

Rapport sur
l'état des services publics

Santé
—— 2023

Avant-propos

Le présent cahier constitue l'un des cinq chapitres du rapport sur l'état des services publics 2023, réalisé par le collectif Nos services publics. Il est issu du travail, des réflexions et de l'expertise de dizaines d'agents publics de terrain, de chercheurs et de chercheuses, de cadres de l'administration, de citoyennes et de citoyens qui ont rendu ce rapport possible par leurs indispensables et riches contributions : qu'ils et elles en soient encore infiniment remerciées.

Ce rapport a pour ambition de constituer un document de référence sur l'évolution de long terme des services publics ainsi qu'un outil de réflexion pour leur rénovation, en partant des besoins actuels et futurs de la population. Les enseignements généraux que nous en tirons, transverses à l'ensemble des services publics étudiés – santé, éducation, transports, justice et sécurité, fonctionnement et financement des services publics – sont consignés dans un cahier de synthèse dédié. Sont également accessibles dans ce cahier de synthèse la méthode suivie et les remerciements nominatifs des contributeurs et contributrices.

L'intégralité du rapport est accessible sur nosservicespublics.fr

L'essentiel

« La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain », dispose la constitution de l'Organisation mondiale de la santé, définissant la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Au cœur des préoccupations nationales ces dernières années, le système de soins a été fortement marqué par les premières vagues de la pandémie de Covid-19 et a contribué de manière décisive à la sécurité sanitaire de la population.

Le système de santé rassemble un panel très large d'acteurs, principalement centré autour de l'activité de soin : offreurs de soins qui regroupent les professionnels de santé en ville ou en établissement (environ 230 000 médecins dont 100 000 généralistes, 637 000 infirmières, 90 000 masseurs-kinésithérapeutes)¹ ; producteurs de biens et services de santé (industrie pharmaceutique, chercheurs, investisseurs) ; institutions publiques (ministère de la Santé et de la Prévention, agences régionales de santé, collectivités locales) ; financeurs (Caisse nationale d'assurance maladie, mutuelles, État, collectivités territoriales) et bénéficiaires. Ces acteurs médicaux, paramédicaux, techniques, administratifs ou encore sociaux peuvent relever du secteur public ou privé.

La France se caractérise par des dépenses de santé importantes. La consommation de soins et de biens médicaux s'élève à 226,7 milliards d'euros en 2021, soit 9,1 % du produit intérieur brut (PIB), ce qui représente en moyenne 3 350 euros par an et par habitant. En ajoutant à cet agrégat financier, les dépenses de soins de longue durée, de prévention et celles liées à la gouvernance du système de santé, est calculé le niveau de la dépense courante de santé au sens international qui s'élève à 12,3 % du PIB en France (contre 17,8 % pour les États-Unis, 12,8 % pour l'Allemagne, 11,9 % pour le Royaume-Uni)².

¹ DREES - Chiffres de 2021 pour les médecins et les infirmières, de 2020 pour les masseurs-kinésithérapeutes - tous modes d'exercices confondus pour les principales professions de santé, [Démographie des professionnels de santé](#)

² Les dépenses de santé en 2021 - édition 2022 - [Résultats des comptes de la santé](#)

Sur une longue période, l'état de santé en France est marqué par un allongement quasi continu de l'espérance de vie, malgré une hausse du nombre des affections de longue durée (ALD), des maladies chroniques et une dégradation de la santé mentale, en particulier chez les plus jeunes.

D'une part, l'espérance de vie à la naissance s'allonge, en 2022, elle s'établit à 85,2 ans pour les femmes et à 78,7 ans pour les hommes. Cette espérance de vie était de 81 ans pour les femmes en 1990 et 72,7 ans pour les hommes. D'autre part, une croissance des maladies chroniques est l'autre phénomène marquant pour les besoins de santé en France durant les dernières décennies : les affections de longue durée concernent aujourd'hui plus de 12 millions de personnes, soit plus d'une personne sur six, contre 9 millions en 2010. Il s'agit principalement des maladies cardio-vasculaires, des diabètes, des tumeurs malignes, des affections psychiatriques.

Cette croissance des affections de longue durée est largement due à des déterminants situés en dehors – et en amont – du système de soins : qualité de l'air, conditions de logement, consommation de tabac et d'alcool, etc. Ces facteurs de dégradation de la santé sont répartis de manière très inégalitaire selon les catégories de revenus ou le métier exercé : les 10 % les plus pauvres ont ainsi un risque 1,4 fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire, et 3 fois plus de risque de contracter un diabète que les 10 % les plus riches, et conduisent à d'importantes inégalités d'espérance de vie (13 ans d'écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % des hommes les plus aisés et les 5 % les plus pauvres). Les politiques publiques de prévention, centrées sur des campagnes visant les comportements individuels plutôt que les déterminants collectifs de la dégradation de la santé, ne permettent pas de réduire ces inégalités.

Le poids financier des affections de longue durée, prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie, représente près de 61,8 % des dépenses en 2020, contre 60,5 % en 2015. Se concentrant sur les risques lourds, cette meilleure prise en charge laisse néanmoins persister des inégalités selon l'état de santé des individus. Du fait d'un volume total de dépenses de santé très supérieur pour les patients atteints de maladies chroniques, leur reste à charge moyen est notamment près de 90 % supérieur à celui des patients qui ne sont pas en affection de longue durée (772 € par an contre 440 € par an).



La croissance continue des affections de longue durée a une incidence directe sur l'organisation du système de santé, et en particulier sur les soins dits "primaires", du quotidien. Dans un contexte où le numerus clausus a fortement contraint le nombre de nouveaux médecins, cette tendance de fond met en évidence la nécessité d'une meilleure coordination des soins et d'une répartition que la focalisation des politiques publiques sur l'exercice libéral complexifie.

La prise en charge des patients atteints d'ALD demande une meilleure coordination des soins entre les différents professionnels qui les reçoivent et un suivi renforcé. Or les effectifs de médecins généralistes, chargés par la loi du 13 août 2004 de ce rôle de coordinateur du parcours de soins, sont stables depuis 2012 mais diminuent à la fois en par rapport à la population et aux autres professionnels de santé, en particulier les infirmières et les masseurs-kinésithérapeutes

L'inégale répartition géographique des médecins généralistes s'intensifie et aggrave les difficultés d'accès aux soins, en dépit des mesures incitatives des pouvoirs publics, comme les primes à l'installation ou le recours à la télémedecine. 11 départements, dont la densité médicale était supérieure à la moyenne nationale en 2012 ont connu une augmentation importante en 10 ans. Au contraire, 48 départements déjà sous-denses ont connu une baisse relative de leur densité médicale. L'accès aux médecins spécialistes est également contraint par le recours de plus en plus fréquent aux dépassements d'honoraires : en 2021, 51,3 % de la population résidait dans un département où plus de la moitié des spécialistes pratiquent des honoraires libres, contre moins de 17 % en 2007.

Alors que les patients confrontés aux problèmes de santé les plus lourds et sévères, et aux conditions sociales plus complexes, se concentrent à l'hôpital public, les politiques publiques actuelles pénalisent l'équilibre humain et financier de ces structures.

La pénurie de médecins généralistes en amont, ainsi que le faible nombre de structures médico-sociales en aval (EHPAD en particulier), conduisent à une pression accrue sur les établissements hospitaliers, qui n'ont les moyens ni de coordonner ni d'organiser le parcours du patient. La saturation des services d'urgences en est la première conséquence à l'hôpital : en 2010, 17 millions de passages aux urgences étaient enregistrés sur l'année ; il y en a eu plus de 21 millions en 2019, soit une hausse de plus de 20 % en moins de 10 ans. Or plus de 80 % des passages aux urgences sont pris en charge au sein des établissements publics, qui peinent à recruter des personnels afin d'assurer la permanence des soins, à laquelle les établissements privés ne sont pas astreints. Dans ce contexte, la tension sur les ressources humaines des établissements de santé est croissante. Et bien que le mal-être hospitalier, les démissions et la baisse d'attractivité soient connues, aucune donnée, au niveau national, ne permet de mesurer l'ampleur de ces phénomènes.

L'accroissement de l'activité des services d'urgences n'est pas la seule explication des difficultés rencontrées au sein des hôpitaux publics. Des écarts significatifs existent dans la prise en charge de patients en difficultés sociales entre établissements publics, privés lucratifs et non lucratifs : plus qu'à une concurrence directe entre public et privé, la dynamique est à une segmentation croissante de l'offre selon la rentabilité des séjours. Les hôpitaux publics sont *de facto* spécialisés en médecine et en obstétrique, notamment pour les séjours longs, et prennent en charge plus de 76 % des séjours en médecine d'une durée supérieure à une journée. Accueillant les patients de manière inconditionnelle, ils prennent en charge 68 % des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et 78 % des patients à l'aide médicale d'État. Les établissements de santé privés commerciaux, eux, sont spécialisés, principalement dans les domaines des techniques interventionnelles de la chirurgie, qui représente plus de la moitié des séjours dans les cliniques à but lucratif.

Accompagnant la logique du "virage ambulatoire", visant à réduire le nombre de lits d'hospitalisation complète pour en substituer une fraction par des places d'hospitalisation à la journée, les modes de financement des établissements de santé ont de fait favorisé l'activité économique des structures privées à but lucratif. D'une part, le principe de la tarification à l'activité favorise les actes techniques courts et isolés, qui sont majoritairement pris en charge par le secteur privé. D'autre part, ce mode de tarification ne finance pas les actes de coordination et d'organisation, pourtant essentiels dans le cadre de pathologies lourdes et de cas sévères, plus souvent pris en charge par le secteur public.

Introduction

01

BESOINS DE SANTÉ
DE LA POPULATION

L'espérance de vie des français augmente et leur état de santé se structure autour de la prise en charge des maladies chroniques

- 1 — L'espérance de vie des français à la naissance est en augmentation constante malgré des inégalités persistantes ... **14**
- 2 — Une augmentation significative en 10 ans de la prise en charge de personnes souffrant d'affections de longue durée. **15**

02

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Des facteurs multiples, peu considérés par les politiques publiques qui favorisent des inégalités en santé

- 1 — L'état de santé de la population tient à des facteurs multiples : biologie, environnement, comportements et organisation du système de santé. **19**
- 2 — Les catégories sociales défavorisées sont plus touchées par les déterminants environnementaux et comportementaux de santé dégradée. **20**
- 3 — Les politiques publiques de prévention, centrées sur des « campagnes » visant les comportements individuels au détriment des logiques collectives, ne permettent pas une réduction significative des inégalités sociales en santé. . . **22**

03

OFFRE DE SOINS PRIMAIRES

Le système de santé est fragilisé par la baisse du nombre de médecins généralistes, ce qui renforce l'impératif de coordination des soins

- 1 — Les soins primaires : un échelon de prise en charge prépondérant pour la santé de la population. **25**
- 2 — La part des médecins dans l'offre de soins baisse progressivement au profit notamment des infirmiers et des kinésithérapeutes. **26**
- 3 — L'État favorise l'émergence de l'exercice coordonné sans se positionner sur l'essor d'une activité de plus en plus salariée, au risque d'aggraver le déficit de médecins. **28**

04

ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES

Des inégalités géographiques et sociales importantes qui tendent à se renforcer

- 1 — Une inégale répartition géographique des ressources en santé qui tend à se renforcer .32
- 2 — Les inégalités d'accès aux soins primaires résultent à la fois des inégalités dans la répartition géographique des professionnels, de l'importance des dépassements d'honoraires et des discriminations qui persistent 34
- 3 — Des politiques publiques qui peinent à répondre à la difficulté croissante d'accès aux soins primaires35

05

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Une spécialisation croissante entre cliniques commerciales et établissements publics de santé confrontés à de fortes tensions humaines et capacitaires

- 1 — Des établissements de santé confrontés à une activité marquée par une diminution de la durée des séjours39
- 2 — Des établissements privés qui principalement orientés vers la prise en charge de séjours de très courte durée, un secteur public qui accueille très majoritairement les populations les plus défavorisées et les diagnostics les plus sévères ..41
- 3 — Des établissements de santé pris dans des injonctions contradictoires dont la crise sanitaire a aggravé les conséquences pour les professionnels43

06

REMBOURSEMENT DES SOINS

La délégation de certains remboursements de dépenses en santé aux organismes complémentaires limite les effets redistributifs de notre système de santé

- 1 — Des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire dont les postes principaux augmentent plus rapidement que l'ONDAM ...47
- 2 — Pour limiter le reste à charge des ménages, l'assurance maladie obligatoire délègue et régule des organismes d'assurance complémentaire 48
- 3 — Malgré une prise en charge élevée des dépenses de santé, des inégalités demeurent selon l'état de santé, la géographie et la catégorie sociale des patients..... 50

Introduction

La crise sanitaire du Covid-19 a mis en exergue les difficultés structurelles des hôpitaux, qui avaient préalablement fait l'objet de mobilisations importantes, et a remis les enjeux de santé au cœur du débat public. Ces enjeux sont pluriels et, si les difficultés rencontrées dans l'hôpital public sont importantes, l'étude des services publics de santé ne sauraient s'y résumer. Ce chapitre tâche ainsi de proposer une approche large des évolutions des enjeux de santé sur le temps long.

L'évolution majeure de notre système de santé repose sur l'augmentation des affections longues durées (ci-après ALD)¹, et de leur prise en charge (évolution des dépenses sur les 40 dernières années). Plus de 12 millions de personnes sont aujourd'hui concernées par une ALD, ce qui représente plus de 60 % des dépenses de santé : **dans ce contexte, la réussite de notre système de santé est essentiellement liée à la capacité d'adaptation dudit système aux évolutions de la prise en charge des maladies chroniques².**

¹ Les ALD recouvrent plus d'une trentaine d'affections. Il s'agit principalement des maladies cardio-neurovasculaires, des diabètes, des tumeurs malignes, des affections psychiatriques, et des maladies chroniques actives du foie (hépatite B ou C)

² Le périmètre des maladies chroniques (diabète, asthme...), même s'il inclut la plupart des ALD, ne recouvre pas totalement toutes les ALD : par exemple les cancers ne sont pas des maladies chroniques.

Ainsi, bien que l'état de santé des français est plutôt bon et en amélioration depuis plus de 20 ans selon des indicateurs démographiques (espérance de vie), il est confronté à une croissance significative des maladies chroniques **(1)**. Cette forte croissance des ALD doit nous interroger sur les déterminants en santé qu'ils soient sociaux ou environnementaux, et notamment sur leur maîtrise via la prévention qu'elle soit primaire¹ ou secondaire² **(2)**. L'amélioration de la prise en charge des patients chroniques semble limitée en ville malgré un essor de l'exercice coordonné **(3)**. Les difficultés de prise en charge sont renforcées par une offre de soins inégalitaire sur le plan géographique et social **(4)**. De plus, l'hôpital n'est pas adapté pour la majeure partie des prises en charge des patients en ALD **(5)**. Enfin, si la prise en charge des maladies chroniques n'est pas maîtrisée, c'est l'équilibre financier de notre système de sécurité sociale qui est mis en cause **(6)**.

Ce rapport s'est concentré **sur l'état de santé des français, de ses enjeux sociaux et financiers et de l'offre de soins** (ville + hôpital). Une analyse fine des administrations n'a pas été réalisée dans ce chapitre mais pourra donner lieu à des développements ultérieurs (ARS, Assurance maladie, etc.). Enfin, ce chapitre a centré son analyse autour du secteur sanitaire et le secteur social et médico-social n'a pas été intégré à ce chapitre.

¹La prévention primaire, à la suite de l'OMS se définit comme l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et à réduire les risques d'apparition; sont ainsi pris en compte la prévention des conduites individuelles à risque comme les risques en termes environnementaux et sociétaux

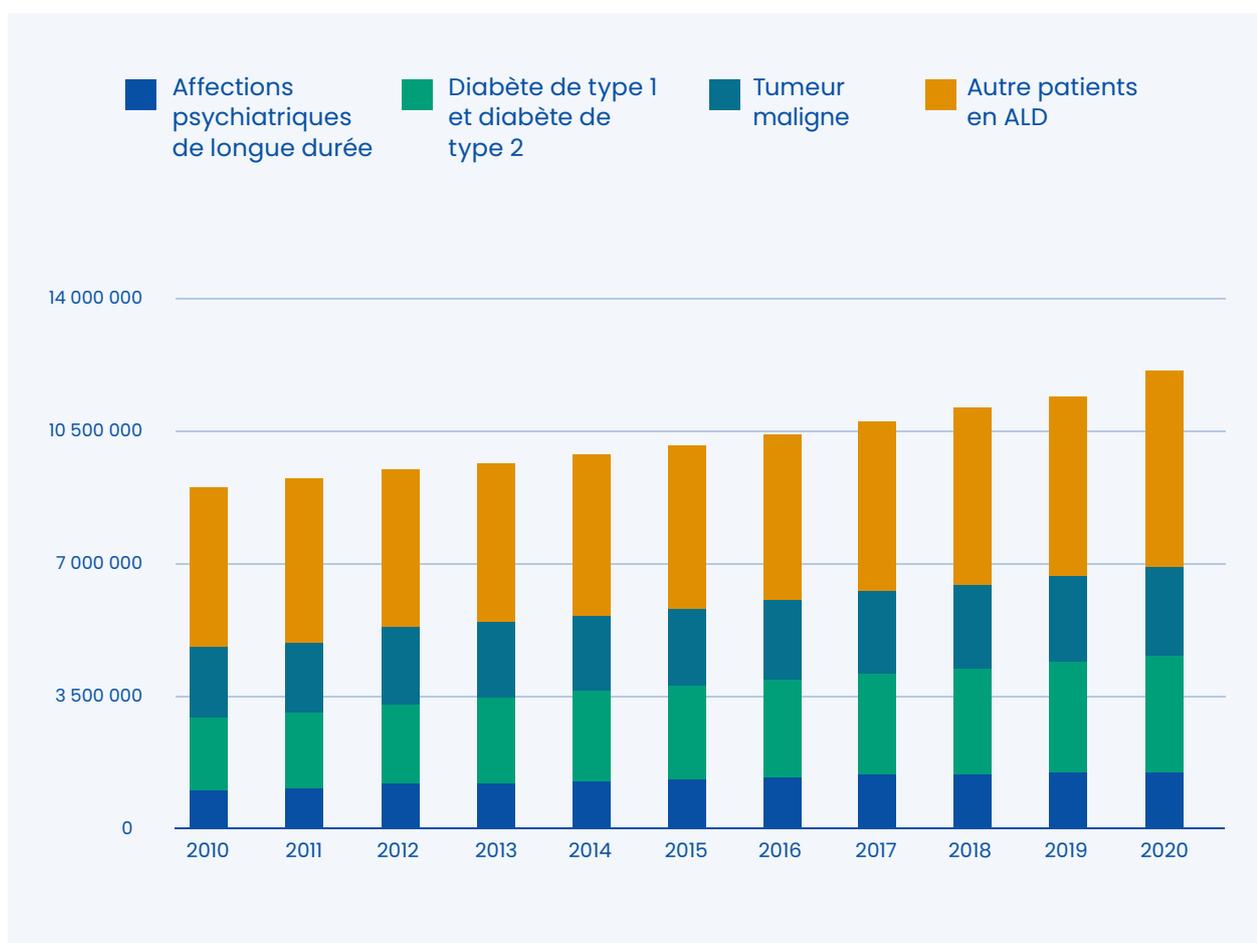
²La prévention secondaire se définit comme la capacité à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population et qui recouvre les actions en tout début d'apparition visant à faire disparaître les facteurs de risques

01

BESOINS DE SANTÉ
DE LA POPULATION

**L'espérance de vie
des français
augmente et leur état
de santé se structure
autour de la prise en
charge des maladies
chroniques**

L'état de santé de la population est souvent mesuré selon des indicateurs démographiques. L'allongement de l'espérance de vie ou le faible taux de mortalité infantile sont régulièrement utilisés comme garantie d'une amélioration de la santé générale. Cependant, en s'intéressant à la prévalence des affections de longue durée ou à la santé mentale des français, l'état de santé se dégrade. La hausse régulière des affections de longue durée ainsi que la brusque augmentation des troubles de la santé mentale chez les plus jeunes sont deux tendances structurantes pour les années à venir pour notre système de santé.



Évolution du nombre de patients en ALD entre 2010 et 2020 par type d'affection

1 — L'espérance de vie des français à la naissance est en augmentation constante malgré des inégalités persistantes

La santé est définie par l'OMS comme "un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité". Malgré cette définition, le système de santé est souvent réduit au système de soins et s'évalue, en premier lieu, par sa capacité à maintenir les patients en vie. Ainsi, les données les plus régulièrement utilisées pour évaluer notre système de santé sont celles des indicateurs comme l'espérance de vie, le taux de mortalité

infantile, le taux de mortalité prématurée et l'espérance de vie sans incapacité. Sur ces points, l'état de santé en France évolue plutôt favorablement et se positionne souvent parmi les meilleurs pays au monde.

Le taux standardisé de mortalité prématurée¹ est en net recul entre 2004 et 2016 pour les hommes et les femmes, ce qui représente une diminution de l'ordre de presque 20 %. De plus, mis à part une baisse conjoncturelle en 2020, liée à l'épidémie du Covid 19, l'espérance de vie à la naissance n'a cessé de croître sur les dernières décennies : elle s'élève en 2022, selon le rapport de l'INSEE², à 85,2 ans pour les femmes et à 78,7 ans pour les hommes. Cette espérance de vie était de 81 ans pour les femmes en 1990 et 72,7 ans pour les hommes, avec d'importantes différences selon les catégories sociales (cf. infra 2.2). Selon l'INSEE,

¹ Le taux de mortalité prématurée est le nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population moyenne totale des moins de 65 ans de la même année.

² INSEE, [Espérance de vie à la naissance selon le sexe](#)

+34 %

de patients en **ALD**, passant d'environ 9 millions à 12 millions entre 2010 et 2020

1 sur 6

La proportion de **personnes concernées par une ALD** en France aujourd'hui

67 ans

L'espérance de vie sans incapacité pour les **femmes**

65,6 ans

L'espérance de vie sans incapacité pour les **hommes**

FOCUS

¹Thomas Deroyon (DREES) (février 2023). [L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans est de 12,6 ans pour les femmes et 11,3 ans pour les hommes, en 2021](#). Études et résultats, 1258.

²INSERM (janvier 2019) [Activité physique. Prévention et traitement des maladies chroniques](#), Éditions EDP Science

³Assurance maladie (mars 2023) [Affection Longue Durée \(ALD\)](#)

“ Le vieillissement de la population est à la fois une conséquence de l'amélioration du système de santé français et une cause de la hausse des besoins de santé.”

l'hypothèse centrale de mortalité – c'est à dire une hypothèse qui prolonge le rythme de baisse de la mortalité observé au cours des 30 dernières années – conduirait les français à une espérance de vie à la naissance en 2050 de 84,3 ans pour les hommes et 91 ans pour les femmes.

L'espérance de vie sans incapacité, qui évalue le nombre d'années qu'une personne peut compter vivre sans souffrir d'incapacité dans les gestes de la vie quotidienne, s'élevait en 2021¹ à 67 ans pour les femmes et à 65,6 ans pour les hommes.

L'augmentation de l'espérance de vie est un des facteurs importants du vieillissement de la population. En France, l'INSERM estime, dans une étude de février 2019², que la part des personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer de 25 % en 2015 à 33 % de la population en 2040. Le système de santé vient renforcer l'augmentation de l'espérance de vie, notamment par une meilleure prise en charge des patients âgés et le prolongement de la vie une fois les personnes tombées malades. Le vieillissement de la population est à la fois une conséquence de l'amélioration du système de santé français et une cause de la hausse des besoins de santé.

2 – Une augmentation significative en 10 ans de la prise en charge de personnes souffrant d'affections de longue durée

Pendant, en s'intéressant non plus aux nombres d'années de vie gagnées mais à l'état de santé des français et en particulier aux maladies, la situation se dégrade. En effet, les affections de longue durée (ALD) concernent aujourd'hui plus de 12 millions de personnes, soit plus d'une personne sur six. Entre 2015 et 2019, les effectifs de personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD) se sont accrus de 3,3 % par an en moyenne, alors que l'effectif des assurés sans prise en charge en ALD est resté stable sur la même période.

Les ALD sont recensées dans des listes d'affections, établies par décret³. Ce sont des maladies dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite un traitement prolongé et coûteux. Il en existe plusieurs types, les ALD exonérantes et non exonérantes qui ne donnent pas les mêmes droits. Il s'agit principalement du diabète de type 1 et 2

“ La part croissante des maladies chroniques et des ALD transforme les attentes et besoins du système de soins, car la prise en charge nécessaire pour leur accompagnement diffère d’une prise en charge de maladie aiguë. **La hausse des ALD implique ainsi une transformation importante des besoins de prise en charge et d’accompagnement des patients où la coordination des acteurs de soins et la prévention prennent une place plus importante.**”

qui correspond à 25 % des patients en ALD en 2020, des tumeurs malignes (19 %), des affections psychiatriques de longue durée (12 %), des insuffisances cardiaques (11 %) et des maladies coronaires (11 %).

D’après les données de l’Assurance maladie¹, le nombre de patients en ALD a augmenté de plus de 3 millions, passant d’environ 9 millions à 12 millions, entre 2010 et 2020 ce qui correspond à une croissance de plus de 34 % du nombre de patients en ALD sur cette période. Le nombre de patients en ALD croît bien plus vite que la population et le vieillissement de la population ne peut expliquer entièrement cette hausse.

Cette croissance est encore plus marquée pour certaines affections. Entre 2010 et 2021, le nombre de nouvelles exonérations pour les tumeurs malignes de l’encéphale a progressé de 86 %, pour le mélanome malin de la peau de 145 %².

Certains cancers touchent une population

plus jeune : les cancers des organes génitaux (testicules, vagin, utérus ...). Bien qu’ils restent assez rares, leur effectif augmente et les personnes qui en sont atteintes sont de plus en plus jeunes. En 2021, les tumeurs malignes du testicule touchent environ 2 000 personnes, pour une moyenne d’âge de 39 ans³.

Sans qu’il soit possible de déterminer la part du facteur démographique, d’un meilleur dépistage ou d’une hausse nette de la prévalence des ALD, la part croissante des maladies chroniques et des ALD transforme les attentes et besoins du système de soins, car la prise en charge nécessaire pour leur accompagnement diffère d’une prise en charge de maladie aiguë. La hausse des ALD implique ainsi une transformation importante des besoins de prise en charge et d’accompagnement des patients où la coordination des acteurs de soins et la prévention prennent une place plus importante.

En parallèle de la hausse des maladies chroniques, une attention particulière doit être portée sur les maladies relatives à la santé

¹ Assurance Maladie (mars 2023) [Effectif, prévalence et caractéristiques des bénéficiaires d’une ALD - 2008 à 2021](#)

² Le taux de croissance des tumeurs malignes n’a été calculé que pour les localisations avec un effectif supérieur à 1000 en 2010, les tumeurs malignes de l’encéphale et du mélanome malin de la peau présentent les deux plus forts taux de croissance.

³ Assurance maladie (mars 2023) [Nombre, incidence et caractéristiques des nouvelles exonérations pour l’ALD « Tumeur maligne » par localisation - 2010 à 2021](#)

mentale. Ces dernières sont encore assez mal représentées au sein des affections de longue durée, seules les maladies psychiatriques sont reconnues comme une ALD mais le syndrome dépressif en est exclu. Or, la crise sanitaire a eu un impact psychologique sur une part importante de la population notamment sur les jeunes (15-24 ans). Les taux de syndromes dépressifs restent encore très élevés chez les 15-24 ans (19 %). En 2020, presque une jeune femme sur quatre était concernée par un syndrome dépressif et plus d'une sur dix par un syndrome majeur, soit respectivement une augmentation de +50 % et +270 % par rapport à 2019. Cette très forte accélération qui touche en particulier les jeunes, marque le début d'une tendance de long terme pour notre système de santé. ■

1 sur 5

La proportion de **jeunes** de 15 à 24 ans concernés par un syndrome dépressif

+270 %

d'augmentation du nombre de **femmes** concernées par un syndrome dépressif par rapport à 2019

Décembre 2022 : Le développement de plusieurs vaccins suscite beaucoup d'espoir pour de nombreux malades et leur famille

Si la crise du COVID a apporté de nombreux bouleversements dans nos vies, elle a également permis le développement extrêmement rapide de nouveaux vaccins.

Reprenant la technologie des vaccins à ARN messager utilisé pour les vaccins contre le COVID, le laboratoire Moderna a annoncé des premiers résultats encourageants pour un vaccin contre le cancer de la peau. Lors de la phase II du développement du vaccin (phase intermédiaire avant la mise sur le marché), le vaccin combiné à un médicament anticancéreux a montré des résultats positifs. L'essai porté sur environ 150 personnes atteintes d'un mélanome, a permis de réduire de 44 % le risque de réapparition du cancer de décès, comparé aux personnes uniquement traitées avec l'anticancéreux.

D'autres recherches sur le développement de nouveaux vaccins sont en cours. C'est notamment le cas pour les vaccins contre le VIH et la sclérose en plaques.

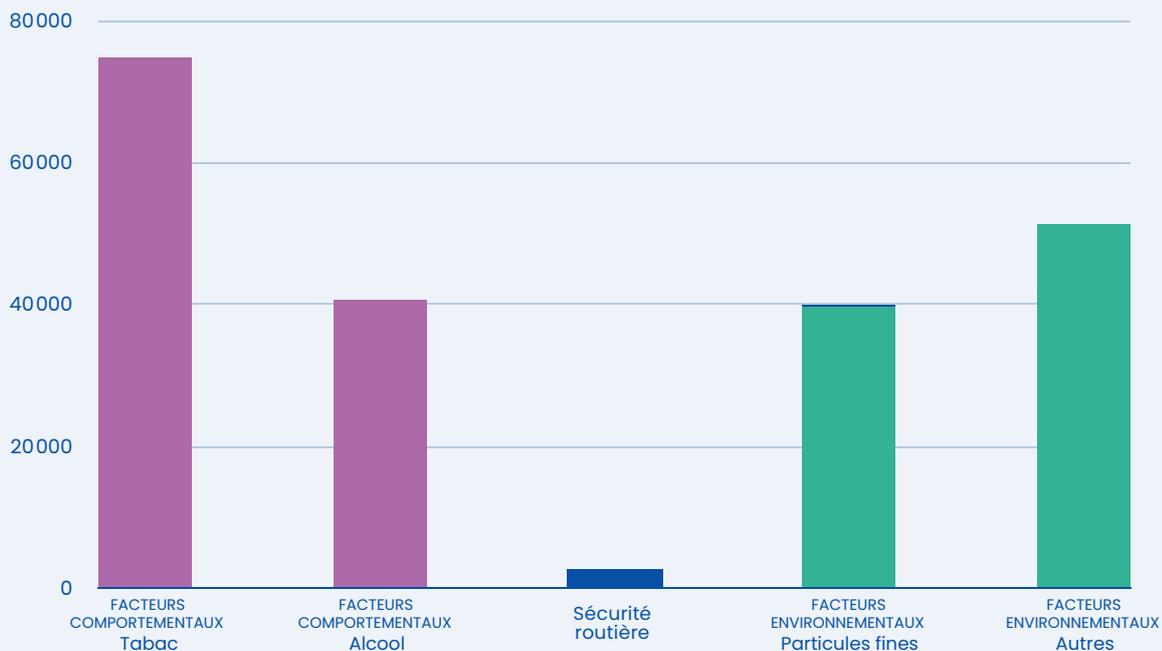
Une nouvelle technologie de vaccin qui repose sur l'injection des protéines du VIH fixées sur des anticorps monoclonaux montre une bonne tolérance au vaccin et une réponse immunitaire positive en phase I (phase préliminaire). Le laboratoire français chargé du développement de ce vaccin mise sur la stimulation des cellules-clé du système immunitaire qui permettrait de préparer le système immunitaire avant une infection. Les recherches se poursuivent par le suivi de 72 volontaires pendant 12 mois.

Relativement à la sclérose en plaques, la découverte de l'implication du virus Epstein-Barr dans l'apparition de cette maladie permet d'imaginer le développement d'un nouveau traitement. Le laboratoire Moderna a commencé des essais cliniques sur l'homme pour développer un vaccin contre ce virus et protéger contre la sclérose en plaques. Pour rappel, la sclérose en plaques est une maladie auto-immune qui affecte le système nerveux central. Elle touche en particulier les femmes et les jeunes adultes et concerne 110 000 personnes en France, ce qui représente la 1^{re} cause de handicap sévère non traumatique chez les jeunes adultes.

02

DÉTERMINANTS DE SANTÉ

Des facteurs multiples, peu considérés par les politiques publiques qui favorisent des inégalités en santé



Nombre de décès par an et par cause¹

¹Ce graphique a été recomposé à l'aide de plusieurs sources : le nombre de morts liés aux facteurs environnementaux a été recalculé selon les données de santé publique France évoquant 15 % des décès liés à cette cause, soit 91 500 décès pour l'année 2018, le nombre de décès liés au tabac (75 000) a été estimé par santé publique France pour l'année 2015, le nombre de décès liés à l'exposition aux particules fines (40 000) a été calculé selon une moyenne entre les années 2016 et 2019 par santé publique France, [le nombre de décès attribué à l'alcool](#) a été calculé par santé publique France à 41 000 pour l'année 2017. Selon les estimations de l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), 2 947 personnes ont perdu la vie sur les routes de France métropolitaine en 2021.

1 — L'état de santé de la population tient à des facteurs multiples : biologie, environnement, comportements et organisation du système de santé

L'état de santé de la population, et donc les besoins de santé auxquels notre société fait face, ne dépend que partiellement du système de santé. Il tient avant tout à des facteurs déterminant la santé des individus bien en amont des soins. La classification dite « de Lalonde » distingue quatre groupes de déterminants de santé : **La biologie humaine** (patrimoine génétique, âge, sexe)

- **L'environnement** auquel sont exposées les personnes (qu'il s'agisse de l'environnement physique – la qualité de l'air, de l'eau, l'aménagement du territoire – ou socio-économique – le niveau d'études, la qualité des liens sociaux, les conditions de travail, le logement etc.)
- **Les comportements de santé** (consommations, exercice physique, etc.)
- Et, enfin, à **l'organisation des services de santé** (accès aux soins, qualité des soins, prévention)

Les déterminants de la santé d'une personne sont donc à la fois endogènes et exogènes (ils tiennent à la personne elle-même ou à ses interactions avec son environnement), et sont associés à des comportements individuels mais aussi collectifs, aux conditions et aux environnements de vie.

Il n'existe pas de pondération précise de l'importance des différents déterminants en santé en France. Pour autant, l'OMS a montré que dans les pays d'Europe les facteurs environnementaux qui pourraient être évités ou supprimés provoquent au moins 15 % des décès¹, soit plus de 90 000 décès pour la France, soit l'équivalent d'un décès sur 7. Parmi ces facteurs environnementaux, Santé publique France estime que 40 000 décès sont attribuables, chaque année, à la pollution de l'air ambiant, et en particulier aux particules fines (PM 2,5)².

En outre, parmi les déterminants comportementaux, on retrouve les comportements à risque, la sédentarité, l'alimentation, les addictions. Le tabagisme reste l'une des premières causes de mortalité évitables, avec environ 75 000 décès estimés en 2015, soit environ 13 % des décès survenant en France métropolitaine. Comme le précise le site santé publique France³, un cancer sur trois est dû au tabagisme. Le plus connu est le cancer du poumon, dont 80 à 90 % des cas sont liés au tabagisme actif.

2 — Les catégories sociales défavorisées sont plus touchées par les déterminants environnementaux et comportementaux de santé dégradée

Les différents déterminants de santé sont répartis de manière très inégalitaire dans la société, induisant des inégalités sociales en santé liées au niveau de revenu, au métier exercé, à la composition du foyer etc. La branche européenne de l'Organisation mondiale de la santé estime ainsi à 130 000 par an le nombre décès liés au mal-logement ou à un logement inadapté⁴. Les inégalités en santé peuvent également apparaître avant la naissance : ainsi, la probabilité de naître avec un petit poids (inférieur à 2,5 kg) est plus élevée de 50 % pour les enfants nés d'une mère non diplômée par rapport à ceux nés d'une mère ayant le baccalauréat⁵, ce petit poids étant associé à un risque plus élevé de pathologies cardiovasculaires à l'âge adulte⁶.

¹ Santé publique France (avril 2022) [Santé environnementale : une priorité de santé publique](#)

² Santé publique France (avril 2021) [Pollution de l'air ambiant : nouvelles estimations de son impact sur la santé des Français](#)

³ Santé publique France (mai 2023) [Quelles sont les conséquences du tabagisme sur la santé ?](#)

⁴ Braubach, M., Jacobs, D. & Ormandy, D. (2011) Environmental burden of disease associated with inadequate housing : a method guide to the quantification of health effects of selected housing risks in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe.

⁵ Panico, L., Tô, M., Thévenon, O. (2015) La fréquence des naissances de petit poids : quelle influence a le niveau d'instruction des mères ? Population et sociétés, n°523

⁶ Delpierre (2017) Cité dans DREES, L'état de santé de la population en France, Septembre 2022 Bagein et al.

Ces différences d'exposition aux facteurs de risque se traduisent par des risques de mortalité jeune renforcés pour les ouvriers par rapport aux cadres : ainsi, selon une étude de l'INSEE, un homme de 35 ans, soumis toute sa vie aux conditions de mortalité de 2000-2008, a 13 % de risque de mourir avant 60 ans s'il est ouvrier, contre 6 % s'il est cadre (respectivement 5 % et 3 % pour une femme), soit un taux deux fois moindre. De même, un homme a 27 % de risque de mourir avant 70 ans s'il est ouvrier contre seulement 13 % s'il est cadre (respectivement 11 % et 7 % pour une femme).

Ces différences d'exposition à des facteurs de risque en santé conduisent à d'importantes inégalités en matière d'espérance de vie. C'est le cas pour l'espérance de vie à la naissance : on constate ainsi un écart de 13 ans d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % des hommes les plus aisés et les 5 % les plus pauvres, cet écart étant de 8 ans chez les femmes¹. C'est également le cas de l'espérance de vie à 60 ans, qui admet un écart de 3,3 ans entre les femmes cadres et les femmes ouvrières, et de 6,5 années d'espérance de vie à 60 ans entre les hommes cadres et les hommes ouvriers. Les inégalités entre catégories sociales sont plus marquées encore en ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité : l'écart constaté est alors de 11 ans entre ouvriers et cadres, chez les hommes comme chez les femmes².

Ces inégalités vis-à-vis de l'espérance de vie se retrouvent en ce qui concerne le développement des maladies chroniques, dont la survenue est bien plus fréquente dans les catégories les plus modestes.

1 sur 7

Proportion de décès en France dûs à des **facteurs environnementaux** qui pourraient être évités ou supprimés

13 ans

L'**écart d'espérance de vie** à la naissance entre les 5 % des hommes les plus aisés et les 5 % les plus pauvres

13 %

des décès en France métropolitaine sont dûs au **tabagisme**

¹ Insee première (février 2018) L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes, n°1687

² Lojkine, U., Blasco, J. (2023) Mortalité, incapacité et retraite par catégorie socio-professionnelle.

On constate ainsi une augmentation significative des hospitalisations et de la mortalité pour certaines maladies cardio-neuro-vasculaires (AVC, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque et embolie pulmonaire) lorsque le niveau socio-économique des patients diminue¹. Pour mesurer cette différence, la DREES dans son rapport d'octobre 2022 sur "L'état de santé de la population en France"² fait ressortir que les 10 % les plus pauvres (1^{er} décile de niveau de vie) ont un risque 1,4 fois plus élevé de développer une maladie cardiovasculaire, et 3 fois plus de risque de contracter un diabète que les 10 % les plus riches (dernier décile de niveau de vie).

Les maladies chroniques accentuent les inégalités sociales en matière d'espérance de vie : sans elles, l'écart d'espérance de vie à la naissance entre les plus aisés et les plus modestes serait réduit de plus d'un tiers³.

FOCUS

“ La majorité de la prévention en santé en France est effectuée par le biais de « **campagnes** » [...]. Si elles ont l'intérêt de mettre l'accent sur des déterminants de santé intervenant en amont du système de soins, elles restent **en retrait sur les déterminants endogènes et collectifs.** ”

¹ Lecoffre, C., Decool, E., Olié, V. (2016) [Hospitalisations pour maladies cardio-neuro-vasculaires et désavantage social en France en 2013](#). Bull. Epidémiol. Hebd. 20-21, 359-66.

3 — Les politiques publiques de prévention, centrées sur des « campagnes » visant les comportements individuels au détriment des logiques collectives, ne permettent pas une réduction significative des inégalités sociales en santé

Les déterminants en santé sont un des concepts clefs sur lesquels reposent le principe de l'intervention en santé publique : de la même façon qu'ils se combinent au niveau individuel et au niveau collectif, ils devraient conduire à une action de prévention multifactorielle sur les différents déterminants de santé.

La majorité de la prévention en santé en France est effectuée par le biais de « campagnes » ciblant les déterminants de comportements individuels : habitudes alimentaires (« 5 fruits et légumes par jour »), activité physique (« manger-bouger ») et dépistages (octobre rose). Si elles ont l'intérêt de mettre l'accent sur des déterminants de santé intervenant en amont du système de soins, elles restent en retrait sur les déterminants endogènes et collectifs, largement occultés comme les facteurs environnementaux (qualité du logement, de l'air et l'eau) pourtant aujourd'hui premier responsable des décès en France.

² Bagein, G., Costemalle, V., Deroyon, T., Hazo, J.B., Naouri, D., Pesonel E, Vilain A (DREES) (2022) [L'état de santé de la population en France](#). Les dossiers de la DREES.

³ Allain S., Costemalle V. (DREES) (2022) [Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie](#).

L'obésité, une problématique croissante de santé publique

L'obésité est un des facteurs contribuant aux maladies chroniques : hypertension, maladies cardiaques et accidents vasculaires cérébraux, arthrose, apnée du sommeil et maladies respiratoires. Elle est due à des facteurs biologiques (predispositions génétiques), mais également environnementaux (logement, travail, qualité de l'air), comportementaux (alimentation et activité physique) et liés à l'organisation du système de santé (adaptation de la prévention aux populations concernées).

En France, en 2019, **17 % de la population métropolitaine adulte est obèse**, ce qui représente plus de 8 millions de personnes. Ce chiffre, en augmentation constante, a doublé de 1997 à 2022 passant de 8,5 % à 17 %. Une étude de février 2023 coordonnée par des chercheurs de l'Inserm et du CHU de Montpellier et publiée dans la revue *Journal of Clinical Medicine* souligne que 47,3 % des adultes français seraient obèses ou en surpoids (contre 38,3 % en 1997).

L'obésité est en outre un miroir des inégalités sociales, puisque celle-ci, à la suite d'une étude 2020 de l'Institut Obépi-Roche, est près de deux fois plus répandue au sein des catégories les plus modestes (18 % chez les ouvriers et les employés) que chez les catégories plus aisées (10 % chez les cadres supérieurs). De même, la prévalence de l'excès de poids est de 51,1 % chez les ouvriers, 45,3 % chez les employés, 43 % chez les professions intermédiaires et de 35 % chez les cadres.

À ces inégalités socio-professionnelles s'ajoutent **d'importantes disparités géographiques entre régions de l'hexagone** : ainsi, en 2020, l'obésité touchait 22 % de la population des Hauts-de-France ou 20 % de la population du Grand Est, contre seulement 14,2 % des franciliens ou 14,4 % de la population des Pays de la Loire.

Les stratégies et les campagnes de prévention, généralement menées de manière homogène sur l'ensemble de la population, sont mieux perçues et assimilées par les catégories sociales les plus favorisées. Si elles ne sont pas adaptées aux différences populationnelles, elles alimentent le gradient social, creusant un peu plus les inégalités de santé¹. De nombreuses études recensent des disparités de pratique de dépistage contre le cancer selon les milieux socio-économiques². La Haute Autorité de santé (HAS) a démontré, par exemple, que plus de la moitié des femmes ne se font pas ou insuffisamment dépister du cancer du col de l'utérus tandis que d'autres bénéficient d'un suivi trop rapproché, avec d'importantes disparités géographiques : les Hauts de France, le Cher, le Doubs ou Corse étant peu couverts, au contraire de l'ouest Parisien de la Gironde ou de la Haute-Garonne. La HAS a également

identifié les principaux freins à la participation au dépistage : freins d'ordre comportemental mais également d'accès aux soins pour les femmes (physique, géographique et économique)³. Ainsi, ces inégalités sans être corrigées par l'action publique peuvent être accentuées par des actions de préventions non-différenciées. ■

¹ Affeltranger, B., Potvin, L., Ferron, C., Vandewalle, H. & Vallée, A. (2018). [Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ?](#). *Santé Publique*, 1, 13-24

² Duport 2008 ; Lançon 2012 ; Rondet 2013 ; Menvielle 2014 ; Ouédraogo 2014 ; Sicsic 2014 ; Menvielle 2016 ; Kelly 2017 ; Goldzhal 2017 ; Dawidowicz 2019

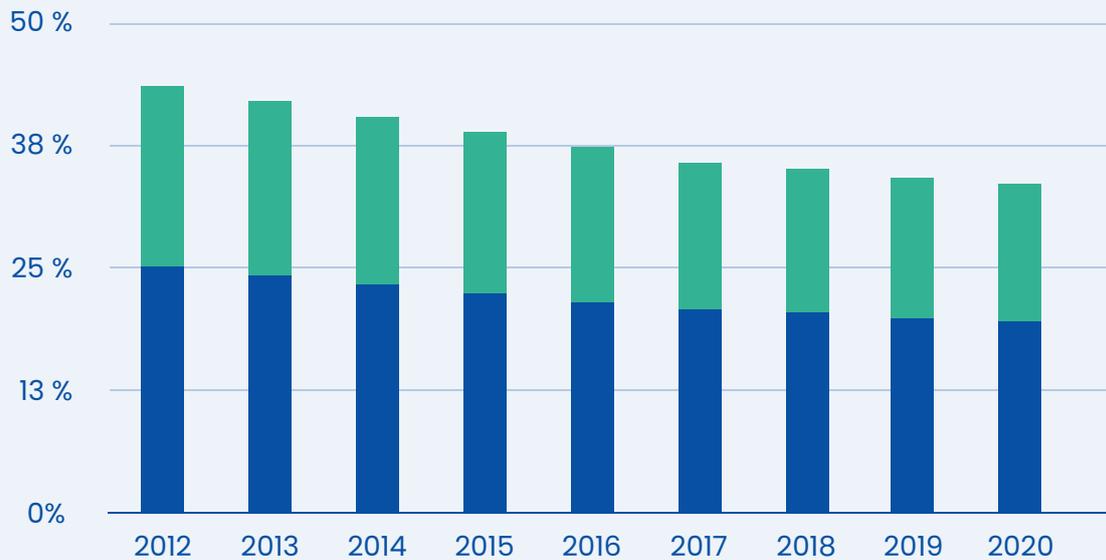
³ Haute Autorité de Santé (HAS). *État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France : argumentaire.*

03

OFFRE DE SOINS PRIMAIRES

Le système de santé est fragilisé par la baisse du nombre de médecins généralistes, ce qui renforce l'impératif de coordination des soins

■ Médecins généralistes ■ Médecins hors généralistes



Part des médecins au sein des professionnels de santé libéraux

1 — Les soins primaires : un échelon de prise en charge prépondérant pour la santé de la population

Les soins primaires désignent les soins de premier recours qui répondent aux problèmes de santé les plus courants et à faible intensité technologique. Ils regroupent les soins de ville (ou intervenant à domicile) dispensés le plus souvent par des professionnels libéraux tels que les médecins généralistes (environ 60 000), les infirmiers (125 000), les kinésithérapeutes (75 000)¹. Les services d'urgence font également partie de l'offre de soins de premier recours. Au-delà des soins de premiers recours, les soins primaires doivent orienter les patients vers des soins plus spécialisés (soins secondaires²)

au besoin. C'est d'ailleurs le sens de la loi de 2004 en France, qui institue le médecin traitant en pivot dans le parcours de soins du patient. Il doit pouvoir coordonner les soins des patients en les orientant vers des soins spécialisés et en concentrant l'information à son niveau. Ce rôle est déterminant dans la prise en charge des maladies chroniques et des polyopathologies.

L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques renforce encore l'importance des soins primaires. À partir de 75 ans, la présence simultanée d'au moins 2 maladies chroniques est très fréquente : 57 % des personnes âgées de 75 ans et plus ont au moins une affection de longue durée (ALD), 40 % en ont au moins deux³. La prise en charge est pluriprofessionnelle et doit être coordonnée afin de limiter les risques liés à la polypathologie. Il s'agit notamment d'accompagner harmonieusement

¹ DREES (2022) [Démographie des professionnels de santé](#)

² Les soins tertiaires sont ceux nécessitant des plateaux techniques le plus souvent pratiqués au sein d'établissements de santé (hôpital, clinique...)

³ HAS (2015) [Prendre en charge une personne âgée polyathologique en soins primaires](#)

FOCUS

“ L’augmentation de la prévalence des **maladies chroniques** renforce encore l’importance des soins primaires. [...] La prise en charge est pluriprofessionnelle et doit être coordonnée afin de limiter les risques liés à la polyopathie.”

FOCUS

“ Les **difficultés d’accès à un médecin traitant**, positionné aujourd’hui au centre de notre système de santé, pénalise l’ensemble du parcours de soins des patients.”

¹ Assurance maladie (2023) [Dépenses remboursées affectées à chaque pathologie - 2015 à 2021](#)

le patient et de lui délivrer des messages communs et de prendre en considération la multiplicité de prescripteurs et les risques liés à la polymédication.

La part des montants remboursés des soins de ville rendent compte de la prépondérance des soins primaires par rapport aux postes de remboursements hospitaliers. En effet, si l’on considère les pathologies chroniques (hors phase aiguë) la prise en charge par les soins primaires reste majeure. Pour le diabète, 60 % des montants remboursés proviennent des soins de ville contre 5 % en hospitalisation engagée dans la pratique de la médecine, de la chirurgie ou de l’obstétrique (MCO). Pour les cancers sous surveillance, les montants remboursés des soins de ville représentent 56 % contre 4 % pour les hospitalisations MCO¹.

2 – La part des médecins dans l’offre de soins baisse progressivement au profit notamment des infirmiers et des kinésithérapeutes

L’offre de soins primaires en France est marquée par une diminution progressive de la part des médecins généralistes : leurs effectifs recensés par la DREES restent stables, environ 100 000 depuis 2012, mais, d’une part, la population augmente et, d’autre part, ils représentent une proportion de moins en moins importante de l’offre de soins primaires du fait de l’augmentation du nombre d’infirmières et de kinésithérapeutes. En effet, le nombre d’infirmiers augmente de 100 000 professionnels entre 2012 et 2022 passant de 537 000 à 637 000, et celui des kinésithérapeutes progresse de 68 000 à 92 000.

En prenant les données de la Drees, de 2012 à 2020, relatives aux effectifs des professionnels libéraux¹, la part des médecins parmi ces professionnels passe de 44 % à 34 %. Pour les médecins généralistes, cette part passe de 25 % à 19 %. À l'inverse, la part des infirmiers passe de 34 % à 40 % et celle des masseurs-kinésithérapeutes de 21 % à 24 %². À noter que le suivi en effectifs des professionnels de santé ne permet pas d'évaluer le nombre d'heures passées à travailler, qui peut baisser par exemple du fait d'une généralisation des temps partiels.

Cette baisse relative s'accompagne de fortes disparités entre certains territoires qui tendent à s'aggraver (cf. infra, 4) et renforce la sous-densité médicale de certaines régions. Le système de santé français est en outre

confronté au défi de la pyramide des âges des médecins. Selon une étude du Conseil de l'ordre des médecins, en 2020, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 47,3 % de l'ensemble des inscrits³. En 2010, ces derniers représentaient 30,7 %. L'âge moyen des médecins actifs réguliers en 2020 en France est de 50,5 ans (soit un vieillissement important par rapport à 2010) avec un minimum pour le département de l'Ille-et-Vilaine (46,9 ans) et un maximum pour le département de la Creuse (54,5 ans). En 2020, 47 départements ont un âge moyen supérieur à la moyenne nationale et 48 départements connaissent un vieillissement par rapport à 2010 ce qui pose la question de leur attractivité territoriale, et de l'avenir de l'offre de soins sur ces territoires.

¹ Effectif regroupant les médecins, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes libéraux exclusifs

² DREES (2022) [Démographie des professionnels de santé](#)

³ Conseil de l'ordre national des médecins (janvier 2020) [Atlas de la démographie médicale en France](#)

47,3 %

de l'ensemble des inscrits à l'ordre des médecins en 2020 ont **plus de 60 ans** contre 30,7 % en 2010.

25 % → 19 %

Évolution de la proportion de **médecins généralistes** libéraux entre 2012 et 2020

34 % → 40 %

Évolution de la proportion d'**infirmières** libérales entre 2012 et 2020

21 % → 24 %

Évolution de la proportion de **masseurs-kinésithérapeutes** libéraux entre 2012 et 2020

Ainsi, l'effectif relativement stable du nombre de médecins généralistes au niveau national ne permet pas de maintenir constant l'accès aux soins. Cette raréfaction des médecins généralistes est particulièrement préoccupante dans la mesure où ils restent la porte d'entrée du parcours de soins et devraient pouvoir orienter et informer les patients. Les difficultés d'accès à un médecin traitant, positionné aujourd'hui au centre de notre système de santé, pénalise l'ensemble du parcours de soins des patients.

3 — L'État favorise l'émergence de l'exercice coordonné sans se positionner sur l'essor d'une activité de plus en plus en salariable, au risque d'aggraver le déficit de médecins

La baisse progressive de la part des médecins généralistes et le besoin accru de coordination des soins, lié à la prise en charge de maladies chroniques et des polyopathologies, rendent de plus en plus nécessaire l'exercice coordonné des soins.

Cet exercice coordonné est encouragé par le ministère de la Santé et l'Assurance maladie, essentiellement dans le cadre d'un exercice libéral - par contraste avec un exercice salarié, notamment pratiqué dans les centres de santé ou en PMI (protection maternelle et

infantile). Ainsi, des financements importants accompagnent depuis 2017 le déploiement de structures comme les maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) - structures physiques qui rassemblent différents professionnels de santé d'exercice libéral - ou, depuis 2019, la mise en place de communautés professionnelles territoriales de santé (ci-après CPTS). -regroupements de professionnels de santé sur une base territoriale autour d'un projet de santé, sans besoin de rassemblement physique. Les CPTS se déploient largement, en termes quantitatifs : en juin 2022, 282 communautés étaient en fonctionnement, couvrant 36 % de la population française, et 261 autres étaient en projet¹. À ce stade, aucune étude d'ampleur n'a été menée sur l'activité effective de ces structures.

La part des cabinets individuels diminue fortement de 2012 à 2022 : de 21 % à 14 %. À l'inverse, la part des centres de santé et des cabinets de groupe passe de 28 % à 30 %².

L'émergence de l'exercice coordonné ne doit pas faire oublier une autre tendance de fond, celle de la hausse d'une activité mixte et donc du salariat des professionnels de santé. Entre 2012 et 2022, le nombre de praticiens exclusivement libéraux chute de près de 11 000 médecins pour un effectif de près de 100 000 médecins libéraux en 2022. Cette perte est presque complètement compensée par la hausse des effectifs en activité mixte, c'est-à-dire un exercice partagé entre activité libérale et salariat. Les médecins abandonnent donc progressivement une pratique libérale exclusive pour se salarier une partie de leur temps de travail. Cette tendance se

¹ DREES, Médecins généralistes : début 2022, 1 sur 5 participe à une CPTS et 1 sur 20 emploie un-e assistant-e médical-e, Bergeat et al. (mai 2023) Études et résultats n°1268

² DREES (2022) [Démographie des professionnels de santé](#)

FOCUS

“ Il apparaît que **l'exercice libéral attire beaucoup moins**, et que l'exercice salarié, pourtant en augmentation, n'est pas accompagné ou suivi par l'État. Ces tendances expliquent en partie une fuite de certains médecins vers le secteur privé mais peuvent également être à l'origine de l'abandon de la profession médicale pour les jeunes diplômés.”

perçoit nettement si l'on compare la part de l'exercice libéral exclusif pour les médecins qui représentait 52 % des effectifs en 2012 et 44 % en 2022¹.

Ainsi, si les professionnels de santé préfèrent à titre individuel de plus en plus l'exercice mixte et donc la possibilité de se salarier sur une partie de leur temps de travail, ils le font en partie dans le secteur privé à but lucratif. De 2012 à 2022, la part des établissements privés à but lucratif passe de 4 % à 6 %. Cette hausse cache par ailleurs le doublement des effectifs du privé à but lucratif en 10 ans passant d'environ 11 000 praticiens à 21 000 pour les établissements privés à but lucratif.

Il apparaît que l'exercice libéral attire beaucoup moins et que l'exercice salarié, pourtant en augmentation, n'est pas accompagné ou suivi par l'État. Ces tendances expliquent en partie une fuite de certains médecins vers le secteur privé mais peuvent également être à l'origine de l'abandon de la profession médicale pour les jeunes diplômés. En effet, le conseil de l'Ordre s'inquiète « d'un abandonnisme à la fin des études » car certains médecins diplômés n'exercent plus leur métier 10 ans après la fin de leur formation. Ce qui, pour le conseil de l'Ordre des médecins serait

révélateur que « l'exercice médical tel qu'il est aujourd'hui n'est pas attractif pour les jeunes médecins »².

L'atlas de la démographie médicale en France diffusé par le conseil de l'Ordre des médecins fait état d'un suivi de cohorte des médecins primos-inscrits entre 2010 et 2023³. Une part significative d'entre eux n'exerce plus la médecine à la fin du suivi. Malheureusement, l'absence de données fines ne permet pas d'évaluer l'ampleur de ce mouvement. Il ne prend pas en compte, non plus, l'abandon de la médecine par les étudiants avant l'obtention de leur diplôme. Or ces données sont essentielles pour les projections démographiques médicales. Sans leur prise en compte, celles-ci seraient surestimées car elles projeteraient une résorption du déficit de médecins à la suite d'un élargissement du *numerus clausus*, ne permettant pas de prendre la juste mesure de la situation. ■

¹ DREES (2022) [Démographie des professionnels de santé](#)

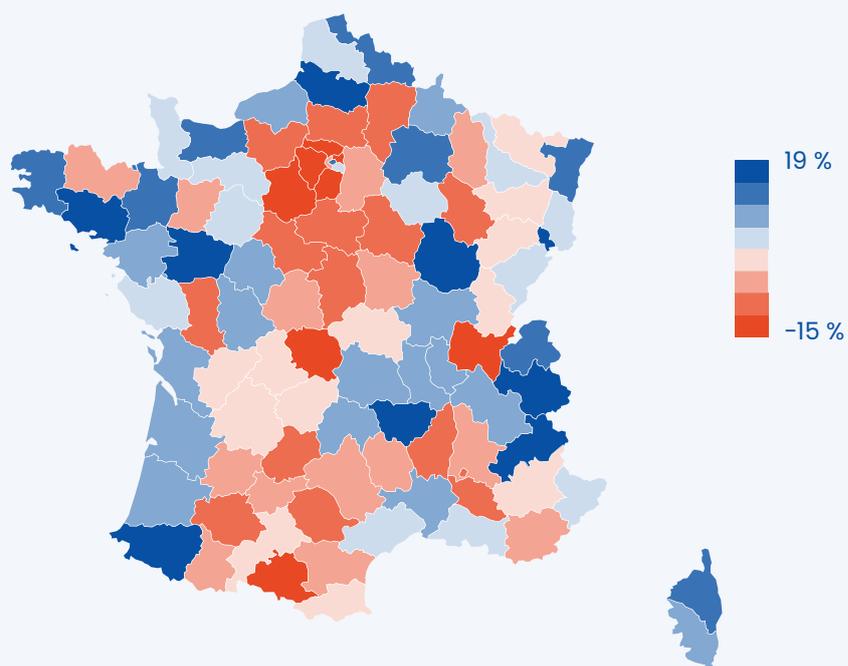
² Claereboudt, L. (juin 2023) « [Le plus inquiétant, c'est l'abandonnisme à la fin des études de médecine](#) » : l'Ordre dévoile les terribles chiffres de la démographie, Egora

³ Conseil de l'ordre national des médecins (janvier 2023) [Atlas de la démographie médicale en France](#)

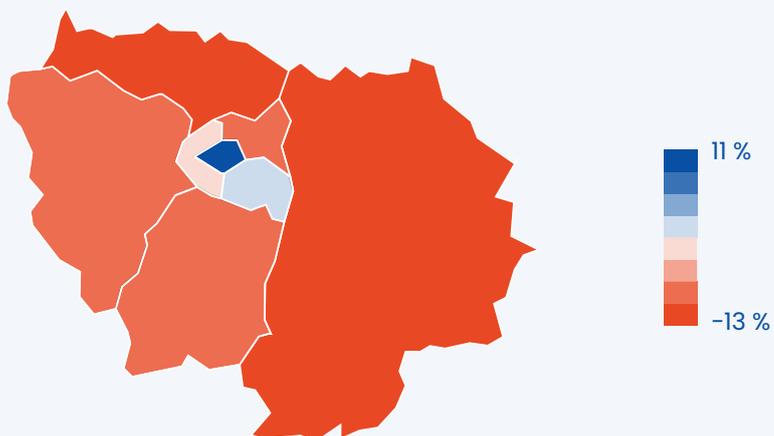
04

ACCÈS AUX SOINS
PRIMAIRES

**Des inégalités
géographiques et
sociales importantes
qui tendent à
se renforcer**



Évolution de la densité des médecins par département
entre 2012 et 2022 en France



Évolution de la densité des médecins par département
entre 2012 et 2022 en Île-de-France

1 — Une inégale répartition géographique des ressources en santé qui tend à se renforcer

Tous les territoires en France ne bénéficient pas du même niveau de couverture de leurs besoins en santé. C'est tout d'abord le cas en ce qui concerne l'accès aux médecins. Toutes spécialités et tous modes d'exercice confondus, les médecins sont, plus que proportionnellement par rapport à la population française, concentrés dans le sud de l'hexagone. Avec 377 médecins pour 100 000 habitants, c'est en Provence-Alpes-Côte-d'Azur que la densité médicale est la plus élevée, suivie par la région parisienne avec 354 médecins pour 100 000 habitants, contre 318 médecins pour 100 000 pour la moyenne nationale. Avec des densités inférieures à 300 médecins pour 100 000 habitants, les régions limitrophes à la région parisienne

(Centre-Val-de-Loire, Normandie, Bourgogne-Franche-Comté, ancienne Picardie, ancienne Champagne-Ardenne, Corse, DOM hors Réunion) sont les moins dotées. Le rapport entre les densités médicales régionales les plus faibles et celle la plus élevée sont de 1 à 1,6 et de 1,8 entre l'ancienne région Centre et la région PACA, et de 1 à 1,8 entre la Guyane et PACA¹.

En conséquence de cette répartition inégale et en ce qui concerne l'accès aux médecins généralistes de ville, le nombre de consultations de médecin généraliste par an auxquelles a accès en moyenne un habitant du territoire varie de manière importante². C'est sur le littoral atlantique, la côte méditerranéenne et le nord-est de la France que l'accès à un médecin généraliste est le plus aisé, au contraire du centre de la France et l'Outre-mer (Réunion exceptée). Le nombre potentiel de consultations par an et par habitant connaît surtout d'importantes disparités au sein d'une même région : si ce chiffre s'élève généralement à plus de 4 consultations par an et par habitant dans les métropoles, il peut descendre en dessous

FOCUS

“ Le nombre potentiel de consultations par an et par habitant connaît surtout d'importantes disparités au sein d'une même région : si ce chiffre s'élève généralement à plus de 4 consultations par an et par habitant dans les métropoles, il peut descendre en dessous de 1 consultation annuelle par personne dans certains bassins de vie ruraux.”

¹ Anguis et al. (DREES) (mars 2021) Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique? Constat et projections démographiques, Les dossiers de la DREES n°76

² Cet indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est celui généralement utilisé par l'INSEE et par la DREES pour mesurer les disparités territoriales d'accès aux soins. Il est exprimé en nombre de consultations pour les médecins généralistes de ville (libéraux et salariés), et en nombre d'équivalent temps plein de professionnels pour les autres professionnels de ville (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes).

de 1 consultation annuelle par personne dans certains bassins de vie ruraux¹. Selon les études récentes de la DREES, en 2018, 6 % de la population française vivait dans une zone au sein de laquelle l'accès potentiel moyen à un médecin généraliste était inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant. Cette proportion n'était que de 3,8 % en 2015, soit une augmentation de plus de 50 % en 4 ans.

Ces inégalités de répartition géographique sont plus fortes encore en ce qui concerne les soins infirmiers de ville ou ceux de de masso-kinésithérapie. Ceux-ci sont, à l'instar des médecins généralistes, également concentrés dans les métropoles et sur le littoral, mais également en Outre-mer. Le nombre d'ETP d'infirmiers varie cependant quasiment du simple au double entre les Pays-de-la-Loire, région centre et Bourgogne-Franche-Comté d'une part, et la côté méditerranéenne d'autre part. Bien qu'admettant de moindres inégalités entre territoires, la répartition des masseurs-kinésithérapeutes. Les inégalités territoriales sont enfin les plus marquées pour l'accès à des médecins spécialistes : le nombre d'ETP par habitant varie par exemple de 1 à 6 pour les ophtalmologues, de 1 à 14 pour les pédiatres², et de 1 à 19 pour les psychiatres³, soins de spécialité particulièrement concentrés en région parisienne.

Ces inégalités de répartition de l'offre de soins se sont creusées lors des dix dernières années. Entre 2012 et 2022, la densité médicale de certains départements a augmenté fortement, quand elle a diminué ailleurs. Les départements du Territoire de Belfort, de la Savoie et des Hautes-Alpes ont augmenté leur densité médicale de respectivement 19 %, 17 % et 17 %. À l'inverse, les densités médicales de la Seine-et-Marne, du Val-d'Oise et de l'Ariège ont baissé de 13 %, 13 % et 15 %⁴.

6 %

de la population française vivait en 2018 dans une zone au sein de laquelle l'accès potentiel moyen à un médecin généraliste était inférieur à 2,5 consultations par an et par habitant, contre 3,8 % en 2015

11

départements dont la densité était supérieure à la moyenne nationale en 2012 ont connu une augmentation importante en 10 ans.

48

départements déjà sous-denses ont connu une baisse relative de leur densité médicale dans les dix dernières années"

¹ Insee (2021) [Accessibilité aux professionnels de santé](#)

² Les patients les mieux dotés (voir les cartes de densité médicale) ont 14 fois plus de chance d'avoir un rendez-vous chez un pédiatre que dans des départements où l'offre est faible.

³ Ministère de la Santé (2017) [Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé](#)

⁴ DREES (2022) [Démographie des professionnels de santé](#)

Ces divergences sont d'autant plus inquiétantes qu'elles concernent des départements parfois déjà sous ou sur-dotés. Ainsi, 11 départements, dont la densité était supérieure à la moyenne nationale en 2012 ont connu une augmentation importante en 10 ans. Au contraire, 48 départements déjà sous-denses ont connu une baisse relative de leur densité médicale. Par exemple, le département de l'Eure avait en 2012 une densité 3,5 fois inférieure à Paris. Elle est aujourd'hui de 4,3 fois inférieure à la densité parisienne (96 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants contre 415 médecins pour 100 000 habitants).

2 — Les inégalités d'accès aux soins primaires résultent à la fois des inégalités dans la répartition géographique des professionnels, de l'importance des dépassements d'honoraires et des discriminations qui persistent

Les difficultés d'accès aux soins résultent en partie des disparités croissantes d'implantation des professionnels de santé sur le territoire, pour toutes les professions, et en particulier en ce qui concerne les soins de ville (cf. supra).

Ces difficultés d'accès peuvent être renforcées par une offre de soins relevant du secteur conventionné à honoraires libres, ou dépassements d'honoraires (dit "secteur 2", par opposition au secteur 1, le tarif de base fixé par l'Assurance maladie). Depuis 2018, plus aucun département ne dispose de plus de 20 % de médecins généralistes en secteur 2. En revanche, l'accès aux spécialistes libéraux est de moins en moins favorable : 51,3 % de la population réside dans un département où plus de la moitié des spécialistes pratiquent des honoraires libres, contre moins de 17 % en 2007¹. Le taux moyen de dépassement d'honoraires (le montant des dépassements rapporté sur le nombre total d'actes) des médecins en secteur 2 est en légère diminution sur longue période : après une nette croissance entre 2007 et 2010 (de 50 à 54 %) il a connu une longue décrue entre 2010 et 2020 (-12 points), avant d'augmenter de nouveau entre 2020 et 2021 (45 %).

Les dépassements d'honoraires représentent donc en moyenne près de la moitié du montant du tarif de base remboursé par l'Assurance maladie, sur l'ensemble des actes des médecins généralistes et spécialistes exerçant en secteur 2 (actes au tarif opposable et actes avec dépassements d'honoraires). La mise en place des contrats OPTAM (pour Option pratique tarifaire maîtrisée)² en 2017, à fins de limiter les dépassements

¹Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale maladie 2022, p.112.

² Contrats signés entre les professionnels de secteur 2 et l'Assurance maladie prévoyant la réalisation d'un certain nombre d'actes au tarifs opposable et le respect d'un plafond de taux moyen de dépassements, en échange de la prise en charge partielle des dépassements d'honoraires par la Sécurité sociale.

d'honoraires a conduit à une concentration des dépassements d'honoraires sur certains actes des professionnels en secteur 2 : le taux de dépassement, pour les actes à honoraires libres, est passé de 78 % en 2011 à 85 % en 2021¹.

À ces difficultés d'accès s'ajoutent des discriminations sociales importantes qui renforcent l'inégalité d'accès aux soins. Selon une enquête du Défenseur des droits de 2019 qui souhaitait mesurer les différences de traitement dans l'accès aux soins pour plusieurs spécialités : 9 % des chirurgiens-dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres ont refusé de recevoir des patients s'ils bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)².

3 — Des politiques publiques qui peinent à répondre à la difficulté croissante d'accès aux soins primaires

Face à ces difficultés d'accès aux soins primaires, les politiques publiques récentes ont entre autres inciter à l'exercice libéral dans des zones sous-denses, développer la télémédecine et favoriser l'accès de tous les assurés sociaux à un médecin traitant.

¹ La question du renoncement aux soins pour raisons financières ne fait pas l'objet de données fiables sur le long terme, et n'a donc pas pu être abordée directement dans le présent rapport : en effet, le questionnaire qui permet de mesurer le renoncement aux soins pour raisons financières a été modifié en 2015, puis en 2020 ce qui ne permet pas de suivre l'évolution des réponses à une même question. En outre, le questionnaire administré entre 2015 et 2020 ne permet pas de différencier le renoncement aux soins pour raisons financières d'une absence de besoin de consultation.

² Défenseur des droits (2019) [Refus de soins : les plus démunis discriminés](#)

FOCUS

“ [...] **l'accès aux spécialistes libéraux est de moins en moins favorable** : 51,3 % de la population réside dans un département où plus de la moitié des spécialistes pratiquent des honoraires libres, contre moins de 17 % en 2007.”

FOCUS

“ 9 % des chirurgiens-dentistes, 11 % des gynécologues et 15 % des psychiatres ont **refusé de recevoir des patients** s'ils bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)”

FOCUS

“ Les téléconsultations sont souvent présentées comme une solution pour répondre au besoin d'accès à un médecin sur l'ensemble du territoire. Or **les téléconsultations concernent avant tout les jeunes en milieu urbain**, patients comme médecins, et ne sont pas spécialement utilisées par les personnes les plus éloignées du système de soins.”

Les dernières années ont vu le développement important des aides financières à l'installation des professionnels de santé libéraux dans des zones dédiées, sans que celles-ci n'empêchent le creusement des inégalités territoriales : contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) pour l'installation au moins un an en secteur 1 dans une zone « fragile », contrat de stabilisation et de coordination des médecins (Coscom) pour l'implication dans une démarche coordonnée dans un territoire sous-dense durant trois ans, contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) pour l'exercice ponctuel au sein d'une zone sous-dense, ou encore contrat de transition (Cotram) pour les professionnels de plus de 60 ans qui quittent une zone sous-dense mais préparent la reprise de leur patientèle. À noter que l'installation

de professionnels en exercice salarié ne fait pas l'objet de ces aides, bien que cette pratique constitue une dynamique importante et qu'elle soit ancrée de longue date dans les réseaux mutualistes ou de collectivités territoriales.

Les téléconsultations sont souvent présentées comme une solution pour répondre au besoin d'accès à un médecin sur l'ensemble du territoire. Or les téléconsultations concernent avant tout les jeunes en milieu urbain, patients comme médecins, et ne sont pas spécialement utilisées par les personnes les plus éloignées du système de soins, ni géographiquement, ni socialement¹. Les téléconsultations se font moins souvent avec un patient bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) que les consultations en cabinet. Il ne permet pas de répondre aux problématiques de déserts médicaux : 23,3 % des téléconsultations

¹Kamionka, J. & Bergeat, M. (DREES)(2022) [Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent en 2021 des patients des grands pôles urbains](#). “En 2021, 45,2 % des téléconsultations de médecins généralistes libéraux sont réalisées avec des patients de 15 à 44 ans, contre 28,7 % des consultations en cabinet” et “69,4 % des téléconsultations sont réalisées pour des patients vivant dans les villes-centres ou les banlieues des grands pôles, où réside 56,9 % de la population.”

sont réalisées avec les 20 % de la population les mieux dotés en médecins généralistes, tandis que 17,9 % le sont avec les 20 % les moins bien dotés.

Enfin, des tensions s'observent entre autres au travers des difficultés pour obtenir des rendez-vous médicaux et en particulier pour trouver un médecin traitant. En 2021, l'Assurance maladie estimait que près de 6 millions de français n'avaient pas de médecin traitant, soit environ 11 % de la population¹. Pour les personnes en ALD ce chiffre est passé de 510 000 fin 2018 à 714 000 fin 2022, soit une hausse de 40 % des personnes en ALD sans médecin traitant, alors qu'elles ont plus besoin que d'autres d'une coordination

de leur parcours de soin². Face à ces enjeux, l'Assurance Maladie a donc développé un programme d'identification des patients en ALD âgés de 17 ans et plus ayant consulté 3 fois le même médecin dans l'année, pour que celui-ci puisse être déclaré comme médecin traitant. Ce qui permet d'aligner la situation administrative à la réalité du terrain sans pour autant apporter une amélioration à la prise en charge des patients. ■

¹ Laurent, B. (sept 2022) [VRAI OU FAUX. 6 millions de Français sont-ils vraiment sans médecin traitant?](#) La Dépêche

² Assurance maladie (mars 2023) [Patients en affection de longue durée \(ALD\) sans médecin traitant : un plan d'actions est lancé](#)

6
millions

de français étaient **sans**
médecin traitant en 2021

23 %

des **téléconsultations** sont
réalisées avec les 20 % de
la population **les mieux dotés en**
médecins généralistes, tandis
que 17,9 % le sont avec les 20 %
les moins bien dotés.

05

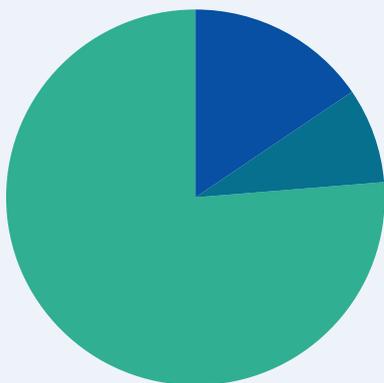
ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

**Une spécialisation
croissante entre
cliniques commerciales
et établissements
publics de santé
confrontés à de fortes
tensions humaines
et capacitaires**

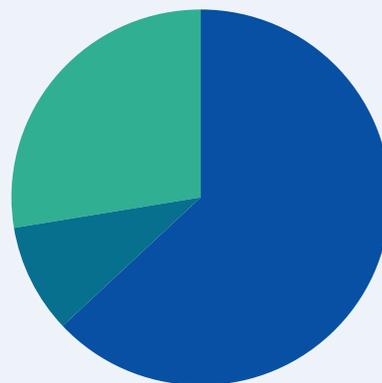
■ Établissement privé lucratif

■ Établissement privé non-lucratif

■ Établissement public



Répartition de la prise en charge des hospitalisations inférieures à 1 jour en chirurgie en 2019



Répartition de la prise en charge des hospitalisations supérieures à 1 jour en médecine en 2019

1 – Des établissements de santé confrontés à une activité marquée par une diminution de la durée des séjours

Au-delà de l'offre de soins proposée par les professionnels libéraux, principalement installés en ville, l'offre de soins est également dispensée au sein d'établissements de santé tels que les hôpitaux ou les cliniques. Ces établissements peuvent dépendre d'institutions publiques, d'entreprises privées à but lucratif ou de fondations ou associations privées à but non lucratif.

Au niveau national, les établissements de santé publics concentrent 60 % des lits et des places, les cliniques privées à but lucratif 25 % et les établissements privés à but non lucratif 15 %¹. Du fait des différences d'activité entre les secteurs (cf. infra), le secteur public représente en revanche 78 % des effectifs humains en établissement de santé².

L'analyse par le nombre de lits ne suffit pas à rendre compte de la capacité d'accueil de chaque secteur. Le nombre de lits ne rend compte que des séjours supérieurs à 1 jour (hospitalisation dite "complète") en diminution progressive depuis le début des années 2000 au profit du nombre de places (séjours de moins de 1 jour, hospitalisation dite "partielle"), cette bascule progressive étant liée à la politique du "virage ambulatoire". Le nombre total de lits passe de 443 000 en 2008 à 387 000 en 2020. En médecine, chirurgie et obstétrique, soit la première activité des établissements avec 50 % des capacités totales³, ce nombre

¹ DREES (2020) [Les grandes catégories d'établissements de santé](#)

² DREES (2022) [Les évolutions des effectifs salariés du secteur hospitalier](#)

³ L'activité de médecine, chirurgie obstétrique représente en 2020 plus de 50 % des capacités d'hospitalisation complète, tous secteurs confondus. Les soins de suite et de réadaptation en représentent 25 %, et la psychiatrie et les unités de soins de longue durée (USLD) un peu moins de 25 %.

de lits est en diminution progressive dans tous les secteurs (-9 % pour le secteur public, -8 % pour le privé non lucratif et -22 % pour le privé à but lucratif entre 2008 et 2020). À l'inverse, le nombre de places augmente sur longue période, passant de 58 000 en 2008 à 80 000 en 2020 (+33 %)¹.

Alors que les capacités d'accueil totales diminuent, la prise en charge par les établissements de santé² du nombre total de journée reste relativement stable - 136 millions de journées d'hospitalisations

en 2011 contre 134 millions de journées en 2019, tous établissements confondus³. Le nombre de journées d'hospitalisation complète dans le secteur public a connu une diminution sur cette période (-4 millions de journées, soit - 5 %) malgré la stabilité du nombre de séjours en hospitalisation complète (+1 %)⁴.

Alors que l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation partielle dans le secteur public n'a été que de 3 % entre 2011 et 2019, cette activité a en revanche connu une hausse extrêmement marquée dans le secteur privé à but lucratif : +57 % sur la même période (+2,4 millions de journées)⁵.

¹ DREES (2020) [L'activité en hospitalisation complète et partielle](#)

² Mesurée en journées d'hospitalisation, une journée équivalant à un épisode de soins en hospitalisation partielle ou à une journée calendaire dans un séjour d'hospitalisation complète.

³ L'année 2020 a connu une forte baisse d'activité cumulée du fait des déprogrammations liées au Covid-19.

⁴ Ce phénomène renvoie à la diminution des durées moyennes de séjour expliquées infra.

⁵ DREES, Le panorama des établissements de santé, édition 2013 et DREES, Les établissements de santé, édition 2021. L'activité en hospitalisation complète et partielle.

Entre 2008 et 2012

- 55 000

lits d'hospitalisation
complète

+ 22 000

places d'hospitalisation
à la journée

+20 %

de passages aux urgences entre
2010 (17 millions de passages) et 2019
(21 millions de passages)

80 %

des passages aux urgences
sont pris en charge au sein
des établissements publics

2 — Des établissements privés qui principalement orientés vers la prise en charge de séjours de très courte durée, un secteur public qui accueille très majoritairement les populations les plus défavorisées et les diagnostics les plus sévères

La prise en charge de séjours dans des établissements de santé se caractérise par une réduction de la durée moyenne des séjours, principalement portée par le virage ambulatoire et par la réduction de la durée moyenne des séjours d'hospitalisation complète dans le secteur public. La part des séjours en journée ne donnant pas lieu à une nuit dans la structure, dits « ambulatoires » a augmenté depuis 2014¹ pour atteindre 60 % en 2019². Ces entrées en ambulatoire représentent en 2019 un séjour sur deux dans les établissements publics et les trois quarts des séjours dans les établissements privés à but lucratif.

En outre, il ressort de l'analyse par catégorie d'établissement que les établissements de santé privés commerciaux sont spécialisés, principalement dans les domaines des techniques interventionnelles de la chirurgie et sont faiblement présents en médecine et en obstétrique. Ils prennent ainsi en charge une part majoritaire des séjours en chirurgie, soit plus de 53,4 % des séjours (le privé non lucratif représentant quant à lui plus de 9 % du nombre total de séjours pris en charge). En considérant, les séjours en chirurgie inférieurs à une journée, ce taux atteint plus de 63 %³.

À l'inverse, les établissements publics de santé sont très largement généralistes, très présents en médecine et en obstétrique et relativement peu en chirurgie. Ils prennent également en charge les séjours les plus longs. Ainsi, les établissements publics prennent plus de 76 % des séjours en médecine supérieurs à une journée (contre environ 15 % dans le secteur privé lucratif)⁴.

L'activité des établissements publics est particulièrement marquée par la croissance des passages aux urgences. En 2010, 17 millions de passages aux urgences étaient enregistrés sur l'année, il y en a eu plus de 21 millions en 2019 (soit une hausse de plus de 20 % en moins de 10 ans). Or plus de 80 % des passages aux urgences sont pris en charge au sein des établissements publics⁵.

Par ailleurs, sur la totalité des 8 millions de séjours intégrant un niveau de sévérité en 2019, c'est à dire ceux concernant les situations de santé les plus sensibles (27 % du total), les établissements publics en prennent en charge plus de 67 %, soit une grande majorité.

¹ Cette part était de 58 % en 2014 à la suite des données issues du Système national des données de santé (SNDS)

² DREES, 2021, fiche 3, op. cit.

³ DREES (2022) [Les établissements de santé. Les données retenues sont celles de 2019 pour éviter l'effet du Covid sur l'activité hospitalière.](#)

⁴ DREES (2022) [Les établissements de santé](#)

⁵ DREES (2021) [Les établissements de santé](#)

FOCUS

“ Les hôpitaux publics assurent la prise en charge de 79 % des séjours avec stade de sévérité 4 (sévérité la plus lourde) et 78 % des séjours de sévérité 3.”

Mai 2022 : Les urgences publiques du CHU de Bordeaux, l'un des plus grands hôpitaux français, ferment la nuit

La fermeture des urgences de nuit au CHU de Bordeaux à partir du mercredi 18 mai 2022, faute de personnel, est un révélateur du paroxysme atteint par les difficultés des services d'urgence : saturation des urgences notamment en raison de la difficulté à trouver un médecin traitant, désorganisation conséquente des soins programmés dans les établissements de santé, risques accrus pour les patients en situation de véritable urgence, etc.

Dans un contexte national où les services d'urgence sont très sollicités, le nombre de patients aux urgences du CHU de Bordeaux a augmenté de près de 50 % en deux ans entre 2020 et 2022.

Dans ce contexte, et faute de personnels médical et paramédical disponibles, la décision de fermer les urgences adultes - ou de réserver l'accès à ces urgences uniquement pour les cas les plus graves où le pronostic vital est engagé (AVC, grands brûlés...) - sur la tranche horaire 17 heures - 8 heures du matin a été prise.

Dans le même temps, une organisation « dégradée » a été prévue : les patients, qui voulaient se rendre aux urgences du CHU, devaient appeler le Samu-15 pour avoir accès aux urgences du CHU. Les cas non vitaux étaient renvoyés vers d'autres services d'urgence du département ou de la région.

Des fermetures de structures d'urgence qui se sont poursuivies dans d'autres hôpitaux

La fermeture des services d'urgence - sur une tranche horaire ciblée - a été reprise dans de nombreux hôpitaux publics. C'est le cas notamment dans les hôpitaux de Langon (Gironde), Pontivy (Morbihan), La Ferté-Bernard (Sarthe), Château-du-Loir (Sarthe), Enfin, ces fermetures ont pu être étendues aux week-ends : l'hôpital de Chinon a décidé depuis le 27 octobre 2022, de fermer les urgences de 21h à 7h du matin ainsi que le week-end.

Les hôpitaux publics assurent la prise en charge de 79 % des séjours avec stade de sévérité 4 (sévérité la plus lourde) et 78 % des séjours de sévérité 3.

Des écarts significatifs dans la prise en charge de patients en difficultés sociales entre établissements publics, privés et établissements privés non lucratifs ressortent des données issues du système national des données de santé. Le taux national moyen de prise en charge de patients bénéficiant de la complémentaire santé solidarité¹ (CSS, ex-couverture maladie universelle) a en moyenne légèrement augmenté entre 2014 et 2019 pour passer de 6,4 % à 6,6 %, mais cette évolution est principalement le fait des établissements publics. Au final, les hôpitaux publics prennent en charge 68 % des patients en complémentaire santé solidaire (CSS) ; 78 % des patients avec une aide médicale d'État (AME) et 97 % des patients en soins urgents.

3 — Des établissements de santé pris dans des injonctions contradictoires dont la crise sanitaire a aggravé les conséquences pour les professionnels

La spécialisation différente entre les établissements privés d'une part (spécialisés en séjours en chirurgie de courte durée) et publics d'autre part (séjours long en médecine, avec une prise en charge des soins sévères et urgents) rend impossible une comparaison

par secteur de la charge de travail. Un rapport de commission d'enquête du Sénat de mars 2022, "Hôpital, sortir des urgences", met cependant l'accent sur les charges de travail excessives, le manque de temps médical et soignant auprès des patients comme des facteurs à l'origine d'un sentiment de perte de sens qui provoque des départs de personnels en cours de carrière. Le rapport montre que, plus que le niveau des rémunérations ou les écarts de salaire entre secteurs public et privé, ce sont avant tout les conditions de travail dégradées qui génèrent une désaffection préoccupante à l'égard de l'hôpital par ses professionnels. S'il précise que ces problématiques ont été accentuées par la crise sanitaire, il souligne également qu'elles sont les signes d'un malaise hospitalier aux ressorts anciens.

En effet, à bien des égards les instruments de pilotage financier entrent en contradiction avec la croissance des besoins de prise en charge. D'une part, en particulier au sein de l'hôpital public, l'augmentation des ALD et des polyopathologies conduit à une augmentation du besoin de coordination entre soignants et professionnels ainsi que de temps auprès des patients. Cette logique est d'autant plus nécessaire que le virage ambulatoire implique une articulation renforcée avec le secteur des soins primaires, en organisant des filières d'admission directe des patients sans passage par les urgences et en préparant leur sortie d'hospitalisation en lien avec le médecin traitant. D'autre part, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a conduit à une pression à la baisse sur les durées moyennes de séjour et à une réduction du temps par patient. Cette méthode de

¹ Cet indicateur correspond au nombre de patients bénéficiant de la CSS pris en charge lors d'un séjour hospitalier / nombre total de séjours en France sur une année dans des établissements publics de santé, privés et privés non lucratifs.

“[...] plus que le niveau des rémunérations ou les écarts de salaire entre secteurs public et privé, ce sont avant tout les **conditions de travail dégradées** qui génèrent une désaffection préoccupante à l’égard de l’hôpital par ses professionnels.”

financement des établissements de santé, mise *de facto* en suspens en 2020 avec la crise du Covid-19, valorise en effet les actes techniques indépendamment des uns des autres, mais ne finance pas les actes de coordination et d’organisation. Alors que la T2A représente une des incitations les plus importantes à la réalisation du virage ambulatoire, elle entre paradoxalement en contradiction avec les implications de celui-ci : la nécessité de dégager plus de temps pour accompagner les patients dans une logique de parcours.

La pénurie de médecins généralistes en amont, ainsi que le faible nombre de structures médico-sociales en aval (EHPAD) conduisent en outre à une saturation accélérée des établissements hospitaliers.

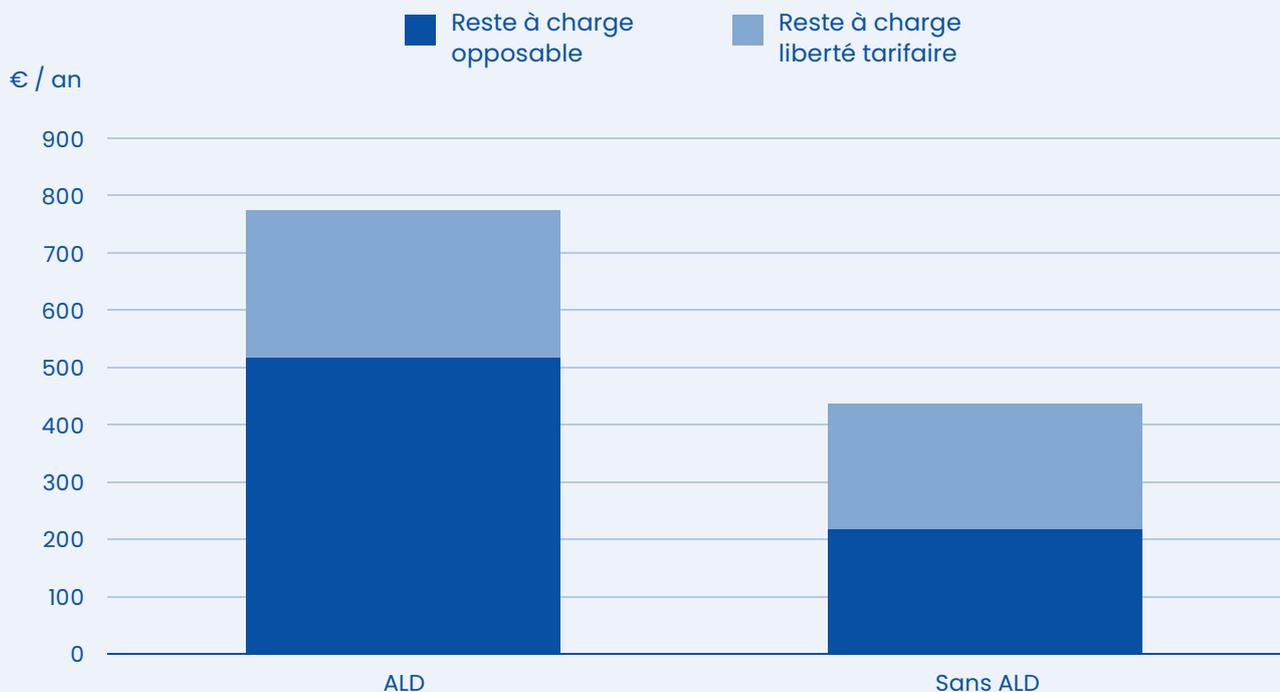
Dans ce contexte, la tension sur les ressources humaines des établissements de santé va croissante. Le suivi des effectifs par la DREES montre que, en apparence, le nombre de professionnels à l’hôpital a augmenté jusqu’en 2020, de +8,7 % par rapport à 2012. Les sources de données administratives ne permettent

cependant pas de pondérer les effectifs selon les durées du contrat de travail (temps partiel). L’absence de système d’information généralisé sur le territoire ne permet pas non plus de suivre l’absentéisme, les démissions et turn-over des salariés. En l’absence de suivi de l’activité et des ressources nécessaires pour sa prise en charge, il semble difficile d’assurer une bonne gestion des établissements de santé, ni d’un point de vue économique ni de celui de l’activité ou de la qualité des soins.

Le rapport sénatorial de mars 2022 sur la situation de l’hôpital met en évidence l’impact des postes vacants qui peuvent contribuer à imposer des fermetures de lits, l’accentuation des départs en cours de carrière et les difficultés de recrutement. Selon une enquête flash conduite par la Direction générale de l’offre de soins (DGOS) publiée en décembre 2022, l’hôpital a perdu, pour le seul mois d’octobre 2022, 784 infirmiers (dont 568 dans le public et 216 dans le privé). ■

06

REMBOURSEMENT DES SOINS
**La délégation de certains
remboursements de
dépenses en santé
aux organismes
complémentaires limite
les effets redistributifs
de notre système
de santé**



Montant et répartition du reste à charge en santé selon le statut d'ALD¹

¹ Les données sont issues de la note ERI251.pdf (solidarites-sante.gouv.fr) de la DREES. Bien que l'étude date de 2022, les données utilisées datent de 2017, avant la réforme 100 % santé, les effets de cette réforme sur le reste à charge ne sont donc pas pris en compte. La part prise en charge par la Sécurité sociale correspond à la part des dépenses en santé remboursée par l'Assurance maladie, le reste à charge opposable correspond aux participations forfaitaires et aux tickets modérateurs, le reste à charge liberté tarifaire correspond aux dépassements d'honoraires et aux tarifs libres sur certains produits ou actes.

1 — Des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire dont les postes principaux augmentent plus rapidement que l'ONDAM

En 2020, 168 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 66,2 millions de personnes en matière de soins de ville, d'hospitalisations ou encore de remboursement de médicaments. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été fixé la même année à hauteur de 205 milliards, dont plus de 20 milliards pour le secteur médico-social.

Les montants remboursés augmentent d'année en année, ils ont progressé de 10 % entre 2015 et 2020 passant de 152 milliards à 168 milliards d'euros. Depuis 2010, cette hausse du montant global des dépenses de santé remboursées suit l'ONDAM créé par ordonnances du 24 avril 1996². Fixé chaque année par le Parlement au moment du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), l'ONDAM a conduit à une évolution des dépenses de santé remboursées d'environ 2 % par an depuis 2010.

Cette augmentation totale est en réalité le cumul d'évolutions plus ou moins importantes, et masque partiellement une progression des ALD tant en effectif qu'en montant remboursé plus importante que le total des dépenses. Entre 2015 et 2020, le nombre de personnes en ALD passe de 10 millions à 12 millions (+20 %) et le montant remboursé au titre

² L'ONDAM, qui est un objectif et non une enveloppe limitative, était auparavant dépassé chaque fin d'année.

des ALD de 92 milliards d'euros à 104 milliards (+13 %). Postes de soins particulièrement dynamiques, les remboursements liés aux cancers augmentent de 30 % entre 2015 et 2020, avec une forte augmentation du coût par patient liée aux avancées des traitements et aux innovations médicales. De manière plus marginale en montant remboursé, la progression des arrêts de travail est également bien plus rapide que celle de l'ONDAM (+50 % en 5 ans), la première cause des arrêts de travail étant les motifs liés à la santé mentale (20 % des montants remboursés, +33 % en 5 ans)¹.

Au total, les pathologies et traitements chroniques représentent près de 61,8 % des dépenses contre 60,5 % en 2015, avec un poids des ALD qui va donc croissant au sein des dépenses de santé.

2 — Pour limiter le reste à charge des ménages, l'assurance maladie obligatoire délègue et régule des organismes d'assurance complémentaire

Les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) permettent de prendre en charge environ 80 % des dépenses de santé de l'ensemble des ménages. En 2021, les organismes complémentaires de santé représentaient environ 13 % de la couverture des dépenses finales de santé des ménages.

¹ Assurance maladie (2022) [Dépenses remboursées affectées à chaque pathologie - 2015 à 2021](#)

² DREES, Comptes de la santé 2022, fiche 18, Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux.

FOCUS

“ En 2021, environ 95 % de la population disposait en effet d'un contrat de **couverture santé complémentaire** [...] Ces proportions sont globalement **stables** depuis 2010.”

Environ 95 % de la population disposait en effet d'un contrat de couverture santé complémentaire – soit 2,5 millions de ménages non couverts. Ces proportions sont globalement stables depuis 2010, avec en cumulé une légère augmentation de la proportion des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie obligatoire².

Cette stabilité apparente est en réalité la résultante de deux dynamiques croisées. Le premier facteur de cette stabilité est une augmentation de la part des dépenses de santé couvertes par l'assurance maladie obligatoire du fait de la hausse de la part de la population reconnue en affection de longue durée (cf. supra, 1). Cette reconnaissance ouvre en effet droit à la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des soins les plus lourds et liés à ces affections chroniques, à hauteur des tarifs de la sécurité sociale (exonération du ticket modérateur, pour les soins relatifs à ces ALD). Pour les patients en ALD, les dépenses de santé étaient couvertes, en 2017, à 91 % par l'assurance maladie obligatoire. Sur les 9 %

FOCUS

— L'apparente stabilité de la part des complémentaires santé dans le total du remboursement des dépenses de santé est le produit de **deux dynamiques contradictoires** : la première est une augmentation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire du fait de la hausse des ALD. La seconde, en sens inverse, est l'augmentation de la part des dépenses de santé prises en charge par les complémentaires, hors ALD.

de reste à charge dits "AMO", un peu moins des deux tiers concernaient des soins dits à tarif opposable, c'est à dire couverts en quasi-totalité par les contrats des complémentaires santé dits "responsables"¹. En moyenne, en 2017, un peu plus de 3 % des dépenses de santé des patients en ALD restaient à leur charge financière².

Le second facteur de cette stabilité globale est une dynamique inverse : l'augmentation de la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaire pour les patients hors ALD. En 2017, le reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire s'élevait à 33 % du montant total des dépenses. Un peu plus de la moitié de ce reste à charge AMO³ était un reste à charge couvert par les contrats de complémentaires dits "responsable", et l'autre moitié (environ 16 % du total) était lié à la liberté tarifaire, couvert inégalement selon les contrats de complémentaires contractés⁴.

Pour limiter le reste à charge des ménages mais également l'impact financier de nouvelles mesures, les pouvoirs publics se sont attachés à élargir l'accès aux complémentaires santé tout

en encadrant les prises en charge dans certains secteurs⁵, contribuant à augmenter la part des remboursements réalisés par les organismes complémentaires d'assurance maladie parmi les soins hors ALD.

Ainsi, pour favoriser l'accès aux complémentaires santé, depuis le 1^{er} janvier 2016, chaque entreprise à l'obligation de proposer à ses salariés une offre collective de complémentaire santé. En 2017, la mise en place des contrats OPTAM (cf. supra, 4) ayant pour objectif d'encadrer les dépassements d'honoraires

¹ Encadrés juridiquement, ces contrats doivent notamment prendre en charge les forfaits journaliers hospitaliers et la plupart des tickets modérateurs (en dehors de certains médicaments et des actes réalisés en dehors du parcours de soin)

² DREES (déc 2022) [Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée](#)

³ Selon la catégorisation de la DREES, qui considère comme "reste à charge AMO" l'ensemble formé par la part du reste à charge "opposable", comprise dans les contrats de complémentaires santé responsables, et la part liée à la liberté tarifaire.

⁴ DREES (déc 2022) [Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée](#)

⁵ DREES (2019) [La complémentaire santé](#)

des professionnels en secteur 2, a eu pour contrepartie une exigence de meilleure prise en charge de certains honoraires libres par les complémentaires santé. En 2019, la mise en place de la complémentaire santé solidaire (C2S) remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé et doit permettre un meilleur accès aux assurances complémentaires.

Enfin, devant le constat d'un reste à charge non couvert par les contrats complémentaires responsables dépassant les 75 % des coûts totaux dans les secteurs de l'optique, des audioprothèses et des soins dentaires, un dispositif "100 % Santé" a été institué progressivement à partir du 1^{er} janvier 2019. Il doit permettre une prise en charge à 100 % par les contrats responsables sur un panier limité de soins en audiologie, optique et dentaire, obligatoirement proposé par les professionnels de ces secteurs. En 2021, des augmentations substantielles des dépenses totales de prothèses dentaires (+26 %) et d'appareils auditifs (+60 %) ont été constatées, en partie importante sur des appareils couverts par le 100 % santé. L'offre 100 % santé reste en revanche marginale dans l'optique (4 % des dépenses)¹.

¹ DREES, Comptes de la santé 2022, fiche 15, Le 100 % Santé

² DREES, Comptes de la santé 2022, fiche 20, Le financement des dépenses de santé par les organismes complémentaires

FOCUS

“ Si les personnes en ALD sont en moyenne **mieux remboursées** de leurs dépenses de santé par l'Assurance maladie que les personnes hors ALD, **leurs dépenses sont six fois plus élevées.** ”

En 2023, l'UFC Que choisir constate une hausse des tarifs des organismes complémentaires supérieure à l'inflation (+ 7,1 % pour la hausse médiane entre 2022 et 2023), plus marquée encore pour les tarifs des sociétés d'assurance (+ 9 %) et les instituts de prévoyance (+ 8,8 %) que pour les mutuelles (+6,9 %). La part des sociétés d'assurance parmi les organismes complémentaires de santé a augmenté graduellement depuis 2010, passant de 26 % à 34 % des prestations versées, au détriment des mutuelles (de 55 % des prestations versées en 2011 à 46 % en 2021)².

3 — Malgré une prise en charge élevée des dépenses de santé, des inégalités demeurent selon l'état de santé, la géographie et la catégorie sociale des patients

Malgré une prise en charge importante des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire (AMO), des inégalités demeurent selon l'état de santé des individus. Les dépenses de santé prises en charge par l'AMO au titre des ALD reflète la solidarité horizontale de notre système d'assurance obligatoire en faveur des individus qui font face aux risques santé les plus importants. Si les personnes en ALD sont en moyenne mieux remboursées de leurs dépenses de santé par l'Assurance maladie que les personnes hors ALD (cf. supra) leurs dépenses sont six fois plus élevées : 8 919 € en moyenne par an, contre 1 437 € et leur reste à charge reste donc sensiblement plus élevé (772 € par an contre 440 € par an).

Janvier 2022 : Publication du livre *Les Fossoyeurs* qui révèle les pratiques de “bonne gestion” des Ehpad par le groupe Orpea

Le 26 janvier 2022, paraissait le livre *Les Fossoyeurs : Révélations sur le système qui maltraite nos aînés*. Cet ouvrage est un livre d'investigation écrit par un journaliste indépendant Victor Castanet. Il conclut 3 ans d'enquête au sein du groupe Orpea, gérant une chaîne d'Ehpad privés, de maisons de retraite et de cliniques de soins. Leader mondial, Orpea, représente 220 Ehpad en France.

Ce livre décrit de nombreuses situations qui illustrent les conséquences de la recherche de rentabilité au sein du secteur médico-social. Les décideurs du groupe, guidés par la volonté d'optimiser leur profit, limitent les dépenses, qu'elles soient salariales (limitation des salaires, recours à des postes de vacataires, limitation de l'effectif) ou plus strictement budgétaires (rationnements alimentaire et de matériel) quitte à maltraiter les résidents et les travailleurs de leurs établissements. Dans cet ouvrage, il est également rappelé que le financement de ces établissements est en partie supporté par des dotations publiques alors même que le groupe génère plusieurs milliards d'euros de chiffre d'affaires par an, permettant ainsi l'enrichissement des dirigeants du groupe.

Ce livre, au-delà de la mise en cause d'Orpea, rappelle les difficiles conciliations entre l'objectif de profit et la dispense de soins de qualité.

Rappelons que la problématique du grand âge, de la lutte contre la dépendance et la perte d'autonomie est régulièrement évoquée par le gouvernement depuis plusieurs années.

Le 1^{er} janvier 2016, est entrée en vigueur, la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Marisol Touraine, alors Ministre des Affaires sociales et de la Santé déclara à ce sujet « Le Gouvernement prend ses responsabilités avec une loi de XXI^e siècle qui anticipe les conséquences du vieillissement sur notre société et qui, parce qu'elle est financée, sera pérenne ».

Au 1^{er} décembre 2021, une cinquième branche du régime général de la Sécurité sociale relative à l'autonomie est créée par ordonnance.

En 2022, le système d'inspection des Ehpad par les ARS reste insuffisant et ne permet pas d'éviter les situations telles que celles décrites dans *Les Fossoyeurs*.

x 3

**Les personnes les plus
précaires ont 3 fois plus
de risques de renoncer
aux soins que les autres**

772 €

**Montant moyen par an
du reste à charge pour
les personnes en ALD
(contre 440 € sans ALD)**

Sur le plan géographique, la forte présence de professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires explique un reste à charge élevé. Les dépassements d'honoraires sont plus régulièrement pratiqués par les médecins spécialistes et pour les soins dentaires. Certains départements, malgré une population jeune qui consomme peu de soins, ont des niveaux de dépassements d'honoraire par patient très élevés : Paris, Hauts-de-Seine, Yvelines, Rhône et Isère. La part du reste à charge du fait des dépassements d'honoraire est en moyenne égale à 27 %. Cette part s'élève à près de 40 % à Paris, dans les Hauts-de-Seine et les Yvelines. Les départements du Rhône et de l'Isère présentent eux aussi une part importante de dépassements (entre 30 % et 35 % au sein du RAC)¹.

D'un point de vue social, les personnes les plus précaires ont 3 fois plus de risques de renoncer aux soins que les autres². Ce renoncement au soins s'accompagne d'un état de santé plus dégradé (cf. partie 2.2.) mais également d'un taux d'effort plus important.

Ainsi les personnes les plus pauvres sont celles qui dépensent relativement le plus pour leur santé. Les 10 % les plus précaires consacrent 7,5 % de leur revenu à leur santé contre 2,4 % pour les 10 % les plus aisés³.

Les 10 % les plus pauvres limitent leur frais relatifs aux complémentaires santé. En 2017, ils dépensaient 386 € contre 1 414 € pour les 10 % les plus riches pour s'offrir une complémentaire santé. En conséquence, ils sont peu remboursés lors des dépassements d'honoraires et bénéficient de moins de soins impliquant des honoraires libres (310 € par an contre 708 € par an pour les 10 % les plus riches)⁴.

Contrairement à l'assurance maladie obligatoire, l'assurance complémentaire crée peu de redistribution entre les personnes les plus modestes et les plus aisées : les cotisations payées sont dégressives selon le niveau de revenu, et les remboursements des organismes d'assurance maladie complémentaire plus élevés pour les ménages les plus élevés⁵. ■

¹ DREES (mai 2023) [Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?](#)

² DREES (juillet 2021) [Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres](#)

³ Sécurité sociale (2022) [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale](#)

⁴ Sécurité sociale (2022) [Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale](#)

⁵ DREES (2019) [Les effets redistributifs de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire](#)

Lexique

ALD

Affection de longue durée.

AME

Aide médicale d'État.

AMO

Assurance maladie obligatoire.

ARS

Agence régionale de santé.

C2S ou CSS

Complémentaire santé solidaire.

CMU

Couverture maladie universelle.

CPTS

Communauté professionnelle territoriale de santé.

ETP

Équivalent temps plein.

ONDAM

Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

OPTAM

Option pratique tarifaire maîtrisée.

RAC

Reste à charge.

