l'association d'une lettre-clé avec un coefficient associé. Cette nouvelle cotation est en œuvre depuis le 22 février 2024. Cette évolution, si elle permet d'avoir désormais une vision plus fine de la typologie des actes réalisés et remboursés pour les effecteurs, empêche la réalisation d'une comparaison des volumes remboursés par types d'acte dans le temps, car il n'existe pas de bijection permettant de passer d'une nomenclature à une autre.

[16] Source SNDS, année 2023, France entière.

L'analyse des dix actes les plus fréquemment codés en 2024 met en évidence la prédominance de l'acte *« rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux territoires lésés (hors deux territoires ou plus du même membre ou du rachis) »*, lequel représente 27 % des actes remboursés. **Cette forte proportion suggère que les prises en charge par les masseurs-kinésithérapeutes concernent souvent des patients présentant des atteintes multiples, susceptible de traduire une perte d'autonomie motrice.**

Le deuxième acte le plus fréquent est la *« rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé »,* qui correspond à 9 % des actes. **Cette place élevée dans le classement reflète l'importance de la prise en charge du vieillissement et de ses conséquences fonctionnelles, avec pour enjeu le maintien de l'autonomie des personnes âgées assuré par les masseurs-kinésithérapeutes.**

En complément, les actes liés aux affections neurologiques (6 %) et aux rééducations du genou/jambe (6 %), du rachis lombaire (5 %) ou de l'épaule et du bras (5 %) traduisent la diversité des situations prises en charge, mêlant pathologies chroniques et séquelles traumatiques.

La mission relève toutefois que la cotation des actes demeure insuffisamment précise, en raison de formulations trop générales. Ainsi, l'acte intitulé *« rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux territoires lésés (hors deux territoires ou plus du même membre ou deux territoires ou plus du rachis) »,* qui représente à lui seul 27 % des remboursements, ne permet pas d'identifier avec exactitude les membres traités.

En outre, la mission observe un possible risque de redondance, voire de contournement, entre :

- d'une part, les intitulés précis des actes soumis à DAP et inscrits dans les référentiels (cf. tableau 1) ;
- d'autre part, des intitulés plus génériques de cotations possibles, non soumis à référentiel.

Ainsi, la rééducation de l'entorse externe récente de la cheville est soumise à référentiel tandis que la rééducation de l'affection de la cheville ou du pied est hors référentiel, laquelle représente 4 % dans les actes réalisés 2024.

Enfin, en 2024, un seul acte soumis à référentiel, et donc soumis à accord préalable, figure parmi les dix actes les plus cotés par les masseurs-kinésithérapeutes, alors que cinq d'entre eux relèvent d'actes « hors référentiel », c'est-à-dire qu'ils correspondent à une zone équivalente mais formulée de manière plus générale. Les activités de réadaptation cardiaque et respiratoire n'apparaissent pas dans ces dix actes les plus fréquents.

Tableau 2 : Répartition des dix actes des masseurs kinésithérapeutes les plus fréquents en 2024

Acte professionnel côté	Part dans les actes réalisés
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)	27 %
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	9 %
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie, notamment les affections neurodégénératives	6 %
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel)	6 %
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré (hors référentiel)	5 %
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel)	5 %
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis	5 %
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)	4 %
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune Acte soumis à référentiel	3 %
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel)	2 %
Autres (moins de 2 % pour chaque type d'acte)	27 %
Total	**100 %**

Source : SNDS, France, actes enregistrés selon la nouvelle nomenclature des actes de masso-kinésithérapie[17]

1.4.2. La nomenclature des actes infirmiers a été profondément modifiée avec l'introduction de forfaits intégrant la prise en charge de la dépendance

Depuis 2020, la grille de cotation des infirmiers a évolué avec l'instauration des forfaits liés à la dépendance, afin de mieux rendre compte de l'ensemble des prises en charge liées à la dépendance et des besoins des patients. Ces forfaits englobent l'ensemble des actes relevant de la compétence infirmière et associés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, alors que certaines de ces interventions n'étaient auparavant pas couvertes par un acte infirmier coté.

Sur le plan conventionnel, l'avenant n° 6 à la convention nationale des infirmiers libéraux, signé le 29 mars 2019, a formellement instauré le bilan de soins infirmiers (BSI), mis en place progressivement à partir du 1er janvier 2020 pour les patients dépendants âgés de 90 ans et plus (cf. encadré 1). Ce bilan, réalisé par l'infirmier, aboutit à l'élaboration d'un plan de soins infirmiers adossé à des forfaits journaliers tenant compte du niveau de dépendance du patient (légère, intermédiaire ou lourde). L'avenant n° 8, signé le 9 novembre 2021, a ensuite abaissé le seuil d'âge à 85 ans à compter de septembre 2022. Enfin, le dispositif a été généralisé à l'ensemble des patients dépendants, quel que soit leur âge, à partir d'avril 2023, avec une facturation effective à compter du 3 octobre 2023.

[17] Ces actes sont identifiés dans le SNDS via le croisement de la nature de la prestation de référence et du coefficient de l'acte. Ce croisement permet, selon la documentation du *Health Data Hub*, d'identifier les actes de la NGAP.

Depuis le 1er janvier 2024, la cotation des actes infirmiers de soins (AIS), correspondant aux actes de *nursing*, n'est plus possible pour les patients relevant d'un forfait dépendance et ne subsistent plus que de façon résiduelle (cf. *infra*), dans des situations hors dépendance : elle a été en pratique remplacée par le BSI et les forfaits associés.

Encadré 1 : Le bilan de soins infirmiers (BSI)

La réalisation d'un bilan de soins infirmiers (BSI) constitue désormais un préalable obligatoire à toute facturation de soins dispensés à domicile aux patients dépendants. Ce bilan permet à l'infirmier d'évaluer l'état de santé du patient et d'établir un plan de soins infirmiers transmis au médecin prescripteur par téléservice. Depuis la généralisation du dispositif, la facturation des soins de dépendance ne s'effectue plus à l'acte mais sous la forme de trois forfaits journaliers :

- forfait journalier de prise en charge légère (13 €) ;
- forfait journalier de prise en charge intermédiaire (18,20 €) ;
- forfait journalier de prise en charge lourde (28,70 €).

La prescription des soins pour dépendance peut être réalisée sur ordonnance libre, sans qu'il soit nécessaire de prescrire explicitement un BSI, dès lors que la mention d'une prise en charge infirmière d'un patient dépendant figure sur l'ordonnance. La saisie du BSI, accessible via le téléservice Ameli Pro avec la carte CPS du professionnel, permet de déterminer le niveau de forfait applicable. Le médecin dispose alors d'un délai de cinq jours pour émettre son avis sur le plan de soins. L'infirmier ajuste, le cas échéant, le contenu du BSI avant de le clôturer afin de le transmettre à l'assurance maladie et déclencher la facturation du forfait adapté.

Le BSI a une durée de validité d'un an. Son renouvellement suppose une nouvelle prescription médicale annuelle, mais l'infirmier peut, si l'évolution clinique du patient le justifie, réaliser un ou deux BSI intermédiaires au cours de l'année sans prescription supplémentaire. Un BSI initial correspond au code DI avec un coefficient de 2,5, ce qui entraîne une facturation de 25 € à l'assurance maladie.

Depuis le 1er janvier 2024, il n'est plus possible de facturer des actes infirmiers de soins (AIS) pour les patients relevant du BSI. Seuls certains actes techniques, inscrits sous la nomenclature AMX, peuvent être associés à la prise en charge forfaitaire.

Source : Ameli, Bilan de soins infirmiers (BSI) : un téléservice dédié, accédé le 30 sept. 2025.

Par ailleurs, les indemnités de déplacement ont été également revalorisées en octobre 2023 à hauteur de 10 % pour une application au 1er janvier 2024.

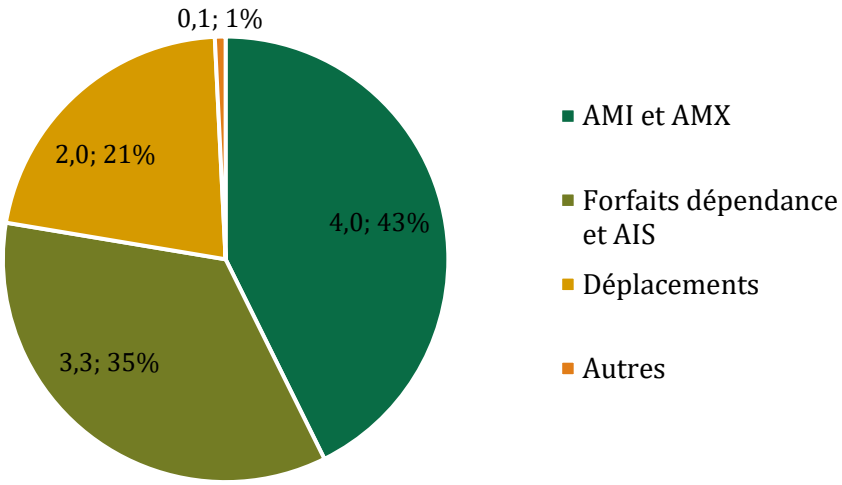
Ces évolutions permettent, en 2024, de mesurer pour la première fois en année pleine les effets conjoints du déploiement du BSI et de la mise en place des forfaits dépendance. Elles conduisent à distinguer désormais deux grandes catégories dans l'activité infirmière :

- les actes techniques, réalisés soit auprès de patients non dépendants, soit auprès de patients dépendants intégrés dans un BSI (AMX) ;
- les forfaits de dépendance, issus de l'évaluation du BSI.

Ainsi, en 2024, les remboursements de l'assurance maladie au titre des actes infirmiers se sont élevés à 9,4 milliards d'euros[18] (cf. graphique 2) répartis comme suit :

- 42,7 %, soit 4,0 Md€, concernaient les actes techniques infirmiers hors dépendance (actes médico-infirmiers, AMI) et aux actes techniques réalisés chez un patient dépendant ayant un bilan de soins infirmiers (AMX) ;
- 34,9 %, soit 3,3 Md€, concernaient les actes infirmiers de soins (AIS), les bilans de soins infirmiers (BSI) et les forfaits dépendance issus du bilan de soins infirmiers (BSA, BSB, BSC)[19] ;
- 21,6 %, soit 2,0 Md€, relevaient des déplacements ;
- 0,8 %, soit 72,5 M€, portaient sur les autres actes infirmiers.

Graphique 2 : Types d'actes remboursés par l'assurance maladie pour les IDE en 2024 (en Mds€ et part du total des remboursements en %)



Source : SNDS, France.

Encadré 2 : Infirmiers et masseurs kinésithérapeutes dans le SNDS

Les données traitées par la mission concernant les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes ont été extraites du SNDS en appliquant les filtres suivants :

- les données sont issues de la table centrale des prestations et portent uniquement sur les soins de ville ;
- seules les prestations exécutées par des professionnels de santé libéraux non médecins sont étudiées ;
- les patients ayant un âge ou un sexe invalide sont exclus ;

[18] Source : SNDS et pôle science des données de l'inspection générale des finances

[19] La réalisation d'un BSI conduit à la réalisation d'un plan de soins avec l'attribution par l'assurance maladie d'un forfait journalier en fonction du degré de dépendance : prise en charge légère (BSA), prise en charge intermédiaire (BSB) et prise en charge lourde (BSC).

- les actes transmis pour information sont exclus conformément aux recommandations du Health Data Hub et de la CNAM ;
- le dénombrement de la quantité de prestations (visites et consultations) est réalisé en excluant les actes correspondant à des majorations et des compléments conformément aux recommandations de la CNAM.

Le chiffrage des montants correspond à celui des **montants remboursés** afin de refléter le coût supporté par l'assurance maladie. La date associée à chaque remboursement est la **date d'exécution de la prestation**. La territorialisation est effectuée à partir de l'adresse du cabinet principal du professionnel de santé.

Afin de valider l'approche retenue, la mission a comparé les chiffres des honoraires (qui représentent les montants payés par les patients) extraits du SNDS à ceux mis à disposition dans la rubrique « Professionnels de santé libéraux – montant des honoraires » par l'assurance maladie[20].

Les résultats apparaissent proches, avec en moyenne un écart de 2 %, ce qui conforte les choix méthodologiques réalisés par la mission dans l'exploitation du SNDS. Les différences constatées peuvent être liées au fait que l'assurance maladie présente généralement les données en date de remboursement tandis que la mission se base sur la date d'exécution de la prestation.

Tableau 3 : Comparaison des honoraires pour les infirmiers

Année	Honoraires Assurance Maladie (Md €)	Honoraires mission (Md €)
2021	9,74	9,89
2022	9,86	9,71
2023	9,81	9,64
2024	10,32	10,10

Sources : Assurance Maladie et SNDS calculs : pôle Science des données.

Tableau 4 : Comparaison des honoraires pour les masseurs kinésithérapeutes

Année	Honoraires Assurance Maladie (Md €)	Honoraires mission (Md €)
2021	5,98	5,85
2022	6,13	5,99
2023	6,57	6,46
2024	6,99	6,86

Sources : Assurance Maladie et SNDS, calculs : pôle Science des données.

Source : pôle Science des données de l'IGF

[20] https://data.ameli.fr/explore/dataset/honoraires-detailles (consulté le 10/10/2025).

2. La progression des remboursements de l'assurance maladie pour les actes de masso-kinésithérapie et de soins infirmiers s'explique principalement par un effet volume

Sur la période récente, les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie ont progressé à un rythme supérieur à celui de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) exécuté entre 2010 et 2023. Cette évolution traduit avant tout un effet volume, qui peut être lié à la dynamique de prescription médicale, qui peut elle-même traduire des évolutions démographiques (vieillissement) voire épidémiologiques.

Toutefois, certaines professions disposent d'une marge d'autonomie susceptible d'influer sur les volumes d'actes (cf. *supra*). Les kinésithérapeutes peuvent déterminer le nombre de séances à réaliser à partir de la prescription médicale, tandis que les infirmiers, depuis l'intégration des forfaits de dépendance issus du BSI, bénéficient d'une latitude dans la définition du forfait de prise en charge, sous validation médicale[21]. Ces éléments introduisent ainsi une part d'incertitude dans la lecture de la prescription médicale et invitent à examiner, dans la partie suivante, le rôle des dynamiques territoriales et de densité professionnelle dans l'intensité du recours aux soins.

2.1. Depuis 2021, la progression des remboursements de l'assurance maladie pour les actes infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes s'explique avant tout par un effet volume

Entre 2010 et 2023, la trajectoire des honoraires infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes a progressé plus vite que l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) exécuté pour les soins de ville (*cf. supra,* Annexe I, panorama de la dépense).

Sur la période 2021 à 2024, les remboursements par l'assurance maladie ont progressé respectivement de 1,7 % pour les infirmiers libéraux et de 14,6 % pour les masseurs-kinésithérapeutes (cf. tableau 5), avec un taux d'évolution annuel de 3 % entre 2023 et 2024 pour les infirmiers (cf. explications *supra* au point 3.1.1.2) et de 5 % pour les masseurs-kinésithérapeutes (après 7 % entre 2022 et 2023).

Cette évolution contraste avec la dynamique antérieure : la relative stabilité des remboursements des actes infirmiers sur la période 2021 à 2024 fait suite à une forte croissance entre 2019 et 2021, largement liée au contexte de la crise sanitaire. Selon les données des comptes de la sécurité sociale[22], les honoraires des infirmiers libéraux du régime général avaient en effet progressé de 4,5 % en 2019, de 8,4 % en 2020 et de 8,2 % en 2021. Les remboursements des actes de masso-kinésithérapie- ont connu une dynamique différente des actes infirmiers. Les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes en 2019 ont augmenté de 3,2 % par rapport à 2018 puis ont baissé de 11,2 %, reflétant un recul d'activité pendant la période de crise sanitaire. Leurs honoraires augmentent ensuite de 20 % en 2021, pouvant s'expliquer par un rattrapage d'activité.

[21] Cette validation est tacite au bout de 5 jours

[22] Honoraires paramédicaux régime général (y compris affiliés RSI), commission des comptes de la sécurité sociale

Tableau 5 : Évolution des remboursements des actes des infirmiers et des masseurs-kinésithérapeutes libéraux entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024 (en %)
Remboursements des actes IDE par l'assurance maladie (en Md€)	9,2	9,0	8,9	9,4	+ 1,7 %
Remboursements des actes MK par l'assurance maladie (en Md€)	4,4	4,5	4,8	5,1	+ 14,6 %

Source : SNDS, France.

La mission a pu réaliser une décomposition des effets prix et des effets volume entre 2021 et 2024, à partir des données du SNDS[23] (cf. encadré 3).

Encadré 3 : Décomposition volume-prix

La décomposition volume prix effectuée par la mission est similaire à celle réalisée par la DREES dans les comptes de la santé[24]. Cette méthode de référence est employée par les institutions en charge de la comptabilité nationale[25].

Une telle décomposition est nécessaire afin d'étudier les dynamiques de la dépense. Celle-ci peut en effet évoluer en raison de trois phénomènes distincts : une variation des volumes, une variation des prix ou une déformation de la structure de la consommation.

La décomposition se base d'une part sur la mesure de l'évolution du volume au travers d'un indice de Laspeyres, qui dépend uniquement des prix de l'année de référence :

$$I_{volume} = \frac{\sum_i q(i,t) * p(i,t-1)}{\sum_i q(i,t-1) * p(i,t-1)}$$

Et d'autre part sur l'évolution des prix au travers d'un indice de Paasche, qui dépend des prix aux dates, et de la quantité à l'année *t* :

$$I_{prix} = \frac{\sum_i q(i,t) * p(i,t)}{\sum_i q(i,t) * p(i,t-1)}$$

Où *i* désigne ici un acte réalisé en date *t* en quantité *q(i,t)* à un prix *p(i,t)*.

Cette méthode de décomposition permet d'isoler un effet prix indépendant des changements de la structure des actes réalisés au cours de l'année par rapport à l'année précédente. Cette combinaison d'un indice de Laspeyres et d'un indice de Paasche permet de retrouver l'évolution de la valeur :

$$\frac{Valeur(t)}{Valeur(t-1)} = I_{prix} * I_{volume}$$

L'indice de prix est dit « à qualité constante » et ne reflète pas l'évolution du prix moyen des actes réalisés. **Il reflète en revanche une évolution « pure » des prix en considérant que le panier d'actes réalisé est resté stable dans le temps.**

Les changements de structure, appelés « effet qualité », sont capturés par l'indice de volume. **L'indice de volume combine dès lors deux composantes : un effet quantité (l'évolution du nombre d'actes) et un effet qualité (la déformation de la consommation des actes vers des actes plus ou moins onéreux).**

Source : pôle Science des données de l'IGF

[23] Le pôle science des données de l'IGF bénéficie d'un accès aux données SNDS sur la période 2021-2025.

[24] « Le partage volume et prix dans les comptes de la santé », Annexe 4 des Résultats des comptes nationaux de la Santé, édition 2025, 8 p.

[25] « Le partage volume prix », système français de comptabilité nationale (Lorraine Aeberhardt et Claire Bidault, Insee, mai 2018), 202 p.

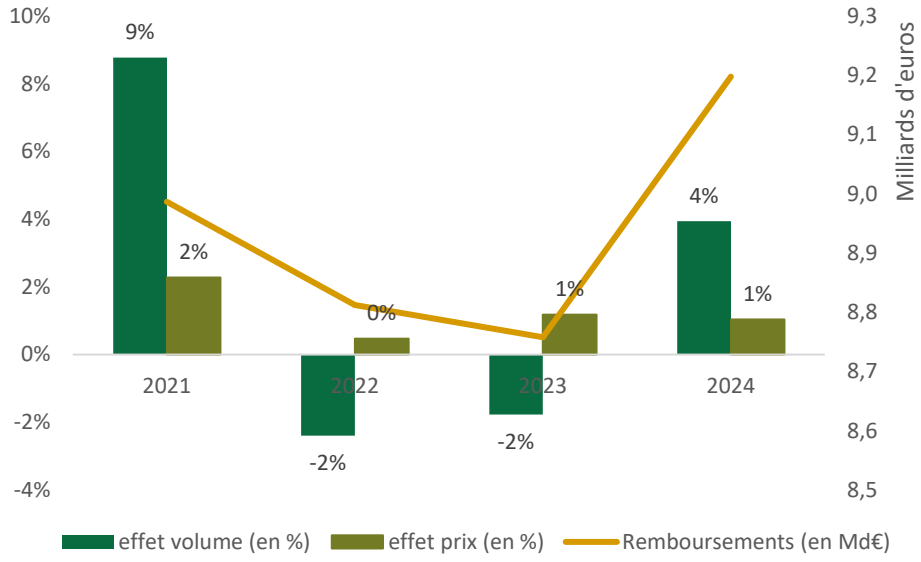
La décomposition entre effet prix et effet volume sur la hausse des remboursements de l'assurance maladie depuis 2021[26] montre que cette progression est principalement imputable à un effet-volume.

Ainsi, l'évolution des remboursements des actes des infirmiers libéraux sur la période observée s'explique quasi exclusivement par un effet volume (cf. graphique 3). Celui-ci est particulièrement marqué en 2021 (9 %), en lien avec la période Covid, puis connaît une baisse en 2022 et 2023, témoignant d'une normalisation de la prise en charge après la crise sanitaire (-2 %), avant de repartir à la hausse en 2024 (4 %).

Sur la même période, l'effet prix reste marginal : il est de 2 % en 2021, nul en 2022 et légèrement positif en 2023 et 2024 (1 %). L'existence d'effet prix positif peut s'expliquer par des revalorisations de nomenclature, c'est le cas en 2024 avec la hausse de 10 % des indemnités de déplacement. Pour les années 2021, 2023 et 2024 concernées par un effet prix positif, celui-ci pourrait s'expliquer par les facteurs suivants :

- une augmentation des compléments d'actes, entrainant une légère déformation des prix des prestations de référence[27] ;
- un effet géographique, résultant d'une hausse de la part des actes réalisés en outre-mer où les tarifs de la nomenclature sont plus élevés.

Graphique 3 : Évolution des remboursements des actes de soins infirmiers et décomposition des effets volume et effets prix entre 2021 et 2024



Source : SNDS, France.

S'agissant des remboursements des actes de masso-kinésithérapie, l'effet prix est nul sur l'ensemble de la période 2021-2023, la progression étant portée exclusivement par l'effet volume (cf. graphique 4) :

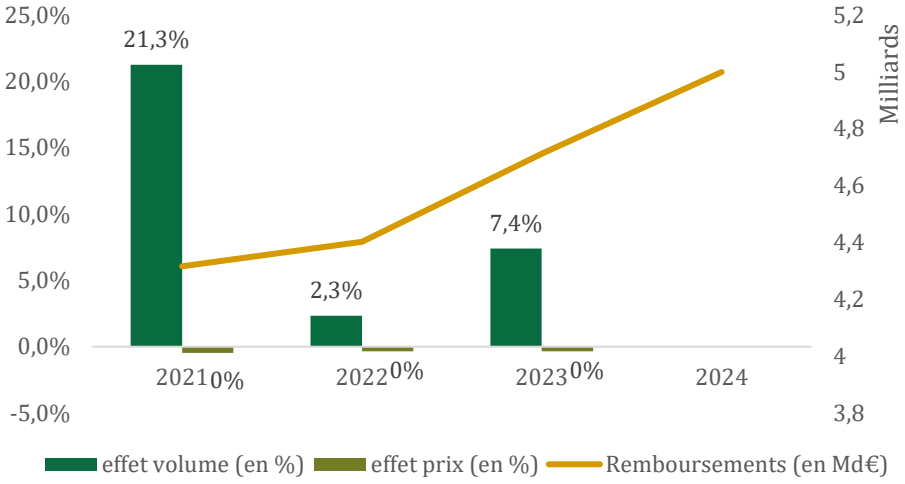
- 21,3 % en 2021, du fait d'un rattrapage d'activité après la période Covid ;
- 2,3 % en 2022 ;
- 7,4 % en 2023.

[26] Accessibilité des données SNDS limitée aux exercices postérieurs à 2020.

[27] Cet effet structure ne serait pas mesuré dans l'effet volume, la décomposition volume-prix étant réalisée au niveau des prestations de référence (qui représentent les actes déclencheurs des paiements).

Pour 2024, la décomposition entre effet prix et effet volume n'a pas été réalisée en raison du changement de grille de cotation des actes, les remboursements progressent néanmoins de 5,0 % par rapport à 2023.

Graphique 4 : Évolution des remboursements des actes de masso-kinésithérapie entre 2021 et 2024 et décomposition des effets volume et effets prix entre 2021 et 2023



Source : SNDS, France.

2.2. Les montants des actes de masso-kinésithérapie remboursés par l'assurance maladie ont augmenté de 14,6 % entre 2021 et 2024, la nomenclature des actes peu descriptive ne permettant pas d'analyser finement l'évolution sur l'ensemble de la période

Sur la période 2021à 2024, les actes de masso-kinésithérapie remboursés par l'assurance maladie ont progressé de 14,6 %. En raison d'un changement de nomenclature des actes en 2024, la mission a analysé cette progression par lettre-clés entre 2021 et 2023.

Les différentes clés acte ont connu des progressions différenciées (cf. tableau 6) :

- les AMS ont augmenté de 11 % mais représentent 75 % de la progression totale ;
- les AMK ont progressé de 6 % mais représentent 22 % de cette évolution ;
- les AMC ont augmenté de 7 % mais ne participent qu'à hauteur de 3 % à l'évolution totale des remboursements des actes MK par l'assurance maladie sur la période.

Les AMS, correspondant aux rééducations en lien avec les affections orthopédiques et rhumatologiques ont connu la plus forte progression sur la période. En raison d'une nomenclature peu précise, ces évolutions ne permettent pas à elles seules de décrire une évolution de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes sur la période analysée.

Tableau 6 : Évolution de la répartition des actes, hors majorations, des masseurs-kinésithérapeutes remboursés par l'assurance maladie entre 2021 et 2023

Type d'actes	2021	2022	2023	Évolution 2021-2023	Contribution à l'évolution
AMC	165 208 320	166 531 037	177 509 979	7 %	3 %
AMK	1 347 016 369	1 381 600 267	1 433 010 425	6 %	22 %
AMS	2 804 272 758	2 854 133 928	3 101 541 389	11 %	75 %
Total	**4 316 497 447**	**4 402 265 232**	**4 712 061 793**	**9 %**	**100 %**

Source : SNDS, France, actes hors majorations.

2.3. Entre 2021 et 2024, les montants des actes de soins infirmiers remboursés par l'assurance maladie n'ont progressé que de 1,7 %, mais la hausse atteint 4,7 % entre 2023 et 2024, tirée par la montée en charge des forfaits dépendance issus du BSI

Sur la période 2021-2024, les actes de soins infirmiers remboursés par l'assurance maladie ont progressé de 1,7 %, mais de 4,7 % entre 2023 et 2024 principalement tirés par la montée en charge des forfaits de dépendance issus du BSI (cf. graphique 5et cf. graphique 6) :

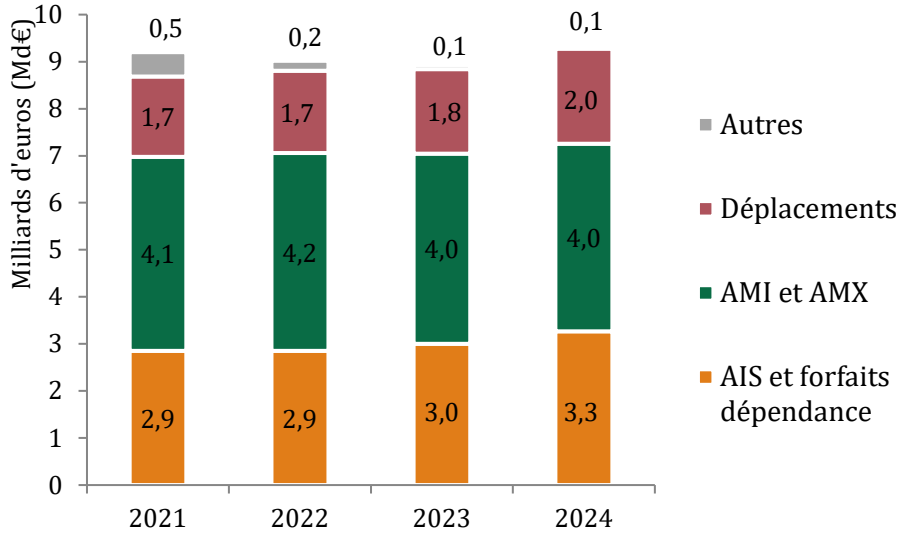
- les actes de *nursing* ou de prise en charge de la dépendance comprenant les actes infirmiers de soins, le BSI et les forfaits BSA, BSB et BSC ont progressé de 14,5 % entre 2021 et 2024, et s'élèvent à 3,3 Md€ en 2024 ;
- les actes techniques, regroupant les AMI et les AMX[28]ont reculé de 3,3 % et représentent 3,9 Md€ en 2024. Au sein des actes techniques, les AMX, soins techniques sur patients dépendants, progressent de 119,9 % mais représentent une part réduite des remboursements totaux (5 % en 2024) tandis que les AMI sont en recul de 9,6 % ;
- les remboursements liés aux déplacements ont progressé de 18,2 % sur la période et de 12,3 % entre 2023 et 2024, ce qui est cohérent avec la revalorisation de 10,0 % des indemnités de déplacement au 1er janvier 2024. Ces remboursements s'élèvent à 2,0 Md€ en 2024.

Toutefois, l'analyse de ces évolutions reste complexe du fait de l'introduction de nouveaux actes (BSI, BSA, BSB, BSC) reposant sur une logique forfaitaire plutôt que sur une cotation ponctuelle. La comparaison entre anciens actes et nouveaux forfaits demeure délicate, d'autant plus que ces derniers couvrent désormais des situations qui n'étaient parfois pas prises en compte dans la nomenclature AIS et pourraient également avoir bénéficié d'effets de transferts d'actes AMI, ce que la mission n'a pas expertisé. Parallèlement, la nomenclature des actes techniques a été révisée, avec le remplacement progressif des AMI par les AMX, destinés aux soins techniques réalisés auprès de patients dépendants ayant bénéficié d'un BSI.

[28] Ils représentent 12 % des actes techniques en 2024.

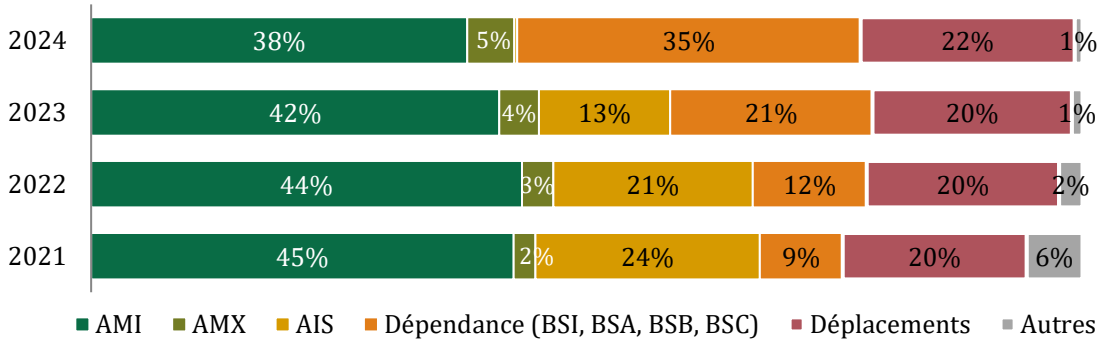
Ainsi l'analyse entre 2021 et 2024 met en évidence une évolution liée aux changements de nomenclature (cf. graphique 6) : l'instauration du BSI à compter du 1er janvier 2020 pour les patients dépendants âgés de 90 ans et plus, son élargissement à 85 ans à compter de septembre 2022 et enfin sa généralisation à l'ensemble des patients dépendants, quel que soit leur âge, à compter du 3 octobre 2023 (cf. *supra*). Les actes infirmiers de soins qui représentaient ainsi 24 % des remboursements de l'assurance maladie en 2021, ont progressivement été remplacés par forfaits dépendance. En 2023, l'ensemble constitué des actes infirmiers de soins et des forfaits dépendance atteignait 3,0 Md€ de remboursements. La généralisation du BSI en octobre 2023, dont l'effet en année pleine se traduit en 2024, conduit à une augmentation de 8,7 % portant le montant total à 3,3 Md€. Enfin les AMX, correspondant aux AMI sur patients dépendants sont passés de 2 % des remboursements en 2021 à 5 % en 2024.

Graphique 5 : Évolution des remboursements de l'assurance maladie pour les actes infirmiers entre 2021 et 2024



Source : SNDS, France.

Graphique 6 : Évolution de la décomposition des remboursements par l'assurance maladie des actes IDE entre 2021 et 2024



Source : SNDS, France.

3. L'évolution des remboursements met en évidence une intensification du recours pour les masseurs-kinésithérapeutes et une augmentation des remboursements moyens par patient pour les infirmiers

3.1. Les effectifs d'infirmiers et de masseurs kinésithérapeutes ont augmenté depuis 2012 avec une concentration sur le mode d'exercice libéral tandis que les inégalités de répartition territoriale demeurent marquées

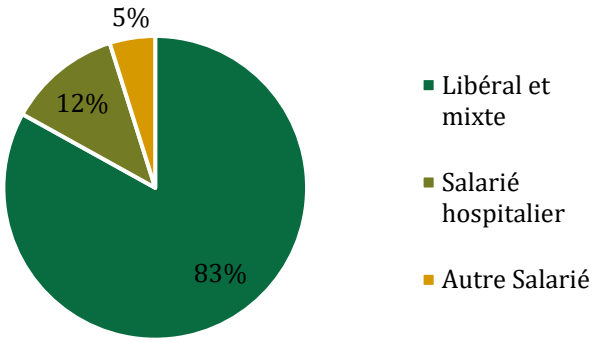
Les effectifs d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes ont progressé depuis 2012, avec une orientation croissante vers l'exercice libéral et une intensification du nombre d'actes réalisés par patient s'agissant des masseurs-kinésithérapeutes.

3.1.1.1. Les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes ont augmenté de 53 % entre 2012 et 2024 et se sont davantage concentré sur l'exercice libéral, tandis que le nombre moyen d'actes par patient s'est accru

S'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, selon les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), issues du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 104 231 masseurs kinésithérapeutes exerçaient en 2024, soit une progression de 53 % depuis 2012 (68 200 professionnels). Leur mode d'exercice se répartissait comme suit en 2024 (cf. graphique 7) :

- 83 % en libéral ou mixte[29], contre 80 % en 2012 ;
- 12 % en salariat hospitalier, contre 17 % en 2012 ;
- 5 % en autre salariat, contre 4 % en 2012.

Graphique 7 : Répartition du mode d'exercice des masseurs kinésithérapeutes en 2024

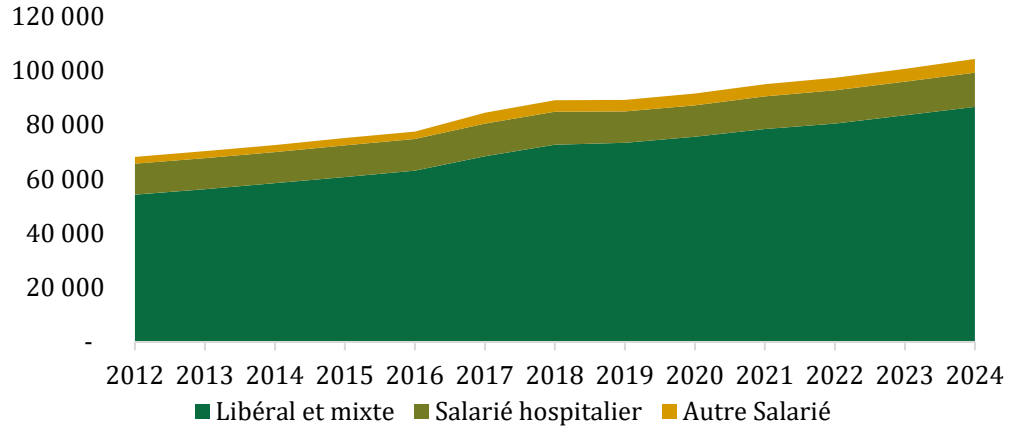


Source : Données DREES issues du répertoire RPSS pour 2024.

Ainsi l'exercice libéral ou mixte est le mode d'exercice qui a le plus progressé (3 points), principalement au détriment du salariat hospitalier sur la période (-5 points). **Par ailleurs, le mode d'exercice libéral ou mixte concentre 90 % de l'évolution du nombre de professionnels sur la période.** Le nombre de masseurs-kinésithérapeute exerçant en libéral a augmenté de 60 % entre 2012 et 2024.

[29] Les données ADELI sur les effectifs des masseurs kinésithérapeutes selon leur mode d'exercice entre 2012 et 2016 ne permettent pas de différencier l'exercice mixte de l'exercice libéral. À partir de 2017, les données RPPS distinguent ce mode d'exercice et l'évaluent à 3 % en 2024 (proportion identique à 2017).

Graphique 8 : Évolution du nombre de masseurs kinésithérapeutes entre 2012 et 2024 en fonction du mode d'exercice



Source : Données DREES issues du répertoire RPPS pour la période 2017-2024 et ADELI pour la période 2012 à 2016

Cette évolution rapide s'explique en partie par une progression des professionnels formés hors de France. Selon le rapport 2024 *Démographie des masseurs-kinésithérapeutes* de l'observatoire de la démographie du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au 1er janvier 2024 :

- 32 574 masseurs-kinésithérapeutes inscrits en France sont titulaires d'un diplôme obtenu hors France, soit 30,8 % des inscrits au tableau, alors qu'ils étaient 23 728, soit 26,1 %, en 2020 ;
- 95,8 % des diplômés hors France ont un diplôme belge, espagnol, allemand, portugais, roumain ou polonais ;
- 21 542 sont de nationalité française soit 66,1 % des diplômés hors France.

Enfin, le nombre de professionnels inscrits au tableau entre le 1er janvier 2020 et le 1er janvier 2024 progresse plus vite pour ceux diplômés hors de France. En effet, le nombre d'inscrits diplômés hors de France a progressé de 37,3 % tandis que les professionnels inscrits et diplômés titulaire d'un diplôme d'Etat français a augmenté de 8,9 % sur la même période.

Cette progression de l'offre s'est accompagnée d'une progression des remboursements. Sur la période 2021-2024, les remboursements de l'assurance maladie liés aux actes de masso-kinésithérapie[30] ont enregistré une progression de 14,6 %, tandis que le nombre de patients pris en charge par praticien reste stable avec 210 patients pris en charge en moyenne par praticien en 2023 (cf. tableau 7).

En analysant cette progression à partir des données du système national des données de santé hors Corse et départements d'outre-mer, l'évolution sur la période des remboursements de l'assurance maladie atteint 16,0 % (cf. tableau 8). Cette hausse s'est accompagnée des évolutions suivantes :

- **une augmentation du nombre moyen d'actes par patient** de 3,5 %, passant de 18,8 en 2021 à 19,4 en 2024 ;
- **une baisse du nombre moyen de patients pris en charge par masseur-kinésithérapeute,** qui a diminué de 0,5 %, passant de 206,1 en 2021 à 204,6 en 2024 ;
- **une hausse du nombre de masseurs-kinésithérapeutes de 10,5 %**, passant de 78 363 professionnels en exercice libéral à 86 574 sur la période.

[30] Dans plus de 99% des cas, une prestation dans le SNDS correspond à un acte unique, la prestation pouvant s'entendre comme une séance de prise en charge

La hausse des remboursements observée sur la période étudiée provient donc à la fois d'une augmentation de l'offre, engendrant une forme de demande induite, et d'une intensification du recours, mesurée par l'augmentation du nombre d'actes par patient.

Tableau 7 : Évolution des remboursements, des effectifs et du nombre de patients pris en charge par masseur-kinésithérapeute entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024
Remboursements des actes des MK par l'assurance maladie (Md€)	4,4	4,5	4,8	5,1	+ 14,6 %
Nombre de MK en libéral (mixte ou exclusif)	78 363	80 417	83 487	86 574	+ 10,5 %
Nombre de patients pris en charge par MK	210	213	210	Non disponible	0,0 %[31]

Source : SNDS et DREES pour le nombre de masseurs-kinésithérapeutes, assurance maladie pour le nombre de patients pris en charge par masseur-kinésithérapeute.

Tableau 8 : Évolution des remboursements, des effectifs et du nombre moyen de patients pris en charge et du nombre moyen d'actes par patient par masseur-kinésithérapeute hors Corse et départements d'outre-mer entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024
Remboursements des actes des MK par l'AM (Md€)	4,0	4,1	4,4	4,7	+ 16,0 %
Nombre de MK en libéral (mixte ou exclusif)	77 191	78 611	81 680	85 202	+ 10,4 %
Nombre moyen de patients pris en charge par MK	200,3	202,6	200,5	199,2	- 0,5 %
Nombre moyen d'actes par patient	18,8	18,6	19,3	19,4	+ 3,5 %

Source : SNDS et DREES pour le nombre de masseurs-kinésithérapeutes.

3.1.1.2. Malgré la diminution des effectifs d'infirmiers libéraux entre 2023 et 2024[32], la progression récente des remboursements semble indiquer un effet de nomenclature sur les prises en charge

S'agissant des infirmiers, entre 2013 et 2021, leurs effectifs ont augmenté de 54 283 professionnels, soit une progression de 10 %. L'exercice libéral ou mixte a concentré 40 % de cette hausse, alors qu'il ne représentait que 16 % des modes d'exercice en 2021. Sur la période, les effectifs infirmiers en libéral ou en mixte ont ainsi progressé de 29 %, contre seulement 7 % pour ceux du secteur salarié[33].

En 2021, 84 % des infirmiers sont salariés[34], tandis que l'exercice libéral ou mixte[35] ne représente que 16 % des effectifs (cf. graphique 9).

[31] Évolution entre 2021 et 2023.

[32] Hors Corse et Outre-mer

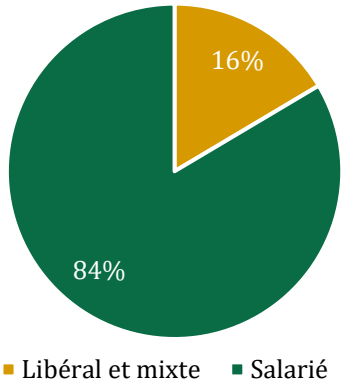
[33] La DREES permet l'accès à la base tous salariés (BTS) de l'INSEE pour les infirmiers salariés et aux données du système national des données de santé (SNDS) pour l'exercice libéral. Les données SNDS incluent également les cas d'exercices mixtes, qui représentaient 3 % des infirmières en 2021. La base BTS de l'INSEE couvrant la période 2013 à 2021, la mission n'a pu établir l'évolution des effectifs infirmiers pour chacun des modes d'exercice que pour cette période.

[34] Le mode d'exercice salarié prend en compte l'hôpital public (57 %) ou privé (19 %), le secteur médico-social public (4 %) ou privé (8 %), et autre secteur public (5 %) ou privé (8 %).

[35] Dans cette catégorie des données SNDS est pris en compte l'exercice libéral exclusif, l'exercice mixte libéral et salarié ou libéral et hospitalier à temps partiel et les infirmiers interdits d'exercer.

Sur la période 2021 à 2023, le nombre de professionnels exerçant en libéral s'est stabilisé, passant de 98 631 infirmiers à98 854, soit une hausse de 0,2 % (cf. tableau 9). A partir des données du SNDS, le nombre d'infirmiers libéraux décroit légèrement entre 2023 et 2024, hors Corse et Outre-mer (cf. *supra*).

Graphique 9 : Répartition du mode d'exercice des infirmiers diplômés d'État en 2021



Source : DREES à partir de la BTS pour les IDE salariés et SNDS pour l'exercice libéral ou mixte

Sur la période 2021-2024, les remboursements de l'assurance maladie liés aux actes infirmiers ont enregistré une progression de 1,7 % avec une hausse marquée de 4,7 % entre 2023 et 2024 (cf. tableau 9).

Si les données de 2021 et 2022 peuvent présenter des atypies, liées à l'intégration des prises en charge en lien avec la crise sanitaire (notamment la vaccination), correspondant à des interventions plus ponctuelles ayant temporairement accru le nombre de patients par infirmier[36], la mission a concentré son analysé sur la période 2023 à 2024. Celle-ci se caractérise par deux évolutions : la généralisation à compter d'octobre 2023 des forfaits dépendance à tout âge et la revalorisation de 10 % des forfaits déplacement à partir du 1er janvier 2024. Les analyses menées *supra (*cf. graphique 3) indiquent que la progression observée entre 2023 et 2024 est principalement imputable à un effet volume, incluant un effet structure, estimé à 4 % tandis que l'effet prix demeure limité à environ 1 %.

Ainsi, entre 2023 et 2024, la mission met en évidence les effets suivants (hors Corse et départements d'outre-mer) :

- **une augmentation des remboursements des actes par l'assurance maladie de 5,0 %,** passant de 8,1 à 8,5 Md€ ;
- **dont une augmentation des remboursements moyens par patient de 6,6 % ;**
- **une baisse du nombre moyen d'épisodes de prise en charge[37] par patient de 3,5 % ;**
- **une contraction du nombre moyen de patients pris en charge par infirmier 0,8** % et de 1,5 % du nombre total de patients uniques pris en charge au moins une fois dans l'année passant de 13,7 à 13,5 millions de patients ;
- **un recul du nombre d'infirmiers libéraux de 0,5 %.**

[36] Les données en accès libre de l'assurance maladie indiquent au niveau France entière que le nombre de patients par IDEL était de 230 en 2019 et de 259 en 2020, la mission n'a pas pu reproduire ces analyses à partir du SNDS en raison d'un accès limité aux années 2021-2024.

[37] Un épisode de prise en charge peut correspondre à plusieurs actes sur un même temps de soins, la séquence de prise en charge est déterminée à partir du décompte des actes de référence

Ainsi, les premières analyses sur la période 2023-2024 montrent que les infirmiers libéraux, moins nombreux, prennent en charge un nombre légèrement plus restreint de patients, selon un rythme de suivi moins intensif, tandis que les remboursements de l'assurance maladie progressent, portés par une hausse du remboursement moyen par patient. Si l'observation d'une évolution d'une année sur l'autre doit être interprétée avec prudence, la mission relève que le changement de nomenclature, notamment la généralisation, à compter d'octobre 2023, du BSI à l'ensemble des classes d'âge, pourrait induire un effet de concentration de file active, lié à une meilleure valorisation de la prise en charge par patient à travers les forfaits dépendance.

Tableau 9 : Évolution des remboursements des actes des infirmiers libéraux par l'assurance maladie, de leurs effectifs et du nombre de patients pris en charge par IDEL entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024	Évolution 2023-2024
Remboursements des actes des IDE par l'assurance maladie (en Md€)	9,1	9,0	9,0	9,4	+ 1,7 %	+ 4,7 %
Nombre de IDE en libéral (mixte ou exclusif)	98 631	99 171	98 854	Non applicable (N.A.)	+ 0,2 %[38]	N.A.
Nombre de patients pris en charge par IDE	351	342	256	N.A.	- 27 %[39]	N.A.

Source : SNDS et DREES pour le nombre d'infirmiers diplômés d'État, assurance maladie pour le nombre de patients pris en charge par infirmier libéral.

Tableau 10 : Évolution des remboursements des actes des infirmiers libéraux par l'assurance maladie, de leurs effectifs et du nombre de patients pris en charge par infirmier hors Corse et outre-mer entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024	Évolution 2023-2024
Remboursements des actes des IDEL par l'assurance maladie (Md€)	8,1	8,1	8,1	8,5	+ 4,1 %	+ 5,0 %
Remboursements moy. par patient (€)	226,3	247,4	324,6	346,0	+ 52,9 %	+ 6,6 %
Nombre d'IDEL en libéral (mixte ou exclusif)	95 914	96 585	96 480	95 950	0,0 %	- 0,5 %
Nombre moy. de patients pris en ch. par IDEL	366,7	336,5	257,8	255,6	- 30,3 %	- 0,8 %
Nombre moy. d'épisodes de prise en charge par patient	22,6	24,5	30,6	29,5	+ 30,8 %	- 3,5 %
Nombre de patients uniques pris en charge (en millions)	20,7	19,0	13,7	13,5	- 34,9 %	-1,5 %

Source : SNDS, hors Corse et Outre-mer.

[38] Entre 2021 et 2023.

[39] Entre 2021 et 2023.

3.1.1.3. Les effectifs des masseurs kinésithérapeutes, à l'inverse des infirmiers, resteraient supérieurs aux besoins de la population

D'après les projections établies par la DREES[40], les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient plus vite que les besoins de la population d'ici à 2040. Dans le cadre d'un scénario tendanciel, c'est-à-dire supposant le maintien des dispositions législatives en vigueur et des comportements professionnels, le nombre de masseurs-kinésithérapeutes en activité âgés de 70 ans ou moins progresserait en moyenne de 2 % par an entre 2016 et 2040. Cette dynamique se traduirait par une augmentation cumulée de 57 % des effectifs, pour atteindre un total estimé à 133 000 professionnels en 2040.

Dans le même temps, la population française croîtrait à un rythme plus modéré (9 % selon les projections de l'Insee), ce qui induirait une hausse marquée de la densité de professionnels de santé : de 128 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants en 2016, elle s'élèverait à 184 en 2040, soit une progression de 44 %.

Ainsi, en neutralisant l'effet de la structure par âge de la population, c'est-à-dire en tenant compte du fait que les personnes âgées de plus de 75 ans consomment environ cinq fois plus de soins de kinésithérapie[41] que le reste de la population, la progression de la densité, une fois standardisée selon les besoins, s'avère plus modérée mais toutefois supérieure aux besoins. Elle s'élève à 20 % sur la période, portant l'indicateur de 126 à 151 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants entre 2016 et 2040.

A l'exception de l'année 2020, la tendance observée entre 2016 et 2024 est supérieure à la projection de progression moyenne de 2 % par an. Entre 2021 et 2024, les taux d'évolution du nombre de masseurs-kinésithérapeutes par rapport à l'année précédente sont les suivants (cf. tableau 11):

- 3,7 % en 2021 ;
- 2,5 % en 2022 ;
- 3,4 % en 2023 ;
- 3,6 % en 2024.

Tableau 11 : Evolution du nombre de masseurs-kinésithérapeutes en 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024
Nombre de masseurs-kinésithérapeutes	94 895	97 241	100 569	104 231
Taux d'évolution (en %)	3,7 %	2,5 %	3,4 %	3,6 %

Source : Données DREES à partir des numéros RPPS.

[40] DREES, juillet 2018, « D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins », *Études et résultats* n° 1075, 6 p.

[41] Hypothèse introduite par la DREES.

La DREES a conduit une étude similaire sur les professionnels infirmiers[42]et conclut que le nombre d'infirmiers augmenterait d'ici 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante. Dans son étude, la DREES projette un scénario tendanciel en supposant que les comportements observés seront constants au cours de la période tout comme les politiques de régulation de la démographie infirmière. Selon les hypothèses de ce scénario, le nombre d'infirmiers serait en hausse de 37 % entre 2021 et 2050, pour atteindre 821 000 infirmiers en emploi en 2050. Les effectifs augmenteraient de moins en moins vite avec une croissance de1,3 % en 2022 qui atteindrait 0,5 % en 2050. Dans le scénario tendanciel retenu par la DREES, l'exercice libéral, tous âges confondus, serait en forte hausse au cours de la période avec une augmentation des effectifs infirmiers dans ce mode d'exercice de 75 % entre 2021 et 2050 portant la part d'infirmiers libéraux à 21 % en 2050, au lieu de 16 % en 2021.

En parallèle de cette hausse de 37 %, et sous l'hypothèse que les consommations de soins infirmiers par tranche d'âge restent constantes, les besoins en soins infirmiers s'accroîtraient de 50 % entre 2021 et 2050. Ainsi, la densité standardisée baisserait de 9 % entre 2021 et 2050 avec des évolutions différenciées selon les modes d'exercice : la densité des infirmiers libéraux augmenterait de 17 % tandis qu'elle diminuerait de 14 % pour les infirmières salariées, en particulier à l'hôpital public (-24 %).

3.1.1.4. Les dispositifs de régulation font l'objet de contournements et leur efficacité n'a pas été systématiquement évaluée

Pour remédier aux inégalités de densité de professionnels de santé (cf. *infra*), un zonage[43] a été mis en place pour certaines professions, classant les territoires de zones très sur-dotées à zones sous-dotées, permettant d'appliquer des mesures d'aide à l'installation dans les zones sous-dotées et des restrictions à l'installation dans les zones très sur-dotées, sur la base d'un conventionnement sélectif.

Ces mesures de régulation par conventionnement sélectif s'appliquent aux infirmières, sage-femmes et masseurs-kinésithérapeutes. Ce dispositif repose sur un accès au conventionnement soumis à autorisation par l'agence régionale de santé (ARS), après avis d'une commission départementale, et est conditionné à la cessation d'activité d'un autre professionnel dans les zones non prioritaires.

Néanmoins différents points de fuite peuvent exister et ont notamment été soulevés par l'ordre des masseurs kinésithérapeutes dans son rapport sur la démographie des masseurs kinésithérapeutes au 1er janvier 2024.

Ainsi, dès lors que ces dispositifs ne peuvent par construction viser que les installations en exercice libéral, le développement du salariat est susceptible d'être stimulé par la limitation d'installation en zone non prioritaire. Les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent s'installer dans ces zones sans le départ d'un confrère ou d'une consœur de la zone, sauf mesure dérogatoire, ce qui a engendré le développement de contrats de salariats qui ne sont pas soumis aux règles conventionnelles.

---

[42] DREES, décembre 2024, *« Le nombre d'infirmières augmenterait fortement d'ici à 2050, mais moins que les besoins en soins de la population vieillissante »*, *Etudes et résultats* n° 1219, 8 p.

[43] Avenant n°3 de la convention des nationale des infirmiers libéraux, entrée en vigueur en 2012 et avenant n° 5 à la convention nationale des masseurs kinésithérapeutes, entrée en vigueur en 2018

Par ailleurs, le nombre de professionnels masseurs-kinésithérapeutes exerçant en tant que remplaçant exclusif est en augmentation. Les remplaçants exclusifs ont progressé de 27,1 % entre 2018 et 2024, comparé à l'augmentation de kinésithérapeutes inscrits dans le collège libéral ou mixte qui était de 22,1 % sur la même période[44]. Il n'est toutefois pas possible de relier le lieu d'exercice des remplaçants exclusifs avec le zonage actuel, les remplaçants générant de l'activité au niveau de leur lieu de résidence et non de leur lieu de remplacement.

Enfin, le mode d'exercice domicile exclusif est également en augmentation de 67,4 % entre le 1er janvier 2020 et le 1er janvier 2024. Ce mode d'exercice est plus répandu dans certains départements à forte densité, ce qui pourrait aussi constituer un mode de contournement au conventionnement, puisque le domicile exclusif peut être un motif de dérogation.

Il est vraisemblable que les mêmes comportements supposés de contournement du zonage existent chez les infirmiers libéraux (salariat, remplacement, cf. *supra*) mais la mission n'a pas eu accès aux données permettant d'appuyer cette hypothèse.

Une étude de l'IRDES (2022) a permis d'évaluer un impact effectif des mesures de régulation mises en place en 2012 pour améliorer la répartition des infirmiers libéraux sur le territoire[45].

A partir d'une méthode d'estimation en différence de différences, réalisée sur la période 2012 à 2016, après la mise en place du zonage infirmier, l'étude met en évidence des évolutions différentielles significatives entre types de zones. Par rapport aux zones intermédiaires, les zones très sous-dotées ont connu une hausse relative de la densité d'infirmiers libéraux de 4,31 points, particulièrement marquée chez les professionnels de moins de 40 ans (4,25 points). Cela indique que les dispositifs incitatifs ont effectivement favorisé les installations dans ces territoires au-delà de la tendance observée ailleurs. À l'inverse, les zones surdotées enregistrent une baisse différentielle importante de la densité (baisse de 25,57 points au total, 18,80 points pour les moins de 40 ans), traduisant l'effet restrictif du zonage dans les territoires déjà bien pourvus.

3.1.1.5. L'accès aux masseurs-kinésithérapeutes et aux infirmiers libéraux demeure toutefois jusqu'à six fois plus faible pour les 10 % des habitants les moins dotés

Pour appréhender les inégalités d'accès aux soins, la DREES a créé un indicateur dit « d'accessibilité potentielle localisée » (APL) permettant de mesurer l'adéquation entre l'offre et la demande de soins de ville en intégrant : la proximité géographique des professionnels de santé autour d'une commune, leur disponibilité effective, les besoins de soins de la population locale, modulés selon l'âge et les consommations moyennes observées.

Ainsi, en 2023[46] :

- l'accessibilité moyenne dans les 10 % de la population les moins dotés en kinésithérapeutes est de 36,8 ETP pour 100 000 habitants, soit 6,7 fois moins que l'accessibilité moyenne de 10 % les mieux dotés qui s'établit à 245,9 ;
- l'accessibilité moyenne dans les 10 % de la population les moins dotés en infirmières est de 57,7 ETP pour 100 000 habitants, soit 6,1 fois moins que l'accessibilité moyenne des 10 % les mieux dotés, laquelle atteint 250,8 ETP pour 100 000 habitants.

---

[44] Démographie 2024, ordre national des masseurs-kinésithérapeutes.

[45] La mission n'a pas connaissance d'une étude similaire concernant les masseurs-kinésithérapeutes.

[46] Jeu de données DREES mis à disposition le 20 décembre 2024 *« Accessibilité aux soins de premier recours en 2023 : dégradation de l'accessibilité aux médecins généralistes et aux infirmières, amélioration de l'accessibilité aux kinésithérapeutes, aux sages-femmes et aux chirurgiens-dentistes »*.

3.2. La densité d'effecteurs masseurs-kinésithérapeutes ou infirmiers induit une variation du nombre d'actes par patient et de la composition des actes

3.2.1. La densité de masseurs-kinésithérapeutes renforce les effets d'intensification des actes par patient et a un effet sur la composition des actes

3.2.1.1. La densité de masseurs-kinésithérapeutes renforce les effets d'intensification des actes par patient

La progression des remboursements entre 2021 et 2024 est principalement portée par l'augmentation du nombre d'actes par patient (cf. *supra*). **Cette intensification est particulièrement marquée dans les départements à forte densité de masseurs-kinésithérapeutes, où le nombre de praticiens a également progressé de manière plus soutenue** (10,8 % contre 9,7 % dans les départements moins denses que la moyenne nationale).

Encadré 4 : Méthodologie relative à la densité des masseurs-kinésithérapeutes

La mission a réalisé les analyses sur l'impact de la densité sur les actes et leurs remboursements à partir des données du système national de données en santé. L'analyse est réalisée hors départements de Corse et d'outre-mer.

La référence de densité moyenne retenue est celle de 2024 (hors Corse et outre-mer), à savoir 122,26 kinésithérapeutes pour 100 000 habitants.

Les départements présentant une densité supérieure à 122,26 sont les suivants : Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardèche, Ariège, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Charente-Maritime, Corrèze, Côte-d'Or, Drôme, Finistère, Gard, Haute-Garonne, Gers, Gironde, Hérault, Ille-et-Vilaine, Isère, Landes, Loire-Atlantique, Lot, Lozère, Morbihan, Nord, Puy-de-Dôme, Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Bas-Rhin, Rhône, Savoie, Haute-Savoie, Paris, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne

Les départements présentant une densité inférieure à 122,26 sont les suivants : Ain, Aisne, Allier, Ardennes, Aube, Calvados, Cantal, Charente, Cher, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Doubs, Eure, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Jura, Loir-et-Cher, Loire, Haute-Loire, Loiret, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Manche, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Nièvre, Oise, Orne, Pas-de-Calais, Haut-Rhin, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Sarthe, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne, Territoire de Belfort, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise.

Source : SNDS, la mission.

Dans les départements où la densité de masseurs-kinésithérapeutes est supérieure à la moyenne nationale, les remboursements progressent de 17,1 %, soit un rythme plus soutenu que la moyenne nationale (cf. tableau 8). Cette évolution s'accompagne d'une augmentation du nombre moyen d'actes par patient de 3,9 %, passant de 19,2 en 2021 à 20,0 en 2024, un niveau supérieur à la moyenne nationale. Le nombre moyen de patients suivis par masseur-kinésithérapeute y demeure inférieur à la moyenne et recule de 0,7 %, de 193,3 en 2021 à 191,9 en 2024. Cette dynamique s'inscrit dans un contexte de croissance plus marquée du nombre de masseurs-kinésithérapeutes (10,8 %), supérieure à celle observée dans le reste du territoire, ce qui a pu contribuer à l'intensification des actes et traduit possiblement un phénomène de demande induite dans les zones denses.

Dans les départements où la densité est inférieure à la moyenne nationale, les remboursements progressent de 14,2 %, soit deux points en deçà de la moyenne nationale[47] (cf. tableau 9). L'intensification du recours y est également plus limitée, avec une hausse du nombre moyen d'actes par patient de 3,2 %. Le nombre moyen de patients par professionnel augmente très légèrement (0,1 %), passant de 212,5 en 2021 à 212,8 en 2024. Dans ces départements, le nombre de professionnels n'a progressé que de 9,7 %, ce qui demeure inférieur à l'évolution observée dans les zones denses.

L'évolution de l'offre constitue ainsi un facteur explicatif des disparités constatées, en contribuant à un phénomène de demande induite en volume d'acte par patient par professionnel dans les territoires les plus dotés, tandis que les zones moins denses connaissent une progression plus limitée.

Enfin, selon la densité de l'offre, le nombre moyen de masseurs-kinésithérapeutes consultés par patient peut varier. Dans les départements plus denses que la moyenne nationale, ce ratio atteint 1,5 en 2024, contre 1,3 dans les départements moins denses[48]. Il progresse plus vite sur la période dans les départements moins denses en masseurs-kinésithérapeutes (5,1% contre 1,1 % dans les départements plus denses en effecteurs). Cette situation peut suggérer, dans les zones à forte densité, un phénomène de « nomadisme » lié à l'abondance de l'offre mais la présence plus fréquente de kinésithérapeutes spécialisés dans ces territoires peut également expliquer ces changements de professionnels.

Tableau 6 : Évolution de la démographie et de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les départements plus denses en masseurs-kinésithérapeutes que la moyenne nationale en masseurs-kinésithérapeutes[49] entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024
Remboursements de l'ass. maladie (Md€)	2,5	2 6	2 8	3,0	+ 17,1 %
Nombre moyen d'actes par patient	19,2	19,1	19,9	20,0	+ 3,9 %
Nombre de patients par masseur-kinésithérapeutes	193,3	195,7	199,2	191,9	- 0,7 %
Nombre moyen de masseurs-kinésithérapeutes consultés par patient	1,5	1,5	1,5	1,5	+ 1,1 %

Source : SNDS, France hors Corse et départements d'outre-mer.

Tableau 7 : Évolution de la démographie et de l'activité des masseurs-kinésithérapeutes dans les départements moins denses en masseurs-kinésithérapeutes que la moyenne nationale entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2021-2024
Remboursements de l'ass. maladie (Md€)	1,5	1 5	1 6	1 7	+ 14,2 %
Nombre moyen d'actes par patient	18,4	18,3	19,0	19,0	+ 3,2 %
Nombre de patients par masseur-kinésithérapeutes	212,5	216,0	214,1	212,8	+ 0,1 %
Nombre moyen de masseurs-kinésithérapeutes consultés par patient	1,2	1,3	1,3	1,3	+ 5,1 %

Source : SNDS France hors Corse et départements d'outre-mer.

[47] Hors Corse et outre-mer.

[48] Le ratio est de 1,4 pour l'ensemble du territoire à l'exception de la Corse et des outre-mer, il évolue également de1,1 % entre 2021 et 2024.

[49] L'année 2024 est prise comme référence pour déterminer le caractère plus ou moins doté en masseurs-kinésithérapeutes

3.2.1.2. La densité d'effecteurs semble induire un effet sur la composition de la patientèle

L'examen de la répartition des actes les plus fréquemment réalisés en 2024 met en évidence des différences selon la densité en masseurs-kinésithérapeutes. À l'échelle nationale, l'acte prédominant demeure la rééducation secondaire à l'affection d'au moins deux territoires lésés (27 %), proportion qui s'élève à 30 % dans les départements les plus denses, contre 24 % dans les moins denses (cf. tableau 12).

Le deuxième acte est la rééducation analytique et globale des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé, qui représente 9 % des actes au niveau national, 11 % dans les départements les plus dotés en effecteurs et 8 % dans les départements les moins denses. Cette différence est cohérente avec l'analyse du taux de recours des 75 ans et plus à un masseurs-kinésithérapeutes dans ces départements (cf. *infra*).

Tableau 12 : Répartition des dix actes des masseurs kinésithérapie les plus fréquents en 2024

Acte professionnel coté	Part (%) du total des actes réalisés		
	Moyenne nat. FR	10 % des départements les plus denses	10 % des départements les moins denses
Rééducation secondaire à l'affection d'au moins 2 territoires lésés (hors 2 territoires ou plus du même membre ou 2 territoires ou plus du rachis)	27 %	30 %	24 %
Rééducation analytique et globale, musculo-articulaire des deux membres inférieurs, de la posture, de l'équilibre et de la coordination chez le sujet âgé	9 %	11 %	8 %
Rééducation des affections neurologiques stables ou évolutives pouvant regrouper des déficiences diverses (commande musculaire, tonus, sensibilité, équilibre, coordination...) en dehors de l'hémiplégie et de la paraplégie, notamment les affections neurodégénératives	6 %	5 %	6 %
Rééducation des conséquences d'une affection du genou ou de la jambe (hors référentiel)	6 %	5 %	6 %
Rééducation des conséquences d'une affection du rachis lombo-sacré hors référentiel	5 %	5 %	6 %
Rééducation des conséquences d'une affection de l'épaule ou du bras (hors référentiel)	5 %	4 %	6 %
Rééducation des conséquences d'une affection d'au moins deux segments du rachis	5 %	5 %	4 %
Rééducation des conséquences d'une affection de la cheville ou pied (hors référentiel)	4 %	4 %	5 %
Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune Acte soumis à référentiel	3 %	2 %	3 %
Rééducation des conséquences d'une affection du poignet ou main (hors référentiel)	2 %	2 %	3 %
Autres	27 %	25 %	29 %
Total	***100 %***	***100 %***	***100 %***

Source : SNDS, France.

Par ailleurs, les patients âgés de 75 ans et plus présentent un taux de recours[50] important aux masseurs-kinésithérapeutes en 2024, quel que soit le profil de densité territoriale. Au niveau national (hors Corse et DOM), les 75 ans et plus ont un taux de recours aux masseurs-kinésithérapeutes de 32,8 %, ce taux atteignant 40,6 % dans les départements plus denses en professionnels que la moyenne nationale et 26,4 % dans les départements moins denses en effecteurs (cf. tableau 13).

Ces résultats mettent en évidence que le taux de recours des 75 ans et plus aux actes de masso-kinésithérapie est d'autant plus élevée que la densité de professionnels, et donc l'intensité de la concurrence entre professionnels de santé pour la réalisation des actes, est importante.

[50] Le taux de recours des 75 ans et plus correspond au nombre total de patients uniques de plus de 75 ans divisé par le nombre de personnes de plus de 75 ans dans le département, la moyenne étant ensuite obtenue par une pondération de ces taux en fonction du poids démographique de chaque département.

Les disparités territoriales apparaissent également dans le taux de recours des personnes âgées de 75 ans et plus :

- au niveau national, ce taux atteint 35,9 % en 2024, en hausse de 1,9 point par rapport à 2021 ;
- dans les départements plus denses que la moyenne nationale, il s'élève à 42,1 % en 2024, avec une progression de 2,1 points de pourcentage sur la période, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne nationale ;
- dans les départements moins denses, il est limité à 29,5 % en 2024, en progression de 1,6 points de pourcentage sur la période.

En outre, les 75 ans et plus ont, en moyenne, davantage de séances par patient que l'ensemble des patients. Cet écart à la moyenne est le plus marqué dans les départements les plus denses en effecteurs :

- dans les départements les plus denses en effecteurs, cet écart est de 8,1 séances avec une moyenne de 28,1 séances pour les 75 ans et plus contre 20,0 séances tous patients confondus ;
- à l'échelle nationale, cet écart est de 6,4 séances (25,8 séances en moyenne contre 19,4 tous patients confondus) ;
- dans les départements les moins dotés en effecteurs, cet écart s'établit à 5,1 séances (24,2 séances pour les 75 ans et plus contre 19,0 tous patients confondus).

Bien que le nombre moyen de séances par patient de 75 ans et plus reste quasi stable sur la période analysée, la hausse du taux de recours dans cette classe d'âge, combinée à un nombre moyen de séances supérieur à celui des autres patients, est susceptible de contribuer à l'augmentation du nombre moyen de séances par patient observée *supra*.

Cette déformation observée dans la patientèle des masseurs-kinésithérapeutes pourrait traduire plusieurs effets qui n'ont pu être analysés dans le cadre de la mission :

- un moindre adressage des patients de plus de 75 ans et plus vers le masseur-kinésithérapeute en zone sous-dense, en raison d'une priorisation de la ressource par les prescripteurs ou effecteurs pour les patients qu'ils jugent en avoir le plus besoin ou en raison d'une difficulté d'accès au cabinet par les patients eux-mêmes (en particulier en ruralité) ;
- un biais de sélection de patients au détriment des patients les plus âgés en zone sous-dense, car le masseur-kinésithérapeute a le choix de ses patients, et à l'inverse une moindre capacité des masseurs-kinésithérapeutes à effectuer cette sélection dans les zones plus denses que la moyenne nationale, conduisant à un meilleur accès pour les patients âgés de 75 ans et plus ;
- des effets de substitution lié à la composition de l'offre de soins (présence d'hôpitaux de jour par exemple ou de services de soins médicaux de réadaptation).

Tableau 13 : Évolution des taux de recours des patients de 75 ans et plus entre 2021 et 2024 selon la densité en masseurs-kinésithérapeutes

Taux de recours des 75 ans et plus	2021	2022	2023	2024	Évolution (en points de pourcentage)
Ensemble France	34,0 %	34,7 %	35,5 %	35,9 %	+ 1,9 pp
Départements à densité de MK supérieure à la moyenne nationale	39,9 %	40,9 %	41,8 %	42,1 %	+ 2,1 pp
Départements à densité de MK inférieure à la moyenne nationale	27,8 %	26,5 %	27,1 %	29,5 %	+ 1,6 pp

Source : SNDS, France hors Corse et départements d'outre-mer.

Tableau 14 : Nombre moyen de séances réalisées par patient de plus de 75 ans entre 2021 et 2024 selon la densité en masseurs-kinésithérapeutes

Nombre moyen réalisés chez les patients de 75 ans et plus	2021	2022	2023	2024	Évolution (en %)
Ensemble France	25,8	25,5	25,9	25,8	- 0,1 %
Départements à densité de MK supérieure à la moyenne nationale	28,0	27,6	28,1	28,1	+ 0,3 %
Départements à densité inférieure à la moyenne nationale	24,2	23,9	24,3	24,2	- 0,3 %

Source : SNDS, France hors Corse et départements d'outre-mer.

3.2.1.3. Les données disponibles mettent en évidence une sur-représentation des prises en charge correspondant exactement au seuil de déclenchement de l'accord préalable, sans effet différencié selon la densité d'effecteurs

Pour les actes soumis à référentiel de la HAS et qui font l'objet d'une demande d'accord préalable (DAP) à partir du seuil fixé par le dit référentiel, les données disponibles mettent en évidence une sur-représentation des prises en charges correspondant exactement au seuil de déclenchement de l'accord préalable, ainsi qu'un effet « chiffre rond » (nombre de séances réalisées par patient à 5, 10 ou 15) pouvant résulter soit du prescripteur, soit de l'effecteur ayant lui-même fixé le nombre de séances en l'absence d'indication précise. Par ailleurs aucun comportement différencié ne semble apparaître selon la densité d'effecteurs. Néanmoins l'existence de pics observés pour un nombre inférieur à 5 séances dans les départements plus denses que la moyenne, pourrait traduire un nomadisme patient plus élevé, mis en évidence *supra*.

Les DAP identifiées dans le SNDS en montant, c'est-à-dire douze d'entre elles, représentent 229 M€ en 2024, soit 4,6 % de la dépense remboursée pour les actes de masso-kinésithérapie.

La mission a analysé les quatorze demandes d'accord préalable (DAP) effectives pour les masseurs-kinésithérapeutes (cf. tableau 15). Parmi ces quatorze indications de rééducation soumises à référentiel :

- la rééducation après libération du nerf médian au canal carpien n'a pas été examinée par la mission en raison d'un déclenchement de la demande d'accord préalable à partir de la première séance ;
- les données de la rééducation après arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire et de la rééducation des conséquences d'une fracture avec ou sans luxation du coude chez l'adulte n'ont pas pu être extraites du SNDS.

Parmi les onze situations de DAP restantes, la mission a conduit une analyse sur les DAP présentant un nombre de patients en 2024 supérieur à 100 000, correspondant aux situations de rééducation suivantes (cf. tableau 15) :

- la prise en charge d'une lombalgie commune ;
- l'entorse externe récente de la cheville :
- la prise en charge d'une cervicalgie commune ;
- l'arthroplastie de hanche par prothèse totale ;
- la rééducation dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée.

Tableau 15 : Nombre de patients par type d'acte en 2024

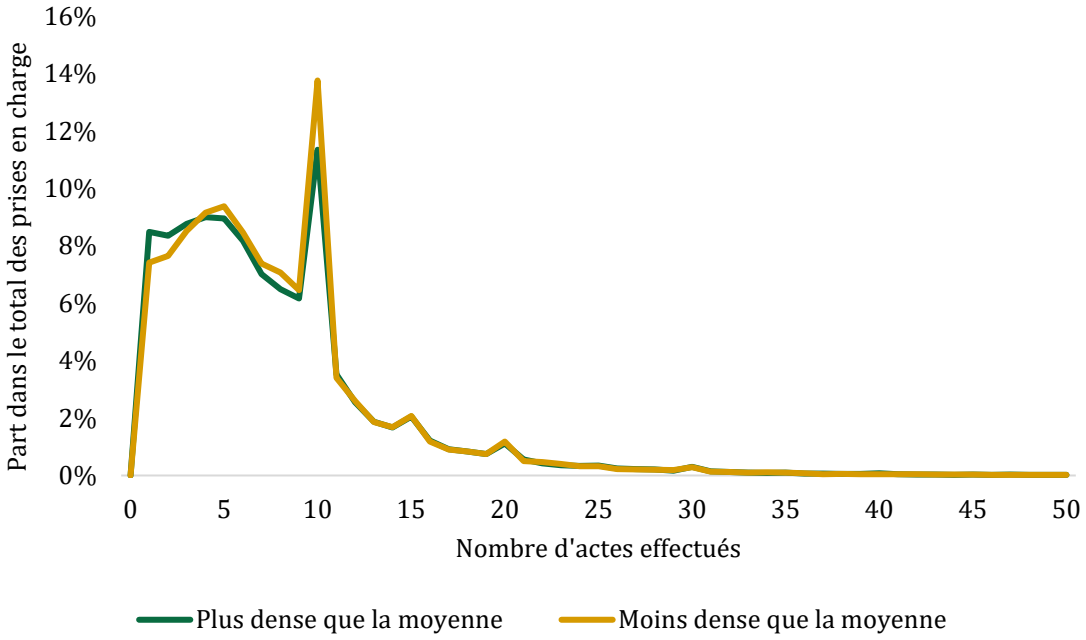
Situation de rééducation soumis à référentiel	Nombre de séances avant accord préalable	Code acte	Nombre de patients en 2024
Prise en charge d'une lombalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	RAM – 7,49	463 800
Dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée	1 à 25 séances	RSM – 7,49	338 800
Entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances	RIM-7,50	219 200
Prise en charge d'une cervicalgie commune	1 à 15 séances pour une série d'actes	RAM – 7,47	158 400
Arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances	RIC-7,50	124 100
Réinsertion et/ou suture d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie ou abord direct	1 à 50 séances	RSC – 7,51	77 000
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances	RIC-7,48	69 600
Dans le cadre d'un traumatisme récent du rachis cervical sans lésion neurologique	1 à 10 séances	RAM – 7,48	50 800
Méniscectomie isolée, totale ou subtotale, par arthroscopie	1 à 15 séances	RIC – 7,49	46 000
Après fracture non opérée de l'extrémité proximale de l'humérus	1 à 30 séances	RSM – 7,50	27 800
Après fracture de l'extrémité distale des deux os de l'avant-bras	1 à 25 séances	RSM-7,51 RSC-7,50	11 300 (non opérée) et 9 300 (opérée)
Arthroplastie du genou par prothèse totale ou uni-compartimentaire	1 à 25 séances	RIC-7,52	Non disponible (ND)
Libération du nerf médian au canal carpien	Dès la première séance	RSC-7,49	Non pertinent
Après fracture avec ou sans luxation, opérée ou non, du coude chez l'adulte	1 à 30 séances pour une série d'actes	N.D.	N.D.

Source : SNDS 2024 ; champ : France hors Corse et DROM ; calculs : IGF pôle Science des données.

- **Rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied (acte RIM 7,50)**

La rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied est soumise à une demande d'accord préalable au-delà de 10 séances. Le graphique met en évidence une sur-représentation des prises en charges correspondant exactement au seuil de déclenchement de l'accord préalable fixé à 10 séances (cf. graphique 10).

Graphique 10 : Distribution du nombre d'actes effectués par patient dans le cadre d'une prise en charge pour rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied en fonction de la densité de MK dans le département



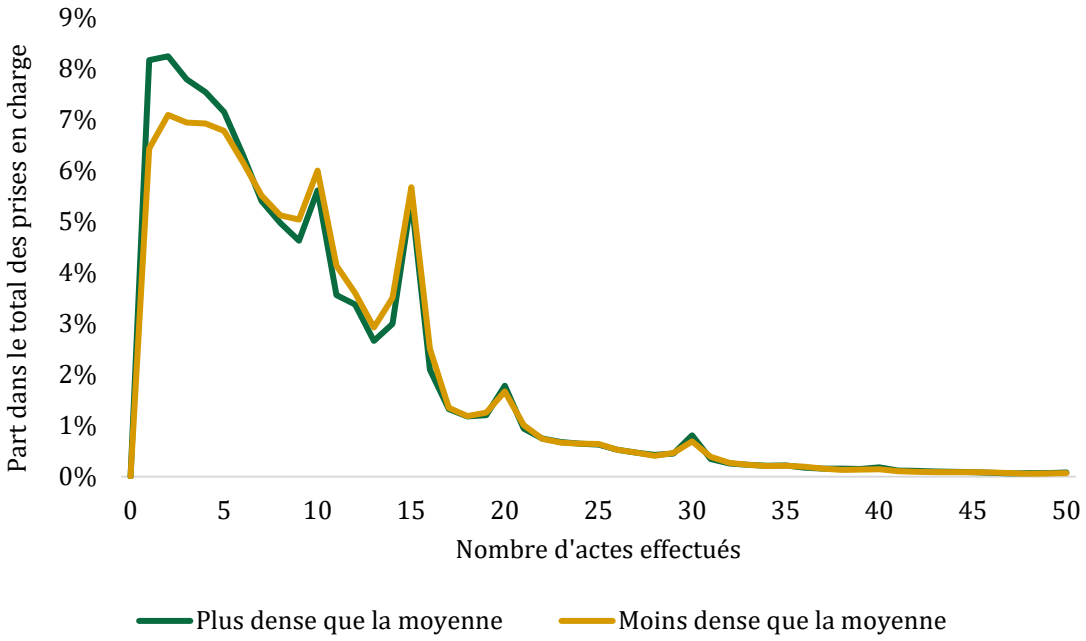
Source : SNDS 2024 ; champ : France hors Corse et DROM ; calculs : IGF pôle Science des données.

Note de lecture : Dans le cadre de la prise en charge pour rééducation des conséquences d'une entorse externe récente de cheville-pied, dans plus de 10 % des cas les patients ont réalisé 10 séances auprès de leur masseur kinésithérapeute.

- **Rééducation dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie commune (acte RAM 7,49)**

La rééducation dans le cadre d'une lombalgie commune est soumise à une demande d'accord préalable au-delà de **15 séances.** Les données disponibles mettent en évidence une sur-représentation des prises en charges constituées de 15 séances[51], cette sur-représentation est plus marquée que celles observées sur les autres valeurs usuelles (10, 20 et 30 actes).

Graphique 11 : Distribution du nombre d'actes effectués par patient dans le cadre d'une lombalgie en fonction de la densité de MK dans le département



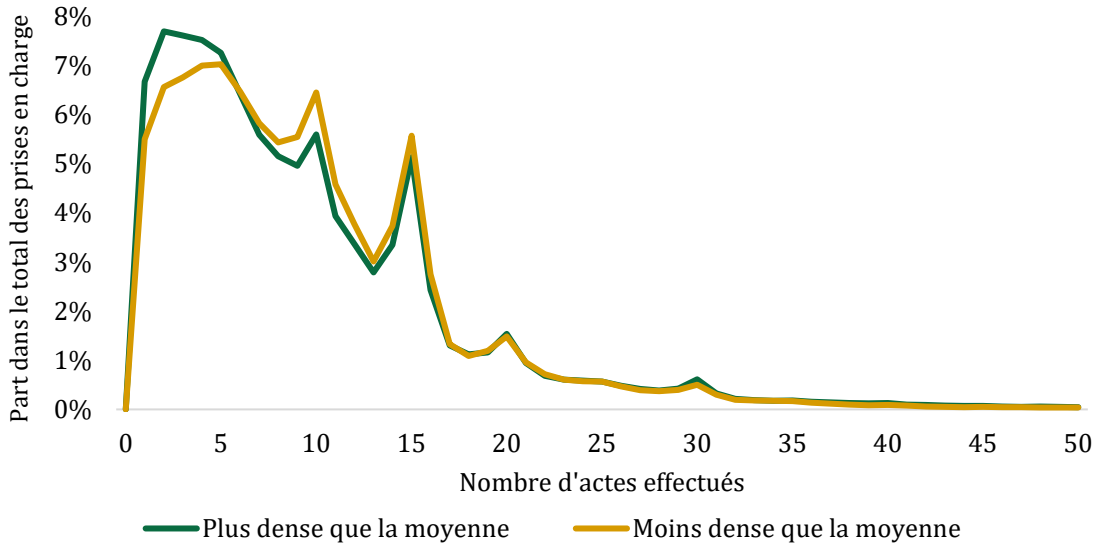
Source : SNDS 2024 ; champ : France hors Corse et DROM ; calculs : IGF pôle Science des données.
Note de lecture : Dans le cadre de la prise en charge d'une lombalgie, dans 5 % des cas les patients ont réalisé 15 séances auprès de leur masseur kinésithérapeute.

- **Rééducation dans le cadre d'une prise en charge d'une cervicalgie non spécifique (acte RAM 7,47)**

La rééducation dans le cadre d'une cervicalgie non spécifique est soumise à une demande d'accord préalable au-delà de **15 séances.** Les données disponibles mettent en évidence une sur-représentation des prises en charges constituées de 15 séances. Cette sur-représentation est également plus marquée que celles observées sur les autres valeurs usuelles (10, 20 et 30 actes).

[51] Dans plus de 99% des cas, une prestation dans le SNDS correspond à un acte unique, la prestation pouvant s'entendre comme une séance de prise en charge

Graphique 12 : Distribution du nombre d'actes effectués par patient dans le cadre d'une cervicalgie en fonction de la densité de MK dans le département



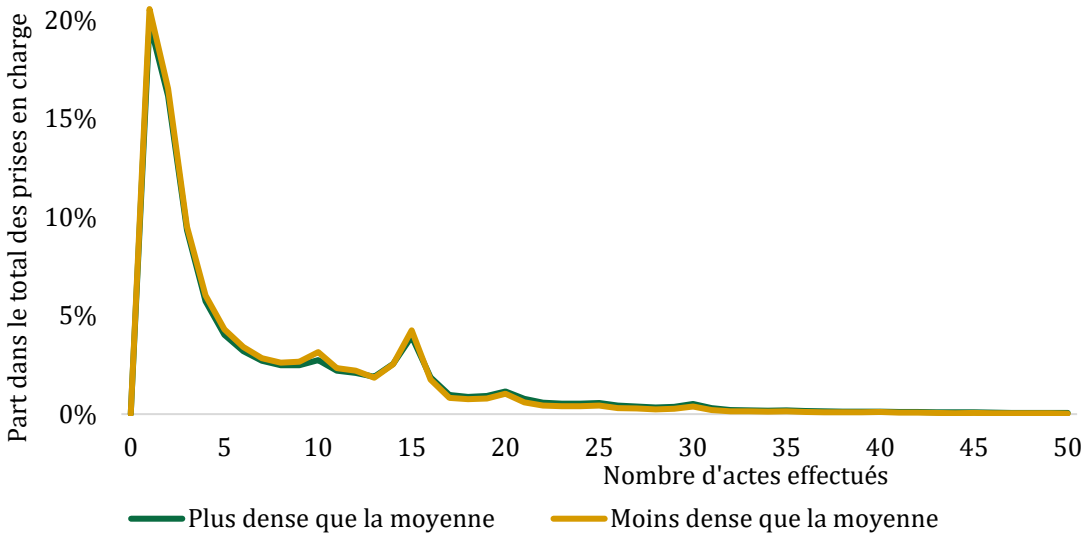
Source : SNDS 2024 ; champ : France hors Corse et DROM ; calculs : IGF pôle Science des données.

Note de lecture : Dans le cadre de la prise en charge d'une cervicalgie, dans 5 % des cas les patients ont réalisé 15 séances auprès de leur masseur kinésithérapeute.

- **Rééducation dans le cadre d'une prise en charge après arthroplastie de hanche par prothèse totale (acte RIC 7,50)**

La rééducation après arthroplastie de hanche est soumise à une demande d'accord préalable au-delà de **15 séances.** Les données disponibles mettent en évidence une sur-représentation des prises en charges constituées de moins de 15 séances, interrogeant le seuil de 15 séances.

Graphique 13 : Distribution du nombre d'actes effectués par après arthroplastie de hanche en fonction de la densité de MK dans le département



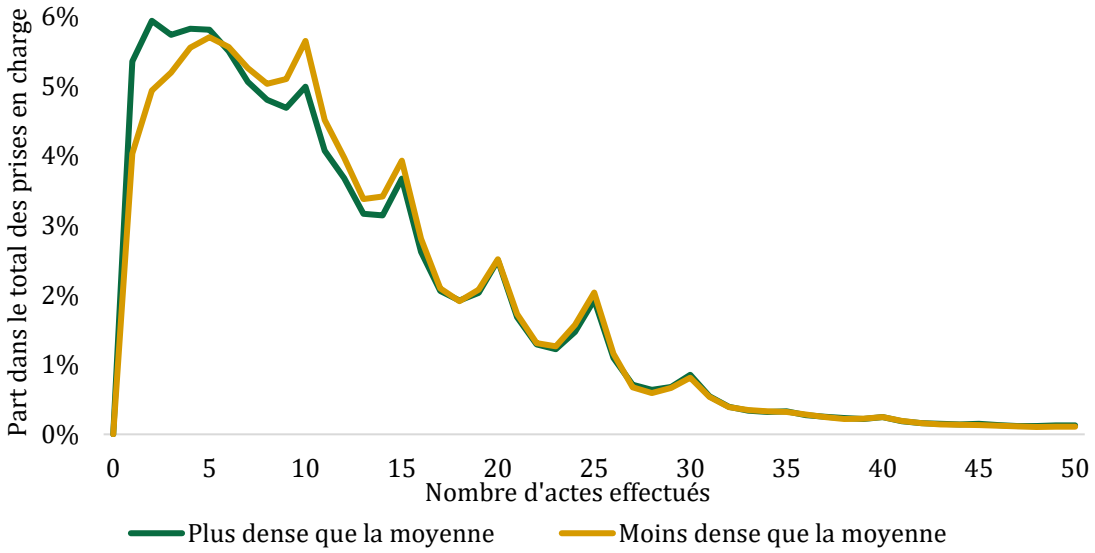
Source : SNDS 2024 ; champ : France hors Corse et DROM ; calculs : IGF pôle Science des données.

Note de lecture : Dans le cadre de la prise en charge d'une arthroplastie de hanche, dans 4 % des cas les patients ont réalisé 15 séances auprès de leur masseur kinésithérapeute.

- **Rééducation dans le cadre d'une prise en charge dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée (acte RSM 7,49)**

La rééducation d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, lorsque non opérée, est soumise à une demande d'accord préalable au-delà de **25 séances.** Les données disponibles mettent en évidence une sur-représentation des prises en charges constituées de 25 séances. Toutefois, une sur-représentation de même ampleur est observée au niveau des prises en charge effectuées en 10, 15 ou 20 séances. Ce qui laisse penser qu'il existe, au-delà d'un effet de la DAP, un effet « chiffre rond ».

Graphique 14 : Distribution du nombre d'actes effectués par patient dans le cadre d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs en fonction de la densité de MK dans le département



Source : SNDS 2024 ; champ : France hors Corse et DROM ; calculs : IGF pôle Science des données.

Note de lecture : Dans le cadre de la prise en charge d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs, dans 2 % des cas les patients ont réalisé 25 séances auprès de leur masseur kinésithérapeute.

3.2.2. Les départements à plus faible densité d'infirmiers connaissent une intensification des prises en charge sur la période, la densité d'effecteurs exerçant par ailleurs une influence sur la structure des actes réalisés

3.2.2.1. Dans les départements à la densité d'infirmiers inférieure à la moyenne chaque infirmier suit en moyenne 1,5 fois plus de patients que dans les départements les mieux dotés

Comme indiqué *supra*, la période 2021 à 2024 présente des atypies de prise en charge en 2021 et 2022, notamment en termes de volume de patients, susceptibles d'être rapportées au contexte de crise sanitaire.

L'analyse de l'impact de la densité hors Corse et outre-mer sur les prises en charge, **recentrée sur les années 2023 et 2024**, permet néanmoins de dégager les constats suivants :

- **les infirmiers exerçant dans des départements plus denses en effecteurs que la moyenne nationale ont des files actives de patients plus restreintes (cf. tableau 6),** environ 209,3 patients en moyenne, que ceux exerçant en départements moins denses que la moyenne prenant en charge environ 304,7 patients par infirmier ;

- **le dynamisme des remboursements entre 2023 et 2024 est légèrement plus fort dans les départements moins denses en effecteurs (cf. tableau 7), + 5,6 % contre + 4,5 % dans les départements plus denses,** et les remboursements moyen par patient y augmentent de manière légèrement plus marquée (+ 6,9 % contre 6,5 %) mais les nombre d'épisodes de soins par patients y sont aussi en augmentation (+ 6,6 %) tandis qu'ils reculent dans les territoires plus denses (- 7,1 %) ;
- **le nombre d'infirmiers est en légère baisse entre 2023 et 2024** (-0,8 % dans les départements plus denses en effecteurs que la moyenne et -0,3 % dans les départements moins dotés).

Le nombre moyen d'infirmiers consultés par patient s'élève à 1,9 dans les départements les plus denses en effecteurs et à 1,8 dans ceux où la densité est plus faible. Même s'il est en légère progression sur la période, l'écart entre zones demeure limité, traduisant une relative stabilité dans les modes de recours aux professionnels.

Les évolutions observées sur la période 2023-2024 semblent indiquer une hausse des remboursements imputable, quelle que soit la densité d'effecteurs, à une augmentation des montants remboursés par patient. Par ailleurs, dans les départements moins denses en effecteurs, on observe une intensification de l'activité par patient.

La comparaison entre départements à faible et forte densité d'infirmiers doit en conséquence être interprétée avec prudence : la nature des actes réalisés par les infirmiers diffère selon cette densité, rendant leur activité difficilement comparable (cf. *infra*).

La progression légèrement plus marquée des forfaits dépendance dans les départements moins denses en effecteurs (cf. *infra)*, qui valorise davantage le suivi régulier des patients dépendants, pourrait expliquer l'intensification de l'activité par patient, sans que la mission n'ait pu l'expertiser.

Encadré 5 : Méthodologie densité des infirmiers

La mission a réalisé les analyses sur l'impact de la densité sur les actes et leurs remboursements à partir des données du système national de données en santé. L'analyse est réalisée hors départements de Corse et d'outre-mer.

La référence de densité moyenne retenue est celle de 2024 (hors Corse et outre-mer), à savoir 159,86 infirmiers pour 100 000 habitants.

Les départements présentant une densité supérieure à 159,86 sont les suivants : Aisne, Allier, Alpes-de-Haute-Provence, Hautes-Alpes, Alpes-Maritimes, Ardèche, Ardennes, Ariège, Aude, Aveyron, Bouches-du-Rhône, Cantal, Charente-Maritime, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Dordogne, Drôme, Finistère, Gard, Gers, Gironde, Hérault, Landes, Loire, Haute-Loire, Lot, Lot-et-Garonne, Lozère, Manche, Morbihan, Pas-de-Calais, Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire, Tarn, Tarn-et-Garonne, Var, Vaucluse, Haute-Vienne.

Les départements présentant une densité inférieure à 159,86 sont les suivants : Ain, Aube, Calvados, Charente, Cher, Côte-d'Or, Doubs, Eure, Eure-et-Loir, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Indre, Indre-et-Loire, Isère, Jura, Loir-et-Cher, Loire-Atlantique, Loiret, Maine-et-Loire, Marne, Haute-Marne, Mayenne, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Moselle, Nièvre, Nord, Oise, Orne, Puy-de-Dôme, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Rhône, Haute-Saône, Sarthe, Savoie, Haute-Savoie, Paris, Seine-Maritime, Seine-et-Marne, Yvelines, Deux-Sèvres, Somme, Vendée, Vienne, Vosges, Yonne, Territoire de Belfort, Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise.

Source : SNDS, la mission.

Tableau 6 : Évolution de la démographie et de l'activité des infirmiers libéraux dans les départements plus denses que la moyenne nationale entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2023-2024
Remboursements de l'assurance maladie (en Md€)	4,4	4,3	4,3	4,5	+ 4,5 %
Nombre moyen d'épisodes de soins par patient	25,1	27,4	33,6	31,2	- 7,1 %
Remboursements moy. par patient	283,0	308,8	410,2	436,8	+ 6,5 %
Nombre de patients par infirmier	307,4	280,0	211,6	209,3	- 1,1%
Nombre moyen d'IDE consultés par patient	1,8	1,8	1,8	1,9	+ 2,4 %
Nombre d'infirmiers	50 099	50 006	49 782	49 384	- 0,8 %

Source : SNDS, France hors Corse et outre-mer.

Tableau 7 : Évolution de la démographie et de l'activité des infirmiers libéraux dans les départements moins denses que la moyenne nationale entre 2021 et 2024

Composantes	2021	2022	2023	2024	Évolution 2023-2024
Remboursements de l'assurance maladie (en Md€)	3,8	3,8	3,8	4,0	+ 5,6 %
Nombre moyen d'épisodes de soins par patient	21,3	23,4	30,8	32,9	+ 6,6 %
Remboursements moy. par patient	174,1	193,4	261,8	279,8	+ 6,9 %
Nombre de patients par infirmier	431,5	397,1	307,6	304,7	- 0,9%
Nombre moyen d'IDE consultés par patient	1,7	1,7	1,8	1,8	+ 0,1 %
Nombre d'infirmiers	45 815	46 579	46 698	46 566	- 0,3 %

Source : SNDS, France hors Corse et outre-mer.

3.2.2.2. La densité en infirmiers induit également un effet sur la composition des actes

L'examen de la répartition des remboursements des actes infirmiers réalisés en 2024 met en évidence des différences très marquées selon la densité en infirmiers concernant la réparation entre les actes techniques d'une part, et les forfaits dépendance et les actes de soins infirmiers d'autre part (cf. tableau 16) :

- à l'échelle nationale (cf. *supra*), les actes techniques (AMI et AMX) sont ceux qui arrivent en tête des remboursements, avec 43 % de la composition de la totalité des actes remboursé, suivis des forfaits dépendance auxquels sont ajoutés les AIS (35 %) puis les déplacements (21 %) et autres (1 %) ;
- **parmi les départements plus denses en infirmiers que la moyenne nationale, les forfaits dépendance et les AIS représentent 44 % des remboursements d'actes (soit 9 points de plus que ce qui est observé à l'échelle nationale)**, les AMI et AMX représentent 34 % et les déplacements (21 %) ainsi que la catégorie autres (1 %) s'établissement au même niveau que l'échelle nationale ;
- enfin les actes remboursés des départements les moins denses en effecteurs infirmiers présente une prédominance des actes techniques (AMI et AMX), qui constituent plus de la moitié des actes remboursés (53 %) suivis des forfaits dépendance et des AIS, les déplacements et les actes autres sont présents dans les mêmes proportion que le niveau national.

Tableau 16 : Répartition des remboursements d'actes selon la densité d'infirmiers en 2024

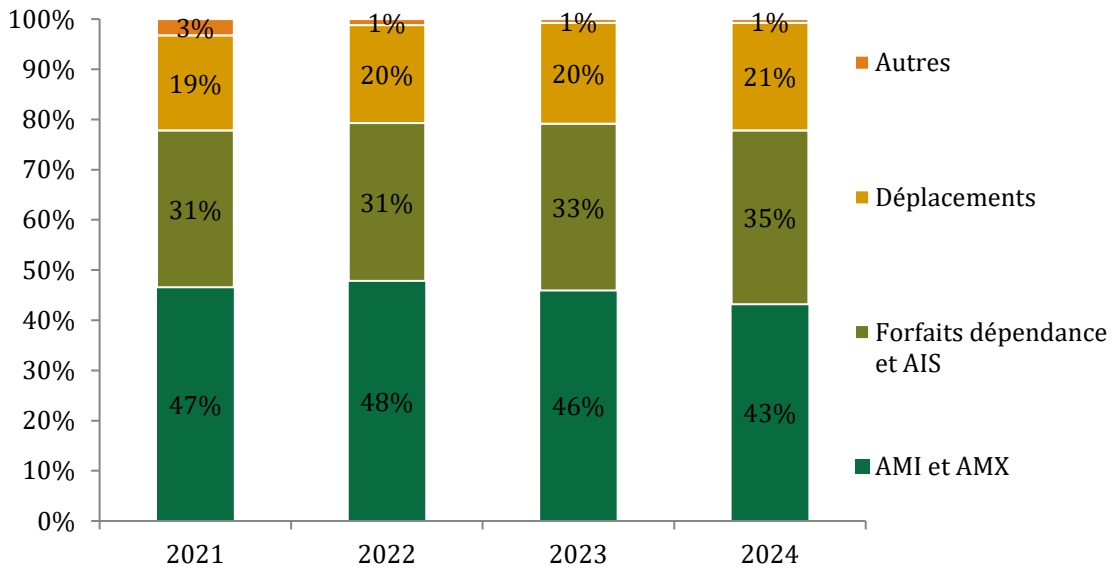
Actes ou forfaits remboursés	Moyenne nationale France métropolitaine (en % des remb.)	Départements plus denses en IDE que la moyenne nationale (en % des remboursements, €)	Départements moins denses en IDE que la moyenne nationale (en % des remboursements, €)
AMI et AMX	43 %	34 %	53 %
Forfaits dépendance et AIS	35 %	44 %	24 %
Déplacements	21 %	21 %	21 %
Autres	1 %	1 %	1 %
Total	**100 %**	**100 %**	**100 %**

Source : SNDS, France hors Corse et outre-mer.

Cette répartition s'observe également dans le temps, la mission ayant analysé l'évolution de la structure des remboursements par type d'acte entre 2021 et 2024 [52]:

- la part des remboursements liés aux actes techniques diminue d'environ 4 points de pourcentage sur la période, à l'exception des départements les plus denses où cette part, déjà inférieure à la moyenne nationale, recule de 3 points entre 2021 et 2024 ;
- les forfaits dépendance et actes infirmiers de soins voient leur part dans les remboursements progresser d'environ 3 points à l'échelle nationale et dans les départements les plus denses, et de 4 points dans les départements les moins denses, où leur poids initial était plus faible ;
- les remboursements liés aux déplacements augmentent de 2 à 3 points dans les départements les plus denses, tandis que la catégorie « autres actes », incluant notamment les actes ponctuels associés à la crise sanitaire (vaccination contre la Covid-19), recule de 2 à 3 points.

Graphique 15 : Évolution de la composition des actes infirmiers remboursés entre 2021 et 2024 en France hors Corse et outre-mer

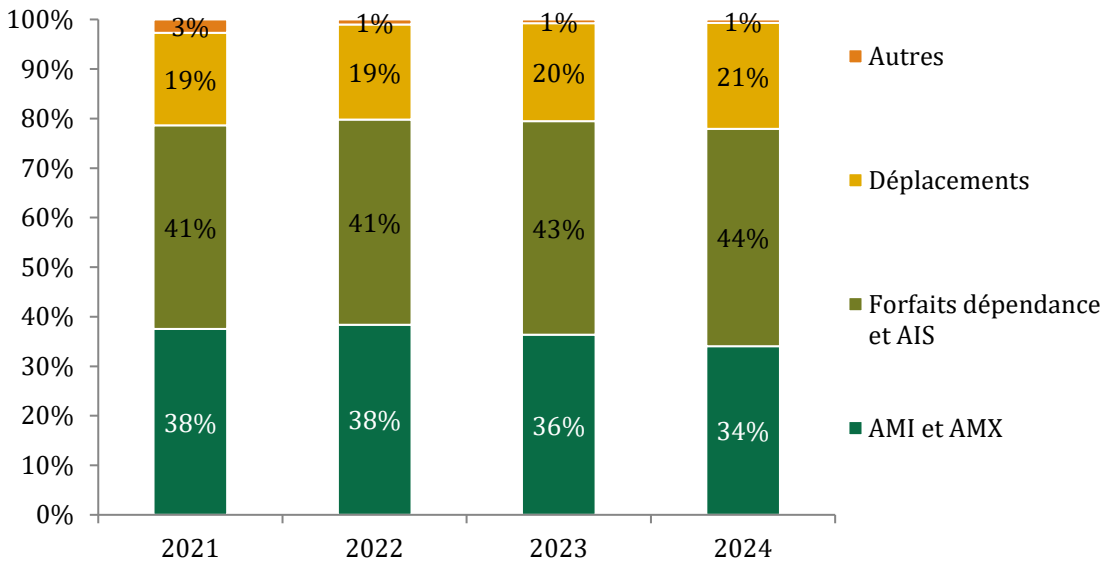


Source : SNDS, champs France hors Corse et outre-mer.

[52] Les années 2021 et 2022 se caractérisent par un nombre très élevé de patients pris en charge par les IDE en lien avec la crise sanitaire

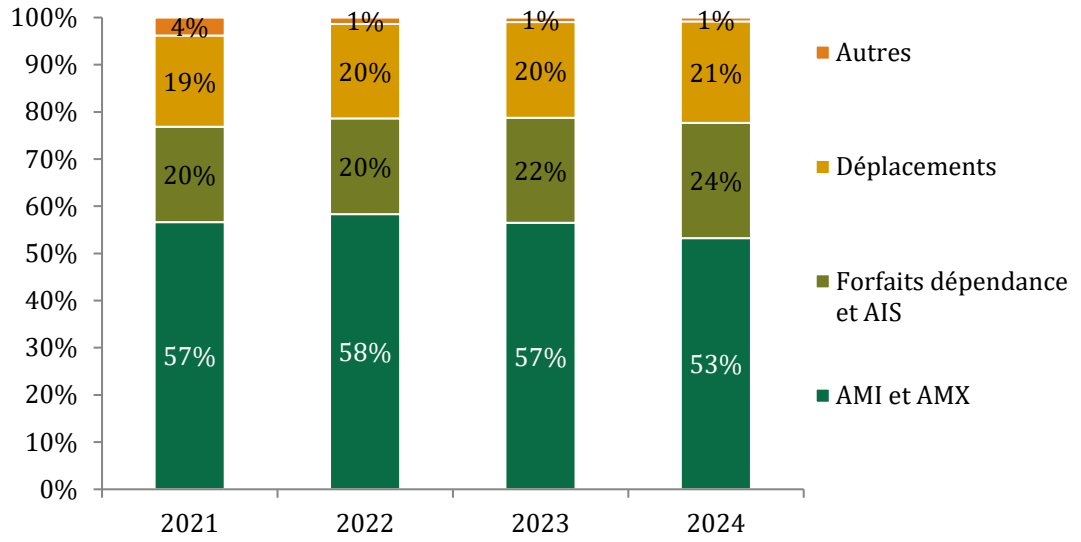
Annexe V

Graphique 16 : Évolution de la composition des actes infirmiers remboursés entre 2021 et 2024 dans les départements plus denses en infirmiers que la moyenne nationale hors Corse et outre-mer



Source : SNDS, champs France hors Corse et outre-mer.

Graphique 17 : Évolution de la composition des actes infirmiers remboursés entre 2021 et 2024 dans les départements moins denses en infirmiers que la moyenne nationale hors Corse et outre-mer



Source : SNDS, champs France hors Corse et outre-mer.

3.3. Parmi les masseurs-kinésithérapeutes, 5 % d'entre eux réalisent en moyenne plus de 41 séances par patient

La mission a cherché à identifier s'il y avait des comportements atypiques d'effecteurs qui suggèreraient de la non pertinence. Parmi l'ensemble des patients, les masseurs-kinésithérapeutes présentent les comportement suivants (cf. graphique 18) :

- 10 % d'entre eux, soit 9 279 professionnels, réalisent en moyenne plus de 34 séances par an et par patient (soit 13 séances[53] de plus que la moyenne observée au niveau national), représentant 891 M€ de remboursements pour l'assurance maladie en 2024, soit 18 % de l'ensemble des dépenses de soins de masso-kinésithérapie ;
- 5 %, soit 4 453 professionnels, réalisent en moyenne plus de 41 séances par patient, pour un montant de 455 millions d'euros, correspondant à 9 % des remboursements totaux.

Une baisse de 20 % des remboursements d'assurance maladie pour les professionnels réalisant plus de 34 séances par patients hors ALD et hors patients de plus de 75 ans pourrait générer 180 M€ d'économies pour l'assurance maladie.

Afin de mieux isoler les différences de pratiques, l'analyse a également été conduite hors patients en affection de longue durée (ALD) et hors patients âgés de 75 ans et plus. Ce choix repose sur l'hypothèse que ces patients présentent des profils chroniques nécessitant un suivi prolongé et des séances plus fréquentes, dont la réduction est structurellement plus difficile à envisager que pour des actes de rééducation ponctuelle.

Dans ce champ restreint, les masseurs-kinésithérapeutes présentent les caractéristiques suivantes :

- 10 % d'entre eux, soit 5 475 professionnels, réalisent en moyenne plus de 27 séances par patient (soit 10 séances[54] de plus que la moyenne observée au niveau national), représentant 218 M€ de remboursements pour l'assurance maladie en 2024 ;
- 5 % d'entre eux, soit 793 professionnels, effectuent en moyenne plus de 40 séances par patient, représentant 40 M€.

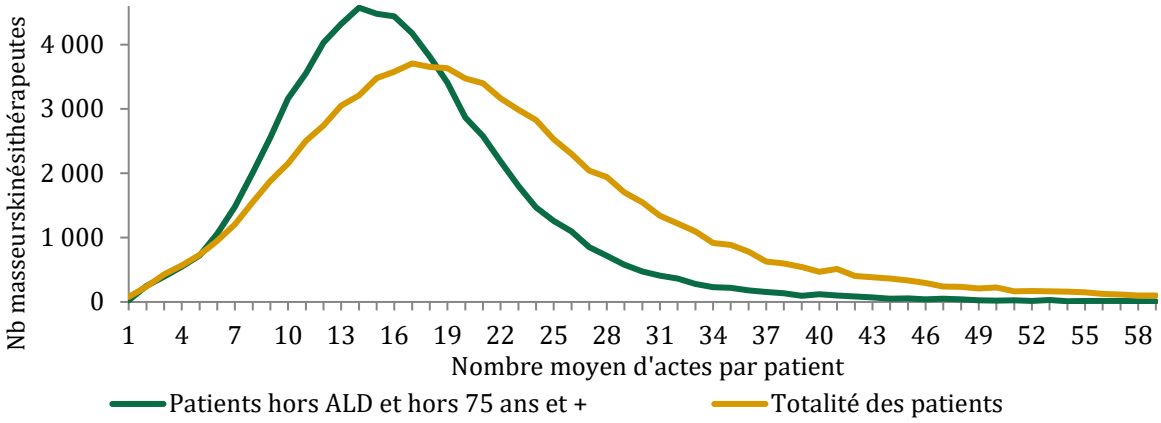
Une baisse de 20 % des remboursements d'assurance maladie pour les professionnels réalisant plus de 27 séances par patients hors ALD et hors patients de plus de 75 ans pourrait générer 44 M€ d'économies pour l'assurance maladie.

[53] La moyenne nationale observée sur les 80 208 masseurs-kinésithérapeutes inclus dans cette analyse s'établit à 21,3 séances par patient.

[54] La moyenne nationale observée sur les 67 739 masseurs kinésithérapeutes inclus dans cette analyse s'établit à 16,6 séances par patient.

Annexe V

Graphique 18 : Répartition des masseurs-kinésithérapeutes en fonction du nombre moyen de séances par patient selon le profil des patients en 2024



Source : SNDS 2024 ; champ : France, hors valeurs extrêmes ; calculs : IGF pôle Science des données.

ANNEXE VI

Leviers et outils de régulation des prescriptions

SOMMAIRE

1. LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET D'INFORMATION DES PRESCRIPTEURS PRÉSENTENT UNE EFFICACITÉ INÉGALE 1

1.1. Les initiatives portées par l'assurance-maladie mobilisent plusieurs canaux pour atteindre les professionnels de santé 1

1.2. Des perspectives d'amélioration de l'efficacité des actions d'accompagnement sont possibles 4

1.2.1. Le ciblage des professionnels doit être mis en adéquation avec les enjeux de dépenses et de santé publique 4

1.2.2. Les messages à l'égard des prescripteurs n'ont pas tous la même portée 4

1.2.3. La littérature sur l'efficacité des actions d'accompagnement peut éclairer la réflexion en France 5

1.2.4. Les échanges de pratiques entre pairs ont fait leurs preuves 6

1.2.5. Les professionnels ont peu accès aux informations sur les prix des actes et produits prescrits 8

1.2.6. L'information aux professionnels peut être aussi relayée par des campagnes d'information aux patients 9

2. LES DISPOSITIFS DE CONTRÔLE INDIVIDUEL DES PRESCRIPTIONS VISENT À RÉDUIRE LES ATYPIES DE PRATIQUES NON JUSTIFIÉES 10

2.1. L'expérience éphémère des références médicales opposables (RMO) s'est heurtée aux difficultés de réaliser un contrôle unitaire des prescriptions 10

2.1.1. Les RMO étaient une limite à la liberté de prescription 10

2.1.2. Les RMO ont eu un impact modeste 10

2.1.3. L'opposabilité théorique des RMO s'est heurtée aux limites du contrôle sur les prescriptions 12

2.2. La mise sous objectif et la mise sous accord préalable des prescripteurs atypiques produisent les effets recherchés mais de manière circonscrite 13

2.2.1. Les MSO et MSAP soumettent, pendant six mois au plus, les prescriptions des médecins au contrôle de l'assurance-maladie 13

2.2.2. Si elles permettent la réduction des prescriptions pendant la durée de la procédure, les MSO/MSAP sont contestées par les professionnels et très limitées dans leur ciblage 15

3. D'AUTRES OUTILS SONT MOBILISÉS POUR S'ASSURER DE LA JUSTIFICATION DE LA PRESCRIPTION PRÉALABLE AU REMBOURSEMENT 18

3.1. La demande d'accord préalable (DAP) porte sur des actes et produits à enjeux particuliers 18

3.1.1. La DAP est une procédure permettant de contrôler chaque prescription au regard de conditions propres à chaque acte ou produit relevant de ce dispositif 18

3.1.2. La DAP peut être efficace, mais son effectivité comme son pilotage sont très fortement affaiblis par son ciblage et l'obsolescence de son cadre de mise en œuvre 19

3.2. La prescription renforcée est un dispositif récent proche de la DAP 21
3.2.1. La prescription renforcée est le nouveau dispositif dématérialisé mis en place par l'assurance-maladie pour vérifier l'adéquation entre prescription et conditions de prise en charge financière 21
3.2.2. La prescription renforcée peut être étendue aux cas déjà identifiés de mésusage, en tenant compte toutefois de l'acceptabilité limitée pour certains acteurs du dispositif en l'état 22

4. DES OUTILS DE CONDITIONNEMENT OU DE LIMITATION DU REMBOURSEMENT VIENNENT COMPLÉTER LES MESURES LIÉES À LA PRESCRIPTION 24

4.1. Les prescriptions et remboursement « en cascade » sont des outils qui restent à construire 24
4.1.1. Les prescriptions et remboursements « en cascade » peuvent relever de deux approches 24
4.1.2. Ces outils ont cependant des limites et nécessitent des prérequis 25
4.2. Le plafond de remboursement est exceptionnellement mobilisé 25

5. LES DISPOSITIFS D'INTÉRESSEMENT FINANCIER NE DÉMONTRENT PAS PLEINEMENT LEUR EFFET 26

5.1. Les dispositifs d'intéressement pour les prescripteurs libéraux sont multiples 26
5.1.1. Plusieurs dispositifs d'intéressement ont été mis en place pour plus de pertinence des prescriptions 26
5.1.2. Les évaluations internationales des rémunérations à la performance sont mitigées 30
5.1.3. Les dispositifs français n'ont pas été évalués, mais on peut douter de leur capacité à infléchir les pratiques 31
5.2. Dix ans après leur création, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) cherchent encore leur format pour améliorer la qualité et l'efficience des soins en établissement de santé 34
5.2.1. Les CAQES ont été conçus comme un levier de pertinence à l'échelle de l'établissement de santé 34
5.2.2. Si les CAQES ont permis d'introduire un levier incitatif sur certains aspects stratégiques de l'action hospitalière, leurs résultats restent mitigés, notamment dans leur ampleur 36
5.3. L'évaluation coût-efficacité défavorable des dispositifs d'incitation financière oblige à trouver d'autres méthodes 37

6. LES BUDGETS DE PRESCRIPTION CONSTITUENT UNE APPROCHE GLOBALISANTE POUR RÉGULER LES PRESCRIPTIONS À L'ÉCHELLE DE CHAQUE PRESCRIPTEUR 38

6.1. Trois pays ont porté des réformes de budget de prescription 38
6.1.1. Le cas allemand repose sur une déclinaison par prescripteurs des objectifs régionaux de prescription 38
6.1.2. Les cas britanniques et irlandais ont ciblé principalement les cabinets de médecine générale, mais ne sont pas assortis de sanctions 39
6.2. Le bilan de ces dispositifs est cependant mitigé 39
6.2.1. La responsabilisation du prescripteur est en pratique très peu exercée 39
6.2.2. L'impact des budgets de prescription sur les pratiques de prescription est mitigé 40
6.2.3. Une telle perspective en France se heurte à de nombreux obstacles 41

7. L'INTÉGRATION DE DÉPENSES DE PRESCRIPTION DANS UN FORFAIT DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS POURRAIT S'ACCOMPAGNER D'UN CHANGEMENT DANS LA RÉGULATION DE PROXIMITÉ DES DÉPENSES PRESCRITES 43

7.1. Les forfaits de prises en charge peuvent permettre une meilleure régulation des prescriptions 43

7.1.1. Les prestations intégrées dans le forfait des Ehpad dépendent de l'option tarifaire choisie 43

7.1.2. Le financement des transports sanitaires inter-établissements a été progressivement internalisé 44

7.2. Au-delà de l'incitation à la sobriété qu'implique l'intégration de ces dépenses dans un forfait, ces dispositifs visent à mieux organiser et à optimiser des interventions peu régulées 44

7.2.1. L'intégration des dépenses de paramédicaux dans le tarif des Ehpad a été identifiée par plusieurs rapports d'inspection générale comme un levier de pertinence et d'efficience 44

7.2.2. Plusieurs avantages sont associés à l'existence d'une pharmacie à usage unique (PUI) dans un EHPAD 45

7.2.3. La régulation des transports sanitaires par les établissements reste à évaluer avant d'envisager une éventuelle extension 46

1. Les actions d'accompagnement et d'information des prescripteurs présentent une efficacité inégale

1.1. Les initiatives portées par l'assurance-maladie mobilisent plusieurs canaux pour atteindre les professionnels de santé

Les actions de l'assurance-maladie reposent sur la diffusion de messages et d'informations à destination des prescripteurs par plusieurs canaux :

- courriers et courriels ;
- campagnes de visites des délégués de l'assurance-maladie (DAM) ;
- échanges confraternels avec les praticiens conseils de l'assurance-maladie.

Elles peuvent s'appuyer sur la production de supports de communication destinés aux prescripteurs. La stratégie de rénovation de la gestion du risque prévoit de donner un caractère davantage omnicanal à ces actions.

Leur principal objet est de rappeler les recommandations de bonnes pratiques et de bon usage de la haute autorité de santé (HAS) et de l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : indications pertinentes, durées de prescription recommandées, stratégies diagnostiques et thérapeutiques et gradations…

Chaque année, un programme national est établi avec :

- une programmation des visites des délégués de l'assurance-maladie (DAM) et des médecins-conseil auprès des professionnels de santé et des établissements, sur des thèmes dont l'enjeu est important en termes de potentiel de modification des pratiques. Les thèmes de campagne de maîtrise médicalisée des DAM concernent en 2024 : la biologie, la « pertinence », les produits de santé pour 24 000 contacts chacun ; la polymédication pour 14 000 contacts ;
- l'élaboration d'un contenu de visite (supports construits à partir d'un référentiel médical ou médico-économique et soumis pour validation à la HAS, adapté au profil d'activité du professionnel visité sur le thème concerné) ;
- un ciblage des professionnels à visiter, sélectionnés en fonction de leur pratique telle qu'elle peut être analysée dans les bases de données.

En plus de ce programme national, des actions complémentaires de gestion du risque peuvent être définies par les caisses et les échelons médicaux au niveau régional : indemnités journalières (IJ), dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), actes de masso-kinésithérapie (MK), infirmiers libéraux (IDEL), transports, iatrogénie… Ces actions visent parfois des catégories particulières de professionnels (nouveaux installés, remplaçants collaborateurs, médecins identifiés suite à signalement, etc.), des domaines spécifiques, par exemple en matière de LPP (auto-contrôle du diabète, oxygénothérapie, etc.), des extensions ou renforcements de programmes nationaux (iatrogénie, indemnités journalières).

Selon la Caisse nationale de l'assurance-maladie (Cnam), en 2024, 199 326 contacts ont été réalisés par les DAM. Les médecins généralistes représentent 59 % des professionnels contactés en 2024 mais 87 % en 2023 ; 37 % des professionnels sont des pharmaciens – ces chiffres sont toutefois plus élevés en raison de contacts liés au déploiement de la nouvelle convention avec les pharmaciens (pédagogie sur les nouveaux de la convention), qui a conduit à une mobilisation plus importante sur le sujet.

La mission constate que l'impact de ces actions dépend de leur ciblage et leur efficacité nécessite d'être confortée dans la durée.

Ces actions présentent pour avantages intrinsèques :

- un champ d'application potentiellement large dès lors qu'elles n'interviennent pas au niveau de la prescription unitaire. Toutefois, leur champ n'est pas extensible : le temps de DAM / de praticien-conseil disponible n'est pas illimité, tout comme la capacité d'absorption des messages par les prescripteurs (infobésité, effet de *spam*) et leur disponibilité pour les visites. Les thèmes doivent donc faire l'objet d'une priorisation ;
- une acceptation plutôt bonne de la part des prescripteurs, ou en tout cas une absence de réactions hostiles comme peuvent en susciter d'autres outils.

Leur efficacité constitue un point de discussion important. En effet, celle-ci dépend de la capacité de « conversion » de messages généraux en amont de la prescription à se traduire en modification de comportement au stade de la prescription individuelle. L'efficacité de ces actions peut être évaluée en comparant les comportements de prescription d'un groupe de prescripteurs ciblés et d'un groupe témoin. Les résultats sont variables, et lorsqu'ils sont positifs, c'est-à-dire que les modifications de comportements de prescription des professionnels peuvent être expliquées par les actions d'accompagnement dont ils ont spécifiquement bénéficié, ceux-ci ne sont pas toujours durables.

Ainsi, par exemple, les campagnes menées sur les dosages de vitamine D en 2013 ont permis de réduire très fortement les volumes prescrits en deux ans, mais ces volumes ont ensuite augmenté régulièrement jusqu'à presque retrouver leur niveau initial au bout de neuf ans (*cf. infra*, encadré 1).

Même sur un sujet donné, il peut être nécessaire de renouveler les actions vis-à-vis des prescripteurs pour en préserver l'efficacité, au risque de limiter les autres initiatives d'accompagnement des professionnels de santé, sous contrainte à la fois de moyens qui y sont consacrés (par l'assurance-maladie, par les prescripteurs) et de lisibilité des actions et messages (pour éviter la multiplication des recommandations vers les prescripteurs qui en limiterait également l'appréhension, la prise en compte et, partant, l'efficacité).

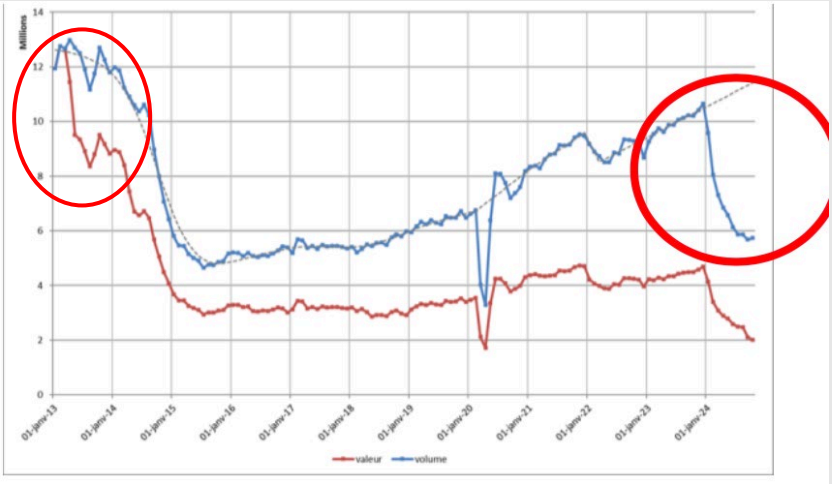
Encadré 1 : Efficacité variable des actions d'accompagnement

En matière de médicaments, l'impact de certaines campagnes a été mesuré par différence des différences entre un groupe d'intervention (praticiens ciblés par les visites des DAM) et un groupe témoin. Une étude a comparé en 2013, un groupe de médecins visités à un groupe témoin de médecins non visités et a montré des évolutions significativement différentes, pour la part de statines prescrites dans le répertoire (+ 1 point) et pour les traitements par benzodiazépines de plus de 12 semaines (- 0,7 %, contre + 1,1 % pour les praticiens non visités) .

En matière de dispositifs médicaux : l'assurance-maladie a mené en 2019 une campagne sur le bon usage du FSL (« Free-Style Libre »), un dispositif d'autosurveillance du taux de glucose pour les patients diabétiques. Elle a ensuite interrogé les praticiens destinataires de cette campagne : 77 % ont indiqué se souvenir de la visite DAM sur ce thème, 30 % déclarant avoir changé leurs pratiques . Avec les limites d'une méthode purement déclarative et non contrôlée par l'observation des prescriptions, ces taux indiquent à la fois un impact ressenti de la campagne en termes de réception de messages, mais également une déperdition significative entre les praticiens ciblés et ceux qui déclarent avoir modifié leurs pratiques.

En matière de biologie : 9 % seulement des dosages de vitamine D chez les adultes correspondaient en 2022 aux recommandations de la Haute Autorité de santé (qui ne préconise ce dosage que dans six situations cliniques précises en-dehors desquelles il n'a pas d'utilité). La HAS recommande également, dans les bilans thyroïdiens, de doser en première intention la TSH et seulement ensuite, en fonction des résultats, les dosages complémentaires : or 30 millions de triples dosages (T3-T4-TSH) ont été réalisés chez des adultes en 2021. Les actions menées auprès des prescripteurs ont eu des résultats significatifs : la campagne réalisée en 2014 a permis d'obtenir une baisse des prescriptions de dosages de la vitamine D de plus de 60 %, une baisse des triples dosages de 23 % , et une nouvelle action en 2023 a permis à nouveau une réduction substantielle.

Figure 1 : Évolution des volumes de dosages de la vitamine D entre 2013 et 2024



Source : Cnam.

En matière d'indemnités journalières

La Cnam a publié en 2020 des évaluations d'impact de ses campagnes menées auprès des prescripteurs sur les arrêts maladie (en comparant l'évolution des prescriptions des médecins ciblés et de groupes de contrôles). Les résultats sont à la fois variables et faibles : la proportion de patients se voyant prescrire des IJ baisse au mieux de 1,7 % (pour une des campagnes), mais n'a baissé que très faiblement pour une autre campagne ; la durée des IJ prescrites a baissé de 5 % à la suite d'une campagne, mais une autre campagne n'a eu aucun impact sur la durée des IJ prescrites.

Source : Mission, d'après CNAM, HAS, et études publiées dans des revues de référence.

1.2. Des perspectives d'amélioration de l'efficacité des actions d'accompagnement sont possibles

1.2.1. Le ciblage des professionnels doit être mis en adéquation avec les enjeux de dépenses et de santé publique

L'accompagnement des professionnels de santé en matière de prescription s'adresse principalement aux médecins généralistes, moins aux spécialistes de ville et très peu aux prescripteurs hospitaliers à titre individuel : ce ciblage n'est pas cohérent avec la répartition des dépenses et encore moins de leur dynamique[1] (cf. annexe I).

La stratégie de rénovation de la gestion du risque prévoit de les orienter davantage vers les spécialistes, les médecins hospitaliers et de les adapter au contexte d'exercice pluriprofessionnel. La réalité de cette évolution doit être évaluée. Elle nécessite en tout état de cause d'adapter les modalités et les messages.

Le pilotage des actions d'accompagnement pourrait être renforcé pour ajuster les ciblages :

- en systématisant l'évaluation statistique de l'impact des actions menées ;
- en ajustant de façon réactive la programmation des campagnes en fonction des résultats observés et des dynamiques de dépenses constatées.

1.2.2. Les messages à l'égard des prescripteurs n'ont pas tous la même portée

Pour mener à bien ses travaux, la mission a mené des entretiens avec plusieurs prescripteurs (cf. annexe VIII). Il en ressort que la justification de la recherche de pertinence peut être mieux reçue par les prescripteurs si elle poursuit d'autres objectifs que la seule recherche d'économies.

Les dispositifs mis en place par l'assurance-maladie sont souvent perçus comme des critiques et une remise en cause des pratiques des prescripteurs, et ce de façon plus marquée chez les médecins généralistes rencontrés. Les prescripteurs sont demandeurs d'une approche accompagnante et personnalisée.

La lutte contre la iatrogénie, l'intérêt pour le patient d'un sevrage des benzodiazépines, la lutte contre l'antibiorésistance, éviter la désinsertion sociale et professionnelle en ne renouvelant par un arrêt de travail, sont des messages qui semblent plus audibles aux prescripteurs que contribuer à une économie.

Si la notion de responsabilité collective pour préserver un système auquel ils disent tenir, des voies nouvelles pour mobiliser les prescripteurs, en particulier les plus jeunes, sont à trouver. La dimension de responsabilité écologique et durable est citée par plusieurs de ces médecins comme un levier susceptible de toucher, de façon plus efficace, les jeunes professionnels.

[1] En 2024, les dépenses associées aux PHEV sur le périmètre d'analyse de la mission ont représenté 19,6 Md€, en augmentation de 49 % depuis 2019, soit une croissance plus dynamique que le reste des dépenses de ville.

1.2.3. La littérature sur l'efficacité des actions d'accompagnement peut éclairer la réflexion en France

La littérature sur l'efficacité comparée des modalités d'actions d'accompagnement apporte des enseignements :

- les « *leaders* d'opinion locaux » ont un impact certain pour diffuser les bonnes pratiques[2]. Au Royaume-Uni, les informations transmises par des courriers du *Chief Medical Officer* national vers les cabinets « surprescripteurs » d'antibiotiques[3] ont permis une réduction de 3,3 % des prescriptions, alors qu'une communication centrée sur les enjeux pour les patients d'une réduction de la prescription d'antibiotiques mais n'ayant pas cette signature n'avait pas d'effet[4] ;
- l'approche « *audit et feedback* », définie par l'OCDE[5] comme « *une revue systématique de la performance des professionnels sur la base de critères et standards explicites* (audit) », complétée d'un *feedback* (retour d'informations structuré), est également un levier très efficace (baisse des prescriptions entre 10 et 30 % selon les pays, les modalités, et les situations de départ).

Pour ces approches d'audit et de feedback « A&F » vers les professionnels, la revue des pratiques peut se faire soit au regard de recommandations fondées sur des preuves, soit de comparaisons avec les pairs ; le feedback permet d'orienter l'attention vers les domaines d'amélioration possibles. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont été précurseurs dans cette approche en la mettant en place dès les années 1990-2000.

Les effets positifs des *feedbacks* personnalisés ont été documentés[6] en matière de pratiques de prescription de médicaments et d'examens avec une amélioration des pratiques dans le sens du « juste soin ». Ainsi, aux États-Unis, s'agissant des prescriptions d'antibiotiques, des campagnes reposant sur la comparaison avec les pairs (comparer le clinicien aux plus performants), l'obligation pour le praticien d'apporter une justification manuscrite des raisons de la prescription d'antibiotiques, ou encore la suggestion d'alternatives, ont permis de réduire de 16 à 18 % (selon la méthode retenue) la prescription d'antibiotiques dans des cabinets de soins primaires américains[7].

L'efficacité du *feedback* est accrue si :

- les praticiens sont comparés à des pairs connus comme excellents plutôt qu'à la moyenne ;
- les critères suivis font l'objet de cibles claires ;
- les résultats sont complétés de plans d'action pour les améliorer.

---

[2] Gerd Flodgren and all, « Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019.

[3] Prescription du cabinet supérieure à 80 % des cabinets de l'équipe locale du NHS (dernier quintile).

[4] Hallsworth M and all, « Provision of social norm feedback to high prescribers of antibiotics in general practice: a pragmatic national randomised controlled trial », *Lancet*, 2016. doi: 10.1016/s0140-6736(16)00215-4.

[5] R. Busse, N. and all, *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*, OCDE, *Health Policy Series*, 2019.

[6] Giltenane_M, and all « Audit and feedback: effects on professional practice », *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2025.

[7] Meeker D, Linder JA, Fox CR, Friedberg MW, Persell SD, Goldstein NJ, Knight TK, Hay JW, Doctor JN. « Effect of Behavioral Interventions on Inappropriate Antibiotic Prescribing Among Primary Care Practices: A Randomized Clinical Trial », *Journal of the American Medical Association*, 2016. doi:10.1001/jama.2016.0275.

L'adoption par les professionnels d'engagements préalables publics (afficher en salle d'attente un engagement du cabinet à éviter les prescriptions d'antibiotiques non pertinentes) s'est montrée efficace pour transformer les pratiques dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé : le groupe de praticiens ayant adopté cet engagement affiché a réduit de 19,7% sa prescription inappropriée par rapport au groupe de contrôle[8].

Le programme *Choosing Wisely* (« Choisir avec soin ») a été lancé en 2011 aux Etats-Unis par la Fondation de l'*American Board of Internal Medicine* (ABIM) avec pour objectif de réduire les prescriptions et actes non pertinents.

Cette campagne s'est appuyée sur deux axes principaux[9] :

- la création par des médecins et les sociétés savantes d'une liste par spécialité médicale de cinq prescriptions ou actes identifiés comme souvent non pertinentes : le praticien est incité à ne pas prescrire l'acte ou à en discuter de manière approfondie avec le patient ;
- une communication directe à destination du patient sur des prescriptions particulières.

Une trentaine de pays ont adhéré à la campagne, dont la France par la société savante de gériatrie-gérontologie. Cette dernière a élaboré un document présentant cinq situations « *sur lesquelles médecins et patients devraient s'interroger* »[10] : les antipsychotiques en cas de personne atteinte d'un trouble neurocognitif majeur, les benzodiazépines en cas d'usage d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, les traitements par inhibiteurs de la pompe à protons de long terme, l'usage de bandelettes urinaires sans symptômes cliniques urinaires et la nécessité de prendre une décision partagée durant les premiers jours d'hospitalisation ou d'entrée à l'Ehpad.

1.2.4. Les échanges de pratiques entre pairs ont fait leurs preuves

Les groupes d'échanges de pratiques constituent une modalité d'intervention déployées depuis près de 50 ans dans certains pays : d'abord aux Pays-Bas en 1978 (*peers groups*) puis dans d'autres pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Grande-Bretagne, Irlande, Norvège, Suède, Suisse)[11]. Des groupes qualité avaient été mis en place dans certaines régions (Bretagne d'abord, puis Pays de Loire, Centre Val de Loire, Hauts de France et Normandie) à partir de 2001. Les groupes d'amélioration des pratiques entre pairs (GAPP) ont été définis par la HAS en juin 2006

Selon la HAS, un GAPP doit :

- rassembler plusieurs médecins d'une même spécialité dans une unité géographique définie ;
- se réunir à un rythme régulier, de l'ordre de 6 à 10 fois par an, pour une réunion de 2 à 3 heures ;
- fonder les analyses de pratiques sur les données référencées (recommandations - EBM avec niveau de preuve) et pouvoir faire appel, le cas échéant, à une expertise scientifique extérieure ;

---

[8] Meeker D, Knight TK, Friedberg MW, Linder JA, Goldstein NJ, Fox CR, Rothfeld A, Diaz G, Doctor JN. « Nudging guideline-concordant antibiotic prescribing: a randomized clinical trial », *Journal of the American Medical Association – Internal Medicine*, 2014.

[9] Article « Choisir avec soin » : pertinence et professionnalisme, publié dans la revue ADSP (actualité et dossier en santé publique), n° 92, septembre 2015

[10] « Pertinence des soins en gériatrie », Société française de gériatrie et de gérontologie, mars 2024.

[11] F. Siouville, *Évaluation du programme Groupe Qualité par les médecins généralistes participants de la région Normandie et impact sur leur pratique*, thèse en vue du doctorat de médecine, 2021.

- permettre à des médecins munis de leurs dossiers (sélection aléatoire) sur le(s) thème(s), de présenter à tour de rôle les problèmes soulevés lors de la prise en charge des patients.

Selon la HAS, *« il résulte le plus souvent de cette analyse de pratiques et des discussions qui en découlent, une amélioration des prises en charge et une valorisation individuelle et professionnelle des médecins. Le médecin qui participe régulièrement à un groupe de pairs tend à améliorer l'ensemble de ses prises de décisions ».*

En France des registres existent visant :

- à assurer une veille épidémiologique et de santé publique (exemple registre des cancers)
- à mener des études de spécialité à l'initiative des professionnels pour accompagner la diffusion de pratiques nouvelles et améliorer la qualité de prise en charge des patients (exemple Registre e-MUST relatif à la prise en charge de l'infarctus du myocarde en Ile de France),
- soit par le financeur pour évaluer la sûreté et l'efficacité, ainsi que les résultats au long cours de l'usage de techniques nouvelles (exemple : implantation des valves artificielles (bioprothèses) aortiques implantées par voie transartérielle ou transapicale TAVI). Le renseignement du registre a été positionné comme une condition à la prise en charge par l'assurance-maladie[12].

La nouvelle convention médicale prévoit le rôle des groupes d'amélioration des pratiques (GAP) intégrés dans le développement professionnel continu (DPC). Un appel d'offres conjoint de la Cnam et de l'agence nationale du DPC a retenu deux organismes gestionnaires du DPC pour assurer le déploiement du dispositif dans les régions métropolitaines autres que les régions historiques.

Aux Pays-Bas, les échanges entre pairs s'appuient désormais sur une démarche de registres qualité déployée sur 26 parcours, qui reposent sur un recueil de données sur les traitements appliqués aux patients entrants dans les parcours concernés et sur les résultats observés. Ces registres qualité servent notamment de support à des retours de tableaux de bord vers les professionnels leur permettant de comparer leurs pratiques et leurs résultats avec les autres professionnels, et servent également de support à des groupes d'échange entre pairs (sessions miroirs).

[12] Arrêté du 16 décembre 2020 modifiant l'arrêté du 28 mars 2019 limitant la pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de santé publique, Article 4

Encadré 2 : La démarche des registres qualité néerlandais

Depuis 2010, l'institut néerlandais pour l'audit clinique (DICA), institut indépendant créé par les professionnels, déploie des registres qualité par parcours . Les registres qualité permettent de recueillir des données sur les traitements et les résultats des patients. Tous les établissements de santé et de nombreux cabinets indépendants participent à ces registres. Les données concernées portent sur les traitements, des indicateurs de structure et de processus, des indicateurs de résultats réels pouvant intégrer des PROMs.

Ces registres qualité ont trois modes d'utilisation. Au niveau macro, ils contribuent à l'évaluation et à l'évolution des recommandations des associations professionnelles : en effet, ils permettent de compenser le fait que les recommandations sont établies sur la base de recherches scientifiques portant principalement sur des personnes en bonne santé, et relativement peu de personnes âgées ou de patients présentant de nombreuses maladies concomitantes (comorbidités). Les données collectées dans le cadre des registres de qualité permettent de compléter les recommandations, de les ajuster et éventuellement monitorer l'impact de ces évolutions.

Au niveau méso, ils permettent de produire des tableaux de bord et des rapports en ligne standardisés assortis d'indicateurs de qualité à destination des professionnels offrant des éléments de comparaison sur les pratiques et les résultats avec les autres professionnels ou établissements. Ces résultats servent de support à des groupes d'échanges entre professionnels aux fins de l'amélioration des pratiques.

Au niveau micro, les registres doivent fournir des informations permettant d'éclairer la prise de décision partagée entre patient et professionnel sur les différentes options de traitements et leurs effets.

En 2024, 2,8 millions de patients étaient enregistrés dans les registres (dont 350 000 nouveaux au cours de l'année 2024), soit15,5 % de la population néerlandaise.

Source : DICA.

1.2.5. Les professionnels ont peu accès aux informations sur les prix des actes et produits prescrits

L'assurance-maladie souhaite compléter son action à destination des prescripteurs par la mobilisation d'outils numériques d'aide à la prescription. S'agissant de l'information sur le prix, les logiciels d'aide à la prescription de médicament (cf. annexe II) permettent déjà d'afficher les prix mais uniquement pour le médicament choisi.

La comparaison entre les différents produits disponibles et à effets comparables pour une même indication, et la mise en rapport de leurs prix, ne peut pas être réalisée aisément aujourd'hui par les prescripteurs : cette information est morcelée entre les différentes évaluations des produits concernés. Un prescripteur qui voudrait réaliser cette comparaison devrait :

- avoir la connaissance des différentes spécialités comparables pour une indication donnée ;
- disposer des éléments de comparaison entre ces spécialités : similarités et différences d'effets, éléments de décision entre elles, situations d'équivalence ou de non-équivalence ;
- prix publics.

La France peut dans certains cas se singulariser par une préférence pour les spécialités plus récentes et chères au sein d'une classe. Cet élément avait été mis en avant s'agissant des statines : en 2013, la rosuvastatine (Crestor ®) représentait 30 % des statines prescrites en France. 0,5 % en Allemagne, 3,9 % au Royaume-Uni, 7,8 % en moyenne dans sept pays européens[13]. L'influence de l'industrie pharmaceutique peut contribuer à ce biais de prescription (cf. annexe II) sans que les prescripteurs en soient conscients. Il apparaît donc nécessaire, au-delà de la formation et continue des professionnels de santé sur les enjeux médico-économiques, d'outiller les professionnels en leur donnant l'information nécessaire pour faire des choix éclairés.

1.2.6. L'information aux professionnels peut être aussi relayée par des campagnes d'information aux patients

L'existence d'une demande des patients de certaines prescriptions que les médecins considèrent comme non indiquées est assez largement exprimée par ces derniers. L'enquête de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès de médecins généralistes montre ainsi que 96 % d'entre eux déclarent être confrontés à des patients qui leur demandent des antibiotiques dans un cas d'infection virale[14] ; 43 % reconnaissent prescrire des antibiotiques à des patients qui n'en ont peut-être pas besoin, alors même que 53 % ont été confrontés à des problèmes d'antibiorésistance et que 95 % considèrent que en tant que généralistes ils ont un rôle à jouer contre l'antibiorésistance.

Les prescripteurs rencontrés par la mission dans le cadre d'entretiens qualitatifs, tout en pointant l'enjeu symétrique d'une difficulté à faire adhérer le patient à certaines prescriptions (enjeux d'observance de traitements présentant des effets secondaires, difficulté à accepter certains diagnostics et la prescription qui en découle), reconnaissent cette demande du patient, notamment pour les arrêts maladie et pour certains médicaments. Cette demande peut dans certaines situations devoir faire un arbitrage entre répondre positivement à une demande qu'ils ne considèrent pas comme indiquée et remettre en cause le lien thérapeutique avec leur patient. Ces demandes du patient peuvent conduire à des formes de négociation entre prescripteurs et patient.

L'accompagnement à destination des prescripteurs gagne donc à être relayé par une action à destination des patients, comme cela peut se pratiquer soit à travers des campagnes « grand public » ou soit à travers la remise par le prescripteur de supports d'information destinés aux patients recevant certaines prescriptions (supports qualifiés de « remis patients » par l'assurance-maladie). Ces campagnes de communication portent principalement sur des enjeux de santé publique. L'acculturation des patients à la non-prescription et la prescription non médicamenteuse n'est cependant pas encore suffisamment recherchée (cf. culture médicamenteuse en France mise en exergue par l'étude comparative France-Pays-Bas en annexe II).

---

[13] *Rapport sur les charges et les produits pour 2021*.

[14] P. Verger, L. Fressard, A.-F. Jacquemot, M. Bergeat, N. Vergier et al., « Un médecin généraliste sur deux est confronté à un problème d'antibiorésistance », *Etudes et résultats*, janvier 2022.

2. Les dispositifs de contrôle individuel des prescriptions visent à réduire les atypies de pratiques non justifiées

2.1. L'expérience éphémère des références médicales opposables (RMO) s'est heurtée aux difficultés de réaliser un contrôle unitaire des prescriptions

2.1.1. Les RMO étaient une limite à la liberté de prescription

Les RMO[15] ont été instaurées par la convention médicale d'octobre 1993 à la suite de la loi dite « Teulade » du 4 janvier 1993 qui prévoyait leur principe.

Les RMO se distinguaient des recommandations de bonne pratique en ce que leur respect était opposable par l'assurance-maladie aux médecins et pouvait donc faire l'objet de contrôles et de sanctions.

Du fait de leur origine conventionnelle, elles ne concernaient par construction que les médecins libéraux conventionnés.

L'agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES), prédécesseur de la haute autorité de santé (HAS), avait pour charge de publier ces RMO.

On distingue trois types de RMO :

- des RMO consistant à proscrire des prescriptions dangereuses pour la santé : ce sont à la fois les plus incontestables mais les plus réduites en termes de champ de pratiques concernées (par exemple, prescrire deux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)) ;
- des RMO visant des pratiques de prescription fréquentes et dont l'objectif est d'améliorer la qualité des soins sur une base incontestable (par exemple, prescription d'antibiotiques pour une infection ORL) ;
- des RMO mobilisant l'évidence scientifique mais de façon plus complexe, la prise en charge des prescriptions concernées relevant plus de choix collectifs que du consensus médical : il en va ainsi du nombre d'échographies au cours d'une grossesse pathologique.

Les premières RMO ont été publiées en 1994, puis en 1995 et en 1997. 243 ont été publiées au total, concernant les médicaments, les examens de biologie, les actes diagnostiques.

2.1.2. Les RMO ont eu un impact modeste

Une évaluation de l'Irdes[16] réalisée sur 18 RMO introduites en 1994 et 1995 a montré que, sur les « séances » concernées par l'application des RMO, on a pu constater des modifications de pratiques significatives mais inégales : le comportement a été modifié dans 36 % des séances concernées pour les RMO de 1994. Les RMO de 1995 ont moins bien fonctionné (17 % en moyenne), avec des disparités importantes selon les prescriptions : seulement 13 % d'impact sur les prescriptions de benzodiazépines, mais 44 % sur les traitements de l'adénome de la prostate. S'agissant de l'usage des antibiotiques pour les infections oto-rhyno-larynées (ORL) et respiratoires, la prescription des antibiotiques non recommandés est passée de 14,9 % à 8,7 % des séances en deux ans[17].

---

[15] 6ème de l'article L162-5 et article L162-5-2 CSS

[16] Le Pape A., Sermet C., « Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application », *Questions d'économies de la santé*, n° 14, 1998.

[17] Choutet P. and all, « Impact des références médicales opposables (RMO) sur la prescription des antibiotiques », *Médecine et maladies infectieuses*, 2000.

En termes globaux, la même étude évalue, au bout de deux ans, une économie brute de 625 M de FF, soit entre 389 et 447 M de FF après prise en compte des effets de report, ce qui représente moins de 0,2 % du montant des dépenses de médicaments à l'époque.

L'impact est donc très limité. Cela tient moins à une faible efficacité sur le champ des pratiques concernées (même si cette efficacité est variable) qu'au caractère très réduit des prescriptions visées par les RMO, qui ne représentaient que 2,6 % des dépenses de médicaments pour les RMO étudiées. L'évaluation de l'ensemble du champ des RMO auraient potentiellement montré un effet plus important.

Ce champ réduit traduit une difficulté structurelle : le caractère opposable des RMO a conduit à la cibler sur des prescriptions dont on peut facilement dire qu'elles ne sont pas pertinentes sans connaître le patient. Nombre d'entre elles reposent sur des associations de traitement considérées comme non pertinentes ou dangereuses (cf. figure 3). De ce fait, elles portent sur des pratiques ne représentant que des enjeux financiers limités.

Figure 2 : Liste des RMO dont l'impact a été évalué par l'Irdes

- **Prescription des antibiotiques en pratique courante (pathologie ORL) :**
  - « Il n'y a pas lieu d'utiliser une association aminopénicilline-inhibiteur des bêta-lactamases »
  - « Il n'y a pas lieu d'utiliser les fluoroquinolones systémiques »
  - « Il n'y a pas lieu d'utiliser les céphalosporines de 2e ou 3e génération »
  - « Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des corticoïdes, en dehors des laryngites striduleuses de l'enfant »
  - « Il n'y a pas lieu d'associer à l'antibiothérapie générale, des AINS sauf composante inflammatoire et/ou algique importante »
- **Prescription des anti-ulcéreux :**
  - « Il n'y a pas lieu d'associer ou de prescrire simultanément deux anti-ulcéreux »
  - « Il n'y a pas lieu de prescrire des anti-ulcéreux dans les gastrites chroniques »
- **Diabète non insulino-dépendant :**
  - « Il n'y a pas lieu de prescrire un biguanide en cas d'insuffisance rénale, d'insuffisance cardiaque, respiratoire ou hépatique, d'infarctus du myocarde récent, de risque d'ischémie tissulaire aiguë »
  - « Il n'y a pas lieu chez les sujets de plus de 70 ans, d'utiliser des sulfamides hypoglycémiants à ½ vie longue (carbutamide, chlorpropamide) »
- **Prescription des anti-inflammatoires non stéroïdiens :**
  - « Il n'y a pas lieu et il peut être dangereux, d'associer deux AINS par voie générale »
- **Traitement de l'adénome prostatique :** « Il n'y a pas lieu d'utiliser l'association de 2 médicaments ou plus pour traiter les troubles mictionnels de l'hypertrophie prostatique bénigne »
- **Prescription des hypnotiques et anxiolytiques :**
  - « Il n'y a pas lieu d'associer deux benzodiazépines pour un traitement anxiolytique »
  - « Il n'y a pas lieu d'associer deux hypnotiques »
- **Prescription des vaso-actifs :** « Il n'y a pas lieu d'associer deux vaso-actifs ou plus, dans l'indication de l'artériopathie des membres inférieurs »
- **Prescription des neuroleptiques :**
  - « Il n'y a pas lieu d'administrer d'emblée, à titre préventif, des correcteurs anticholinergiques lors de la mise en route d'un traitement neuroleptique, sauf chez les malades à risque (personnes âgées, antécédents de parkinsonisme ou d'autres dysfonctionnements cérébraux) »
  - « Il n'y a pas lieu , du fait des dangers potentiels (augmentation du risque des effets secondaires atropiniques), d'associer deux correcteurs anticholinergiques »
  - « Il n'y a pas lieu, dans le traitement d'entretien de la psychose d'associer deux neuroleptiques à visée anti-psychotique »
- **Diabète non insulino-dépendant :**
  - « Il n'y a pas lieu d'associer deux sulfamides hypoglycémiants »

Source : Le Pape A., Sermet C., « Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application », Questions d'économies de la santé, n° 14, 1998.

Ce champ réduit illustre un arbitrage entre assiette et degré de contrainte des actions de prescription :

- la légitimité d'un dispositif coercitif suppose qu'il soit incontestable, et donc que les pratiques déconseillées soient plus rares (associations de traitements dangereuses et donc peu pratiquées) ;
- inversement, des situations de mésusage de grande ampleur peuvent impliquer des recommandations de pratique plus complexes dans les facteurs mobilisés, ce qui implique de se référer à la connaissance du cas clinique par le prescripteur, et donc des modes d'action moins coercitifs.

Cela explique l'impact très variable des RMO selon les prescriptions concernées : l'impact est limité quand la pratique médicale en cause est peu « déviante » ou est en tout cas susceptible de connaître plusieurs motifs de validité.

2.1.3. L'opposabilité théorique des RMO s'est heurtée aux limites du contrôle sur les prescriptions

La nouveauté des RMO résidait en principe dans son caractère opposable. Toutefois, un dispositif n'est réellement opposable que s'il fait l'objet de contrôles et le cas échéant de sanctions.

Or, le contrôle des prescriptions unitaires que supposerait une telle opposabilité s'est rapidement heurté à la difficulté de réaliser des contrôles en nombre suffisant tout en opérant un examen individuel des prescriptions réalisées ; l'absence de mention de l'indication thérapeutique sur les prescriptions a contribué à rendre cette tâche excessivement lourde.

Le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1997 de la Cour des comptes dressait un bilan extrêmement limité de la mise en œuvre des sanctions : sur 23 000 médecins contrôlés, seulement 460 médecins (2 % des médecins contrôlés) avaient vu leur dossier transmis à une commission paritaire habilitée à prononcer des sanctions ; parmi ceux-ci, seulement 25,5 % avaient donné lieu à des sanctions avec retenues.

Ce bilan s'explique par le fait qu'une large partie des RMO n'étaient pas contrôlables sans une investigation assez longue du dossier médical. L'élaboration des RMO se heurtait à un dilemme les rendant difficilement contrôlables :

- soit la RMO excluait toute exception, et elle était susceptible d'être contestée par les médecins qui excipent des singularités individuelles de leurs patients pour expliquer qu'ils n'ont pas respecté la RMO dans certains cas ;
- soit la RMO prévoyait toute une série d'exceptions, utilisées par les médecins et rendant donc le contrôle impossible[18].

Les dispositions du règlement conventionnel minimal de 1998 relatives aux sanctions pour non-respect des RMO ont été annulées par le conseil d'Etat au contentieux en 1999 (en raison d'un mode de calcul des sanctions ne respectant pas le principe de proportionnalité)[19]. L'activité de sanction (reversement de cotisations) est donc tombée en désuétude, et les instances chargées de prendre les sanctions ont été supprimées dans la LFSS pour 2003[20]. L'existence de références médicales opposables a ainsi pris fin même si elles ont conservé une base légale déléguant à la convention le soin de fixer leurs modalités.

---

[18] Ogien A., « Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle », *L'administration sanitaire et sociale*, *Revue française des affaires sociales*, 2001.

[19] Conseil d'Etat, 28 juillet 1999, *Syndicat des médecins libéraux et autres*.

[20] La notion de convention prévoyant « une contribution » pour non-respect de références médicales opposables perdure cependant à l'article L 162-5-2 du CSS

De cette expérience on peut retenir trois enseignements :

- l'édiction de références de pratiques est susceptible d'obtenir un infléchissement des pratiques concernées, même si cet effet sera très variable selon les références, caractère incontestable et/ou simple d'utilisation ;
- l'opposabilité d'une norme a peu de sens en dehors de son contrôle, qui se heurte aux difficultés de contrôle d'une prescription individuelle par un tiers extérieur et suppose une norme aisément contrôlable ;
- le contrôle de la prescription individuelle est mobilisateur de ressources humaines.

2.2. La mise sous objectif et la mise sous accord préalable des prescripteurs atypiques produisent les effets recherchés mais de manière circonscrite

2.2.1. Les MSO et MSAP soumettent, pendant six mois au plus, les prescriptions des médecins au contrôle de l'assurance-maladie

Les prescripteurs présentant des volumes de prescriptions « significativement supérieurs »[21] aux données moyennes pour une activité comparable[22] pour les médecins exerçant dans le même ressort[23] peuvent faire l'objet des mesures de mise sous objectif (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP), prévues par le code de la sécurité sociale[24]. Ce dispositif ancien dans les textes a été mis en œuvre en 2021 par l'assurance-maladie. Il ne porte aujourd'hui que sur les arrêts de travail, mais l'article du code prévoit également des conditions de ciblage pour les autres types de de prescription.

Cette mesure est mise en œuvre sur la base d'une procédure de ciblage réalisée au niveau national (cf. encadré 3).

Encadré 3 : Procédure de ciblage des médecins intégrés dans la procédure MSO/MSAP

Le dispositif de ciblage est encadré par les dispositions du code de la sécurité sociale qui précise que le mécanisme de mise sous accord préalable ne peut être déclenché qu'en cas de constatation « *d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le professionnel de santé et donnant lieu au versement d'indemnités journalières ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de patients pour lesquels au moins un acte ou une consultation a été facturé au cours de la période considérée significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les professionnels de santé exerçant la même profession dans le ressort de la même agence régionale de santé ou dans le ressort du même organisme local d'assurance-maladie* » (article L162-1-15 du code de la sécurité sociale).

Le dispositif ne porte aujourd'hui que sur les arrêts de travail, mais l'article du code prévoit également des conditions de ciblage pour les autres types de de prescription.

[21] Pour les arrêts de travail, « au minimum le double », mesuré en « nombre d'IJ corrigé » qui prend en compte les caractéristiques de la patientèle et des prescriptions moyennes observées pour les médecins « comparables ». Source : CNAM, ameli : Mso/msap-2025-2026.

[22] Cette atypie peut concerner soit les arrêts de travail, soit les prescriptions d'un acte, produit ou prestation ou d'un groupe desdits actes, produits ou prestations. En pratique, ce sont les seuls arrêts de travail qui constituent le cœur de l'identification et de l'accompagnement (le cas échéant des sanctions) des praticiens faisant l'objet d'une MSO/MSAP.

[23] Depuis la campagne lancée en septembre 2025, la comparaison ne porte plus entre communes identiques de la région mais se fonde, pour les communes de 10 000 habitants au moins, sur les données IRIS (maille du quartier, de l'ordre de 2 000 habitants) établie par l'Insee.

[24] Article L. 162-1-15 CSS créé par la loi n°2004-810 du 13 août 2004 – art. 25 JORF 17 août 2004

La notion d'« activité comparable » a fait l'objet de travaux complémentaires pour la campagne 2025 afin de répondre à des demandes d'évolution faites en 2023/2024, et d'affiner au mieux les éléments de comparaison. A la faveur de ce dialogue avec les représentants de la profession des médecins, le dispositif MSO-MSAP a fait l'objet de plusieurs aménagements, notamment sur la méthode pour identifier les médecins ayant un niveau de prescription très élevé :

- les médecins concernés en 2025-2026 par une MSO sont uniquement ceux qui maintiennent un niveau de prescription très élevé par rapport à leurs confrères de la même région, à patientèle et territoire d'exercice comparables alors qu'il leur avait préalablement été proposé, au cours des 24 derniers mois, d'être accompagnés par l'assurance-maladie pour les aider dans leur pratique ou qu'ils avaient déjà fait l'objet d'une procédure de MSO/MSAP lors de l'avant-dernière campagne ; ainsi, ont été exclus des médecins récemment installés et qui n'avaient pas encore fait l'objet d'un accompagnement par l'assurance-maladie sur le thème des indemnités journalières (IJ) ;
- la méthode de comparaison géographique du lieu d'exercice des médecins a été affinée : il ne s'agit plus d'une comparaison entre communes identiques de la région mais d'un maillage territorial plus fin puisqu'il s'appuie sur des données de l'INSEE permettant de découper des communes en quartier (code IRIS). Les quartiers sont ensuite regroupés en fonction de critères socio-économiques (revenu fiscal médian par unité de consommation ; part des diplômés de niveau baccalauréat minimum dans la population de 15 ans ou plus non scolarisée ; part des ouvriers dans la population active de 15 à 64 ans ; part des chômeurs dans la population active de 15 à 64 ans.) ;
- un nouveau critère défini par les ARS permettant d'apprécier l'offre médicale disponible sur un territoire a également été pris en compte : cela permet ainsi de mieux tenir compte de la démographie médicale de la zone d'exercice du médecin.

Ainsi, chaque médecin est comparé aux médecins qui exercent au sein de « territoires » présentant le même niveau de fragilité socio-économique et avec une offre médicale disponible proche.

Pour faciliter la compréhension des médecins sur les données comparatives de leurs confrères utilisées par l'assurance-maladie, une nouvelle approche a été adoptée. Celle-ci permet de partager auprès du médecin son nombre réel d'IJ prescrites par patient actif comparé à un nombre moyen d'IJ par patient actif dit « attendu », correspondant au nombre d'arrêts de travail indemnisés si le médecin avait prescrit de la même façon que ses confrères. Ce nombre d'IJ attendu tient compte des caractéristiques de sa patientèle (affections longue durée, âge, sexe, Complémentaire santé solidaire) et des prescriptions moyennes observées pour les médecins « comparables ». Cette donnée permet ainsi d'apprécier l'écart entre la prescription moyenne réelle du médecin et celle attendue au regard des caractéristiques de sa patientèle et des prescriptions moyennes des médecins comparables.

Source : CNAM 2025.

La mise sous accord préalable pour six mois a pour effet de subordonner les prescriptions visées des prescripteurs concernés à un accord préalable du service médical de l'assurance-maladie. Elle constitue une décision unilatérale du directeur de la caisse primaire de l'assurance-maladie (CPAM).

La MSO (cf. encadré 4) constitue une mesure proposée par le directeur de la CPAM en alternative à la MSAP, avec accord du praticien.

Encadré 4 : Principales étapes de la MSO

1. La procédure débute pour le professionnel de santé lorsqu'il reçoit un appel téléphonique de la CPAM lui indiquant l'envoi prochain d'un courrier de la CPAM (étape non requise juridiquement, introduite pour prévenir le médecin de la démarche initiée).
2. La CPAM procède ensuite à l'envoi d'un courrier demandant au médecin ses observations sur son haut niveau de prescription d'IJ par patient actif.
3. À réception du courrier, des échanges contradictoires sont engagés permettant notamment la transmission d'explications écrites par le professionnel de santé ou la demande d'un entretien avec l'assurance-maladie.
4. À l'issue de cette phase contradictoire, la poursuite éventuelle de la procédure de MSO (le directeur de la CPAM pouvant l'abandonner à tout moment) se matérialise le cas échéant par l'envoi par la CPAM d'une proposition d'objectif chiffré. Le praticien dispose de quinze jours pour refuser cette proposition d'objectif.
5. S'il l'accepte, les mises sous objectifs des prescriptions d'IJ de son fait et de sa responsabilité seront ensuite « effectives » pour une période de six mois maximum. Les objectifs de réduction sont compris entre 20 et 30 % selon le niveau de prescription du médecin. En l'absence de respect des objectifs, le médecin peut se voir appliquer une pénalité. Si le professionnel refuse la proposition d'objectif, l'assurance-maladie peut imposer la MSAP.

Source : CNAM, 2025.

En cas de refus de la MSO, l'assurance-maladie peut imposer la MSAP par décision du directeur de la CPAM, après avis conforme du DG de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam).

En cas de récidive après deux périodes de MSAP, d'éventuelles sanctions financières peuvent être imputées au médecin.

La procédure de MSO/MSAP inclut une phase contradictoire. Les médecins identifiés sont appelés par les CPAM. La procédure contradictoire permet aux médecins qui le souhaitent de présenter leurs arguments ; le directeur de la CPAM peut décider, au vu des arguments présentés, de ne pas aller au bout de la procédure.

2.2.2. Si elles permettent la réduction des prescriptions pendant la durée de la procédure, les MSO/MSAP sont contestées par les professionnels et très limitées dans leur ciblage

Le dispositif a pour avantages d'exercer une contrainte forte sur les prescripteurs pendant la période de MSO/MSAP. La dernière campagne pour laquelle on dispose d'un recul après la période de MSO/MSAP (médecins identifiés sur la base des chiffres de prescription du second semestre 2022) montre une réduction importante et durable des prescriptions d'arrêt maladie, puisqu'elle se poursuit au-delà de la période de MSO/MSAP : deux ans après, la réduction approche les 30 % pour les médecins ciblés, soit un écart de 32 points de dynamique par rapport aux autres médecins (par construction, moins prescripteurs au départ). La réduction des arrêts de travail par patient actif est encore plus forte pour les médecins en MSAP (-36,6 %, soit un écart de dynamique de 39 points) (cf. tableau 1).

Lors de la campagne MSAP 2023/2024, 23 000 arrêts de travail[25] ont été présentés au service médical et ont abouti à un avis. Comme lors des campagnes précédentes, le taux de refus est faible (autour de 2 %) car l'effet principal du dispositif consiste dans la réduction importante du volume d'arrêt de travail prescrits par les médecins qui en font l'objet, selon une forme d'auto-régulation du professionnel.

[25] Le nombre d'arrêts maladie indemnisés était de 8,4 millions en 2023.

Tableau 1 : Évolution des prescriptions d'IJ par patient actif pour les médecins généralistes ciblés par la campagne de MSO/MSAP du second semestre 2022

Catégorie	IJ par patient actif (nb)				Comparaison S2 2024 / S2 2022
	S2 2022	S2 2023	S1 2024	S2 2024	
MG retenus pour MSO / MSAP	12	9,54	8,6	8,5	–29,5 %
• dont MSO	12,1	9,46	8,8	8,8	–27,6 %
• dont MSAP	11,8	9,56	7,4	7,5	–36,6 %
MG non retenus MSO / MSAP	4,6	4,65	4,8	4,7	+2,4 %

Source : CNAM, 2025.

La mission ne dispose pas de données sur l'impact des campagnes MSO/MSAP sur la durée des arrêts, au-delà de l'impact sur leur nombre.

Les économies réalisées sur les médecins concernés représentent 160 M€ entre juin 2023 et fin 2024[26]. Il est probable que, au-delà des seuls médecins concernés, le dispositif puisse exercer un rôle dissuasif sur les autres prescripteurs, sans toutefois par construction que cet effet soit mesurable.

En revanche, le dispositif présente un certain nombre de limites :

- en raison de la charge de contrôle qu'il implique, il ne peut par définition qu'être très ciblé en nombre de prescripteurs. L'assurance-maladie engage ainsi la procédure de MSO/MSAP à destination de 1 000 médecins généralistes chaque année, soit 1 % de l'effectif des médecins généralistes[27] ; du fait d'un niveau élevé d'abandons de procédures en cours de route (35 %)[28], la proportion de généralistes effectivement mis sous MSO/MSAP est de 0,65 %. Le dispositif ne porte *in fine* que sur les prescripteurs « hyper-atypiques » : il ne peut être mobilisé pour agir sur des formes de non-pertinence diffuse sur un large nombre de praticiens ;
- pour la même raison, il ne peut être mobilisé que sur un nombre réduit de thématiques. L'assurance-maladie a ciblé ce dispositif en 2023 sur les prescriptions d'arrêt-maladie ;

[26] A rapporter à un montant de dépenses d'arrêt maladie de 10,2 Mds€ en 2023. L'évaluation de l'assurance-maladie est réalisée à compter du lancement de la campagne (juin 2023), dès que les CPAM commencent les contacts téléphoniques auprès des professionnels ciblés, suivis par l'envoi du courrier officiel engageant la procédure. L'impact est ensuite mesuré jusqu'à six mois après la fin de la MSO (soit, pour la campagne considérée, jusqu'à fin août 2024) ou de la MSAP (soit jusqu'à fin décembre 2025). La période d'observation dépasse donc 12 mois. Le changement de comportement du professionnel peut se poursuivre au-delà de ces six mois, ce qui fait de l'évaluation d'économies réalisées de 160 M€ un minimum. En termes de répartition, 1/3 des économies ont été réalisées sur 2023 et 2/3 sur 2024.

[27] DREES, 2025, 237 200 médecins sont en activité en France au 1er janvier 2025, dont 42 % de généralistes.

[28] En majorité, ces abandons sont liés aux explications des médecins sur ses prescriptions d'IJ. Dans un quart des cas, les abandons sont liés à la situation personnelle du médecin, notamment la perspective d'un départ proche en retraite.

- le dispositif MSO/MSAP est consommateur d'effectifs du service de contrôle médical de l'assurance-maladie, et en particulier les médecins conseil ; ainsi, pour la campagne 2023-2024, les effectifs mobilisés ont été les suivants : en 2023, 19,5 équivalents temps plein (ETP) au total, dont 15,8 ETP pour le service médical ; en 2024, 29,5 ETP dont 27,5 pour le service médical. Cette consommation de ressources est toutefois très modeste au regard des 6800 agents du service médical de l'assurance-maladie, dont 1550 praticiens conseils, que du temps global mobilisé par le service médical sur les IJ, égal à 25 %[29]. Le coût en ETP du dispositif est réduit au regard des économies dégagées[30] ;
- les praticiens ciblés, malgré la baisse importante de leur niveau de prescription qu'entraîne la MSO/MSAP, continuent à avoir un niveau de prescription d'IJ nettement supérieur à la moyenne des autres généralistes (+60 % pour les médecins sous MSAP, +87 % pour les médecins sous MSO) compte tenu de l'hyper-atypie de leur situation de départ, par rapport aux autres praticiens dits « comparables » ;
- le dispositif ne vise aujourd'hui que les médecins généralistes à l'exclusion des autres spécialistes. Son application aux prescripteurs hospitaliers semble, dans l'état actuel des processus et systèmes d'information, hors de portée (l'identité du prescripteur hospitalier n'étant pas connue[31]). Ce ciblage reste toutefois cohérent au regard de la concentration de l'enjeu des IJ sur les généralistes : en 2022, plus de 80 % des IJ prescrites par des libéraux l'étaient par des généralistes ; la dépense moyenne d'IJ prescrite par les généralistes e 2,5 fois celle des autres spécialistes ayant prescrit des IJ[32].
- le dispositif rencontre une très forte hostilité de la profession qui le caractérise comme un « délit statistique »[33]. Le syndicat MG-France (premier syndicat parmi les généralistes) recommande ainsi aux médecins de refuser[34] le dispositif de MSO[35], privilégiant les MSAP[36], plus coûteuses en temps de gestion et de contrôle, et donc d'emboliser le dispositif.

---

[29] A. Essid, M. Penaud, V. Ruol, C. Schmit, *L'organisation du service du contrôle médical de l'assurance-maladie,* rapport Igas, 2023.

[30] Le rapport Igas sur le service médical indique en 2022 un salaire moyen annuel brut de 91 600€ par an pour les praticiens conseils, soit un coût employeur de 131 000€. En supposant une revalorisation de 3% depuis 2022, et en prenant l'hypothèse (majorante) que 100%des ETP mobilisés sont du temps de praticien conseil, le coût du dispositif est de 3,6 M€ par an.

[31] Les données hospitalières transmises remontent le numéro FINESS de l'établissement et non le numéro RPPS du prescripteur

[32] Chiffres de l'assurance-maladie issus du rapport Igas sur le service du contrôle médical.

[33] MG France, 2023, La CNAM fait sa tambouille avec vos chiffres d'IJ.

[34] MG France, 2025, MSO-MASP : les conseils de MG France, notamment : « *Quelle que soit la présentation qui vous est faite, **refusez cette MSO** (lettre recommandée avec AR dans les 15 jours à réception du recommandé de la CPAM) car c'est une véritable reconnaissance de votre culpabilité !* », en gras dans le texte en ligne. Il est également conseillé aux médecins généralistes de mobiliser les patients en cas de MSO, cf. « TractPatientTransp-IJ qui se clôt par cette mention : « *Avec l'aide de son syndicat MG France, votre médecin souhaite faire la transparence sur la difficulté qu'il rencontre pour vous soigner* ».

[35] "On veut pourrir la vie des généralistes" : la riposte de MG France face à la campagne de la Cnam sur les arrêts maladie *in Egora*.

[36] MG France 2025, « *Exigez, vous en avez le droit, une mise sous accord préalable (MSAP) qui renvoie la responsabilité de l'arrêt sur le médecin conseil* ».

Au titre de la dernière campagne pour laquelle un bilan est disponible à la date de la mission, sur 965 médecins ciblés :

- 671 ont été concernés par une procédure en vue d'une MSO sans être réorientés vers une MSAP. Après abandon de 255 procédures, 416 ont été mis sous objectif pour une période de six mois allant du 1er septembre 2023 au 29 février 2024. 310 ont atteint leur objectif ;
- 294 ont été concernés par une procédure en vue d'une MSAP après refus d'une MSO. Après abandon de 93 procédures, 201 médecins ont été mis sous accord préalable pour une durée de 3 à 6 mois à compter de fin 2023 ou début 2024 suivant les départements.

3. D'autres outils sont mobilisés pour s'assurer de la justification de la prescription préalable au remboursement

3.1. La demande d'accord préalable (DAP) porte sur des actes et produits à enjeux particuliers

3.1.1. La DAP est une procédure permettant de contrôler chaque prescription au regard de conditions propres à chaque acte ou produit relevant de ce dispositif

Les demandes d'accord préalable (DAP) sont un mécanisme de contrôle *a priori* de la dépense consistant à conditionner le remboursement d'un produit, d'un acte ou d'une prestation à un accord préalable du service médical de l'assurance-maladie. Celui-ci est requis pour ouvrir droit au remboursement d'actes et traitements particuliers.:

En pratique, c'est le professionnel de santé qui informe le patient de la nécessité d'effectuer une demande d'accord préalable auprès de l'assurance-maladie. Il remplit à cette fin et remet au patient le formulaire de demande d'accord préalable aux fins de complétion puis de transmission au service médical de la caisse d'affiliation, accompagné de la prescription médicale (ou sa copie) lorsqu'il s'agit d'actes ou de traitements réalisés par un auxiliaire médical (masseur-kinésithérapeute, orthophoniste, orthoptiste), un transporteur sanitaire, un prestataire d'analyses ou d'examens de laboratoire ou d'appareillage médicaux.

Sauf urgence[37], la caisse d'assurance-maladie dispose d'un délai de quinze jours à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable pour se prononcer. L'absence de réponse dans ce délai vaut acceptation tandis que les refus de prise en charge doivent faire l'objet d'une réponse par courrier avec indication des voies de recours dont dispose le patient.

Le respect du dispositif est assorti de contrôles *a posteriori* intégrés dans le système de maîtrise des risques, portant sur deux points de contrôle (pouvant conduire à des reprises d'indu) :

- le plan de contrôle socle de l'ordonnateur inclut la vérification que les avis défavorables du Service médical suite à DAP n'ont pas fait l'objet d'un remboursement, au travers d'un contrôle a posteriori exhaustif ;
- les contrôles obligatoires des directeurs comptables et financiers vérifient systématiquement qu'une DAP a bien été réalisée pour les transports sanitaires d'une distance supérieure à 150 km.

Les DAP sont mises en place par décision du DG de l'Uncam ou par arrêté ministériel. Elles portent sur l'ensemble des prescriptions listées, quel que soit le prescripteur (elles portent notamment sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville).

[37] Auquel cas l'acte est réalisé sans attendre la DAP, le formulaire devant alors porter la mention « acte d'urgence ».

Les actes, produits et prestations soumis à DAP comprennent :

- des actes médicaux : chirurgie plastique et interventions réparatrices, actes relatifs à l'assistance médicale à la procréation, chirurgie bariatrique ;
- des actes dentaires : traitement d'orthopédie dentofaciale ;
- des actes paramédicaux : bilans et rééducations en orthoptie, rééducation des troubles de la voix, de la parole, de la communication et du langage, actes de pédicurie, actes de rééducation masso-kinésithérapique soumises à référentiel HAS : en effet, pour 14 pathologies nécessitant une rééducation, un accord préalable est nécessaire si le nombre de séances dépasse un maximum issu des référentiels HAS. Selon les pathologies concernées, ce maximum se situe entre 10 et 50 séances ;
- des dispositifs médicaux : fauteuils roulants électriques, oxygénothérapie à long terme ;
- des examens de biologie (notamment en lien avec la médecine reproductive) ;
- certaines prescriptions de médicaments ;
- certaines prestations de transport sanitaire : distance supérieure à 150 km, transports en avion ou bateau de ligne, transports en série , transports liés aux soins ou traitements dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) pour les enfants ou les adolescents, ou des adultes handicapés vers les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), transports pour les femmes enceintes en cas de maternité éloignée.

3.1.2. La DAP peut être efficace, mais son effectivité comme son pilotage sont très fortement affaiblis par son ciblage et l'obsolescence de son cadre de mise en œuvre

L'efficacité des mises sous DAP a pu être mesurée s'agissant des traitements hypocholestérolémiants qui sont entrés dans le dispositif en 2014 : en effet, les mises sous DAP de ces produits ont réduit les volumes de prescription : le nombre d'initiations de traitements est passé à la suite de la DAP de 30 0000 à 15 000 pour Crestor ®, et de 7 000 à 6 000 pour Ezetrol ® en 18 mois[38]. L'impact est réel mais d'ampleur très différente selon les produits.

Toutefois, le rapport de l'Igas de 2023 sur le service du contrôle médical de l'assurance-maladie[39] a montré que le pilotage comme l'effectivité du dispositif sont très fortement affectés par son caractère vétuste :

- l'empilement des DAP ne permet pas de suivre le nombre et le champ des DAP. Le dernier recensement date de 2021 et fait état de 680 actes et prestations ;
- à l'exception de six DAP dématérialisées, les DAP relèvent d'un traitement papier (cf. encadré 5) qui ne permet pas de disposer de données sur les volumes de DAP, ni d'automatiser le traitement d'une partie des demandes. De ce fait, au vu des volumes, les DAP ne sont pas examinées dans un grand nombre de cas : l'effet de la procédure se limite alors à imposer un délai de quinze jours, au-delà duquel la DAP est tacitement acceptée. Cela illustre la très grande difficulté à massifier les contrôles portant sur des prescriptions unitaires.

[38] CNAM, juil. 2020, Charges et produits pour 2021, 273 p.

[39] A. Essid, M. Penaud, V. Ruol, Dr C. Schmit, *L'organisation du service médical de contrôle de l'assurance-maladie*, Igas, 2023.

Encadré 5 : Les limites de la DAP papier

Les DAP papier se caractérisent par deux limites :

- la première, consubstantielle, est liée à la nécessité d'impression, de double service par le praticien et le patient, d'envoi puis acheminement postal, et l'ensemble des travaux de traitement par la caisse primaire d'assurance maladie à l'arrivée (incluant les erreurs d'adresses externes ou internes), la nécessité de ressaisie. Outre la génération de risques d'erreurs tout au long du processus et la charge administrative associée, la combinatoire des délais peut également poser des difficultés en cas de traitement à mettre en œuvre rapidement ;
- la second, subséquente, est liée à l'absence de données de pilotage et à une effectivité très réduite des contrôles. Les DAP ne peuvent dès lors jouer un rôle régulateur que pour autant que le prescripteur imagine un niveau de contrôle nettement plus effectif que la réalité, ou que si le délai de réponse ou la charge administrative de remplissage de la demande ont un effet dissuasif (ce qui peut sembler incertain, au vu des actes et prestations concernées).

Les nouvelles DAP doivent désormais être dématérialisées au stade de leur création (cela a par exemple été le cas des DAP sur les anti-PCSK9).

Afin que la DAP soit pilotable et puisse pleinement jouer son rôle, il est également indispensable de dématérialiser les DAP existantes présentant les plus forts enjeux financiers (soit du fait des montants remboursés, soit du fait des risques de mésusage).

La Cnam a défini un programme de dématérialisation de DAP existantes, qui s'est d'ores et déjà traduit par la dématérialisation en 2023 des DAP sur le grand appareillage et sur les transports de plus de 150 km, et en 2024 par celle de la DAP sur les dispositifs médicaux d'hypo-apnée (dispositif à pression positive continue, orthèse d'avancée mandibulaire).

Source : Mission.

L'état actuel du champ des DAP relève en effet d'une sédimentation qui ne permet pas de disposer d'une vision actualisée de ce périmètre, ni de réaliser de priorisation en fonction des enjeux financiers, et rend encore plus illusoire de contrôler une part significative des DAP papier.

La plus-value d'une DAP peut s'avérer limitée soit parce qu'il existe une faible marge de régulation a priori (assistance médicale à la procréation, fauteuils roulants…) ou qu'ils génèrent des contentieux systématiquement perdus. Par ailleurs, la volumétrie de certaines DAP engendre un traitement compliqué en raison des moyens ou de la capacité à faire du service médical (exemple des soins de masso-kinésithérapie).

Il n'est pas possible d'évaluer l'impact financier global du dispositif de DAP, du fait de :

- l'absence totale d'indicateurs de pilotage (en dehors des six DAP en ligne) ;
- la liste très longue de prescriptions sous DAP, qui rendrait difficile la reconstitution des dépenses sous DAP ;
- l'ancienneté de certaines DAP, qui ne permet pas de disposer d'un contrefactuel permettant d'apprécier leur impact. Celui-ci ne peut être mesuré que pour des DAP mises en place récemment, par comparaison des volumes avant / après DAP.

Les six DAP en ligne permettent de rendre la procédure plus effective. En effet, l'existence d'une DAP en ligne permet un traitement automatisé et immédiat d'une très grande majorité de DAP correspondant aux critères, aboutissant à un accord sur la base des éléments transmis par le prescripteur dans sa demande et conformément à un algorithme transcrivant les conditions de prise en charge. Cela permet de concentrer l'examen individuel sur les DAP susceptibles de refus (si les accords peuvent être accordés de façon automatique sur la base de l'algorithme au vu des renseignements déclarés, les refus supposent une validation humaine). Le passage des DAP à une DAP en ligne permet donc au contrôle du service médical de devenir effectif.

Les DAP en ligne permettent de disposer d'indicateurs pour 2023 sur les volumes de prescription concernés et sur l'impact des procédures (pour 2022, ces données ne sont disponibles que sur 4 DAP). En 2024, environ 800 000 DAP en ligne ont été réalisées.

Le taux d'accord des DAP est systématiquement supérieur à 89 % (cf. tableau 2), et supérieur à 95 % pour cinq des huit DAP dématérialisées en 2024.

Tableau 2 : Volume et taux d'accord des DAP dématérialisées entre 2022 et 2024

	Nombre de DAP				Taux d'accord		
	2022	2023	2024	Évolution 2022-2024	2022	2023	2024
Chirurgie bariatrique	37 411	35 422	33 527	- 10,4 %	96 %	96 %	96 %
Alirocumab Praluent ® (anti PCSK9)	4 694	11 607	17 596	274,9 %	88 %	93 %	95 %
Evolocumab Repatha ® (antic PCSK9)	14 573	21 952	351 010	2308,6 %	89 %	93 %	95 %
Chirurgie plastique	42 858	43 776	43 708	2,0 %	78 %	78 %	79 %
Grand appareillage	N.A.	297 339	326 241	N.A.	N.A.	94 %	92 %
Transport de + de 150 km	N.A.	88 299	230 808	N.A.	N.A.	87 %	89 %
PPC	N.A.	N.A.	112 872	N.A.	N.A.	N.A.	98 %
OAM	N.A.	N.A.	15 129	N.A.	N.A.	N.A.	95 %

Source : Cnam. Note : En 2022, le dispositif n'est pas mis en œuvre en année pleine.

3.2. La prescription renforcée est un dispositif récent proche de la DAP

3.2.1. La prescription renforcée est le nouveau dispositif dématérialisé mis en place par l'assurance-maladie pour vérifier l'adéquation entre prescription et conditions de prise en charge financière

L'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a créé la possibilité de conditionner le remboursement de médicaments à une démarche à réaliser par le prescripteur au moment de la prescription, au cours de laquelle il déclare que celle-ci répond aux indications thérapeutiques remboursables ou aux recommandations de bonnes pratiques, en indiquant les éléments pertinents (indication thérapeutique, caractéristiques du patient). L'existence de ce dispositif pallie notamment l'absence de mention de l'indication thérapeutique sur l'ordonnance et donc les risques de prescriptions dans des indications non remboursables, sans mention sur l'ordonnance du « NR » (non remboursable).

Cette démarche s'effectue via un téléservice de l'assurance-maladie, qui comporte un algorithme permettant de vérifier si les éléments déclarés par le prescripteur confirment que la prescription est conforme aux conditions. Dans ce cas, le patient reçoit un justificatif en même temps que l'ordonnance. Lors de la délivrance, le pharmacien d'officine vérifie l'existence de ce justificatif ; en l'absence de justificatif, le patient ne sera pas remboursé.

La LFSS pour 2025 a ouvert la possibilité d'étendre ce dispositif à d'autres prescriptions (examens de biologie, transports sanitaires), mais a restreint le champ des conditions pouvant être vérifiées : le dispositif ne peut plus contrôler que les conditions d'indications thérapeutiques remboursables et non les conditions de respect des recommandations de bonnes pratiques.

La mise en place de la prescription renforcée pour une prescription est décidée par arrêté[40]. Le dispositif fait depuis 2025 l'objet d'une première application sur les quatre antidiabétiques analogues du GLP-1 (AGLP-1). L'arrêté définit non seulement le produit concerné mais également les conditions de remboursement dont la conformité doit être déclarée par le prescripteur.

3.2.2. La prescription renforcée peut être étendue aux cas déjà identifiés de mésusage, en tenant compte toutefois de l'acceptabilité limitée pour certains acteurs du dispositif en l'état

Le dispositif vise à concilier l'individualisation du contrôle de la prescription à une maille de la prescription unitaire et une capacité de massification dont ne sont pas capables les dispositifs de contrôle unitaire de la prescription présentés précédemment notamment la DAP (ce dispositif a également pu être qualifié de mini-DAP) :

- comme ces dispositifs de contrôle, il permet d'assurer, à l'échelle de chaque prescription concernée, la conformité aux conditions de remboursement (ou, si la loi le permettait de nouveau, aux recommandations de bonne pratique) : il repose donc sur la fourniture par le prescripteur des éléments du cas clinique permettant de vérifier cette conformité. Il s'agit donc bien d'un dispositif de maîtrise médicalisée reposant sur la vérification de la pertinence ;
- pour autant, en remplaçant un contrôle du service médical par une déclaration du prescripteur, il est bien plus susceptible d'être massifié que la DAP. Il se rapproche des situations où les DAP en ligne valident automatiquement et immédiatement la demande ; ce dispositif s'en distingue, car il ne prévoit pas d'intervention humaine pour les décisions de refus (générés par le téléservice sur la base de l'algorithme mis en place), ce qui lui permet d'apporter une réponse dans un délai beaucoup plus court.

Ce dispositif semble particulièrement indiqué pour des prescriptions pour lesquelles les conditions de remboursement ou les recommandations de bonnes pratiques fixent de façon limitative et déterministe les conditions dans lesquelles la prescription est justifiée, et pour lesquelles il existe un niveau élevé (ou un risque élevé) de mésusage.

Dans le cas des antidiabétiques analogues du GLP-1, le dispositif vise à prévenir un usage détourné hors autorisation de mise sur le marché (AMM), qui consisterait à prescrire des médicaments dont l'AMM est limitée au traitement du diabète aux fins de traiter la surcharge pondérale.

Au-delà de ce cas, les exemples sont nombreux de prescriptions pour lesquelles on constate un écart important entre les effectifs de personnes recevant des prescriptions et l'estimation des populations correspondant aux indications (cf. annexe V). Le rapport Igas-IGF de 2025 relatif aux dépenses de biologie recommandait ainsi son extension, à partir des recommandations de la HAS et des travaux de l'assurance-maladie, à quelques examens de biologie pour lesquels la prescription excède largement les indications pertinentes :

[40] L. 162-19-1 et décret n° 2024-968 du 30 octobre 2024 relatif au document destiné à renforcer la pertinence des prescriptions médicales.

- le dosage de vitamine D, réalisé en 2022 sur un nombre de patients près de quinze fois supérieur aux effectifs concernés par les six indications limitatives pour lesquelles la HAS considère que ce dosage reste pertinent[41] ;
- le dosage de l'hémoglobine glyquée, indispensable pour le suivi des patients diabétiques, est utilisé bien au-delà de cette population, comme outil de dépistage du diabète, alors que le diabète peut être dépisté par un dosage de glycémie à jeun, moins coûteux.

La mise en place du dispositif se heurte toutefois à une opposition d'une partie des médecins et des pharmaciens, au motif de sa lourdeur :

- il contraint le praticien à remplir le téléservice, et à ressaisir des informations qui sont probablement déjà présentes dans le logiciel de gestion du cabinet ;
- il repose sur une procédure dématérialisée mais qui inclut nécessairement une « rematérialisation », puisque le justificatif remis au patient est en format papier ;
- il contraint le pharmacien à gérer également une démarche *ad hoc*, qui n'est pas intégrée dans la suite de ses outils de gestion.

Ce dispositif suppose par ailleurs que le prescripteur, s'il ne respecte pas les conditions de prescription ou s'il ne réalise pas la démarche préalable, informe le patient : le patient qui n'aurait pas été informé par le prescripteur de ce dispositif pourrait découvrir en officine que sa prescription n'est pas remboursable et qu'il doit payer pour exécuter son ordonnance. La non-diligence du prescripteur se traduirait donc par une exposition du pharmacien et des conséquences financières pour le patient.

Par ailleurs, en cas de délivrance du médicament par le pharmacien avec transmission d'une demande de remboursement à l'assurance-maladie, les indus sont demandés au pharmacien et non au prescripteur.

Enfin, le dispositif ne s'applique aujourd'hui pas dans les faits aux prescripteurs hospitaliers, car la démarche doit être réalisée sur Amelipro dont l'usage à l'hôpital est entravé par l'accès effectif aux outils de téléservice aux points de prescription informatisée par les médecins hospitaliers.

[41] La mission Igas-IGF a identifié un potentiel d'économie de 23,7M€ par an sur un total de 27M€ de dépenses, soit un taux de 91%.

4. Des outils de conditionnement ou de limitation du remboursement viennent compléter les mesures liées à la prescription

4.1. Les prescriptions et remboursement « en cascade » sont des outils qui restent à construire

4.1.1. Les prescriptions et remboursements « en cascade » peuvent relever de deux approches

4.1.1.1. Réalisation et remboursement préalables d'un diagnostic permettant de confirmer la pertinence de la prescription

La prise en charge d'une prescription peut être subordonnée à la réalisation préalable d'un acte (notamment diagnostic) permettant de vérifier la pertinence de cette prescription[42]. La règle de remboursement est donc ici adossée à la logique conditionnelle d'une prescription : d'un côté, l'ordonnance conditionne la réalisation d'un acte au résultat d'un examen préalable ; de l'autre, la règle de remboursement conditionne le remboursement de cet acte en fonction du résultat de l'examen.

Cette logique trouve à s'appliquer en matière de biologie : ainsi, depuis octobre 2024, le dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) libre n'est pris en charge qu'en fonction du dosage de PSA total. Le laboratoire peut intégrer cette règle dans son SI et ne réaliser l'examen supplémentaire qu'en fonction du résultat du premier examen.

Le même principe conditionne également la délivrance sans ordonnance par le pharmacien d'antibiotiques pour les angines et cystites simples à la réalisation préalable d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) devant confirmer le caractère bactérien de l'infection[43].

4.1.1.2. L'approche de thérapie graduelle ou du traitement de première intention*: inscrire la gradation des réponses thérapeutiques dans les conditions de prise en charge*

Cette logique de prise en charge conditionnée à une précédente prise en charge pourrait également trouver à s'appliquer, non pas dans une logique de diagnostic préalable, mais dans une logique de gradation des réponses thérapeutiques. En effet, les recommandations de bonne pratique identifient souvent des traitements ou actes en première intention, et des traitements ou actes en 2ème ou 3ème intention. Or, cette logique n'est pas toujours respectée, comme en attestent certains exemples. Ainsi, en matière de traitements hypocholestérolémiants, alors que les statines sont le traitement de première intention qui doit précéder un éventuel recours à l'ézétimibe dans certaines indications, l'assurance-maladie évaluait en 2019 un taux de mésusage de l'ézétimibe (c'est-à-dire sans statine préalable) compris entre 29 et 59 %. Les anti-PSCK9 ont vocation à constituer le traitement de 3ème ligne : c'est afin de respecter cette logique qu'ils ont été mis sous DAP.

Cette logique de gradation n'est aujourd'hui pas inscrite dans les conditions de remboursement (elle peut en revanche donner lieu à des DAP).

---

[42] Hors sujet de conditionnement de la prise en charge, on parle par exemple ans le domaine du médicament de prescription à dispensation conditionnelle

[43] B du 9° de l'article L5125-1-1 A CSP

Certains systèmes d'assurance santé, notamment aux Etats-Unis, prévoient en revanche des règles de *step therapy* (thérapie graduelle) inscrivant cette logique de gradation dans les conditions de remboursement[44] : le financeur prend en charge d'abord de façon systématique la réponse thérapeutique de première intention. Ce n'est qu'en cas d'échec qu'un passage aux réponses de deuxième ou troisième ligne est possible – ce qui conduit également à appeler cette approche *fail first requirement*, qu'on peut traduire comme une condition d'échec préalable (sous-entendu : du traitement de première ligne).

4.1.2. Ces outils ont cependant des limites et nécessitent des prérequis

Appliquer ces outils à certaines prescriptions suppose tout d'abord des recommandations scientifiques suffisamment déterministes. Or, les arbres de décision peuvent dans certains cas être plus complexes : tel traitement de 2ème ligne pourra être par exemple prescrit en première intention en fonction de caractéristiques spécifiques du patient (âge, antécédents…).

Par ailleurs, pour que la logique de *step therapy* ne se traduise pas par une perte de chances pour le patient, il faut que les différentes lignes de traitement présentent une efficacité et une innocuité équivalentes dans le cas général. À titre d'exemple, cette logique trouve bien à s'appliquer pour la gradation statines / anti-PCSK9 car les statines sont un traitement efficace, sûr et meilleur marché[45] ; en revanche, son application aux traitements antiviraux de l'hépatite C, marqués par une vraie rupture en termes d'efficacité (antiviraux d'action directe) aurait dégradé l'état de santé des patients[46]. Des projets législatifs récents mais inaboutis, aux Etats-Unis, ont visé à imposer aux assureurs des exceptions au *fail first requirement*[47].

En outre, ces dispositifs, comme la prescription renforcée, supposent que le prescripteur respecte la logique de cascade et informe son patient des conséquences de son non-respect.

En effet, l'absence de diligences par le prescripteur pénaliserait le patient, qui constaterait l'absence de prise en charge au moment d'exécuter la prescription, voire s'exposerait à une reprise d'indu si la conditionnalité est vérifiée *a posteriori*.

4.2. Le plafond de remboursement est exceptionnellement mobilisé

La mise en place de plafonds de remboursement par l'assurance-maladie, après avis de la HAS pour certains produits de santé ou actes remboursables, se pratique rarement.

La quantité remboursable d'un produit de santé peut actuellement faire l'objet d'une limite quantitative annuelle par patient dans le champ des DM, via la LPP. Ainsi, le nombre de bandelettes pour l'autosurveillance glycémique pour les personnes atteintes de diabète de type 2 non traitées par insuline est limité à 200 par an[48].Un tel dispositif sécurise un montant maximal de remboursement par patient. Il soulève des enjeux de fixation du seuil.

---

[44] R. E. Sachs, M. A. Kyle, « Step Therapy's Balancing Act — Protecting Patients while Addressing High Drug Prices », *New England Journal of Medicine*, 2022.

[45] Coût mensuel d'un traitement par statine compris entre 6,73€ (fluvastatine 20mg) et 31,96€ (rosuvastatine 20mg) versus 41,56€ pour l'ezetimibe 10mg

[46] Sachs et Kyle, *op. cité*

[47] Le traitement imposé en première ligne a déjà été utilisé sans succès ; il est contre-indiqué pour le patient en question ; retarder les traitements de 2ème ou 3ème ligne aurait des conséquences sévères et irréversibles pour le patient.

[48] Arrêté du 25 février 2011 relatif à la modification des conditions de prise en charge des appareils pour lecture automatique de la glycémie, dits lecteurs de glycémie, inscrits au chapitre 1er du titre Ier de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

En effet, dès lors que ces mesures reviennent à substituer une norme réglementaire à l'appréciation du prescripteur, leur principale contrainte réside dans la faculté de fixer un tel plafond à un niveau qui soit pertinent par rapport aux bonnes pratiques. La difficulté de fixer le seuil est accrue si le produit prescrit répond à plusieurs indications appelant des durées de prescription différentes. Un seuil trop bas peut alors entraîner un effet contre-productif en termes de santé (rupture de traitement). Inversement, la mise en place d'un plafond peut voir sa portée réduite s'il est fixé trop haut ou si les pratiques sont très homogènes et proches de ce qui est considéré comme la bonne pratique.

Un plafond de remboursement est donc plus facilement applicable à une prescription qui ne constitue pas un traitement en tant que tel et qui ne risque pas d'entraîner un effet report vers une autre spécialité sans plafond.

Un tel outil n'est notamment pas approprié pour traiter les situations de traitement médicamenteux allant au-delà des recommandations (cas des benzodiazépines) : en effet, ces situations appellent d'abord un accompagnement des prescripteurs vers des alternatives thérapeutiques et souvent la définition d'un plan de sevrage du patient ; supprimer le remboursement du traitement au-delà de la durée ne contribue en rien à diminuer le mésusage.

Enfin, un tel dispositif suppose soit une capacité de totalisation des consommations passées au stade de la délivrance permettant de ne pas déclencher le remboursement délivrer les quantités qui conduiraient à excéder le plafond, soit de reprendre l'indu auprès du patient.

5. Les dispositifs d'intéressement financier ne démontrent pas pleinement leur effet

5.1. Les dispositifs d'intéressement pour les prescripteurs libéraux sont multiples

5.1.1. Plusieurs dispositifs d'intéressement ont été mis en place pour plus de pertinence des prescriptions

5.1.1.1. CAPI, ROSP, bonus sobriété : les conventions médicales incluent depuis 2009 des dispositifs d'intéressement liés à la pratique globale de prescription des médecins

L'assurance-maladie a introduit en 2009 un contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI), facultatif, ouvert à l'adhésion individuelle des médecins. Il a été remplacé par un dispositif intégré à la convention médicale en 2011, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Ces dispositifs s'inspirent des systèmes de rémunération à la performance (*payment for performance*, P4P) mis en place dans d'autres États notamment en Grande-Bretagne. Ils combinent des objectifs de qualité de prise en charge (suivi de l'hémoglobine glyquée des patients diabétiques, participation des patients à certains dépistages…) et des objectifs de bon usage de la prescription (génériques…).

La rémunération forfaitaire moyenne versée aux médecins libéraux (hors centres de santé), au titre de la Rosp et du forfait structure, atteint en 2024 (chiffres assurance-maladie) :

- pour les 51 202 médecins généralistes concernés, 9 563 € par médecin en moyenne (+ 2,6 % par rapport à 2023) ;
- pour la ROSP médecin traitant de l'adulte versée aux médecins généralistes (hors exercice particulier), 5 361 € en moyenne par médecin concerné (soit 265 M€ au total) ;
- pour les spécialistes, 4 262 € pour les pédiatres (+ 4,5 %), 3 840 € pour les gastroentérologues (+ 2,7 %) ; 4 833 € pour les cardiologues (+ 12,2 %) et 4 682 € pour les endocrinologues (+ 5,8 %).

La convention médicale 2024 a mis fin à la ROSP des médecins traitants à partir du 1er janvier 2026. A compter de cette date, un forfait médecin traitant (FMT) unique, annuel et s'appuyant sur une logique individualisée par patient, se substitue au forfait patientèle médecin traitant (FPMT) et à la ROSP. Les indicateurs de qualité de suivi de la ROSP sont intégrés dans ce nouveau forfait

Le nouveau forfait médecin traitant (FMT) comporte :

- une part fixe calibrée sur la complexité de la situation du patient (âge, pathologie chronique) ;
- une part variable selon le niveau de réalisation des vaccins, dépistages et consultations obligatoires auxquels le patient est éligible.

La part fixe intègre :

- un forfait socle de rémunérations forfaitaires auquel s'ajoutent les majorations spécifiques à la situation du médecin (âge, zone d'installation) ;
- une valorisation pour la prise en charge des patients en situation de précarité.

La part variable correspond aux majorations de prévention versées en fonction de quinze indicateurs calculés pour chaque patient dont le médecin est déclaré traitant (nombre plus restreint d'indicateurs que la ROSP autour de la vaccination, du dépistage et du suivi de certaines catégories de patients).

L'article 66 de la convention médicale 2024-2029 instaure également un bonus sobriété pour les prescriptions de médicaments effectuées par les médecins généralistes pour la patientèle dont ils sont médecins traitants. Le dispositif consiste à établir pour chaque médecin généraliste un ratio de sobriété[49] soit le rapport entre d'une part le montant des dépenses de médicaments (vaccins exclus) induite par les prescriptions de ce généraliste pour sa patientèle stable médecin traitant avec le niveau moyen de prescription des généralistes[50].

Un **bonus de sobriété** sera versé chaque année aux médecins généralistes :

- avec un ratio de sobriété inférieur ou égal au 3ème décile, c'est-à-dire les 30 % des médecins avec le ratio de sobriété le plus faible ;
- avec un ratio de sobriété compris entre le 3ème et le 6ème décile et dont le ratio de sobriété a diminué d'au moins 10 % entre l'année N-1 et l'année N.

[49] Pour plus de détails sur le dispositif voir la convention médicale 2024-2029, article 66, p. 127.

[50] Pour établir ce rapport, les patientèles sont stratifiées selon le sexe, l'âge, le statut au regard du bénéfice de l'ALD et de la CSS.

Ce dispositif récompense à la fois les médecins ayant les meilleurs résultats en termes de sobriété mais aussi à ceux qui, ayant des résultats moyens, progressent. Ce calibrage permet de répondre à deux écueils potentiels :

- si l'on ne récompense que les meilleurs, on peut craindre un effet d'aubaine (on récompense des généralistes qui étaient sobres sans provoquer de progrès dans la sobriété) ;
- si on ne récompense que ceux qui progressent, on donne une prime à ceux qui avaient, avant la mise en place du dispositif, un comportement dispendieux et on décourage les « meilleurs ».

Mêler les deux méthodes n'annule pas leurs défauts mais les additionne tout en les diluant.

Le dispositif ne s'articule pas autour d'un objectif préfixé (une norme) mais organise une compétition entre les médecins (seuls les meilleurs et les moyens qui progressent sont récompensés), le bonus de chacun est dépendant du comportement de ses collègues. L'absence d'objectif *a priori* permet d'éviter le débat que susciterait l'affichage d'un budget cible de prescription, mais prive le praticien d'un point de repère intelligible.

Le bonus versé pour chaque médecin bénéficiaire sera supérieur ou égal à 1 000 € multiplié par un coefficient de pondération égal, pour chaque médecin au rapport entre l'effectif de sa patientèle médecin traitant et l'effectif moyen de la patientèle médecin traitant de l'ensemble des médecins généralistes.

5.1.1.2. Certains dispositifs d'intéressement davantage ciblés viennent en complément

En complément de l'intéressement portant sur l'ensemble de la prescription, ont été ajoutés des intéressements plus ciblés.

5.1.1.2.1. Sur le passage aux biosimilaires

Le dispositif d'intéressement des médecins libéraux à la prescription des médicaments biosimilaires, issu de la négociation de l'avenant 9 signé le 30 juillet 2021, est entré en vigueur le 1er janvier 2022. La convention médicale 2024-2029 l'a largement renforcé. Il concerne l'ensemble des médecins libéraux conventionnés.

L'intéressement se calcule, pour chaque produit éligible, en multipliant le nombre de patients ayant initié un traitement sous biosimilaire ou ayant substitué le bioréférent par le biosimilaire, par l'économie annuelle pour l'assurance-maladie obligatoire estimée par patient (multiple de l'écart de prix et du nombre médian d'unités délivrées) et une clé de répartition entre prescripteur et assurance-maladie (désormais de 50 %).

5.1.1.2.2. Sur la dé-prescription des inhibiteurs de la pompe à proton (IPP)

La convention médicale de 2024 a prévu un intéressement individuel à la dé-prescription d'IPP, entré en vigueur en 2025. Il vaut pour l'ensemble des médecins libéraux.

Il consiste à multiplier des indicateurs de baisse du nombre de patients traités sous IPP (différentiel entre N-1 et N du nombre de patients de 18 à 64 ans traités sous IPP et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) / du nombre de patients de 65 ans traités sous IPP au-delà de huit semaines), par le coût moyen annuel de traitement et une clé de répartition (20 %).

5.1.1.2.3. Sur la prescription d'orthèse d'avancée mandibulaire (OAM)

La convention médicale de 2024 prévoit un intéressement collectif à l'initiation de prescription d'OAM en alternative à la prescription de machines à pression positive continue (PPC). Si le taux d'initiation d'OAM (nombre d'OAM initiées, rapporté au total de prescriptions d'OAM et PPC), atteint un seuil (10 % en 2025, 15 % en 2026, 20 % en 2027), un intéressement sera versé à l'ensemble des médecins ayant prescrit une OAM.

5.1.2. Les évaluations internationales des rémunérations à la performance sont mitigées

Une étude de l'OCDE[51] recense quatorze programmes de P4P en soins primaires dans seize pays européens (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Dispositifs de P4P pour les soins primaires inclus dans la revue de l'OCDE

Pays	Début	Thèmes	Types d'indicateurs
République tchèque		*Disease management*, offre de services, informatisation	Processus, structure
Allemagne	2001	*Disease management*, offre de services	Processus, structure
Estonie	2006	*Disease management* (notamment pour le diabète), services de prévention, coordination, pertinence de la prescription, suivi des enfants, suivi de grossesse et maternité	Processus, structure
France	2009	*Disease management* (notamment pour le diabète), services, efficience de la prescription, organisation du cabinet	Résultats, processus, structure
Croatie	2013	*Disease management*, offre de service, pertinence de la prescription (polymédication, antibiotiques), suivi des enfants et de la grossesse, satisfaction des patients	Processus, structure
Italie (Emilie-Romagne)	2003	*Disease management* pour les patients diabétiques	Processus, structure
Lituanie	2005	*Disease management*, offre de service, accès	Résultats, processus
Lettonie	2013	*Disease management*, offre de service, accès, suivi des enfants	Résultats, processus, structure
Moldavie	2013	*Disease management* (maladies cardiovasculaires, diabète, tuberculose), dépistage du cancer, suivi de grossesse et de maternité, suivi des enfants	Résultats, processus
Pologne	2016	Prévention et surveillance (dépistage des cancers, initiation de traitement)	Processus
Portugal	2006	*Disease management* (notamment diabète), offre de service, suivi des enfants, de la grossesse et de la maternité, satisfaction des patients	Résultats, processus, structure
Suède (variations régionales)	2011	*Disease management*, organisation du cabinet, services digitaux, satisfaction du patient ; selon les régions : coordination, suivi des enfants, santé mentale…)	Résultats, processus, structure
Royaume-Uni	2004	*Disease management*, services, organisation du cabinet, satisfaction du patient	Résultats, processus

Source : OCDE, op. cité.

Ces programmes ont tous en commun de comprendre une part consacrée au *disease management* c'est-à-dire à la coordination des soins des patients chroniques, avec souvent une attention particulière pour le diabète, et comportent presque tous des objectifs de prévention. La plupart des dispositifs mesurent la qualité à travers des indicateurs de moyens (processus, organisation) mais certains (dont la France) incluent des indicateurs de résultats. Certains pays, dont la France, incluent par ailleurs des objectifs et indicateurs relatifs aux prescriptions.

[51] Eckhardt H, Smith P, Quentin W. "Pay for Quality: using financial incentives to improve quality of care", In: Busse R, Klazinga N, Panteli D, Quentin W. *Improving healthcare quality in Europe*, OCDE, European Observatory on Health Systems and Policies. 2019.

Les évaluations de ces programmes semblent montrer des effets modestes sur des indicateurs de processus mais ne démontre pas de progrès en ce qui concerne les résultats de santé ou la sécurité des soins.

Le dispositif anglais dénommé « *Quality and Outcomes Framework* » (QOF) constitue le programme le plus ambitieux qui ait été développé non seulement par les sommes engagées, mais aussi par les ressources mobilisées pour concevoir et faire évoluer les indicateurs du programme, en évaluer les résultats. Les évaluations du dispositif ont montré que :

- le dispositif a incité à moderniser l'organisation : informatisation, recrutements d'infirmiers ;
- après des débuts prometteurs sur certains indicateurs de qualité, un plateau a été atteint ;
- certains indicateurs considérés comme non pertinents ont induit une approche « cocher des cases » ;
- l'effort des médecins se réorientait vers les domaines faisant l'objet du QOF au détriment de l'attention portée aux aspects de la pratique non concernés par l'incitation ;
- le dispositif tend à standardiser les prises en charge, les indicateurs sont construits par pathologies, au détriment de l'attention accordée aux patients complexes et polypathologiques.

La revue des revues de littérature réalisée par l'étude de l'OCDE apporte des conclusions comparables, y compris pour les études réalisées dans des contextes hors Europe :

- en matière de gestion des maladies chroniques, les études incluant des groupes de comparaison n'ont pas démontré d'effet, ou un effet seulement légèrement positif, sur les indicateurs de processus ;
- en matière de prévention, les études avec groupe de contrôle n'ont démontré de résultat positif que sur des indicateurs individuels de processus ;
- une étude randomisée avec contrôle a comparé les effets d'incitations financières et d'une approche *audit and feedback* sur les prescriptions de test[52] et a conclu que cette dernière était plus efficace.

5.1.3. Les dispositifs français n'ont pas été évalués, mais on peut douter de leur capacité à infléchir les pratiques

La ROSP n'a pas bénéficié d'évaluation scientifique comme le QOF. On note toutefois que l'évolution des indicateurs de résultat est pour le moins contrastée, comme le montre le tableau suivant sur une sélection d'indicateurs (cf. tableau 4) ; par ailleurs, il faudrait pouvoir distinguer l'évolution constatée de l'évolution des indicateurs qui se serait produite sans la ROSP- contrefactuel dont on ne dispose jamais par construction.

[52] Ivers N et al. (2012). « Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes ». *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

Tableau 4 : Évolution des résultats de 7 indicateurs sur les 25 de la ROSP médecin traitant (en %)

Indicateur	2011	2016	2018	2023	Cible
Part des patients diabétiques ayant eu au moins 2 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année	45,9	79	79,4	80,7	92
Part des patients de moins de 81 ans traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de microalbuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire		31	43,4	45,7	59
Part des patientes de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois dernières années	58,7	56,9	56,1	56,2	65
Part des patients de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années		22,9	28,1	35	55
Part des patients ayant initié un traitement par BZD hypnotiques et dont la durée de traitement est > 4 semaines		41,6	42,4	42,9	30
Part des patients ayant initié un traitement par BZD anxiolytiques et dont la durée de traitement est > 12 semaines		15,1	14,8	14	9
Part des patients de moins de 65 ans sans facteur de risque mesurable de lésions digestives induites par les AINS, avec co-délivrance d'IPP et d'AINS, parmi les patients sous AINS			30,9	29,8	17

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale dédié à la branche maladie annexé au PLFSS pour 2025.

Le raisonnement sous-tendant les incitations financières peut être contesté dans son principe. Il suppose que l'incitation financière constitue un levier suffisant pour faire évoluer la pratique, alors que ses déterminants sont nombreux et de différentes natures : la formation initiale et continue (avec ses limites), les biais cognitifs, l'habitude, les modèles d'ordonnance pré-enregistrés, les attentes des patients.

Ainsi, il est possible de questionner le fait que les médecins soient prêts à faire un effort supplémentaire alors qu'ils déclarent déjà, pour les généralistes, un temps de travail moyen de 2 460 heures (durée hebdomadaire moyenne de 53,2 heures, 5,7 semaines par an de congés en moyenne)[53]. Une étude menée sur le CAPI montrait qu'il ne s'était pas traduit par des durées de consultation plus longues, ce qui aurait pu être la condition pour atteindre les améliorations de qualité recherchées[54]. Or, la ROSP ne représentait que 4 % des honoraires.

[53] M. Blais, M. Cassou, C. Franc, « Des conditions de travail plus satisfaisantes pour les médecins généralistes exerçant en groupe », *Etudes et résultats n° 1229*, DREES, 2022.

[54] O. Saint-Lary, J. Sicsic, « Impact of a pay for performance programme on French GPs' consultation length », *Health Policy*, 2015.

La capacité d'un dispositif tel que le bonus sobriété à infléchir véritablement les comportements des prescripteurs (au-delà d'un signal général en faveur de la sobriété) peut être questionnée à plusieurs titres :

- à supposer qu'un praticien ait la volonté de modifier sa pratique sur la base d'incitations financières, cela supposerait qu'il puisse disposer des informations nécessaires au pilotage de sa pratique : données sur ses prescriptions corrigées de la patientèle, sur leur évolution, éléments de comparaison avec les autres prescripteurs, identification des éléments d'atypie / de progrès du praticien, simulations du bonus… Or, les outils de suivi mis à disposition des médecins par l'assurance-maladie ne permettent pas encore un tel pilotage en temps réel : les indicateurs relatifs aux intéressements biosimilaires et IPP sont mis à disposition trimestriellement sur Amelipro, avec un délai de 2 à 3 mois. Si ce premier retour personnalisé est important, cela signifie qu'un prescripteur n'a qu'en juin une vision sur le niveau où il se situe sur le premier trimestre ; s'agissant du bonus sobriété, sur « Mon suivi sobriété » dans Amelipro, ne sont disponibles, à la date de rédaction du présent rapport, que les données relatives à l'année 2024. Par ailleurs le praticien doit être outillé pour arbitrer en mesurant l'impact de son choix.
- le bonus de sobriété est de 1 000 €. Pour un médecin généraliste, un tel montant peut être obtenu en faisant 33 consultations de plus, soit huit heures de travail sur l'année sur la base d'une durée de consultation de 20 minutes. Il y a là, pour le médecin généraliste qui souhaiterait accroître son revenu, un moyen plus simple et plus certain (dans un contexte de pénurie de médecins) que le bonus sobriété ;
- un élément de bonus est d'autant plus incitatif que ses règles sont simples pour l'utilisateur. Un dispositif cumulant niveau des résultats et progression des résultats, reposant sur une échelle mobile en fonction des résultats de l'ensemble des prescripteurs, sur une comparaison des prescriptions corrigées des caractéristiques de la patientèle, ne peut produire cet effet.

Par ailleurs, le bonus sobriété ne cible que les médecins traitants, à l'exception des prescripteurs hospitaliers, des activités de soins non programmées, des spécialistes autres que les médecins traitants : il n'agit donc que sur une part aujourd'hui minoritaire des prescriptions de médicaments, et encore plus minoritaire dans la dynamique.

Enfin, du fait des conditions de déclenchement, le bonus sobriété ne crée en pratique aucune incitation à l'amélioration des pratiques pour les 30 % de prescripteurs les moins « sobres », pour qui devenir éligibles au bonus peut représenter un effort de réduction des prescriptions trop important, alors même qu'ils doivent représenter une part importante de la surprescription.

Les intéressements ciblés présentent également des risques spécifiques d'effets pervers :

- l'intéressement « biosimilaires » est d'autant plus élevé que le nombre de patients ayant reçu une prescription de la molécule est élevé. C'est donc le contraire d'un indicateur de sobriété, et il peut inciter à prescrire la molécule éligible à la substitution plutôt qu'une alternative moins coûteuse : ainsi, l'indicateur inclut dans les molécules valorisées pour la substitution au biosimilaires le ranibizumab (Lucentis ® en nom de marque) utilisé pour le traitement de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), alors qu'a été démontrée une équivalence d'effet pour le bévacizumab (Avastin ® en nom de marque) pour cette indication, pour des prix très nettement inférieurs ;
- l'intéressement IPP, construit à partir de la baisse du nombre de patients traités, ne valorise que ceux qui avaient une marge de progression. Par ailleurs, la réduction du nombre de patients traités peut également résulter d'une réduction du temps de travail du médecin ;
- l'intéressement OAM est fondé sur une maille collective qui ne donne aucune incitation individuelle à faire varier ses pratiques, tant le nombre de prescripteurs est élevé.

5.2. Dix ans après leur création, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) cherchent encore leur format pour améliorer la qualité et l'efficience des soins en établissement de santé

5.2.1. Les CAQES ont été conçus comme un levier de pertinence à l'échelle de l'établissement de santé

En établissement de santé (hôpital, établissement privé à but non lucratif et à but lucratif), le dispositif d'incitation est le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES), créé par la LFSS pour 2016 (en fusion de plusieurs contrats liant les agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé). Revu par la LFSS pour 2020, il met dorénavant en œuvre deux leviers : le premier incitatif (intéressement sur les économies), le second préventif pour suivre des situations de « sur-recours » (création d'un outil de « mise sous surveillance »).

Sur le volet incitatif, un intéressement annuel est alloué en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance-maladie et de la réalisation des objectifs fixés. Il s'applique à deux niveaux :

- un intéressement national, par indicateur, offrant la possibilité aux établissements de récupérer 20 à 30 % des économies générées par leurs actions ;
- un intéressement régional selon l'atteinte des indicateurs régionaux via le fonds d'intervention régional (FIR) déterminé par la région concernée.

Le CAQES comporte trois volets portant sur :

- le bon usage des médicaments, produits et prestations (volet "produits de santé") ;
- l'amélioration de l'organisation des soins, notamment sur les transports (volet "organisation") ;
- la promotion de la pertinence des actes, des prescriptions et des prestations (volet "pertinence").

Sept indicateurs nationaux (cf. tableau 5) sont fixés[55] dont trois sur le volet "produits de santé" qui concernent les prescriptions hospitalières exécutées en ville et deux sur le volet "pertinence" dont un concerne les examens de biologie pré anesthésiques.

[55] Un indicateur du volet produits de santé a été supprimé

Tableau 5 : Indicateurs nationaux du CAQES sur les produits de santé et sur la pertinence 2024

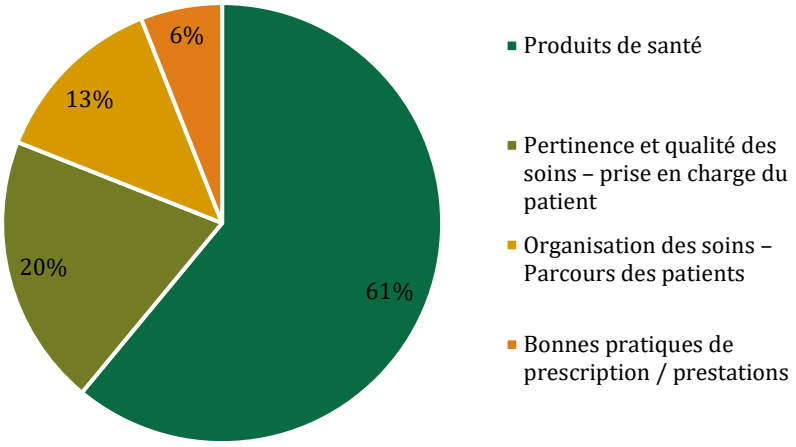
Indicateurs produits de santé	Indicateurs Pertinence
Prescription des inhibiteurs de pompes à protons (IPP) Objectif : Réduire les prescriptions d'IPP hors AMM et suivre les prescriptions concomitantes des AINS et IPP	**Examens pré-anesthésiques (EPA)** Objectif : évaluer le taux de recours entre les prescriptions de certains examen préanesthésique par rapport aux recommandations nationales dans le but d'améliorer l'efficience organisationnelle, logistique et budgétaire.
Prescription de perfusions à domicile (PERFADOM) Objectif : augmenter la précision des prescriptions pour les modalités de perfusion à domicile afin de limiter la facturation de perfuseurs plus techniques et onéreux que nécessaire.	**Réhospitalisation** après un épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque
Prescription de pansements Objectif : diminuer les dépenses de remboursement de pansement en améliorer la pertinence et l'efficacité des prescriptions.	

Source : Mission.

En région, les indicateurs retenus concernent très majoritairement les produits de santé (cf. tableau 6) :

- liste en sus (11 régions) ;
- dispositifs médicaux (10 régions) ;
- prescriptions inappropriées chez les sujets âgés (7 régions) ;
- dispositifs de pharmacie clinique : analyse pharmaceutique et conciliation médicamenteuse (7 régions).

Graphique 1 : Taux d'engagement régionaux sur certaines thématiques du CAQES



Source : CNAM et DSS

Tableau 6 : Indicateurs régionaux pour l'année 2022

Thématiques	Sous thématiques
Pertinence et qualité des soins-prise en charge du patient	* Prescriptions inappropriées chez la personne âgée * Pharmacie clinique / Prise en charge médicamenteuse * Maternité * Recours au SSR
Produits de santé	* Prescriptions hospitalières en ville * Bon usage des antibiotiques * Liste en sus * Dispositifs médicaux * Chimiothérapies * Biosimilaires (Promotion de la prescription et/ou bon usage administration IV ou SC) * Génériques (promotion de la prescription)
Organisation des soins-Parcours des patients	* Chirurgie ambulatoire* * Transports * Hospitalisation à domicile * Prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) * Parcours insuffisants cardiaques* * Parcours bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)
Bonnes pratiques de prescription/prestations	* RPPS/FINESS * Prescriptions de sortie informatisées * Prescriptions en DCI * Encadrement des pratiques des prestataires de santé À domicile (PSAD)/ Prestataires de soins et distributeurs de matériels (PSDM)

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale, branche maladie, Objectif n°5 : Renforcer l'efficience du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses. Fiche 2.11.1. Contrats relatifs à l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins dans les établissements

5.2.2. Si les CAQES ont permis d'introduire un levier incitatif sur certains aspects stratégiques de l'action hospitalière, leurs résultats restent mitigés, notamment dans leur ampleur

La démarche repose sur une contractualisation tripartite : ARS, assurance-maladie et établissement. La diffusion de l'information sur les axes contractualisés, les cibles à atteindre, les plans d'action à actionner et les résultats obtenus dépendent de l'animation faite en interne des établissements. L'influence sur les pratiques de prescription en dépend également. Elle a fait l'objet de contestations régulières, par les établissements et leurs fédérations, des modalités de calcul des indicateurs et de définition des cibles.

Il permet toutefois d'intégrer les établissements de santé dans la démarche d'amélioration des pratiques et d'efficience, et restait le seul dispositif permettant encore récemment un travail d'efficience sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

Le rendement est modeste. Le coût de gestion par l'ARS, l'assurance-maladie et les établissements est important. Il n'existe pas de sanction en cas de non atteinte des cibles. Les résultats obtenus ne font pas obligatoirement l'objet d'un échange lors de l'évaluation des directeurs d'établissement par les ARS. Les incitations financières sont limitées : 20 à 30 % des économies générées pour les indicateurs nationaux et une part de l'enveloppe FIR dédiée au dispositif (variable selon les régions) d'autant plus faible par établissement qu'ils sont nombreux à atteindre les cibles et que le nombre d'indicateurs régionaux est important (quelques milliers d'euros). Certaines régions ont opté pour des valeurs numériques cibles ou des valeurs en pourcentage d'évolution.

Le montant de l'intéressement est minime au regard du travail administratif et d'animation interne nécessaire dans les établissements. Les sommes obtenues sont versées à l'établissement, ne venant pas récompenser directement les équipes qui ont œuvré à l'atteinte des cibles.

En 2022, les CAQES ont concerné 1 130 établissements. Les indicateurs nationaux ont généré 37 M€ d'économies.

L'évolution du dispositif depuis sa création a permis de le restreindre en nombre d'indicateurs et de cibler un nombre plus limité d'établissements par indicateur, choisis par l'assurance-maladie au vu des données constatées en écart aux moyennes. Ces dernières années ont ainsi été exclus certains établissements de la dynamique globale.

L'article 27 du PLFSS pour 2026 prévoit une refonte du CAQES. Il est proposé un mécanisme global d'incitation à l'efficience et à la pertinence, par intéressement de tous les établissements de santé aux gains dégagés ou pénalité financière, sur la base d'indicateurs de pertinence et d'efficience des soins, des actes et des prescriptions.

En l'état des données accessibles, l'impact du dispositif risque d'être limité par l'absence d'analyse fine des PHEV pourtant nécessaire à :

- un dialogue structuré entre assurance-maladie et prescripteurs. Il manque aujourd'hui l'identification systématique du prescripteur hospitalier par son numéro RPPS) ;
- un dialogue de gestion plus précis entre ARS, assurance-maladie et chefs d'établissement, employeurs des médecins salariés à l'origine des PHEV. A date, il est impossible de distinguer les contextes de prescriptions, sortie d'hospitalisation, des urgences ou consultations externes.

5.3. L'évaluation coût-efficacité défavorable des dispositifs d'incitation financière oblige à trouver d'autres méthodes

Dans l'ensemble, les évaluations en matière d'incitation financière suggèrent que les améliorations sont modestes dans les processus de soins ciblés et qu'aucun effet n'est démontré sur les résultats en matière de santé ou de sécurité, ce qui conduit à des résultats globalement défavorables en termes de coût-efficacité.

L'économie comportementale ne remet pas en cause le principe des incitations financières mais suggère que leur efficacité peut être grandement améliorée lorsqu'elles agissent sur des heuristiques décisionnelles prévisibles (Fox et al. 2020). Les mesures incitant les prestataires à fournir des soins de haute qualité et à moindre coût peuvent s'appuyer sur les principes de l'économie comportementale en rendant les récompenses saillantes en employant les moyens que sont :

- le classement social (classement public ou connu des pairs) – mais ses effets sont jugés ambigus ;
- le moment de la récompense et la comptabilité mentale : la récompense a plus de valeur si elle est versée séparément des autres paiements, éventuellement sous une forme différente (à un moment où les professionnels apprécient particulièrement un revenu supplémentaire (vacances, régularisation d'impôts…)

Les dispositifs d'incitation financière sont plus efficaces s'ils ne reposent pas sur l'atteinte d'une seule valeur cible binaire (objectif atteint / non atteint), mais s'ils ont une progressivité (ils encouragent aussi bien des niveaux élevés pour les « meilleurs » mais aussi une amélioration pour les « moins performants »). Pour encourager des améliorations continues, il est important que les résultats soient mesurés régulièrement et que les cliniciens reçoivent un retour d'information rapide et fréquent sur leurs performances.

6. Les budgets de prescription constituent une approche globalisante pour réguler les prescriptions à l'échelle de chaque prescripteur

6.1. Trois pays ont porté des réformes de budget de prescription

Le principe du budget de prescription est de définir *ex ante* un montant maximum de dépenses de médicaments pour une période donnée[56]. Il vise à éviter l'aléa moral qui réside dans le fait que le prescripteur n'est pas le payeur.

6.1.1. Le cas allemand repose sur une déclinaison par prescripteurs des objectifs régionaux de prescription

Le principe d'un budget individuel par prescripteur a été introduit en 1989 en Allemagne mais n'a pu pendant longtemps être mis en œuvre faute de disponibilité des données. Un système de budget régional de prescription a d'abord été mis en place en 1992, avant d'être complété par un budget à l'échelle du médecin.

Au niveau régional, l'assurance-maladie et l'association régionale de médecins négocient un budget régional de prescription de médicaments, pansements et produits thérapeutiques.

Ce budget régional est ensuite réparti entre spécialités en fonction de leur part dans les prescriptions de médicaments constatées ; il est décliné pour chaque spécialité entre deux groupes de patients (retraités/non retraités). On en déduit un budget de référence par spécialité et par type de patients.

Le budget d'un médecin pour l'ensemble de sa patientèle est calculé sur la base du budget de référence de sa spécialité et de son nombre de patients[57] : il est égal au produit entre le budget de référence de sa spécialité pour un groupe de patients par le nombre de patients de chaque groupe de sa patientèle.

On parle de « budgets de référence » car ils ne représentent pas une limite absolue par patient : une consommation supérieure à la moyenne pour un patient peut être compensée par une consommation inférieure à la moyenne pour un autre patient.

Si le médecin dépasse de 15 % son budget, il reçoit une lettre qui l'invite à modifier ses habitudes. S'il dépasse de 25 % ou plus, il doit se justifier : s'il ne justifie pas son dépassement (par exemple par des caractéristiques de patientèle), il doit reverser un montant correspondant à la différence entre son montant de prescription et 115 % du budget de référence[58]. Les médecins qui dépassent peuvent être soumis à des « audits de performance », incluant des entretiens avec les pairs.

[56] K. E. Fischer, T. Koch, K. Kostev, T. Stargardt, « The impact of physician-level drug budgets on prescribing behavior », *European Journal of Health Economics*, 2018.

[57] S. Minery, Z. Or, *Comparaison des dépenses de santé en France et en Allemagne*, IRDES, Les rapports de l'IRDES, mars 2024.

[58] V. Paris, E. Docteur, « Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Policies in Germany », *OECD Health Working Papers No. 39*, 2008.

6.1.2. Les cas britanniques et irlandais ont ciblé principalement les cabinets de médecine générale, mais ne sont pas assortis de sanctions

L'introduction du *fundholding* pour les généralistes volontaires dans les années 1990 a consisté à donner aux cabinets de médecine générale un budget global correspondant à la prise en charge du patient[59] : prescription de médicaments, personnel du cabinet, soins secondaires tels que certains soins de spécialistes. Chaque cabinet dispose d'une fongibilité entre les différents types de soins, ce qui peut créer une incitation à modérer certaines prescriptions. Toutefois, les budgets de chaque cabinet sont établis sur la base des dépenses passées, ce qui conduit à de fortes disparités entre cabinets. Des budgets indicatifs de prescription de médicaments (*UK Indicative prescribing scheme*) sont établis pour fixer des références tendant à réduire ces écarts. Ce système ne prévoit pas de pénalité en cas d'excès de dépense ; en cas de dépense inférieure au budget indicatif, 50 % de l'économie est laissée à l'autorité locale de régulation des soins primaires (*Family Health Autority*), qui peut l'affecter aux cabinets de soins primaires.

L'Irlande a introduit un dispositif proche en 1993, l'*Indicative Drug Targeting Savings Scheme* (IDTSS). Les budgets alloués aux cabinets de médecine générale incluent les coûts de prescription et sont attribués sur la base des dépenses antérieures et d'une moyenne nationale. Les économies réalisées par rapport au budget indicatif étaient partagées entre le cabinet de médecine générale et l'autorité de régulation locale ; il n'y a pas de pénalité en cas de dépassement de l'enveloppe.

6.2. Le bilan de ces dispositifs est cependant mitigé

6.2.1. La responsabilisation du prescripteur est en pratique très peu exercée

S'il semble plus contraignant que les exemples britannique et irlandais, le dispositif allemand est, dans la réalité de sa mise en œuvre, moins strict qu'il n'y paraît.

D'une part, le dispositif est grevé par une série d'exceptions :

- les médicaments les plus chers ne sont pas inclus dans les budgets de prescription, leurs coûts étant trop susceptibles d'introduire de la dispersion dans les profils de dépenses, et donc d'affaiblir le caractère adéquat des budgets de référence. Cela conduit à sortir du dispositif le principal vecteur de dynamique des dépenses ;
- par ailleurs, les associations de médecins définissent des quotas, minimums ou maximums, de prescription pour certains groupes de médicaments ou de substances actives (notamment afin d'inciter à la prescription de génériques et biosimilaires). Les médecins qui respectent ces quotas peuvent être exemptés des procédures de contrôle prévues en cas de dépassement des seuils ;
- certaines régions suspendent les procédures prévues en cas de dépassement lorsqu'elles respectent le plafond régional qu'elles se sont fixées[60] ;
- dans certains états, le seuil de 125 % a été relevé à 145 %.

D'autre part, même lorsqu'il s'applique, le dispositif n'a rien d'automatique :

- même quand le médecin dépasse 125 % du budget de référence, il peut invoquer des motifs d'exemption tels qu'une structure de patientèle spécifique ;

[59] Sturm H, and all, « Pharmaceutical policies: effects of financial incentives forprescribers (Review) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007.

[60] « Grosse regionale Unterschiede bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen », *Deutsches Ärzteblatt*, 2020.

- beaucoup de régions pratiquent le « *consultation before remedy* », c'est-à-dire que le premier dépassement ne donne pas lieu à sanction : le praticien est d'abord soumis à une « *consultation* » c'est-à-dire un audit de ses prescriptions pour l'orienter vers une réduction des écarts[61]. L'existence de ces contrôles et le risque de remboursement qui y est lié restent contraignants pour les médecins car un tel contrôle prend du temps et impose de la documentation ;
- il y a au total beaucoup moins de procédures et encore moins de sanctions que de médecins qui dépassent : ainsi, en Hesse, pour 513 dépassements en 2017, seulement 12 procédures ont été ouvertes, 9 médecins ont été sanctionnés [62].

6.2.2. L'impact des budgets de prescription sur les pratiques de prescription est mitigé

Les revues de littérature sur l'exemple anglais sont peu conclusives :

- certaines études[63] ont pu observer que les cabinets étant entrés dans le système de *fundholding* avaient une évolution de dépenses inférieure à celle des autres. Une autre étude a toutefois mesuré que cet effet ne durait pas au-delà de trois ans. Les études mesurant l'impact sur le long terme n'arrivaient pas à une conclusion cohérente. Le fait que le *fundholding* soit un dispositif à adhésion crée un biais de sélection qui rend difficile de tirer des conclusions ;
- plusieurs études montrent que le dispositif s'est traduit par un accroissement durable de la part de génériques dans les prescriptions[64]. L'impact sur la quantité de médicaments prescrits est moins documenté.

Le dispositif irlandais a été suspendu en 2005 après une évaluation ayant conclu à son inefficacité.

Concernant le cas allemand, une évaluation économétrique[65] de l'impact du budget de prescription montre qu'il ne réduit pas le nombre de prescriptions par visite, mais qu'il accroît la part de génériques. Les habitudes de prescription (volumes, choix des molécules) sont peu modifiées par le budget de prescription ; les génériques sont le principal outil d'ajustement des prescripteurs pour respecter le budget.

Le point de convergence entre les différentes études est qu'un budget de prescription va conduire à surtout amplifier la prescription de génériques : le prescripteur utilise ce levier qui est le plus facilement actionnable et ne le conduit pas à modifier ses pratiques.

Certains risques de contournement ou d'effets pervers ont par ailleurs pu être mentionnés : renvoi des cas les plus complexes par les généralistes vers les spécialistes[66], incitation à ne traiter que les cas les plus simples.

---

[61] M. Blümel et al, *Germany Health System Review*, 2020.

[62] *Deutsches Ärzteblatt*, *op. cit.*

[63] K. E. Fischer, T. Koch, K. Kostev, T. Stargardt, « The impact of physician-level drug budgets on prescribing behavior », *European Journal of Health Economics*, 2018.

[64] Rashidian, A. and all.: « Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers ». In: *Cochrane database of systematic reviews*. Wiley, Chichester (2015); Sturm, H. and all.: « Pharmaceutical policies: effects of financial incentives for prescribers ». In: *The Cochrane Collaboration (ed.) Cochrane database of systematic reviews*. Wiley, Chichester (2007)), revue de 18 études.

[65] K. E. Fischer, T. Koch, K. Kostev, T. Stargardt, *op. cit*.

[66] Schoffski O., « Consequences of implementing a drug budget for office-basedphysicians in Germany », *Pharmacoeconomics*, 1996.

Cet élément pointe une des difficultés d'un tel dispositif : du fait de la très forte dispersion des dépenses par patient induite par leur état de santé, il est difficile de fixer une norme par prescripteur, car il est difficile de faire la part entre les écarts de dépenses explicables par les caractéristiques de la patientèle et ceux qui seraient imputables aux différences de pratiques du prescripteur. C'est ce qui explique l'exclusion des molécules onéreuses en Allemagne et le caractère non automatique des pénalités. La segmentation extrêmement sommaire des patients du dispositif allemand (retraités / non-retraités) rend probablement ces exemptions encore plus nécessaires. Une segmentation plus fine, par tranches d'âge et statut ALD ne suffirait toutefois pas nécessairement à réduire ces difficultés.

Cette difficulté se pose également dans la prise en compte des différentes spécialités. En effet, la pertinence d'un tel dispositif suppose une différenciation par spécialité, avec la difficulté toutefois de tenir compte de possibles sous-spécialités induisant des différences inéluctables de prescriptions.

6.2.3. Une telle perspective en France se heurte à de nombreux obstacles

Une des limites des dispositifs réside dans la difficulté de rendre les cibles réellement opposables, en raison des écarts de niveaux de prescription imputables aux écarts de patientèle.

Afin de répondre à cette difficulté, une approche alternative consisterait à partir des niveaux de prescription constatés[67] et à fixer des objectifs d'évolution différenciés en fonction de quantiles de prescripteurs par niveau de prescription : cela permettrait de tenir compte à la fois de caractéristiques de la patientèle (supposées en partie « captées » par le niveau constaté de prescription) tout en introduisant une dimension normative de convergence.

Il conviendrait toutefois de vérifier si une telle approche permet de tenir compte des différences propres à la patientèle : en effet, peuvent théoriquement se retrouver dans un quantile de prescriptions élevées un prescripteur « sobre » ayant une patientèle concentrant plus de patients affectés de pathologies à traitements coûteux et un prescripteur ayant une patientèle comprenant moins de patients à pathologies coûteuses mais également moins sobre : ces deux prescripteurs placés dans la même catégorie, se verraient fixer les mêmes objectifs.

Les contraintes d'un tel dispositif doivent toutefois être rappelées :

- une capacité à déterminer *ex ante* des cibles d'évolution tenant compte d'une part des facteurs de dynamique possibles et d'autre part des marges d'efficience identifiées ;
- la capacité du dispositif à intégrer en cours d'année des événements pouvant affecter les dynamiques des enveloppes, soit de façon globale (épidémie, arrivée de nouveaux traitements à large diffusion) soit de façon différenciée entre les prescripteurs (arrivée de nouveaux traitements spécifiques ou inversement tombée de brevets sur des traitements spécifiques à une pathologie sur-représentée dans la patientèle d'un prescripteur, pouvant de ce fait affecter la dynamique de prescription d'un praticien de façon spécifique) ;
- si un tel dispositif doit tenir compte de la patientèle, il semble plus difficilement applicable à des situations de consultations ne s'inscrivant pas dans un suivi au long cours : consultations ponctuelles de la part de patients n'ayant pas de médecin traitant, consultations ponctuelles de spécialistes dans le cadre d'un épisode de soins limité dans le temps, activités de consultations non programmées, prescriptions en sortie d'hospitalisation ;

[67] Ajustés du niveau d'activité.

- un dispositif de pénalisation financière devrait être réalisé via l'application de pénalités financières et non d'une évolution des tarifs : en effet, les tarifs ayant également une portée pour le patient, on ne peut les différencier en fonction d'un critère indépendant du comportement du patient. Il importerait donc de définir un circuit de recouvrement de ces pénalités, et de traitement des contestations afférentes ;
- les prescripteurs hospitaliers posent des difficultés spécifiques. D'une part, l'application de pénalités financières aux établissements peut sembler fragile dans un contexte où leur situation financière eu pour effet de reporter la reprise des contrôles du respect de la tarification à l'activité. D'autre part, la déclinaison d'une incitation financière à l'échelle de l'établissement vers les prescripteurs reste à concevoir.

7. L'intégration de dépenses de prescription dans un forfait de prise en charge des patients pourrait s'accompagner d'un changement dans la régulation de proximité des dépenses prescrites

7.1. Les forfaits de prises en charge peuvent permettre une meilleure régulation des prescriptions

Lorsque les patients sont pris en charge par un établissement, une alternative à une prescription donnant lieu à facturation individuelle des prescriptions réalisées consiste à intégrer le financement dans la prise en charge que l'établissement reçoit pour la prise en charge du patient, et à confier à l'établissement une mission de régulation de proximité des prescriptions.

7.1.1. Les prestations intégrées dans le forfait des Ehpad dépendent de l'option tarifaire choisie

Tout EHPAD doit choisir entre deux options tarifaires[68] :

- l'option partielle, selon laquelle la dotation de soins de l'établissement vise seulement à couvrir un périmètre minimal de dépenses (médecin coordonnateur, infirmiers libéraux, aides-soignants, dispositifs médicaux non personnalisés) : les autres dépenses restant par conséquent remboursées directement aux résidents selon le droit commun des actes de soins de ville sur la base d'une tarification à l'activité réalisée ;
- l'option globale, selon laquelle la dotation de soins de l'établissement couvre « *notamment les rémunérations versées aux médecins généralistes et aux auxiliaires médicaux libéraux exerçant dans l'établissement, ainsi que les examens de biologie et de radiologie* ». Les examens de biologie et de radiologie ici visés sont les examens courants (radiographie simple par exemple). Les auxiliaires médicaux inclus dans le champ du tarif global sont essentiellement les masseurs kinésithérapeutes (même si d'autres auxiliaires médicaux, comme les orthophonistes sont également concernés).

Le tarif global se traduit donc non pas par une facturation individuelle à l'assurance-maladie des actes par les paramédicaux, mais par un conventionnement entre l'Ehpad et les paramédicaux, qui deviennent prestataires de l'Ehpad (il ne conduit pas en général à salarier les masseurs-kinésithérapeutes ou les orthophonistes).

Par ailleurs, l'imputation des dépenses de médicaments des résidents ne dépend pas de l'option tarifaire retenue mais de l'existence ou non d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) :

- en cas de présence d'une PUI, ces dépenses sont couvertes par la dotation de soins de l'Ehpad. L'Ehpad est acheteur de médicaments comme le sont les établissements de santé ;
- au contraire, en l'absence de PUI, ces dépenses sont exclues du budget soins de l'Ehpad, dispensées par des officines de ville et sont remboursées aux résidents sur l'enveloppe soins de ville de l'assurance-maladie.

[68] Article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles.

7.1.2. Le financement des transports sanitaires inter-établissements a été progressivement internalisé

L'article 80 de la LFSS pour 2017, codifié à l'article. L. 162-21-2 du CSS, prévoit l'intégration du financement des transports sanitaires inter-établissements dans le financement des établissements de santé, en lieu et place d'une facturation par les transporteurs à l'assurance-maladie. La responsabilité de la maîtrise des volumes de demandes et des montants de prestation (via des marchés passés avec des entreprises de transport sanitaire ou via une autorisation de transport détenues par l'établissement) est ainsi transférée à l'établissement.

Cette réforme a été mise en œuvre à partir d'octobre 2018.

La mise en œuvre de l'article 80 dans les établissements de santé s'est heurtée à de fortes réticences, tant de la part des établissements que des transporteurs et taxis :

- S'agissant des établissements de santé : l'internalisation des processus de gestion des commandes, de la formation du personnel et de l'élaboration de la prescription médicale de transport (PMT) a nécessité une réforme de l'organisation majeure des établissements de santé. Les établissements ont dû intégrer la gestion de nouveaux flux de facturation, nécessitant l'investissement et la prise en main de nouveaux outils et logiciels informatiques. Enfin, le processus de sélection des sociétés de transport a pu s'avérer complexe, notamment pour les structures hospitalières moins habituées à gérer ce type de marchés ;
- S'agissant des transporteurs et taxi. : ils ont surtout exprimé la crainte de perdre l'accès à des parts de marché, du fait du choix de prestataires par les établissements dans le cadre du droit de la commande publique. Les transporteurs sanitaires rencontrent également des difficultés de trésorerie du à l'allongement conséquent des délais de paiement (30 jours vs 3 mois pour les établissements hospitaliers).

Aussi, une suspension provisoire de la réforme a été actée au profit d'un accompagnement de son déploiement via une mission IGAS et d'un soutien financier. Après un accompagnement dans la durée, la réforme est désormais en vigueur dans tous les établissements de santé, malgré un niveau d'appropriation variable et des organisations le plus souvent immatures selon les retours de l'ANAP (notamment concernant la professionnalisation de la nouvelle organisation interne aux établissements de santé). L'acceptabilité a en outre été facilitée par la réduction du périmètre des transports concernés par rapport à l'ambition initiale (exemples : exclusion des transports réalisés pour des patients bénéficiant d'une dialyse à domicile, absence de transfert financier à destination des établissements d'hospitalisation à domicile).

7.2. Au-delà de l'incitation à la sobriété qu'implique l'intégration de ces dépenses dans un forfait, ces dispositifs visent à mieux organiser et à optimiser des interventions peu régulées

7.2.1. L'intégration des dépenses de paramédicaux dans le tarif des Ehpad a été identifiée par plusieurs rapports d'inspection générale comme un levier de pertinence et d'efficience

L'intégration de dépenses dans le tarif des Ehpad reprend en partie une logique de budget de prescriptions (intégration de dépenses dans un forfait, dont le dépassement est supporté par le budget de l'établissement), mais elle va au-delà : en effet, elle conduit l'Ehpad à intervenir dans la gestion de prestations et de consommation qui sans cela ne sont pas régulées et peuvent générer du gaspillage ou du mésusage.

C'est pourquoi la LFSS pour 2006 a intégré les dispositifs médicaux non personnalisés dans le financement des Ehpad : s'agissant de produits assez souvent prescrits aux personnes âgées résidant en Ehpad et pouvant induire du gaspillage, l'intégration dans le tarif des Ehpad les conduit à gérer l'usage des DM en question au plus près des besoins des résidents et à éviter les gaspillages.

Le rapport Igas de 2011 sur le tarif global[69] a considéré que l'intégration des dépenses de paramédicaux et de médicaments dans le tarif des Ehpad s'accompagne d'une meilleure régulation de ces dépenses qui constituent sans cela une véritable zone de risque en termes de pertinence et d'efficience : faible visibilité sur la nature des soins réalisés ou sur la justification de leur renouvellement répété, prescriptions souvent régularisées *a posteriori*, pratiques tarifaires abusives (facturation d'autant de visites que de consultations au cours d'un même déplacement au sein de l'Ehpad…). L'intégration de ces dépenses dans le tarif global donne pour l'Ehpad une légitimité et une incitation à contrôler l'effectivité des prestations facturées, l'existence d'une prescription, la facturation appliquée, et à réévaluer régulièrement la justification des prescriptions. Elle peut conduire à proposer des alternatives moins coûteuses mais pouvant être adaptées aux besoins des résidents : interventions d'ergothérapeutes, activité physique adaptée.

Le rapport Igas-IGF de 2016 sur la réforme de la dotation soins des Ehpad[70] recommandait donc l'intégration des prestations d'auxiliaires médicaux dans le tarif partiel des Ehpad.

Cette recommandation a été renouvelée en 2025 par le rapport du conseil de l'âge dans le cadre du rapport des trois hauts conseils à la saisine du Premier ministre sur le redressement des comptes sociaux[71]. Sur la base des données de la CNSA (Ehpad renseignés dans RésidEsms) en 2023, **l'économie associée a été chiffrée à 25 % des dépenses d'auxiliaires médicaux facturées au titre des résidents en Ehpad en tarif partiel, soit 85 M€. Il s'agit d'une fourchette basse ; une économie de 50 % représenterait 170 M€**[72].

7.2.2. Plusieurs avantages sont associés à l'existence d'une pharmacie à usage unique (PUI) dans un EHPAD

Ces avantages sont[73] : présence (souvent à temps partiel) d'un pharmacien, légitime pour discuter les prescriptions avec les médecins traitants, centrale d'achat permettant de bénéficier de prix inférieurs au prix de ville, dispensation nominative individuelle automatisée renforçant la sécurité de l'administration du médicament, reconditionnement permettant d'éviter les gaspillages. Le passage de l'ensemble des Ehpad à une PUI se heurte toutefois non seulement à l'opposition des acteurs des pharmacies d'officine (en raison de la part du marché des officines rurales que représentent les Ehpad) mais aussi aux coûts de structure induits qui ne rendent cette organisation efficiente qu'à partir d'une certaine taille de l'Ehpad (ou si, s'agissant des Ehpad hospitaliers, ils peuvent s'adosser à la PUI hospitalière).

---

[69] N. Destais, V. Ruol, T. Michel, *Financement des soins dispensés dans les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) : évaluation de l'option tarifaire dite globale*, Igas, 2011.

[70] J. Dubertret, L. Gratieux, J. d'Harcourt, A. Delattre, C. Freppel, *La réforme de la tarification des soins dans les Ehpad*, Igas-IGF, 2016.

[71] *Pour un redressement durable de la sécurité sociale*, rapport du Haut conseil au financement de la protection sociale, du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie et du Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, juillet 2025.

[72] Certains exemples d'établissements cités par le rapport Igas de 2011 attestaient d'une réduction de moitié des dépenses lors du passage au tarif global.

[73] Rapport Igas de 2011.

L'enjeu d'une régulation au plus près des prescriptions médicamenteuses des résidents en Ehpad est toutefois essentiel : d'après les données de l'assurance-maladie pour 2023, le taux de polymédication des résidents en Ehpad est de 29 % en moyenne nationale et 14 % des résidents en Ehpad âgés de plus de 66 ans comptent plus de 10 molécules différentes consommées par mois. Epi-Phare[74] a montré que 54 % des résidents en Ehpad ont reçu au moins un médicament potentiellement inapproprié (MPI) sur la période d'observation, contre 29 % des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile ; après ajustement, la prévalence des MPI était de 33 % supérieure chez les résidents en Ehpad par rapport aux personnes âgées vivant à domicile. Le sujet est particulièrement prononcé s'agissant des prescriptions de benzodiazépines[75] : durant les deux années précédant l'entrée en Ehpad, une personne sur deux avait déjà eu au moins une prescription de benzodiazépines (appropriée ou non). Pour les résidents en Ehpad n'ayant pas eu de prescription de benzodiazépines au préalable, l'entrée dans l'établissement est associée à une probabilité plus élevée de 9 points d'avoir des prescriptions potentiellement inappropriées au premier trimestre, et de 20 points après le troisième trimestre. Pour les résidents ayant eu au moins une prescription de benzodiazépines avant l'entrée, cette probabilité est augmentée de 7 points après l'entrée.

Jusqu'à présent, l'extension au-delà de l'existant d'une intégration des médicaments dans le forfait Ehpad s'est heurtée à la nécessité pour les Ehpad de se doter d'une PUI, qui présente un coût fixe pour les Ehpad. Afin de surmonter l'absence d'option ouverte pour les Ehpad ne pouvant se doter d'une PUI, le conseil de l'âge a recommandé[76] d'expérimenter une intégration du coût des médicaments dans le tarif partiel des Ehpad, charge à eux de conventionner avec une pharmacie d'officine en proximité.

Sur la base des données CNSA de RésidEsms en 2023, les dépenses de médicaments en ville des résidents d'Ehpad s'élèvent à 429 M€. Une optimisation de 20 % de la dépense représenterait 85 M€.

7.2.3. La régulation des transports sanitaires par les établissements reste à évaluer avant d'envisager une éventuelle extension

L'article 80 de la LFSS 207 précité est issu des recommandations de la revue de dépenses Igas-IGF de 2015 relative aux transports sanitaires[77].

Au-delà du simple effet de responsabilisation financière des établissements prescripteurs (comparable à un budget de prescription), ce dispositif devait emporter d'autres effets d'efficience :

- pression concurrentielle exercée sur les tarifs à travers l'organisation par les établissements d'appels d'offres pour sélectionner les opérateurs de transports ;
- prise en charge par les établissements d'un rôle de plate-forme de régulation des transports, permettant d'optimiser les coûts : transports groupés, réduction des trajets à vide…

Dans les recommandations de la revue de dépenses, l'intégration des transports inter-établissements constituait une première étape d'une trajectoire devant conduire à terme les établissements de santé à réguler l'ensemble des transports vers et depuis les établissements.

---

[74] Solene Drusch, and all « Potentially inappropriate medications in nursing homes and the community older adults using the French health insurance databases », *Pharmacoepidemiology & Drug Safety*, 2022.

[75] A. Penneau and all, « Prescriptions potentiellement inappropriées de benzodiazépines : quel est l'impact de l'entrée en Ehpad ? », *Questions d'économie de la santé*, n° 300, 2025.

[76] *Op. cit.*

[77] T. Wahl, P. Lesteven, P.-E. Grimonprez, E. Robert, *Revue de dépenses relative aux transports sanitaires*, Igas-IGF, 2015.

L'évaluation de la Cnam sur la réforme ne permet pas, de son propre aveu, d'apprécier l'impact de la réforme, en raison des nombreux changements survenus en même temps.

En 2016, la base de remboursement des transports inter-établissements était de 157 M€. en 2022, elle était de 278,9 M€.

Cette évolution des dépenses ne permet pas pour autant de mesurer l'impact de la réforme : en effet, elle doit être comparée à celle que les volumes auraient connu en l'absence de réforme. L'évolution des dépenses de transports sanitaires dans les comptes de la santé sur cette période est de +27 %[78]. Les hypothèses sur l'évolution des volumes de transport inter et intra-établissements sont difficiles à établir compte tenu de l'évolution du contexte des pratiques hospitalières et la mise en place des diverses réformes/dispositifs, notamment la réforme des GHT. Une évaluation complémentaire de cette réforme doit être réalisée afin de se prononcer sur la possibilité de son extension.

[78] En comparant les données de l'édition 2025 et l'édition 2019 des comptes de la santé de la DREES.

ANNEXE VII

Les mécanismes de sécurisation budgétaire et les participations financières du patient

SOMMAIRE

1. LES MÉCANISMES DE SÉCURISATION BUDGÉTAIRE NE SONT PAS DES LEVIERS D'AMÉLIORATION DE LA PERTINENCE DE LA PRESCRIPTION 1

1.1. Afin de contraindre certaines dépenses, des dispositifs d'auto-assurance ont été déployés 1

1.1.1. Plusieurs dispositifs ont été mis en place avec des applications inégales 1

1.1.2. Ces dispositifs, efficaces en termes de soutenabilité budgétaire, n'assurent ni optimum économique ni pertinence des prescriptions, et leur soutenabilité économique dépend de la structure de coût des activités financées 3

1.2. L'imputation collective aux prescripteurs d'un dépassement des dépenses prescrites soulève des difficultés encore plus grandes 5

1.2.1. Une tentative qui n'a été qu'éphémère 5

1.2.2. Un dispositif de ce type présenterait les mêmes limites que les dispositifs d'auto-assurance 5

1.2.3. Des difficultés spécifiques resteraient à surmonter 5

2. LA PARTICIPATION FINANCIÈRE DU PATIENT N'EST PAS UN OUTIL PERMETTANT DE RÉDUIRE LA NON-PERTINENCE OU DE PRIORISER LES SOINS 6

2.1. En France, la participation financière du patient repose principalement sur les franchises et participations forfaitaires 6

2.1.1. Le ticket modérateur (TM) est aujourd'hui presque totalement intermédié par l'assurance-maladie complémentaire (AMC), du fait des politiques de soutien à l'acquisition d'une couverture complémentaire et des garanties minimales des contrats responsables 6

2.1.2. Les franchises et les participations forfaitaires constituent le principal dispositif de participation financière directe du patient 9

2.2. La littérature économique montre que les participations financières du patient ne constituent pas un outil permettant de réduire la non-pertinence ou de prioriser les soins, mais qu'ils peuvent avoir un impact sur la santé s'ils diminuent la consommation de soins 12

2.2.1. Les études dans le contexte français, quoi qu'anciennes, soulignent l'absence d'effet sur la pertinence des prescriptions 12

2.2.2. Les revues de littérature internationale montrent qu'une participation financière du patient réduit la consommation de soins sans tenir compte de leur intérêt sanitaire, ce qui peut entraîner une hausse des hospitalisations et un impact significatif sur leur état de santé 14

A la demande des commanditaires au cours du cadrage, la mission a examiné deux familles de leviers portant non pas sur la prescription mais sur les dépenses prescrites :

- les mécanismes de sécurisation budgétaire des dépenses ;
- les participations financières des patients.

1. Les mécanismes de sécurisation budgétaire ne sont pas des leviers d'amélioration de la pertinence de la prescription

1.1. Afin de contraindre certaines dépenses, des dispositifs d'auto-assurance ont été déployés

1.1.1. Plusieurs dispositifs ont été mis en place avec des applications inégales

1.1.1.1. Les dispositifs de régulation prix-volumes en matière de biologie, de produits de santé et d'activité des établissements de santé agissent sur les masses budgétaires mais pas lors de la prescription à l'échelle individuelle

La régulation de certaines dépenses donne lieu à la fixation d'enveloppes ou de montants maximaux assortis de dispositifs d'auto-assurance en cas de risque de dépassement du fait des volumes :

- la biologie médicale en ville est régulée par des accords prix-volumes qui fixent des enveloppes de dépenses sur trois ans et sont assortis d'un dispositif de pilotage conduisant à des ajustements tarifaires calibrés en fonction des volumes pour respecter les enveloppes de l'accord ;
- les accords de prix conclus entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les fabricants pour certains produits peuvent comporter des clauses prix-volumes (l'atteinte de certains volumes de ventes déclenche des remises et/ou des ajustements de prix) ou des clauses de *capping* (la dépense ne peut dépasser un certain montant, à partir duquel le fabricant verse des remises sur produits) ;
- les clauses de sauvegarde en matière de produits de santé constituent un dispositif de sécurisation budgétaire relative des dépenses de produits de santé : le dépassement des montants votés en LFSS conduit à un reversement de nature fiscale d'une partie du dépassement. Les clauses de sauvegarde portent sur la globalité des dépenses de médicaments d'une part et de dispositifs médicaux d'autre part ; elles ont pu parfois connaître des montants différenciés entre types de médicaments (ville / hôpital), et parfois être ciblées sur des classes de produits présentant une dynamique exceptionnelle ;

- le financement à l'activité des établissements de santé donne lieu à une forme de régulation prix-volumes à travers le coefficient prudentiel appliqué sur les tarifs en initiaux, qui peut être dégelé en cours d'exercice au vu de l'exécution globale de l'enveloppe. En pratique, l'utilisation de ce dispositif lui a donné une double finalité : une auto-assurance de l'enveloppe financée à l'activité (le dégel est conditionné au respect des prévisions de volumes), mais aussi une couverture des risques d'exécution budgétaire résultant des autres enveloppes de dépenses (le dégel a pu ne pas être décidé, ou pas totalement, malgré des volumes de séjours tarifés à l'activité qui l'auraient permis, au vu des risques sur d'autres enveloppes au sein de l'Ondam[1]).

Des dispositifs de budgets globaux des dépenses de médicaments existent dans plusieurs pays européens (Royaume-Uni, Italie, Espagne, Grèce, Portugal)[2] : ils reposent comme la clause de sauvegarde sur des mécanismes de reversement total ou partiel des dépassements.

1.1.1.2. Les dispositifs de ce type ayant existé pour les tarifs des honoraires des médecins ont été très peu appliqués

Le plan Juppé prévoyait un dispositif de « *reversement d'honoraires* » en cas de dépassement du « *montant prévisionnel des* ***dépenses d'honoraires, de rémunérations et frais accessoires des médecins*** » : en cas de dépassement de cet objectif, un montant de « reversement » serait à prévoir entre les médecins. Ce dispositif, décliné dans la convention médicale, a été annulé au contentieux par le Conseil d'État (arrêt du 3 juillet 1998, *Syndicat des médecins d'Aix et de sa région et autres*), pour rupture d'égalité : en effet, le dispositif prévoyait une déclinaison territoriale des objectifs de dépenses, et une concentration du reversement sur les seuls médecins des zones en dépassement : cela aboutissait à ce qu'un médecin ayant eu une très forte activité puisse être exempté parce qu'il était en zone sans dépassement, alors qu'un médecin ayant eu une plus faible activité dans une zone en dépassement ne l'était pas.

À la suite de cette annulation, la LFSS pour 1999 prévoyait une « clause de sauvegarde des dépenses médicales », reposant sur deux dispositifs :

- une « contribution conventionnelle » en cas de dépassement de l'objectif de « dépenses médicales » : cette contribution aurait pris la forme d'une taxe sur les revenus professionnels. L'article a été censuré par le Conseil constitutionnel pour rupture d'égalité : la contribution, assise sur le revenu professionnel, n'était pas en rapport avec le comportement individuel à l'origine de la taxe ;
- les « lettres-clefs flottantes », c'est-à-dire la possibilité, en cas de risque de non-respect de l'objectif de « dépenses médicales », d'ajustements unilatéraux et infra-annuels de valeurs des cotations (lettres-clefs) (dont la durée ne dépasse pas l'année). Ce dispositif a été très peu utilisé avant d'être supprimé par la LFSS 2003.

Les accords dits « prix-volumes » en matière d'imagerie conclus dans le passé entre la Cnam et la fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) ne peuvent être, malgré leur dénomination, qualifiés de dispositifs d'auto-assurance d'une enveloppe : en effet, ils n'étaient pas assortis, à la différence des accords prix-volumes en matière de biologie, de dispositifs de pilotage permettant de suivre le respect des enveloppes et d'ajuster les tarifs afin d'assurer leur respect[3].

---

[1] Rapport Igas-IGF, *Amélioration des outils de prévision et de suivi des dépenses des établissements de santé*, 2021

[2] M. Mills, P. Kanavos, « Do pharmaceutical budgets deliver financial sustainability in healthcare? Evidence from Europe », *Health Policy*, 2020.

[3] Cf. Igas-IGF, *Pertinence et efficience des dépenses de radiologie*, 2025.

1.1.2. Ces dispositifs, efficaces en termes de soutenabilité budgétaire, n'assurent ni optimum économique ni pertinence des prescriptions, et leur soutenabilité économique dépend de la structure de coût des activités financées

1.1.2.1. Efficaces en termes de soutenabilité budgétaire, ces dispositifs ne garantissent pas l'optimum économique

L'enjeu de ces dispositifs est de fixer à un niveau adéquat[4] l'enveloppe de dépenses.

Un dispositif d'enveloppe sécurisée peut être fixé à un niveau collectivement sous-optimal : trop haut, il peut laisser aux acteurs financés par les dépenses sous enveloppe un niveau de rentabilité « anormal » (supérieur à la rentabilité d'« équilibre », c'est-à-dire à celle qu'obtiendrait un investisseur en faisant un investissement de risque équivalent), ce qui se traduit par le fait que le financeur paie « trop » par rapport à ce qui résulterait de l'équilibre du marché, peut entraîner de mauvaises allocations de ressources et/ou une spéculation ; trop bas, il peut conduire à une éviction de l'offre et alors à une difficulté d'accès aux soins pour la population. La régulation prix-volumes en matière de biologie en fournit l'illustration[5] : cette régulation a été très efficace tant en termes de sécurisation budgétaire que de maîtrise de la dépense ; pour autant, la fixation des enveloppes étant aveugle par rapport à la rentabilité du secteur et à l'évolution de ses coûts de production, elle n'a pas permis de ramener cette rentabilité à un niveau correspondant à l'équilibre du marché, c'est-à-dire à la rentabilité qu'obtiendrait un investisseur pour un investissement de risque équivalent.

Par ailleurs, l'expérience a également montré la difficulté, pour ce type de dispositif, de tenir compte d'événements d'ampleur exceptionnelle : épidémie, arrivée de nouveaux traitements modifiant fortement la dynamique des dépenses.

1.1.2.2. Ils n'agissent en rien sur la pertinence des prescriptions

Certains dispositifs de régulation prix-volumes, notamment lorsqu'ils sont négociés comme dans le cas de la biologie, peuvent laisser entendre que la maîtrise des volumes pourrait être déterminée par les parties signataires.

La capacité des dispositifs de régulation prix-volumes à agir sur la pertinence des prescriptions constitue une illusion, à un double titre :

- tout d'abord, la plupart des dépenses qui font l'objet de dispositifs de ce type sont des dépenses **prescrites**, sur lesquelles les producteurs de produits et prestations concernés ont une capacité d'action nulle ou très faible. C'est le cas en matière de produits de santé, de biologie et largement d'activité des établissements de santé ;
- même dans l'hypothèse où les producteurs de prestations concernés auraient une capacité d'action sur les volumes, **le caractère collectif de ces dispositifs ne crée aucune incitation à réduire les volumes réalisés, au contraire**. En théorie, **l'existence d'un dispositif d'enveloppe commune pouvant se traduire par un ajustement tarifaire à la baisse ne peut qu'inciter chacun à accroître ses volumes s'il en la faculté** : dans un schéma extrêmement simpliste où il n'y aurait que deux producteurs, on aurait là un exemple topique de « dilemme du prisonnier » conduisant à une stratégie non-coopérative. Les exemples de mécanismes d'auto-assurance existants s'inscrivent dans des situations où les acteurs sont bien plus nombreux et où les producteurs n'ont pas réellement de prise sur l'activité prescrite, ce qui limite en théorie cet effet.

[4] M. Mills, P. Kanavos, *op. cit.*

[5] Igas-IGF, *Pertinence et efficience des dépenses de biologie*, 2025.

S'ils ne sont pas susceptibles de créer d'incitations micro-économiques à la maîtrise des volumes, des dispositifs de ce type peuvent, si le secteur concerné bénéficie d'une forte cohésion (organisée par ses syndicats), rendre économiquement rationnels des mouvements de fermeture des cabinets (*shutdown)* de fin d'année en cas de perspective de baisses tarifaires, comme l'a montré l'exemple de la biologie en 2024. À cet égard, l'application de dispositifs de ce type à des activités sur lesquelles on évoque un rationnement ou une pénurie de l'offre (activités de médecine générale et de certaines autres spécialités médicales, soins infirmiers au moins dans certains territoires) pourrait constituer une contradiction dans les politiques publiques menées.

1.1.2.3. Leur soutenabilité économique dépend de la structure de coûts du secteur

Les secteurs où sont appliqués ces dispositifs ont en commun d'être des secteurs à coûts fixes très élevés, où les coûts marginaux de production sont faibles : ainsi, s'agissant de la biologie, les coûts variables représentent de l'ordre de 15 % des coûts de production[6].

Cette structure de coûts donne sa pertinence à des mécanismes d'auto-assurance qui ont pour effet de fixer, indirectement, un chiffre d'affaires : l'équilibre économique de la production dépend plus d'une cible de chiffre d'affaires permettant de couvrir les coûts fixes, que d'une cible de prix unitaire. Un ajustement prix-volumes a un impact limité sur la rentabilité de l'activité.

Ce raisonnement pourrait être transposable à certaines activités médicales présentant des coûts fixes importants, notamment les spécialités médicales techniques supposant des investissements coûteux (radiologie, médecine nucléaire, radiothérapie par exemple).

En revanche, pour d'autres activités, la principale composante du coût réside dans le temps humain de professionnel auprès du patient : c'est le cas des spécialités médicales dites cliniques (médecine générale, psychiatrie, gériatrie, pédiatrie …), ainsi que des activités paramédicales (soins infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes). Pour ces activités, les coûts sont essentiellement variables en fonction de l'activité, et le coût moyen diminue très peu en fonction des volumes réalisés. Pour ces activités, un ajustement prix-volumes se traduirait directement par une baisse de la rémunération du travail, ce qui, s'agissant des spécialités cliniques, aggraverait les déséquilibres de rémunération déjà constatés entre spécialités médicales.

Par ailleurs, ces dispositifs ne peuvent être effectifs qu'à condition que les tarifs soient complètement régulés. Or, l'existence de dépassements d'honoraires présente le risque de vider de tels dispositifs de leur portée pour les professionnels pouvant réaliser des dépassements.

Enfin, si le dispositif repose non pas sur un ajustement tarifaire, mais sur des reversements, cela impose de définir des modalités de recouvrement de ce reversement et de gestion des contestations ; à cet égard, l'expérience de la gestion des clauses de sauvegarde, qui constituent un dispositif sujet à de nombreux contentieux et porteur d'une forte complexité de gestion, doit être prise en compte.

[6] Cf. rapport Igas-IGF 2025 : *Pertinence et efficience des dépenses de biologie*,

1.2. L'imputation collective aux prescripteurs d'un dépassement des dépenses prescrites soulève des difficultés encore plus grandes

1.2.1. Une tentative qui n'a été qu'éphémère

A côté du dispositif de reversements d'honoraires en cas de dépassement de l'objectif des dépenses d'honoraires mentionné plus haut, le plan prévoyait également un mécanisme de reversement d'honoraires en cas de dépassement du montant prévisionnel de dépenses de prescriptions (article L. 162-5-2 issu du décret n° 96-1116 du 11 décembre 1996).

Ce dispositif constituait une forme de budget de prescription, à une maille collective.

Le décret d'application a été annulé au contentieux (Conseil d'Etat, 27 avril 1998, Csmf et autres) au motif que le reversement incluait également le reversement des dépenses prescrites par les médecins non conventionnés, alors que n'en étaient redevables que les médecins conventionnés

1.2.2. Un dispositif de ce type présenterait les mêmes limites que les dispositifs d'auto-assurance

La plupart des limites rappelées plus haut s'appliquent à un dispositif de ce type :

- il ne constitue pas un mécanisme agissant sur la prescription ou la pertinence des volumes : la maille collective de la « sanction » ne crée aucune incitation individuelle à la pertinence des prescriptions ;
- il suppose de pouvoir tenir compte d'événements exceptionnels : épidémies, arrivée de nouveaux traitements coûteux ;
- si le dispositif fonctionne par ajustement des tarifs, il existe un fort risque que le dispositif ne pénalise que les praticiens en secteur 1 et que les praticiens en secteur 2 puissent ajuster par les dépassements d'honoraires. Si le dispositif repose sur une sanction / un reversement, il suppose de définir des modalités de recouvrement ;
- il pourrait conduire les syndicats de médecins à organiser une interruption collective temporaire de de la prescription politiquement très coûteux.

1.2.3. Des difficultés spécifiques resteraient à surmonter

Un dispositif de ce type présente une différence fondamentale avec les mécanismes d'auto-assurance dans le fait que les dépassements de volumes qui déclencheraient les sanctions ne constituent pas un revenu pour les prescripteurs. Économiquement, un dispositif faisant supporter collectivement à des acteurs un dépassement de dépenses dont ils ne bénéficient pas ne semble pas soutenable dans la durée. Le dispositif prévu en 1996 ne prévoyait d'ailleurs qu'une imputation très partielle des dépassements en matière de prescriptions : le reversement ne pouvait être égal qu'à 5 % des dépassements en matière de dépenses de prescription, dans la limite de 1 % des dépenses d'honoraires (au vu de l'écart entre la masse des honoraires et la masse des dépenses prescrites, un tel plafonnement est inévitable).

L'écart entre la masse des dépenses prescrites et la masse des rémunérations versées aux prescripteurs rend inévitable une telle limitation : les honoraires et rémunérations versés par l'assurance-maladie aux médecins libéraux ne représentaient en 2023 que 18,8 Mds€[7]. À titre d'exemple, faire supporter à cette assiette un montant de 1,6 Mds€ de dépenses comme le fait la clause de sauvegarde représenterait 8,5 % des honoraires et rémunérations versés par l'assurance-maladie.

Par ailleurs, la dynamique des dépenses de prescription dépend de décisions qui échappent totalement aux prescripteurs : politique de prix (pour les produits de santé, les actes paramédicaux et de biologie), entrées sur le marché des produits et actes, conditions règlementaires de calcul ou d'ouverture des IJ …

Enfin, les contraintes juridiques soulevées par l'arrêt du conseil d'État pour les prescriptions des médecins non conventionnés se poseraient dans les mêmes termes pour les prescriptions hospitalières exécutées en ville[8] : le dispositif devrait donc porter de façon spécifique sur les dépenses de prescription spécifiques aux médecins conventionnés.

2. La participation financière du patient n'est pas un outil permettant de réduire la non-pertinence ou de prioriser les soins

2.1. En France, la participation financière du patient repose principalement sur les franchises et participations forfaitaires

La participation financière des patients sur les soins pris en charge par l'assurance-maladie repose, s'agissant des produits, actes et prestations prescrites examinées dans le champ de la mission, principalement sur deux types de leviers[9] :

- le ticket modérateur (TM) appliqué sur le tarif remboursable ;
- les franchises et participations forfaitaires.

2.1.1. Le ticket modérateur (TM) est aujourd'hui presque totalement intermédié par l'assurance-maladie complémentaire (AMC), du fait des politiques de soutien à l'acquisition d'une couverture complémentaire et des garanties minimales des contrats responsables

Le ticket modérateur correspond au taux de participation de l'assuré dans le financement des soins remboursables. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation, et du respect ou non du parcours de soins coordonnés. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur

[7] DREES, comptes nationaux de la santé.

[8] La rémunération des médecins hospitaliers étant de nature différente, un reversement ne pourrait être imputé qu'aux établissements, ce qui imposerait de séparer les dépenses prescrites par les libéraux des dépenses prescrites par les prescripteurs hospitaliers.

[9] Les indemnités journalières (IJ) peuvent entraîner également pour l'assuré un « reste à charge » du fait de l'écart entre le montant de l'IJ et le revenu de référence ; cet écart dépend toutefois de plusieurs facteurs (durée de l'arrêt, couverture du salarié par la loi de mensualisation, existence de garanties supra-légales). Par ailleurs, la participation financière du patient peut résulter, s'agissant des dispositifs médicaux, d'écarts entre prix réels et base de remboursement.

L'instauration d'un ticket modérateur constitue une mesure d'économies. Le nom même du dispositif montre qu'on lui prête, lors de sa création, une finalité « modératrice » sur la demande de soins : l'existence de ce montant non pris en charge est censée inciter le patient à réduire sa consommation de soins (moyennant connaissance par le patient de ce montant). Un ticket modérateur a été mis en place dès la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales, à un taux compris entre 15 et 20% du tarif de responsabilité, et fixé à 20% en 1935. Il est relevé à 30% en 1967 par les ordonnances Jeanneney. Les taux sont relevés et différenciés au cours des années : relèvement à 35% pour les soins paramédicaux en 1977 et pour la biologie en 1985, création d'un ticket modérateur à 60% pour certains médicaments en 1977 ; relèvement de 5 points pour les soins médicaux et dentaires, les soins paramédicaux, la biologie et les médicaments en 1993 ; relèvement pour les soins dentaires en 2023.

2.1.1.1. Les nombreux motifs d'exemption du TM en atténuent l'importance effective

Plusieurs motifs d'exemption de TM existent :

- en fonction de la nature des soins : certains actes de dépistage et de prévention, les frais liés aux interruptions volontaires de grossesse (IVG) et, sous conditions, aux contraceptifs, les frais d'hospitalisation au-delà de 30 jours….
- en fonction du fait générateur à l'origine des soins : accidents du travail et maladies professionnelles, attentats ;
- en fonction des caractéristiques du patient : femmes enceintes du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour après l'accouchement, nouveau-nés dans les 30 jours suivant leur naissance pour les soins hospitaliers, bénéficiaires de certaines prestations sociales (ASPA, pensions militaires d'invalidité), personnes reconnues comme affectées d'une affection de longue durée (ALD) pour les soins prévus dans le cadre d'une ALD[10] (régime issu de l'ordonnance du 19 octobre 1945 créant une assurance longue maladie, sans ticket modérateur).

Du fait de ces motifs d'exonération de TM, il existe un écart substantiel entre le TM théorique appliqué sur les différents soins et le TM moyen consolidé appliqué sur ces soins une fois pondéré des volumes d'actes exonérés (cf. tableau 1).

Tableau 1 : ticket modérateur théorique et ticket modérateur effectif par type de soins

Actes ou produit	TM théorique	TM effectifs
Actes paramédicaux	40%	14%
Dont IDEL		*7%*
Dont MK		*22%*
Dont orthophonistes		*27%*
Biologie médicale	40%	22%
Transports sanitaires	45%	5%
Médicaments à 65%	35%	14%
Médicaments à 30%	70%	43%
Médicaments à 15%	85%	63%
Dispositifs médicaux	40%	16%

Source : données DSS, 2023.

[10] Cf. Rapport Igas-IGF 2024 *Revue de dépenses des affections de longue durée.*

2.1.1.2. La quasi-généralisation de la couverture complémentaire santé conduit à ce que le TM soit presque totalement pris en charge de façon intermédiée par les assurances maladie complémentaires (AMC)

La population couverte par une AMC a notoirement progressé depuis trente ans sous l'effet de plusieurs mesures :

- pour les foyers à bas revenu : création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sous condition de ressources, complétée par la création d'une aide à l'acquisition de la complémentaire santé (ACS), relèvement des plafonds de ressources, puis fusion des deux dispositifs dans la complémentaire santé solidaire (C2S). En 2022, ce dispositif couvrait 7,39 millions de personnes[11] ;
- pour les salariés et leur famille : développement des couvertures complémentaires en entreprise[12], puis généralisation de la couverture complémentaire en entreprise (2013). L'extension du dispositif à la fonction publique poursuit cette extension de l'obligation d'adhésion pour les actifs.

Selon les dernières données disponibles, relativement anciennes[13], plus de 96 % de la population est couverte par une couverture complémentaire santé. L'absence de couverture par une complémentaire santé peut résulter :

- majoritairement, de difficultés économiques d'accès à la couverture, malgré l'existence de la C2S : ainsi, le taux de non-couverture était en 2019 trois fois plus élevé dans le premier décile de revenus (11,5 % contre 3,7% selon l'enquête EHIS). On constate que les taux de non-couverture sont beaucoup plus faibles et homogènes à partir du 4ème décile (entre 1,7 et 2,8%) ;
- d'une situation frictionnelle de transition entre deux couvertures complémentaires ;
- d'un arbitrage pour l'absence de couverture de la part d'individus à faible risque et ayant la possibilité de réaliser cet arbitrage (ce qui exclut les salariés du secteur privé).

En 2023, 96,4 % des contrats de couverture complémentaire santé (en montants de cotisations) constituent des « contrats responsables et solidaires » bénéficiant des avantages fiscaux et sociaux associés, ce qui signifie qu'ils prennent en charge le ticket modérateur pour la plupart des soins courants (avec des exceptions telles que les médicaments à service médical rendu faible – 15% - ou les cures thermales ; en pratique, une large partie des contrats prennent en charge le ticket modérateur également sur ces soins même si cela n'est pas imposé pour bénéficier du caractère responsable et solidaire). Il doit être relevé que, même parmi les quelques pourcents de contrats non responsables et solidaires, une partie prend en charge le ticket modérateur (ils peuvent ne pas bénéficier du caractère responsable et solidaire, soit du fait de niveaux de prise en charge excédant les plafonds prévus en matière de dépassements d'honoraires ou d'optique, ou de la prise en charge des franchises et participations forfaitaires, ou encore du fait de questionnaires sur l'état de santé permettant de moduler la tarification).

---

[11] *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, Panoramas, DREES, 2024.

[12] Aidées par des exonérations fiscales et sociales.

[13] L'ouvrage de la DREES *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*, mentionne, dans son édition de 2024, l'enquête 2017 *Statistique sur les ressources et les conditions et de vie* (SRCV) pour l'ensemble de la population (96,1% de couverture par une complémentaire) et l'enquête européenne *European Health Interview Survey* (EHIS) 2019 pour la population de 15 ans et plus (96,3% de couverture par une complémentaire).

Il en résulte que les tickets modérateurs sont pris en charge dans leur très grande majorité par l'AMC (dont la C2S). Ils pèsent bien *in fine* sur les patients à travers les cotisations d'AMC, mais de façon mutualisée entre assurés d'un même contrat. Ils constituent donc, dans leur grande masse, plus un levier de partage des coûts entre l'assurance-maladie obligatoire (AMO) et l'AMC qu'une modalité de participation financière directement à la charge des patients. Ils ont toutefois une incidence directe sur une proportion minoritaire mais significative de ménages du premier décile.

2.1.2. Les franchises et les participations forfaitaires constituent le principal dispositif de participation financière directe du patient

2.1.2.1. Des franchises et participations forfaitaires s'appliquent sur les différents soins

Les franchises et participations forfaitaires ont été introduites le 1er janvier 2008.

Une participation forfaitaire de 2€[14] s'applique sur l'ensemble des actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que sur les actes de biologie. Elle fait l'objet d'un plafond par jour (8 €) et par an (50 €).

Une franchise est appliquée :

- sur les médicaments (1 € par boîte) ;
- sur les actes paramédicaux (1 €, dans la limite de 4 € par jour) ;
- sur les transports sanitaires (4€, dans la limite de 8€ par jour).

Afin de ne pas faire obstacle à l'accès aux soins, le total des franchises est plafonné à 50 € par jour.

Le gouvernement a annoncé en juillet 2025 un doublement des montants et des plafonds. Les décrets mettant en œuvre cette annonce n'ont pas été publiés à la date à laquelle la mission conclut son rapport.

A la différence des tickets modérateurs, ces montants ne peuvent pas être pris en charge par l'AMC dans le cadre du contrat responsable et solidaire, à des fins de responsabilisation du patient. Ils sont donc (sauf hypothèse d'un contrat non responsable) directement à la charge du patient.

Sont toutefois exonérés de participation forfaitaire et de franchise :

- les moins de 18 ans ;
- les femmes enceintes du 1er jour du 6ème mois de grossesse jusqu'au 12ème jour suivant l'accouchement ;
- les bénéficiaires de la C2S et les invalides de guerre.

Les franchises ne s'appliquent pas non plus sur pour la contraception d'urgence des mineures et pour les victimes de terrorisme.

2.1.2.2. Les franchises et participations forfaitaires sont souvent décomptées et recouvrées de façon différée et le patient n'en connait le plus souvent pas le montant

Les franchises et participations forfaitaires constituent un montant forfaitaire qui doit être déduit du montant remboursé par l'assurance-maladie obligatoire.

[14] Sont indiqués ici les montants en vigueur depuis leur doublement en 2024.

Les franchises peuvent être dans certains cas supérieures au montant remboursé par l'assurance-maladie obligatoire (médicaments bon marché et/ou peu remboursés, actes infirmiers à faible cotation). Par ailleurs, dans les situations où le tiers payant intégral est appliqué, les franchises et participations forfaitaires peuvent ne pas être décomptées au moment du paiement du professionnel. Elles sont alors reportées et imputées sur le remboursement suivant.

Il en résulte :

- une visibilité réduite pour l'assuré : l'absence d'imputation des franchises sur les soins donnant lieu à tiers payant intégral décorrèle leur perception de leur fait générateur. Ce n'est qu'en consultant ses relevés de soins que le patient pourra constater que des franchises ont été imputées sur le remboursement ;
- un non-recouvrement d'une partie des franchises. En effet, les soins donnant lieu à remboursement peuvent ne pas suffire à imputer l'ensemble des franchises décomptées. L'assurance-maladie constate alors l'existence d'un montant restant à recouvrer. La faiblesse des montants individuels rend inefficient l'engagement de procédures de recouvrement forcé. Selon les dernières données disponibles sur le recouvrement à N+5 (recouvrement au 31/12/2024 des franchises et participations forfaitaires dues au titre de 2019, sachant que les créances se prescrivent au-delà), le non-recouvrement s'élève à 10,9%[15].

2.1.2.3. L'évolution de la part des dépenses de santé à la charge des patients traduit principalement la concentration de la dépense sur les pathologies chroniques

En 2024, la structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a été la suivante[16] :

- 79,4 % par les administrations publiques (Sécurité sociale et Etat) soit 202 Md€ ;
- 12,8 % par les organismes complémentaires, soit 33 Md€ ;
- 7,8 % par les ménages, soit environ 20 Md€.

Cette même année, la participation des administrations publiques dans la CSBM a diminué de 0,5 point, tandis que la part des organismes complémentaires a augmenté de 0,3 point et celle des ménages de 0,1 point. Cette évolution résulte de la hausse de 10 points du ticket modérateur sur les soins dentaires et du doublement des franchises, ainsi que de la poursuite de la hausse des dépassements d'honoraires à un rythme soutenu.

Entre 2010 et 2019, la part de la CBSM directement à la charge des ménages a diminué tous les ans, passant de 10,1 % à 8,5 %. Cette diminution ne résulte pas, pour l'essentiel, d'une évolution des règles de prise en charge conduisant à une réduction de la part à la charge des ménages *pour un soin donné* – à l'exception des soins dentaires, optiques et des audioprothèses, où la réforme du « 100% santé » a entraîné une amélioration de la prise en charge par les complémentaires à partir de 2019.

Elle traduit principalement un effet de structure, à savoir la concentration croissante de la dépense autour des dépenses au titre des ALD, qui résulte elle-même non seulement de la hausse de la population en ALD, mais aussi d'une évolution plus soutenue des coûts de traitements des ALD (du fait du coût des innovations) par rapport aux soins courants (baisses de prix des médicaments courants).

---

[15] Rapport sur l'efficience des politiques de sécurité sociale (REPSS) pour la branche maladie annexé au PLFSS 2026.

[16] DREES, Les dépenses de santé en 2024, édition 2025.

En 2020, la crise sanitaire a abaissé le RAC à 7,9 %, notamment du fait des dépenses exceptionnelles liées à la pandémie (tests pris en charge à 100%). En 2021 et 2022, le reste à charge a légèrement augmenté, à 8,0 %, en raison du retour progressif à la structure des dépenses de santé antérieure à la crise sanitaire, et au reflux des dépenses exceptionnelles liées à la pandémie. Il a diminué à nouveau en 2023 (7,7 %), avec une baisse du reste à charge à l'hôpital public, des prothèses dentaires, et des dispositifs médicaux, notamment l'optique médicale et les audioprothèses. Il a augmenté de nouveau en 2024, notamment sous l'effet du doublement des franchises et participations forfaitaires.

La stabilité de la part de la CSBM à la charge des ménage en période récente alors même que certains éléments à leur charge (participations forfaitaires et franchises, dépassements d'honoraires) ont augmenté nettement plus vite que la CSBM confirme que l'évolution de la part de la CSBM dans le temps ne constitue pas un indice d'évolution de la « générosité » : cet indicateur est la résultante de l'effet structure (part croissante des dépenses des ALD) et du degré de socialisation *à soin inchangé*. La comparaison entre la structure de financement de la CSBM d'aujourd'hui et celle d'il y a dix ans est trompeuse, car ce n'est pas la même dépense de santé qu'on compare.

2.1.2.4. Le niveau comparativement faible du reste à charge résulte de la part importante prise en charge par les assurances complémentaires, alors que le degré de socialisation des dépenses français n'est pas atypique en Europe

Les comparaisons internationales sur la part des dépenses à la charge du patient supposent de retenir comme périmètre la dépense courante de santé au sens international (DCSi), qui constitue un agrégat donnant lieu à des données comparables entre Etats. La structure de financement de la DCSi est légèrement différente de celle de la CSBM, du fait de différences de structures de financement pour les éléments de la DCSi qui ne relèvent pas de la CSBM (la CSBM représente 75% de la DCSi) : pour 15,7%, les « soins de longue durée » (SLD, qui incluent des interventions médico-sociales dont certaines ne relèvent pas de la sécurité sociale dans le contexte français : financement d'établissements médico-sociaux par les départements, APA, PCH) ; pour moins de 10%, la prévention institutionnelle et les coûts de gestion.

Les administrations publiques (sécurité sociale, Etat, collectivités territoriales) financent ainsi 79,4% de la CSBM, mais 73,3% des dépenses de SLD et 70% des dépenses de prévention identifiées comme telles dans la DCSi. La part à la charge des ménages s'élève à 26,5% pour les SLD.

En 2024, la structure de financement était donc la suivante :

- 76,6 % pour les administrations publiques ;
- 13,2 % pour les entreprises et les organismes complémentaires ;
- 10,2 % pour les ménages.

La part de la DCSi à la charge des ménages a régulièrement diminué depuis 10 ans (de 1,8 point entre 2014 et 2024). A plus de 80%, cette évolution traduit celle de la part de la CSBM à la charge des ménages. Le reste est dû à la baisse de la part à la charge des SLD (-5 points).

Les comparaisons internationales placent toujours la France parmi les restes à charge (RAC) les plus faibles de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

Les différentes zones géographiques de l'Europe présentent de fortes différences dans le niveau du reste à charge : il est globalement plus élevé dans les pays de l'Est ou du Sud de l'Europe que dans les pays d'Europe de l'Ouest.

La part de la DCSi à la charge des ménages en France (10,2%) est certes la 3ème plus faible de l'Union européenne, derrière le Luxembourg (9,7 %) et la Croatie (9,4 %). Elle est toutefois proche des niveaux de plusieurs systèmes de santé d'Europe du Nord-Ouest : Allemagne (11,1%), Pays-Bas (12%), Irlande (11,3%). Le niveau de l'UE-27 est à 14,6%.

Par ailleurs, la part des dépenses à la charge des ménages ne constitue qu'un indicateur partiel du degré de socialisation des dépenses de santé et des difficultés d'accès des patients aux soins pour raisons financières. En effet, la part à la charge des ménages résulte de la part prise en charge par les administrations publiques et/ou les assurances obligatoires, mais aussi par les assurances privées facultatives. Or, ces dernières, du fait de niveaux de cotisation ne croissant pas avec le revenu mais croissant avec le risque de santé et donc avec l'âge, entraînent des effets de sélection selon le revenu et l'âge : les ménages aux revenus modestes et/ou à risque plus élevé présentent un risque accru de ne pas se couvrir ou de souscrire une couverture réduite, et donc de rencontrer des difficultés financières d'accès aux soins. Les inégalités dans la couverture complémentaire santé en France montrent qu'une part importante de dépenses prises en charge par les complémentaires coexiste avec une part significative de ménages non couverts dans les premiers déciles, conduisant à un reste à charge plus élevé.

Les Etats-Unis présentent ainsi une part de reste à charge des ménages faible et très proche de la France (10,9%), malgré des inégalités importantes de couverture des soins et d'accès aux soins. La part importante prise en charge par les assurances privées, obligatoires ou facultatives (56%), masque le fait qu'une partie de la population ne bénéficie pas de cette couverture ou bénéficie de couvertures plus faibles, lui laissant un reste à charge direct plus élevé.

La France se distingue par la part élevée (12,7%) des dépenses prises en charge par les assurances privées, obligatoires ou non, un chiffre qui la place au 3ème rang européen[17].

Si on retient comme indicateur la part des dépenses prises en charge par les administrations publiques, avec 78%, la France est au 9ème rang de l'UE, derrière l'Allemagne.

Si on retient comme indicateur la part des dépenses prises en charge par des régimes obligatoires, la France est au 5ème rang de l'UE (84,4%), derrière l'Allemagne.

2.2. La littérature économique montre que les participations financières du patient ne constituent pas un outil permettant de réduire la non-pertinence ou de prioriser les soins, mais qu'ils peuvent avoir un impact sur la santé s'ils diminuent la consommation de soins

2.2.1. Les études dans le contexte français, quoi qu'anciennes, soulignent l'absence d'effet sur la pertinence des prescriptions

La mise en place graduelle du tiers-payant en officine, les disparités de couverture complémentaire et la mise en place de la CMU-C, ainsi que la création des franchises et participations forfaitaires constituent autant d'expériences naturelles qui ont donné lieu à des analyses économiques.

[17] Parmi les 31 pays recensés par la DREES (UE, Royaume-Uni, Suisse, Canada, Islande), la France est au 5ème rang pour la part gérée par les assurances privées, seuls les Etats-Unis, le Canada, les Pays-Bas, la Suisse et la Slovénie se situent devant

2.2.1.1. Le tiers-payant en officine n'a d'impact que sur les ménages à bas revenu

La variété des pratiques de tiers-payant en officine au cours des années 1990 a permis d'évaluer son impact sur la dépense de santé[18]. Ces analyses ont permis de conclure que l'existence du tiers-payant n'entraîne pas d'impact sur le niveau de consommation, sauf pour les revenus les plus bas, pour lesquels on constate un « rattrapage » du niveau de dépenses qui sans cela serait inférieur au niveau du reste de la population.

2.2.1.2. L'existence d'une couverture complémentaire a un impact sur la consommation de soins

L'absence de complémentaire santé se traduit, à état de santé donné, par un recours moins fréquent au système de soins et par une dépense de santé plus faible[19] : les personnes sans complémentaire santé semblent reporter la prise de médicaments et consommer seulement lorsque leur état de santé est dégradé.

La mise en place de la CMU-C a accru la consommation de médicaments chez les personnes qui ne disposaient pas de couverture auparavant[20] : cela résulte à la fois d'une meilleure capacité financière à acheter les médicaments qui leur sont prescrits ainsi que d'un meilleur accès aux médecins.

Ce constat est toutefois à nuancer[21] :

- le fait de bénéficier d'une couverture complémentaire accroît la probabilité de recourir aux consultations de médecins et aux actes paramédicaux, ainsi que le niveau de dépenses des personnes qui y recourent ;
- le fait de bénéficier d'une couverture complémentaire accroît la probabilité de recourir à la consommation de médicaments ou d'actes de biologie, en revanche, parmi les personnes qui consomment des médicaments ou des examens de biologie, avoir une couverture complémentaire n'accroît pas le niveau de la dépense de médicaments ou de biologie. Deux explications peuvent être mobilisées : pour les personnes sans couverture complémentaire, le renoncement aux soins intervient en amont, au stade de la consultation médicale : c'est parce qu'ils ne consultent pas qu'ils ne recourent pas aux médicaments et à la biologie, mais une fois qu'ils ont consulté et ont franchi l'étape de la consultation, le comportement de consommation sera le même ; d'autre part, il semble que si les personnes renoncent aux médicaments et à la biologie pour des raisons financières, elles le font globalement.

---

[18] P. Dourgnon, M. Grignon, *Le tiers payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé*, Rapport n° 490, 2000, IRDES.

[19] P. Dourgnon, C. Sermet, « La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ? », *Questions d'économie de santé*, n° 52, 2002.

[20] M. Grignon, M. Perrronin, J.N. Lavis, « Does free complementary health insurance help the poor to access health care? », *Health Economics*, 2008.

[21] D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Etudes et résultats*, n° 378, DREES, 2005.

2.2.1.3. La mise en place des franchises a eu un effet limité mais plus fort sur les ménages aux revenus plus faibles et à l'état de santé moins bon

L'enquête Santé protection sociale (ESPS) menée en 2008 auprès de près de 8 000 ménages a intégré des questions sur l'impact de la mise en place des franchises sur les médicaments en 2008. Parmi les 78 % de ménages répondant ayant déclaré s'être fait prescrire des médicaments, 88 % ont déclaré n'avoir en rien modifié leur consommation de médicaments[22].

12 % des ménages déclarent en revanche avoir réduit leur consommation : parmi ceux-ci, 28 % déclarent avoir discuté avec leur médecin afin de réduire l'ordonnance de prescriptions, 64 % déclarent n'avoir acheté qu'une partie des médicaments prescrits ; 33 % déclarent avoir reporté l'achat des médicaments.

La proportion de ménages déclarant avoir réduit leur consommation varie selon deux variables :

- le niveau de revenu : la proportion est de 14 % pour les deux premiers quintiles, 8 % pour le dernier quintile ;
- l'état de santé : la proportion d'individus déclarant avoir réduit la consommation est plus élevée chez les individus déclarant un état de santé assez bon, mauvais ou très mauvais que chez ceux déclarant un état de santé très bon ou bon (en moyenne, la proportion est plus élevée de 2,1 points dans ce groupe par rapport aux individus déclarant un état de santé bon et très bon). Le fait d'être atteint d'une maladie chronique a également un impact significatif (la proportion d'individus déclarant avoir réduit la consommation est supérieure de +2,1 points dans ce groupe à celle de ceux qui n'en sont pas atteints).

2.2.2. Les revues de littérature internationale montrent qu'une participation financière du patient réduit la consommation de soins sans tenir compte de leur intérêt sanitaire, ce qui peut entraîner une hausse des hospitalisations et un impact significatif sur leur état de santé

2.2.2.1. Les revues de littérature montrent que la participation financière du patient réduit la consommation de médicaments

Deux revues de littérature systématique récentes ont été réalisées sur l'impact des dispositifs de *cost-sharing* ou *cost exposure* c'est-à-dire de participation financière du patient :

- une revue de littérature systématique a été menée sur 31 études publiées entre 2000 et février 2023[23], réalisées majoritairement dans le contexte des Etats-Unis (22), et à titre secondaire au Canada (5) ou en Europe (Pays-Bas, Allemagne, Espagne). Ces études portent sur les dépenses de médicaments (pour 18 d'entre elles) ou le recours aux services de santé. Cette revue s'interroge notamment sur l'impact des dispositifs de participation financière sur la consommation de soins et sur ses conséquences sur la notion d'aléa moral et comportemental ;

[22] B. Kambia-Chopin, M. Perronin, « Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? », *Questions d'économie de la* santé, n° 158, IRDES, 2010.

[23] Marlon Graf, James R. Baumgardner, Ulrich Neumann, Iris P. Brewer, Jacquelyn W. Chou, A. Mark Fendrick, « Economic Evidence on Cost Sharing and Alternative Insurance Designs to Address Moral and Behavioral Hazards in High-Income Health Care Systems: A Systematic Review », *Journal of Market Access and Health Policy*, 2024.

- une revue de littérature systématique menée sur 79 études publiées de 2010 à 2020 sur des cas situés aux Etats-Unis[24] évalue l'impact des dispositifs de *cost-sharing* sur l'observance thérapeutique, les résultats cliniques, l'utilisation du système de soins et les coûts.

Plusieurs mécanismes de *cost exposure* sont étudiés :

- *deductibles* – forme de « franchise en base » (un tel dispositif n'a pas d'équivalent en France) : il s'agit d'un seuil de dépenses que le patient doit payer lui-même avant que l'assureur ne commence à payer ;
- *co-insurance* - équivalent du ticket modérateur : le patient paie un pourcentage du prix du soin ;
- *co-pay* – équivalent des franchises et participations forfaitaires : le patient paie un montant forfaitaire par soin.

Ces outils peuvent être appliqués de façon uniforme, ou de façon différenciée :

- des modulations de niveaux (*tiers*) des dispositifs de participation en fonction de critères déterminés par l'assureur (par exemple entre générique et princeps, ou encore selon le caractère curatif ou préventif des soins) ;
- des modèles de couverture assurantielle basée sur la valeur (*value-based insurance designs*, VBIDs), tendant à différencier le niveau de *cost exposure* en fonction des bénéfices de santé des produits et prestations concernés ;
- des dispositifs d'entente préalable (*prior authorization*) ou de thérapeutique graduée (*step therapy*).

Les études concluent qu'un changement dans le niveau du *cost exposure* a un impact sur l'utilisation des soins. Les comparaisons entre modalités de *cost exposure* (franchise en base, ticket modérateur, participation forfaitaire) ne permettent pas de conclure clairement à des différences d'impacts entre ces outils.

Parmi les études ayant exploré l'impact différencié selon le niveau de vie ou l'état de santé des populations, plusieurs ont conclu que l'impact est plus élevé sur les patients à bas revenu.

2.2.2.2. Mais ces dispositifs réduisent la consommation de médicaments indépendamment de leur bénéfice sanitaire

Un enseignement important est que la participation financière des patients réduit l'observance thérapeutique et qu'elle réduit l'ensemble des soins, et non pas les soins non nécessaires ou à moindre valeur ajoutée : notamment, cet impact peut se manifester également sur l'observance des patients traités pour une pathologie chronique.

Une revue de littérature de 2012 sur 66 études américaines publiées entre 1974 et 2008[25] avait conclu que la participation financière du patient réduisait l'observance thérapeutique pour des traitements pour pathologies chroniques tels que le diabète, l'hypertension, les maladies coronariennes, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Plus récemment, il a été montré que :

[24] Fusco, N.; Sils, B.; Graff, J.S.; Kistler, K.; Ruiz, K. « Cost-sharing and adherence, clinical outcomes, health care utilization, and costs: A systematic literature review. », *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy*, 2023, 29, 4–16.

[25] Eaddy, M.T.; Cook, C.L.; O'Day, K.; Burch, S.P.; Cantrell, C.R., « How patient cost-sharing trends affect adherence and outcomes: A literature review », *Pharmacology and Therapeutics*. 2012, 37, 45–55.

- le niveau de participation financière des patients accroît fortement le risque de ne pas exécuter une prescription, ou à la reporter, ou à abandonner le traitement, pour des traitements oraux anti-cancéreux : dans une étude[26] catégorisant les patients en fonction de groupes de niveau de reste à charge, les taux de non-exécution, de report ou d'abandon de traitement croissent en relation directe avec le reste à charge. La non-exécution de la prescription passe de 13 à 67 % entre le premier et le dernier groupe, l'abandon de traitement de 10 à 49 % ;
- le passage d'une couverture santé d'une franchise en base faible (moins de 500 $ par an) à une franchise élevée (1000 $ ou plus) conduit des femmes à reporter les diagnostics et plus encore les traitements pour cancer du sein[27]. Par rapport au groupe de contrôle (femmes conservant une couverture à franchise faible), le report de premier diagnostic est de 6,6 mois pour les femmes à bas revenu et de 5,4 mois pour les femmes à revenu élevé ; le report de la première chimiothérapie est de 8,7 mois pour les femmes à bas revenu et de 5,7 mois pour les femmes à revenu élevé.

Lorsque les patients réagissent à la participation financière, ils vont le faire indépendamment de la valeur en santé du bien considéré : ils le font de façon identique pour des biens ou prestations à forte valeur en santé ou pour des biens et prestations à faible valeur ajoutée. La première revue de littérature conclut que la participation financière est un outil trop fruste (*blunt*) pour être un levier d'efficience.

En revanche, les dispositifs de différenciation de la participation financière (VBID, *tiers*) tendant à produire des effets différenciés : une différenciation de reste à charge entre générique et princeps peut accroître le recours au générique ; un dispositif de VBID peut permettre de différencier l'impact sur la consommation de soins en fonction de leur valeur. Des dispositifs d'entente préalable ou de thérapeutique graduée peuvent également favoriser le recours aux génériques.

2.2.2.3. La réduction de la dépense de soins de ville est susceptible d'accroître le recours à l'hospitalisation

Par ailleurs, plusieurs études suggèrent qu'un accroissement de la participation financière se traduit par une hausse des hospitalisations[28]. A titre d'exemple, un plus fort niveau de participation financière des patients pour les traitements de l'asthme des enfants a été associé avec une réduction de la consommation de médicaments et de plus forts taux d'hospitalisation pour asthme pour les enfants[29]. Le *Congressionnal Budget Office*, en faisant la synthèse de plusieurs études, évaluait qu'une variation de 1 % de la consommation de médicaments aboutirait à une variation en sens contraire de 0,2 % de la consommation de soins médicaux[30].

---

[26] Doshi, J.A.; Li, P.; Huo, H.; Pettit, A.R.; Armstrong, K.A., « Association of Patient Out-of-Pocket Costs With Prescription Abandonment and Delay in Fills of Novel Oral Anticancer Agents », *Journal of Clinical Oncology*, 2018, volume 36, 5.

[27] Wharam, J.F.; Zhang, F.; Wallace, J.; Lu, C.; Earle, C.; Soumerai, S.B.; Nekhlyudov, L.; Ross-Degnan, D., « Vulnerable And Less Vulnerable Women In High-Deductible Health Plans Experienced Delayed Breast Cancer Care. », *Health Affairs*, 2019, 38, 408–415.

[28] Fusco et al., *op. cit.*

[29] Karaca-Mandic, P.; Jena, A.B.; Joyce, G.F.; Goldman, D.P., « Out-of-pocket medication costs and use of medications and health care services among children with asthma. », *Journal of American Medical Association*, 2012, 307, 1284–1291.

[30] « Offsetting Effects of Prescription Drug Use on Medicare's Spending for Medical Services », *Congressional Budget Office report*, 2012.

Ces constats tendent à rejoindre ainsi ceux d'une étude ancienne et fondatrice[31] réalisée en 1975 sur une expérience de franchise de 1 $ pour les deux premières consultations médicales et de 0,5 $ pour les deux premières prescriptions par mois pour les bénéficiaires de Medicaid en 1972 en Californie : le groupe concerné par cette franchise a réduit son recours aux soins ambulatoires par rapport au groupe de contrôle, mais a accru son recours à l'hospitalisation, entraînant des surcoûts supérieurs aux économies de soins de ville, conduisant les auteurs à caractériser ces dispositifs comme « *penny-wise and pound-foolish* », qu'on pourrait traduire « économe en centimes et stupides en euros ».

2.2.2.4. La réduction de la consommation de médicaments induite par la participation financière du patient peut avoir un impact sur la mortalité des patients atteints de maladie chronique

Un impact mesuré de l'inobservance déclarée pour raisons financières sur la mortalité pour les personnes traitées pour diabètes et maladies cardio-vasculaires

Une étude américaine[32] sur plus de 200 000 personnes atteintes de diabète, de maladie cardio-vasculaire ou d'hypertension sur 2000-2014 a évalué l'impact d'une inobservance thérapeutique provoquée par les coûts (*cost-related nonadherence*) telle que déclarée par les personnes lors de l'enquête nationale sur la santé (National Health Interview Survey). Cette inobservance est caractérisée avec des réponses telles que : reporter l'achat des médicaments, prendre moins de médicaments que prescrit, sauter certaines prises. Après neutralisation des variables associées, les personnes déclarant une inobservance liée aux coûts ont un risque de décès lié à la pathologie traitée de 18 % pour les personnes diabétiques et de 9 % pour les personnes atteintes de maladies cardio-vasculaires ; on n'observait en revanche pas d'impact significatif pour les personnes traitées pour hypertension. La limite de cette étude réside dans le caractère déclaratif de l'inobservance provoquée par les coûts.

Les formules de reste à charge pour les médicaments dans le cadre de Medicare (assurance santé publique pour les personnes âgées de 65 ans et plus) montrent des interruptions de traitements particulièrement marquées pour les personnes atteintes de pathologies chroniques, avec des effets mesurables en un an sur la mortalité

Un premier cas d'analyse[33] est offert par la formule de reste à charge pour médicaments pour les personnes couvertes par Medicare : la participation du patient est de 25 % du prix des médicaments, jusqu'à un certain plafond de prise en charge annuelle (de l'ordre de 2 500 $), à partir duquel elle est de 100 % ; puis, si les dépenses atteignent un nouveau seuil (5 700 $), le reste à charge est de nouveau très réduit (soit à 5 % soit à un montant forfaitaire). L'absence de couverture entre ces deux bornes est qualifiée de « *donut hole* », « trou dans le beignet ».
Or, ces seuils ne sont pas proratisés en fonction de la durée de présence dans le dispositif : l'année où une personne atteint 65 ans et entre dans Medicare, la probabilité d'être atteint par ce seuil et un reste à charge de 100 % dépend du mois de naissance : pour ceux qui dépassent un certain niveau de dépenses de médicaments, ceux qui sont nés en décembre ont beaucoup moins de probabilité, toutes choses égales par ailleurs, d'être exposés à ce reste à charge que ceux qui sont nés en janvier. A l'opposé, une fois que le deuxième seuil est dépassé, l'effet est inverse : ceux qui sont nés en début d'année sont exposés à un reste à charge de 100 % sur une

[31] Roemer, Milton I. M.D.; Hopkins, Carl E. Ph.D.; Carr, Lockwood B.S.; Gartside, Foline M.A., « Copayments for Ambulatory Care: Penny-Wise and Pound-Foolish », *Medical Care*, 13(6):p 457-466, 1975.

[32] Van Alsten SC, Harris JK. « Cost-Related Nonadherence and Mortality in Patients With Chronic Disease: A Multiyear Investigation, National Health Interview Survey, 2000–2014. », *Preventing Chronic Disease*, 2020;17:200244.

[33] A. Chandra, E. Flack, Z. Obermeyer, « The health costs of cost sharing », *National Bureau of Economic Research Working Papers*, n°28439, 2021

part plus réduite de leurs dépenses de soins. Sur l'échantillon étudié de plus de 350 000 personnes entrant dans *Medicare*, 70% n'atteignent pas le premier seuil (ce sont les « petits consommants », *low spenders*) ; 27% se situent dans le *donut hole* (ce sont les consommants intermédiaires, *middle spenders*) ; 3% dépassent le deuxième seuil (ce sont les *high spenders*). Le mois de naissance constitue donc, pour les personnes de 65 ans, une variable exogène déterminant le niveau de reste à charge, avec des impacts diamétralement opposés selon que la consommation annuelle se situe au-delà ou en-deçà d'un seuil.

Une observation sur un échantillon de 550 000 personnes entrant dans Medicare à 65 ans sur l'année de leur entrée dans le dispositif et l'année suivante, au cours des années 2007-2012, permet de mesurer, en prenant la variable du mois de naissance, l'impact du reste à charge :

- le mois de naissance n'a pas d'impact sur les « petits consommants » (*low spenders*), qui demeurent quoi qu'il en soit en-deçà du seuil d'entrée dans le *donut hole* ;
- il a en revanche un impact net sur les consommateurs intermédiaires (*middle spenders*), dont la consommation se situe largement dans le *donut hole* : parmi cette population, une personne née en février va consommer 25 doses journalières de moins sur l'année que quelqu'un qui est né en septembre. On constate que cette réduction de consommation atteint son maximum en décembre, quand un maximum de patients a subi l'effet du *donut hole* ;
- il a l'effet opposé sur les 3% de consommateurs importants – dont une part importante de consommation se situe au-delà du *donut hole* : une personne née en février consomme plus de doses que quelqu'un qui est né en septembre, car la part de sa consommation touchée par le *donut hole* est moins élevée.

Ces impacts sont visibles sur la mortalité en décembre N+1 : pas d'impact sur le premier groupe ; pour le groupe intermédiaire, un mois de naissance en début d'année (et donc une plus longue période d'exposition à un reste à charge de 100 %) accroît la mortalité ; pour le dernier groupe, le résultat est opposé[34]. Pour le groupe intermédiaire, un accroissement du budget de médicaments de 100 $ réduit la mortalité de 14 %.

Une analyse plus détaillée des consommations réduites montre que les patients ayant les risques de santé les plus élevés réduisent davantage leur consommation que les patients à faible risque, et qu'ils le font globalement pour leurs différents médicaments. Une enquête menée par les auteurs de l'étude auprès de personnes âgées de 61 à 70 ans prenant plusieurs traitements chroniques (dont beaucoup pour l'hypertension ou le cholestérol) permet d'éclairer l'existence de ce type de choix : les deux-tiers ne pensent pas qu'une interruption de traitement d'un mois puisse entraîner une hospitalisation ou un décès, ce qui est cohérent avec le pic d'interruptions de traitement constaté en décembre, suivi d'une reprise des traitements en janvier.

Les radiations du bénéfice conjoint de Medicare et Medicaid montrent également qu'une hausse du reste à charge réduit la consommation de médicaments, tout particulièrement chez les personnes au profil de dépenses le plus élevé, et entraîne un surcroît de mortalité significatif au bout d'un an

[34] Pour le groupe intermédiaire, la mortalité est de 124 pour mille en décembre n+1 ; ce niveau atteint 185 pour ceux qui sont nés en janvier, contre 108 pour ceux qui sont nés en septembre. Ces niveaux élevés de mortalité s'expliquent si on prend en compte qu'ils font partie, au sein d'un groupe âgé de 65 ans, des 30% ayant la plus forte consommation de soins.

Le second cas d'expérimentation naturelle offert par Medicare réside dans les sorties du dispositif de *Low Income Subsidy* (LIS), lié à Medicaid, qui réduit le coût d'achat des médicaments pour les personnes âgées couvertes par Medicare[35]. En effet, les administrations procèdent à des réexamens des conditions d'éligibilité qui conduisent à des radiations du dispositif tout au cours de l'année.

Si on observe, pour une cohorte perdant le LIS une année donnée, la mortalité sur l'année qui suit la sortie du LIS, le mois de sortie du dispositif se traduit par des durées très différentes de renchérissement des coûts des médicaments pour le patient.

L'observation a été menée sur 1,9 million de bénéficiaires ayant été radiés du dispositif de LIS de 2015 à 2017.

En séparant chaque cohorte entre ceux qui sont sortis au premier semestre et ceux qui sont sortis au second semestre, au bout de 17 mois (en décembre N+1), on constate que ceux qui sont sortis plus tôt :

- exécutent en moyenne 1,2 prescription de moins que le second groupe : l'impact croît fortement avec la consommation de soins : il est de 0,6 prescription en moins pour ceux qui sont dans la premier quintile de consommation, mais de 2,6 dans le dernier quintile de consommation ;
- ont une mortalité supérieure de 4 %[36]. Le surcroît de morts chez ceux qui ont été radiés au premier semestre par rapport au groupe du second semestre est évalué à près de 3000 sur près d'un million de radiés du premier groupe.

Cette hausse est plus marquée chez les patients qui avaient le profil de dépenses le plus élevé ; elle est plus forte pour ceux qui ont des pathologies cardiovasculaires, des maladies pulmonaires chroniques ou le VIH.

Ces constats sont issus d'études américaines, où les restes à charge peuvent être nettement plus élevés que dans le cas français, à la fois du fait du coût plus élevé des soins, et des formules de reste à charge. Les impacts présentés sont donc nettement plus forts que ceux qui ont pu être repérés dans les études françaises présentées plus haut, et on ne peut donc en déduire que les dispositifs français ont aujourd'hui les mêmes effets. Ces études internationales et les études françaises convergent toutefois sur le fait que l'impact des dispositifs de participation financière dépend principalement de la propension marginale de l'individu à dépenser plus (ou à dépenser moins) pour sa santé, qui elle-même dépend de son niveau de vie et de son niveau de dépenses de santé. Cela explique à la fois que les dispositifs français, à impact limité en montant (franchises en 2008, absence de tiers payant en pharmacie), n'aient pas d'impact sur le niveau de consommation, sauf pour des personnes à bas revenu et/ou à niveau de santé moins bon, et que les modes de participation financière plus élevés identifiés dans les études internationales aient des impacts plus massifs.

Le principal déterminant de l'impact de ces dispositifs résidant dans cette sensibilité économique individuelle, si les dispositifs de participation financière du patient peuvent avoir un impact sur la consommation de soins ambulatoires et notamment de médicaments, cet impact est indifférencié au regard de la valeur thérapeutique ou de l'importance du traitement. Une participation financière uniforme du patient ne constitue donc pas un levier permettant d'accroître la pertinence de la dépense de santé.

Elle peut au contraire être sous-optimale, à deux titres :

---

[35] Eric T. Roberts, Jessica Phelan, Aaron L. Schwartz, Ellen R. Meara, Dominic Ruggiero, Lilly Estenson, Rachel M. Werner, José F. Figueroa, « Loss of Subsidized Drug Coverage and Mortality Among Low-Income Medicare Beneficiaries », *New England Journal of Medicine*, 2025.

[36] 78,3 décès pour 1000 au bout de 17 mois contre 75,3 décès, selon la date de perte du bénéfice de cette couverture.

- elle peut se traduire par des réductions ou interruptions de traitements chez les personnes atteintes de pathologies chroniques, qui peuvent avoir des effets visibles sur la mortalité dans un délai rapide ;
- elle peut se traduire par un recours accru à l'hospitalisation.

ANNEXE VIII

Méthodologie

SOMMAIRE

1. DONNÉES UTILISÉES PAR LA MISSION 1

1.1. Open data 2

1.2. Système national des données de santé (SNDS) 3

1.2.1. Les déterminants de la prescription – âge et activité du prescripteur 4

1.2.2. Les comportements d'effection des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers diplômés d'Etat 5

1.2.3. Décomposition des effets volume et prix 6

2. DOCUMENTATION 6

2.1. Revue de bibliographique 7

2.2. Benchmark 7

3. ETUDES ET ENQUÊTE 7

3.1. Enquête auprès des centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers de groupe 1 7

3.2. Etude sur les comportements de prescriptions 9

3.2.1. Capacités/Connaissances et parcours 10

3.2.2. Réflexes et motivations 11

3.2.3. Environnement et contexte 12

3.2.4. Relation avec le patient 13

3.2.5. Besoins et leviers d'action 14

1. Données utilisées par la mission

Le périmètre de la mission (cf. annexe lettre de mission) se caractérise par le recours à un angle d'analyse inusuel. En effet, les travaux ayant porté sur les dépenses de prescription, ils ont consisté à adopter une perspective en coupe, en analysant l'ensemble des prescriptions, qui portent sur des objets très différents (médicaments, dispositifs médicaux, transports sanitaires, actes, arrêts de travail), plutôt qu'une analyse longitudinale plus classique, qui aurait porté sur un champ d'action du soin ou un type de parcours. De ce fait, les données utilisées par la mission (cf. tableau 1) sont issues de sources différentes :

- comptes consolidés de la sécurité sociale (CCSS) ;
- *open data* de l'assurance maladie ;
- données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ;
- travaux de la direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistique (DREES).

Par ailleurs, la mission a conduit plusieurs analyses quantitatives en s'appuyant sur des bases de données en open data et sur le système national des données de santé (SNDS).

Ces différentes sources présentent des périmètres de couverture hétérogènes : certaines intègrent des catégories de dépenses que d'autres excluent. Elles peuvent également se rapporter à des périodes distinctes, être affectées par l'absence de données pour certains exercices, ou encore refléter l'impact de facteurs extérieurs (par exemple des évolutions de nomenclature ou la crise sanitaire). L'ensemble de ces éléments a conduit à réaliser un travail important d'appareillage et d'homogénéisation des données disponibles, et peut toutefois entraîner des écarts de chiffrage. La mission a ainsi recensé les limites associées au choix des sources retenues pour chaque périmètre de dépense prescrite remboursée analysé.

Tableau 1 : Données utilisées par la mission sur les différents périmètres et limites identifiées

	Sources de données utilisées	Limites identifiées
Médicaments	▪ Pour les agrégats de dépenses super-nettes : comptes consolidés de la sécurité sociale (CCSS) ▪ Pour les études chiffrées, Open-data de l'assurance maladie : Open-Medic ▪ Pour les études de comparaison entre établissements de santé : SNDS	▪ Impossibilité de relier les dépenses brutes de l'Open-Data et les dépenses super-nettes (c'est-à-dire après application de la clause de sauvegarde et des remises conventionnelles) communiquées dans les CCSS ▪ Non prise en compte des dépenses supplémentaires induites par les frais de dispensation en officine ▪ Non prise en compte des moindres dépenses associées à la franchise médicale ▪ Chiffres de dépenses variables en fonction des différents documents budgétaires publiés (CSSS, rapport sur l'exécution des politiques de la sécurité sociale - REPSS) et des différents millésimes
DM	Open-data de l'assurance maladie : Open-LPP	▪ Non prise en compte des dépenses supplémentaires induites par les frais de dispensation en officine ▪ Non prise en compte des moindres dépenses associées à la franchise médicale ▪ Chiffres de dépenses variables en fonction des différents documents budgétaires publiés (CCSS, REPSS) et des différents millésimes

	Sources de données utilisées	Limites identifiées
Liste en sus	Données mises à disposition par l'ATIH	▪ Impossibilité de faire le lien entre les données détaillées ATIH et les agrégats de dépenses super-nettes communiquées dans les comptes de la sécurité sociale ▪ Données en montant d'achat par les établissements intégrant part de négociation hors intéressement
Rétrocession	Open-Data de l'assurance maladie : Retroced'AM	*Pas de limite particulière identifiée*
Actes infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et masseurs-kinésithérapeutes (MK)	▪ Pour les années 2021 à 2024 inclus : SNDS ▪ Pour les années antérieures : CCSS	▪ Quatre années d'antériorité seulement, incluant la période du Covid-19 ▪ Changements de nomenclature IDE (introduction du BSI et généralisation progressive entre 2020 et 2023) et MK (nouvelle nomenclature en 2023) ▪ Données assurance maladie qui ne coïncident pas toujours avec les données SNDS (nombre d'IDE par exemple) ▪ Difficultés dans le recensement des remboursements, liées aux deux moments différents pouvant être utilisés pour l'enregistrement d'un remboursement : à la date d'exécution de l'acte concerné, ou à la date du remboursement ▪ Difficultés dans le recensement des compléments d'actes ▪ Chiffres de dépenses variables en fonction des millésimes des publications budgétaires
PHEV	Données agrégées transmises par l'assurance maladie à la mission	Pas de suivi exhaustif des PHEV comme pour les autres agrégats
PHMEV	Open-data de l'assurance maladie : OPEN-PHMEV	*Pas de limite particulière identifiée*
Transports sanitaires	Chiffrages communiqués dans les comptes de la sécurité sociale	Pas de données détaillées disponibles en Open Data
Indemnités journalières (IJ)	▪ Ensemble des IJ : chiffrages communiqués par la DREES dans ses comptes annuels de la santé ▪ IJ maladie : CCSS	*Pas de limite particulière identifiée*

Source : Mission.

1.1. Open data

Pour les données relatives aux dépenses remboursées en ville, la mission s'est appuyée sur la base d'open data de l'Assurance maladie (data.ameli.fr), et particulièrement sur les bases suivantes :

- data pathologies : il s'agit d'une cartographie qui permet de décrire la fréquence des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins ; le repérage pour chaque individu de ses pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins se fait grâce à des algorithmes en utilisant les diagnostics renseignés dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), à la suite d'un séjour hospitalier, du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour une affection longue durée (ALD), et/ou des actes ou médicaments spécifiques à des pathologies (remboursés par l'assurance maladie) ; la cartographie permet de répartir les dépenses remboursées par l'assurance maladie selon les différentes pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins ;

- data professionnels de santé libéraux : cette base présente des données relatives à la démographie et à l'activité libérale d'une trentaine de professions de santé, dont l'activité est remboursée par l'assurance maladie et dont la part des professionnels exerçant en libéral est significative.

Pour ces deux bases les données sont issues du SNDS. Les données relatives à la démographie, aux honoraires et aux prescriptions sont issues de la base de données individuelle des professionnels de santé « Assurance maladie offre de soins » (Amos réglementaire restitution archives inter-régimes), et les données relatives à la patientèle sont issues de la base de données individuelles des bénéficiaires (datamart de consommation interrégimes – DCIR).

Ces informations ont notamment permis d'analyser les dépenses remboursées en fonction des prescripteurs et leur évolution dans le temps.

En ce qui concerne plus spécifiquement la dépense de médicaments, la mission s'est appuyée sur :

- Open Medic de l'assurance maladie, qui est constituée de bases annuelles, depuis 2014, portant sur l'usage du médicament délivré en pharmacie de ville. Toutes les données sont extraites du système national des données de santé (SNDS). Les données sur le médicament sont restituées au travers de la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique). La classification ATC est utilisée pour classer les médicaments selon un principe hiérarchique. Les médicaments sont divisés en différents groupes selon l'organe ou le système sur lequel ils agissent et/ou leurs caractéristiques thérapeutiques et chimiques ;
- Medic'AM de l'assurance maladie, qui est une base qui regroupe la série mensuelle labellisée Medic'AM, qui contient des informations sur les médicaments délivrés par les pharmacies de ville et remboursés par l'ensemble des régimes d'assurance maladie, présentés par classe de médicaments (classifications ATC) ou médicament (code CIP 13) et par taux de remboursement ;
- PHMEV de l'assurance maladie, qui comprend les données issues des prescriptions de médicaments des médecins exerçant en établissement de santé, exécutées en ville. Cette base exclut les données issues des prescriptions des autres médecins salariés, en particulier ceux des centres de santé. Elle permet une analyse par catégorie d'établissement, par ATC et par tranche d'âge prédéfinie (0 à 19 ans, 20 à 59 ans et plus de 60 ans).

Pour l'analyse des dépenses de prescription associées à la liste en sus, la mission s'est appuyée sur les données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Ces données proposent les montants d'achat et les volumes consommés en UCD des médicaments par type d'activité (MCO, SMR, HAD) et par statut d'établissement (ex-DG et ex OQN), ainsi que les dispositifs médicaux MCO par statut de 2020 à 2024.

1.2. Système national des données de santé (SNDS)

Le système national des données de santé (SNDS) permet de chaîner :

- les données de l'Assurance maladie (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)) ;
- les données des hôpitaux (programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)) ;
- les causes médicales de décès (base du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)) ;

- les données relatives au handicap (en provenance des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) - données de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire.

1.2.1. Les déterminants de la prescription – âge et activité du prescripteur

Cette analyse a été réalisée dans l'annexe I (cf. annexe I 5.1.3).

Les médecins retenus dans la présente analyse sont les médecins généralistes remplissant les conditions suivantes dans le Système National des Données de Santé (SNDS) :

- identifiés comme médecins généralistes dans le SNDS ;
- exerçant en libéral ;
- ayant une année de naissance comprise entre 1951 et 1994 ;
- ayant une activité non nulle au sens de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique (DREES).

En moyenne 57 000 médecins remplissent chaque année ces conditions sur la période 2021-2024, ce volume de données permet de mener des analyses économétriques robustes. L'année 2020, bien que disponible dans le SNDS, est exclue de l'analyse afin d'éviter tout impact lié au Covid-19.

Les variables d'intérêt sont issues des tables « Prestations » et « Prestations Affinées Pharmacie » du SNDS :

- la quantité de boites de médicaments retirées suite à une prescription, pour chaque médecin généraliste. Le nombre de boîtes est obtenu à partir des quantités affinées du SNDS ;
- l'année de naissance du prescripteur ;
- l'année de naissance des bénéficiaires des prestations ;
- l'activité du praticien au sens de la DREES ;
- la part de l'activité liée aux consultations de patients en ALD. Compte tenu des délais de la mission cette part de patients en ALD est approchée en suivant les recommandations DREES-ARS ;
- la part de l'activité ventilée selon l'âge des patients.

Le nombre de boites retirées en pharmacie est ensuite rapporté à l'activité afin d'obtenir un volume de retraits normalisé par l'activité du praticien.

Afin de ne pas tenir compte des praticiens ayant un volume d'activité atypique le modèle est estimé en excluant les 10 % de médecins présentant le plus et le moins. Sont ainsi exclus de l'analyse les médecins pour lesquels le nombre de consultations est inférieur à 550 ou supérieur à 7 400.

L'analyse est conduite en comparant les comportements de prescriptions par classe d'âge à une valeur de référence, celle des médecins généralistes de moins de 40 ans. Afin de tester la robustesse de l'analyse deux spécifications alternatives ont été testées :

- spécification 2 : dans le but de tenir compte d'une éventuelle corrélation entre volume d'activité et sévérité des pathologies de la patientèle une spécification alternative incluant une interaction entre volume d'activité et part de patients en ALD est estimée ;
- spécification 3 : un modèle similaire au modèle de base est estimé en pondérant les observations par le montant des remboursements associé à chaque médecin.

1.2.2. Les comportements d'effection des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers diplômés d'Etat

Les données traitées par la mission concernant les infirmiers et les masseurs kinésithérapeutes ont été extraites du SNDS en appliquant les filtres suivants :

- les données sont issues de la table centrale des prestations et portent uniquement sur les soins de ville ;
- seules les prestations exécutées par des professionnels de santé libéraux non médecins sont étudiées ;
- les patients ayant un âge ou un sexe invalide sont exclus ;
- les actes transmis pour information sont exclus conformément aux recommandations du Health Data Hub et de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ;
- le dénombrement de la quantité de prestations (visites et consultations) est réalisé en excluant les actes correspondant à des majorations et des compléments conformément aux recommandations de la CNAM.

Le chiffrage des montants correspond à celui des montants remboursés afin de refléter le coût supporté par l'assurance maladie. La date associée à chaque remboursement est la date d'exécution de la prestation. La territorialisation est effectuée à partir de l'adresse du cabinet principal du professionnel de santé.

Afin de valider l'approche retenue, la mission a comparé les chiffres des honoraires (qui représentent les montants payés par les patients) extraits du SNDS à ceux mis à disposition dans la rubrique « Professionnels de santé libéraux – montant des honoraires » par l'assurance maladie[1].

Les résultats apparaissent proches, avec en moyenne un écart de 2 %, ce qui conforte les choix méthodologiques pris par la mission dans l'exploitation du SNDS. Les différences constatées peuvent être liées au fait que l'assurance maladie présente généralement les données en date de remboursement tandis que la mission se base sur la date d'exécution de la prestation.

Tableau 2 : Comparaison des honoraires pour les infirmiers

Année	Honoraires Assurance maladie (Md €)	Honoraires mission (Md €)
2021	9,74	9,89
2022	9,86	9,71
2023	9,81	9,64
2024	10,32	10,10

Sources : Assurance maladie et SNDS

Tableau 3 : Comparaison des honoraires pour les masseurs kinésithérapeutes

Année	Honoraires Assurance maladie (Md €)	Honoraires mission (Md €)
2021	5,98	5,85
2022	6,13	5,99
2023	6,57	6,46
2024	6,99	6,86

Source : Assurance maladie et SNDS.

[1] https://data.ameli.fr/explore/dataset/honoraires-detailles (consulté le 10/10/2025)

1.2.3. Décomposition des effets volume et prix

La décomposition volume prix effectuée par la mission est similaire à celle réalisée par la DREES dans les comptes de la santé[2]. Cette méthode de référence est employée par les institutions en charge de la comptabilité nationale[3].

Une telle décomposition est nécessaire afin d'étudier les dynamiques de la dépense. Celle-ci peut en effet évoluer en raison de trois phénomènes distincts : une variation des volumes, une variation des prix ou une déformation de la structure de la consommation.

La décomposition se base d'une part sur la mesure de l'évolution du volume au travers d'un indice de Laspeyres, qui dépend uniquement des prix de l'année de référence :

$$I_{volume} = \frac{\sum_i q(i,t) * p(i,t-1)}{\sum_i q(i,t-1) * p(i,t-1)}$$

Et d'autre part sur l'évolution des prix au travers d'un indice de Paasche, qui dépend des prix aux dates, et de la quantité à l'année *t* :

$$I_{prix} = \frac{\sum_i q(i,t) * p(i,t)}{\sum_i q(i,t) * p(i,t-1)}$$

Où *i* désigne ici un acte réalisé en date *t* en quantité *q(i,t)* à un prix *p(i,t)*.

Cette méthode de décomposition permet d'isoler un effet prix indépendant des changements de la structure des actes réalisés au cours de l'année par rapport à l'année précédente. Cette combinaison d'un indice de Laspeyres et d'un indice de Paasche permet de retrouver l'évolution de la valeur :

$$\frac{Valeur(t)}{Valeur(t-1)} = I_{prix} * I_{volume}$$

L'indice de prix est dit « à qualité constante » et ne reflète pas l'évolution du prix moyen des actes réalisés. Il reflète en revanche une évolution « pure » des prix en considérant que le panier d'actes réalisé est resté stable dans le temps.

Les changements de structure, appelés « effet qualité », sont capturés par l'indice de volume. L'indice de volume combine dès lors deux composantes : un effet quantité (l'évolution du nombre d'actes) et un effet qualité (la déformation de la consommation des actes vers des actes plus ou moins onéreux).

2. Documentation

Outre la consultation des différents rapports produits par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'inspection générale des finances (IGF), la Cour des Comptes et les rapports parlementaires, la mission a pris en compte les documents, de nature diverse, transmis par les personnes auditionnées par la mission.

La mission a également réalisé une revue bibliographique pour approcher les déterminants des comportements de prescription et s'est intéressé aux expériences étrangères pouvant nourrir la réflexion en France.

---

[2] « Le partage volume/prix dans les comptes de la santé » - Annexe 4 des résultats des comptes de la Santé

[3] « Le partage volume prix » - Note Méthodologique, système français de comptabilité nationale (Lorraine Aeberhardt et Claire Bidault, Insee, mai 2018)

2.1. Revue de bibliographique

Le recensement de sources scientifiques ne constituait pas une revue de littérature. Les sources utilisées sont diverses :

- Cochrane, Cairn, Pubmed notamment avec une recherche par mots clés « prescription médicale », « comportements de prescription », « déterminants de prescription »
- et divers articles transmis à la mission par les personnes auditionnées.

Cette revue bibliographique a permis de retenir plusieurs articles permettant d'approcher les déterminants des prescriptions médicales mais aussi d'apprécier les différents leviers utilisés pour agir sur la pertinence des prescriptions.

2.2. Benchmark

La mission a auditionné l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui a pu partager des analyses antérieures touchant de près ou de loin au sujet de la prescription.

La mission s'est aussi particulièrement intéressée à l'Allemagne (budget de prescription), au Royaume Uni, à la Grèce (logiciel d'aide à la prescription national), ainsi qu'à la Norvège (négociation sur la liste en SUS).

Outre les recherches documentaires, la mission a mobilisé certains conseillers aux affaires sociales qui ont pu apporter leur éclairage, Allemagne et Espagne notamment, par réponse à une questionnaire préétabli, sur la régulation des dépenses de prescription dans leur pays d'affectation.

3. Etudes et enquête

Pour mener ses investigations, la mission s'est attachée à auditionner les directions d'administrations centrale et la CNAM, les professionnels (sociétés savantes, syndicats, ordres), France asso santé et d'autres acteurs ayant un rôle à jouer dans la pertinence des prescriptions (observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (OMEDITs), éditeurs logiciels). La mission a fait le choix de mener deux enquêtes plus spécifiques.

3.1. Enquête auprès des centres hospitaliers universitaires (CHU) et les centres hospitaliers de groupe 1

Parmi les différents volets de la prescription mentionnés dans la lettre de mission figure la prescription sur la liste en sus (LES) et les prescriptions hors autorisations de mise sur le marché (AMM).

L'évaluation qui est régulièrement rapportée du recours à l'usage de prescriptions médicamenteuses hors AMM est de 10 à 20 % de l'ensemble des prescriptions, avec une densité particulièrement marquée en pédiatrie, oncologie ou psychiatrie même si l'ensemble des spécialités médicales sont concernées par cette pratique[4].

[4] Académie de médecine, Rapport 18-12. « Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable ».
Dans la pratique le recours à ce cadre est possible via le Fichcomp par l'indication I999999, moyennant une justification reposant sur une bibliographie fournie par le prescripteur.

Le constat rapporté par certains opérateurs du système de santé fait état d'une diffusion importante de cette pratique au sein de la LES, en termes de montant et de volumes. Une note du RESOMEDIT en date de 2019 fait état d'un volume de plus de 740 M€[5] de dépenses I-999999 rapporté à un montant total de 3,9 Md€ de dépenses imputées à la LES (19 %).

Les données relatives à la liste en sus sont disponibles via l'ATIH. Les données concernant le hors AMM ne sont pas disponibles en open source. Le recueil de données quantitatives et qualitatives était nécessaire, par le biais d'une enquête. Les délais donnés à la mission ne permettent pas une enquête exhaustive auprès de tous les établissements prescrivant les produits de santé inscrit à la liste en sus molécule onéreuse et LPP. La mission a fait le choix de centrer son enquête sur un panel : les CHU (32) et les établissements publics de la liste du groupe 1 (17)[6]. Ce choix amène un biais de sélection sur le statut des établissements et sur le type d'activités réalisées. Toutefois ce panel comporte les établissements représentant une part importante des prescriptions de par leur taille et des activités variées, dont celles à la source de prescription sur la LES et hors AMM les plus fréquentes (oncohématologie, immunologie, pédiatrie…). Par ailleurs, l'objet de l'enquête n'était pas d'obtenir des données exhaustives mais un échantillon de données et d'éléments de gestion.

Les items de l'enquête portaient sur :

- **des données quantitatives de 2014 à 2024 via l'envoi d'un fichier excel :**
  - le volume de la LES ;
  - le montant en prix d'achat de la LES ;
  - l'évolution du montant en prix d'achat depuis 2014 ;
  - le volume hors AMM de la LES ;
  - le montant en prix d'achat hors AMM de la LES ;
  - l'évolution du montant en prix d'achat hors AMM de la LES depuis 2014 ;
  - le montant total en prix d'achat de la liste en sus ;
  - le gain issu des négociations d'achat sur la LES après reversement obligatoire à la sécurité sociale des 50 % sur les économies réalisées ;
- **les avis qualitatif sur les prescriptions hors-AMM** (les prescriptions hors-AMM de la LES font l'objet d'une traçabilité), **les biosimilaires et le périmètre de la LES ;**
- **Concernant l'indication I999999 :**
  - Quelles sont les outils et méthodes mises en place pour suivre et contrôler l'usage du hors-AMM, au niveau des services cliniques, de la PUI, des pôles, mais aussi au niveau du COMEDIMS et de la direction ?
  - Vos outils informatisés du circuit du médicament sont-ils adaptés au suivi des indications de prescription au sein de la liste en sus, permettant le repérage des hors AMM en particulier ? Quelles améliorations seraient souhaitables selon vous ?
  - Quelles sont au sein de votre établissement les causes racines identifiées de l'évolution du nombre de prescriptions dans l'indication I999999?
  - Menez-vous des actions internes dans le cadre du suivi et l'analyse de cette pratique avec les prescripteurs, la PUI, le COMEDIMs?

---

[5] analyse-hors-amm-cancer-sein-medicaments-liste-en-sus_resomedit_annee-20219_v30062021-sans-adresse-mail.pdf

[6] Arrêté du 7 janvier 2014 fixant la liste des emplois fonctionnels des directeurs des soins relevant du groupe II mentionné à l'article 1er du décret n° 2014-8 du 7 janvier 2014 relatif aux conditions de nomination et d'avancement dans les emplois fonctionnels de directeur des soins de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

- Bénéficiez-vous d'un dialogue avec les OMEDIT, les ARS ou l'ATIH sur vos pratiques avec des axes d'amélioration personnalisé ? Si oui sur quel format ? si non, cela vous semble-t 'il souhaitable ?
- Au-delà du sujet du hors-AMM, identifiez-vous une difficulté de pénétration dans les pratiques de soin des biosimilaires au sein de vos structures ? Quelles en sont les causes identifiées ?

- **Concernant la liste en sus dans sa globalité :**
  - Quel regard portez-vous sur son contenu, son actualisation, sa gestion au sein de votre établissement, par l'ATIH et au niveau national ?
  - Avez-vous connaissance d'actions intéressantes à partager relatives au suivi et à la maitrise des prescriptions dans la liste en sus par les services cliniques, la PUI, les pôles mais aussi au niveau des COMEDIMS et des directions ?

La mission a eu en retour les réponses de 18 CHU et 6 établissements du groupe 1.

3.2. Etude sur les comportements de prescriptions

La mission a souhaité avoir une démarche spécifique sur les comportements de prescription, en sus de la revue bibliographique précitée.

La dimension comportementale se développe en effet depuis peu dans l'analyse des déterminants d'une prescription (ex : recherches sur les *nudges*). Il existe toutefois peu de travaux dans la littérature sur les aspects comportementaux de la prescription.

La direction interministérielle de la transformation publique (DITP) avait mené des travaux avec la haute autorité de santé (HAS) et la CNAM sur le comportement des prescripteurs et les leviers potentiels à activer. Elle a apporté son aide à la mission pour identifier via le modèle COM-B des éléments de capacité, environnement et motivation susceptibles d'influencer la prescription (cf. figure 1).

Ainsi, la mission a souhaité avoir des échanges avec des prescripteurs, afin de :

- mieux comprendre les déterminants de la démarche de prescription[7] ;
- identifier des leviers pour la faire évoluer vers une plus grande pertinence ;
- identifier des facteurs d'acceptation des recommandations à venir de la mission.

La mission a donc conduit des entretiens individuels sur la base d'un questionnaire construit autour de cinq catégories :

- capacités, connaissances et parcours ;
- environnement et contexte ;
- réflexes et motivations ;
- relation avec le patient ;
- besoins et leviers.

Un questionnaire a été réalisé sur une base commune mais décliné aux spécificités de chaque type de métier.

[7] Les questions ne portaient pas sur le contenu des prescriptions en elles-mêmes, ni sur leur adéquation avec les recommandations de bonnes pratiques. Pour les médecins hospitaliers, elles visaient les prescriptions exécutées en ville.

La mission a identifié une vingtaine de professionnels de santé de diverses régions, différents modes d'exercice et différentes spécialités, parmi celles au volume et dynamique de prescriptions les plus importants. Ont ainsi participé à des entretiens d'une heure et demie, entre août et septembre 2025 : quatorze médecins de différentes spécialités (médecine générale, pédiatrie, gériatrie, médecine interne, oncohématologie, diabétologie, neurologie, cardiologie, psychiatrie), d'âge varié (docteur junior jusqu'à activité réduite de fin de carrière), d'exercice libéral et hospitalier, de région parisienne et de régions autres, une sagefemme, une infirmière libérale, un masseur kinésithérapeute, et deux pharmaciens l'un exerçant en officine, l'autre en PUI. L'échantillon n'est pas représentatif, mais il offre un panel diversifié de prescripteurs. Les éléments issus de ces entretiens ont été intégrés au sein des différentes annexes du rapport de la mission avec un résumé relatif aux déterminants dans l'annexe II « Cadre général et déterminants ».

La règle de l'anonymisation des réponses était essentielle pour garantir la sincérité des réponses. Ainsi, au vu du nombre restreint des professionnels non médicaux entendu en entretien, une restitution sans risquer une identification du répondant n'est pas possible.

3.2.1. Capacités/Connaissances et parcours

- **Quand vous repensez à votre parcours de formation, qu'est-ce qui a été déterminant dans la manière dont vous avez appris à prescrire ?**

Les référentiels scientifiques et l'apprentissage par compagnonnage à l'occasion des stages d'internat sont les deux réponses qui reviennent les plus fréquemment. La pratique sur le terrain est qualifiée de déterminante, en particulier du fait de l'absence de formation théorique pour prescrire (médecins, sagefemme et à fortiori les métiers dont le droit à la prescription est postérieur aux années de formation des professionnels rencontrés).

Verbatim « C'est de la reproduction de ce que font les ainés. Avec différents praticiens, ce qui permet de se faire son avis, mais à la fin cela reste de l'imitation. » ;« en fonction des habitudes de prescriptions et des croyances des prescripteurs seniors », ce sont surtout des habitudes individuelles. »

- **Depuis vos débuts, est-ce que votre approche de la prescription a évolué ? Quels sont les facteurs qui, selon vous, ont le plus influencé cette évolution ?**

L'expérience est mise en avant par la majorité, avec selon eux :

- un recentrage du nombre de références prescrites grâce à la confiance acquise sur les prescriptions les plus utiles ;
- l'évolution des données de la science (exemple antibiothérapie) ;
- une place plus grande de la prévention ;
- une prise en compte plus grande du patient (ses retours en matière de tolérance, observance…) et de son environnement ;
- le décloisonnement entre professionnels avec le partage de leur évaluation de la situation du patient et la place des pharmaciens.

Verbatim « A mesure, on s'éloigne un peu des recommandations qui impliquent d'être très prescriptifs et très prescripteurs »

- **Lorsque vous faites face à une incertitude clinique, comment abordez-vous la situation ? Quels sont vos principaux points d'appui pour prendre une décision ?**

La majorité des professionnels distinguent la situation d'urgence qui nécessite de lever l'incertitude (la place de l'interrogatoire et de l'examen clinique trouve ici son importance) et

la situation non urgente qui permet de se donner du temps pour observer l'évolution, revoir le patient et avoir recours à l'avis de confrères.

Verbatim : « L'incertitude se résout souvent à deux dans une démarche de consultation (l'autre étant le patient) ».

Les recommandations HAS ne sont pas citées comme un point d'appui : elles nécessitent d'avoir le diagnostic, posent le cadre général qui se présente rarement en cas d'incertitude, souvent en décalage avec les recommandations des sociétés savantes.

- **Y a-t-il des situations où vous vous sentez plus démuni(e) face à une décision de prescription ? Si oui, que faites-vous alors ?**

En l'absence d'acceptation par le patient d'un diagnostic et/ou de la nécessité d'un traitement et en l'absence de solution à proposer au patient sont les deux situations le plus souvent citées, mais également les situations avec une pratique peu fréquente et les arrêts de travail.

Verbatim : « Dans le cas où on n'a pas de réponse devant une situation difficile (pour le patient, pour l'entourage), quand il n'y a pas de levier thérapeutique, quand il y a une impasse », « diagnostic dans lequel le patient ne se reconnaît pas, on va tenter des compromis »

- **Qu'est-ce qui rend une décision de prescription particulièrement complexe pour vous ?**

Quatre situations sont principalement citées :

- L'accessibilité du traitement : rupture, prix, prise en charge ;
- la capacité du patient à accepter ou suivre le traitement ;
- la situation de désaccord avec le patient ;
- et la situation de désaccord avec le collègue qui suivait la patient auparavant.

Verbatim : « Quand on reprend le dossier d'un patient qu'on n'a pas suivi depuis le départ et qu'on n'est pas d'accord. Comment faire pour rester confraternel tout en œuvrant au mieux pour que le patient ait le bon traitement ? Et en essayant de comprendre pourquoi le confrère a fait cela. »

3.2.2. Réflexes et motivations

- **Pouvez-vous nous raconter une situation où vous avez évité de réaliser une prescription apparemment attendue par le patient ? Comment avez-vous réussi ?**

Les attentes de prescription d'examens complémentaires (en cas d'autodiagnostic ou d'orientation par le médecin traitant) et de benzodiazépines sont citées en premier lieu. L'attitude proposée repose sur la recherche des raisons de ces attentes et des représentations de la personne afin de pouvoir les déconstruire, le plus souvent que la base de l'examen clinique. Le caractère chronophage de la démarche est mis en avant.

Verbatim : « Sur ce qu'attendent les patients de la consultation : un certain nombre d'entre eux arrive avec un souhait de prescription (médicament, biologie, etc) »

- **Pouvez-vous nous raconter une situation où vous avez prescrit un traitement en pensant qu'il n'était pas indispensable, et nous expliquer les raisons de ce choix ?**

La gestion de l'angoisse des patients et de leurs proches est le facteur essentiel, en particulier les médicaments qui ont eu une utilité passée et difficiles à arrêter car le patient a peur d'une rechute. Alors pour préserver la relation médecin-malade ou gagner du temps, si le traitement attendu n'est pas néfaste il peut être prescrit.

Verbatim : « ces situations sont toujours des situations de demande du patient avec laquelle on n'est pas forcément d'accord, mais dans la relation médecin-malade, je considère que la

prescription va permettre de garder un lien avec le patient » ; « les traitements qu'on laisse en place avec la conscience que cela n'aura pas un gros impact : on ne se sent pas très courageux »

- **Ressentez-vous parfois un décalage entre ce qui vous semble juste sur le plan médical et ce que vous finissez par faire ? Si oui, comment vivez-vous cela ?**

Le principal décalage exprimé repose sur la non-disponibilité d'un médicament ou d'un professionnel et l'écart entre les recommandations internationales et les AMM en France.

Verbatim : « J'essaie toujours de rationaliser en me disant que ce qui a été fait était adapté à la circonstance particulière même si ne répond pas tout à fait aux critères »

- **Quel est, selon vous, le rôle de la prescription dans la consultation ?**

La demande implicite du patient est mise en avant, la prescription symbolisant l'acte médical. Alors qu'elle serait, pour le médecin, une caractéristique de l'acte médical mais non une conclusion obligatoire à la consultation. Elle est essentiellement décrite comme un accompagnement, une étape.

Verbatim : « Les patients quand ils viennent ils attendent de vous une solution : la prescription c'est la solution » ; « Ça ne devrait pas être obligatoire dans la consultation, mais c'est une question d'éducation, les gens ont l'impression de n'avoir pas réellement vu le docteur si pas de prescription. » ; « L'absence de prescription c'est aussi une prescription »

- **Quelle place l'acte de deprescription a-t-il dans vos pratiques de prescription ?**

Les réponses convergent pour dire que sa place est aussi importante que possible mais surement pas suffisante par manque de temps. Sa place est citée en particulier en reprise de patientèle d'un confrère parti.

Verbatim : « La deprescription est aussi importante que la prescription » ; « Déprescrire ça prend du temps. La facilité c'est prescrire. »

3.2.3. Environnement et contexte

- **Certains médecins évoquent l'impact de la charge de travail ou de la complexité des relations avec les patients sur leurs pratiques de prescriptions. Est-ce quelque chose que vous ressentez ?**

Si certains médecins disent être organisés pour avoir le temps, la dimension manque de temps est exprimée par tous comme étant un facteur amenant à prescrire plus de médicament mais surtout à être moins pertinent. La fréquence à laquelle le patient est vu semble jouer un rôle : moins le patient est vu souvent moins il y a de place à la non-prescription ou la déprescription. La complexité des relations fait partie intégrante de la pratique et ne semble pas influencer la pratique de prescription.

Verbatim : « Je peux être moins pertinent dans mon explication ou à l'écoute des signaux faibles du patient. L'écoute est aussi thérapeutique que la prescription. »

- **À l'inverse, dans quels contextes vous sentez-vous le plus libre et le plus serein pour ajuster ou refuser une prescription ?**

La perception d'avoir bien compris la problématique et être sûr de son diagnostic ainsi qu'une relation patient-médecin bien installée, avec un patient en confiance sont des éléments clés. Ainsi la dimension de médecin traitant ou médecin référent semble facilitante.

Verbatim : « Quand la relation est apaisée et le patient est en confiance. C'est la base, je peux me sentir libre de mettre en œuvre ma capacité médicale. Je me sens libre de dire oui ça on le fait, ça on ne le fait pas. »

- **Vous est-il déjà arrivé de prescrire un traitement pour préserver un équilibre délicat au cours de la consultation ? Qu'est-ce qui, à ce moment-là, a guidé votre choix ?**

Tous les répondants disent le faire : en réponse à un moment de vie difficile du patient, ou dans la construction d'une relation longue pour pouvoir négocier une prescription importante et amener progressivement le patient vers ce que le médecin juge être dans son intérêt.

Verbatim : « Si un patient tient absolument à un médicament, se focalise sur un médicament pas central, mais pas dangereux pour autant, le médecin lâche l'affaire, pour passer à autre chose »

3.2.4. Relation avec le patient

- **Vous sentez-vous à l'aise de clore une consultation sans réaliser de prescription ? Si non pourquoi**

Tous les répondants répondent par l'affirmative, modérant leur propos par le fait que les explications et conseils prodigués à l'oral tiennent lieu pour eux d'acte de prescription, même s'il n'est pas matérialisé.

Verbatim : « La prescription est un outil pas un objectif en soi. »

- **Lorsqu'un patient demande explicitement un examen ou un médicament, comment gérez-vous cet échange ?**

Les médecins se disent plutôt gênés par une telle démarche. L'approche exprimée reste celle de l'écoute pour comprendre l'origine de la demande. Les patients sont de mieux en mieux informés et si la demande est légitime, elle est prise en compte. Mais une telle demande est plus difficile à gérer lorsqu'elle arrive en fin de consultation, car il faut du temps pour la traiter.

Verbatim : « J'ai l'impression que c'est Dr Google qui a la réponse à la question ».

- **Avez-vous développé des stratégies de communication pour refuser une demande tout en préservant la relation de confiance ?**

Sans démarche formelle de construction d'une stratégie établie, le cheminement est le plus souvent le même : être explicatif, rationnel, sincère et vraiment dans l'écoute. L'annonce du caractère non définitif du positionnement et dire que l'on se donne du temps pour voir comment la situation évolue, permet également de de pas opposer un refus qui pourrait ne pas être compris par le patient.

Verbatim : « Un bon moyen c'est aussi d'expliquer qu'on travaille dans un cadre et qu'on ne peut pas complètement sortir de ce cadre ».

- **Y a-t-il des situations, ou des types d'échanges, où ces discussions sont particulièrement délicates à mener ? Pouvez-vous nous en citer ou nous dire pourquoi ?**

Les situations principalement exprimées sont trois types :

- le professionnel intervient après un collègue qui avait d'autres pratiques ou a tenu un autre discours ;
- le patient est persuadé d'avoir une maladie et/ou de ne pas avoir été compris et que le médecin ne fait rien pour lui ;
- le patient est en fin de vie et il faut faire comprendre à l'entourage les motifs du refus.

Verbatim : « Quand la croyance par rapport à la prescription est très ancrée et que la peur est assez prégnante, l'individu est moins perméable aux arguments donnés »

3.2.5. Besoins et leviers d'action

- **De quoi auriez-vous besoin pour prescrire de façon plus ajustée de manière générale ?**

Certains praticiens expriment avoir besoin d'un peu plus de temps, le sujet de la formation est la réponse la plus fréquent : modalités de prescription des actes paramédicaux, des arrêts de travail, dispositifs médicaux et des référentiels mis à jour, facilement consultables.

Verbatim : « Un peu de temps en plus. La représcription d'un traitement non indispensable c'est de la paresse intellectuelle mais c'est aussi parce que ça prend moins de temps »

- **Pour vous, la connaissance du prix des prescriptions par le médecin, est-elle de nature à influencer les pratiques de prescriptions ? Si oui dans quel sens ? Si non, pour quelles raisons**

Les médecins répondent majoritairement par l'affirmative, à minima pour les médicaments onéreux. Ils témoignent d'une prise de conscience ces dernières années des enjeux économiques ainsi que du caractère contraint et limité du système.

Verbatim : « C'est un élément qui a sa place mais cette place n'est as décisionnelle. Ça peut faire partie d'un raisonnement mais ce n'est pas le critère discriminant. » ; « si je le savais mieux, à efficacité / tolérance donnée, je choisirais le moins coûteux. »

- **Si vous pouviez changer une seule chose dans votre environnement de travail pour faciliter votre pratique en matière de prescription, ce serait quoi ?**

Deux éléments se distinguent nettement :

- avoir plus de temps pour le patient est largement exprimé, pour mieux se document, mieux réfléchir ;
- bénéficier d'outils facilitants : pour les démarches administratives et l'accès aux référentiels.

Verbatim : « Ce n'est pas le fait de devoir faire le formulaire qui est problématique, c'est la complexité de l'ensemble : devoir faire des formulaires sur des supports (papier / numérique) ou des applicatifs différents. »

- **Pour vous, qui a le pouvoir de faire bouger les lignes en matière de prescription ? Est-ce principalement le rôle des médecins, des patients, des institutions, des outils numériques ou d'autres acteurs ? Les classer**

Les réponses donnent globalement deux points de vue :

- les médecins et les sociétés savantes sont très souvent cités en premier ;
- un peu tout le monde et en tout cas, pas une seule personne : les institutions ont une place dans la définition des règles, l'éducation à la santé est indispensable, les associations de patients, les politiques sur les choix de modèle social.

Annexe VIII

Figure 1 : Transposition du modèle COM-B

Capacité

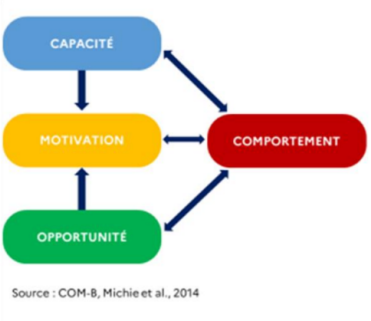
Il s'agit des compétences physiques et mentales nécessaires à un comportement. Il ne s'agit pas seulement d'être capable de faire quelque chose physiquement. Il s'agit également d'avoir les connaissances et les compétences nécessaires pour réaliser l'action.

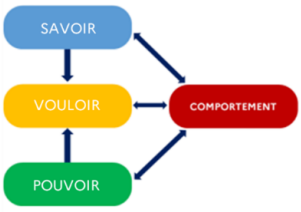
Motivation

Il s'agit de ce qui motive et guide nos actions. Cela inclut nos pensées et nos sentiments, ainsi que nos croyances et nos habitudes. C'est ce qui nous fait vouloir faire quelque chose ou non

Opportunité

Il s'agit des facteurs extérieurs qui favorisent ou bloquent un comportement. Cela inclut des éléments physiques comme les ressources et les signaux environnementaux. Cela inclut également des éléments sociaux comme les normes et la culture.





Source : ***Modèle développé par Susan Michie,*** *Maartje van Stralen et Robert West en 2011*

PIÈCE JOINTE

Lettre de mission

Pièce jointe

PREMIER
MINISTRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Paris, le 19 MAI 2025

Madame la Cheffe du service de l'Inspection générale des Finances
Monsieur le Chef du service de l'Inspection générale des Affaires Sociales

OBJET : Revue de dépense relative à la régulation des prescriptions en ville et à l'hôpital

La loi de programmation des finances publiques (LPFP) pour la période 2023-2027 et la loi de finances pour 2023 prévoient la mise en place d'un dispositif d'évaluation de la qualité de l'action publique afin d'éclairer la préparation des textes financiers. Ce dispositif de revue de dépenses repose sur la conduite d'évaluations thématiques, menées annuellement sur l'ensemble du champ des administrations publiques (État, opérateurs, collectivités territoriales et sécurité sociale) afin d'irriguer les travaux budgétaires et parlementaires. Quatre vagues de missions ont été lancées depuis 2023 dont les résultats ont contribué à l'élaboration des projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025. De nouvelles missions doivent être menées à présent, afin de préparer les textes financiers pour 2026 et permettre d'assurer le respect de la trajectoire de finances publiques inscrite dans le plan budgétaire et structurel à moyen-terme (PSMT) et de garantir l'atteinte de nos objectifs.

Pour 2023, les prescriptions exécutées en ville des seuls médecins représentent près de 58 Md€, soit l'équivalent de 25 % de l'ONDAM, et plus de 50 % des soins de ville, et regroupent principalement les médicaments, les dispositifs médicaux, les soins infirmiers, les actes de kinésithérapie et de radiologie. Au total, **un médecin a ainsi un volume annuel moyen de prescriptions de plus de 520 000 €.** Leur dynamique est particulièrement marquée, avec une croissance de 11 % entre 2019 et 2023, malgré des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude, qui devraient représenter une moindre dépense de 0,9 Md€ en 2025.

Un accroissement significatif des dépenses de santé a été observé au cours de ces dernières années, conduisant à une forte dynamique de l'ONDAM sur la période 2020-2024, ainsi qu'une dégradation de l'équilibre financier de la branche maladie. Bien que cette dynamique soit liée pour partie à des facteurs exogènes, **les nouveaux dérapages de la dépense d'assurance maladie, qui représente plus de 260Md€ sur le seul champ ONDAM, appellent à identifier des leviers de maîtrise.** La branche autonomie est, elle aussi, sujette aux enjeux de surprescription.

Il faut aussi noter que depuis le 28 juin 2024, certains soins infirmiers et actes de kinésithérapie sont accessibles sans prescription pour les patients. Il s'agit d'une dépense en actes paramédicaux qui ne passe donc pas par le filtre de la prescription médicale et pourrait nécessiter une sensibilisation des usagers sur le juste recours à ces soins.

Dans ce contexte, je souhaite confier à l'inspection générale des finances et à l'inspection générale des affaires sociales **une mission concernant la régulation des prescriptions en ville et à l'hôpital.** Dans ce cadre, il vous est demandé de mener vos travaux selon les axes suivants :

- **Établir un état des lieux des évolutions tendancielles des prescriptions des professionnels de santé sur le champ des soins de ville et de l'hôpital**, en identifiant les différents sous-jacents. Il vous est demandé d'isoler, au sein de ces dynamiques, celles dont la pertinence doit être interrogée. La mission pourra utilement centrer son analyse sur les prescriptions d'actes de biologie, de radiologie de masso-kinésithérapie et de produits de santé. S'agissant des prescriptions réalisées en milieu hospitalier, la mission devra s'attacher à déterminer leur volume et leur dynamique en s'intéressant notamment aux types de prescriptions réalisées (liste en sus, hors AMM, prescription hospitalières exécutées en ville (PHEV) et aux rôles des Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) dans le processus de prescription. S'agissant des soins de ville, la mission pourra utilement se concentrer sur les arrêts de travail, ainsi que sur les actes et les médicaments les plus prescrits et dont la dynamique est particulièrement forte ;

- **Conduire une comparaison territoriale** pour analyser les différences de dynamique de dépenses en France ainsi qu'une **comparaison internationale** pour analyser les différences de dynamiques de dépenses et identifier les bonnes pratiques mises en place qui permettent de contrôler les dépenses de santé ;

- **Mener une évaluation en termes d'efficience et de rendement budgétaire des mesures mises en œuvre ces dernières années**, notamment en matière d'encadrement et de régulation des prescriptions, en particulier dans le cadre des actions de maîtrise médicalisée ;

- Sur cette base, **formuler des recommandations pour développer de nouveaux mécanismes d'encadrement et de régulation des prescriptions dynamiques les moins pertinentes**, qu'ils relèvent d'une logique sectorielle ou transversale, via des mécanismes incitatifs ou coercitifs, portant sur les professionnels de santé, les établissements de santé et/ou les patients.

La mission s'inscrira dans **un objectif clair d'identification d'économies réalisables sur le périmètre étudié, sur la base d'un scénario central et de scénarios alternatifs, permettant de baisser substantiellement la dépense publique**.

Parmi ces scénarios, **la mission documentera des mécanismes de régulation budgétaire automatique permettant, à court terme, de redresser la trajectoire de l'ONDAM à hauteur des dépassements imputables à la non-pertinence des soins, et, à moyen terme, d'inciter financièrement les acteurs à une plus grande pertinence des soins.** Pour ces recommandations, une attention particulière devra être portée quant à leur impact sur les patients et les professionnels et établissements de santé, ainsi que sur leur caractère opérationnel, en vue d'une mise en œuvre dans le cadre du PLFSS pour 2026.

La mission pourra s'appuyer sur les travaux effectués par la CNAM en la matière. Elle bénéficiera de l'appui de l'ensemble des directions ministérielles concernées (DSS, DB, DGCCRF, DGS, DGOS, DGCS, DG Trésor) et pourra utilement consulter la CNAM, l'ANSM, l'UNCAM, l'UNOCAM, le HCN, la HAS et les sociétés savantes jugées pertinentes.

Je souhaite que les conclusions et recommandations de cette mission fassent l'objet d'un rapport définitif dans un délai de quatre mois.

François BAYROU