

RAPPORT D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHÈSE

MALADIE

Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale présentent tous les ans les grands objectifs poursuivis par la sécurité sociale et permettent d'identifier les réussites mais également les marges de progrès ou les difficultés rencontrées.

La branche maladie prend en charge plus des trois quarts des dépenses engagées par les Français au titre des soins. Elle concourt ainsi de façon décisive au financement de la dépense courante de santé, qui s'établit à 12,4 % du produit intérieur brut en 2020 (*indicateur n°1-1*), un niveau élevé au plan international. Cette prise en charge est complétée par les complémentaires. La crise sanitaire a fortement impacté la branche, un encadré à la fin de cette synthèse décrit l'impact de l'épidémie sur les indicateurs du rapport, les principales actions engagées par la branche et les impacts financiers qui résultent de la pandémie et de la diminution de l'activité économique.

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire présente 70 indicateurs permettant d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de six objectifs principaux :

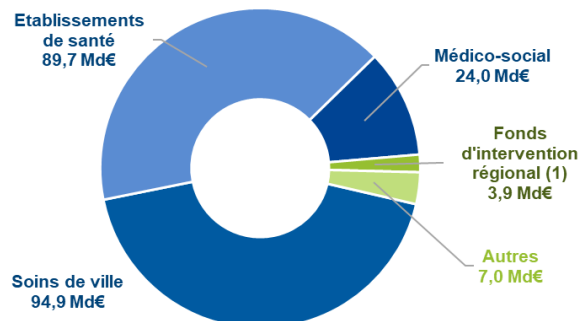
- 1/ développer la prévention ;
- 2/ assurer un égal accès aux soins ;
- 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ;
- 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ;
- 5/ renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ;
- 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement.

Avant de présenter les résultats des indicateurs selon ces dimensions, la synthèse revient sur les dépenses financées par la branche, qui font l'objet de la première partie du rapport (données de cadrage), et sur les mesures récentes et prévues dans le PLFSS 2022 en matière de politique de santé.

La branche maladie a dépensé 220 Md€ en 2020

La branche maladie a versé 219,5 milliards d'euros de prestations nettes en 2020. Ces dépenses sont consacrées aux soins de ville, aux établissements de santé, aux établissements médico-sociaux (EHPAD à destination des personnes en perte d'autonomie, et établissements à destination des personnes handicapées), et au fonds d'intervention régional (FIR) qui finance des actions validées par les agences régionales de santé.

Graphique 1 • Dépenses de santé financées par l'assurance maladie en 2020



(1) Le FIR finance des actions et des expérimentations validées par les ARS en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire
Source: Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 2021.

Des réformes structurantes pour améliorer le système de santé, consolidées par le Ségur

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, qui traduit les ambitions de « Ma Santé 2022 », a posé les premiers jalons d'une réforme de notre système de santé. Le Ségur de la santé a accéléré cette dynamique et a permis d'engager rapidement les transformations.

Le PLFSS 2022 poursuit les engagements du Ségur de la santé. L'Ondam 2022 intègre ainsi 2,8 Md€ de financement supplémentaires par rapport à 2021. Le financement total des mesures s'élève à 12,5 Md€ consacrées dans l'Ondam 2022. Plus de 2 Md€ supplémentaires sont notamment consacrés au volet 1 du Ségur consacré à la transformation des métiers et à la revalorisation de ceux qui soignent. Il s'agit en particulier de l'extension de la revalorisation sociale du Ségur au secteur médico-social ainsi que de la mesure de renforcement de l'attractivité, qui consiste en une revalorisation des grilles de plusieurs métiers de la fonction publique hospitalier, pour 635 millions d'euros. L'Ondam 2022 comprend également le financement des mesures prévues dans l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'assurance maladie en juillet 2021. Cet avenant définit notamment les modalités de rémunération des médecins libéraux au titre de leur participation au service d'accès aux soins (SAS) prévu dans le pilier 4 du Ségur de la santé qui pourra ainsi poursuivre son déploiement en 2022.

Un tournant dans la gestion des investissements a été pris en remplaçant le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) par un Conseil National de l'Investissement en Santé (CNIS), qui associera des représentants des élus et devra désormais définir les priorités nationales (*indicateur n°2-14*). En matière de gestion des ouvertures et fermetures de lits, l'objectif est notamment de programmer la réouverture de lits dans les structures de médecine en fonction des besoins, qui peuvent évoluer selon les pics saisonniers ou selon des pics exceptionnels

d'activité. **4 000 « lits à la demande » que les établissements pourront ouvrir en fonction des besoins seront ainsi développés** (*indicateur n°1-5-1*).

L'Ondam a été très nettement réévalué en 2021 et, compte tenu du contexte de crise sanitaire, les objectifs d'efficience de la dépense ont été suspendus (*indicateur n°2-12-2* portant sur la maîtrise médicalisée).

Par ailleurs, au regard des limites que présente l'Ondam, une réflexion sur la rénovation de cet outil de pilotage a été engagée par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) qui a formulé des orientations dans son rapport de mai 2021 portant sur la régulation du système de santé. De premières évolutions seront mis en œuvre dès le PLFSS 2022.

Conformément aux engagements du Ségur de la Santé, un soutien massif va être apporté à l'investissement en santé. Ce plan exceptionnel, reposant sur une enveloppe de plus de 19 Md€, comporte un accompagnement de l'investissement en santé de 6 Md€ (dont 2,5 Md€ pour les établissements sanitaires et 1,5 Md€ pour les établissements médicaux sociaux) et un programme de 13 Md€ prévu par l'article 50 de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2021. Ce dernier est destiné à permettre aux établissements assurant le service public hospitalier de retrouver rapidement les leviers de financement permettant de maintenir et renouveler leur outil de production de soins. Il vise à permettre la restauration des capacités de financement des établissements et à accompagner la transformation du service public hospitalier sur le territoire en limitant leur recours à l'endettement (*indicateur n°2-13*).

Le fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS) a été créé, au 1er janvier 2021, par transformation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Le périmètre du FMIS est désormais étendu aux établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné en ville. Il finance les dépenses d'investissement des établissements de santé, et de leurs groupements et ainsi que les dépenses du numérique pour les secteurs sanitaire et médico-social notamment.

La gouvernance des investissements en santé relève désormais du Conseil national de l'investissement en santé (CNIS), qui succède au COPERMO, sur un champ là aussi étendu. Le CNIS s'appuie sur des comités de pilotage sectoriels (sanitaire, médico-social et numérique) et un conseil scientifique. Il associe notamment les représentants des élus dans le cadre de la définition des grandes stratégies nationales en matière d'investissements en santé.

L'extension de la gratuité de la contraception jusqu'à 25 ans et la protection sociale complémentaire dans la fonction publique participent de l'amélioration de la prise en charge des patients.

Le PLFSS 2022 prévoit également une définition du modèle de prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun afin de développer cette pratique.

La suite de cette synthèse revient sur les résultats obtenus au regard des six grands objectifs retenus dans ce rapport en matière de politique de santé.

Objectif n°1 : Développer la prévention

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2019, le deuxième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le quatrième chez les hommes avec respectivement 23,9 ans

et 19,8 ans (*indicateur n°1-3-1*). En revanche, la mortalité prématurée, avant 65 ans, est relativement élevée. En 2016 (dernière année disponible), la France se situe au niveau de la moyenne européenne : 121 décès pour 100 000 habitants (*indicateur n°1-2-2*). Des écarts substantiels d'espérance de vie existent selon la catégorie socioprofessionnelle et le niveau de vie, même si l'espérance de vie a globalement augmenté pour toutes les catégories (*indicateur n°1-3-2*). Ces résultats sont à mettre en relation avec les conditions de vie et notamment l'exposition à certains facteurs de risques, tels que la pollution de l'air, la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Des actions de prévention pour réduire les facteurs de risque

La sécurité sociale met en œuvre un grand nombre d'actions de prévention au profit des assurés. Des programmes d'accompagnement des patients, de participation aux campagnes de prévention ciblées (dépistage du cancer, vaccination antigrippale ...), ainsi que des dispositifs conventionnels et d'accompagnement individualisé des professionnels de santé.

En plus des actions menées habituellement, la crise sanitaire s'est traduite par des actions de prévention effectuées en vue de limiter la propagation du virus de la Covid-19 : gestes barrière et stratégie « tester, alerter, protéger » (*cf. encadré*).

Santé publique France estime que 30 % de la mortalité prématurée est imputable aux conduites individuelles, au premier rang desquelles le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation ou le manque d'exercice. En particulier, la prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2020 : elle concerne plus d'un quart de la population de plus de 18 ans (*indicateur n°2-1-3*), même si elle baisse légèrement ces dernières années (31 % en 2005 contre 26 % en 2020).

Face à ce constat, le Gouvernement a renforcé la lutte contre le tabac par un relèvement important de la fiscalité. Il a en parallèle intensifié les actions de prévention auprès des populations les plus touchées et promu des dispositifs d'accompagnement à l'arrêt de la consommation. Après plusieurs années de hausse du prix des paquets de cigarettes lié à l'augmentation de la fiscalité, le prix moyen d'un paquet est passé à plus de 10 € en 2020. En 2021, le prix moyen devrait baisser en raison de la diminution des marges des producteurs sur les gammes les moins chères.

Depuis le 1^{er} janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65 %, sans plafond. La loi santé de janvier 2016, avait auparavant instauré le paquet neutre de cigarettes. Le programme national de réduction du tabagisme 2018-2022 a pour objectif de réduire à moins de 22 % la part de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, et à moins de 20 % la part de fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans, pour atteindre une génération de non-fumeurs d'ici 2032 (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 18 ans).

Depuis le début de la décennie 2010, la prévalence de l'obésité et du surpoids se réduit chez les enfants de grande section de maternelle et chez les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de la surcharge pondérale est la plus importante des classes d'âge étudiées (18 % des élèves de CM2 en 2014-2015, *indicateur n°2-1-1*). La LFSS 2019 a développé les actions de prévention à destination des enfants et des jeunes, en redéployant les 20 examens obligatoires, antérieurement tous réalisés

avant 6 ans, afin de couvrir l'enfance et l'adolescence, comme recommandé par le Haut conseil de la Santé publique. Certains de ces examens sont désormais prévus à 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans. Ils demeurent pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie, sans avance de frais.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prévoit de renforcer les programmes de dépistage grâce à des évolutions organisationnelles et technologiques. Elle prévoit également le renfort de la recherche dans le domaine des dépistages afin de disposer de tests plus efficaces, de développer de nouveaux dépistages (cancer du poumon, cancer de la prostate) et d'orienter chacun vers un dépistage plus personnalisé prenant mieux en compte les risques individuels. Le dépistage précoce des cancers permet en effet de limiter la mortalité de ces pathologies. A l'horizon 2025, la stratégie vise à dépasser les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage des cancers (70 % pour le cancer du sein, 65 % pour le cancer colorectal, 70 % pour le col de l'utérus), notamment en levant les inégalités d'accès et de recours au dépistage. A cette fin, elle prévoit la réalisation d'un million de dépistages en plus en 2025, qui viendraient s'ajouter aux 9 millions de dépistages réalisés chaque année. En 2020, en raison de la crise sanitaire qui a limité l'accès au centre et les actions de préventions, les taux de couverture des différents programmes de dépistages sont en baisse. Ils atteignent 43 % pour le cancer du sein, 58 % pour le cancer du col de l'utérus et 29 % pour le cancer colorectal (*indicateur n°2-2-1*).

Un renforcement de la couverture vaccinale

Les résultats sont encourageants concernant les actions de prévention par la vaccination (*indicateur n°2-3-1*). Pour rendre efficace la protection collective contre des maladies évitables, l'obligation vaccinale a été étendue pour les enfants de moins de 18 mois, nés à compter du 1^{er} janvier 2018, à onze vaccins, c'est à dire les huit vaccins déjà recommandés en sus des trois auparavant obligatoires.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe des personnes fragiles (en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans) s'établit à 55,8 % en 2020-21, en augmentation de 8 points par rapport à 2019-20, après une période de baisse entre 2010 et 2019 (*indicateur n°2-3-2*). Cette forte augmentation s'explique par le contexte de l'épidémie de Covid-19. Par ailleurs, la LFSS 2019 permet aux personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales de se faire vacciner par le professionnel de leur choix : médecin, sage-femme, infirmier et pharmacien volontaire.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques dans le suivi du diabète s'améliore en 2019, confirmant la tendance observée depuis plusieurs années. Sur la période 2010-2019, la proportion de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins 3 contrôles a progressé de près de 14 points, passant de 42 % à 56 % et celle des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatinine et des lipides continue d'augmenter pour atteindre respectivement 89 % et 76,9 % en 2019. Ce résultat est à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la Cnam, dans le cadre duquel les infirmiers conseillers relaient les recommandations de bonnes pratiques des médecins traitants. Les objectifs de prévention des

complications du diabète sont également intégrés aux actions menées avec les professionnels de santé, notamment dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (*cf. infra*). Toutefois, des efforts sont à poursuivre en ce sens, le suivi étant inégal selon les examens recommandés (*indicateur n°2-1-2*).

Objectif n°2 : Assurer un égal accès aux soins

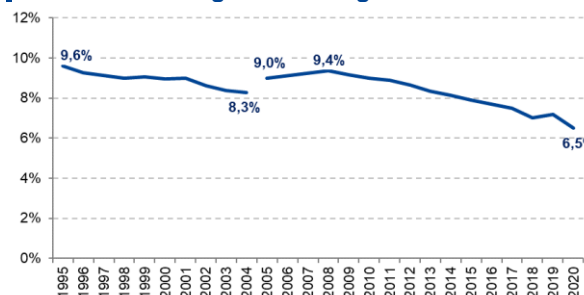
L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, et d'autre part un niveau maîtrisé des dépenses de santé restant à la charge des assurés.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages la plus faible des pays de l'OCDE : 6,5 % en 2020

Sur le plan financier, le niveau de prise en charge par les administrations publiques (principalement par la sécurité sociale, et à titre secondaire par l'État et les collectivités locales) est élevé : il s'établit à 79,8 % en 2020, en progression de 1,6 point par rapport à 2019 et confirme la tendance à la hausse observée depuis 2012 (*indicateur n°2-4-1*). Cela tient notamment à la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des dépenses liées à l'épidémie : téléconsultations, vaccins et tests PCR qui a représenté une économie équivalente pour les organismes complémentaires. La France figure ainsi parmi les pays de l'OCDE qui consacrent une part importante de leur richesse à la fois aux dépenses de santé et à leur prise en charge publique. Ce niveau de couverture publique fondé sur une logique de solidarité *via* une mutualisation des risques et un financement proportionnel aux revenus contribue de façon sensible à la réduction des inégalités de niveau de vie.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'établit à 6,5 % en 2020, en diminution de 0,7 point par rapport à 2019. Il s'agit du niveau le plus faible enregistré depuis 1995 (*cf. graphique 1*). La baisse est quasi-généralisée à toutes les composantes de la consommation à l'exception de l'optique médicale. La hausse du reste à charge des ménages pour l'optique s'explique par la faible pénétration du 100 % santé et une baisse de la prise en charge de l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre.

Graphique 2 • Part des dépenses directe de santé restant à la charge des ménages



Source : Drees, Comptes de la santé 2020.

Sur longue période, ce recul est en partie dû à des facteurs structurels (hausse de la qualité des contrats complémentaires, progression des effectifs en affection de

longue durée exonérés de ticket modérateur sur les soins en lien avec l'affection, croissance plus dynamique des postes de dépenses les mieux remboursés), et plus récemment à la mise en place du 100 % santé ainsi qu'au ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins.

Les obstacles financiers à l'accès aux soins

Les indicateurs d'accès aux soins des assurés aux revenus modestes présentent un bilan plus contrasté.

D'une part, les efforts financiers en matière de soins restent contenus pour les ménages disposant de faibles revenus : selon les dernières évaluations disponibles, en 2017, le reste à charge en santé représentait ainsi 2 % du revenu disponible des 10 % de personnes aux revenus les plus faibles (contre 0,5 % pour les personnes du dernier décile, *indicateur n°2-4-2*). Les taux d'effort sont stables par rapport à 2017.

Mais, d'autre part, selon l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes, plus d'un quart des Français a déclaré avoir renoncé à au moins un soin en 2014 pour des raisons financières. Cette proportion est plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-c (un tiers des bénéficiaires), pourtant exonérés de participation financière (*indicateur n°2-5-1*), et parmi les personnes sans complémentaire santé (la moitié d'entre eux). Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé, en particulier les soins optiques et dentaires.

Les deux dispositifs historiques d'accès aux soins à destination des populations précaires (CMU-c et ACS) ont fusionné en novembre 2019 pour constituer la complémentaire santé solidaire (C2S). Celle-ci offre une assurance santé complémentaire, prenant en charge la quasi-totalité des frais engagés, sur un large panier de soins (au-delà de la prise en charge des tickets modérateurs en ville et à l'hôpital, en optique, dentaire, aide auditive, mais aussi un grand nombre de dispositifs médicaux antérieurement non pris en charge par l'ACS, au-delà de la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire). Cette réforme est particulièrement favorable aux personnes âgées (dont les niveaux de primes d'assurance sont élevés) mais aussi aux personnes en situation de handicap (à travers l'accès à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux – fauteuils roulants, pansements, sondes par exemple).

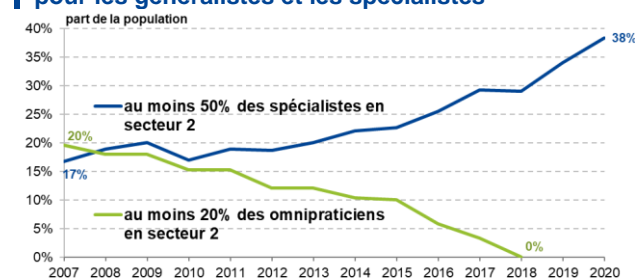
A fin juin 2021, 7,2 millions de personnes sont couvertes par la C2S pour l'ensemble du territoire et des régimes d'assurance maladie. 5,8 millions bénéficient de la C2S sans participation et 1,4 million de la complémentaire santé participative (C2SP). Cette participation financière s'élève à maximum 1 euro par jour et par personne. Le nombre de bénéficiaires a diminué de 3 % par rapport à juin 2020 (7,4 millions), ce qui peut s'expliquer par des mesures de prolongation de droits mises en œuvre pendant l'état d'urgence sanitaire (*indicateur n°2-4-3*). Le nombre de bénéficiaires de la C2S est en revanche supérieur à celui des bénéficiaires cumulés de l'ex-CMUC et de l'ex-ACS avant l'entrée en application de la C2S en novembre 2019.

La régulation des dépassements d'honoraires et des tarifs des soins

Dans certaines zones telles que les grandes agglomérations, les patients peuvent rencontrer des difficultés à accéder à une offre de soins à tarifs opposables, sans dépassements d'honoraires.

Depuis 2018, dans tous les départements, moins de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres. Néanmoins, l'accès à des spécialistes libéraux à tarifs opposables demeure moins aisé. En 2020, la proportion de spécialistes qui définissent librement leurs honoraires (spécialistes de secteur 2) et peuvent donc pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la sécurité sociale, est de 38 %. Elle a augmenté de 14 points entre 2003 et 2020 et de 2 points entre 2019 et 2020 (*indicateur n°2-4-4 et graphique 3*).

Graphique 3 • Accès aux soins à tarifs opposables, pour les généralistes et les spécialistes



Source : Cnam.

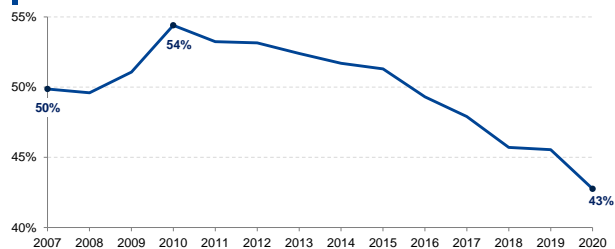
Lecture : en 2020 38,4 % de la population réside dans des départements où plus de la moitié des spécialistes exercent en secteur 2 (autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires).

Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 43 % en 2020, confirmant la baisse amorcée en 2011 (*cf. graphique 4*).

Ce résultat traduit les efforts de l'Assurance maladie et des médecins libéraux pour endiguer les dépassements tarifaires. Le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place fin 2013 et remplacé ensuite en 2017 par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), a contribué à modérer les dépassements d'honoraires.

En étant signataire de l'option tarifaire OPTAM, les médecins s'engagent à ne pas dépasser le taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, basé sur les tarifs du secteur 1. Ce taux moyen de dépassement est calculé par l'Assurance Maladie en fonction de l'activité des 3 dernières années. À partir du 20 juillet 2020, les médecins qui ont respecté leurs engagements au titre de l'année 2019 reçoivent une prime. En 2020, 8 600 médecins ont reçu une prime d'un montant global de 66 M€ (en moyenne 7 640 euros pour les médecins généralistes et 9 000 euros pour les spécialistes).

Graphique 4 • Taux de dépassement moyen des médecins en secteur 2



Source : Cnam.

Enfin, les dépassements d'honoraires et tarifaires de certains soins ou dispositifs médicaux représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages, notamment en dentaire, optique et audiologie. En concertation avec les professionnels de ces secteurs, le Gouvernement a défini un panier de soins « 100 % santé » en optique, dentaire et aides auditives pour lequel les assurés bénéficient d'un reste à charge nul après remboursement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. Le taux de pénétration des dispositifs « 100 % Santé » diffère selon les domaines. Il est plus important pour le dentaire, avec 55 % des équipements relevant du dispositif sur le premier semestre 2021, et les audioprothèses (40 % au 1^{er} semestre 2021) que pour l'optique (17 % au premier semestre 2021).

Objectif n°3 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé

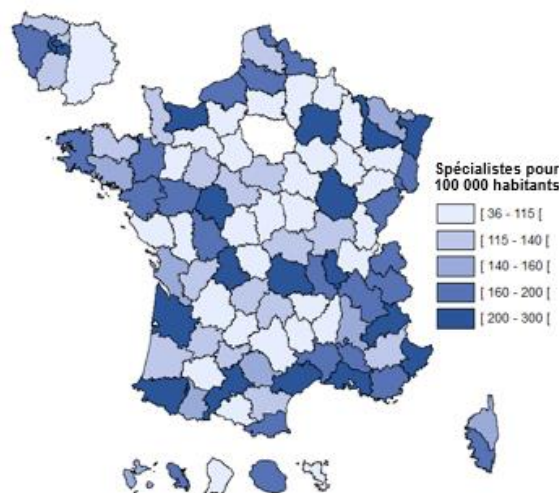
La crise sanitaire a eu un impact majeur sur l'activité des établissements de santé. Les services de réanimation ont été très fortement sollicités dans les régions les plus exposées à l'épidémie et les capacités ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire. A l'inverse, certaines interventions non urgentes ont été déprogrammées et l'activité des services et établissements moins directement en lien avec la crise a baissé à partir de la mi-mars 2020. En réponse à cette situation, le Gouvernement a aménagé la tarification à l'activité pour l'année 2020 et substitué à ce mécanisme un dispositif de garantie de ressources des établissements de santé. Au regard de la persistance de la crise sanitaire et de son impact durable sur le fonctionnement des établissements de santé, il a été décidé de prolonger la garantie de recettes, dans un premier temps au premier semestre 2021, puis, dans un second temps, à l'ensemble de l'année.

Des inégalités de répartition des professionnels de santé persistantes

En 2021, on comptait en France 228 000 médecins généralistes et spécialistes, en forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population (*indicateur n°1-4-1*). Même si la densité moyenne de médecins spécialistes (libéraux et salariés) a augmenté en dix ans, les écarts de densité observés se maintiennent, avec un nombre de spécialistes pour 100 000 habitants deux fois plus élevé dans les départements les mieux dotés que dans ceux les moins bien dotés. Les densités les plus élevées correspondent aux départements contenant les grandes agglomérations, avec Paris en tête (635 pour 100 000 habitants), ou au pourtour méditerranéen. Les départements les moins bien dotés sont ceux de Mayotte et de l'Eure (respectivement 37 et 72 spécialistes pour 100 000 habitants). 12 autres

départements n'atteignent pas 100 spécialistes pour 100 000 habitants.

Carte 1 • Densité de médecins spécialistes en 2021



Sources : RPPS 2021, ASIP-Santé ; estimations de population 2021, Insee ; traitements Drees.
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. ©geofla 2019

L'évolution de la rémunération des professionnels de santé

Entre 2015 et 2018, le revenu d'activité libérale des médecins libéraux augmente de 3,6 %, soit une croissance proche de celle du salaire moyen dans le secteur privé (+3,9 %), et supérieure à l'inflation (+2,8 %). Les spécialistes ont vu leur revenu progresser de 8,0 %, tandis que la rémunération des généralistes est stable sur la période. Les infirmiers ont vu quant à eux leur revenu baisser de 1,0 % par rapport à leur niveau de 2015 (*indicateur n°2-7-1*). Ces résultats concernent uniquement les professionnels de santé libéraux. Les rapports seront complétés dans les prochaines éditions afin d'élargir le champ de l'étude à l'ensemble des professionnels de santé et notamment des professionnels hospitaliers. Par ailleurs, les résultats présentés sont antérieurs à la crise sanitaire et au Ségur de la santé.

Dans le cadre des accords du Ségur de la santé, une augmentation de 183 euros nets par mois a été accordée à 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD.

Objectif n°4 : Améliorer la qualité de la prise en charge des patients

L'amélioration de la qualité des soins doit s'appuyer sur la promotion des meilleures pratiques, sur la bonne coordination des soins fournis par les différents offreurs de soins, notamment dans les champs ambulatoire et hospitalier, ainsi que sur la formation continue des professionnels de santé.

Renforcer la transversalité de prise en charge entre les établissements de santé et la médecine de ville

La lettre de liaison est un document clé de la transmission d'informations relatives aux patients entre les professionnels de santé de ville et ceux exerçant en

établissement de santé. Dans le cadre des orientations nationales d'inspection-contrôle (ONIC), la qualité de la lettre de liaison à la sortie est mesurée, mais cet exercice n'a pas été réalisé en 2020 en raison de la crise sanitaire. En 2019, 49 % des lettres sont jugées conformes en obstétrique, 69 % en soins de suite et de réadaptation et 58 % en chirurgie ambulatoire (*indicateur n°2-8-1*).

Les programmes d'accompagnement au retour à domicile (PRADO) des patients après une hospitalisation visent à mieux coordonner la transition de la prise en charge entre hôpital et ville. Initié en maternité en 2010, ce dispositif a été étendu depuis à cinq autres domaines : chirurgie, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, accidents cardio-vasculaires et suivi des personnes âgées. En 2020, sous l'effet de la crise sanitaire, le nombre de patientes ayant bénéficié du PRADO a diminué de moitié en maternité, avec 200 000 prises en charge seulement. Une baisse du recours est également constatée pour la plupart des autres hospitalisations (chirurgie ou pathologies chroniques). L'épidémie de Covid-19 a en effet entraîné le report d'opérations programmées, notamment en chirurgie, et a conduit à mobiliser les conseillers de l'Assurance maladie sur l'accompagnement des sorties de patients Covid (*indicateur n°2-8-3*).

Enfin, le dossier médical partagé (DMP) constitue un outil qui permet une meilleure prise en charge du patient en ville comme à l'hôpital (*indicateur n°2-9-4*). En juin 2021, 10,2 millions de DMP avaient été ouverts. La création des DMP a été stoppée fin juin 2021 de manière à préparer l'arrivée de « Mon espace santé ». Dès 2022, un DMP sera ainsi créé automatiquement pour l'ensemble de la population française à travers « Mon espace santé » qui comprendra également une messagerie sécurisée entre les établissements de santé / professionnels de santé et les patients, un agenda santé et un catalogue d'applications. Le lancement de « Mon espace santé » a démarré dans les trois territoires pilotes (Loire Atlantique, Haute Garonne et Somme) fin août 2021.

Améliorer la qualité des soins

Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer la qualité des soins.

La prévalence des infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (infections nosocomiales) est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. Après avoir baissé de 7,7 % entre 2001 et 2006, la prévalence des maladies nosocomiales s'est stabilisée sur la période 2007-2012 puis a augmenté de 5,7 % entre 2013 et 2017 (*indicateur n°2-9-3*).

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Chaque année, les établissements peuvent être certifiés avec ou sans réserve par la Haute Autorité de Santé (HAS). L'objectif est d'augmenter la part d'établissements certifiés sans réserve ni recommandation. A fin 2020, 46 % des établissements sont certifiés sans réserve ni recommandation, contre 42 % en 2019 (*indicateur n°2-9-1*). En 2020, la procédure de certification a été profondément réformée afin de renforcer l'adhésion par l'ensemble des professionnels et des usagers à la démarche de certification et de mettre en cohérence l'ensemble des éléments du dispositif : manuel, visite, rapport, processus décisionnel, diffusion publique des résultats. Le référentiel de certification reste universel

mais celui-ci se veut aussi adapté en fonction du profil de l'établissement. Ainsi, en plus des critères génériques définis pour tous les établissements s'ajoutent des critères spécifiques qui se déclineront en fonction du type de population pris en charge, des modalités de prise en charge et également des activités de chacun des établissements. La nouvelle certification conserve le compte qualité qui sera structuré en cohérence avec le référentiel. Il sera utilisé par les établissements pour les évaluations internes avant visite et en suivi régulier, et par les experts-visiteurs au moment de la visite. La visite, dans ses modalités, ne va pas fondamentalement changer. Cependant, elle intégrera davantage la méthodologie des patients-traceurs. La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Concernant les médecins libéraux, les indicateurs confirment les progrès des pratiques cliniques réalisés en matière de suivi des pathologies chroniques et de prescription dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique ou ROSP (*indicateur n°2-9-2*). Plusieurs indicateurs de dépistage des pathologies chroniques sont en baisse en 2020 : c'est le cas de ceux relatifs au diabète (respectivement -2,8 et -1,2 points) et le dépistage de la maladie rénale chronique chez le patient diabétique (-0,9 point). Le suivi des patients sous traitement anti-vitamine K est également en baisse (-3,6 points).

L'année 2020, marquée par la crise sanitaire, a fortement perturbé l'évolution des indicateurs de la ROSP des médecins. En effet, le moindre recours aux soins (essentiellement durant le premier confinement) et l'annulation d'activités programmées non urgentes ont percuté l'évolution de certains indicateurs sans que cela résulte directement d'un changement des pratiques professionnelles des médecins. Afin de corriger les effets de cette situation atypique, des mesures d'ajustement à la marge du calcul de la ROSP ont été définies avec les représentants des médecins.

Objectif n°5 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée

L'Assurance maladie va, à l'issue de la crise sanitaire, reprendre ses efforts pour contenir la progression tendancielle des dépenses de santé, en tenant compte des évolutions de l'environnement.

Compte tenu de la diminution de l'impact des actions de gestion du risque (GDR) depuis quelques années, l'Assurance maladie engage un programme ambitieux de rénovation de sa stratégie de gestion du risque (incluant la maîtrise médicalisée).

Les actions de maîtrise médicalisée visent notamment un meilleur usage des soins et des produits de santé en incitant les offreurs de soins à améliorer leurs pratiques, à la fois en ambulatoire et à l'hôpital. Elles cherchent à réduire les consommations de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques médicales, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé.

Un bilan de la maîtrise médicalisée contrasté

L'objectif d'économies à atteindre dans le cadre de la maîtrise médicalisée est devenu de plus en plus ambitieux au cours du temps. Toutefois, en raison de la crise sanitaire, cet indicateur a été neutralisé en 2020 et les

résultats présentés sont ceux des années antérieures. En 2019, l'objectif de réduction a été fixé à un niveau légèrement supérieur à ceux des années précédentes (740 M€). Les économies réalisées sont estimées à 377 M€, soit un taux de réalisation de 51 % de l'objectif fixé (*indicateur n°2-12-2*). Les objectifs ont été dépassés sur les actes de masso-kinésithérapie et infirmiers. En revanche, ils n'ont pas été atteints sur les dispositifs médicaux et les prescriptions d'arrêts de travail.

En matière de médicaments, la forte dynamique des dépenses en officine de ville, constatée en 2018 (+3,6 % - hors rétrocession) et 2019 (+3,0 %), se confirme pour l'année 2020 (+3,5 %). Pour mémoire, les dépenses de médicaments étaient orientées à la baisse entre 2011 et 2015 (-2,0 % en moyenne) et stables en 2016 et 2017 (*indicateur n°2-11-1*). L'augmentation récente s'explique principalement par l'arrivée en officine de ville de médicaments auparavant uniquement prescrits dans le cadre hospitalier, et par la déformation du marché vers des traitements innovants et coûteux.

L'un des moyens de maîtriser les dépenses de médicaments est d'encourager l'usage de génériques quand ils existent. Le taux de pénétration des génériques est de 92 % en 2020 et atteint pour la première fois l'objectif, fixé depuis 2018 à 90 %. Ce résultat fait suite à la mise en œuvre de différentes mesures depuis juin 2012, comme la généralisation du « tiers payant contre génériques », la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens d'officine, le plan national de promotion des médicaments génériques 2015-2017 (*indicateur n°2-10-4*) et la mesure dite article 66 (LFSS pour 2019) rentrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Afin d'accompagner et d'encourager le développement des biosimilaires, la LFSS 2020 permet la mise en place d'une incitation à l'achat de médicaments biosimilaires par les établissements de santé, levier supplémentaire à l'expérimentation article 51 débutée fin 2018 pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville (*indicateur n°2-10-5*). Bien que la part des biosimilaires reste encore modeste (30 % en 2020), on observe une progression du taux de pénétration de ces produits de 4 points par rapport à 2019. Cette progression devrait être encouragée par les dispositifs expérimentaux d'incitation des services (ou pôles d'activité) prescripteurs à un plus grand recours à la prescription de médicaments biosimilaires, lorsque la prescription est exécutée en ville. Cette rémunération porte sur les groupes de médicaments pour lesquels des médicaments biosimilaires ont récemment été admis au remboursement, et dont la prescription est au moins pour partie hospitalière mais

exécutée en ville (l'étanercept et l'adalimumab de la classe des anti-TNF alpha et l'insuline glargine)

La maîtrise des dépenses d'indemnités journalières maladie (IJ) constitue un autre levier d'action important, dans la mesure où ces indemnités, à destination des salariés en arrêt maladie, représentent plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville de l'Ondam (*indicateur n°2-12-1*). Les dépenses d'indemnités journalières ont cependant été très dynamiques depuis quelques années, passant de 6,1 Md€ en 2009 à 9,3 Md€ en 2020, hors indemnités journalières dérogatoires liées à la crise sanitaire, qui ont atteint 1,7 Md€ en 2020. Toutefois la crise sanitaire a aussi conduit à faciliter de façon générale l'accès à ces indemnités journalières, notamment pendant le premier état d'urgence sanitaire où le délai de carence et les durées maximales de versement ont été suspendus.

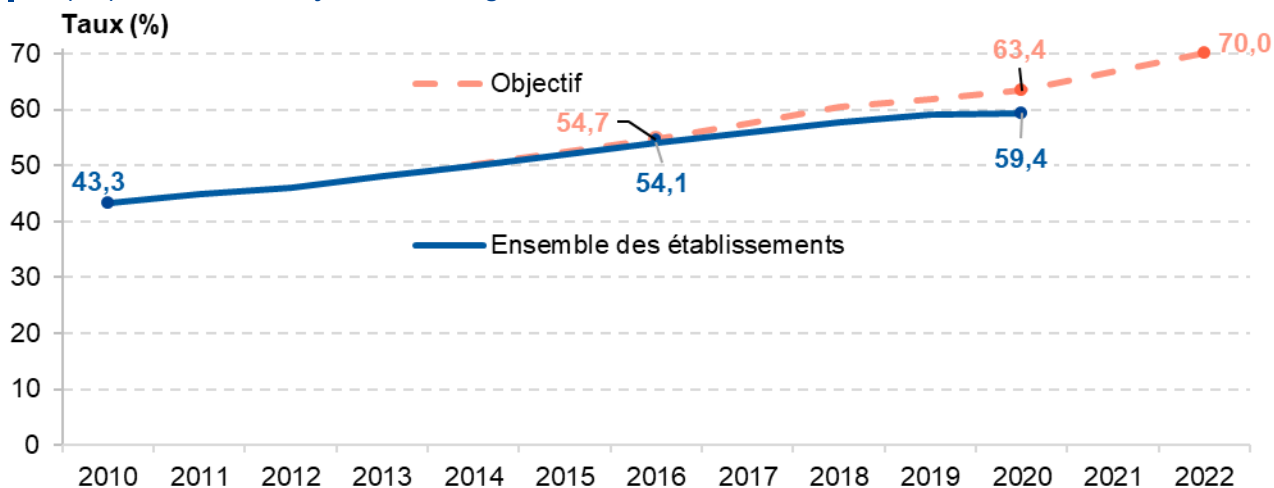
Par ailleurs, les établissements publics hospitaliers ont pour objectif de réaliser des gains dans le secteur des achats, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE), lancé en 2011. En 2020, 378 M€ de gains ont été réalisés, contre 424 M€ en 2015 (*indicateur n°2-11-2*).

Des actions destinées à renforcer l'efficience de la prise en charge à l'hôpital

Les capacités de soin dépendent notamment du nombre de lits disponibles et de la durée moyenne de séjour (DMS). Une part de l'efficience des établissements de santé peut être approchée par la durée moyenne de séjours.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire (*indicateur n°2-11-4*) contribue également à une meilleure efficience des dépenses de santé. Le taux national de chirurgie ambulatoire s'élevait à 59,2 % en 2019. En dépit de la crise sanitaire, il a progressé de 0,2 point entre 2019-2020, pour s'établir à 59,4 %. Cette augmentation est inférieure à la trajectoire pour parvenir à l'objectif 2022 de 70 %. Le programme repose notamment sur l'amélioration de l'organisation des structures de soins, le renforcement de la coordination des acteurs dans une logique de parcours, le développement de la formation, tout en encourageant l'innovation, ainsi que le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Graphique 5 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



Sources : ATIH, PMSI-MCO

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en court séjour, puis transférés en soins de suite et de réadaptation (SSR), traduit une meilleure articulation entre soins aigus et SSR, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval (*indicateur n°2-11-5*).

Enfin, l'épidémie de Covid-19 a mis en lumière certains risques associés à une réduction du nombre de lits. Le Ségur de la santé prévoit ainsi de financer l'ouverture ou la réouverture de 4 000 lits « à la demande ».

Des établissements de santé publics encore en déficit en 2019

En 2019, les hôpitaux publics restent déficitaires, bien que proches de l'équilibre : le déficit représente 0,7 % des ressources stables des établissements. Ce solde négatif provoque une augmentation de la dette constante depuis 2003 : elle atteint 51 % des ressources en 2019.

La situation des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic) s'améliore en 2019, leur solde restant excédentaire à hauteur de 0,4 % des chiffres d'affaires. La tendance est identique pour les cliniques privées dont le solde représente 2,4 % des produits bruts d'exploitation.

La limitation ou la réduction de la dette des établissements s'est fait au détriment de l'investissement. L'effort d'investissement des hôpitaux publics est passé de 10 % des recettes en 2008 à 4 % en 2018. L'année 2019 est marquée par une légère reprise de l'investissement qui représente 5 % des recettes des hôpitaux publics (*indicateur n°2-13*).

Afin de répondre à cette double problématique de réduction de la dette et de relance de l'investissement, le Ségur de la santé prévoit un plan d'investissement de 6 milliards d'euros sur cinq ans dans le système de santé, venant s'ajouter aux 13 milliards d'euros de reprise de la dette hospitalière déjà prévus par le plan Investir pour l'hôpital présenté par le Gouvernement en novembre 2019. Cette dotation se répartit en deux volets regroupant deux principales orientations :

- Le soutien à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier (6,5 Md€)

- Le soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier (6,5 Md€)

Limiter et prévoir les pénuries de médicaments

La crise sanitaire a également mis en lumière les risques de pénuries de médicaments et de vaccins en France. En 2020, environ 550 médicaments ont fait l'objet d'un signalement de rupture de stock, ou de risque de rupture, à un moment de l'année, soit 2,6 de plus qu'en 2016. Cela concerne notamment des médicaments anti-cancéreux, contre la maladie de Parkinson, et des vaccins. Les difficultés d'approvisionnement ont des origines multifactorielles : complications survenues lors de la fabrication des matières premières ou des produits finis, défauts de qualité sur les médicaments, capacité de production insuffisante, morcellement des étapes de fabrication, etc. Par ailleurs, la demande mondiale est de médicaments est croissante ce qui accentue les tensions sur le système de production. L'augmentation apparente du nombre de ruptures ou de risques de ruptures signalés (*indicateur n°2-10-7*) est essentiellement le fait du renforcement des obligations déclaratives des laboratoires pharmaceutiques dans le cadre des plans visant à réduire les risques de rupture de stock de médicaments. Le Gouvernement a engagé un plan de lutte contre ces ruptures, qui s'appuie notamment sur le « décret stock » prévoyant pour les industries de santé une obligation de stock pour certains médicaments pouvant aller jusqu'à 4 mois.

Objectif n°6 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

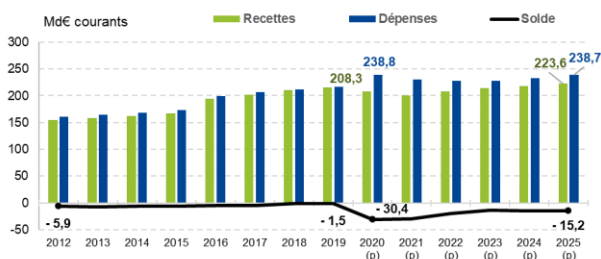
Durant la décennie 2010, la maîtrise des dépenses avait permis un redressement de la situation financière de la branche maladie, dont le déficit avait été ramené à 0,7 Md€ en 2018 et 1,5 Md€ en 2019. En 2020, la crise sanitaire a fortement affecté la branche, qui accuse un déficit de 30,4 Md€.

En 2021, le déficit de la CNAM se redresserait légèrement mais demeurerait à un niveau élevé (29,4 Md€), malgré le rebond de la conjoncture économique. En effet, les

charges de la branche maladie demeureront élevées en raison des dépenses très importantes liées directement à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 et à la montée en charge des mesures du « Ségur de la santé ».

En 2022, le déficit de la CNAM se redresserait nettement et atteindrait 19,7 Md€, avant de se stabiliser autour de 15 Md€ en 2024 et 2025.

Graphique 6 • Solde financier de la branche



Source : PLFSS pour 2022.

P : prévisions

Lutte contre la fraude et recours contre tiers

Un plan de lutte contre la fraude est mis en place annuellement par l'assurance Maladie afin de dissuader les fraudes, pratiques fautives et abusives de l'ensemble des acteurs. Depuis 2011, à la demande de la Direction de la sécurité sociale et de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, ce plan distingue d'une part, les fraudes et les activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint près de 201 M€ en 2019 (soit un niveau stable par rapport à celui de 2017), dépassant l'objectif de 130 M€ (*indicateur n°2-14-4*). En 2020, les actions de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude ont été fortement impactées par les confinements et la mobilisation des équipes de l'Assurance maladie sur les activités prioritaires en lien avec la gestion de la crise sanitaire. Le montant des économies directes réalisées a été de moitié et représente 95 M€ en 2020.

Un dernier enjeu mentionné dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « maladie » porte sur la relance de l'utilisation de la procédure de recours contre tiers par les régimes d'Assurance maladie. Elle a permis de récupérer 646 M€ en 2020, soit 0,3 % des prestations légales nettes des régimes (*indicateur n°2-15-3*). En 2020, les produits de recours contre tiers bruts subissent une baisse (-17,2%), retrouvant leur niveau de 2010. Cette baisse est liée au recul des accidents survenus en 2020, conséquence des différents confinements provoqués par la crise sanitaire de la Covid-19.

Conclusion

Jugé à l'aune des principaux indicateurs de ce rapport, la politique de sécurité sociale « maladie » remplit globalement les objectifs qui lui sont assignés, mais présente certaines marges de progrès :

- **D'importants efforts doivent être portés sur la prévention.** Si les comportements à risque se réduisent avec une diminution du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la prévalence du surpoids des enfants. Certains facteurs de risques ne dépendent pas des comportements individuels, la pollution de l'air par exemple a un fort impact sur la santé de la population. Le taux de vaccination contre la grippe et les dépistages du

cancer n'atteignent pas les cibles fixées. La Covid, introduit une nouvelle dimension aux actions de prévention rappelant que les bons gestes permettent de se protéger et de protéger les autres. Toutefois, elle s'est aussi traduite par une diminution de certains actes de prévention.

- **Le système de santé assure un accès aux soins à tous les Français grâce à une répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et une prise en charge financière importante.** Pour autant, la proportion élevée de personnes à revenus modestes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières justifie la poursuite des efforts dans ce domaine, *via* l'amélioration de la prise en charge des soins pour les personnes modestes au travers de la mise en place de « la complémentaire santé solidaire » et de la réforme « 100 % santé » visant à assurer un reste à charge nul pour les patients en optique, prothèses auditives et dentaire et la montée en charge progressive du tiers payant.

- **La crise sanitaire traduit une rupture en terme de politiques publiques de santé.** Les capacités en lits de soins critiques ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire afin de garantir l'accès au système de soin. La mise en place de 4 000 lits « à la demande » doit permettre de continuer à mieux adapter l'offre de soin aux besoins. Toutefois, des inégalités de répartition des professionnels de santé persistent. Par ailleurs, dans le cadre des accords du Ségur de la Santé, une augmentation de 183 euros nets par mois a été accordée à 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD.

- **Face à l'urgence, les indicateurs de suivi de la qualité des soins ont été moins bien renseignés durant la crise.** Il conviendra de poursuivre les efforts des engagés en particulier en terme de prescriptions médicale et d'hospitalisation à domicile. Le lancement du pilote « Mon espace santé » et la généralisation du dossier médical partagé doivent ainsi contribuer à l'amélioration du suivi des patients.

- **Pour renforcer l'efficacité du système de soins tout en limitant l'endettement des établissements de santé la « maîtrise médicalisée des dépenses d'Assurance maladie » a fixé des objectifs toujours plus ambitieux.** Toutefois, les économies réalisées estimées à 377 M€, en 2019 sont largement inférieures à l'objectif fixé (51 %). Une attention particulière est également portée sur les pénuries de médicaments. Si, la forte augmentation des pénuries s'explique, pour partie, par le renforcement des obligations déclaratives, des mécanismes doivent être mis en place pour permettre la diminution du nombre de ruptures de stock.

- **La nécessité d'un système équilibré financièrement a été reléguée au second plan afin de garantir la sécurité de tous.** Les mesures adoptées se sont traduites par un déficit important en 2020 qui interroge les modalités de retour à l'équilibre.

Encadré - La branche maladie en première ligne face à la crise sanitaire

La branche maladie accuse un déficit de -30,4 Md€ en 2020. Les charges directement liées à la crise représenteraient un total 13,1 Md€ de dépenses pour la branche maladie en 2021. Une provision de 4,3 Md€ avait été retenue afin de couvrir ces dépenses : 2 Md€ au titre des dépistages, 1,5 Md€ pour l'acquisition de vaccins et la campagne de vaccination, et 0,7 Md€ pour couvrir les achats et la dispensation des masques pour cas positifs, cas contacts et personnes vulnérables.

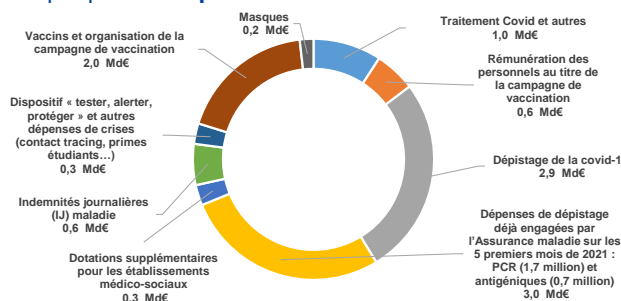
La Covid aura certainement des impacts à long terme qu'il n'est pas possible d'évaluer mais on peut d'ores et déjà noter une forte diminution des activités de soin durant la pandémie en raison de la déprogrammation de certaines opérations. Les soins dentaires et de masso-kinésithérapie étaient quasiment à l'arrêt pendant le premier confinement conduisant à une forte baisse des remboursements en 2020. Cette tendance se retrouve également pour les remboursements d'honoraires médicaux en baisse en 2020. Les prestations de médecine générale ont été marquées par une baisse importante d'activité en 2020 : -4,3 % par rapport à 2019, avec en particulier une baisse des remboursements de 23 % entre mars et mai. Cette baisse de l'activité a néanmoins été partiellement limitée dès le début de la crise sanitaire par une hausse très importante des téléconsultations qui ont été exonérées de ticket modérateur. Il a également été décidé de mettre en place à partir du 1er mai des consultations longues tarifées à 46 € pour l'ensemble des personnes vulnérables qui n'ont pas pu consulter leur médecin pendant le confinement. Hors exonération de ticket modérateur et consultations longues, les dépenses des généralistes en volume sont inférieures de 9,3 % à 2019.

En 2020, l'activité des médecins spécialistes diminue de 5,8 % par rapport à 2019, la baisse atteignant 36 % de mars à mai par rapport à la même période en 2019. Ces baisses d'activité concernent aussi bien les consultations (-13,9 % en 2020) que les actes techniques (-6,3 %) et, à une moindre échelle, les forfaits d'imagerie (+0,3 %). Contrairement aux généralistes, les spécialistes ont rattrapé en juin, juillet et août une partie des actes non réalisés durant le premier confinement (+7,3 % en volume de juin à août par rapport à la même période en 2019), avant de retrouver une dynamique comparable à celle d'avant la crise sanitaire sur les quatre derniers mois de l'année 2020.

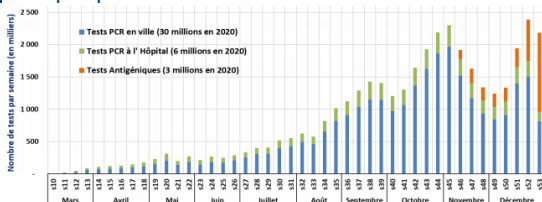
De même les actions de prévention ont été plus faibles durant les périodes de confinement comme en témoigne le recul de la vaccination et des dépistages. Une partie des actions mises en place pour freiner l'épidémie et limiter le nombre de décès fait l'objet d'un encadré spécifique.

La stratégie pour limiter la propagation du virus s'appuie sur le repérage précoce des symptômes, la réalisation de tests et l'isolement des malades ainsi que des personnes ayant été en contact avec eux. Depuis la fin 2020, cette stratégie est complétée par la vaccination dont l'objectif est de réduire la circulation du virus et l'apparition de forme grave de la maladie. Cette politique volontariste et gratuite pour les ménages a contribué au déficit de la branche maladie : la crise représenterait une dépense d'environ 13,1 Md€ pour la branche maladie en 2021.

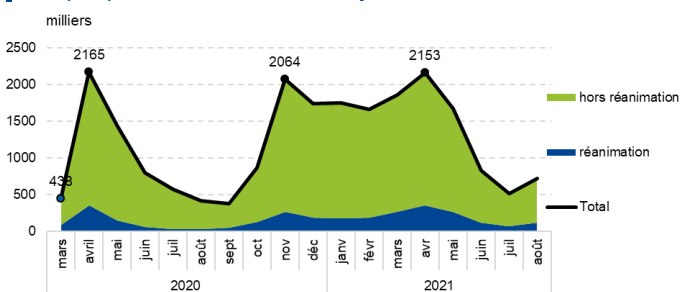
Graphique 6 • Dépenses liées au Covid



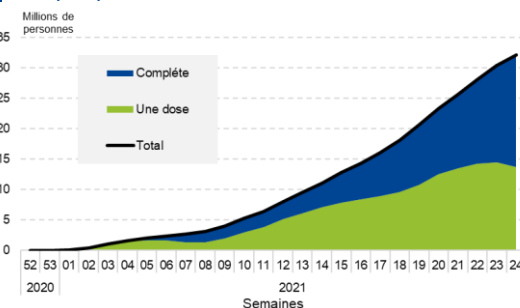
Graphique 7 • Contaminations détectées



Graphique 8 • Personnes hospitalisées



Graphique 9 • Personnes vaccinées



Source : Santé publique France