



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

SYNTHÈSE DU RAPPORT DE PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2025



Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement
sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie
au titre de 2025 (loi du 13 août 2004) pour améliorer la qualité
du système de santé et maîtriser les dépenses

JUILLET 2024

INTRODUCTION

Protéger contre la maladie et garantir à tous l'accès à des soins de qualité constituent deux objectifs majeurs, au cœur de l'action de l'Assurance Maladie : ils se déclinent au sein de chaque action mise en œuvre au quotidien notamment grâce à la vie conventionnelle avec les professionnels de santé. Ils sont également portés par les actions de gestion du risque pour améliorer le parcours de soins, les actions de prévention, la diffusion des outils numériques et la prise en charge des innovations.

Pour atteindre ces objectifs, il est nécessaire de consolider notre système de santé en assurant notamment sa soutenabilité financière. En 2023, le déficit de l'Assurance Maladie s'est établi à 11,1 milliards d'euros, en net redressement par rapport à 2022 (- 9,9 milliards d'euros) mais reste à un niveau élevé.

Dans ce contexte financier très difficile, l'amélioration des comptes doit se poursuivre. Pour cela, une politique ambitieuse d'optimisation des dépenses et de consolidation des recettes doit être poursuivie et même s'intensifier. Le rapport présente ainsi un plan d'actions permettant de générer 1,56 milliard d'euros d'économies en 2025. La recherche de l'efficacité de la dépense et la lutte contre les fraudes avec un objectif rehaussé cette année à 420 millions d'euros sont les deux piliers de ce plan.

Ce rapport concentre la diversité des expertises de l'Assurance Maladie afin de documenter les constats et les plans d'actions pour contribuer à l'efficacité et la pertinence de la prise en charge des patients dans une approche pluriannuelle : comment parvenir à une plus grande sobriété des soins pour réduire leur impact sur l'environnement ? Comment dépister de manière plus précoce certaines pathologies pour améliorer leur prise en charge et la qualité de vie des patients ? Comment améliorer la coordination des acteurs du système santé et mettre en place des parcours de soins structurés ? Comment intégrer l'innovation numérique ou thérapeutique, notamment médicamenteuse ?

Pour aider à répondre à toutes ces questions et éclairer le débat public, l'Assurance Maladie dresse un état des lieux factuel sur le système de santé en partageant ses données, en offrant une vision médicalisée des dépenses de santé par pathologie avec, pour la première fois, une vision régionale des dépenses en lien avec le diabète. De plus, elle partage une analyse approfondie de l'offre et de l'activité des professions de santé libérales.

Les analyses et les propositions présentées par l'Assurance Maladie visent également à établir un bilan de nos actions pour identifier les axes d'amélioration en faveur des assurés, des professionnels de santé et de l'ensemble des acteurs du système de soins. Par exemple, face aux taux de dépistage des cancers encore trop faibles dans notre pays, il est proposé plusieurs leviers pour augmenter son recours. Cela passe notamment par des politiques plus ambitieuses d'« aller vers »,



Ce rapport est le fruit d'un travail conjoint des équipes de la Cnam aux expertises complémentaires : statistique, économie de la santé, organisation des soins et médicale.

par l'élargissement de l'offre de dépistage du cancer du sein (implication de nouveaux radiologues, développement de « mammobus ») et du cancer colorectal (extension de la remise des kits aux infirmiers et aux sages-femmes).

Les analyses de ce rapport s'attachent également à décrypter les évolutions et transformations de notre système de santé sur des sujets émergents. Cette année, c'est le cas de la décarbonation du système de santé et la santé environnementale. Il se penche aussi sur la santé des femmes et des jeunes comme sur la prise en charge de la maladie rénale chronique.

Ce rapport s'appuie à nouveau sur des comparaisons avec des systèmes de santé étrangers pour apporter un éclairage différent sur les évolutions possibles du système de santé français. Ainsi, une analyse internationale du phénomène de financiarisation éclaire la dynamique de consolidation de l'offre de soins primaires à l'œuvre dans de nombreux pays européens. Elle vise à identifier les écueils liés à ce phénomène et les premières mesures mises en œuvre chez nos voisins européens pour la réguler. La politique d'organisation et de prise en charge des transports fait également l'objet de comparaisons internationales.

La vie conventionnelle est un outil puissant pour faire évoluer les pratiques professionnelles et améliorer la qualité de la prise en charge. Beaucoup de propositions évoquées dans le rapport entendent s'appuyer sur la dynamique permise par la signature le 4 juin 2024 d'une nouvelle convention médicale. Il convient en effet de soutenir la mobilisation conjointe de l'Assurance Maladie et des médecins, autour des dix objectifs d'accès aux soins et des quinze programmes sur la qualité et la pertinence.

Dans le prolongement de cette convention, le rapport formule également des propositions pour consolider l'exercice coordonné en vue des prochaines négociations conventionnelles avec les maisons de santé pluridisciplinaires et les centres de santé. Ces modèles doivent être développés et enrichis pour fluidifier le parcours de soins, lutter contre les inégalités de santé et garantir une offre de soins plurielle, de qualité et efficiente.

Enfin, pour améliorer l'impact de nos actions, le renouvellement et le développement des actions de l'Assurance Maladie puisent leur inspiration dans les sciences comportementales et les nouveaux outils numériques. Ils doivent permettre à la fois de simplifier la pratique des professionnels de santé tout en assurant une plus grande pertinence des actes réalisés.

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale constitue un rendez-vous structurant pour notre système de santé. Ce rapport doit contribuer à son processus d'élaboration à travers des analyses nouvelles et approfondies et des propositions ambitieuses pour toujours améliorer la prise en charge des patients, de la façon la plus efficiente possible.



Ce travail s'appuie sur des études approfondies pour identifier de nouvelles propositions.

PANORAMA DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le rapport Charges et produits de l'Assurance Maladie permet de partager une vision détaillée du système de soins français. La partie Panorama du système de santé propose notamment des données sur la prise en charge des patients et sur la situation financière de l'Assurance Maladie, ainsi que des indicateurs clés sur la prévention.

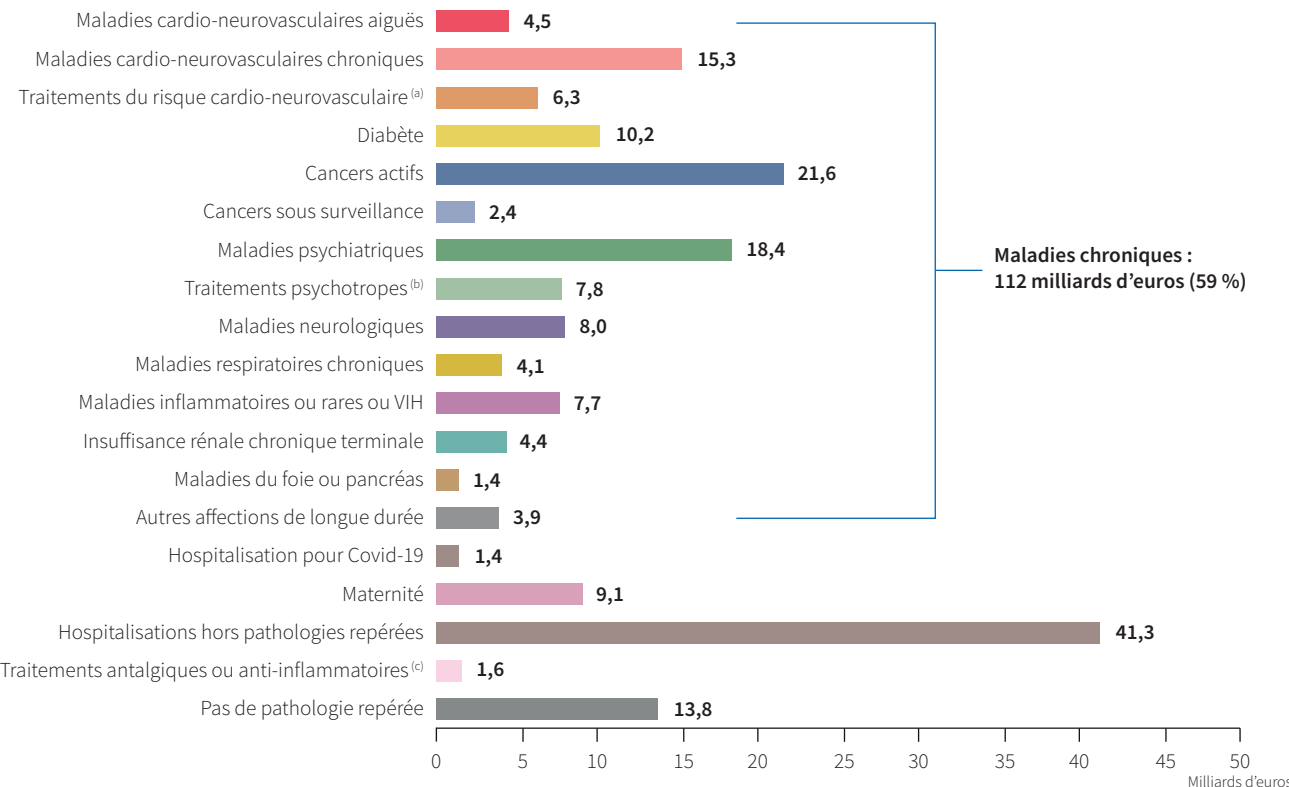
1. Cartographie des pathologies et des dépenses (2015 à 2022)

DONNÉES 2022

Depuis 2012, la cartographie apporte une analyse inédite du système de soins français. Grâce à des algorithmes analysant les données de facturation des soins (ville et hôpital), elle permet une lecture médicalisée des dépenses de santé en France. Celles-ci sont analysées par pathologies (cancers, diabète, etc.) ou épisodes de soins (maternité, hospitalisations ponctuelles, soins courants, etc.).



Répartition des dépenses d'assurance maladie (en Md €)



(a) Hors pathologies cardio-neurovasculaires, diabète et insuffisance rénale chronique terminale (b) Hors maladies psychiatriques (c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes. Pour aboutir au total de 190,3 milliards d'euros, il faut rajouter aux dépenses par pathologie les 7,2 milliards d'euros de soins courants, qui ne sont pas affectées à des pathologies spécifiques.
Champ : tous régimes, dépenses remboursées — France entière — Source : Cnam (cartographie - version de juin 2024)

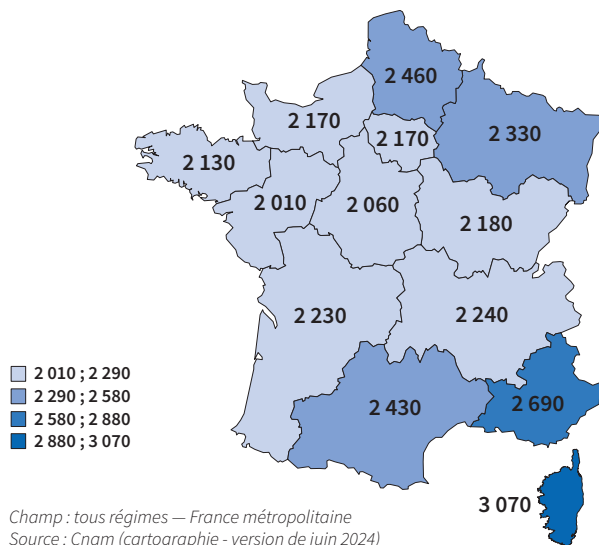
DES DONNÉES RÉGIONALES EN 2022

Parmi les nouveautés cette année, une analyse médicalisée des dépenses à l'échelle régionale a été effectuée sur le diabète.

Avec plus de 4,3 millions de personnes prises en charge en 2022 et plus de 10 milliards d'euros remboursés, le diabète est la pathologie à la fois la plus fréquente et la plus coûteuse dans celles suivies par la cartographie.

Ramenée par patient, la dépense moyenne se situe à 2 289 euros.

Dépenses moyennes par patient diabétique et par région



ÉVOLUTION DES DÉPENSES DEPUIS 2015

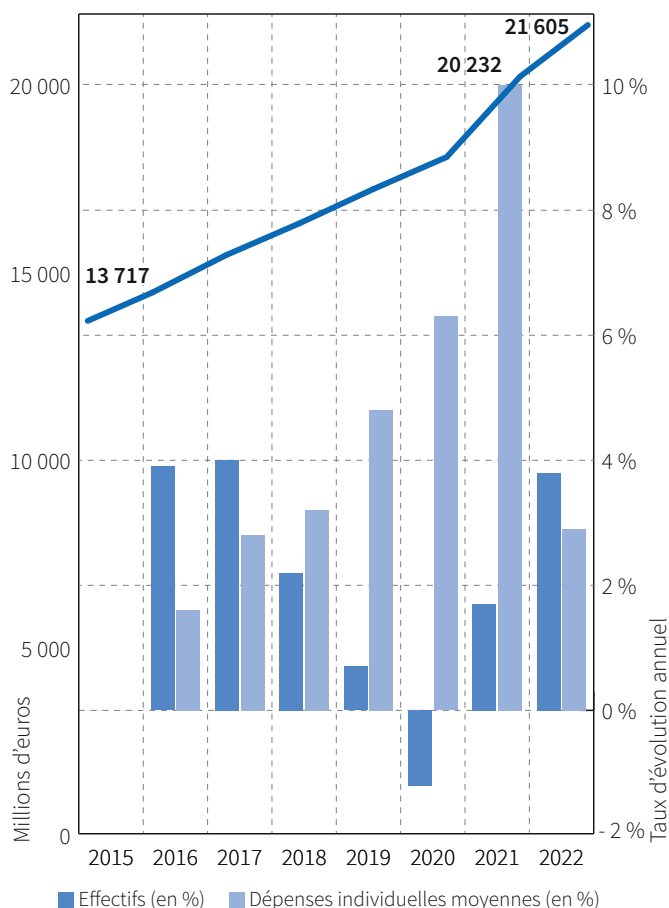
Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement des dépenses de santé entre 2015 et 2022 sont les cancers actifs, les hospitalisations hors pathologies repérées mais aussi les maladies psychiatriques et les maladies cardiovasculaires chroniques.

Dans la figure ci-contre, on peut ainsi voir de façon synthétique l'évolution de l'incidence comme de celles des dépenses remboursées pour la prise en charge des cancers actifs entre 2015 et 2022.

La courbe en bleu foncé montre la progression des dépenses globales sur cette pathologie qui passe ainsi de 13,7 milliards à 21,6 milliards d'euros entre 2015 et 2022, soit une progression de près de 7,9 milliards d'euros sur 7 ans.

Les barres verticales montrent l'évolution à la fois du nombre de patients concernés (effectifs en bleu foncé) et des dépenses par patient (dépenses moyennes individuelles en bleu clair). On y voit la progression très rapide sur les dépenses entre 2019 et 2021, tirée notamment par les innovations thérapeutiques en cancérologie.

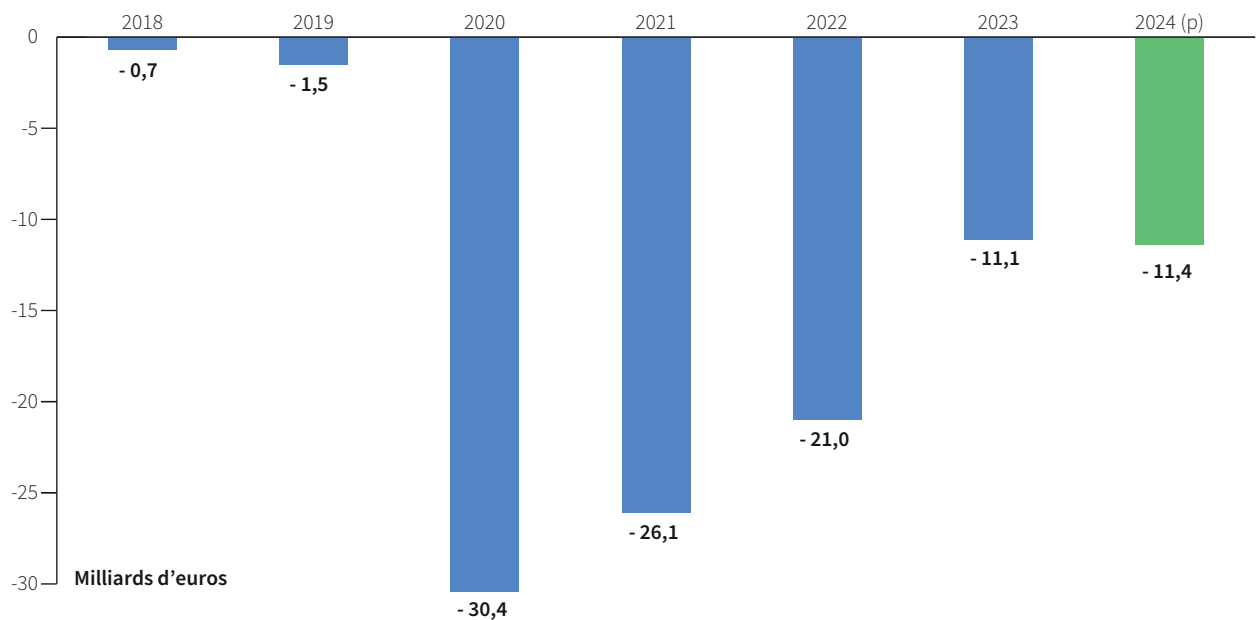
Cancers actifs



Découvrir ces données en datavisualisation sur le site « Data pathologies » :
<https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

2. Situation financière de l'Assurance Maladie (2018 à 2024)

Entre 2022 et 2023, la situation financière a continué à s'améliorer avec une réduction du déficit qui s'établit à - 11,1 milliards d'euros. Cette amélioration marque la poursuite du redressement des comptes après la crise sanitaire de 2020, qui avait fait grimper le déficit à 30,4 milliards d'euros. Issues de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024, les dernières prévisions de déficit montraient que le solde de la branche maladie ne se résorberait pas spontanément sous l'effet des évolutions naturelles des recettes et des dépenses. Un déficit annuel durablement supérieur à 10 milliards d'euros est actuellement un scénario crédible.



(p) : prévisionnel — Sources : Cnam, commission des comptes de la Sécurité sociale de mai 2024, loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024

3. Offre de soins (2017 à 2022)

Si le nombre de professionnels de santé libéraux augmente globalement depuis cinq ans, les évolutions varient selon les professions.

En 2022 en France...	Évolution entre 2017 et 2022
Plus de 370 000 professionnels de santé libéraux ⁽¹⁾	+ 6,4 %
99 506 infirmières	+ 9,8 %
75 610 masseurs-kinésithérapeutes	+ 15 %
56 606 médecins généralistes	- 4,7 %
55 378 médecins spécialistes (hors généralistes)	+ 1,4 %
37 817 chirurgiens-dentistes	+ 1,9 %
7 692 sages-femmes	+ 33 %

(1) Hors pharmaciens et biologistes médicaux
Champ : professionnels de santé tous secteurs — France entière — Source : Cnam (SNDIS)



Découvrir ces données en datavisualisation sur le site « Data professionnels de santé libéraux » : <https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux/>

LES POSTES DE PRESCRIPTION DES MÉDECINS LIBÉRAUX

On compte 57 milliards d'euros (Md €) de dépenses remboursables prescrites par les médecins (toutes spécialités confondues) en 2022, un chiffre en augmentation depuis 2019 (+ 9 %, soit 4,8 milliards d'euros).

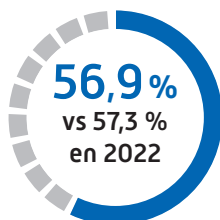
Répartition par grands postes du montant des prescriptions médicales en 2022



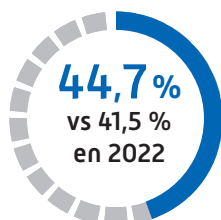
Champ : médecins libéraux tous secteurs, dépenses tous régimes — France entière — Source : Cnam (SNDS)

4. Indicateurs de prévention (2022-2023)

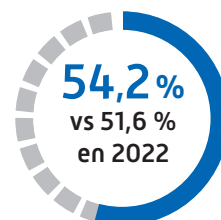
Prévention des cancers



Part des femmes âgées de 50 à 74 ans ayant bénéficié au moins d'une mammographie bilatérale sur les 24 derniers mois ⁽¹⁾

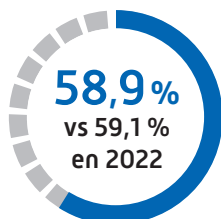


Taux de couverture vaccinale [2 doses] par le vaccin HPV ^(a) chez les filles âgées de 16 ans ⁽²⁾

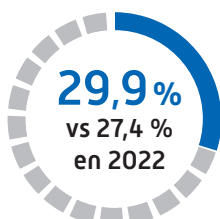


Part des jeunes de 3 à 24 ans ayant eu au moins un acte réalisé par un chirurgien-dentiste dans les 12 derniers mois ⁽³⁾

Maladies chroniques

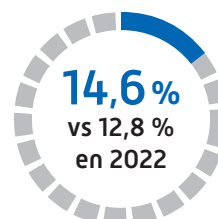


Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC) suivis par un médecin généraliste ⁽⁴⁾



Part des patients traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'examens biologiques afin de dépister une maladie rénale chronique (MRC) ⁽⁵⁾

Vaccinations



Taux de couverture vaccinale antigrippale chez les femmes enceintes ⁽⁶⁾

(a) HPV : infections par papillomavirus humains.

(1) Sources : SNDS (DCIR), Rniam (2) Source : SNDS (DCIR) - exploitation Santé publique France (3) Source : SNDS (4) Source : SNDS, données outil de diagnostic territorial national

(5) Source : Rosp médecin traitant (6) Source : SNDS



Santé et environnement

Afin de structurer son action sur les enjeux écologiques du système de santé, l'Assurance Maladie s'est attachée ces derniers mois à mettre en place une gouvernance nationale dédiée. Un schéma directeur de la transition écologique pluriannuel est désormais en cours d'élaboration et une feuille de route 2024 a été établie. Elle fixe notamment pour priorités la décarbonation des médicaments, des transports et la promotion de la santé environnementale.

Parmi les émissions carbone du système de santé, 50 % sont liées aux produits de santé dont 29 % pour le médicament et 21 % pour les dispositifs médicaux. Face à ces constats, la décarbonation des médicaments est une priorité. L'Assurance Maladie s'engage avec les autres acteurs concernés à construire une méthode commune et consensuelle d'évaluation carbone des médicaments. Elle permettra de connaître l'origine des émissions du secteur pharmaceutique tant au niveau global national que produit par produit. Elle doit aussi permettre de définir les mesures d'accompagnement des industriels mais également les nécessaires mesures de régulation et d'information à mettre en œuvre.

La lutte contre le gaspillage des produits de santé sera déclinée dès 2024 autour de deux axes. Au premier chef, cette lutte passera par le déploiement rapide des mesures en matière de pertinence et sobriété des prescriptions portées par la convention médicale, notamment la nouvelle consultation de déprescription pour les patients hyperpolymédiqués et le « bonus sobriété » pour les médecins généralistes.

Le gaspillage des produits nécessaires au traitement des plaies est par ailleurs fréquemment cité dans les signalements remontés à l'Assurance Maladie, notamment du fait de prescriptions initiales qui peuvent être inadaptées et qui ont pour conséquence la délivrance de produits ne permettant pas de répondre aux besoins du patient.

Afin de lutter contre le gaspillage, l'Assurance Maladie souhaite limiter la délivrance de pansements et produits nécessaires au traitement des plaies à sept jours de traitement, en sortie d'hospitalisation ou non. À l'issue des sept jours, en fonction de la durée de traitement et en lien avec les professionnels de santé concernés par la prise en charge du patient, le patient pourra obtenir la délivrance complémentaire.

Lutter contre le gaspillage de pansements, médicaments et matériel médical non utilisés qui s'accumulent chez les patients.

La transformation écologique du système de santé passe aussi par la promotion de la santé environnementale. Champ encore peu investi par l'Assurance Maladie, sa contribution sur ce terrain est pourtant essentielle. L'Assurance Maladie a pour cela défini son champ d'action : la mise en place de partenariats de recherche pour mieux connaître l'impact des facteurs environnementaux sur la santé ainsi que les dépenses induites et la mise en œuvre d'actions de prévention spécifiques. De plus, l'Assurance Maladie généralisera en 2024 une campagne d'information et de sensibilisation des assurés et professionnels de santé pour limiter l'exposition aux perturbateurs endocriniens.

En 2024, déploiement d'une campagne nationale de sensibilisation aux risques des perturbateurs endocriniens.



Approche par pathologie

Grâce à une meilleure connaissance des pathologies, l'Assurance Maladie intensifie ses actions sur trois pathologies à fort enjeu de santé publique : le risque cardiovasculaire, les cancers et la santé mentale.

En tant qu'assureur public, elle s'attache à partager ses données avec le public et particulièrement les acteurs du système de santé. De plus, elle déploie des parcours de prévention et de prise en charge, faisant ainsi évoluer l'offre de santé et l'engagement des acteurs concernés.

Dans le rapport de cette année, une analyse de la prise en charge de la douleur est notamment présentée.

Maladies cardiovasculaires et associées

L'Assurance Maladie déploie des outils pour favoriser l'amélioration des parcours des malades chroniques et repérer plus tôt les pathologies et, ainsi, réduire les risques de conséquences graves des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA).

Ainsi, elle a initié un travail important sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et, à partir de cette expérience, déploie une démarche globale concernant l'ensemble du champ cardiovasculaire. Celle-ci s'organise autour d'une approche centrée sur le patient en intégrant notamment le syndrome coronaire chronique, l'insuffisance cardiaque, la maladie rénale chronique, le diabète et la bronchopneumopathie chronique obstructive.

Il est en effet clé de considérer de façon globale et cohérente une population de 11 millions de patients. De plus, il convient de porter les enjeux du risque cardiovasculaire tant dans une vision populationnelle que dans une vision individuelle (pour les médecins traitants).

Dans le cadre de la convention médicale, le cadre est désormais posé pour que l'Assurance Maladie mette à disposition des médecins traitants les données individuelles facilitant l'identification des dépistages à réaliser, notamment dans le champ cardiovasculaire et autres pathologies associées.

L'Assurance Maladie travaille aussi à la promotion du dépistage du diabète auprès des personnes âgées de 45 ans, en particulier dans le cadre de Mon Bilan Prévention, en l'ouvrant aux infirmiers, pharmaciens et sages-femmes.

Elle souhaite également renforcer le dépistage de la maladie rénale chronique chez ces patients à risque.

11 millions de patients à risque de maladies cardiovasculaires et associées dont l'accompagnement global est à renforcer.

Prise en charge de la maladie rénale chronique

Le dépistage dans la population à risque (patients avec une hypertension artérielle, un diabète y compris chez les moins de 60 ans) constitue en effet le premier enjeu pour la prise en charge de cette pathologie. Il s'agit d'une maladie longtemps silencieuse, et une prise en charge précoce permet de ralentir voire d'éviter le stade de l'insuffisance rénale chronique, où une suppléance (greffe, dialyse) est nécessaire.

L'analyse présentée dans ce rapport démontre également un suivi insuffisant d'une part importante de patients. Ainsi, les bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de santé (HAS), notamment la réalisation d'examens urinaires aujourd'hui insuffisamment réalisés et un suivi régulier par un professionnel de santé, seront promues.

Face aux avantages médico-économiques de la greffe par rapport à la dialyse, l'Assurance Maladie soutient l'accélération de la mise en œuvre du plan greffe Organes-Tissus (2022-2026). Pour cela, il convient de lever les barrières qui subsistent au don pour augmenter le nombre de greffons disponibles. Il faut également augmenter les capacités de prélèvement et de transplantation pour accroître substantiellement le nombre de greffes rénales réalisées chaque année en France.

Cancers à dépistage organisé

L'année 2024 a été marquée par la reprise par l'Assurance Maladie des invitations aux dépistages des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus. Ces programmes de prévention recouvrent des enjeux majeurs de santé publique face à une participation qui demeure encore insuffisante dans notre pays. Face à ce constat, l'Assurance Maladie s'est dotée de moyens importants (recrutement notamment de 110 agents mobilisés sur sept plateformes d'appels sortants) afin d'aller vers les personnes vulnérables et les inciter à réaliser ces dépistages.

Pour encourager la participation aux dépistages, l'Assurance Maladie souhaite notamment diversifier davantage les modalités de remise des kits de dépistage du cancer colorectal en ouvrant cette possibilité à de nouveaux professionnels de santé (infirmiers, sages-femmes) et promouvoir l'accès à la mammographie dans les territoires via des bus itinérants, les « mammobus ».

L'enjeu est également d'assurer le dépistage des personnes à risque élevé. À partir des données dont elle dispose, l'Assurance Maladie a mené un premier travail pouvant contribuer à la construction, en lien étroit avec le ministère et l'Institut national du cancer (INCa), d'un suivi spécifique pour ces populations.

Prise en charge de la douleur

La douleur d'intensité modérée à sévère concerne près de 20 % de la population dont 70 % ne recevraient pas la prise en charge adaptée. L'Assurance Maladie contribuera au suivi adapté de ces personnes conformément aux recommandations de la HAS, en veillant au bon usage des médicaments concernés, qu'il convient de repositionner en trois paliers pour garantir le traitement de la douleur tout en veillant à éviter les risques iatrogènes.



Approche populationnelle

Les analyses développées avec une approche populationnelle visent à répondre aux besoins particuliers de certains publics. Elle porte cette année sur plusieurs aspects de la santé des jeunes et étudie, pour la première fois, des enjeux clés de la santé des femmes. En effet, ces publics appellent des efforts spécifiques, en termes de prévention, d'accompagnement et de qualité de la prise en charge des pathologies auxquelles ils sont confrontés.

Adolescents et jeunes adultes : lutter contre les inégalités en santé et améliorer la santé mentale

Les adolescents et jeunes adultes (12-25 ans) sont généralement en bonne santé et se perçoivent comme tels : selon l'enquête nationale des collèges et des lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) de 2022, près de quatre jeunes sur cinq se déclarent en excellente (86,2 %) ou en bonne santé (83,5 %). Les dépenses sont ainsi concentrées sur un tiers d'entre eux ayant des pathologies lourdes et des soins coûteux : 31 % des jeunes concentrent 85 % des dépenses à cet âge.

On observe aussi de fortes disparités sociales face aux maladies psychiatriques, neurologiques et respiratoires : par exemple, la prévalence des maladies respiratoires chez les jeunes varie chez les 12-25 ans de 2,3 % à 3,3 % chez les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire.

Enfin, depuis 2020, la consommation de médicaments psychotropes a augmenté chez les jeunes, illustrant la dégradation de la santé mentale de ce public depuis le Covid-19. Le nombre de jeunes sous psychotropes a ainsi progressé de 18 % entre 2019 et 2023, hausse plus marquée encore chez les jeunes filles.

Face à la nécessité d'améliorer la prise en charge psychologique et psychiatrique des jeunes patients, l'Assurance Maladie et les pouvoirs publics ont engagé un investissement massif au travers de la nouvelle convention médicale vis-à-vis des pédiatres et psychiatres libéraux et autour de l'offre de psychologues adhérent au dispositif Mon soutien psy.

L'Assurance Maladie propose de renforcer l'accompagnement des médecins généralistes, soutient la structuration territoriale de parcours en santé mentale et souhaite que l'ensemble des acteurs se réunissent pour objectiver les constats réalisés et déterminer les actions à mettre en œuvre.

Aide sociale à l'enfance (ASE)

Près de 400 000 mineurs et majeurs de moins de 21 ans accompagnés par l'ASE sont régulièrement confrontés à des besoins en santé spécifiques et aigus en raison de situations de vie adverses (séparations, maltraitances, violences). Or, par manque de ressources médicales et de coordination entre les secteurs social et sanitaire, l'accès aux soins de ces personnes apparaît dégradé, avec un coût social important : en l'absence de prise en charge dans l'enfance, les besoins en santé et les dépenses associées seraient multipliés par trois. Il est donc proposé de renforcer leur

prise en charge médicale en identifiant, dans chaque département en soutien de l'ASE, une entité compétente pour évaluer les besoins de chaque enfant, leur évolution et coordonner une prise en charge adaptée.

Chez les enfants de l'ASE, le coût estimé des besoins de soins est multiplié par trois à l'âge adulte si ceux-ci ne sont pas pris en charge dès l'enfance.

Guidance parentale – troubles du neurodéveloppement

Dans le cadre de la stratégie nationale autisme et troubles du neurodéveloppement, la HAS souligne le rôle central de la guidance parentale, pour mieux informer les parents dans l'accompagnement de leur enfant au quotidien. L'Assurance Maladie propose de prendre en charge les séances de guidance parentale et d'expérimenter l'utilisation d'un outil numérique de référence sans reste à charge pour les parents.

Santé des femmes

Bien que l'espérance de vie des femmes soit historiquement supérieure à celle des hommes, cet écart tend à se réduire, voire à s'estomper si l'on considère l'espérance de vie sans incapacité. Par ailleurs, les femmes se perçoivent en moins bonne santé que les hommes, et ce malgré des comportements plus favorables que ces derniers.

Les maladies cardiovasculaires et associées, notamment, posent des défis spécifiques. Les coronaropathies, par exemple, se manifestent par des symptômes parfois atypiques chez les femmes, sources de retard au diagnostic et d'augmentation de la mortalité. Autre exemple, les symptômes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les femmes sont souvent attribués à tort à l'asthme, retardant là encore le diagnostic et la prise en charge.

Il convient également de mieux prendre en compte les maladies qui ne touchent que les femmes. L'endométriose, par exemple, affecterait entre 2 % et 10 % des femmes en âge de procréer, et jusqu'à 50 % des femmes infertiles. Pathologie faisant l'objet d'incertitudes entourant son diagnostic et son traitement, sa prise en charge reste hétérogène.

Dans le prolongement des actions déjà engagées (harmonisation des modalités d'attribution de l'affection de longue durée, information et communications sur les filières de soins, saisine de la HAS pour mise à jour des recommandations), l'Assurance Maladie formule une série de propositions visant à améliorer le dépistage et la prise en charge de l'endométriose.



Organisation des soins

Les professionnels de santé doivent répondre chaque jour à des besoins de soins croissants (augmentation du nombre de patients en affection de longue durée (ALD), vieillissement de la population). Face à cette situation, il est crucial de les aider dans la structuration de leur offre et d'œuvrer à la mise en place de régulations efficaces afin de garantir que les ressources humaines et financières du système de santé soient allouées au plus près des besoins de santé.

À cet effet, le rapport cette année fait plusieurs propositions pour mieux réguler l'offre de soins non programmés, la gestion de l'accès direct aux professionnels de santé et l'approfondissement de la structuration offerte par l'exercice coordonné.

Répondre aux besoins de soins non programmés des patients

L'offre de soins de ville doit en effet permettre de répondre aux besoins de soins non programmés des patients dans les délais compatibles avec leur état de santé par une organisation efficace et ainsi de désengorger les services d'urgence. En effet, selon le rapport Mesnier, 75 % des passages aux urgences ont lieu durant les heures d'ouverture des cabinets libéraux et 43 % des patients se présentent aux urgences en l'absence d'une offre ambulatoire disponible le jour même ou le lendemain.

À partir d'une étude sur la permanence des soins ambulatoires (PDSA), l'Assurance Maladie constate une croissance très dynamique de ce mode de prise en charge. Si cette croissance traduit une forte hausse des besoins de la population, l'émergence d'une offre non régulée et non intégrée dans l'organisation territoriale de la prise en charge de ce type de soins pose question. À partir de ces constats, l'Assurance Maladie fait un certain nombre de propositions, en lien avec la nouvelle convention médicale.

75 % des passages aux urgences ont lieu durant les heures d'ouverture des cabinets libéraux et 43 % des patients se présentent aux urgences en l'absence d'une offre ambulatoire disponible le jour même ou le lendemain.

Les propositions visent toutes à renforcer l'organisation et la régulation de la prise en charge des soins non programmés en ville, optimiser la ressource et préserver les services d'urgence autour de cinq grands axes : informer le patient sur l'offre de soins disponible ; renforcer le rôle de la régulation médicale afin de mieux orienter les patients ; optimiser la ressource médicale disponible ; mieux répartir la charge entre les professionnels de

santé pour assurer le fonctionnement des gardes ; faire évoluer les règles tarifaires pour construire un cadre lisible et efficace pour les acteurs et assurer la continuité des soins.

Pour répondre aux besoins de soins sans entraîner par ailleurs une désorganisation de l'offre de soins de ville, l'Assurance Maladie appelle également à stabiliser le cadre de régulation des centres de soins non programmés à travers la mise en place d'un cahier des charges national et un renforcement de la lutte contre les abus.

Optimiser l'accès direct aux professionnels de santé

Face à une démographie médicale atone et grâce au renforcement des compétences de certains professionnels, l'accès direct à plusieurs professionnels de santé s'est élargi progressivement ces dernières années. Si cet accès peut être opportun pour réduire les délais d'accès, il ne doit pas conduire à réduire l'accès aux soins des patients en ayant le plus besoin. À titre d'exemple, les orthophonistes ont développé, depuis 2018, une plateforme de prévention et de soins en orthophonie (PPSO). Son objectif est d'améliorer l'accès aux soins orthophoniques grâce à un dispositif en trois niveaux dont un site web grand public (allo-ortho.com) pour informer et éviter les recours injustifiés à l'orthophonie et une plateforme de régulation téléphonique expérimentée dans six régions qui permet d'évaluer, sur la base d'un questionnaire, si un bilan orthophonique est nécessaire et, si c'est le cas, son degré d'urgence. Ce dispositif a fait ses preuves et s'élargit progressivement sur l'ensemble du territoire. L'Assurance Maladie souhaite désormais qu'il soit généralisé et propose un soutien financier pérenne. Des enseignements doivent en être tirés en vue d'un déploiement par d'autres professions.

Consolider les exercices coordonnés de professionnels de santé

Si depuis plusieurs années les modèles de structure d'exercice coordonné se développent grâce au cadre de l'exercice ou de l'échange entre pairs, elles sont aussi un excellent terrain d'expérimentation en ambulatoire des prises en charge en équipe ou de déploiement de parcours. L'Assurance Maladie souhaite continuer à soutenir ces modèles et à leur fournir les leviers économiques et organisationnels nécessaires à leur développement.

Elle souhaite donc ouvrir des négociations sur les différents systèmes d'exercice coordonné afin de renforcer son soutien. Pour les maisons de santé pluriprofessionnelles, il s'agira en particulier de valoriser la prise en charge en équipe au travers d'une rémunération coordonnée. Pour les centres de santé, il s'agira d'adapter le modèle de financement pour mieux tenir compte de leurs spécificités comme la précarité des patientèles ou les enjeux d'activité spécifiques à ce modèle.



Analyses sectorielles

La financiarisation de l'offre de soins, un phénomène en pleine expansion

En 2024, l'Assurance Maladie poursuit ses analyses du secteur de la biologie en France et du phénomène de financiarisation dans les soins primaires à l'international.

Avec plus de 180 milliards d'euros de transactions réalisées ces deux dernières années dans le secteur de la santé, dont 20 milliards d'euros en Europe en 2022, plusieurs expériences étrangères témoignent d'un phénomène de financiarisation croissant à travers la concentration du secteur des soins primaires au profit d'investisseurs privés.

Afin de mieux connaître l'ampleur de ce mouvement, de ses conséquences et des acteurs impliqués, l'Assurance Maladie renouvelle sa recommandation de mise en place d'un observatoire de la financiarisation du système de santé.

Les transports de patients, un service essentiel pour l'accès aux soins avec des marges importantes d'efficience

En 2023, les dépenses de transport de patients ont représenté 6,3 milliards d'euros, pour 6,4 millions de patients transportés. Ces dépenses présentent une croissance soutenue avec un taux de croissance annuel moyen de 4,4 % entre 2016 et 2023.

L'offre de transport de patients repose sur plus de 5 000 entreprises de transports sanitaires et 29 000 sociétés de taxis conventionnés en 2023. Ce secteur a connu une hausse importante de son chiffre d'affaires, avec des niveaux de rentabilité différenciés et parfois élevés en fonction des acteurs.

Le poids et la dynamique de ce poste de dépenses expliquent l'importance d'améliorer l'efficience des dépenses de transports et notamment de rendre majoritaire la part des transports partagés à l'instar de certains pays d'Europe. Le triple objectif de l'Assurance Maladie est d'infléchir cette dynamique de dépenses, de diminuer l'empreinte carbone tout en maintenant une prise en charge de qualité pour les assurés.

Observatoire des délais d'accès aux médicaments

La nouvelle édition de l'observatoire présente les délais d'accès aux médicaments apportant un progrès thérapeutique avec l'ajout de l'Italie (en plus de l'Allemagne, l'Espagne et l'Angleterre) et sur 50 produits, contre 30 en 2023, pour près de 4 milliards d'euros en 2023 pris en charge par l'Assurance Maladie (hors remises).

Depuis 2022, l'observatoire contribue à une meilleure transparence des délais d'accès aux médicaments dans un cadre européen. Il s'appuie sur des données issues directement des institutions nationales chargées du médicament et tient compte des spécificités nationales et notamment de l'accès précoce des médicaments supposés innovants.

Les délais entre l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et le premier accès sont considérablement réduits par les accès précoces en France et en Espagne, pays qui comptent le plus de

produits avec accès dérogatoires, devant l'Allemagne. Le délai d'accès médian des 50 médicaments étudiés s'avère négatif en Espagne et en France, c'est-à-dire antérieur à l'AMM, respectivement de - 62 et de - 15 jours, grâce à l'accès précoce contre 38 jours après l'AMM en Allemagne.

Grâce aux accès dérogatoires en France, les médicaments innovants (ASMR II ou III) sont accessibles près d'un mois avant l'autorisation de mise sur le marché (médiane).

Le dispositif d'accès précoce rénové en 2021 s'avère particulièrement efficace pour mettre à disposition rapidement les produits supposés innovants à disposition des patients. Près de 127 000 patients ont ainsi pu bénéficier plus tôt de médicaments dans ce cadre. En 2023, en France, on comptabilisait 152 médicaments, pour 252 indications, dans ce dispositif. En 2023, les dépenses générées par les produits en accès précoce s'élèvent à 1,5 milliard d'euros (avant remises), en progression de 53 % par rapport à 2022.

La dynamique des dépenses des médicaments orphelins

Les médicaments orphelins ont connu une croissance importante ces dernières années. Entre 2019 et 2022, leur nombre a progressé de 36 %, passant de 75 produits à 102 produits disponibles en France.

En 2022, les dépenses remboursables de médicaments bénéficiant du statut orphelin s'élèvent, hors déduction des remises, à 3,9 milliards d'euros, soit une hausse de 38 % par rapport à 2021 et un taux de croissance annuel moyen de 21,3 % depuis 2019.

Le coût élevé de la recherche et du développement, couplé aux prix souvent élevés des traitements, nécessite la mise en place de stratégies innovantes de tarification et de financement permettant aux patients d'accéder aux traitements tout en préservant la viabilité financière des systèmes de santé.

Évaluation de l'impact des prix faciaux sur la rémunération des distributeurs de médicaments

Le recours à des remises, qui engendrent une différence entre le prix publié et le prix net après remises, est de plus en plus fréquent. Mais il engendre une dépense supplémentaire du fait des modalités de calcul des marges de distribution de ces produits (en fonction du prix du produit) versées aux pharmaciens et aux grossistes. Celle-ci s'élève en 2022 à 150 millions d'euros, en forte hausse par rapport à 2021 (+ 35 %). Des propositions visent donc à réduire cet impact sur les dépenses de l'Assurance Maladie.



Santé numérique

C'est par l'intégration dans les pratiques et les usages que les innovations numériques pourront réaliser leur plein potentiel de transformation du système de santé. Cette année, l'Assurance Maladie explore trois sujets, se situant à divers degrés de maturité : la téléconsultation, les thérapies digitales et l'intelligence artificielle (IA). Chacun de ces domaines offre des opportunités pour améliorer l'accès et la qualité des soins, tout en soulevant des défis techniques, éthiques et organisationnels.

La téléconsultation

Après le pic de téléconsultations observé pendant la pandémie de Covid-19, leur nombre s'est stabilisé à environ 1 million par mois. Cette activité à distance représente 2 % du total des actes réalisés par les médecins. Si le volume total de téléconsultations est stable, la part réalisée par les plateformes augmente, illustrant le rôle que peuvent potentiellement jouer ces acteurs pour améliorer l'accès aux soins, notamment pour les patients sans médecin traitant et situés dans les zones sous-dotées en professionnels de santé.

Cependant, des ajustements réglementaires sont indispensables pour encadrer cette pratique qui s'accompagne de certains mésusages, comme le montrent les résultats de l'étude qui interroge la prescription d'antibiotiques en téléconsultation. Un nouveau statut a été mis en place pour les sociétés de téléconsultation à travers la loi de financement de la Sécurité sociale 2023 (article 53), avec des exigences déontologiques, techniques et conventionnelles strictes. L'objectif est désormais de consolider la mise en place de ce statut pour que ces plateformes de téléconsultation interviennent en totale complémentarité de l'offre de soins existante et en fonction des besoins territoriaux.

Les thérapies digitales

Les thérapies digitales (DTx) intègrent des pratiques thérapeutiques innovantes basées sur le traitement des données de santé des patients. Depuis avril 2023, la France a instauré une prise en charge anticipée numérique (PECAN) pour ces dispositifs afin de prouver leur efficacité sur une période probatoire d'un an. Les DTx peuvent être autonomes ou combinées avec d'autres traitements médicaux, offrant ainsi des solutions prometteuses pour les maladies chroniques et mentales. Des études récentes ont ainsi confirmé leur efficacité dans le traitement de l'anxiété, de la dépression ou encore des troubles du sommeil. Cependant, la majorité des DTx peinent encore à démontrer un effet clinique significatif et durable, ce qui freine leur adoption et leur admission au remboursement.

Les applicatifs d'IA

L'IA en santé promet des avancées significatives dans le diagnostic, la prédiction et la personnalisation des traitements. Les systèmes d'IA peuvent améliorer le dépistage et l'interprétation des examens médicaux, offrant des perspectives de gain de temps médical et d'amélioration de la qualité des soins. Cependant, leur déploiement à grande échelle pose des défis techniques et éthiques majeurs pour le système de santé. La régulation et l'évaluation de ces systèmes sont cruciales pour assurer leur efficacité, leur sécurité et leur intégration dans les pratiques. En effet, alors que les dispositifs médicaux numériques (DMN) à destination des patients sont systématiquement évalués par les autorités sanitaires, les DMN à usage professionnel n'entrent dans aucun processus national d'évaluation structuré. Ils peuvent être utilisés librement par les professionnels dans le cadre d'actes médicaux sans qu'une évaluation indépendante n'ait été apportée. L'enjeu pour les pouvoirs publics est de trouver le bon niveau de réponse entre soutien à l'innovation et régulation des outils. Le recours à des expérimentations ciblées devrait permettre de tester des modèles innovants de déploiement, d'évaluation et, le cas échéant, de tarification. C'est dans ce contexte, que l'Assurance Maladie souhaite porter l'expérimentation d'un outil d'IA d'aide à l'interprétation de l'électrocardiogramme (ECG) en médecine générale.

Si la téléconsultation, les thérapies digitales et l'intelligence artificielle (IA) offrent des opportunités pour améliorer l'accès et la qualité des soins, elles soulèvent des défis techniques, éthiques et organisationnels qu'il convient de résoudre pour en libérer tout le potentiel.



Pertinence, efficacité, contrôle et lutte contre les fraudes

L'Assurance Maladie dispose d'une large palette de leviers et d'outils de gestion du risque destinés à faire évoluer les pratiques des professionnels de santé et les comportements des patients. Elle ambitionne de les développer et de les optimiser.

Les sciences comportementales donnent des clés pour améliorer l'efficacité des différents leviers de gestion du risque en guidant les choix des acteurs par défaut, en présentant les informations qui permettent aux individus de se comparer facilement à des pairs, ou encore en rendant les incitations les plus immédiates et visibles possibles.

Aussi, l'Assurance Maladie va rénover son offre de services et les outils mis à disposition des professionnels de santé pour améliorer la pertinence de leurs prescriptions. Elle entend donc les accompagner dans l'utilisation de nouveaux outils numériques tels que les logiciels d'aide à la prescription (LAP) ou les systèmes d'aide à la décision médicale (SADM), un téléservice pour encourager une prescription conforme aux indications thérapeutiques remboursables ou encore l'ordonnance numérique. Elle va renforcer le partage d'informations claires, fiables et utiles pour la pratique du médecin sur les profils de leur patientèle. Enfin, l'Assurance Maladie développera les dispositifs d'incitation variés pour renforcer les comportements vertueux et l'efficacité globale du système.

Efficacité, pertinence des soins et déploiement des parcours : 1,140 milliard d'euros

Le volet « pertinence et qualité des soins » de la convention médicale de juin 2024, avec ses 15 programmes d'actions partagés et ses quatre dispositifs d'intéressement, apporte un cadre structurant et engageant pour améliorer sur le temps long l'efficacité et la pertinence des soins.

L'amélioration des parcours de soins devra permettre de réduire de 30 % en quatre ans les hospitalisations potentiellement évitables pour six affections ciblées en développant un accompagnement des établissements, des professionnels de santé et des opérations d'« aller vers » les assurés.

Le bon usage des médicaments reste, comme en 2024, une priorité majeure en particulier pour atteindre le taux de 80 % de pénétration des biosimilaires, développer l'usage des médicaments hybrides et améliorer la pertinence du recours aux principales classes de médicaments (antibiotiques, antidiabétiques, antalgiques, benzodiazépines, inhibiteurs de la pompe à protons).

Elle poursuivra son engagement en faveur de la pertinence des actes, qui passera par une diminution nécessaire des actes d'imagerie redondants, voire inutiles, et une régulation plus efficace des dépenses de radiologie dont les modalités de mise en œuvre seront définies dans le cadre d'un futur protocole

d'accord entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et la profession des radiologues. La pertinence et la juste facturation des actes dentaires feront l'objet, en 2025, d'un plan complet d'actions élaboré en concertation avec la profession.

En matière de dispositifs médicaux, l'Assurance Maladie mettra l'accent dans ses actions d'accompagnement sur les dispositifs médicaux dits « du quotidien », compléments nutritionnels oraux, dispositifs d'autosurveillance de la glycémie, pansements post-chirurgie et les traitements à domicile pour apnée du sommeil.

Par ailleurs, l'Assurance Maladie intensifiera ses actions relatives aux dépenses de transports de patients et d'arrêts de travail.

Sur les arrêts de travail, l'Assurance Maladie va mettre à disposition des médecins prescripteurs un nouveau service attentionné, « SOS IJ » (IJ : indemnités journalières). Engagement fort de la récente convention médicale en matière de pertinence des arrêts de travail, il vise à aider les médecins à mieux faire face aux situations complexes, notamment celles nombreuses, en lien avec des situations professionnelles particulières.

Lancement d'un nouveau service « SOS IJ » permettant pour les médecins de simplifier la gestion des situations complexes d'arrêt de travail.

Contrôle et lutte contre les fraudes et abus : 420 millions d'euros

En 2023, la nouvelle stratégie de lutte contre les fraudes lancée fin 2022 a prouvé son efficacité, les actions menées ayant permis de détecter et de stopper un montant record de fraudes de plus de 330 millions d'euros (hors plaintes pénales) en augmentation de plus de 60 % par rapport à 2022.

En 2025, face aux fraudes en plein essor sur internet et sur les réseaux sociaux, notamment en matière d'arrêts de travail et de médicaments, l'Assurance Maladie met en place des moyens nouveaux : déploiement de nouveaux pôles de cyber-enquêteurs et mise en place de formulaires infalsifiables (Cerfa sécurisé) d'arrêts de travail.

Les contrôles des centres de santé seront poursuivis et de nouvelles actions seront engagées en 2025, afin de veiller au respect du tact et de la mesure dans la fixation des honoraires et de repérer certaines pratiques frauduleuses.

IMPACTS PLURIANNUELS DES ACTIONS SUR L'ONDAM

Le programme de gestion du risque porté par l'Assurance Maladie pour 2025 devrait générer un impact financier global estimé à 1,56 milliard d'euros. Il repose sur trois approches principales :

- une approche structurelle avec des **actions centrées sur la prise en charge de pathologies chroniques** (maladies cardiovasculaires, diabète, santé mentale...) dont l'impact global en 2025 est estimé à 80 millions d'euros, obtenu notamment par la réduction des hospitalisations potentiellement évitables ;
- **l'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins**, pour des impacts attendus de 1 060 millions d'euros (représentant près de 70 % de ce volet en 2025 – voir figure ci-dessous). Cette amélioration découlera de la mise en œuvre de la conven-

tion médicale particulièrement structurante pour la gestion du risque avec l'engagement des partenaires conventionnels sur 15 programmes d'actions partagés portant sur la qualité et la pertinence des soins. Enfin, cela passera par la poursuite des feuilles de route de gestion du risque initiées ces dernières années sur les arrêts de travail, le bon usage du médicament et les transports des malades ;

- **les contrôles et la lutte contre les fraudes et les abus** concourront également au programme de gestion du risque sur 2025 pour 420 millions d'euros.

Récapitulatif de l'impact annuel sur 2025 (en millions d'euros)

Thèmes	Impact sur 2025 (en M€)	
>> PARCOURS PATHOLOGIE ET POPULATIONNEL	80	
>> PERTINENCE ET EFFICACIE DES SOINS	1 060	
Actes	150	
Médicaments	425	
Dispositifs médicaux inscrits à la LPP ^(a)	70	
Transport	110	
Biologie	100	
Prestations en espèces	205	
>> CONTRÔLES ET LUTTE CONTRE LES FRAUDES	420	
Actes	190	
Médicaments	35	
Dispositifs médicaux inscrits à la LPP ^(a)	40	
Transport	50	
Prestations en espèces	75	
Autres	30	
TOTAL GÉNÉRAL	1 560	

(a) LPP : liste des produits et prestations
Source : Cnam

Au-delà des impacts sur l'année 2025, les actions de l'Assurance Maladie portent sur le temps long. L'optimisation et le renforcement des parcours de soins et de prévention sur les maladies cardiométaboliques (comme le diabète par exemple), les programmes de vaccination et de dépistage organisé des cancers devraient générer des impacts à plus long terme estimés à environ 700 millions d'euros supplémentaires par an.

LISTE DES PROPOSITIONS



Décarbonation et santé environnementale

1

Lutter contre le gaspillage de pansements, médicaments et matériel médical non utilisés qui s'accumulent chez les patients :

- limiter la première délivrance de pansements et produits nécessaires au traitement des plaies à sept jours de traitement et permettre à l'infirmier d'adapter ensuite la prescription au juste besoin du patient ;
- identifier avec les pharmaciens les dispositifs médicaux non ouverts ramenés à l'officine et expérimenter les modalités de leur utilisation.

2

Promouvoir la santé environnementale :

- mieux connaître et évaluer l'impact de l'environnement sur la santé et les dépenses de santé en lançant un programme de recherche prioritaire partagé avec Santé publique France (SPF) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;
- réduire l'exposition aux perturbateurs endocriniens à travers la généralisation de l'expérimentation menée sur les phthalates.



Approche par pathologie

3

Pour les patients atteints d'une maladie chronique cardiovasculaire ou associée (IC, diabète, MRC, maladie coronarienne et BPCO), systématiser le dépistage régulier des autres pathologies :

- permettre aux professionnels de santé réalisant Mon Bilan Prévention d'orienter les patients vers un dépistage du diabète et de la maladie rénale chronique et permettre aux infirmiers ou infirmières en pratique avancée (IPA) de réaliser le dépistage de la BPCO (spirométrie) ;
- dans les suites de la convention médicale, améliorer la capacité des médecins traitants à suivre le parcours de prévention de leurs patients (vaccinations, dépistages et examens de suivi des patients atteints de pathologies chroniques).

4

Déployer un parcours « polypathologies chroniques » portant sur les maladies cardiovasculaires et associées (IC, diabète, MRC, maladie coronarienne et BPCO) :

- mettre à disposition des offreurs de soins un outil de diagnostic territorial couvrant l'ensemble du champ des maladies cardiovasculaires et associées (MCVA) ;
- renforcer l'accompagnement thérapeutique des patients en élargissant le service d'accompagnement des malades chroniques (sophia) à l'ensemble des patients atteints de pathologies chroniques du champ MCVA.

5

Accélérer la mise en œuvre du plan greffe 2022-2026 afin de faire progresser le nombre de transplantations rénales réalisées chaque année en France :

- lever les barrières au don en systématisant le dépôt des

directives anticipées dans Mon Espace Santé et en passant du recueil de « l'avis » au « témoignage » des proches pour augmenter le nombre de dons venant de donneurs décédés ;

- augmenter les capacités de prélèvement et de transplantation.

6

Faire progresser la participation aux trois dépistages organisés du cancer (colorectal, sein, utérus) :

- permettre aux sages-femmes et aux infirmières ou infirmiers libéraux diplômés d'État (Idel) de remettre le kit de dépistage du cancer colorectal et aux Idel dûment formés de réaliser le frottis de dépistage du HPV ;
- déployer dans tous les déserts médicaux des mammbus facilitant l'accès au dépistage du cancer du sein.

7

Avec les partenaires concernés, construire une méthode d'identification et d'information proactive des patients à risque élevé de cancer devant faire l'objet d'un suivi médical renforcé et adapté (exemple : maladies inflammatoires du côlon).

8

Mieux prévenir, évaluer et soigner la douleur chronique et lutter contre l'addiction aux opioïdes :

- lutter contre la banalisation des médicaments de palier 2 (tramadol) et de palier 3 (fentanyl) en régulant leur dispensation ;
- renforcer l'accompagnement des médecins généralistes en matière de prise en charge de la douleur (questionnaire d'évaluation de la douleur, rappels des alternatives aux traitements médicamenteux, adressage vers les services spécialisés).



Approche populationnelle

9

Améliorer la prise en charge de la santé mentale des adolescents et jeunes adultes chez qui la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs augmente fortement :

- mener un diagnostic approfondi sur l'usage des psychotropes, ses causes et ses conséquences ;
- accompagner les médecins généralistes dans le repérage des troubles en santé mentale des jeunes et dans la juste prescription des psychotropes.

10

« Agir pour le cœur des femmes » en organisant un dépistage systématique du risque cardiovasculaire chez la femme ménopausée en lien avec Mon Bilan Prévention.

11

Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'endométriose, en participant à l'évaluation de l'Endotest dans la perspective de sa généralisation.

12

Soutenir le développement des Maisons des Femmes, structures médico-sociales dédiées à l'accueil et à la prise en charge des femmes victimes de violence.

13

Permettre à chaque enfant relevant de l'ASE de bénéficier d'un accompagnement spécifique pour sa santé somatique et psychique.

14

Former et accompagner les parents d'enfants atteints de troubles du neurodéveloppement (TSA, TDAH, TDI, dys, etc.) en remboursant pour la première fois les séances de « guidance parentale » dédiées spécifiquement aux parents.



Organisation des soins

15

Consolider et accélérer le développement de l'exercice coordonné à travers les différentes négociations conventionnelles (MSP et centres de santé).

16

Généraliser le service « Allo Ortho » afin d'aider les usagers à qualifier leurs besoins d'orthophonie et travailler avec les autres professions en accès direct à la généralisation de ce type de plateformes.

17

Afin de garantir un accès aux soins 24 h/24, 7 j/7, partout sur le territoire, stabiliser le système de garde le soir et le week-end, et améliorer la régulation des urgences en journée. Rendre publics, en temps réel, les lieux de soins ouverts et les informations sur la fréquentation des lieux de prise en charge et des urgences (site internet/appli).

18

Lancer l'Observatoire national de l'accès aux soins visant à rendre publique l'évolution de 10 indicateurs sur les « déserts médicaux » (le nombre de patients en ALD sans médecin traitant, le temps d'attente pour un rendez-vous avec un spécialiste, la part du territoire couvert par un système de garde le soir et le week-end, etc.) prévu par la convention médicale.

19

Ne plus rembourser les prescriptions d'un médecin libéral ayant choisi de ne pas se conventionner avec l'Assurance Maladie.

20

Empêcher la désertification pharmaceutique en soutenant financièrement 100 % des pharmacies fragiles lorsqu'elles sont les dernières de leur commune.



Analyses sectorielles

21

Déployer un plan d'action pluriannuel de pertinence de la dépense de transport de patients, extrêmement dynamique (9 %) mais source d'inégalités de santé (difficultés d'accès pour certaines populations et dans certains territoires) :

- amplifier le recours au transport partagé et généraliser les plateformes de commande de transport de patients dans les établissements ;
- pour les assurés, promouvoir et faciliter l'utilisation du transport personnel et généraliser le dispositif Trajet santé de l'Assurance Maladie (TSAM) (plateforme de commande de trajets en avion, bateau ou train sans avance de frais).

22

Demander aux industriels le remboursement du surcoût de marge de distribution payé par l'Assurance Maladie du fait de l'existence de certains prix faciaux différents des prix nets.



Santé numérique

23

Lancer des Assises de la téléconsultation en concertation avec l'ensemble des acteurs pour :

- renforcer la qualité et la pertinence des prescriptions réalisées en téléconsultation ;
- réfléchir à une redéfinition de la place des plateformes de téléconsultation en complémentarité de l'offre de soins existante (prise en charge de soins non programmés après régulation et de patients en zone sous-dense).

24

Expérimenter la mise à disposition des médecins généralistes d'un outil d'IA d'assistance à l'interprétation d'ECG. Cette expérimentation sera lancée dans le cadre plus large d'un programme visant à faciliter l'adoption de l'IA par les professionnels de santé dans leur exercice quotidien (programme sous l'égide de la HAS sur les « dispositifs médicaux numériques »).



Pertinence, efficience et lutte contre les fraudes

25

Réduire les hospitalisations potentiellement évitables (HPE) et améliorer les sorties d'hospitalisation en anticipant et sécurisant le retour à domicile du patient :

- diffuser à l'ensemble des acteurs de santé un indicateur sur les HPE ;
- accompagner les patients, les praticiens libéraux et les établissements sanitaires des territoires ayant un volume important d'HPE ;
- pour les sorties d'hospitalisation, développer les outils pour améliorer la coordination ville-hôpital, notamment le renseignement dans les logiciels des établissements de l'ensemble de l'équipe de soins primaires prenant en charge le patient à domicile.

26

Proposer aux médecins un service « SOS IJ » permettant de saisir l'Assurance Maladie sur des situations complexes d'arrêt de travail.

27

Définir un nouveau protocole pluriannuel avec les radiologues libéraux.

28

Améliorer la pénétration des biosimilaires en luttant contre les stratégies conduites par les laboratoires pour contourner la substitution en officine des molécules onéreuses (ophtalmologie).

29

Renouveler et diffuser largement les outils permettant d'accompagner la décision et la prescription des professionnels de santé :

- poursuivre la mise en place de l'accompagnement à la prescription et l'étendre en l'appliquant à de nouveaux postes de soins, notamment à la biologie et aux transports ;
- étendre les ordonnances sécurisées pour maîtriser la dispensation de certains médicaments spécifiques ;
- promouvoir et faciliter l'usage des outils numériques visant à renforcer la pertinence et l'efficience des prescriptions (LAP et SADM), notamment dans le champ des 15 programmes d'actions définis dans la convention médicale.

30

Mieux prévenir et repérer les fraudes en responsabilisant l'ensemble des acteurs :

- augmenter de manière significative le recours à la carte Vitale pour faire progresser la sécurité du paiement des prestations (audioprothèses) ;
- diffuser un nouveau formulaire Cerfa d'arrêts de travail papier dont l'utilisation sera obligatoire à compter de juin 2025 ;
- déployer nationalement l'outil d'alerte sécurisée aux fausses ordonnances (ASAFO) auprès des pharmacies et encourager le recours à des outils d'intelligence artificielle pour détecter en officine les fausses ordonnances parallèlement au déploiement intégral de l'ordonnance numérique.



l'Assurance Maladie

Agir ensemble, protéger chacun

Découvrir l'intégralité
du rapport de propositions
de l'Assurance Maladie,
sur ce lien ou en scannant
ce QR Code.



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur André Lemierre, 75986 Paris Cedex 20