



LA SANTÉ MENTALE DES ACTIFS EN FRANCE : UN COÛT DE 25 MILLIARDS D'EUROS PAR AN



Étude économique

Novembre 2025

A S T E R *ès*
études, recherche & conseil économique

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

La santé mentale constitue un enjeu sanitaire, économique et social de premier ordre. En 2022, 3,4 millions d'actifs ont été concernés par des pathologies mentales et la prise de traitements psychotropes. Sur un an, le coût tangible de la santé mentale pour l'Assurance Maladie, les OCAM et les entreprises est estimé par Asterès à 24,7 milliards d'euros. L'ampleur du fardeau invite à déployer des actions de prévention de grande envergure pour réduire l'impact sanitaire et en tirer des dividendes économiques pour l'ensemble des acteurs.

MÉTHODE : ESTIMER LE COÛT DE LA SANTÉ MENTALE DES ACTIFS EN FRANCE

Asterès a cherché à être conservateur sur le chiffrage et relativement exhaustif sur le périmètre. Pour estimer un coût de la santé mentale des actifs pour la société française, des choix ont dû être fait sur la population de patients, la définition des « actifs » et le type de coûts évalués.

- **La population de patients correspond à deux catégories proposées par l'Assurance Maladie.** Premièrement, les patients ayant une « maladie psychiatrique » (troubles addictifs, déficience mentale, troubles névrotiques et de l'humeur, troubles psychotiques, troubles ayant débuté dans l'enfance, et autres troubles psychiatriques), catégorisée à la suite d'une hospitalisation ou une reconnaissance d'ALD. Deuxièmement, les patients prenant un « traitement psychotrope », n'ayant pas été hospitalisés pour une question de santé mentale et n'étant pas reconnus en ALD (traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, traitements neuroleptiques, traitements anxiolytiques, et traitements hypnotiques). Le mal-être, le stress ou la fatigue professionnelle sont exclus s'ils ne sont pas associés à des pathologies ou à des traitements.
- **Asterès a considéré les actifs comme une catégorie d'âge, en l'occurrence les individus âgés de 20 à 64 ans.** L'approche par catégorie d'âge réduit les biais qui seraient liés aux effets de la santé mentale sur l'employabilité et l'activité.
- **Les coûts estimés sont des coûts tangibles pour trois acteurs principaux : l'Assurance Maladie, les OCAM et les employeurs.** Les pertes de production pour les employeurs sont estimées *via* la méthode des coûts de friction (pertes dues à l'absentéisme) et *via* la méthode des coûts de friction cumulés (pertes dues aux décès).

PRÉVALENCE : LA SANTÉ MENTALE : UN ENJEU MAJEUR POUR 3,4 MILLIONS D'ACTIFS.

En France, 3,4 millions d'actifs sont concernés par un problème de santé mentale. Parmi eux, 1,5 million souffrent d'une pathologie psychiatrique tandis que 1,9 million prennent un traitement psychotrope hors ALD ou hospitalisation. Entre 2015 et 2022, le nombre d'actifs concernés est globalement stable, avec une différence entre les deux catégories (+1,7% par an pour les pathologies mentales et -1,2% par an pour les patients recevant des traitements psychotropes). En analysant plus finement les sous-catégories, les troubles addictifs augmentent rapidement, (+7,2% par an), les autres troubles psychiatriques baissent (-3,2%), ce qui pourrait indiquer des progrès dans le diagnostic, la prescription d'antidépresseurs chez les actifs sans pathologie augmente modérément (+0,8%) et l'usage d'hypnotiques baisse rapidement (-6,4%).

Les femmes actives sont deux fois plus susceptibles que les hommes actifs de prendre des traitements psychotropes hors ALD ou hospitalisation (1,3 million contre 671 000). Bien que l'évolution des troubles mentaux et de la consommation de psychotropes soit globalement similaire

chez les hommes et les femmes entre 2015 et 2022 (pour les pathologies psychiatriques, les deux populations augmentent de +1,8% par an, pour les traitements psychotropes, les femmes baissent de -1,3% par an et les hommes de -1,4%), certains troubles sont plus fréquents chez un sexe que chez l'autre. La prise d'anxiolytiques et d'antidépresseurs est plus fréquente chez les femmes (434 000 contre 254 000 et 675 000 contre 314 000), tandis que les troubles addictifs et les troubles psychotiques sont plus courants chez les hommes (204 000 contre 122 000 et 178 000 contre 108 000). En comparant les actifs aux autres catégories d'âge, ils sont surreprésentés dans les troubles psychotiques (1,0% contre 0,8% chez les seniors et 0,1% chez les jeunes) et les troubles addictifs (1,4% contre 1,0% chez les seniors et 0,1% chez les jeunes).

COÛT : LA SANTÉ MENTALE REPRÉSENTE UN COÛT TOTAL DE 24,7 MDS€ EN 2022

Asterès estime le coût de la santé mentale des actifs en France à 24,7 milliards d'euros en 2022.

Ce coût est principalement supporté par l'Assurance Maladie (14,8 milliards d'euros, soit 60%), suivie par les employeurs (7,6 milliards d'euros, soit 31%) et les organismes complémentaires (2,3 milliards d'euros, soit 9%). Sur ce total, 15,7 milliards d'euros sont liés aux troubles mentaux et 8,9 milliards d'euros aux traitements psychotropes.

- **Le coût de la santé mentale des actifs représente un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie, avec un budget annuel de 14,8 milliards d'euros, soit environ 6% de ses dépenses totales.** Les pathologies psychiatriques touchant les actifs concentrent l'essentiel de ces remboursements (78%), avec 11,5 milliards d'euros, quand les traitements psychotropes hors ALD ou hospitalisation représentent le reste (22%), soit 3,3 milliards d'euros par an. En phase avec ces coûts totaux, le coût moyen annuel pour l'Assurance Maladie d'un actif atteint d'une pathologie psychiatrique est quatre fois supérieur à celui d'un actif sous traitement psychotrope (7 800€ contre 1 700€).
- **Le coût de la santé mentale des actifs pour les organismes complémentaires est estimé par Asterès à 2,3 milliards d'euros par an.** En détail, le coût lié aux patients souffrant de pathologies psychiatriques atteint 793 millions d'euros, tandis que celui des actifs ayant un traitement psychotrope hors ALD ou hospitalisation s'élève à 1,5 milliard d'euros. Les coûts sont ici inversés par rapport à l'Assurance Maladie, à cause de la part d'ALD, avec un coût par patient prenant des traitements psychotropes supérieur à ceux des patients ayant une pathologie mentale (800€ contre 500€).
- **Le coût de la santé mentale des actifs pour les employeurs représente une charge annuelle de 7,6 milliards d'euros.** Bien que le coût moyen annuel par patient soit relativement similaire pour les personnes souffrant de pathologies psychiatriques et celles suivant un traitement psychotrope hors ALD ou hospitalisation (2 200€ contre 2 300€), les employeurs sont plus concernés par la deuxième catégorie. Ainsi, les pathologies psychiatriques représentent un coût de 3,4 milliards d'euros par an pour les employeurs, tandis que les traitements psychotropes atteignent 4,2 milliards d'euros. Les entreprises sont les premières contributrices pour cette catégorie.

CONCLUSION : PRÉVENIR POUR CRÉER DE LA VALEUR SANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET SOCIALE ?

Pour conclure, certains leviers d’actions ont été identifiés pour déployer une prévention primaire concernant la santé mentale des actifs. En reprenant une revue de littérature existante¹, Asterès a retenu trois leviers pour les employeurs, les pouvoirs publics ou encore les complémentaires santé afin de prévenir les problèmes de santé mentale : le développement des compétences psychosociales, l’amélioration des conditions de travail et l’évolution dans les modes de vie, notamment l’activité physique. Parmi les enjeux portant sur les conditions de travail, la tension au travail, *job strain* en anglais, constitue un élément de premier ordre, et est défini comme la combinaison d’exigences élevées portant sur l’employé et d’un faible contrôle de sa part. Pour conclure, Asterès propose, à partir de différentes publications et hypothèses², une estimation exploratoire du gain économique possible en cas d’amélioration des conditions de travail. Ainsi, dans le cas d’une division par deux des cas de tension au travail, ce seraient près de 50 000 cas de prises d’antidépresseurs qui pourraient être évités, soit une économie de 200 M€ par an pour l’Assurance Maladie, les employeurs et les OCAM. Cet exemple montre qu’une politique de prévention dans la santé mentale, notamment au travail et pour les actifs, peut avoir des effets économiques positifs tangibles.

¹ Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet A.-M. (2021). Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique (minds 01/2021). Genève : minds - Promotion de la santé mentale à Genève

² L’ensemble des sources sont à retrouver dans l’étude.

PRÉAMBULE

Le cabinet Asterès a été mandaté par les Acteurs de la French Care et la MGEN pour conduire une étude sur la santé mentale des actifs.

Les économistes d'Asterès ont bénéficié d'une totale indépendance dans la conduite de cette étude. Les propos tenus ici n'engagent que le cabinet Asterès. La présente étude a été rédigée par Maëva Robart, économiste, et Charles-Antoine Schwerer, directeur associé d'Asterès.

SOMMAIRE

| | | |
|-----|---|---------------------------------------|
| 1. | Définition et Méthode : estimer le coût de la santé mentale des actifs en France | 7 |
| 1.1 | La santé mentale : du mal-être aux pathologies psychiatriques en passant par les traitements psychotropes..... | 8 |
| 1.2 | Les actifs : une approche par catégorie d'âge | 9 |
| 1.3 | Les coûts : des dépenses médicales et socio-économiques tangibles..... | 9 |
| 1.4 | Les organisations : Assurance Maladie, OCAM et employeurs | 10 |
| 1.5 | Données : des bases de données de l'Assurance Maladie et des modèles d'Asterès | 11 |
| 2. | État des lieux de la santé mentale : 3,4 millions de français concernés par une problématique liée à la santé mentale | 13 |
| 2.1 | Global : la santé mentale des actifs constitue un fardeau sanitaire de premier ordre..... | 14 |
| 2.2 | Sexe : l'enjeu particulièrement féminin des traitements psychotropes | 19 |
| 2.3 | Classes d'âges : des différences significatives dans les diagnostics | 23 |
| 3. | Résultats : un coût total de la santé mentale des actifs estimé à 24,7 milliards d'euros..... | 29 |
| 3.1 | Total : l'Assurance Maladie en première ligne pour les pathologies, les entreprises fortement impactées par les traitements psychotropes..... | 30 |
| 3.2 | Assurance Maladie : un coût total pour l'Assurance Maladie de 14,8 milliards d'euros..... | 32 |
| 3.3 | OCAM : un coût total pour les organismes complémentaires de 1,7 milliard d'euros | 37 |
| 3.4 | Employeur : un coût total de 7,6 milliards d'euros | 41 |
| 4. | Conclusion prospective | Erreur ! Signet non défini. 48 |

1. DÉFINITION ET MÉTHODE : ESTIMER LE COÛT DE LA SANTÉ MENTALE DES ACTIFS EN FRANCE

1.1 LA SANTÉ MENTALE : DU MAL-ÊTRE AUX PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES EN PASSANT PAR LES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

La santé mentale est définie par l'Assurance Maladie et l'OMS comme « un état de bien-être, indispensable pour se sentir en bonne santé ». La santé mentale peut être analysée *via* les pathologies associées, les traitements administrés, ou encore s'apparenter à une détresse psychologique réactionnelle ou une baisse de moral et de la souffrance psychologique. Le terme de santé mentale est vaste et peut ainsi regrouper de nombreux aspects. Dans le cadre de cette étude, Asterès a fait le choix de se concentrer sur les deux catégories proposées par l'Assurance Maladie, à savoir les patients étant diagnostiqués et comptabilisés comme ayant des maladies psychiatriques et les patients prenant des traitements psychotropes sans qu'une pathologie psychiatrique ait été comptabilisée, et d'exclure les dimensions qui relèvent d'un stress ou d'un mal-être sans diagnostic ni traitement.

- **Les « maladies psychiatriques » sont prises en charge et recouvrent six troubles et pathologies mentales :** troubles addictifs, déficience mentale¹, troubles névrotiques et de l'humeur, troubles psychotiques, troubles ayant débuté dans l'enfance, et autres troubles psychiatriques. Ce sous-groupe comprend les patients dont le diagnostic psychiatrique a été établi à la suite d'une hospitalisation récente ou qui sont atteints d'une affection de longue durée.
- **Les « traitements psychotropes hors pathologie » sont pris en charge et recouvrent quatre traitements :** traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, traitements neuroleptiques, traitements anxiolytiques, et traitements hypnotiques. Les patients concernés sont ceux qui prennent ces traitements sans être dans les catégories présentées plus haut, donc « hors pathologies ». Ce sous-groupe exclut uniquement les personnes présentant un diagnostic psychiatrique mis en évidence par une hospitalisation récente ou une affection de longue durée, ce qui justifie l'appellation « hors pathologie ». Dans cette catégorie, l'Assurance Maladie ne semble pas sous-entendre qu'il n'y a pas de pathologie, mais plutôt qu'elle n'a pas été comptabilisée dans ses bases de données. Afin de supprimer toute ambiguïté dans la suite de l'étude, le terme « hors pathologie » a été retiré.
- **Le mal-être, le stress ou la fatigue professionnelle sont exclus s'ils ne sont pas associés à des pathologies ou à des traitements.** De nombreux baromètres tentent d'estimer le mal-être au travail ou le stress, qui sont des composantes de la santé mentale des actifs, en particulier pris sous l'angle des risques psycho-sociaux. Seulement, la plupart sont soumis à des biais de méthode qu'Asterès a jugé trop importants pour reprendre les chiffres dans l'étude. Dans l'ensemble, ces travaux laissent penser que leur prise en compte augmenterait d'environ 10% les arrêts de travail identifiés dans le cadre la présente étude (voir encadré 2 en partie 3.1).

¹ La déficience mentale est reconnue depuis plusieurs années par les professionnels de santé comme étant hors champ de la psychiatrie cependant elle est toujours présente dans la classification internationale et dans les catégories de l'Assurance Maladie d'où sa présence dans l'étude.

1.2 LES ACTIFS : UNE APPROCHE PAR CATÉGORIE D'ÂGE

Dans cette étude, Asterès a considéré les actifs comme une catégorie d'âge, en l'occurrence les individus âgés de 20 à 64 ans. Les actifs auraient pu être considérés à partir d'un angle économique, en considérant l'ensemble des personnes qui travaillent ou recherchent activement un emploi. Seulement, une telle approche n'aurait pas permis d'englober les conséquences de la santé mentale sur l'activité ou l'inactivité, en ne prenant que les personnes qui continuent d'être en activité une fois leur pathologie déclarée. Il a ainsi semblé plus pertinent d'appréhender les actifs comme une classe d'âge, que les personnes soient en activité ou non.

1.3 LES COÛTS : DES DÉPENSES MÉDICALES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES TANGIBLES

L'approche d'Asterès se concentre sur les coûts tangibles, et ainsi seules les dépenses de santé effectivement évitables et la production effectivement perdue sont chiffrées. On distingue généralement les coûts tangibles d'une maladie (coûts médicaux et socio-économiques) des coûts intangibles (souffrance, impact sur la qualité de vie). Dans cette étude, le coût de la santé mentale est entendu comme les dépenses de santé qui pourraient être évitées (coût médical¹) et la production supplémentaire qui pourrait être réalisée (coût socio-économique) si les problèmes de santé mentale étaient éradiqués en France. Cette acception du coût de la santé mentale implique plusieurs choix méthodologiques :

- **Les coûts intangibles ne sont pas comptabilisés.** Au-delà des problèmes méthodologiques que soulève l'objectivation d'un coût intrinsèquement subjectif, les coûts intangibles ne se traduisent pas par des dépenses ou une perte de production réelles et sont donc exclus de l'analyse.
- **Les pertes de production sont estimées *via* la méthode des coûts de friction (pertes dues à l'absentéisme) et *via* la méthode des coûts de friction cumulés (pertes dues aux décès).** La méthode des coûts de friction se place du point de vue de l'employeur et ne prend en compte que la production non compensée par les collègues. La méthode des coûts de friction cumulés développée par Asterès prend en compte le fait que les postes vacants sont plus souvent pourvus par des personnes déjà en poste, enclenchant un cycle de remplacements en chaîne, jusqu'à ce que l'économie ait compensé le départ de la personne. En effet, *via* l'entrée de chômeurs dans un poste, d'inactifs sur le marché du travail ou *via* l'immigration, les économies ont la capacité de compenser à terme un décès. La méthode des coûts de frictions cumulés se distingue ainsi de la méthode du capital humain qui considère qu'un décès ne sera jamais compensé et que la collectivité perd alors chaque année la production d'un actif, et ce jusqu'à l'âge de la retraite.

¹ Dans cette étude, Asterès inclut les transports sanitaires dans la catégorie des coûts médicaux.

- **Le reste à charge n'est pas comptabilisé dans le coût médical.** La rémission de la santé mentale se traduit par une économie pour l'individu concerné mais pas nécessairement pour la collectivité : l'effet net pour la collectivité dépend de l'utilisation que fait de cet individu de l'argent économisé (est-il dépensé ailleurs ? si oui, dans quels types de biens et/ou services ?). La prise en compte du reste à charge des ménages nécessiterait donc de mesurer les effets de substitution, ce qui n'a pu être réalisé dans le cadre de cette étude.

1.4 LES ORGANISATIONS : ASSURANCE MALADIE, OCAM ET EMPLOYEURS

Les coûts collectés et estimés dans cette étude se centrent sur trois acteurs principaux : l'Assurance Maladie, les OCAM et les employeurs. Les coûts qui portent directement et uniquement sur les ménages ne sont ainsi pas pris en compte, et notamment les consultations de professionnels de la santé mentale hors parcours de santé. Cela s'explique à la fois par un enjeu d'accès aux données et par une question d'analyse économique, comme évoqué dans le 1.1 sur le périmètre de la santé mentale et dans le 1.3 sur la prise en compte ou non du reste à charge.

- **Le coût pour l'Assurance Maladie comprend le coût médical et le coût socio-économique.** Le coût médical correspond aux dépenses en soins de ville et en soins hospitaliers remboursées par l'Assurance Maladie. Le coût socio-économique correspond aux indemnités journalières pour maladie et aux prestations d'invalidité versées en cas d'arrêt maladie. Si les données sur les effectifs sont détaillées par âge, ce n'est pas le cas des données sur les dépenses. Pour estimer un coût pour les 20 – 64 ans pour chacune des six pathologies et chacun des quatre traitements psychotropes, Asterès applique le coût moyen de ces pathologies et de ces traitements.
- **Le coût pour les organismes complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) est déduit du coût pour l'Assurance Maladie hors-ALD à partir des taux de remboursement de la Sécurité sociale.** En France, les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD, voir *encadré 1*) voient leurs dépenses de santé afférant à cette pathologie prises en charge entièrement par l'Assurance Maladie. La première étape du calcul consiste donc à distinguer, dans le coût pour l'Assurance Maladie, la part ALD de la part non-ALD. Le coût pour les OCAM est ensuite déduit à partir des taux de remboursement par type de soin. Le détail de la méthode et des étapes des calculs est présenté en *Annexe*.
- **Le coût pour les entreprises comprend la perte de production nette induite par les sorties temporaires du marché du travail (arrêts maladie) et la perte de production induite par les sorties définitives du marché du travail (décès)¹.** Pour les sorties temporaires, la perte de production est estimée à l'aide de la méthode des coûts de friction, ou lorsque les données nécessaires au calcul ne sont pas disponibles, à partir d'un ratio issu de la littérature. Pour les sorties définitives, la perte de production est estimée à l'aide de la méthode des coûts de friction cumulés développée par Asterès. Plus de détails sur les méthodes de calcul des coûts des arrêts maladie et des pertes de production liées aux décès en *Annexe*.

¹ Les départs anticipés à la retraite ne sont pas pris en compte, faute de données.

Encadré 1. Le dispositif « affection de longue durée » (ALD)

Une « affection de longue durée » (ALD) est définie comme une « maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé »¹. On distingue les « ALD exonérantes », pour les maladies nécessitant un traitement particulièrement coûteux, des « ALD non exonérantes », pour les maladies ne nécessitant pas de traitement coûteux. Dans le cas des ALD exonérantes, le patient est exonéré du ticket modérateur, c'est-à-dire que les frais de santé afférant à sa maladie sont pris en charge au maximum remboursable par la Sécurité sociale. La liste des ALD exonérantes a été fixée par décret et comprend trente pathologies (« ALD 30 »), dont tous types de cancers, le diabète, les AVC invalidants, l'insuffisance cardiaque grave, la maladie coronaire et l'asthme grave.

1.5 DONNÉES : DES BASES DE DONNÉES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES MODÈLES D'ASTERÈS

1.5.1 ASSURANCE MALADIE : DES DONNÉES CONCERNANT SIX PATHOLOGIES ET QUATRE TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

Sur la santé et les coûts Assurance Maladie, les données proviennent du Data pathologies² publiées par l'Assurance Maladie. Les données de santé et les coûts liés aux six maladies et aux quatre traitements psychotropes ont été collectés via les statistiques de l'Assurance Maladie. Les statistiques de l'Assurance Maladie sont conçues de manière à éviter les doubles comptages : chaque euro remboursé est relié à un unique patient. Logiquement, les dépenses de la catégorie « traitements psychotropes » ne recoupent pas celles des patients « pathologies mentales », et de même les doubles-comptages sont évités pour les patients ayant plusieurs pathologies, ou encore prenant plusieurs traitements psychotropes. Les données les plus récentes portent sur les dépenses de 2022.

1.5.2 OCAM : UN MODÈLE ASTERÈS À PARTIR DE DONNÉES ASSURANCE MALADIE

Les données sur les effectifs, les taux de remboursement ainsi que les données économiques proviennent de l'Assurance Maladie. Les données nécessaires pour utiliser le modèle développé par Asterès pour estimer le coût OCAM proviennent de l'Assurance Maladie :

¹ « Affection Longue Durée (ALD) », consulté le 12 décembre 2022, <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>.

² « Accueil — Data pathologies ».

- Le nombre de patients ne bénéficiant pas du dispositif ALD provient des « fiches pathologies » de l'Assurance Maladie¹.
- Les taux de remboursement utilisés proviennent des tableaux récapitulatifs de l'Assurance Maladie². Ces taux sont présentés en **Annexe**.

1.5.3 EMPLOYEURS : DES SOURCES VARIÉES

Les données utilisées pour les calculs proviennent majoritairement de sources publiques (Assurance Maladie, Insee, Inserm), complétées de travaux académiques. Les calculs du coût des sorties temporaires et définitives du marché du travail par les méthodes des coûts de friction et coûts de friction cumulés s'appuient majoritairement sur des sources publiques et parfois sur des sources académiques. Lorsqu'une des données nécessaires à ces calculs n'est pas disponible, Asterès s'appuie sur des estimations de la littérature. Pour le calcul du coût des arrêts maladie et des décès, cinq données sont nécessaires : le nombre de malades en emploi, le nombre de jours d'absence, la productivité moyenne par actif, le salaire moyen « superbrut » et le nombre de malades décédés en emploi. Le nombre de malades en emploi a été calculé à partir des données de l'Insee³. Le nombre de jours d'absence a été calculé, selon les pathologies et les traitements, à partir des statistiques de l'Assurance Maladie⁴, des informations communiquées sur le site Ameli.fr⁵ ou de la littérature⁶. La productivité moyenne par actif a été calculée à partir des données de l'Insee. Le salaire brut moyen donné par l'Insee a été traduit en salaire superbrut à l'aide de l'outil développé par Pôle emploi pour « estimer le coût d'un salarié ». Enfin, le nombre de malades décédés en emploi a été calculé à partir des statistiques de l'Insee⁷ et des « fiches pathologie » de l'Assurance Maladie⁸.

¹ « Fiches sur les pathologies », Assurance maladie, consulté le 14 décembre 2022, <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/fiches-pathologies>.

² « Tableaux récapitulatifs des taux de remboursement », consulté le 12 décembre 2022, <https://www.ameli.fr/meurthe-et-moselle/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>.

³ « Population totale en 2020 – Activité, emploi et chômage en 2020 et en séries longues | Insee », consulté le 19 décembre 2022, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5359509?sommaire=5359511>.

⁴ « Accueil — Data pathologies ».

⁵ « Interventions chirurgicales et/ou soins post-opératoires ».

⁶ Le Pen, Reygrobelle, et Gérentes, « Financial Cost of Osteoarthritis in France ».

⁷ « Population totale en 2020 – Activité, emploi et chômage en 2020 et en séries longues | Insee ».

⁸ « Fiches sur les pathologies ».

2. ÉTAT DES LIEUX DE LA SANTÉ MENTALE : 3,4 MILLIONS DE FRANÇAIS CONCERNÉS PAR UNE PROBLÉMATIQUE LIÉE À LA SANTÉ MENTALE

D'après les données de l'Assurance Maladie, les problèmes de santé mentale touchent plus de 3,4 millions d'actifs en France. Plus de 1,4 million d'entre eux ont été hospitalisés ou bénéficient d'une reconnaissance en ALD pour une maladie psychiatrique et plus de 1,9 million ont reçu une prescription de psychotropes, sans avoir été hospitalisé ou reconnu en ALD. Les actifs concernés par les enjeux de santé mentale sont majoritairement des femmes, et l'écart est particulièrement marqué pour les prescriptions de psychotropes hors hospitalisation et ALD (1,25 million de femmes contre 670 000 hommes). En termes de variation, les actifs sont surtout touchés par une hausse des troubles addictifs (+7% par an en moyenne entre 2015 et 2022). Les données sont particulièrement nettes : la santé mentale constitue un enjeu majeur de santé publique.

2.1 GLOBAL : LA SANTÉ MENTALE DES ACTIFS CONSTITUE UN FARDEAU SANITAIRE DE PREMIER ORDRE

2.1.1 TOTAL : PLUS DE 3,4 MILLIONS DE 20 – 64 ANS CONCERNÉS PAR UN PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE, SOIT 9% DE LA CLASSE D'ÂGE

2.1.1.1 État des lieux

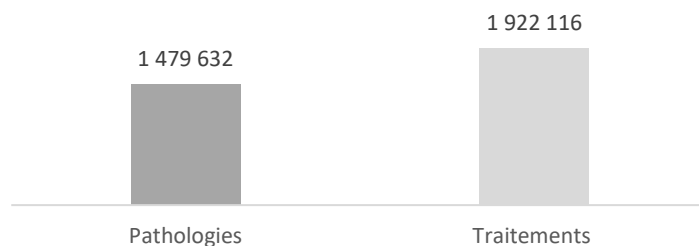
Le nombre d'actifs traités pour une pathologie mentale* ou recevant un traitement psychotrope s'élève à 3,4 millions¹.** Dans le détail, 1,48 million de patients entre 20 et 64 ans sont traités pour une maladie psychiatrique et 1,92 million reçoivent un traitement psychotrope. Les actifs concernés par un problème de santé mentale représentent 9% des 20-64 ans et 5% de la population française.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

¹ Un travail de retraitement a été réalisé par Asterès afin de supprimer les comptages multiples liés à une pluralité dans la prise de traitement et dans le diagnostic de plusieurs maladies psychiatriques

Figure 1 : Répartition des actifs selon les pathologies psychiatriques et les traitements psychotropes (2022)

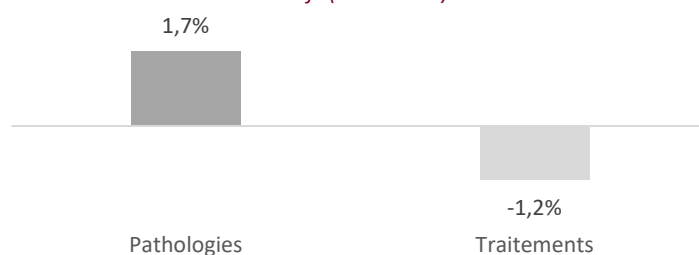


2.1.1.2 Evolution

La croissance du nombre d'actifs traités pour une pathologie mentale* ou recevant un traitement psychotrope est nulle.** Cependant, une analyse distincte révèle des tendances divergentes pour les personnes atteintes de troubles mentaux et celles recevant des traitements psychotropes. Il est difficile d'identifier si ces évolutions constituent ou non des vases communicants, avec un meilleur dépistage des pathologies. En santé mentale comme dans d'autres maladies, l'augmentation des cas comptabilisés est complexe à interpréter car elle peut reposer sur une hausse des cas réels ou sur une meilleure identification des cas existants.

- Chez les 20-64 ans, on observe, entre 2015 et 2022, une augmentation annuelle moyenne de +1,7 % des maladies psychiatriques
- Chez les 20-64 ans, on observe, entre 2015 et 2022, une diminution annuelle moyenne de -1,2 % des traitements psychotropes non liés à une pathologie.

Figure 2 : Croissance annuelle moyenne des pathologies psychiatriques et des traitements psychotropes chez les actifs (2015-2022)



* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

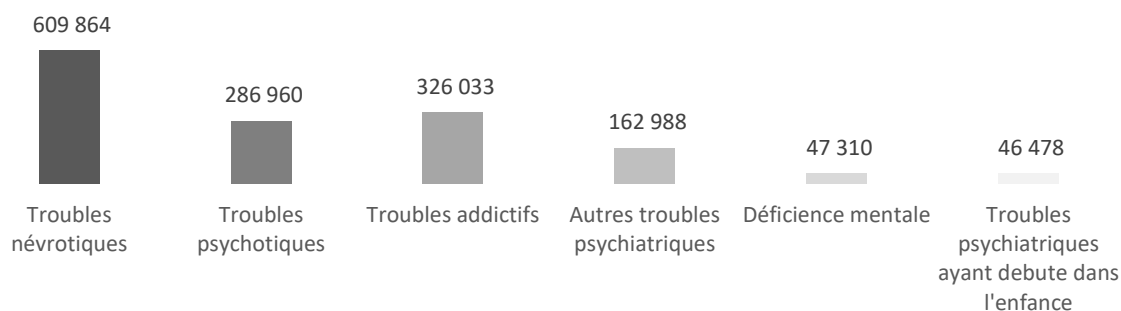
2.1.2 PATHOLOGIES* : 1,5 MILLION DE FRANÇAIS CONCERNÉS PAR UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE

2.1.2.1 État des lieux

Le nombre d'actifs traités pour une pathologie mentale* s'élève à 1,5 million. Cela représente 4% de la population entre 20 à 64 ans.

- Les troubles névrotiques et les troubles addictifs représentent la part la plus importante des personnes prises en charge pour des pathologies psychiatriques, avec 609 000 personnes (41,2%) et 326 033 personnes (22,0%) respectivement.
- Le reste est réparti entre les troubles psychotiques avec 286 960 personnes (19,4%), les autres troubles psychiatriques avec 162 988 personnes (11,0%), la déficience mentale avec 47 310 personnes (3,2%) et les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance avec 46 478 personnes (3,1%).

Figure 3 : Répartition des actifs selon les pathologies psychiatriques (2022)



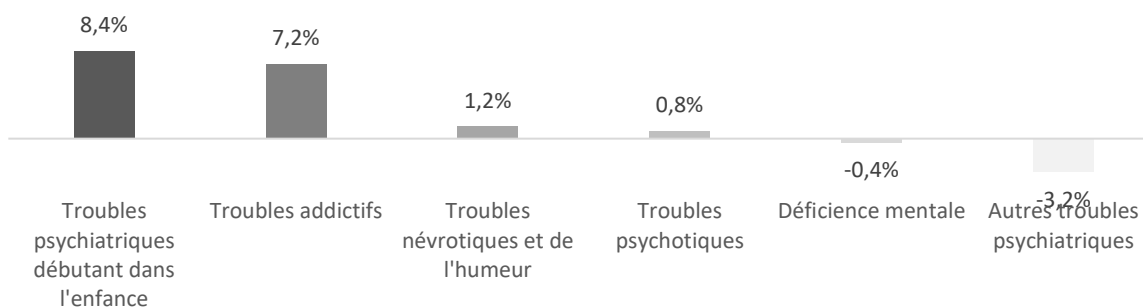
2.1.2.2 Evolution

Les troubles addictifs semblent présenter l'un des principaux enjeux en termes de hausse chez les actifs. Entre 2015 et 2022, les différents troubles psychiatriques ont connu des évolutions variées chez les actifs, allant d'une forte croissance pour les troubles débutant dans l'enfance et les troubles addictifs, à une faible croissance pour les troubles névrotiques et psychotiques, et jusqu'à une diminution pour la déficience mentale et les autres troubles psychiatriques.

- Les troubles psychiatriques de l'enfance (+8,4% par an) et les addictions (+7,2% par an) connaissent la croissance la plus soutenue.
- Les troubles névrotiques (+1,2% par an) et psychotiques (+0,8% par an) affichent une hausse plus modérée.
- La déficience mentale (-0,4% par an) et les autres troubles psychiatriques (-3,2% par an) sont en baisse.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

Figure 4 : Croissance annuelle moyenne des pathologies psychiatriques chez les actifs (2015-2022)



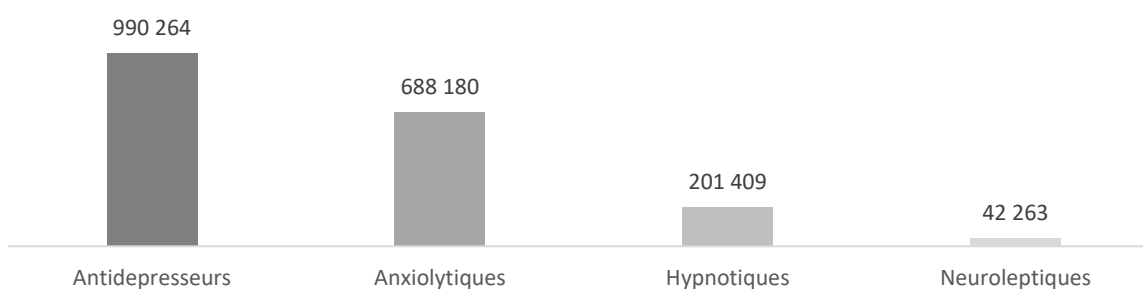
2.1.3 TRAITEMENTS PSYCHOTROPES** : 1,9 MILLION DE FRANÇAIS CONCERNÉS PAR UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE

2.1.3.1 État des lieux

Le nombre d'actifs prenant un traitement psychotrope s'élève à 1,9 million.** Cela représente 5% de la population âgée de 20 à 64 ans.

- Les traitements psychotropes les plus prescrits sont les antidépresseurs, utilisés par 990 000 patients. Cela représente plus de la moitié, 51,5%, des patients prenant un traitement psychotrope.
- Près de 690 000 personnes entre 20 et 64 ans prennent des anxiolytiques, soit 35,8% des traitements psychotropes de la catégorie.
- Plus de 200 000 personnes entre 20 et 64 ans prennent des hypnotiques, représentant 10,5% des 20 – 64 ans prenant un traitement psychotrope.
- Plus de 40 000 personnes entre 20 et 64 ans prennent des hypnotiques, soit 2,2% des traitements psychotropes de la catégorie.

Figure 5 : Répartition des actifs selon les traitements psychotropes (2022)



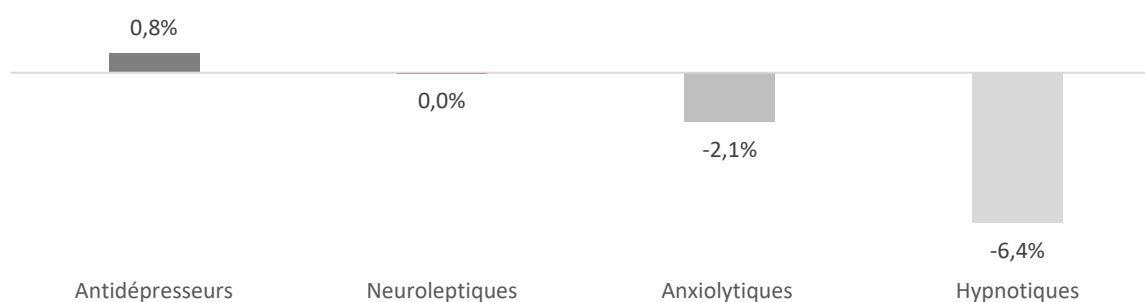
** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

2.1.3.2 Evolution

Entre 2015 et 2022, le nombre de patients se faisant prescrire des antidépresseurs est en hausse modérée pour les 20 – 64 ans, quand ceux ayant des hypnotiques sont en baisse rapide.

- Les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur ont connu une augmentation annuelle moyenne de +0,8% par an entre 2015 et 2022.
- Le nombre de traitements neuroleptiques est resté stable sur la période étudiée.
- Les traitements anxiolytiques et hypnotiques ont connu respectivement une diminution annuelle moyenne de -2,1% et -6,4% par an entre 2015 et 2022.

Figure 6 : Croissance annuelle moyenne des traitements psychotropes chez les actifs (2015-2022)

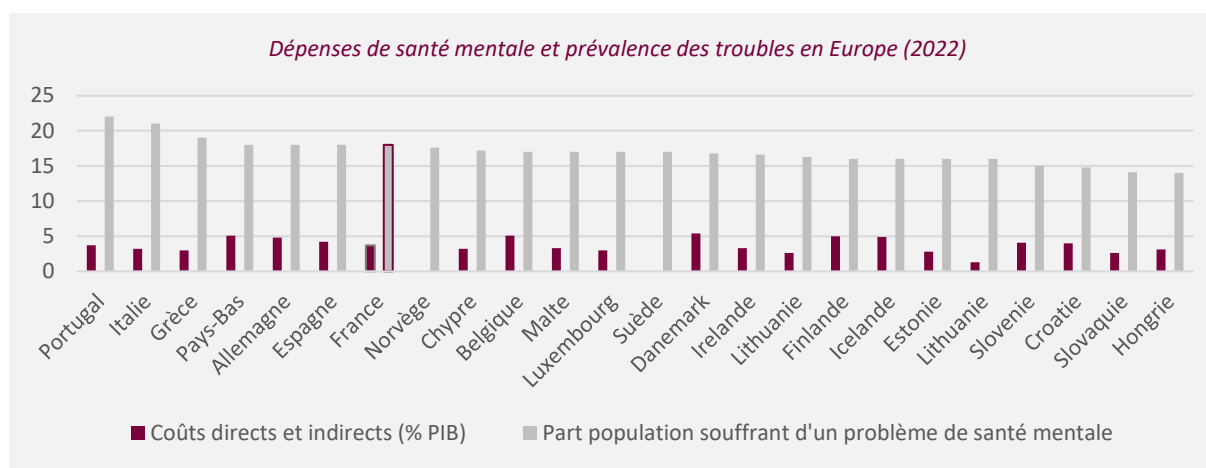


Encadré 2. Une comparaison internationale difficilement appréhendable

Les comparaisons internationales en santé mentale sont complexes en raison des différences de définition, de diagnostic, de prise en charge et de périmètre des troubles mentaux entre les pays. Les données comparatives provenant de l'OCDE¹ suggèrent que la part de la population souffrant d'un problème de santé mentale est plus élevée dans les pays de l'Europe de l'Ouest que dans les pays de l'Europe de l'Est et que les coûts directs et indirects liés à la santé mentale ne sont pas proportionnels à la part de la population concernée. De fait, les biais de détection et de diagnostics entre les pays limite la dimension interprétable de ces données. Il est complexe d'identifier si les différences sont liées à des écarts de détection ou d'existence des maladies associées.

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

¹ State of Health in the EU – Country health profiles 2023 – OCDE – European observatory on Health Systems and Policies



2.2 SEXE : L'ENJEU PARTICULIÈREMENT FÉMININ DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES

2.2.1 TOTAL : LES FEMMES PLUS SUJETTES À PRENDRE UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE**

2.2.1.1 État des lieux

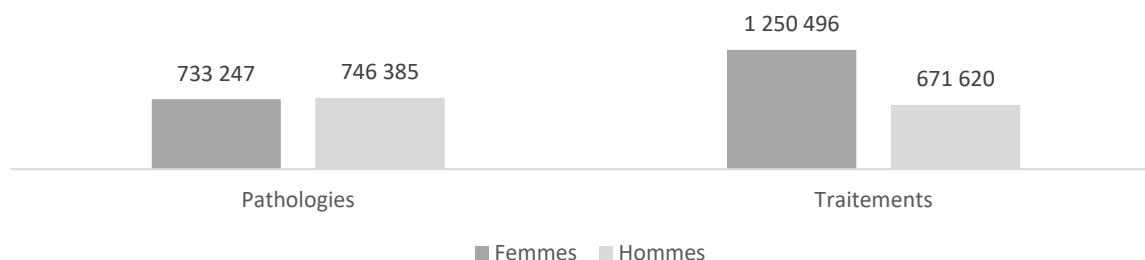
Les femmes entre 20 et 64 ans sont deux fois plus nombreuses à être concernées par la prise de traitements psychotropes que les hommes de la même catégorie d'âge.**

- Sur les pathologies*, il y a globalement un équilibre entre les deux sexes. Les femmes actives sont 733 000 à être diagnostiquées comme ayant une maladie psychiatrique*, pour 746 000 hommes, cela représente 3,8% des femmes et 4,0% des hommes entre 20 et 64 ans.
- Sur les traitements psychotropes**, l'écart est considérable. Les femmes de la catégorie sont 1,25 million à prendre un traitement pour traiter un problème de santé mentale contre seulement 671 000 hommes. Cela représente 6,5% des femmes de 20 à 64 ans contre 3,6% des hommes de 20 à 64 ans.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 7 : Répartition des actifs traités pour une pathologie psychiatrique ou un traitement psychotrope selon le sexe (2022)

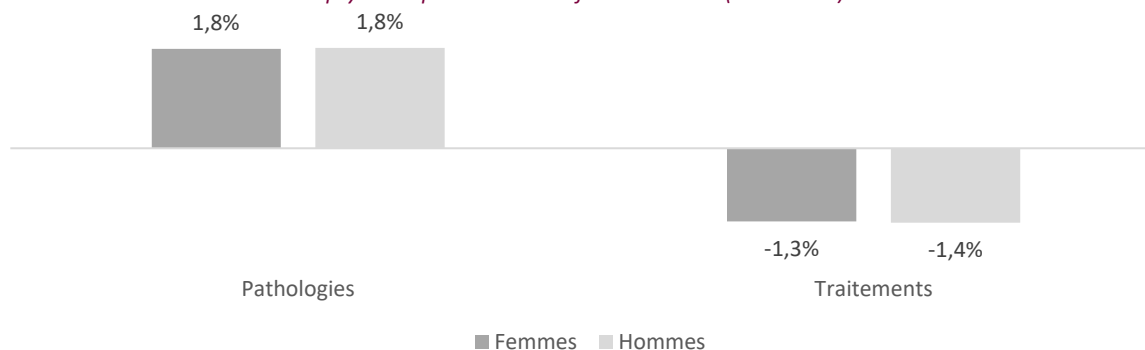


2.2.1.2 Evolution

Entre 2015 et 2022, les évolutions annuelles moyennes des pathologies mentales* et des traitements psychotropes** sont similaires chez les femmes et chez les hommes actifs. Pour les problèmes de santé mentale chez les actifs, si les niveaux sont différents entre hommes et femmes, les évolutions sont très proches.

- Entre 2015 et 2022, le nombre de femmes et d'hommes actifs diagnostiqués pour une maladie psychiatrique a augmenté en moyenne de +1,8% par an.
- Entre 2015 et 2022, le nombre de femmes actives prenant un traitement a diminué en moyenne de -1,3% par an et le nombre d'hommes de -1,4% par an.

Figure 8 : Croissance annuelle moyenne des pathologies psychiatriques et des traitements psychotropes chez les actifs selon le sexe (2015-2022)



2.2.2 PATHOLOGIES*: LES FEMMES PLUS SOUVENT TRAITÉES POUR UN TROUBLE NÉVROTIQUE ET LES HOMMES POUR DES TROUBLES ADDICTIFS OU PSYCHOTIQUES

2.2.2.1 État des lieux

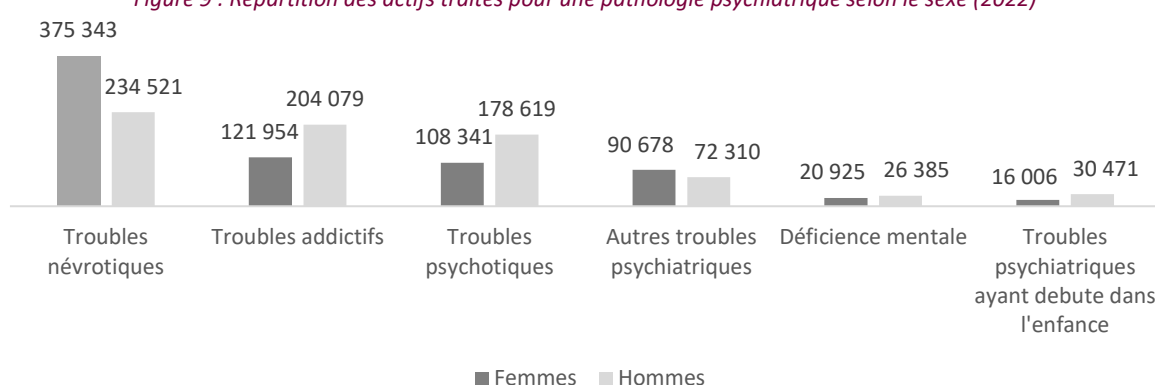
Certains troubles psychiatriques, comme les troubles anxieux généralisés ou la dépression, sont diagnostiqués plus fréquemment chez les femmes contrairement aux troubles addictifs et

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

psychotiques qui sont diagnostiqués plus fréquemment chez les hommes¹. Il est difficile d'appréhender si ces différences sont liées à des biais de sélection ou d'autosélection, ou à des différences de prévalence de ces troubles en fonction des populations.

- Les femmes sont plus fréquemment diagnostiquées pour des troubles névrotiques (2,7% contre 1,7%) et d'autres troubles psychiatriques (0,7% contre 0,5%) que les hommes.
- Les hommes sont plus fréquemment diagnostiqués pour des troubles addictifs (1,7% contre 1,1%) et des troubles psychotiques (1,2% contre 0,7%).
- Pour la déficience intellectuelle (0,3% chez les hommes contre 0,2% chez les femmes) et des troubles débutant dans l'enfance (0,2% chez les hommes contre 0,1% chez les femmes), les différences sont moins marquées.

Figure 9 : Répartition des actifs traités pour une pathologie psychiatrique selon le sexe (2022)



2.2.2.2 Evolution

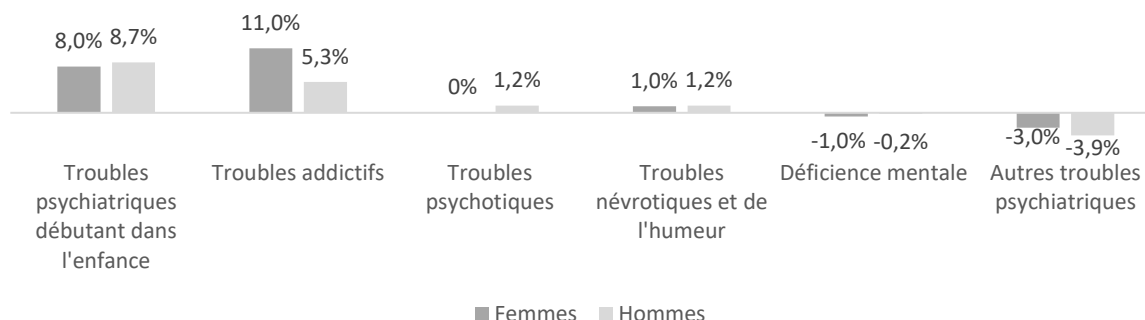
Entre 2015 et 2022, les évolutions annuelles moyennes des différentes pathologies mentales* chez les actifs suivent la même tendance selon le sexe, mais avec des ampleurs différentes.

- Entre 2015 et 2022, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance ont connu une augmentation annuelle moyenne de +8,0% par an chez les femmes et de +8,7% par an chez les hommes, tandis que les troubles addictifs ont augmenté en moyenne de +11,0% par an chez les femmes et de +5,3% par an chez les hommes, ce qui représente une hausse notable pour ces deux catégories de troubles.
- Entre 2015 et 2022, les troubles névrotiques et de l'humeur sont restés stables chez les femmes et ont connu une augmentation de +1,2% par an chez les hommes, tandis que les troubles psychotiques ont augmenté en moyenne de +1,0% par an chez les femmes et de +1,2% par an chez les hommes, ce qui indique une progression plus modérée pour ces troubles.
- Entre 2015-2022, la déficience mentale a connu une baisse de -1,0% chez les femmes et de -0,2% par an chez les hommes, et les autres troubles psychiatriques ont présenté une diminution annuelle moyenne de -3,0% par an chez les femmes et de -3,9% par an chez les hommes, ce qui traduit une tendance à la baisse pour ces deux types de troubles.

¹Asterès n'exclut pas un biais de diagnostic

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

Figure 10 : Croissance annuelle moyenne des différentes pathologies psychiatriques chez les actifs selon le sexe (2015-2022)



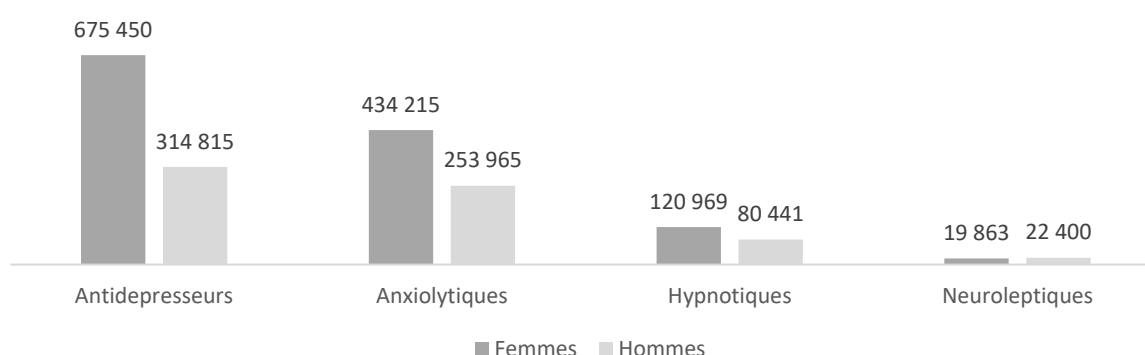
2.2.3 TRAITEMENTS** : UNE PLUS FORTE UTILISATION PAR LES FEMMES

2.2.3.1 État des lieux

Hormis pour les neuroleptiques, les femmes actives ont plus souvent recours à des traitements psychotropes que les hommes actifs.**

- L'utilisation d'antidépresseurs (3,6% contre 1,6%), d'anxiolytiques (2,3% contre 1,3%) et d'hypnotiques (0,7% contre 0,4%) est plus fréquente chez les femmes actives que chez les hommes actifs, en dehors de contextes pathologiques.
- L'utilisation de neuroleptiques est identique chez les hommes actifs et chez les femmes actives (0,1%).

Figure 11 : Répartition des actifs prenant un traitement psychotrope selon le sexe (2022)



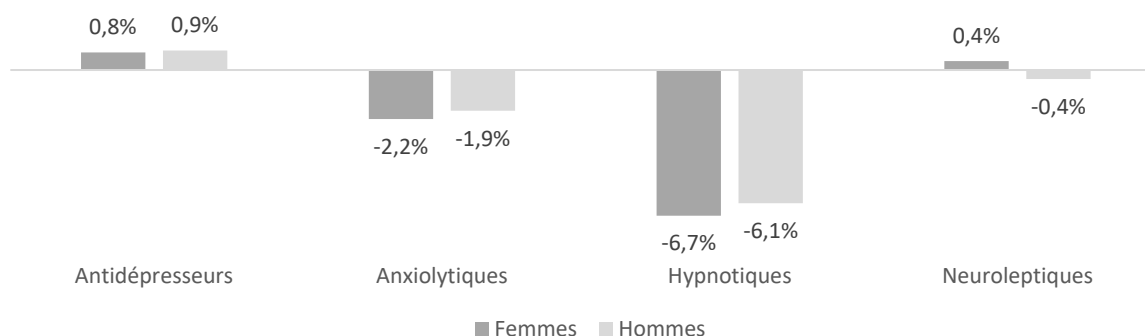
2.2.3.2 Evolution

Entre 2015 et 2022, les évolutions annuelles moyennes du nombre d'actifs ayant un traitement psychotrope suivent la même tendance selon le sexe, avec souvent des amplitudes différentes.**

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

- Entre 2015 et 2022, les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur ont connu une hausse annuelle moyenne de +0,8% par an chez les femmes et de +0,9% par an chez les hommes, parmi les actifs.
- Les traitements neuroleptiques ont présenté une hausse de +0,4% par an chez les femmes actives et une baisse de -0,4% par an chez les hommes actifs.
- Les traitements anxiolytiques ont connu une diminution annuelle moyenne de -2,2% par an chez les femmes actives et de -1,9% par an chez les hommes actifs, et les traitements hypnotiques ont présenté une forte diminution de -6,7% par an chez les femmes actives et de -6,1% par an chez les hommes actifs.

Figure 12 : Croissance annuelle moyenne des différents traitements psychotropes chez les actifs selon le sexe (2015-2022)



2.3 CLASSES D'ÂGES : DES DIFFÉRENCES SIGNIFICATIVES DANS LES DIAGNOSTICS

2.3.1 PRÉVALENCE DES CLASSES D'ÂGES : ENTRE STABILITÉ DES PATHOLOGIES* ET RECOURS ACCRU AUX TRAITEMENTS**

2.3.1.1 État des lieux

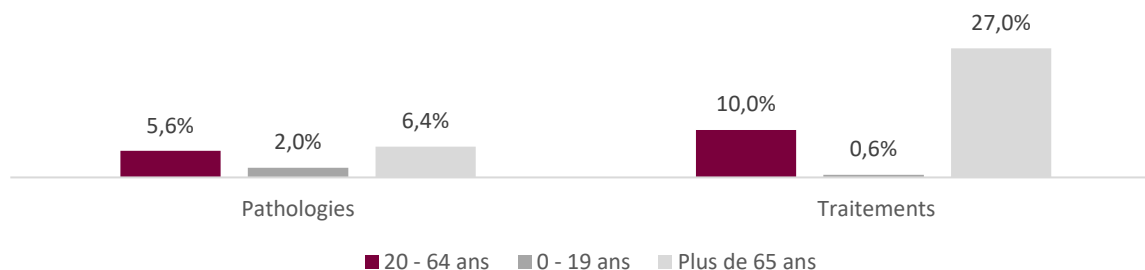
La prévalence des pathologies* est relativement comparable entre les actifs (20 - 64 ans) et les seniors (plus de 65 ans), à l'inverse du recours aux traitements psychotropes** qui connaît une augmentation significative avec l'âge. En comparant les différentes classes d'âge, il semble que les pathologies apparaissent, ou sont diagnostiquées, progressivement au fur et à mesure de la vie, quand le recours aux traitements explose littéralement avec l'âge.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

- La prévalence des pathologies mentales est légèrement plus élevée chez les personnes de plus de 65 ans (6,4%) que chez les 20-64 ans (5,6%), et nettement plus que chez les moins de 19 ans (2,0%). Eu égard au poids de chaque catégorie d'âge, l'évolution est ici plutôt linéaire.
- La part des personnes prenant un traitement psychotrope est nettement plus élevée chez les plus de 65 ans (27,0%) que chez les 20-64 ans (10,0%), qui sont eux-mêmes bien au-dessus des moins de 19 ans (0,6%). Le recours aux traitements sans pathologie constitue ainsi un enjeu sanitaire pour les actifs, et encore plus pour les seniors.

Figure 13 : Part des patients atteints d'une pathologie psychiatrique ou prenant un traitement psychotrope selon la tranche d'âge (2022)

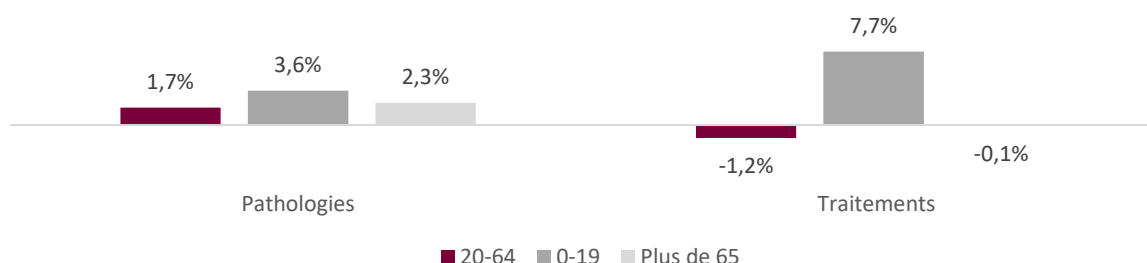


2.3.1.2 Evolution

Les actifs sont ceux chez qui les dynamiques concernant la santé mentale sont les moins inquiétantes, malgré leur hausse. Entre 2015 et 2022, la hausse des pathologies mentales est restée plus contenue chez les actifs que pour les autres catégories d'âge. Leur recours aux traitements psychotropes a diminué, contrastant avec la forte augmentation observée chez les jeunes et la quasi-stabilité chez les seniors. L'identification de l'origine de ces différences serait un élément particulièrement intéressant pour comprendre les dynamiques actuelles et futures de prévention.

- Entre 2015 et 2022, la hausse annuelle des pathologies mentales a été moins importante chez les actifs (+1,7% par an) que chez les jeunes (+3,6% par an) et les seniors (+2,3% par an).
- Entre 2015 et 2022, la prise de traitement psychotrope a diminué de -1,2% par an chez les actifs, tandis qu'elle a connu une quasi-stabilité chez les seniors (-0,1% par an) et une forte hausse chez les jeunes (+7,7% par an).

Figure 14 : Croissance annuelle moyenne des pathologies psychiatriques et des traitements psychotropes selon la tranche d'âge (2015-2022)



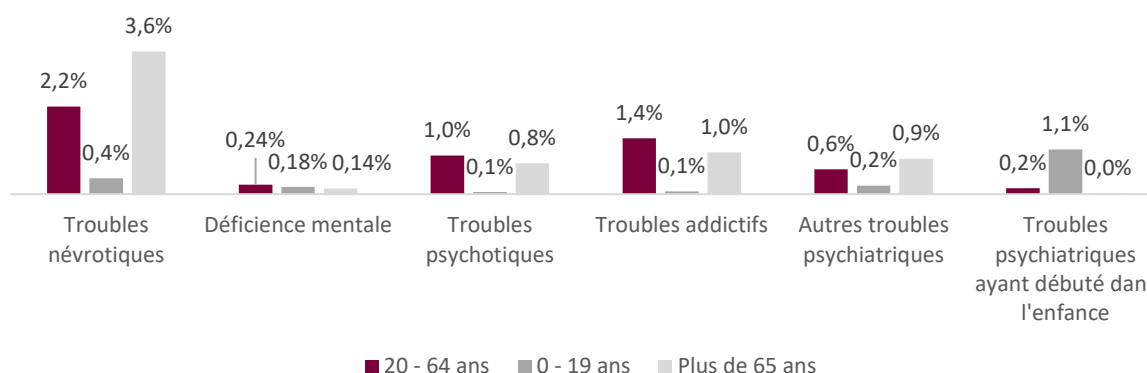
2.3.2 PATHOLOGIES* : DES TENDANCES DIVERGENTES SELON LES TYPES DE TROUBLES

2.3.2.1 État des lieux

Les troubles psychotiques et les troubles addictifs sont ceux qui touchent particulièrement les actifs, comparés aux autres classes d'âge. A l'inverse, les troubles névrotiques et les autres troubles psychiatriques augmentent avec l'âge.

- Les actifs présentent une prévalence plus élevée pour les troubles addictifs (1,4% contre 1,0% chez les seniors et 0,1% chez les jeunes) et psychotiques (1,0% contre 0,8% chez les seniors et 0,1% chez les jeunes). Concernant la déficience mentale, les actifs présentent également une prévalence plus élevée que les seniors (0,2% contre 0,1% chez les seniors) mais identique à celle des jeunes (0,2%).
- Les actifs présentent une prévalence inférieure aux seniors pour les deux types de troubles : 2,2% contre 3,6% pour les troubles névrotiques (0,4% chez les jeunes), 0,6% contre 0,9% pour les troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (0,2% chez les jeunes).

Figure 15 : Part des patients atteints d'une pathologie psychiatrique selon la tranche d'âge (2022)



2.3.2.2 Evolution

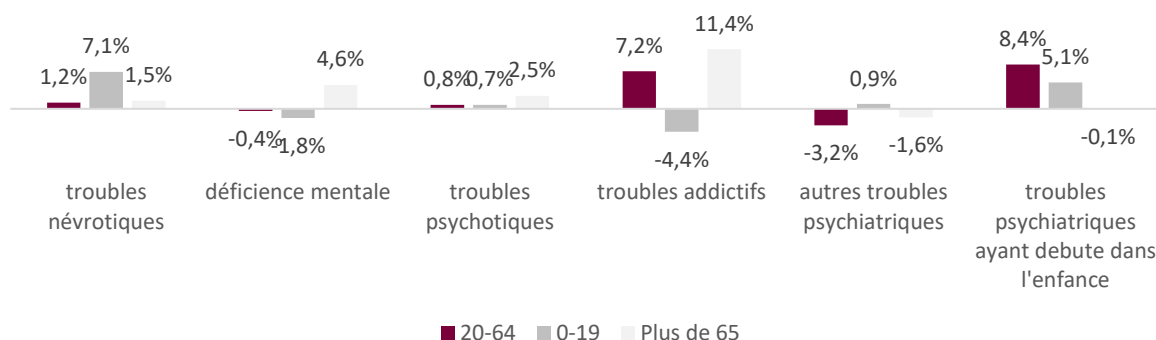
Entre 2015 et 2022, l'évolution des troubles psychiatriques* a varié sensiblement selon l'âge, avec des tendances souvent différentes entre les actifs, les jeunes et les seniors. De fait, les rythmes de croissance sont la plupart du temps inférieurs chez les actifs que dans l'une ou l'autre des deux autres catégories (hormis pour les troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance).

- Les seniors connaissent une croissance plus forte que les jeunes et les actifs concernant trois troubles : la déficience mentale (+4,6% par an contre -0,4% par an pour les actifs et -1,8% par an chez les jeunes), les troubles psychotiques (+2,5% par an contre +0,7% par an pour les jeunes et +0,8% par an les actifs) et les troubles addictifs (+11,4% par an contre +7,2% par an pour les actifs et -4,4% par an pour les jeunes).

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

- Les jeunes connaissent une croissance plus forte concernant deux pathologies : les troubles névrotiques (+7,1% par an contre +1,2% par an pour les actifs et +1,5% par an pour les seniors) et les autres troubles psychiatriques que les seniors et les jeunes (+0,9% par an contre -1,6% par an pour les seniors et -3,2% par an pour les actifs).
- Les actifs connaissent une croissance plus élevée concernant les troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (8,4% par an contre 5,1% par an pour les jeunes et -0,1% par an pour les seniors).

Figure 16 : Croissance annuelle moyenne des pathologies psychiatriques selon la tranche d'âge (2015-2022)



2.3.3 TRAITEMENTS PSYCHOTROPES** : UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE AVEC L'ÂGE

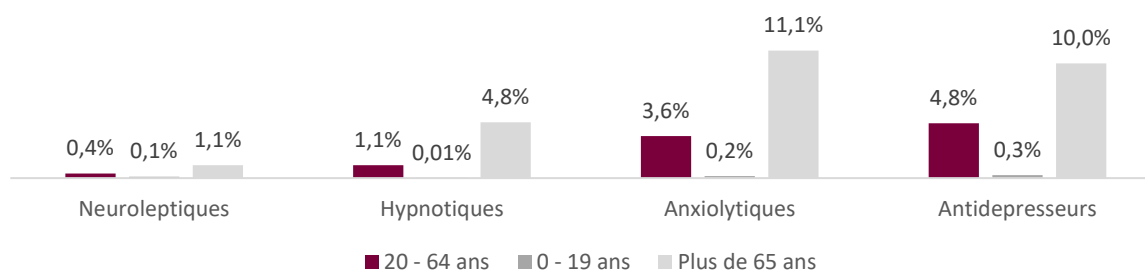
2.3.3.1 État des lieux

Les actifs sont dans une position intermédiaire concernant l'ensemble des traitements psychotropes puisque, de façon générale, il semble que la prise des traitements augmente avec l'âge.** Cela se retrouve sur l'ensemble des quatre traitements analysés.

- La prévalence de l'utilisation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs est nettement plus élevée chez les actifs (3,6% pour les anxiolytiques, 4,8% pour les antidépresseurs) et les seniors (11,1% pour les anxiolytiques, 10,0% pour les antidépresseurs) que chez les jeunes (0,2% pour les anxiolytiques, 0,3% pour les antidépresseurs)
- La prévalence de l'utilisation des hypnotiques est plus faible chez les actifs et les jeunes (1,1% et 0,01%) que chez les seniors (4,8%).
- La prévalence de l'utilisation des neuroleptiques est similaire pour les trois classes d'âge (0,4% pour les actifs, 0,1% pour les jeunes et 1,1% pour les seniors)

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 17 : Part des patients prenant un traitement psychotrope selon la tranche d'âge (2022)

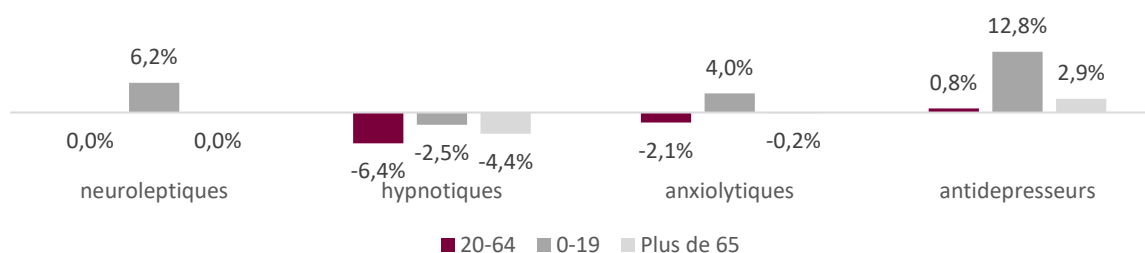


2.3.3.2 Evolution

Entre 2015 et 2022, les actifs ont connu des évolutions contrastées dans leur recours aux traitements psychotropes** par rapport aux autres catégories d'âge. Les actifs ont connu des diminutions pour certains traitements et des augmentations pour d'autres, tandis que les jeunes ont majoritairement vu leur consommation augmenter et que les seniors ont connu une relative stabilité.

- Les croissances sont particulièrement nettes pour les jeunes, et ce concernant trois traitements : les antidépresseurs (+12,8% par an contre +2,9% par an pour les seniors et +0,8% par an pour les actifs), les anxiolytiques (+4,0% par an contre -0,2% par an pour les seniors et -2,1% par an pour les actifs) et les neuroleptiques (+6,2% par an contre 0,0% par an pour les actifs et les seniors)
- Le nombre de patients prenant un traitement hypnotique diminue pour toutes les catégories d'âge (-6,4% par an pour les actifs, -2,5% par an pour les jeunes et -4,4% par an chez les seniors).

Figure 18 : Croissance annuelle moyenne des traitements psychotropes selon la tranche d'âge (2015-2022)

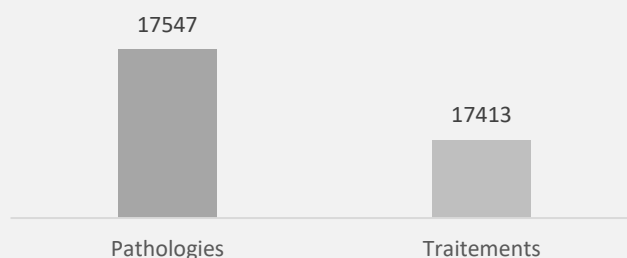


** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

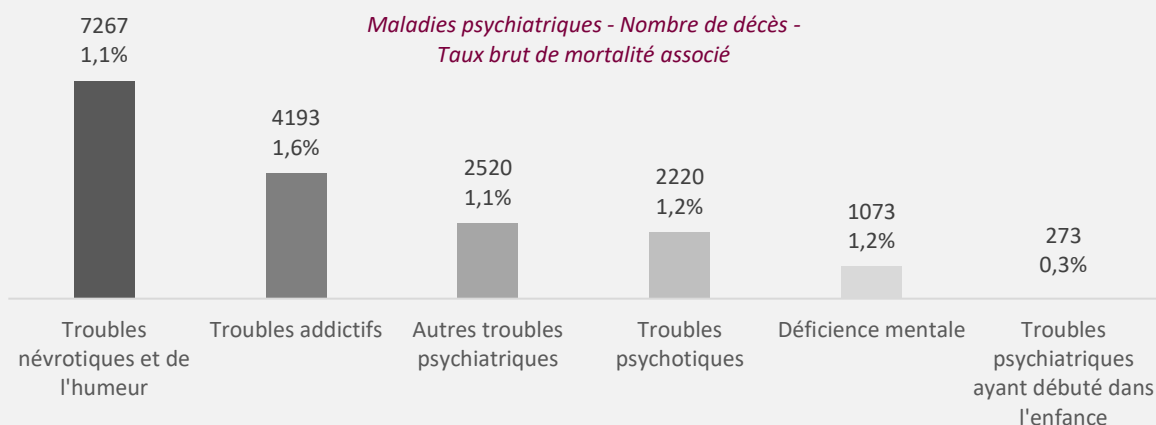
Encadré 3. Décès : 35 000 décès en 2022 attribuables à la santé mentale

Le nombre de décès total sur l'année 2022 concernant les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes s'élève à 34 960. La répartition entre les patients ayant une pathologie et ceux ayant un traitement sans pathologie est quasiment identique. En 2022, les troubles névrotiques et de l'humeur ont été la pathologie associée au plus grand nombre de décès, avec plus de 7 000 décès enregistrés. Cependant la pathologie rencontrant le taux brut de mortalité le plus élevé correspond aux troubles addictifs (1,6%). En 2022, les anxiolytiques ont été le traitement associé au plus grand nombre de décès, avec plus de 7 600 décès enregistrés. Cependant, le traitement rencontrant le taux le plus élevé de mortalité correspond aux traitements hypnotiques (0,8%).

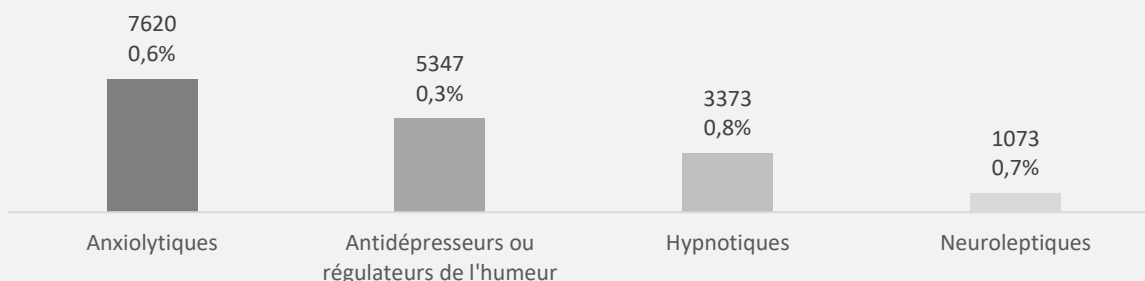
Pathologies et traitements - Nombre de décès - Taux brut de mortalité associé



Maladies psychiatriques - Nombre de décès - Taux brut de mortalité associé



Traitements hors pathologie - Nombre de décès - Taux brut de mortalité associé



3. RÉSULTATS : UN COÛT TOTAL DE LA SANTÉ MENTALE DES ACTIFS ESTIMÉ À 24,7 MILLIARDS D'EUROS

D'après les estimations d'Asterès, le coût de la santé mentale des actifs en France en 2022 s'élève à 24,7 Mds€. L'Assurance Maladie supporte l'essentiel de ce coût, avec 14,8 Mds€, suivie par les employeurs, à hauteur de 7,6 Mds€, et les complémentaires santé, à 2,3 Mds€. Les coûts concernant les patients atteints d'une pathologie mentale, ayant été hospitalisés ou bénéficiant d'une reconnaissance en ALD, s'élèvent à 15,7 Mds€ et ceux concernant les patients recevant une prescription de psychotropes sans ces critères s'élèvent à 8,9 Mds€.

3.1 TOTAL : L'ASSURANCE MALADIE EN PREMIÈRE LIGNE POUR LES PATHOLOGIES*, LES ENTREPRISES FORTEMENT IMPACTÉES PAR LES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES**

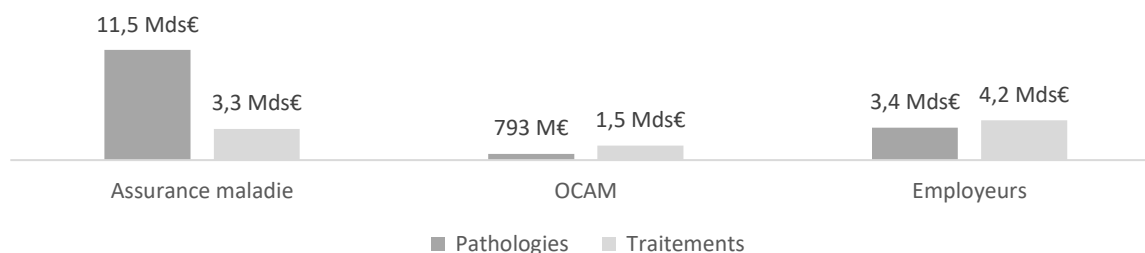
Les coûts liés aux problèmes de santé mentale des actifs sont supportés à 60% par l'Assurance Maladie, à 31% par les employeurs et à 9% par les organismes complémentaires. Dans le détail, le coût pour les employeurs et pour les OCAM est principalement centré sur les patients ayant un traitement psychotrope. En particulier, pour ces derniers, les entreprises supportent la majorité des coûts, devant l'Assurance Maladie.

- L'Assurance Maladie supporte un coût total de 14,8 Mds€. L'immense majorité, 11,5 Mds€, concerne les patients atteints d'une pathologie mentale et une minorité, 3,3 Mds€, des patients prenant un traitement sans avoir de pathologie.
- Les organismes complémentaires supportent un coût total de 2,3 Mds€, principalement concentré sur les patients ayant un traitement sans pathologie. Dans le détail, 793 M€ concernent les pathologies et 1,5 Md€ les patients prenant un traitement psychotrope. Cet écart est notamment lié à la part de patients en ALD, très différente entre les deux populations.
- Les employeurs supportent un coût total de 7,6 Mds€, plutôt bien réparti entre les deux populations. Ce sont 3,4 Mds€ qui concernent les patients ayant une pathologie et 4,2 Mds€ qui concernent des patients prenant un traitement sans pathologie. Sur cette population, les entreprises sont l'acteur le plus concerné par les coûts engendrés.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 19 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques et aux traitements psychotropes selon les acteurs (2022)



Encadré 2. Épuisement professionnel

L'épuisement professionnel, bien que reconnu comme un problème de santé majeur, n'a pas été intégré au calcul des coûts totaux de la santé mentale dans cette étude. Cette exclusion est due à la complexité inhérente à l'évaluation économique de l'épuisement professionnel, qui se manifeste par une multitude de symptômes et de conséquences, rendant son chiffrage précis particulièrement délicat.

Selon le baromètre annuel Absentéisme 2023 de Malakoff Humanis, 15% des arrêts maladie sont liés à des troubles psychologiques. En combinant cette donnée avec le nombre de jours d'arrêt annuel fourni par l'Assurance Maladie (24,6 millions de jours d'arrêt en 2022) et le coût moyen journalier d'un arrêt (77€), on estime le coût total des arrêts liés à des troubles psychologiques (incluant maladies psychiatriques, traitements psychotropes et épuisement professionnel) à 3,4 Mds€. Ce chiffre est supérieur aux 3,1 Mds€ de prestations en espèces versées, ce qui suggère, selon Asterès, que le différentiel provient d'arrêts non liés à une pathologie psychiatrique ou à un traitement psychotrope. Une estimation similaire, basée sur les chiffres de l'Observatoire de l'absentéisme Datascope d'Axa, chiffre le coût de ces arrêts pour troubles psychologiques non liés à une pathologie ou un traitement à 400 M€.

Asterès estime donc que l'épuisement professionnel pourrait représenter un coût compris entre 300 et 400 M€. Cependant, en raison de l'hétérogénéité des méthodologies employées et de la marge d'erreur significative qui en découle, Asterès a jugé préférable de ne pas inclure ces estimations dans les résultats totaux présentés dans cette étude. Cette exclusion ne minimise en aucun cas l'importance de l'épuisement professionnel et de son impact socio-économique, mais reflète une volonté de présenter des données aussi précises que possibles.

Encadré 3. Répartition des coûts entre le secteur privé et public

Pour estimer la répartition des coûts entre le secteur public et le secteur privé, Asterès identifie les coûts associés aux actifs en emploi, puis compare les taux d'absentéisme entre public et privé pour causes de santé mentale. Ces calculs sont effectués en distinguant à chaque fois les hommes et les femmes, étant données les fortes différences entre les deux populations.

Selon la Drees, en 2010, 86 % des femmes et 82 % des hommes souffrant de troubles mentaux étaient toujours en activité professionnelle¹. Afin de comparer les secteurs public et privé, il est essentiel de considérer la répartition hommes-femmes dans ces secteurs : 27 % des femmes actives travaillent dans le secteur public, contre 73 % dans le secteur privé ; 18 % des hommes actifs

¹ Le taux d'activité moyen des 25-64 ans est de 84,5% pour les hommes et de 76,4% pour les femmes

travaillent dans le secteur public, contre 82 % dans le secteur privé. De plus, selon un rapport de la Cour des comptes sur la rémunération des agents publics en arrêt maladie, en 2019, 5,2 % des agents publics étaient absents pour raison de santé au moins un jour par semaine, contre 4,4 % dans le secteur privé¹. Cela indique un taux d'absentéisme environ 18 % plus élevé dans le secteur public. Concernant la part d'absence pour cause de santé mentale dans le privé et le public, elle est relativement identique entre les deux secteurs, environ 32% pour le privé² et 38% pour la fonction publique³.

L'impact économique des troubles mentaux concernant les actifs, estimé à 24,7 milliards d'euros, se répartit de manière inégale entre les hommes et les femmes et entre le secteur privé et le secteur public. Asterès fait l'hypothèse que le coût concernant la santé mentale est identique pour les personnes ayant conservé leur emploi et celles ayant quittées leur emploi, faute de données disponibles. Initialement, les femmes représentent 14,4 milliards d'euros de ce coût (58%), contre 10,3 milliards pour les hommes (42%). En se concentrant sur les personnes actives souffrant de ces troubles et toujours en emploi, les chiffres s'ajustent légèrement : 12,0 milliards pour les femmes (86%) et 10,2 milliards pour les hommes (82%). En considérant le taux d'absentéisme environ 18% plus élevé dans le secteur public, la répartition des travailleurs par secteur est la suivante : le coût de la santé mentale concernant les actifs travaillant dans le public s'élève à 5,8 milliards d'euros alors que celui concernant les actifs travaillant dans le privé s'élève à 15 milliards.

3.2 ASSURANCE MALADIE : UN COÛT TOTAL POUR L'ASSURANCE MALADIE DE 14,8 MILLIARDS D'EUROS

3.2.1 COÛTS TOTAUX : UN COÛT MAJORITAIREMENT DÛ AUX PATHOLOGIES*

3.2.1.1 Coût global

Le coût de la santé mentale des actifs pour l'Assurance Maladie s'élève à 14,8 Mds€ par an, soit environ 6% du total des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie⁴. Les écarts sont considérables entre les pathologies* et les traitements psychotropes**.

- Les pathologies sont responsables de plus de trois quarts (78%) du coût de la santé mentale des actifs pour l'Assurance Maladie, s'élevant à 11,5 Mds€.

¹ La rémunération des agents publics en arrêt maladie - juin 2021 Cour des comptes

² Baromètre annuel Absentéisme 2023 – Malakoff humanis

³ <https://www.mutuellemcf.fr/2023/12/13/arrets-de-travail-longs-quelles-realites-pour-les-agents-de-la-fonction-publique/>

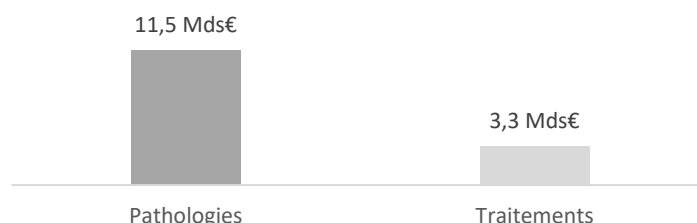
⁴ Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

- Les traitements psychotropes sont responsables de près d'un quart (22%) du coût de la santé mentale des actifs pour l'Assurance Maladie, et s'élèvent à 3,3 Mds€.

Figure 20 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques et aux traitements psychotropes pour l'Assurance maladie (2022)



3.2.1.2 Coût par patient

Le coût moyen par patient est quatre fois plus élevé concernant les patients atteint d'une pathologie psychiatrique* que les patients prenant un traitement psychotrope.**

- Le coût moyen par patient pour les patients atteint d'une pathologie psychiatrique s'élève à 7 800 €.
- Le coût moyen par patient pour les patients prenant un traitement psychotrope s'élève à 1 700 €.

Figure 21 : Coût moyen pour un patient traité pour une pathologie psychiatrique ou prenant un traitement psychotrope pour l'Assurance maladie



3.2.2 PATHOLOGIES* : UN COÛT TOTAL DE 11,5 MILLIARDS D'EUROS

3.2.2.1 Coûts globaux

Le coût des pathologies mentales* des 20 – 64 ans pour l'Assurance Maladie s'élève à 11,5 Mds€ par an, cela représente 78% des remboursements concernant la santé mentale. Le coût des pathologies psychiatriques s'élève à environ 5% du total des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie. Le coût des pathologies imputables à la santé mentale pour l'Assurance Maladie provient

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

principalement des dépenses hospitalières, s'élevant à 7,5 Mds€ (65%), suivies par les soins de ville, 2,2 Mds€ (19%) et les prestations en espèces, 1,7 Md€ (15%).

- Les troubles psychotiques et les troubles névrotiques sont responsables des trois quarts du coût des pathologies psychiatriques, représentant respectivement 5,3 Mds€ (46%) et 3,6 Mds€ (31%).
- Le reste est réparti entre les troubles addictifs s'élevant à 1,5 Md€ (13%), les autres troubles psychiatriques s'élevant à 585 M€ (5%), la déficience mentale s'élevant à 362 M€ (3%) et les troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance s'élevant à 294 M€ (3%).

Figure 22 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques selon les postes de coûts pour l'Assurance maladie (2022)

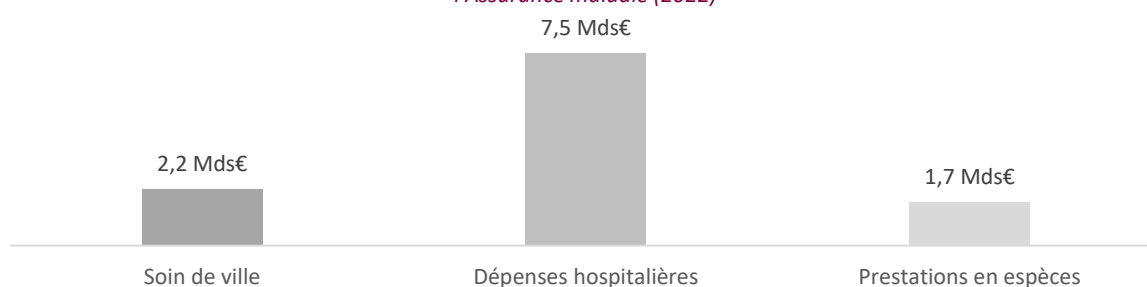
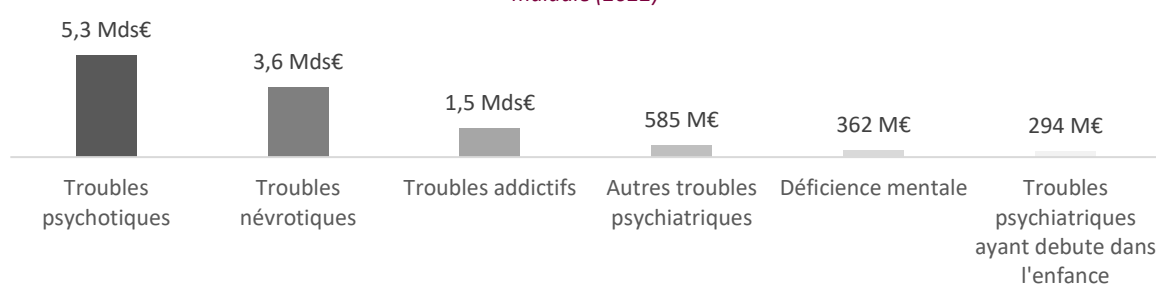


Figure 23 : Répartition des coûts liés aux différentes pathologies psychiatriques pour l'Assurance maladie (2022)



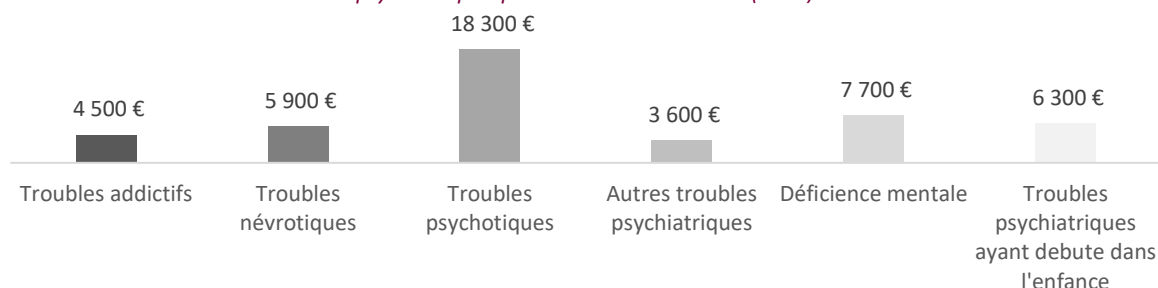
3.2.2.2 Coût par patient

Par pathologie* et par patient, les troubles addictifs sont de loin les plus coûteux pour l'Assurance Maladie. Le coût par patient, pour l'Assurance Maladie, des différentes maladies psychiatriques varie fortement.

- Le coût moyen par patient ayant des troubles psychotiques s'élève à plus de 18 300 €.
- La déficience mentale et les troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance ont un coût par patients s'élevant respectivement à 7 700€ et 6 300€. Ces deux pathologies ont un coût total faible contrairement au coût moyen par patient.
- Le coût moyen par patient des patients atteints de troubles névrotiques, de troubles addictifs et d'autres troubles psychiatriques, s'élèvent respectivement à 5 900€, 4 500€ et 3 600€.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

Figure 24 : Répartition des coûts moyens par patient liés aux différentes pathologies psychiatriques pour l'Assurance maladie (2022)



3.2.3 TRAITEMENTS PSYCHOTROPES^{**} : UN COÛT TOTAL DE 3,3 MILLIARDS D'EUROS

3.2.3.1 Coûts globaux

Le coût pour l'Assurance Maladie des actifs prenant des traitements psychotropes^{**} s'élève à 3,3 Mds€ par an, soit 22% des remboursements concernant la santé mentale. Le coût lié aux patients prenant des traitements psychotropes s'élève à environ 1% du total des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie. Ce coût provient principalement des soins de ville, s'élevant à 1,6 Md€ (49%), suivi par les prestations en espèces, 1,4 Md€ (44%) et les dépenses hospitalières, 222 M€ (7%). Les dépenses hospitalières sont ainsi fortement réduites par rapport aux patients ayant une pathologie.

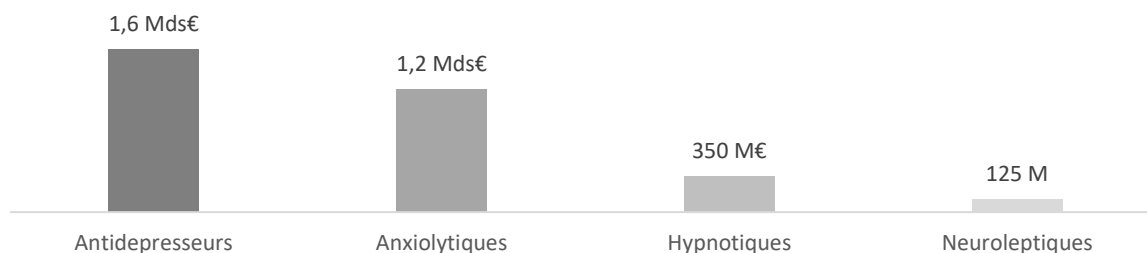
- Les patients prenant des antidépresseurs et ceux prenant des anxiolytiques représentent plus de 85% des dépenses de l'Assurance Maladie liées aux traitements psychotropes, atteignant respectivement 1,6 Mds€ (49%) et 1,2 Mds€ (37%).
- Les patients prenant des hypnotiques et ceux prenant des neuroleptiques représentent la part restante, atteignent respectivement 350 M€ (11%) et 125 M€ (4%).

Figure 25 : Répartition des coûts liés aux traitements psychotropes selon les postes de coûts pour l'Assurance maladie (2022)



^{**} Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 26 : Répartition des coûts liés aux différents traitements psychotropes pour l'Assurance maladie (2022)

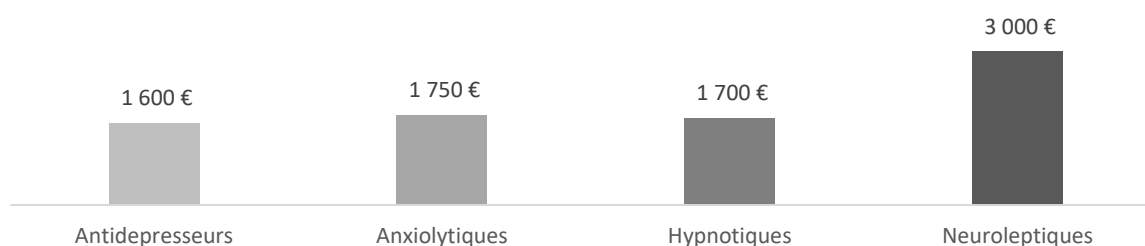


3.2.3.2 Coût moyen par patient

Le coût par patient le plus élevé pour l'Assurance Maladie concerne ici les patients prenant des **neuroleptiques**. Le coût moyen par patient pour l'Assurance Maladie concernant les patients prenant un traitement psychotrope est inversement proportionnel au coût global.

- Les patients sous neuroleptiques engendrent des coûts moyens par patient de 3 000 €, soit près du double de ceux des autres patients ayant un traitement psychotrope.
- Les patients prenant des anxiolytiques, des hypnotiques ou des antidépresseurs ont un coût moyen similaire, s'élevant respectivement à 1 750€, 1 700€ et 1 600€ pour l'Assurance Maladie.

Figure 27 : Répartition des coûts moyens par patient liés aux traitements psychotropes pour l'Assurance maladie (2022)



3.3 OCAM : UN COÛT TOTAL POUR LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES DE 1,7 MILLIARD D'EUROS

3.3.1 COÛTS TOTAUX : UN COÛT MAJORITAIREMENT DÛ AUX PATIENTS PRENANT DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES**

3.3.1.1 État des lieux

Le coût de la santé mentale des actifs pour les organismes complémentaires est estimé par Asterès à 2,3 Mds € par an. Ce coût est particulièrement concentré sur les patients prenant un traitement psychotrope, notamment parce que les patients ayant une pathologie sont nombreux à être en ALD.

- Le coût lié aux patients atteint par une pathologie psychiatrique est estimé à 793 M€, ce qui représente 39% des coûts totaux liés à la santé mentale pour les OCAM.
- Le coût lié aux patients prenant un traitement psychotrope est estimé à 1,5 Mds€, ce qui représente 61% des coûts totaux liés à la santé mentale pour les OCAM.

Figure 28 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques et aux traitements psychotropes pour les OCAM (2022)



3.3.1.2 Coût par patient

Le coût moyen par patient pour les organismes complémentaires est plus élevé pour ceux prenant un traitement psychotrope que pour ceux ayant une pathologie*.** La différence est en l'occurrence de 60%.

- Asterès estime le coût moyen pour les organismes complémentaires d'un patient atteint d'une pathologie psychiatrique à 500€.
- Asterès estime le coût moyen pour les organismes complémentaires d'un patient prenant un traitement psychotrope à 800 €.

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 29 : Coût moyen pour un patient traité pour une pathologie psychiatrique ou prenant un traitement psychotrope pour les OCAM (2022)



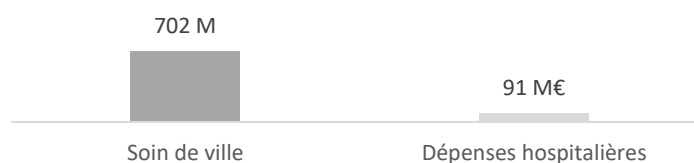
3.3.2 PATHOLOGIES*: UN COÛT TOTAL DE 650 MILLIONS D'EUROS

3.3.2.1 État des lieux

Le coût lié aux patients atteint d'une pathologie psychiatrique* pour les organismes complémentaires, est estimé par Asterès à 793 M€ par an. Le coût lié aux patients atteint d'une pathologie psychiatrique pour les OCAM provient principalement des soins de ville, s'élevant à 702 M€ (88%) suivi des dépenses hospitalières s'élevant à 90 M€ (12%).

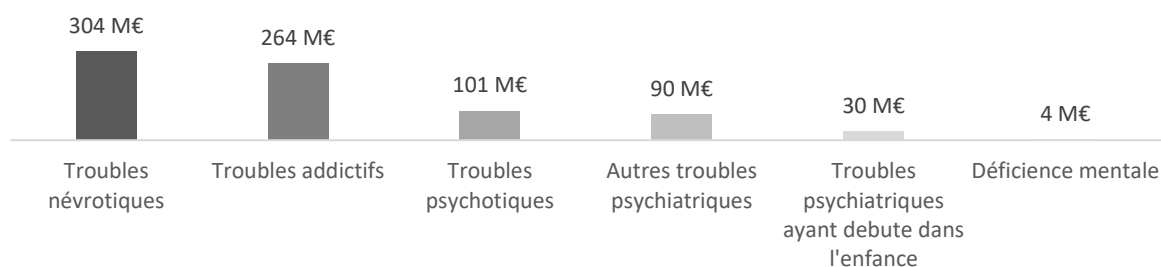
- Les patients atteints de troubles névrotiques et ceux atteints de troubles addictifs représentent plus de 70% du coût des OCAM lié aux pathologies psychiatriques, respectivement à hauteur de 304 M€ (38%) et 264 M€ (33%). Par rapport à l'Assurance Maladie, les troubles névrotiques sont plus représentés.
- Les patients souffrant de troubles psychotiques spécifiques, d'autres troubles psychiatriques, de troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance et ceux ayant une déficience mentale représentent le reste des coûts, soit respectivement 101 M€ (13%), 90 M€ (11%), 30 M€ (4%) et 4 M€ (1%).

Figure 30 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques selon les postes de coûts pour les OCAM (2022)



* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

Figure 31 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques selon les postes de coûts pour les OCAM (2022)

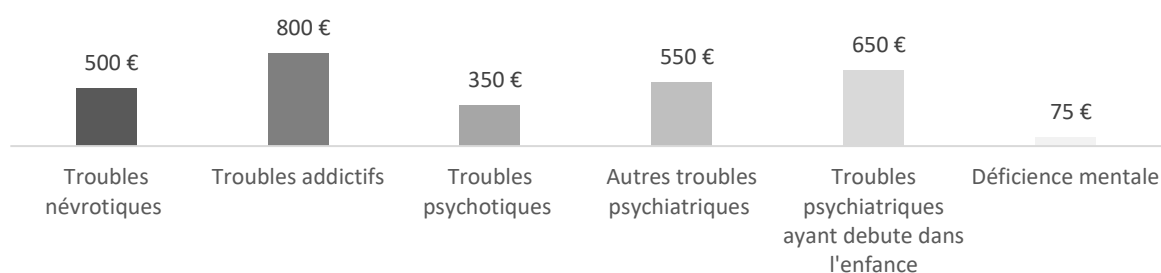


3.3.2.2 Coût par patient

Par pathologie* et par patient, les troubles addictifs sont les plus coûteux, comme pour l'Assurance Maladie. Le coût par patient concernant les patients atteints d'une pathologie psychiatrique pour les OCAM ne reflète pas la hiérarchie des coûts globaux.

- Les troubles addictifs arrivent une nouvelle fois en tête des pathologies ayant un coût par patient le plus élevé, atteignant en moyenne 800 € par patient.
- Les troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance, les autres troubles psychiatriques, les troubles psychotiques et les troubles névrotiques ont un coût moyen similaire, s'élevant respectivement à 650€, 550€, 500€ et 350€.
- Le coût moyen par patient ayant une déficiência mentale est relativement faible, n'atteignant que 75 € par patient.

Figure 32 : Répartition des coûts moyens par patient liés aux différentes pathologies psychiatriques pour les OCAM (2022)



3.3.3 TRAITEMENTS PSYCHOTROPES** : UN COÛT TOTAL DE 1,5 MILLIARD D'EUROS

3.3.3.1 État des lieux

Le coût pour les complémentaires de santé des actifs prenant un traitement psychotrope** s'élève à 1,5 Md€ par an. Le coût lié aux patients prenant des traitements psychotropes pour les organismes

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

complémentaires provient principalement des soins de ville, s'élevant à 1,1 M€ (72%), suivi des dépenses hospitalières s'élevant à 402 M€ (28%).

- Les patients prenant des antidépresseurs et ceux prenant des anxiolytiques représentent plus de 85% des coûts des OCAM liés aux traitements psychotropes, atteignant respectivement 753 M€ (50%) et 526 M€ (35%).
- Les patients prenant des hypnotiques et ceux prenant des neuroleptiques représentent la part restante, atteignant respectivement 162 M€ (11%) et 62 M€ (4%).

Figure 33 : Répartition des coûts liés aux traitements psychotropes selon les postes de coûts pour les OCAM (2022)

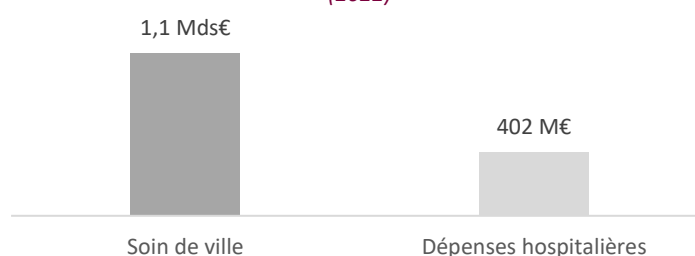
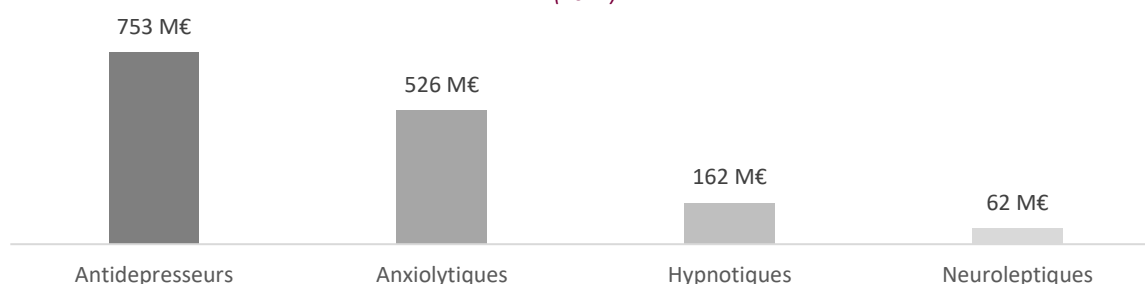


Figure 34 : Répartition des coûts liés aux différents traitements psychotropes pour les OCAM (2022)



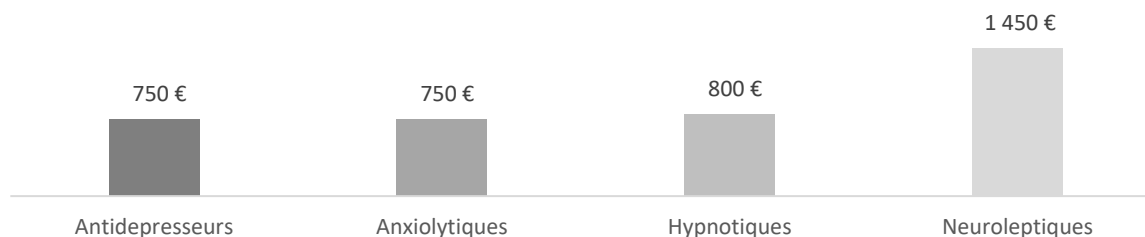
3.3.3.2 Coût par patient

Par traitement et par patient, les actifs prenant des neuroleptiques ont le coût le plus élevé pour les complémentaires santé.** Le coût moyen par patient pour les OCAM concernant les patients prenant un traitement psychotrope est inversement proportionnel au coût global.

- Les patients prenant des neuroleptiques sans avoir de pathologie psychiatrique engendrent des coûts moyens par patient de 1 450€, soit près du double de ceux des autres traitements psychotropes.
- Les patients prenant des anxiolytiques, des hypnotiques et des antidépresseurs ont un coût moyen similaire, entre 800€ et 750€.

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 35 : Répartition des coûts moyens par patient liés aux traitements psychotropes pour les OCAM (2022)



3.4 EMPLOYEUR : UN COÛT TOTAL DE 7,6 MILLIARDS D'EUROS

3.4.1 COÛTS TOTAUX : UN COÛT LÉGÈREMENT DOMINÉ PAR LES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES**

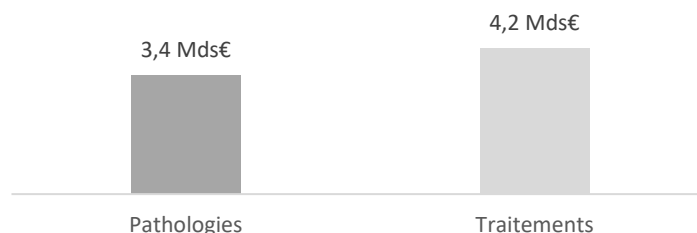
3.4.1.1 État des lieux

Le coût de la santé mentale des actifs pour les employeurs s'élève à 7,6 Mds€ par an. Ce coût est légèrement dominé par les patients ayant un traitement sans avoir de pathologie psychiatrique. Les entreprises sont, sur cette population, les premières contributrices, devant l'Assurance Maladie et les OCAM.

- Le coût lié aux patients entre 20 et 64 ans atteints par une pathologie psychiatrique s'élève à 3,4 Mds€ pour les entreprises. Cela représente 45% des coûts totaux liés à la santé mentale pour les employeurs.
- Le coût lié aux patients entre 20 et 64 ans prenant un traitement psychotrope s'élève à 4,2 Mds€ pour les entreprises. Cela représente 55% des coûts totaux liés à la santé mentale pour les employeurs.

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 36 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques et aux traitements psychotropes pour les employeurs (2022)



3.4.1.2 Coût par patient

Le coût moyen par patient pour les employeurs est très proche concernant les patients atteint d'une pathologie psychiatrique* ou ceux prenant un traitement psychotrope**. Les écarts sur le coût total sont donc liés à la différence du nombre de patients qui travaillent. A noter que ces données reposent sur le nombre total de patients dans la catégorie d'âge, et non sur le nombre total de patients étant en poste, faute de disposer des informations suffisantes.

- Le coût moyen pour les employeurs pour un patient atteint d'une pathologie psychiatrique s'élève à 2 300€.
- Le coût moyen pour les employeurs pour un patient prenant un traitement psychotrope s'élève à 2 200 €.

Figure 37 : Coût moyen pour un patient traité pour une pathologie psychiatrique ou prenant un traitement psychotrope pour les employeurs (2022)



3.4.2 PATHOLOGIES*: UN COÛT TOTAL DE 3,4 MILLIARDS D'EUROS

3.4.2.1 État des lieux

Le coût lié aux actifs atteints d'une pathologie psychiatrique* s'élève à 3,4 Mds€ par an pour les employeurs. Les troubles névrotiques sont de loin la pathologie la plus coûteuse.

* Pathologies catégorisée lors d'une hospitalisation ou d'une reconnaissance d'ALD

** Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

- Les patients atteints de troubles névrotiques représentent plus de la moitié (55%) du coût des employeurs lié aux pathologies psychiatriques, représentant 1,9 Mds€.
- Le reste des coûts est représenté par les autres pathologies : les troubles addictifs, 696 M€ (21%), les troubles psychotiques, 454 M€ (13%), les autres troubles, 261 M€ (8%), la déficience mentale 59 M€ (2%) et les troubles ayant débuté dans l'enfance 50 M€ (1%).

Figure 38 : Répartition des coûts liés aux pathologies psychiatriques selon les postes de coûts pour les employeurs (2022)

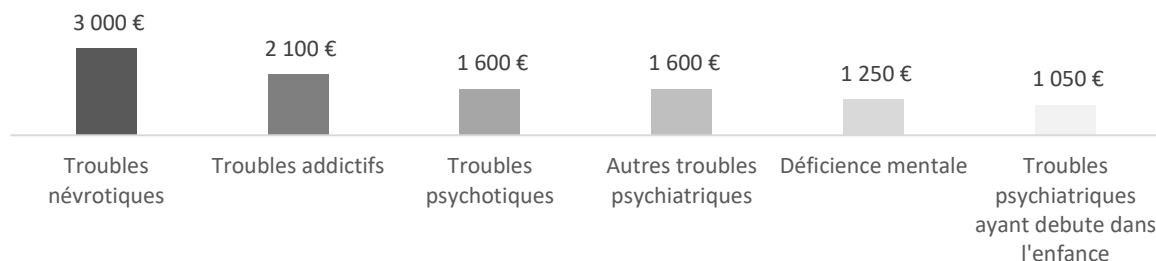


3.4.2.2 Coût par patient

Les troubles névrotiques et les troubles addictifs sont les plus coûteux, par patient pour les employeurs. Le coût par patient concernant les patients atteints d'une pathologie psychiatrique pour les employeurs suit la hiérarchie des coûts globaux. Par rapport à l'Assurance Maladie ou aux OCAM, les troubles névrotiques sont surreprésentés pour les employeurs.

- Les troubles névrotiques arrivent en tête des pathologies ayant un coût par patient le plus élevé, atteignant en moyenne 3 000 € par patient pour les employeurs.
- Les autres pathologies se situent entre 2 100€ et 1 050€ : les troubles addictifs, 2 100€, les troubles psychotiques et les autres troubles psychiatriques, 1 600€, la déficience mentale, 1 250€, et les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance, 1 050€.

Figure 39 : Répartition des coûts moyens par patient liés aux différentes pathologies psychiatriques pour les employeurs (2022)



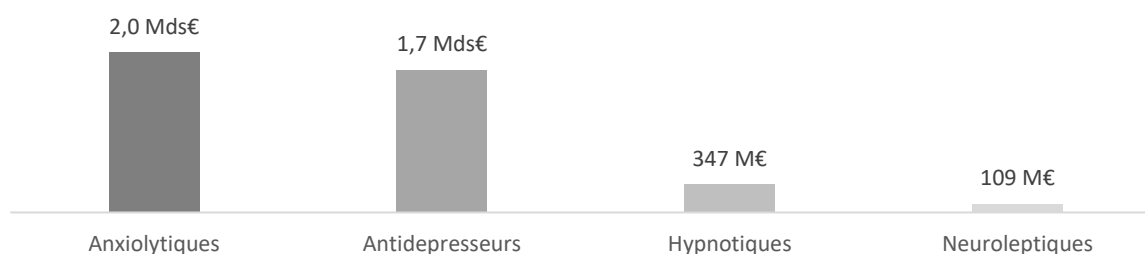
3.4.3 TRAITEMENTS PSYCHOTROPES^{**} : UN COÛT TOTAL DE 4,2 MILLIARDS D'EUROS

3.4.3.1 État des lieux

Le coût des actifs prenant un traitement psychotrope^{} s'élève à 4,2 Mds€ par an pour les employeurs.** Il s'agit d'un montant considérable et où les employeurs sont en première ligne.

- Les anxiolytiques et les antidépresseurs et régulateurs de l'humeur sont responsables de près de 90% du coût des traitements psychotropes, s'élevant respectivement à 2,0 Mds€ et 1,7 Md€.
- Les hypnotiques et les neuroleptiques sont secondaires en termes de coût pour les employeurs, et s'élèvent respectivement à 347 M€ et à 109 M€.

Figure 40 : Répartition des coûts liés aux différents traitements psychotropes pour les employeurs (2022)



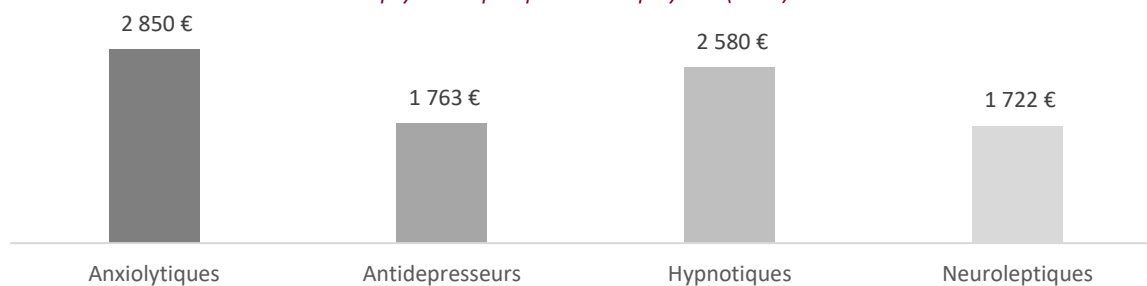
3.4.3.2 Coût par patient

Par traitement^{} et par patient, les actifs prenant des anxiolytiques ont le coût le plus élevé pour les employeurs.** Le coût moyen par patient pour les employeurs concernant les patients prenant un traitement psychotrope ne suit pas la logique du coût global.

- Les patients prenant des neuroleptiques sans avoir de pathologie psychiatrique engendrent des coûts moyens par patient de 2 850€, similaire aux patients prenant des hypnotiques, 2 580€ par patient.
- Les patients prenant des antidépresseurs et ceux prenant des neuroleptiques ont un coût moyen similaire, respectivement 1 763€ et 1 722€.

^{**} Traitements psychotropes prescrit en dehors d'une pathologie catégorisée lors d'une hospitalisation ou par une ALD

Figure 39 : Répartition des coûts moyens par patient liés aux différentes pathologies psychiatriques pour les employeurs (2022)



4. CONCLUSION : PRÉVENIR POUR CRÉER DE LA VALEUR SANITAIRE, ÉCONOMIQUE ET SOCIALE ?

4.1 LES FACTEURS DÉTERMINANTS LA SANTÉ MENTALE : QUELS LEVIERS DE PRÉVENTION PRIMAIRE ?

Les leviers d’actions existent pour une prévention primaire de la santé mentale, en particulier *via* l’amélioration des conditions de travail des actifs, le développement de compétences psychosociales et certains éléments de mode de vie, comme l’activité sportive. La prévention primaire cherche à éviter l’apparition des cas et s’inscrit en amont des indispensables préventions secondaires et tertiaires, qui améliorent le dépistage, la prise en charge et évitent que les cas ne s’aggravent. Dans cette conclusion, Asterès utilise une revue de littérature académique et médicale conduite par Andrea Pereira, Caroline Dubath et Anne-Marie Trabichet, pour le compte de l’association Minds, située à Genève, intitulée *Les déterminants de la santé mentale – Synthèse de la littérature scientifique*, et publiée en 2021. A partir de cette revue, Asterès a conservé uniquement les facteurs de prévention primaire qui semblent les plus actionnables par les employeurs, les pouvoirs publics, les ménages ou certains collectifs. D’autres déterminants sont bien sûr décisifs, et ils sont présentés dans la revue de Minds, qui a servi de base à l’analyse d’Asterès.

- Les conditions de travail¹, et notamment le contrôle exercé par l’employé et le soutien de l’employeur², ou encore l’alignement entre les valeurs personnelles et les valeurs de l’entreprise³ sont des éléments décisifs dans la santé mentale. Les entreprises disposent ainsi d’un levier interne pour améliorer la santé mentale de leurs salariés, en travaillant sur les conditions au quotidien comme sur l’organisation générale ou le sens du travail.
- Les compétences psychosociales auraient un effet clef et le développement de ces compétences réduirait ainsi les troubles mentaux. Les co-auteurs mettent ainsi en avant certains programmes d’entraînement de ces compétences, qui ont eu des effets positifs sur la santé mentale⁴. Les compétences en question peuvent être cognitives, émotionnelles ou sociales.

¹ Petersen, A., & Willig, R. (2004). Work and Recognition : Reviewing New Forms of Pathological Developments. *Acta Sociologica*, 47(4), 338–350. <https://doi.org/10.1177/0001699304048667>

Organisation Mondiale de la Santé (2008). Comblent le fossé en une génération. Instaurer l’équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation Mondiale de la Santé.

² Bambra, C., Gibson, M., Sowden, A. J., Wright, K., Whitehead, M., & Petticrew, M. (2009).

Working for health ? Evidence from systematic reviews on the effects on health and health inequalities of organisational changes to the psychosocial work environment. *Preventive Medicine*, 48(5), 454–461.

Egan, M., Bambra, C., Petticrew, M., Whitehead, M., Thomas, S., & Thompson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation 1 : A systematic review of interventions that aim to increase employee participation or control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 945–954.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization, 2014a.

³ Girard (2009) cité par Pereira, A., Dubath, C., & Trabichet A.-M. (2021). Les déterminants de la santé mentale : Synthèse de la littérature scientifique (minds 01/2021). Genève : minds - Promotion de la santé mentale à Genève

⁴ Savoji, A. P., & Kamran Ganji. (2013). Increasing Mental Health of University Students through Life Skills Training (LST). *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1255–1259.

Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M.D., Ben, J. and Gravesteyn, C. (2012), Effectiveness of schoolbased universal social, emotional, and behavioral programs : Do they enhance students’ development in the area of skill, behavior, and adjustment ? *Psychol. Schs.*, 49 : 892-909. <https://doi.org/10.1002/pits.2164>

- Le mode de vie jouerait un rôle déterminant sur la santé mentale, d'après de nombreuses études. Les co-auteurs de la revue présentent en particulier les effets de l'activité sportive sur la santé mentale des adultes en général¹, des jeunes adultes², des personnes âgées³, ou encore sur différentes populations atteintes de pathologies mentales⁴, ou en prévention de la dépression⁵.

4.2 UN EXEMPLE D'IMPACT SOCIO-ÉCONOMIQUE BÉNÉFIQUE : RÉDUIRE LA TENSION AU TRAVAIL

Pour incarner les leviers à disposition des employeurs afin d'améliorer la santé mentale des actifs, Asterès propose de prendre l'exemple de la « tension au travail », *job strain* en anglais. A partir d'une revue de littérature systématique, une vaste équipe de chercheurs a identifié des études de cohortes portant sur le lien entre tension au travail et dépression⁶. La tension au travail est définie

Taylor R.D., Oberle E., Durlak J.A., Weissberg R.P. (2017) Promoting Positive Youth Development Through School-Based Social and Emotional Learning Interventions : A Meta-Analysis of Follow-Up Effects. *Child Dev.* 2017 Jul ;88(4) :1156-1171. doi : 10.1111/cdev.12864. PMID : 28685826.

¹ Chekroud, S. R., Gueorguieva, R., Zheutlin, A. B., Paulus, M., Krumholz, H. M., Krystal, J. H., & Chekroud, A. M. (2018). Association between physical exercise and mental health in 1·2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: A cross-sectional study. *The Lancet Psychiatry*, 5(9), 739–746. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30227-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30227-X)

² Lubans, D., Richards, J., Hillman, C., Faulkner, G., Beauchamp, M., Nilsson, M., Kelly, P., Smith, J., Raine, L., & Biddle, S. (2016). Physical Activity for Cognitive and Mental Health in Youth : A Systematic Review of Mechanisms. *Pediatrics*, 138(3). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1642>

³ Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I., & Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age ? A systematic review. *Aging & Mental Health*, 14(6), 652–669. <https://doi.org/10.1080/13607861003713232>

⁴ Wright, Kim. A., Everson-Hock, E. S., & Taylor, A. H. (2009). The effects of physical activity on physical and mental health among individuals with bipolar disorder : A systematic review. *Mental Health and Physical Activity*, 2(2), 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2009.09.001>,

Josefsson, T., Lindwall, M., & Archer, T. (2014). Physical exercise intervention in depressive disorders : Meta-analysis and systematic review. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 24(2), 259–272. <https://doi.org/10.1111/sms.12050>

Silveira, H., Moraes, H., Oliveira, N., Coutinho, E. S. F., Laks, J., & Deslandes, A. (2013). Physical Exercise and Clinically Depressed Patients : A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychobiology*, 67(2), 61–68. <https://doi.org/10.1159/000345160>

Stonerock, G. L., Hoffman, B. M., Smith, P. J., & Blumenthal, J. A. (2015). Exercise as Treatment for Anxiety : Systematic Review and Analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(4), 542–556. <https://doi.org/10.1007/s12160-014-9685-9>

⁵ Mammen, G., & Faulkner, G. (2013). Physical Activity and the Prevention of Depression : A Systematic Review of Prospective Studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 45(5), 649–657. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.08.001>

⁶ Madsen IEH, Nyberg ST, Magnusson Hanson LL, Ferrie JE, Ahola K, Alfredsson L, Batty GD, Bjorner JB, Borritz M, Burr H, Chastang JF, de Graaf R, Dragano N, Hamer M, Jokela M, Knutsson A, Koskenvuo M, Koskinen A, Leineweber C, Niedhammer I, Nielsen ML, Nordin M, Oksanen T, Pejtersen JH, Pentti J, Plaisier I, Salo P, Singh-Manoux A, Suominen S, Ten Have M, Theorell T, Toppinen-Tanner S, Vahtera J, Väänänen A, Westerholm PJM, Westerlund H, Fransson EI, Heikkilä K, Virtanen M, Rugulies R, Kivimäki M; IPD-Work Consortium. Job strain as a risk factor for clinical depression: systematic review and meta-analysis with additional individual participant data. *Psychol Med.* 2017 Jun;47(8):1342-1356. doi: 10.1017/S003329171600355X. Epub 2017 Jan 26. PMID: 28122650; PMCID: PMC5471831, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28122650/>

comme la combinaison d'exigences élevées portant sur l'employé et d'un faible contrôle de sa part, et est mesurée grâce à des questionnaires et au modèle de Karasek. Au total, 14 études ont été retenues, dont certaines avaient été publiées et d'autres non, ce qui permet de suivre plus de 140 000 individus. Les auteurs ont calculé un risque relatif de vivre un épisode dépressif en cas de tension au travail. Pour les données publiées, il s'élève à 1,77, et pour les données non-publiées, à 1,27. Les auteurs concluent que la tension au travail pourrait précipiter la dépression, mais qu'il convient de conduire de nouvelles études pour tester si la tension au travail est un facteur de risque modifiable de la dépression.

Dans une première estimation exploratoire, Asterès estime à environ 200 M€ par an les économies qui pourraient être réalisées si les cas de *job strain* étaient réduits de moitié. A titre d'illustration, en posant une série d'hypothèses à partir de cette publication, il est possible de présenter une première estimation du gain associée à une baisse de la tension au travail. En France, la prévalence des salariés concernés par un *job strain* ou une tension au travail serait de 18%, d'après un rapport commandé par la Dares à plusieurs universitaires et publié en 2024¹. Dans la présente étude, ce sont 990 000 patients en âge de travailler qui ont été recensés comme prenant des traitements anti-dépresseurs hors pathologie mentale, soit 2,6% de la classe d'âge. Considérons un risque relatif lié au *job strain* de 1,52, soit la moyenne des deux risques présentés plus haut. Dans ce cas, une baisse de moitié du nombre de cas de pression au travail éviterait par an près de 50 000 patients prenant des traitements anti-dépresseurs hors pathologie mentale². En termes d'économie de coûts, cela représenterait plus de 200 M€ par an au global, dont presque la moitié pour les employeurs.

¹Sylvie Blasco, Julie Rochut, Bénédicte Rouland, « Impact de l'intensification et de l'autonomie au travail sur la santé mentale. Rapport final », Dares, août 2024

https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/242211d8a1c094153b41529500c15ecf/Impact_intensification_autonomie_travail_sant%C3%A9_mentale.pdf

² Le calcul est ici effectué à partir des deux risques relatifs et de chaque population de base. En l'occurrence la population sous *job strain* est réduite de moitié et se retrouve donc avec le risque relatif de la population active générale. Le résultat est la différence entre les deux scénarios.

ANNEXES

ANNEXE : LES OCAM - MÉTHODOLOGIE

Dans un premier temps, le coût pour l'Assurance Maladie hors ALD est calculé. Le coût pour les OCAM est ensuite déduit à partir des taux de remboursement de la Sécurité sociale, pour chaque type de soin. La formule utilisée est la suivante :

$$\text{dépenses AMC} = \frac{\text{dépenses AMO} * \text{part AMC}}{\text{part AMO}}$$

Où « dépenses AMC » est le coût pour les OCAM, « dépenses AMO » le coût pour l'Assurance Maladie, « part AMO » la part prise en charge par l'Assurance Maladie et « part AMC » la part prise en charge par les OCAM.

Le résultat obtenu à l'aide de cette formule est diminué de 5% afin de ne pas prendre en compte les patients non couverts par un contrat d'Assurance Maladie. Les dépassements d'honoraire et les soins non pris en charge par l'Assurance Maladie ne sont pas pris en compte.

ANNEXE : LES OCAM - DONNÉES

À noter que pour les médicaments, le taux de remboursement variant selon le « service médical rendu » (SMR), un taux de remboursement moyen pondéré de la structure des ventes de médicaments d'officine¹ a été calculé par Asterès. En ce qui concerne les actes de biologie, la prise en charge par la Sécurité sociale varie de 60% à 70% selon les actes. Asterès utilise le taux médian de 65%.

Tableau 3. Répartition de la prise en charge des soins entre la Sécurité sociale et les OCAM

| | Prise en charge Sécurité sociale | Prise en charge OCAM |
|--|-------------------------------------|-------------------------|
| Autres dépenses de soins de ville remboursés | 60% | 40% |
| Autres produits de santé remboursés | 60% | 40% |
| Soins de kinésithérapie remboursés | 60% | 40% |
| Transports remboursés | 65% | 35% |
| Médicaments remboursés | 71% | 29% |
| Soins d'autres paramédicaux remboursés | 60% | 40% |
| Soins de généralistes remboursés | 70% | 30% |
| Soins infirmiers remboursés | 60% | 40% |
| Biologie remboursée | 65% | 35% |
| Soins autres spécialistes remboursés | 70% | 30% |

¹ Lucie Gonzalez et al., « La structure des ventes de médicaments d'officine (Fiche 12) », in *Les dépenses de santé en 2020 - édition 2021*, s. d., <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/les-depenses-de-sante-en-2020-resultats>.

| | | |
|----------------------------|-----|-----|
| Soins dentaires remboursés | 70% | 30% |
| Hospitalisations | 80% | 20% |

Source : Assurance Maladie

ANNEXE : EMPLOYEURS : COÛT DES DÉCÈS (LA MÉTHODE DES COÛTS DE FRICTION CUMULÉS)

Face au constat d'absence d'une méthode fiable de calcul des pertes de productivité, Asterès a développé une nouvelle méthode d'évaluation des pertes de production. Cette dernière prend en compte à la fois le taux de chômage actuel, la probabilité réelle qu'une personne au chômage soit embauchée à un poste nouvellement vacant et le manque à gagner pour les entreprises durant la période de friction. Cette méthode des coûts de frictions cumulés imite de près les réalités du marché dans son évaluation des coûts des départs précoces et non-anticipés du marché de l'emploi. Elle postule que le marché a besoin d'un certain laps de temps, supérieur à une seule période de friction, pour remplacer une personne quittant définitivement le marché de l'emploi. Ceci s'explique par une réalité simple : les postes vacants sont rarement pourvus par des chômeurs et plus souvent par des personnes déjà en poste, ce qui signifie que chaque départ en déclenche un autre, enclenchant un cycle de remplacements en chaîne.

L'enjeu de cette méthode est d'évaluer la durée de ces périodes de frictions cumulées et d'en estimer le coût total. Elle se distingue de la littérature médico-économique existante¹ en utilisant une estimation plus robuste et plus conservatrice de la part de la production compensée par les collègues du salarié absent. Évaluée à partir d'une enquête auprès de 18 000 managers et salariés canadiens, la part de production détruite pendant l'absence d'un salarié est estimée à 44% par Zhang *et al*², et reprise dans la méthode développée par Asterès. Notre méthode, comme toute modélisation, comporte toutefois des limites : elle postule qu'absolument tout le monde est remplaçable à moyen-terme, y compris les actifs avec les compétences les plus rares.

➤ *Postulats préliminaires à la construction du modèle*

- L'ancienneté moyenne en poste est uniformément distribuée entre un et dix ans d'ancienneté.
- Tous les postes non pourvus après 153 mois mais déclarés comme pourvus par Pôle Emploi sont pourvus avant 6 mois. Pôle Emploi ne publie pas les résultats des pourvois de poste au-delà de 153 jours, aussi nous partons du postulat que les 5% des postes non-pourvus après 153 jours sont pourvus avant six mois révolus, soit en moyenne au bout de 167 jours = $(153 + (6 \times 30)) / 2$.
- Les postes vacants sont pourvus par des salariés externes à l'entreprise. L'absence de données sur le recours au recrutement interne ne permet pas d'établir une durée moyenne de vacances de poste sur les recrutements internes et externes.
- Les personnes quittant leur poste pour motif de santé le font à la moitié de la durée médiane en poste³, soit à **4,25 ans** (8,5 ans/2). La probabilité qu'une personne quitte le marché du travail

¹ Marieke Krol et Werner Brouwer, « How to Estimate Productivity Costs in Economic Evaluations », *Pharmacoeconomics* 32, n° 4 (avril 2014): 335-44, <https://doi.org/10.1007/s40273-014-0132-3>.

² Zhang et al., « Valuing Productivity Loss Due to Absenteeism ».

³ Données OCDE

pour des raisons de santé étant due au hasard, il y a autant de chances qu'elle quitte son poste près ou loin de la fin théorique (durée médiane) de son séjour en poste. Quant au départ des personnes recrutées pour remplacer les précédentes, on postule que leur départ s'effectue immédiatement après le pourvoi du poste précédent. Ainsi, le décalage entre deux embauches successives est égal au temps de vacance du poste, soit 56 jours.

- La valeur produite par actif par an = PIB/nombre d'actifs = (2 500 Mds €*57%) /29 700 000 = **84 175€/an/salarié**
- Les chômeurs sortis de Pôle Emploi pour cause de reprise d'emploi déclarée ont autant de chances que les autres salariés embauchés en CDD de décrocher un CDD très court (<1 mois), soit 80%.
- Les chômeurs de Pôle Emploi ont les qualifications nécessaires pour reprendre les postes laissés vacants par les différents cycles de friction.

➤ *Calcul de la durée moyenne de préavis de démission*

Nous estimons que la durée moyenne de préavis est de 33 jours. La durée moyenne de préavis est de 3 mois pour les cadres et d'un mois pour les autres catégories professionnelles, à savoir les professions intermédiaires, les employés qualifiés et les ouvriers qualifiés et non-qualifiés. En pondérant ces durées de préavis avec les effectifs de chaque catégorie professionnelle en CDI, nous obtenons une durée moyenne de préavis en CDI de 39 jours. A la différence des contrats à durée indéterminée, les CDD ont une durée de préavis qui ne fluctue pas au gré des conventions collectives et bornée par la loi. En CDD, la durée de préavis de départ est de 1 jour par mois travaillé. La durée moyenne des CDD en France étant de 46 jours¹, nous en concluons que la durée moyenne de préavis pour les CDD est de 1,53 jour. La pondération des parts de personnes en CDD et en CDI parmi les personnes en emploi en France permet d'estimer la période moyenne de préavis à 33 jours.

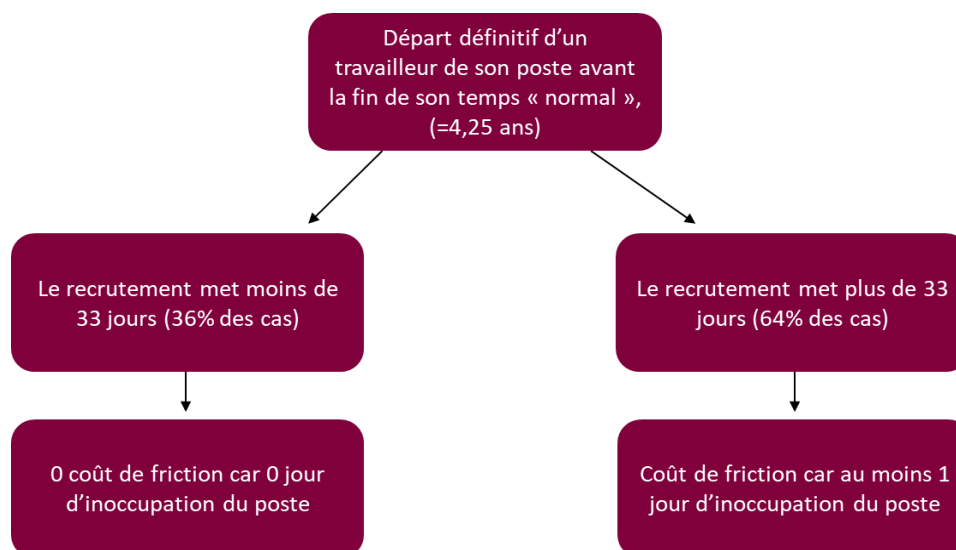
➤ *Calcul de la durée moyenne d'inoccupation d'un poste*

Nous estimons que la durée moyenne d'inoccupation d'un poste est de 21 jours travaillés. Une personne A quittant le marché du travail avant la fin théorique de son séjour en poste (durée médiane 8,5 ans) peut le faire à n'importe quel moment. En moyenne, elle le fera au bout de 4,25 ans en poste (8,5/2) car la probabilité qu'elle quitte son poste au bout de 1, 2, 3...8 ans est également distribuée. Son départ force son employeur à lui trouver un remplaçant avant la fin « naturelle » de son temps en poste. De là, deux cas de figure s'offrent à l'employeur :

- Le recrutement met moins de temps que la période de préavis moyenne (33 jours). Dans ce cas de figure, l'employeur parvient à trouver au salarié quittant son poste un remplaçant avant que le salarié démissionnaire quitte effectivement son poste. Le poste sera donc toujours occupé et il s'écoulera 0 jour entre le départ du salarié et l'arrivée de son remplaçant. Ce premier cas de figure advient dans 36% des cas. Selon les données Pôle Emploi étudiées par Asterès, 36% des offres d'emploi passant par Pôle Emploi sont pourvues en moins de 33 jours.
- Alternativement, le recrutement peut mettre plus de temps que la période de préavis moyenne (33 jours). Dans ce cas de figure, l'employeur ne parvient pas à trouver un remplaçant au salarié quittant son poste avant la fin de la période de préavis de ce dernier. S'en suit donc une période

¹ « Un tiers des CDD ne dure qu'une journée », Les Echos, 22 juin 2018, <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/un-tiers-des-cdd-ne-dure-quune-journee-133720>.

d'inoccupation d'un poste d'au moins un jour, courant jusqu'au pourvoi du poste. Ce second cas de figure advient dans 64% des cas (=100% des cas- probabilité que le poste soit pourvu en moins de 33 jours).



Afin de calculer la durée moyenne de vacances d'un poste ouvert, il convient de calculer, pour chaque recrutement durant 33 jours ou plus, la probabilité que le poste soit pourvu en x jours et de faire la moyenne. Le nombre N de jours d'inoccupation d'un poste au bout de x jours après 33 jours se calcule comme suit :

$$N = \text{Part P de recrutements effectués en } x \text{ jours} * x$$

Ainsi, un poste pourvu au bout de 100 jours (donc avec $x = 100$) donnera lieu à une période d'inoccupation moyenne de 68 jours calendaires (100 jours de vacances – 33 jours de durée moyenne de préavis), qu'il convient de multiplier par la probabilité P qu'a un poste d'être pourvu en 100 jours, soit 0,2% d'après les calculs d'Asterès basés sur les données Pôle emploi.

La somme de la durée de vacance de chaque jour passés 33 jours, pondérée de la probabilité qu'un poste soit pourvu en autant de jours donne lieu à une moyenne pondérée de 33 jours calendaires, soit 21 jours travaillés, correspondant à la part de jours travaillés par année calendaire (= (365-25 jours de congés payés – 52 week-ends) / 365)).

➤ *Prise en compte du chômage*

Un tiers (33%) des sortants de Pôle Emploi pour cause de reprise de travail déclaré obtiennent un CDD et 39% obtiennent un CDI¹. En postulant que la part de chômeurs embauchés en CDD très courts sur l'ensemble des personnes embauchées en CDD est la même que pour les personnes radiées de Pôle Emploi que pour l'ensemble des personnes embauchées en 2019, soit 80%, on obtient une part de personnes radiées de Pôle Emploi avec un contrat supérieur à 1 mois de 45%. En rapportant le nombre de personnes sortant de Pôle Emploi avec un contrat supérieur à 1 mois au nombre total d'embauches supérieures à 1 mois en 2019, l'on obtient 1,72%, soit la part de contrats supérieurs à un mois signés

¹https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/dares-chomage-_les_sortants_de_pole_emploi_en_2018.pb

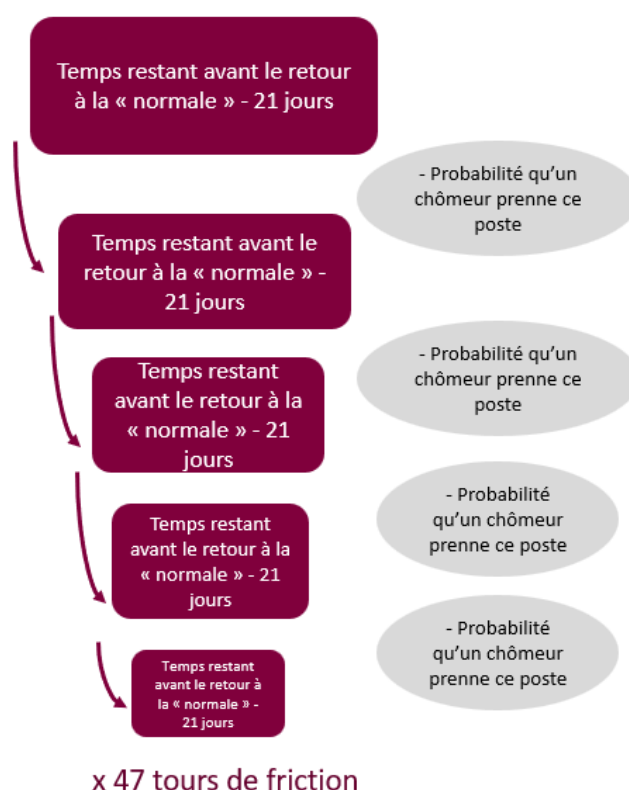
par des chômeurs au cours de l'année 2019. Cette probabilité est employée pour inclure l'effet du chômage dans le calcul des coûts de friction.

➤ *Calcul du nombre de tours de friction engendrés par un départ permanent et inattendu du marché du travail*

Etant donnée la faible probabilité qu'un chômeur pourvoie un poste vacant, il est nécessaire d'envisager chaque poste vacant comme autant de possibilités de remplacements en chaîne : un poste vacant pourvu par un salarié en poste entraîne un autre poste vacant, qui en entraîne un autre, etc.

Les tours de friction de 21 jours (20,78 jours en déduisant la probabilité qu'un chômeur reprenne le poste et stoppe le cycle) donnent tous lieu à une productivité moyenne de 56% par poste laissé vacant par un salarié. Ces tours s'enchaînent 47 fois jusqu'à un retour à la « normale », c'est-à-dire jusqu'à ce que le poste et le salarié qui l'occupe soient de nouveau synchrones. Ces 47 tours correspondent à la durée restante jusqu'au retour à la normale (2,68 années calendaires/période de friction = 977 jours/20,78 jours = 47 tours complets).

En tout, ces 47 cycles de friction représentent 977 jours travaillés pendant lesquels les collègues des personnes ayant quitté leur emploi compensent leur production à 56%. Pour un salarié qui quitte son emploi avant la fin de sa période « normale » en poste, on a donc 2,67 années de travail pendant lesquelles les collègues des salariés partis en chaîne pour remplacer le premier compenseront leur productivité à 56%.



➤ *Calcul des pertes de production subies par les employeurs lors des sorties définitives du marché du travail*

Les 47 tours de friction précédemment calculés totalisent 2,68 années de période de friction. Le manque à gagner des entreprises sur un an sera donc équivalent à la production annuelle moyenne d'un salarié en France*2,68*part de la production non compensée par les collègues. Cette destruction de production équivaut donc à $84\,175\text{€} \times 2,68 \times 0,44 = 99\,113\text{€}$.

ANNEXE : CALCUL DES COÛTS LIÉS AUX ARRÊTS MALADIE

Le coût des arrêts maladie est calculé en utilisant la méthode des coûts de friction. Dans le premier cas, les pertes de production sont établies selon la méthode classique des coûts de friction, qui postule que chaque salarié est remplaçable à court-terme. Les collègues compensant en moyenne, selon une revue de littérature menée par Asterès, 56% de la production normalement effectuée¹, les pertes de production annuelles pour les entreprises égalent le nombre de jours d'absence des personnes prises en charge pour une pathologie, multiplié par la production non compensée par les collègues. Les gains induits par le non-versement d'une partie du salaire est obtenu en calculant la différence entre ce qu'auraient versé les employeurs en l'absence d'arrêt maladie et ce qu'ils versent effectivement au cours de l'arrêt maladie. Enfin, le coût net est obtenu en soustrayant les pertes (baisse de production) aux gains (baisse de versements).

ANNEXE : CALCUL DES PERTES DE PRODUCTION LIÉES AUX DÉCÈS DES PATIENTS EN EMPLOI

Les pertes de production liées aux décès des patients en emploi sont calculées à travers la méthode des coûts de friction cumulés, développée par Asterès. Contrairement aux arrêts maladie, les décès donnent lieu à de longues périodes d'inoccupation de postes, durant lesquelles les entreprises qui employaient les salariés décédés cherchent des remplaçants. La méthode des coûts de friction cumulés prend en compte à la fois le taux de chômage actuel, la probabilité réelle qu'une personne au chômage soit embauchée à un poste nouvellement vacant et le manque à gagner pour les entreprises durant la période de friction. Cette méthode postule que le marché a besoin d'un certain laps de temps, équivalent à 2,7 ans, pour remplacer définitivement une personne quittant le marché de l'emploi. Ceci s'explique par une réalité simple : les postes vacants sont rarement pourvus directement par des chômeurs et plus souvent par des personnes déjà en poste, ce qui signifie que chaque départ en déclenche un autre, enclenchant un cycle de remplacements en chaîne. Le coût moyen d'un décès pour une entreprise équivaut donc aux coûts de friction pour une absence cumulée de 2,7 ans, ces coûts étant calculés avec la méthode présentée juste au-dessus. Le détail de la méthode et des postulats préliminaires au modèle est présenté en annexe.

¹ Wei Zhang et al., « Valuing Productivity Loss Due to Absenteeism: Firm-Level Evidence from a Canadian Linked Employer-Employee Survey », *Health Economics Review* 7, n° 1 (décembre 2017): 3, <https://doi.org/10.1186/s13561-016-0138-y>.