

Santé

La DREES produit des statistiques et des études sur la santé et le système de soins, à partir de données d'enquêtes et de données administratives ou médico-administratives. Elle décrit la santé des populations, l'offre de soins proposée par les établissements de santé (capacités d'accueil, organisation, etc.) et les professionnels de santé (formation, démographie, conditions de travail et d'exercice, etc.), l'accès et le recours aux soins. La DREES pilote par ailleurs l'Observatoire national du suicide et assure le secrétariat de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, qui contribuent à la production de connaissance et à la réflexion sur ces sujets.

Elle analyse l'évolution des dépenses de santé et leur financement, qu'elle met en perspective avec des éléments de comparaison internationale. Elle étudie l'assurance maladie de base et complémentaire (marché de la complémentaire santé, couverture de la population) et les restes à charge pour les ménages. Elle participe à l'évaluation des politiques de santé publique.

La DREES étudie, par ailleurs, l'évolution de l'opinion de la population sur ces politiques publiques à travers son Baromètre d'opinion. Enfin, en lien avec la Délégation au numérique en santé (DNS), elle assure la gouvernance des données de santé.

Covid-19
Dépenses de santé
Espérance de vie sans incapacité
Causes de décès **100 % santé** Santé mentale
Antibiorésistance **IVG** Professionnels de santé
Établissements de santé Complémentaire santé solidaire (CSS)
Organismes complémentaires

État de santé de la population

La DREES mène de grandes enquêtes de santé auprès de la population et mobilise les données médico-administratives du système national des données de santé (SNDS) afin de décrire l'état de santé de la population en France et la prise en charge par le système sanitaire de différentes maladies ou besoins de soins. Grâce à l'EDP-Santé, elle documente par ailleurs avec une grande précision les inégalités sociales quant à l'apparition ou à la présence d'un problème de santé et aux prises en charge des personnes.

Comprendre les informations liées à sa santé

Dans une [étude](#) inédite publiée en 2023, la DREES s'est intéressée à la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité qu'ont les personnes d'accéder aux informations nécessaires à leur santé, de les comprendre, de les évaluer et de les utiliser. Il s'agit de l'une des dimensions essentielles à prendre en compte pour lutter contre les inégalités sociales de santé.

En France métropolitaine, **environ 11 % des personnes ont des difficultés de compréhension de l'information médicale**. Cette proportion est plus importante dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Ce sont les personnes les plus âgées, et particulièrement celles de 75 ans ou plus, qui éprouvent le plus de difficultés pour comprendre les informations nécessaires à leur santé.

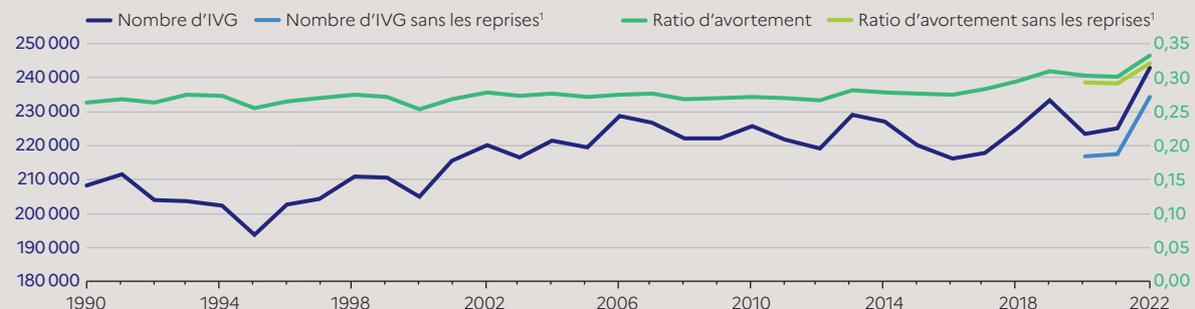
Environ un tiers des personnes déclarant un état de santé mauvais ou très mauvais ont des difficultés en littératie en santé, soit trois fois plus que pour l'ensemble de la population. Par ailleurs, il existe également une association négative significative entre le niveau de littératie en santé et le fait de déclarer une maladie chronique ou des restrictions d'activité sévères.

Documenter l'évolution des IVG

La DREES publie chaque année, à l'automne, une étude sur les recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). Cette [publication](#) fait un état des lieux des IVG au regard de l'âge des femmes, de leur département de résidence, du terme de la grossesse, de la méthode utilisée (médicamenteuse ou chirurgicale) et du lieu de réalisation de l'IVG (établissement de santé ou cabinet libéral).

Après la nette baisse liée à la pandémie de Covid-19 en 2020 et 2021, **le nombre d'interruptions volontaires de grossesse augmente en 2022 avec 234 300 IVG enregistrées en France**. Il s'agit du plus haut niveau depuis 1990. Le taux de recours varie du simple au double selon les régions, avec une hausse en France métropolitaine et dans les DROM, hors Guadeloupe. Depuis 2005, la part des IVG réalisées hors des établissements de santé progresse, atteignant 38 % en 2022. La méthode médicamenteuse est la plus utilisée, y compris en établissement de santé : elle représente 78 % de l'ensemble des IVG.

Évolution du nombre des IVG et du ratio d'avortement de 1990 à 2022



1. Les reprises d'IVG correspondent à des IVG faisant suite à une IVG neuf semaines ou moins après, en raison d'un échec ou d'une complication de la première IVG.

Note > Le ratio d'avortement correspond au rapport entre le nombre d'IVG au numérateur et le nombre de naissances vivantes au dénominateur.

Lecture > En 2022, le rapport est de 32 IVG pour 100 naissances vivantes (ratio de 0,32).

Champ > Ensemble des IVG réalisées en métropole et dans les DROM (y compris pour les femmes d'âge inconnu). Chiffres mis à jour en juillet 2023.

> *Études et Résultats* n°1281 © DREES

En 2023, la DREES a procédé à une amélioration de la méthode de comptage des IVG. Certaines IVG, réalisées dans un intervalle très court pour une même personne après une première IVG, étaient auparavant comptabilisées comme une IVG à part entière alors qu'il s'agit d'une prise en charge de complications ou de reprise d'une précédente IVG. Le décompte n'intègre désormais que le 1^{er} acte.

Mesurer les années qui restent à vivre en bonne santé

En France, l'espérance de vie à la naissance s'allonge régulièrement. Mais ces années supplémentaires de vie ne sont pas toutes nécessairement vécues « en bonne santé ». La DREES publie donc un autre indicateur, complémentaire : l'espérance de vie sans incapacité (parfois appelé « espérance de vie en bonne santé » ou encore « espérance de santé ») qui correspond au nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans être limitée dans les activités de la vie quotidienne.

En 2022, une femme de 65 ans peut espérer vivre encore 11,8 ans sans incapacité et 18,3 ans sans incapacité forte et un homme de 65 ans, 10,2 ans sans incapacité et 15,5 ans sans incapacité forte. Depuis 2008, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans a augmenté de 1 an et 9 mois pour les femmes et de 1 an et 6 mois pour les hommes. L'espérance de vie sans incapacité à la naissance, qui tient compte de la survenue d'éventuelles incapacités tout au long de la vie, a également augmenté de 9 mois pour les femmes entre 2008 et 2022 et de 1 an et 1 mois pour les hommes. Elle s'établit à 65,3 ans pour les femmes et à 63,8 ans pour les hommes. **En France, en 2021, l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est supérieure à la moyenne européenne** : de 2 ans et 8 mois pour les femmes et de 1 an et 10 mois pour les hommes.

Cette mesure s'appuie sur les réponses à la question posée dans le dispositif européen European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) « Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ? ». Les personnes répondant oui sont considérées comme souffrant d'incapacité(s). La version française de ce dispositif (Statistiques sur les ressources et les conditions de vie [SRCV]), réalisée par l'Insee, interroge chaque année des ménages résidant en France métropolitaine. Jusqu'en 2021, cette enquête ne couvrait pas les départements d'outre-mer. Elle a pu être étendue à ces départements, excepté Mayotte, en 2022. Les indicateurs sont donc désormais de meilleure qualité.

Les évolutions observées récemment doivent cependant être analysées avec précaution, le contexte du Covid-19 ayant impacté la collecte et potentiellement le ressenti des personnes interrogées concernant les limitations (changement de mode opératoire et restrictions imposées du fait de la pandémie).

Analyser les causes de décès

La DREES, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc-Inserm) et Santé publique France (SpF) analysent chaque année les grandes causes de décès. Il s'agit d'un indicateur de suivi de santé publique et de compréhension de la qualité de notre système de santé ainsi que de son évolution dans le temps. Ces travaux s'appuient sur l'exploitation exhaustive des volets médicaux des certificats de décès dont le codage des causes est effectué au CépiDc.

En 2021, le nombre total de décès est inférieur à celui de 2020 (660 168 contre 667 497), mais reste nettement supérieur à celui des années précédentes, même en tenant compte du vieillissement de la population. Le Covid-19 reste la troisième cause de mortalité en France (60 895 personnes, soit 9,2 % des décès), derrière les décès dus aux cancers et aux maladies cardiovasculaires, et tue toujours en majorité des personnes âgées.

Les grandes causes de décès en 2021

Tumeurs : **169 910 décès**

Maladies cardio-neurovasculaires : **137 716**

Covid-19 : **60 895**

Maladies de l'appareil respiratoire : **36 349**

Maladies du système nerveux et des organes des sens : **36 090**

Toutes causes : **660 168**

> Études et Résultats n°1288 © DREES

Par ailleurs, on enregistre, en 2021, 8 951 décès par suicide, soit 13,9 pour 100 000 personnes, des chiffres relativement stables par rapport à l'année précédente.

Une enquête annuelle exhaustive sur les établissements de santé

La DREES produit et actualise chaque année la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Enquête administrative exhaustive obligatoire sur les établissements de santé, c'est l'une des principales sources de données sur ces derniers, informant sur leurs capacités, leur activité, leurs équipements et leur personnel. Diffusée en libre accès et largement réutilisée, elle donne également lieu annuellement à la publication de jeux de données, d'études et d'un ouvrage.

Une cartographie fine des capacités et de l'activité hospitalières

La collecte de la SAE a lieu chaque année dans tous les établissements de santé, publics et privés, de février à avril. Les questions, élaborées avec un large comité de pilotage (agences régionales de santé, Direction générale de l'offre de soins, fédérations hospitalières, Agence technique de

l'information sur l'hospitalisation, etc.) portent sur les capacités, les moyens, l'organisation, les actes réalisés par activité, les personnels médicaux et non-médicaux. Elle permet d'établir une cartographie fine des capacités des établissements de santé au 31 décembre de l'année précédente et d'analyser leur activité. S'agissant d'un état des lieux annuel, elle ne permet pas, en revanche, de documenter les variations infra-annuelles.

Les étapes de la statistique annuelle des établissements de santé

Février/avril



Collecte des données

Mai/juin



Validation des réponses

Juillet



Mise à disposition de la base administrative (données brutes)

Automne



Mise à disposition de la base statistique (données redressées)

Automne



Publication des premiers résultats

À l'été suivant, la DREES publie ensuite l'ouvrage *Les établissements de santé*, qui fournit une analyse détaillée des données issues de la statistique annuelle des établissements de santé, avec certaines données déclinées au niveau régional. La prochaine édition, portant sur l'année 2022, paraîtra en juillet 2024.

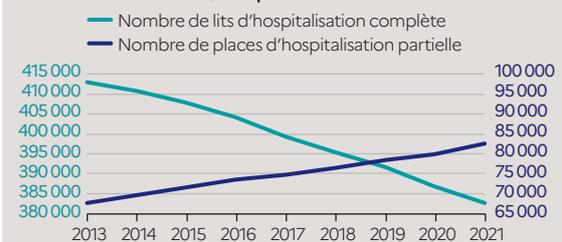
La situation en 2022

Les dernières données publiées issues de la SAE montrent qu'au 31 décembre 2022, 1 338 hôpitaux publics, 980 cliniques privées et 658 établissements privés à but non lucratif disposent d'au moins une place ou d'un lit en état d'accueillir des patients.

Les capacités d'accueil de ces établissements se répartissent entre hospitalisation complète (374 000 lits) et partielle (85 000 places). En 2022, le recul du nombre de lits en état d'accueillir des patients s'accroît (-1,8 %, après -1,4 % en 2021). En revanche, le nombre de places continue de progresser (+3,1%).

Ce repli poursuit une tendance observée depuis plusieurs années, qui reflète notamment la volonté de réorganiser l'offre de soins hospitaliers dans un contexte de « virage ambulatoire ». Depuis fin 2013, la baisse cumulée atteint 39 000 lits d'hospitalisation complète (-9,4 % en neuf ans).

Évolution du nombre de lits et de places au 31 décembre, depuis fin 2013



Note > Les données des années 2020 et 2021 ont été révisées à la baisse.

Champ > France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy), y compris le service de santé des armées (SSA).

Sources > DREES, SAE 2013-2022 (bases statistiques), traitements DREES.

> Études et résultats n°1289 © DREES

**LES DOSSIERS DE LA DREES**Les établissements de santé
Édition 2023**JEU DE DONNÉES**Liste des maternités de France
au 31 décembre 2022**JEU DE DONNÉES**SAE 2022 : mise à disposition
des bases statistiques**ÉTUDES ET RÉSULTATS**En 2022, la baisse du nombre de lits en
état d'accueillir des patients s'accroît**JEU DE DONNÉES**Nombre de lits de soins critiques
des établissements de santé en France,
par département au 31 décembre 2022**JEU DE DONNÉES**Séries longues régionales sur
les établissements de santé de 2013
à 2021 (base ARES)

Éclairer la situation des services des urgences

La fréquentation des urgences est en forte hausse depuis plus de 20 ans, en raison notamment du vieillissement de la population, du développement des maladies chroniques et des tensions sur l'offre en soins de premiers recours. Pour documenter cette évolution, la DREES a réalisé, en 2023, une grande enquête nationale dans les services des urgences des hôpitaux et cliniques de France. Elle permettra de mieux cerner, entre autres, les circonstances de venue des patients aux urgences et le déroulement de leur prise en charge.

55 000 patients interrogés dans toute la France

Cette grande enquête nationale, l'enquête Urgences 2023, réalisée en collaboration avec des représentants des médecins des services des urgences et avec le concours des professionnels de santé, a été déployée dans tous les services des urgences de France, y compris dans les DROM. Réalisée le 13 juin 2023 de 8 h à 8 h le lendemain, elle a mobilisé **700 services des urgences** qui ont renseigné les questionnaires sur **55 000 patients** passés par les urgences ce jour-là (choisi pour éviter les périodes de forte affluence et les épidémies saisonnières).

Les données recueillies (anonymisées et utilisées uniquement à des fins de statistiques ou à des travaux de recherche scientifique), d'une ampleur inédite, sont en cours d'analyse. Elles permettront de donner **une photographie nationale exhaustive** des urgences sur 24 heures et d'éclairer **les évolutions structurelles majeures**



intervenues depuis dix ans, date de la précédente enquête de ce type. Les premiers résultats seront publiés à l'été 2024. Ils donneront lieu à plusieurs études.

D'autres données sur l'activité des urgences

Au-delà de cette enquête d'envergure, qui mobilise tous les professionnels et les patients présents ce jour-là dans les services des urgences, la DREES actualise chaque année la Statistique annuelle des établissements (SAE), base de données exhaustive sur les établissements de santé, qui renseigne notamment sur l'activité annuelle des services des urgences.

La SAE montre la forte hausse de la fréquentation des urgences depuis 20 ans : on enregistre ainsi près de 21 millions de passages aux urgences en 2022, contre près de 14 millions en 2002 (hors DROM et hors service de santé des armées). L'enquête Urgences 2023 permettra, en complément de ces chiffres, de savoir pourquoi les patients se rendent aux urgences, ce qui s'est passé avant leur passage aux urgences (s'ils ont vu un médecin ou contacté le 15 par exemple), comment se déroule leur prise en charge et ce qui se passe ensuite, après leur passage aux urgences.

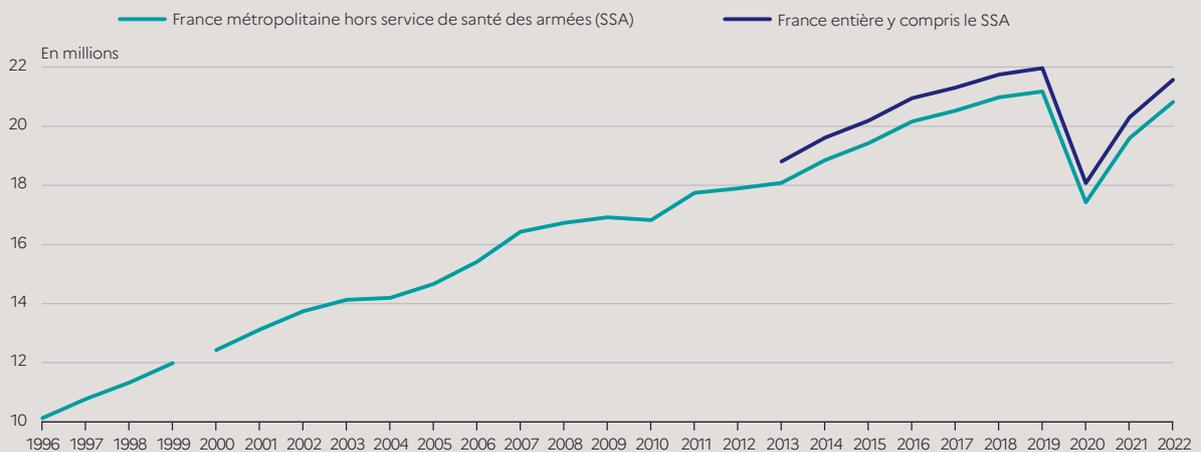


Comment s'est déroulée l'enquête Urgences ?
Quel est son objectif ?

Interview d'Elvire Demoly,
cheffe de projet de l'enquête Urgences 2023 à la DREES



Évolution du nombre de passages annuels aux urgences depuis 1996



Champ > France métropolitaine hors SSA de 1996 à 2022, France entière (incluant Saint-Martin et Saint-Barthélemy) y compris le SSA de 2013 à 2022.
> DREES, SAE 1996-2021, traitements DREES

Analyser l'évolution des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes

Entre 2018 et 2020, la DREES, les Observatoires régionaux de santé (ORS) et les Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire ont mené plusieurs vagues d'enquêtes auprès d'un Panel national d'observation des pratiques et des conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux. Cette enquête, réalisée auprès de 3 300 médecins généralistes libéraux, a pour objectif d'observer le cadre d'activité, l'environnement professionnel et les rythmes de travail de ces soignants, ainsi que leurs pratiques de prise en charge.

Le Panel des médecins généralistes permet de suivre dans le temps certains indicateurs, comme l'exercice en groupe, et d'explorer certaines thématiques spécifiques. En 2023, plusieurs études mobilisant les données collectées auprès de ce Panel se sont intéressées à l'évolution de leurs modes d'exercice et de leur organisation, notamment dans un contexte de tension entre l'offre et la demande de soins.

Une offre de médecine jugée insuffisante qui entraîne des stratégies d'adaptation

La baisse de la démographie médicale est fortement ressentie par les médecins généralistes libéraux. Début 2022, 78 % d'entre eux jugent qu'ils ne sont pas assez nombreux sur leur territoire, contre 67 % en 2019. Pour s'adapter à la tension entre l'offre et la demande de soins, ils modifient leurs pratiques. Ils sont ainsi 65 % à être amenés à refuser de prendre en charge de nouveaux patients en tant que médecin traitant (53 % en 2019). La part de médecins ne pouvant plus suivre régulièrement certains patients est passée de 40 % en 2019 à 44 % en 2022.

L'exercice en CPTS est en fort développement

Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) regroupent des professionnels de premier ou de second recours, mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux afin de répondre aux besoins de santé spécifiques de la population dans un territoire donné. L'exercice au sein d'une CPTS est en fort développement : début 2022, 20 % des médecins généralistes libéraux déclarent faire partie d'une CPTS en fonctionnement, contre 7 % début 2019. 12 % des médecins généralistes indiquent faire partie d'une CPTS au stade de projet en 2022 et

14 % déclarent qu'ils souhaiteraient en faire partie. Les médecins généralistes qui exercent au sein d'une CPTS présentent des caractéristiques spécifiques : il s'agit plus souvent de femmes, de médecins exerçant en groupe ou dans des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Un médecin généraliste sur vingt travaille avec une assistante médicale

Début 2022, 5 % des médecins généralistes déclarent avoir une assistante médicale qui les aide dans leur pratique. Les hommes sont plus nombreux dans ce cas (6 %, contre 3 % de leurs consœurs). Les médecins exerçant en MSP tout comme ceux appartenant à une CPTS en fonctionnement sont également plus nombreux à exercer avec une assistante médicale (12 % dans les deux cas). Par ailleurs, 5 % des médecins généralistes n'ont pas d'assistante médicale, mais indiquent travailler avec une autre professionnelle de santé non médecin qui les assiste dans leur pratique, comme par exemple une infirmière salariée.

Un tiers des médecins généralistes collaborent quotidiennement avec des infirmières

La collaboration des médecins généralistes avec d'autres professionnels de santé a été encouragée par les récentes politiques de santé. Interrogés sur leurs pratiques, les médecins généralistes libéraux indiquent communiquer plus souvent avec des infirmières qu'avec d'autres médecins à propos de leurs patients : un sur trois échange tous les jours ou presque des informations d'ordre médical avec des infirmières, deux sur trois au moins chaque semaine. Un sur deux échange par ailleurs au moins chaque semaine avec d'autres généralistes et autant avec des confrères d'autres spécialités.

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Les deux tiers des généralistes déclarent être amenés à refuser de nouveaux patients comme médecin traitant

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Médecins généralistes : début 2022, un sur cinq participe à une CPTS et un sur vingt emploie une assistante médicale

ÉTUDES ET RÉSULTATS

Un tiers des médecins généralistes, et plus de la moitié de ceux exerçant en maison de santé pluriprofessionnelle, collaborent quotidiennement avec des infirmières

Les dépenses de santé et leur financement

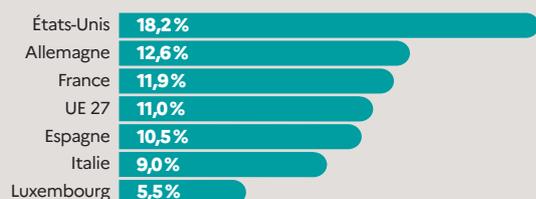
La DREES publie chaque année les résultats comptes nationaux de la santé, qui dressent un état des lieux détaillé de la consommation et du financement des soins de santé et des biens médicaux. Ces comptes présentent des données depuis 1950, permettant ainsi d'analyser les évolutions et tendances à l'œuvre sur longue période. La DREES mène également des travaux sur la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, ainsi que sur les restes à charge des ménages. Elle réalise ainsi, tous les deux ans, une grande enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé afin de documenter leur activité, la population qu'ils couvrent, les garanties qu'ils offrent, et leurs modes de tarification.

Les comptes nationaux de la santé

Il s'agit de la seule publication proposant une vision de l'ensemble des dépenses de santé quel que soit leur financeur (Assurance maladie, État, collectivités locales, organismes complémentaires ou directement ménages). Ces données permettent d'éclairer le débat sur l'efficacité des dépenses de santé et sont mobilisées pour le pilotage des politiques publiques en matière de santé. Elles sont par ailleurs utilisées pour l'élaboration des comptes de la santé dans un cadre harmonisé au niveau international (System of health accounts [SHA]) piloté par les instances internationales (OCDE, Eurostat, OMS). Ce cadre permet d'établir des comparaisons entre pays des dépenses de santé sur des bases fiables et harmonisées.

L'édition 2023 analyse l'évolution récente des dépenses de santé marquées par trois années de crise sanitaire. Elle montre qu'en France, le reflux progressif de l'épidémie de Covid-19 au cours de l'année 2022 conduit à un ralentissement des dépenses de santé mesurées par la dépense courante de santé au sens international (DCSi) : +2,0 % après +9,9 % en 2021. Cette dernière s'élève à 313,6 milliards d'euros, soit 4 600 euros par habitant. La France est le 2^e pays européen pour les dépenses de santé en part de PIB, avec l'Allemagne.

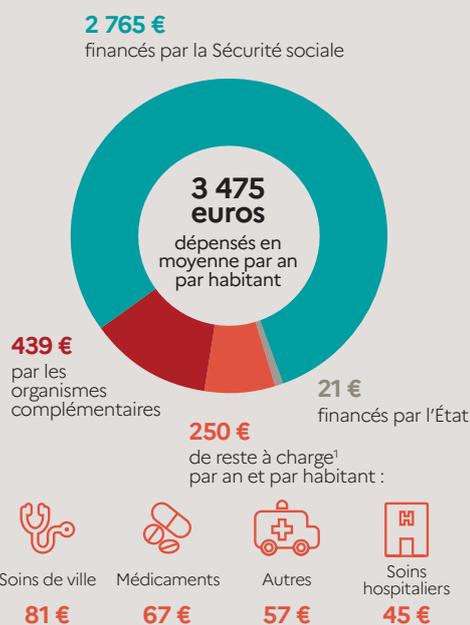
Dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) en 2022, en part de PIB



> Les dépenses de santé en 2022 © DREES

Les dépenses de santé hors prévention et soins de longue durée (autrement appelées la consommation de soins et de biens médicaux [CSBM]) s'élèvent, en 2022, à 3 475 euros en moyenne par an et par habitant en France, dont 250 euros de reste à charge.

Dépenses de santé hors prévention et soins de longue durée, en France Données 2022



1. Montant payé en moyenne par habitant après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé.

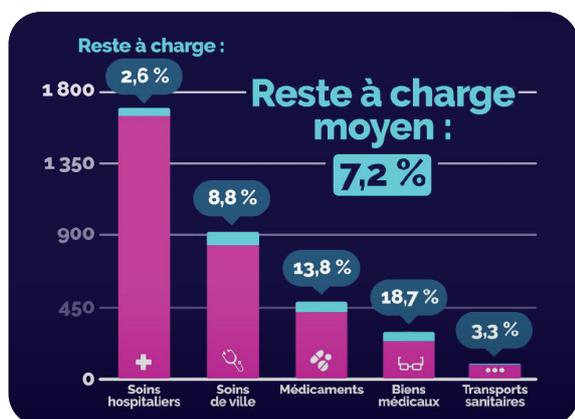
Champ > Consommation de soins et biens médicaux (CSBM).

> Les dépenses de santé en 2022 © DREES

La France est le pays européen dans lequel la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible (d'après les données 2021, les données 2022 n'étant pas encore consolidées pour tous les pays de l'OCDE).



Les dépenses de santé, qui paye quoi ?
La réponse en vidéo



Dans une vidéo réalisée avec Datagora, la DREES revient sur le coût des soins en France et les différents financeurs.

Au cœur du débat sur l'efficacité des dépenses de santé

Chaque année, les principaux enseignements de cet ouvrage sont présentés en septembre lors de la Commission des comptes de la santé, en présence du ministre chargé de la santé, de représentants des professionnels de la santé, des personnalités et acteurs du secteur et d'un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Il s'agit d'un lieu d'échanges qui permet d'avoir le retour des acteurs de terrain sur l'efficacité des dépenses de santé et les orientations à leur donner.

Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire du projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne.

Les disparités de dépenses et de restes à charge entre départements

En 2023, la DREES s'est intéressée aux disparités de dépenses de santé et de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO). L'étude mobilise la base restes à charge (base RAC portant sur l'année 2018) construite à partir du Système national des données de santé (SNDS), qui contient l'exhaustivité des dépenses de santé et RAC AMO des patients par postes de soins en France.

Ces travaux montrent d'importantes disparités en matière de dépenses de santé, qui s'échelonnaient en 2018 de 2 290 euros en Loire-Atlantique à 3 550 euros en Haute-Corse. **Ces différences s'expliquent d'abord par les structures démographiques de chaque département**, la demande de soins étant fortement liée à l'âge et notamment au sexe. Les écarts significatifs de dépenses qui demeurent après prise en compte de la structure démographique reflètent notamment des disparités de revenus entre les départements. Les dépenses de santé sont ainsi un peu plus élevées dans ceux où le taux de pauvreté est le plus important. En effet, les patients les plus précaires sont susceptibles d'avoir davantage besoin de soins, même s'ils sont également les plus concernés par le renoncement aux soins. D'autres facteurs, comme l'accessibilité de l'offre de soins ou les modulations géographiques des tarifs réglementaires de soins et biens médicaux dans certains départements contribuent aussi aux disparités de dépenses.

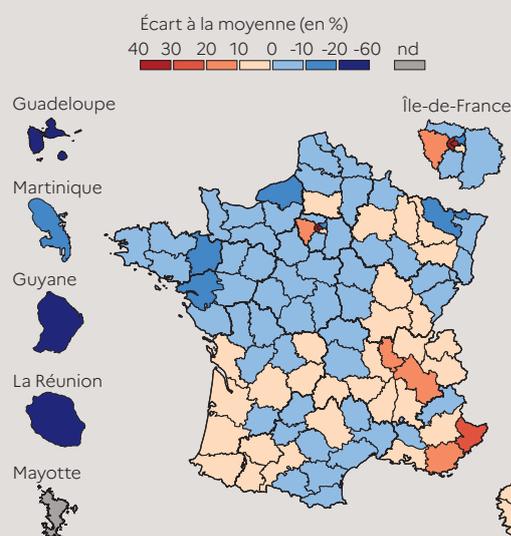


De gauche à droite : Dominique Polton, présidente de la Commission des comptes de la santé, **Aurélien Rousseau**, ministre de la Santé et de la Prévention, **Frank Bellivier**, délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie.

L'étude montre par ailleurs que si la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire réduit nettement la dispersion des restes à charge moyens entre départements, les écarts demeurent importants. Les RAC AMO moyens les plus élevés se trouvent ainsi à Paris, dans les Hauts-de-Seine, les Yvelines, le Rhône, l'Isère et les Alpes-Maritimes.

Ces différences s'expliquent essentiellement par le montant des dépassements (dépassements d'honoraires et tarifs libres sur certains produits ou actes, non pris en charge par l'AMO), notamment ceux pratiqués par les médecins spécialistes, les cliniques et pour les soins dentaires. C'est le niveau de vie des plus aisés au sein du département qui apparaît comme le premier facteur d'explication du montant de dépassements.

Le reste à charge après assurance maladie obligatoire moyen par département



RAC : reste à charge ; AMO : assurance maladie obligatoire.
Note > Les moyennes de RAC AMO sont présentées en valeur brute.
Lecture > Dans le Nord, le RAC AMO est en moyenne inférieur de -6 % à la moyenne nationale.
Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) affiliés à l'ensemble des régimes (hors Sénat et Assemblée nationale) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement. France entière, hors Mayotte.
Source > SNDS, données 2018.

> Études et Résultats n°1265 © DREES

Des évolutions contrastées des garanties du panier libre après la mise en place du 100 % santé

Les résultats de l'enquête 2021 auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé disponibles permettent d'avoir un premier état des lieux des garanties dont bénéficient les personnes couvertes par une complémentaire santé après la mise en place du 100 % santé. Ils montrent notamment que, dans le panier libre, les garanties relatives aux prothèses auditives sont en augmentation pour les bénéficiaires de contrats collectifs, et relativement stables pour les bénéficiaires des contrats individuels. En optique, les garanties évoluent peu. En dentaire, les niveaux de couverture en implantologie et en orthodontie baissent, notamment pour les contrats individuels. Plus généralement, les garanties des contrats collectifs demeurent en moyenne nettement supérieures à celles des contrats individuels sur la plupart des postes de soins.



PANORAMA

Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé



ÉTUDES ET RÉSULTATS

Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?



RAPPORT

Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



ÉTUDES ET RÉSULTATS

En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

Le Gouvernement est chargé d'établir et de rendre public, chaque année, un rapport à destination du Parlement présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé qui ont acquitté la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA). Ce rapport, élaboré par la DREES, analyse les principaux aspects de l'activité d'assurance santé de ces organismes : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité, ainsi que leur solvabilité financière globale et leur démographie.

Des prestations et des cotisations en augmentation

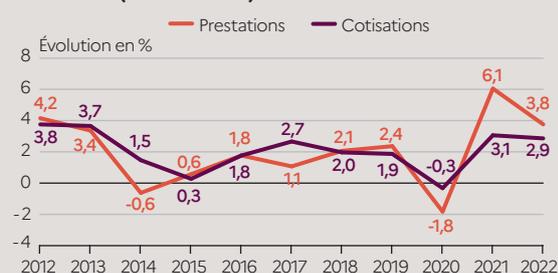
En 2022, les organismes complémentaires ont versé 32,8 Md€ de prestations, après 31,6 Md€ en 2021 soit une augmentation de 3,8 %, un rythme proche de celui de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM, +3,9 % en 2022). Cette hausse fait suite au fort rebond intervenu en 2021 consécutif à la baisse de 2020 du fait de la crise sanitaire. La hausse des prestations a concerné tous les grands postes de soins mais plus particulièrement les dépenses d'optique, en hausse de 5,3 %.

Ces organismes ont collecté 40,5 Md€ de cotisations en santé, soit une augmentation de 2,9 % par rapport à 2021, après une hausse de 3,1 % par rapport à l'année précédente.

Des résultats techniques en santé à l'équilibre

Le résultat technique en santé représente la différence entre l'ensemble des produits et l'ensemble des charges liées à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents pour l'activité santé. En 2022 comme en 2021, le résultat technique en santé des organismes complémentaires a été globalement quasi nul. Il s'établit à 0,1 % des cotisations collectées hors taxe en 2022. Il s'agit du résultat technique le plus faible depuis 2011 (première année de la période étudiée dans le rapport annuel sur la situation financière des organismes complémentaires). Le résultat technique des institutions de prévoyance demeure négatif, celui des mutuelles est quasi nul, tandis que celui des entreprises d'assurance reste positif.

Évolution des cotisations et prestations en santé (2012-2022)



Lecture > Les prestations ont augmenté de 3,8 % entre 2021 et 2022. Les « prestations » sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

Champ > Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source > ACPR, calculs DREES.

> Rapport 2023 Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé © DREES



Pour en savoir plus

Des résultats nets positifs en 2022

Le résultat net des organismes actifs en santé, qui rend compte de l'ensemble de leurs activités assurantielles (en santé et hors santé) et non assurantielles (ex : placements financiers), s'est élevé en moyenne à 3,5 % de leurs cotisations en 2022, après 3,0 % en 2021. Ce résultat net est en baisse pour les mutuelles. En outre, les organismes complémentaires ont été financièrement solides : leurs montants de fonds propres ont été très supérieurs aux minima réglementaires.

Un ralentissement de la concentration du marché de la complémentaire

Le nombre d'organismes exerçant une activité en santé a nettement baissé depuis le début des années 2000, mais l'essentiel de cette concentration s'est produite entre 2001 et 2016. Sur cette période, le nombre de mutuelles a été divisé par presque six et celui des institutions de prévoyance par deux. En revanche, le nombre d'entreprises d'assurances a peu baissé.