

PERSPECTIVES

LE REGARD ENGAGÉ DU GROUPE 3E SUR L'ACTUALITÉ

NUMÉRO 6

FÉVRIER 2022



QUELLE OFFRE DE SOINS POUR LES FRANÇAIS ?

AVEC L'INTERVIEW DU DOCTEUR SCHMITT, PSYCHIATRE À L'HÔPITAL DE JURY (MOSELLE)

ET MEMBRE DE LA CONFÉDÉRATION NATIONALE DES PRÉSIDENTS DES COMMISSIONS MÉDICALES D'ÉTABLISSEMENTS (CME)
DE CENTRES HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS (CHS)



1 AVENUE FOCH
57000 METZ CEDEX
03 87 17 32 60

CONSTRUCTEUR D'ALTERNATIVES

15 RUE DU FAUBOURG MONTMARTRE
75009 PARIS
01 55 28 37 60

ÉDITORIAL

Notre système public de santé va mal. Il allait déjà mal avant la crise sanitaire, et nos soignants avaient pourtant alerté les gouvernements successifs de la dégradation de la situation. Avec la crise sanitaire, ce gouvernement a bien été forcé de reconnaître que c'est l'ensemble des professions médicales et paramédicales qui rencontrent des difficultés.

Sans reprendre les différentes mesures qui ont conduit notre système de santé actuel dans une telle situation, nous avons voulu faire le point sur l'accès aux soins des Français, qui est de plus en plus difficile en France du fait d'une pénurie de l'offre, qu'il s'agisse de la médecine de ville ou de l'offre hospitalière. Nous évoquerons également la télémédecine qui pourrait être une solution pour améliorer l'accès aux soins, notamment dans les déserts médicaux.

Ce numéro de Perspectives se penchera également sur la situation de la psychiatrie française, parent pauvre de la médecine alors que les besoins en santé mentale sont croissants et que la crise sanitaire a fait apparaître de nouvelles souffrances.

Nous aborderons également la question des Français qui renoncent aux soins et de l'impact des mesures gouvernementales récemment prises : le 100% santé, qui a permis aux Français d'accéder plus facilement aux soins dentaires et auditifs ; au contraire du Forfait Patient Urgence qui risque de pénaliser encore davantage les Français qui renoncent aux soins pour des raisons financières.

Enfin, ce Perspectives s'intéressera au reste à charge des ménages en matière d'accès à la santé et aux complémentaires santé, qui constituent un enjeu pour lutter contre le renoncement aux soins.

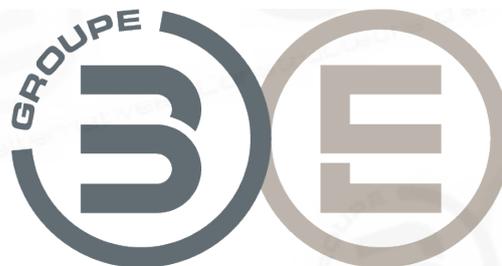


Bonne lecture,

Pour le Groupe 3E

Christelle De Matos

cdematos@3econsultants.fr



Constructeurs d'alternatives

Perspectives n° 6

Février 2022

SOMMAIRE

L'offre hospitalière française : le nombre d'entités publiques et privées décroît. L'hospitalisation partielle s'impose de plus en plus face à l'hospitalisation complète 2

Les problématiques de personnel chez les soignants, aggravées par la crise sanitaire, devraient se poursuivre bien après celle-ci 7

La psychiatrie : une spécialité longtemps délaissée par nos gouvernements alors que les besoins en santé mentale des Français sont croissants..... 9

Psychiatrie et pédopsychiatrie : la réforme de la tarification entre en vigueur en début d'année 2022 13

La médecine de ville : les Français sont confrontés à un phénomène de spécialisation des médecins et de concentration de l'offre sur les métropoles 14

La télémédecine peut-elle être une solution face aux déserts médicaux ? 19

Le renoncement aux soins concerne près de 6 Français sur 10 en 2019 21

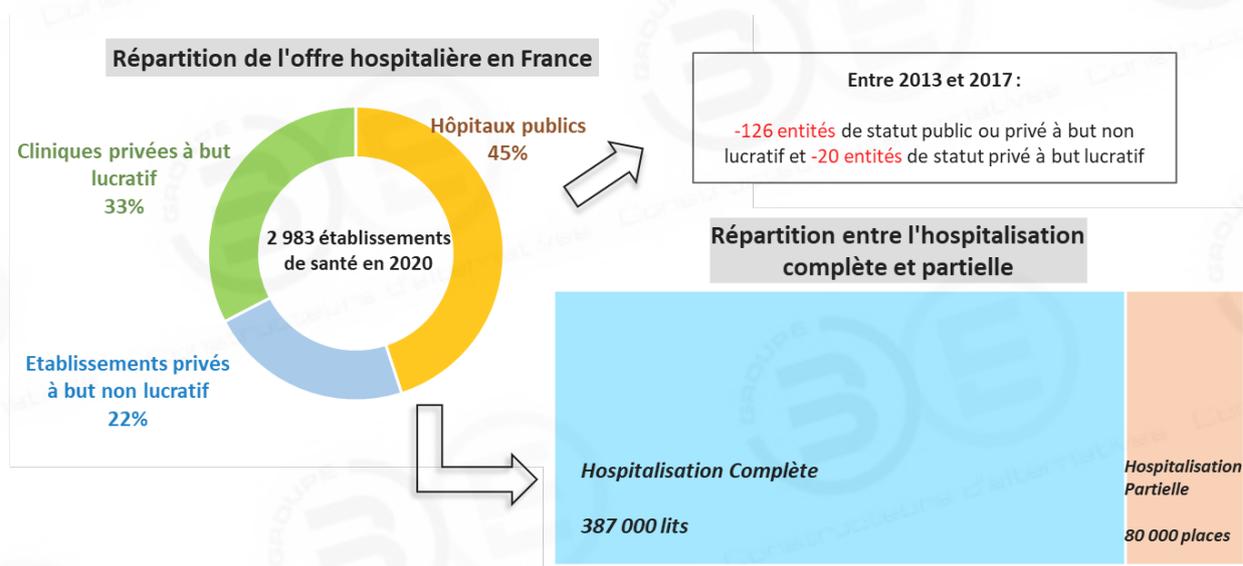
Interview de Mme Y., salariée d'une clinique privée dans le sud de la France 25

Reste à charge des ménages et inégalités d'accès à la complémentaire santé 28

L'offre hospitalière française : le nombre d'entités publiques et privées décroît. L'hospitalisation partielle s'impose de plus en plus face à l'hospitalisation complète

En 2020, la France compte 2 983 établissements de santé majoritairement composés d'établissements publics. Ce nombre a diminué régulièrement entre 2013 et 2017, avec une perte de 126 entités de statut public ou privé à but non lucratif et de 20 entités de statut privé à but lucratif (cliniques privées).

Au niveau national, 61% des lits et places disponibles en 2020 sont dans des établissements publics, 15% dans des établissements privés à but non lucratif et 24% dans des cliniques privées à but lucratif. L'hospitalisation complète représente la très grosse majorité des places disponibles en 2020.



À l'échelle des départements, la répartition des différents types d'établissements est très inégale :

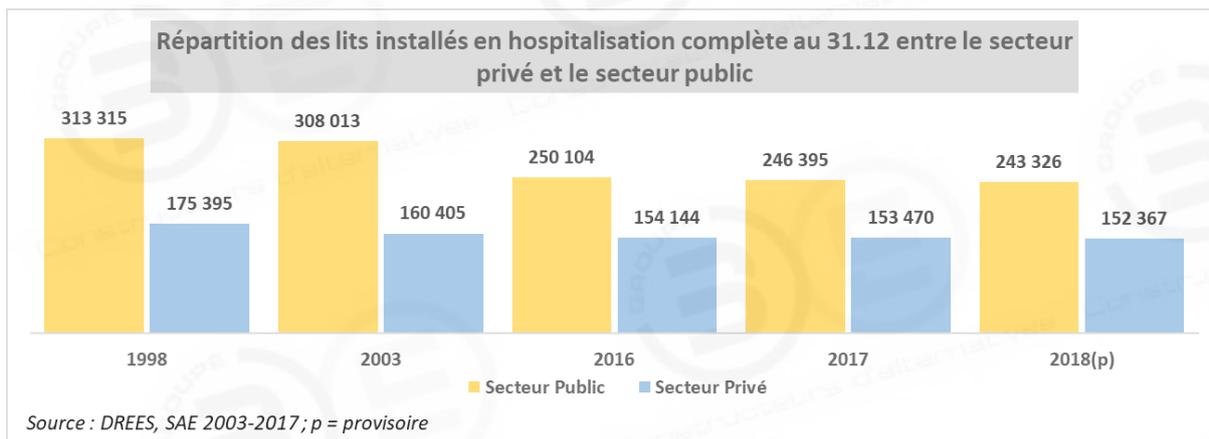
Les cliniques privées sont quasi inexistantes dans les départements de l'Ariège, en Aveyron, en Lozère ou à Mayotte et largement minoritaires (moins de 10% de la capacité totale) dans 8 départements français (dont 4 dans le Grand Est),

Elles sont en revanche très présentes (40% et plus de la capacité totale) en Haute-Garonne, dans l'Hérault, les Pyrénées-Orientales et le Tarn-et-Garonne ou encore en Corse ou dans les Bouches-du-Rhône.

Les établissements privés à but non lucratif sont eux très présents dans six départements : Haut-Rhin, Moselle, Haute-Saône, l'Ain, la Haute-Loire et le Lot.

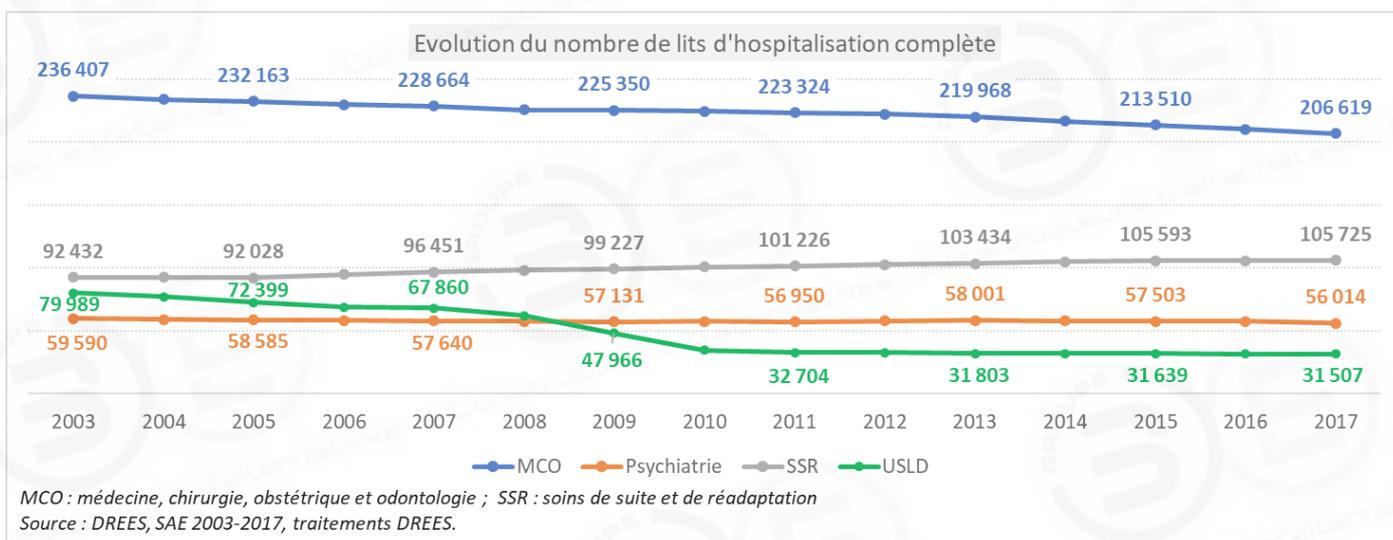
Les capacités d'hospitalisation à temps plein diminuent régulièrement depuis 1998...

Le nombre de lits d'hospitalisation complète, tous établissements, **toutes disciplines et tous secteurs confondus est en baisse depuis 1998**, malgré une stabilisation globale ces dernières années, notamment du fait du vieillissement de la population. Ce mouvement général résulte de la volonté de supprimer des lits "excédentaires" et de réorganiser l'offre, en allant de plus en plus vers les alternatives à la prise en charge à temps complet, en réduisant la durée du séjour en établissement hospitalier. Le **nombre de lits a chuté de plus de 93 000 lits en 20 ans selon la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation des Statistiques (DREES)**.



Les capacités d'accueil en long séjour sont celles qui ont subi la plus forte baisse, passant de 80 000 lits en 2003 à 32 000 lits en 2017, en raison de la transformation de certaines unités en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Seule la capacité d'accueil des soins de suite et de réadaptation (SSR) progresse régulièrement : le nombre de lits disponibles est passé de 92 000 en 2003 à 106 000 lits en 2017, avec une hausse marquée dans les établissements privés à but lucratif. Leur capacité d'accueil représente en 2017 un tiers de la capacité totale.



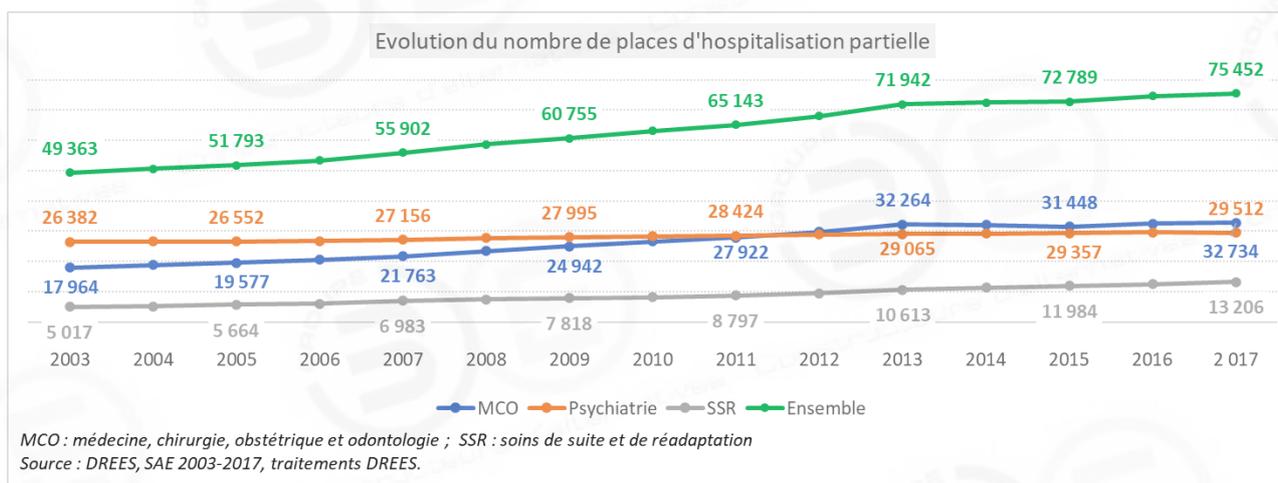
... et la prise en charge à temps partiel est favorisée

Un nombre croissant de procédures (interventions chirurgicales, explorations endoscopiques, etc.) est effectué en dehors du cadre d'une hospitalisation complète. Les prises en charge à temps partiel se sont développées avec +2% en 2017, les établissements privés à but lucratif contribuant pour plus de 80% à cette hausse.

Cela peut s'expliquer par les innovations en matière de technologies médicales et médicamenteuses, notamment en anesthésie, mais également par **une volonté politique de développer ce type d'hospitalisation**. La Haute Autorité de Santé rappelait en janvier 2021 au sujet de la chirurgie ambulatoire que *Les pouvoirs publics soutiennent le développement de la prise en charge sans nuitée afin d'aboutir en 2022 à une pratique ambulatoire majoritaire de 70%*.

L'hospitalisation partielle a également un avantage économique puisque **la tarification à l'acte (T2A) a été élaborée de manière à privilégier l'hospitalisation partielle** à l'hospitalisation complète :

- en matière de chirurgie par exemple, les tarifs de prestation pour certains actes sont identiques à ceux qui sont facturés en hospitalisation complète pour le même motif de prise en charge. Le recours à la chirurgie ambulatoire est donc plus avantageux puisqu'il induit moins de coûts qu'une hospitalisation complète (personnel de nuit, hôtellerie, repas supplémentaires, ...),
- avec la T2A, le taux d'activité conditionne les recettes : les établissements ont donc un intérêt à augmenter la part de l'ambulatoire qui permet une rotation plus importante des patients et donc davantage d'interventions.



Les établissements publics sont pénalisés par cette méthode de financement. L'essence même des établissements publics est d'accueillir et de soigner tous les patients, y compris ceux qui dont les pathologies sont les moins rémunératrices au sens de la tarification à l'acte. La clinique privée peut en revanche se spécialiser dans les pathologies et les interventions les plus rentables. Les établissements publics se retrouvent donc contraints de fermer des lits, uniquement pour des raisons comptables et de rentabilité. Les capacités d'accueil ont ainsi baissé de 17% de 2000 à 2020 dans les établissements publics alors que les établissements privés à but lucratif n'ont perdu que 3% de leur capacité d'accueil.

En 2017 est venu s'ajouter à la T2A le plan COPERMO (Comité interministériel de Performance et de la modernisation de l'Offre de Soins), qui remplace le Comité National de Validation des Investissements et le Comité des Risques Financiers. Mis en place par Marisol Touraine, il a pour but de valider et suivre les actions proposées par les ARS, mais surtout d'améliorer l'efficacité des établissements de santé via de nombreux leviers de performance et notamment l'efficacité opérationnelle et économique. En clair, et comme le résume le Pr Stéphane Velut, neurochirurgien au CHU de Tours et entendu dans le cadre de la commission d'enquête Hôpital en janvier dernier, la réalisation du bénéfice devient le but exclusif. La performance financière devient l'indicateur dominant avec la mise en place du plan Copermo en 2017.

Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète continuent à se développer

La loi hospitalière du 31 juillet 1991 est venue consacrer la transformation des modes de prises en charge intervenus progressivement depuis la seconde moitié des années 1980, en prévoyant explicitement la création de structures de soins alternatives à l'hospitalisation complète. Cela comprend notamment les activités de soin dispensées par les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, par les structures pratiquant l'anesthésie, la chirurgie ou la médecine ambulatoire.

L'hospitalisation à domicile (HAD) par exemple, a connu un essor important à partir du début des années 2000, à la suite de la clarification de son périmètre et de son champ d'application : les capacités de prises en charge et l'activité ont triplé entre 2001 et 2017. Le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément ainsi que le nombre de journées progressent également à un rythme soutenu.

L'HAD reste cependant encore marginale en France : en 2015, elle représentait moins de 1% des hospitalisations alors que dans certains pays comme l'Espagne ou l'Australie, elle atteint 5%. Elle reste inégalement répartie sur le territoire puisque les départements de Paris et des Hauts-de-Seine représentent 15% de l'offre de l'ensemble du territoire et la densité moyenne des capacités y est 2.7 fois supérieure à la moyenne nationale en 2017.

La France aimerait développer ce type d'hospitalisation pour des raisons économiques : une journée d'HAD coûte en moyenne 198 euros contre 703 euros pour une journée à l'hôpital (DREES).

L'HAD permet également de combler le déficit de l'offre de soins en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prise en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense ainsi la baisse des lits de médecine, chirurgie et obstétrique observée depuis 1997.

Pour le patient, la prise en charge par l'Assurance Maladie est la même et ce type d'hospitalisation peut être plus confortable, moins fatiguant. Si le patient bénéficie des mêmes soins qu'à l'hôpital, les proches sont en revanche très sollicités et cela peut être lourd, notamment pour des soins palliatifs. Les proches disposent de peu d'aides et ne peuvent pas systématiquement être remplacés certaines nuits. En outre, cela pose le problème du transfert de certaines tâches assurées en hospitalisation complète par des professionnels vers les aidants qui ne sont pas professionnels et donc potentiellement non formés.

Le 8 décembre 2021, Olivier Véran a dévoilé la feuille de route de l'HAD. Ce document recense les leviers et actions à mettre en place pour permettre le développement de l'HAD. L'objectif est d'intégrer davantage l'HAD dans les filières de soin de son territoire d'intervention, en augmentant notamment le nombre de CPOM des établissements de santé intégrant un objectif chiffré de recours à l'HAD.

Les établissements du secteur social et médico-social (ESMS) sont également concernés par le renforcement des coopérations entre professionnels et pour pérenniser les assouplissements nés de la crise sanitaire sur l'intervention de l'HAD en ESMS. Le rôle de l'HAD devra également être renforcé auprès des publics en situation de handicap, notamment via des formations croisées entre HAD et ESMS.

La réduction des capacités hospitalières en hospitalisation complète n'a pas été interrompue par le Covid-19 en 2020 et s'est accentuée par le nombre de lits fermés par manque de personnel soignant

La réduction du nombre de lits en hospitalisation complète s'est poursuivie en 2020. **Seuls les lits de réanimation, pour les patients touchés par le Covid notamment, ont cru de 14.5% en 2020.**

Le nombre de lits d'accueil en hospitalisation est de 385 835 en 2020, après **une fermeture de 5 768 lits en hospitalisation complète en 2020**. Mais tous ces lits ne peuvent être opérationnels à cause des sous-effectifs. A la comptabilisation des lits administrativement disponibles "capacitaire installé", il faut comparer le "capacitaire effectif" c'est-à-dire les lits ouverts pouvant effectivement accueillir des patients, à un moment donné : cela prend en compte les absences et les effectifs réduits. A la lecture de cet indicateur, les chiffres sont plus préoccupants : à l'été 2021, **18% des lits étaient fermés en soins critiques par rapport au capacitaire installé, 15% en hospitalisation conventionnelle dont 41% en Seine-Saint-Denis et 35% en Essonne** selon l'ARS.



Le Conseil scientifique, le ministre de la Santé et la Fédération des Hôpitaux de France (FHF) annoncent des fermetures de 5%, 6% voire 20% pour la FHF. Difficile de savoir qui est le plus proche de la réalité, leurs études étant toutes non exhaustives. Mais l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) affirmait bien en novembre 2021 la fermeture de 14% à 18% des lits en Île-de-France. Ces lits s'ajoutent aux lits perdus du fait du Covid et de la généralisation des chambres à un seul lit.

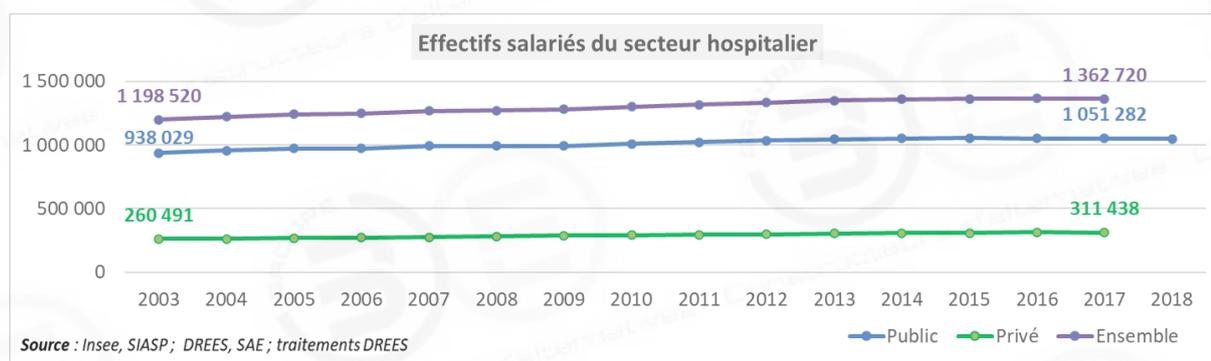
Il y a cependant un changement majeur sur les 3-4 dernières années et qui s'est accru depuis le début de la crise sanitaire : les fermetures de lits ne sont plus uniquement dues à une volonté incessante d'optimisation de la gestion des lits. **L'absentéisme, les démissions du personnel soignant et le rejet manifeste de l'organisation de travail au sein de l'hôpital impactent largement le nombre de lits disponibles.** En octobre 2020, l'AP-HP annonçait 1 074 postes vacants. En novembre, 50 % des postes d'infirmiers n'étaient pas pourvus sur l'ensemble des unités neuro-vasculaires de Paris (UNV), les contraignant à la fermeture d'un tiers des lits disponibles.

La France récolte aujourd'hui les fruits d'une réduction des capacités hospitalières entamée il y a une trentaine d'années, pour des raisons purement comptables et de recherche perpétuelle de rentabilité, et qui s'est faite au détriment des conditions de travail des soignants. Il ne s'agit plus aujourd'hui pour le gouvernement de maintenir ou augmenter le nombre de places disponibles dans les hôpitaux, mais bien de trouver du personnel pour permettre de maintenir les lits ouverts.

Les problématiques de personnel chez les soignants, aggravées par la crise sanitaire, devraient se poursuivre bien après celle-ci

On ne compte plus le nombre d'articles de presse qui, depuis quelques années, mettent en avant la détérioration du secteur public hospitalier et la souffrance de son personnel. Toutes les spécialités sont touchées et les soignants n'ont cessé de tirer la sonnette d'alarme : en janvier 2019, les conditions de travail, les fermetures de lits, la baisse de la qualité des soins amènent le secteur psychiatrique à descendre dans la rue. Les services d'urgence, les aides-soignants ont régulièrement alerté le gouvernement sur le manque de personnel et la surcharge de travail. En novembre 2021, les infirmiers anesthésistes revendiquent une augmentation de leurs salaires et la reconnaissance de leur statut. Les ambulanciers hospitaliers, oubliés du Ségur de la santé, manifestent en novembre 2021. En décembre 2021, les sages-femmes dénoncent les conditions de sécurité et d'accompagnement des femmes et des nouveau-nés, un manque d'effectifs et des salaires déconnectés de leurs responsabilités. La liste des alertes faites par les soignants serait malheureusement bien trop longue, mais montre la souffrance et les difficultés qu'ils rencontrent à exercer leur métier.

Ces difficultés se traduisent dans l'évolution des effectifs salariés du secteur hospitalier. En 2017, le secteur hospitalier comptait 14% d'effectifs salariés en plus qu'en 2003, avec une croissance régulière de 1 à 2% jusqu'en 2015. **Mais à partir de 2016, le secteur public commence à perdre des salariés** (1 300 environ en 2016, 2 900 en 2018). Pour **le secteur privé, 2017 marque la première année depuis 2003 où l'effectif salarié a reculé** (-2 300 salariés environ).



Dans son avis du 5 octobre 2021, le Conseil scientifique pointe la situation difficile dans les établissements de santé et l'épuisement des soignants. Les grands CHR sont confrontés, quelle que soit leur région à un **pourcentage significatif de lits fermés en raison du manque de personnel**, et ce dans tous les secteurs de soins, dont la pédiatrie. Cinq professions sont les plus en tension : les infirmiers, Infirmiers de bloc opératoire, aide-infirmier, manipulateurs de radiologie et masseurs-kinésithérapeutes.

En outre, les établissements ont **recours de manière importante aux intérimaires et à une augmentation du nombre d'heures supplémentaires**, alors qu'un nombre considérable de lits sont fermés. Le Conseil s'inquiète également de tensions dans les services de pédiatre (réanimation et hospitalisation conventionnelle) dans certaines régions alors qu'en octobre, les épidémies automnales et hivernales virales, hors Covid, débutent.

Les constatations du Conseil scientifique et de l'IGAS ne font que rendre tangible les difficultés que rencontre le secteur hospitalier, déjà présentes bien avant la crise, et que le personnel soignant n'a cessé de dénoncer depuis plusieurs années.

Selon le rapport de l'IGAS daté de juillet 2021 portant sur les services de réanimation, l'enjeu majeur dès 2021 et jusqu'à 2030 est de lever les fortes tensions qui pèsent actuellement sur les ressources humaines médicales et paramédicales. Il serait ainsi **nécessaire selon l'IGAS d'ouvrir a minima 40 postes supplémentaires d'internes par an** répartis dans les deux spécialités de médecine intensive et réanimation et d'anesthésie-réanimation. Ce serait en effet 1 135 postes équivalents temps plein qui manqueraient selon l'inspection, si l'on compte le nombre de postes vacants aujourd'hui, les ratios recommandés par les sociétés savantes nationales et européennes, et le nombre de lits supplémentaires à créer pour couvrir l'accroissement prévisible des besoins, notamment du fait du vieillissement de la population.

Les conclusions de l'IGAS sont largement centrées sur les problématiques de ressources humaines, notamment parce que le personnel présent dans ces services conditionne l'ouverture effective de lits de réanimation supplémentaire.

Plus alarmant, le Conseil scientifique s'interroge en fin d'année 2021 **sur la capacité du système de soins français à répondre à une éventuelle nouvelle vague, même plus faible**, alors que le système de santé français est en difficulté et qu'un nombre important de patients Covid est toujours hospitalisé.

Le mal être des soignants a atteint son paroxysme avec la crise sanitaire. Les difficultés auquel est confronté aujourd'hui l'hôpital avec le renoncement des soignants à exercer leur métier devraient s'accroître avec le nombre important de démissions des étudiants infirmiers.

Les études en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) suscitent le plus grand nombre de vœux chez les lycéens sur Parcoursup. En 2021, ils étaient 30 000 à entrer en première année de formation en soins infirmiers.



La profession est cependant en tension, avec une augmentation des postes vacants et des abandons en cours de formation. Le ministre des Solidarités et de la Santé évoquait en novembre 2021, **1 300 démissions d'étudiants qui auraient dû être diplômés en fin d'année**, mais pour la Fédération nationale des étudiants en sciences infirmières (FNESI), **ce chiffre est sous-évalué**. Toujours selon la FNESI, la plupart des abandons ont lieu pendant les trois premières semaines de stage lorsque les étudiants découvrent la souffrance des établissements hospitaliers.

La crise sanitaire n'a rien arrangé. Réquisitionnés par le ministère pour faire face aux vagues de Covid, certains étudiants ont dû assurer un poste d'aide-soignant, ou pratiquer des actes professionnels, faire face aux décès, avec peu de formation et peu de soutien. Les **étudiants souffrent également d'un manque de reconnaissance**, notamment parce qu'ils ont été un renfort précieux lors de la première vague de covid, les infirmiers n'étant pas en nombre suffisant dans les services, mais ils n'ont perçu qu'une indemnité de stage. La majoration exceptionnelle des indemnités de stage de 136.5€ par semaine de mobilisation annoncée par le gouvernement en novembre 2020 ne suffit pas, d'autant qu'avec la crise, c'est également leur formation qui a été pénalisée.

Donner des moyens et améliorer significativement les conditions de travail dans les établissements de santé ne permettra pas seulement de freiner les départs des professionnels actuellement en exercice. Cela permet également de motiver et de rassurer les étudiants en formation sur les conditions dans lesquelles ils seront amenés à exercer, et ainsi limiter le nombre d'abandons.

La psychiatrie : une spécialité longtemps délaissée par nos gouvernements alors que les besoins en santé mentale des Français sont croissants

Interview du Docteur Schmitt, psychiatre à l'hôpital de Jury (Moselle) et membre <de la confédération nationale des présidents des Commissions médicales d'établissements (CME) de centres hospitaliers spécialisés (CHS)

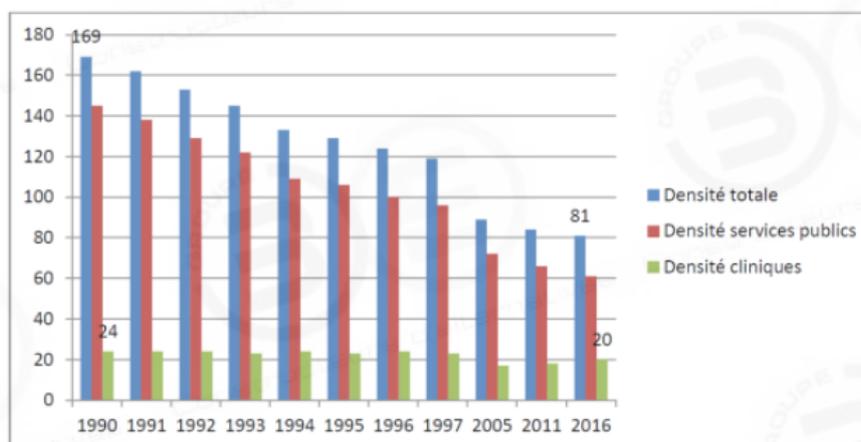
Le rapport sur l'organisation de la santé mentale, présenté à l'Assemblée nationale en septembre 2019 par la commission des affaires sociales, pointait du doigt le véritable "**parcours du combattant**" du patient en psychiatrie : une prévention limitée, voire inexistante, une offre de soins "non programmés" insuffisante, des solutions d'aval qui manquent cruellement et une transition entre la ville et l'hôpital qui n'est pas fluide.

Déjà avant la crise sanitaire, le secteur psychiatrique n'avait plus les moyens de répondre de manière satisfaisante aux besoins de soins croissants de la population française. Cette situation est le résultat de plusieurs facteurs.

La psychiatrie française est fragilisée par un **manque cruel de moyens financiers et par le peu d'investissements alloués depuis de nombreuses années**. Le docteur Schmitt fait un constat sans appel sur l'état de vétusté de l'hôpital dans lequel il exerce et sur les nombreuses alertes auprès des autorités sur la dégradation des locaux et sur les difficultés que le personnel allait rencontrer, et qui ne feraient qu'empirer : "*Les pouvoirs publics ont estimé comme souvent que la psychiatrie n'était pas prioritaire, explique-t-il. Évidemment, l'hôpital n'est pas resté comme à l'ouverture [1972], mais si on prend comme exemple les portes des pavillons ou les fenêtres, ils sont d'origine. La plupart des chambres sont doubles ou triples*".

L'État de l'hôpital de Jury est, pour le docteur Schmitt "*emblématique de la situation de la psychiatrie puisque c'est ce que l'on constate au niveau national*". Ainsi, il explique que "*de nombreux établissements de psychiatrie ou des services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux ont des locaux vétustes, anciens, avec des chambres à deux, trois lits, des sanitaires collectifs, des choses qui ne sont plus admissibles aujourd'hui*". **La psychiatrie dans notre pays est depuis longtemps la dernière roue du carrosse conclu le docteur.**

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE LITS POUR 100 000 HABITANTS



Source : Rapport IGAS 2017, organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960.

La psychiatrie est confrontée à **une réduction constante du nombre de lits depuis 1990**, qui n'a pas été totalement compensée par un développement de l'ambulatoire ou par des solutions alternatives à l'hospitalisation complète (en amont comme en aval) le secteur est aujourd'hui dans un cercle vicieux :

- Par manque de solutions d'amont, les patients ne peuvent obtenir de consultation auprès d'un psychiatre dans un délai raisonnable. Une prise en charge plus tôt permettrait pourtant de réduire le nombre de patients qui arrivent aux urgences – déjà saturées – où à l'hôpital, du fait de l'absence de solutions. *"On a des gens qui arrivent aux urgences et qui sont contents d'être hospitalisés parce qu'ils pourront voir un psychiatre rapidement, explique le docteur Schmitt. Il est sûr que beaucoup de patients ne se retrouveraient pas aux urgences s'ils avaient pu avoir un soutien psychologique plus précocement. La question de la prévention est extrêmement importante."*
- Les professionnels de 1ère ligne – médecins généralistes et infirmières – sont aujourd'hui peu formés à la psychiatrie et doivent donc gérer les patients avec peu ou pas de connaissances,
- Une fois que ces patients vont mal, les professionnels sont confrontés à un manque de solutions d'aval. Certains patients restent donc hospitalisés par manque de solutions pour permettre leur suivi, d'autres sont contraints de sortir trop tôt par manque de place. N'étant pas stabilisés, ces mêmes patients reviennent aux urgences quelque temps plus tard.

Lors de la crise sanitaire également, le secteur psychiatrique a été considéré différemment selon le psychiatre : *"Là encore, il y a toujours eu un temps de retard : pendant la pénurie de masques, les établissements psychiatriques ont eu du mal à faire entendre et reconnaître qu'ils avaient aussi des patients, dont certains avaient le Covid, qu'il a fallu ouvrir des unités Covid, se réorganiser"*. Même si le docteur reconnaît ne pas avoir vécu ce qu'ont vécu les services de réanimation, il n'en reste pas moins que certains de leurs patients ont des comorbidités. *"Pour la vaccination, les patients en psychiatrie ont également été les oubliés. Il a fallu qu'on alerte au niveau national."*

Et parmi la politique d'investissements annoncée lors du Ségur, le psychiatre constate *"qu'il y a relativement peu d'établissements ou de services de psychiatrie, dans les CHR par exemple, qui sont concernés"*.

Ce phénomène de manque de solutions est accentué par **un manque de personnel important dans cette spécialité médicale**. Le docteur Schmitt explique que *"dès 2018, le secteur de la psychiatrie avait alerté sur le manque de personnel, à l'époque centré sur les personnels médicaux, avec des moyennes d'âge des médecins hospitaliers autour de 55 ans dans énormément d'établissements, situation accentuée pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et par des difficultés de recrutement."*



Malgré une médiatisation importante des questions de santé mentale en France, les métiers de la psychiatrie sont peu valorisés. *"Les déterminismes sont complexes, mais la vétusté de nombreux locaux – la psychiatrie est souvent le dernier service à bénéficier de fonds pour les travaux quand il faut en faire - et le manque de considération sont des facteurs qui font que certains étudiants ne choisissent pas la psychiatrie à la sortie de leurs études"*. De plus, **la psychiatrie reste aujourd'hui encore mal considérée**, dans la vie publique, dans la presse, où ce sont souvent les faits divers liés aux troubles psychiatriques qui sont mis en avant, mais également au sein même du corps médical. Cette image, qui peut être difficile à vivre, peut en partie expliquer que peu d'étudiants en médecine se dirigent vers la psychiatrie.

Cette spécialité souffre en plus d'un **déficit d'enseignants et les offres de stages sont limitées** et difficiles d'accès *"C'est la discipline où il y a le moins de professeurs universitaires, par rapport à toutes les autres spécialités, constate le psychiatre. Et c'est encore pire pour la pédopsychiatrie. Et si l'on regarde les autres pays, la France est en retard par rapport au nombre de professeurs universitaire en psychiatrie"*.

Comme pour l'hôpital traditionnel, les CHS doivent aujourd'hui fermer des lits par manque de personnel médical ou soignant. La clinique Tivoli, antenne du centre hospitalier de Jury et qui disposait de 21 lits, a fermé en octobre 2020 par manque de médecins. Le centre hospitalier qui comptait



9 lits dans son unité pour adolescents avant crise, réduits à 7 du fait des raisons sanitaires, ne disposerait plus aujourd'hui du personnel soignant permettant de revenir à 9 lits, si l'on faisait abstraction de la crise sanitaire. Pour l'unité pour autistes, le manque de personnel médical et soignant a également contraint l'établissement à réduire sa capacité de 18 à 15 lits. Pour le Docteur, *"il faut diversifier les réponses pour les patients. Il est certain que nous allons être confrontés à une pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres sur les 10 prochaines années."*

Alors que la psychiatrie manque de moyens humains et financiers, **les besoins en santé mentale augmentent constamment**. En France, une personne sur cinq est touchée chaque année par un trouble psychique soit 13 millions de Français. Et la crise sanitaire a été à l'origine de nouvelles souffrances. En septembre 2021, les résultats de l'enquête de Santé Publique France révélaient notamment que :

- 23% des Français montrent des signes d'un état anxieux,
- 15 % montrent des signes d'état dépressif (soit +5 points par rapport au niveau hors épidémie,)
- 10% ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année,
- Le suicide est la 2ème cause de mortalité pour les 10-25 ans (après les accidents de la route),
- Les Français sont les plus gros consommateurs au monde de psychotropes.

"Aujourd'hui, toute personne qui fait une tentative de suicide doit être vue par un psychiatre, précise le docteur. Ça n'était pas le cas il y a 20 ans. Le souci c'est que le nombre de personnels n'a pas augmenté comme les besoins."

Aux difficultés d'exercice s'ajoute **une judiciarisation de plus en plus importante de la profession**, pour la psychiatrie adulte notamment, avec des responsabilités au travail qui se sont cumulées et **sans que les moyens ne suivent**. Il ne s'agit pas de remettre en cause le bien-fondé des mesures qui sont prises insiste le docteur Schmitt, mais *"les moyens qui y sont mis peuvent être contestés. Cette judiciarisation est un surcroît de travail qui n'a pas été suivi dans les établissements sur un point financier. Il n'est pas question de dire "il ne faut pas le faire", mais on nous demande de faire toujours plus sans moyens supplémentaires"*. Le docteur explique que pour la contention ou l'isolement par exemple, *"un temps non négligeable est passé pour vérifier uniquement que tout a été correctement fait d'un point de vue administratif."*

Les Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 avaient pour but de dresser un "état des lieux partagé de la prise en charge de la santé mentale des Français, de l'offre de soins en psychiatrie et l'accompagnement qui leur est proposé" selon le gouvernement. Le président de la République, qui a clôturé ses assises, a conclu que **la santé mentale souffrait depuis longtemps de moyens alloués qui n'étaient pas à la hauteur**, actant que le secteur de la psychiatrie était le parent pauvre de la médecine. Pour y remédier, le président a donc annoncé **30 mesures et des moyens décuplés en faveur de la santé mentale** des Français. Ces 30 mesures s'étaleront majoritairement sur une durée de 3 à 5 ans.

Parmi les mesures, nous retiendrons :

- La prise en charge tant attendue par la profession des séances chez les psychologues libéraux pour l'ensemble de la population de plus de 3 ans après adressage par un médecin – contestée toutefois par une partie des professionnels. Cela permettra très certainement à un plus grand nombre de patients d'avoir accès aux soins de manière plus précoce,
- L'augmentation de 800 ETP sur 3 ans pour les centres médico-psychologiques (la moitié pour les CMP adultes, l'autre pour les CMP infanto-juvéniles),
- L'amélioration de la formation initiale des futurs psychiatres et pédopsychiatres et le renforcement de l'attractivité de la pédopsychiatrie,
- Mieux accompagner les établissements pour inciter les infirmiers diplômés d'État (IDE) à s'engager dans un diplôme d'Infirmier de pratique avancée et notamment en psychiatrie et santé mentale à partir de 2022.

Ces assises n'ont pas répondu à l'ensemble des attentes des professionnels de santé. Certains regrettent par exemple que ces assises n'aient pas permis d'aborder pleinement les enjeux du secteur et notamment concernant les personnes en situation de précarité et confrontées à des troubles psychiques ou psychiatriques. Les attentes restent encore fortes, notamment sur la mise en place des mesures annoncées.

Pour le Docteur Schmitt, ces assises ont tout de même permis la reconnaissance du travail des professionnels du secteur : *"Même s'il peut y avoir des arrières pensées électorales, c'est peut-être la première fois qu'un président de la République en fonction, a fait un discours où il rendait hommage aux professionnels de la psychiatrie"*

Psychiatrie et pédopsychiatrie : la réforme de la tarification entre en vigueur en début d'année 2022

L'article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale votée en 2019 porte sur la réforme de la psychiatrie. Cette réforme est entrée en application en janvier 2022 avec **la tarification de compartiment**.

Cette T2C (appelée ainsi du fait de sa ressemblance avec la T2A, tarification à l'activité) **découpe l'activité de psychiatrie en compartiments** :

- un compartiment populationnel, le plus important, dont l'objectif affiché est de réduire les inégalités entre les régions par un financement basé sur la population, la précarité et la part des mineurs,
- un compartiment pour le développement des activités nouvelles, dont le financement sera fonction des activités nouvelles proposées par les régions,
- un compartiment lié à la qualité, avec des fonds alloués sur la base d'indicateurs,
- un compartiment portant sur la réactivité, basé sur la capacité des établissements à prendre en charge des patients.

Le compartiment populationnel devrait majoritairement peser dans le financement. Le compartiment lié à la réactivité ne devrait représenter que 10 à 15% des financements. Les compartiments liés au développement des activités nouvelles et à la qualité ne devraient représenter que 1% à 2% selon le docteur Schmitt qui fait partie de la sous-commission Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Groupe Opérationnel de la Psychiatrie (GOP), et dont les problématiques de financement de la spécialité sont une thématique. Ce groupe est piloté par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS).

Le financement de la psychiatrie publique tel qu'il existe aujourd'hui est largement perfectible, notamment parce que depuis 2010, la pression financière est plus forte encore que pour l'hospitalisation publique traditionnelle. Le mécanisme de dotation globale, établi depuis près de 40 ans, ne correspond plus aux besoins, à l'activité et aux dépenses réelles des établissements. De plus, les établissements privés à but lucratif sont actuellement financés différemment, par un prix de journée plus avantageux.

Les avantages qui semblent se dégager de cette réforme sont **la mise en place d'un mode de financement commun aux établissements publics et privés et la prise en compte des caractéristiques de la population pour réduire les inégalités en santé**.

Pour autant, certains professionnels s'inquiètent des dérives que pourrait entraîner cette réforme, et notamment d'un financement sur la base d'un montant calculé en fonction d'indicateurs regroupés par compartiment et qui laisseraient peu de place au relationnel, aux accompagnements au long cours, à un suivi sur mesure, en privilégiant les prises en charges courtes, normées et qui permettent une rotation de patients plus importante.

Pour le docteur Schmitt, *"tous les modes de financement peuvent être pervertis et les établissements vont s'adapter au modèle de tarification. Mais le modèle qui est retenu aujourd'hui va se mettre en marche de manière progressive et permettra de rattraper la part budgétaire réduite accordée à la psychiatrie par rapport à la MCO"*. Cette réforme semble pouvoir assurer cette progression à tous les établissements. *"Il est de toute façon évident que la psychiatrie ne pouvait continuer avec le modèle existant"*, conclut le psychiatre.

La médecine de ville : les Français sont confrontés à un phénomène de spécialisation des médecins et de concentration de l'offre sur les métropoles

Les zones avec une faible densité de médecins généralistes sont aussi celles concernées par un manque de médecins spécialistes

Au 1er janvier 2021, la France compte 312 172 médecins inscrits à l'Ordre des médecins (ODM).

La France n'a jamais compté autant de médecins toutes spécialités confondues. Leur nombre a crû de 19.4% depuis 2010. Cependant, cette augmentation est en majorité due au nombre de médecins retraités toujours actifs qui a été multiplié par deux sur la même période. En 2021, les médecins âgés de plus de 60 ans représentent 50.4% de l'ensemble des inscrits. Les moins de 40 ans représentent 18.2% de ces effectifs.

Parmi les médecins inscrits à l'ODM au 1er janvier 2021, 198 090 ont une activité régulière avec un âge moyen de 50.3 ans.

Le nombre de médecins et leur évolution diffèrent en fonction de la spécialité. Il est important de distinguer les médecins généralistes des médecins spécialistes, notamment en recours direct (Ophtalmologue, dentiste, gynécologue, pédiatre, etc.) quand on parle d'accès aux soins.

- **Le nombre de médecins généralistes recule constamment depuis 10 ans et l'offre de soins est soutenue de manière importante par les médecins généralistes en âge de retraite, mais toujours en exercice**

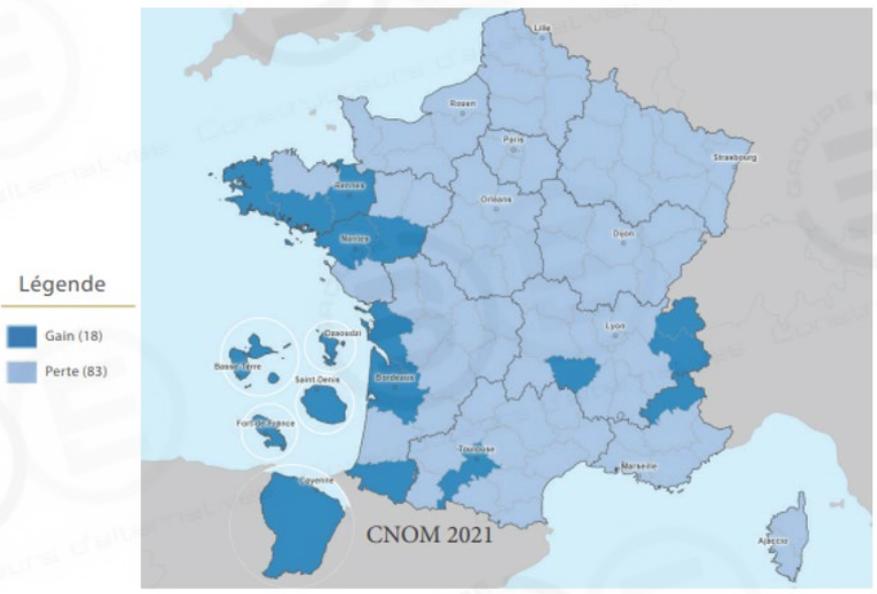
Le nombre de médecins généralistes a baissé de 9% par rapport à 2010, avec une croissance annuelle moyenne de -0.9%. Selon l'ODM, la tendance à la baisse a de fortes probabilités de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 82 018 médecins généralistes en activité régulière contre 85 364 en 2021. Le fait est que **la médecine générale n'attire plus les étudiants**. Elle se classe ainsi parmi les spécialités les moins choisies en 2020 et en 2021 par les étudiants en médecine.

Les médecins généralistes sont répartis de façon très hétérogène sur le territoire. Le nombre et la variation des effectifs de médecins généralistes sont fortement liés à **l'attractivité du territoire et l'effet de métropolisation** : ainsi, les départements situés en bordure atlantique, les DOM TOM et la frange Est de la région Auvergne – Rhône Alpes gagnent régulièrement des médecins généralistes.

De ce fait, alors que certains départements affichent plus de 240 généralistes pour 100 000 habitants en 2020 – Hautes-Alpes, Paris, Savoie – d'autres disposent de moins de 100 praticiens pour 100 000 habitants – Eure, Seine-et-Marne, Ain, Val-d'Oise.

Et la plupart des départements ont une tendance à perdre des médecins généralistes en activité régulière de manière constante depuis 2010.

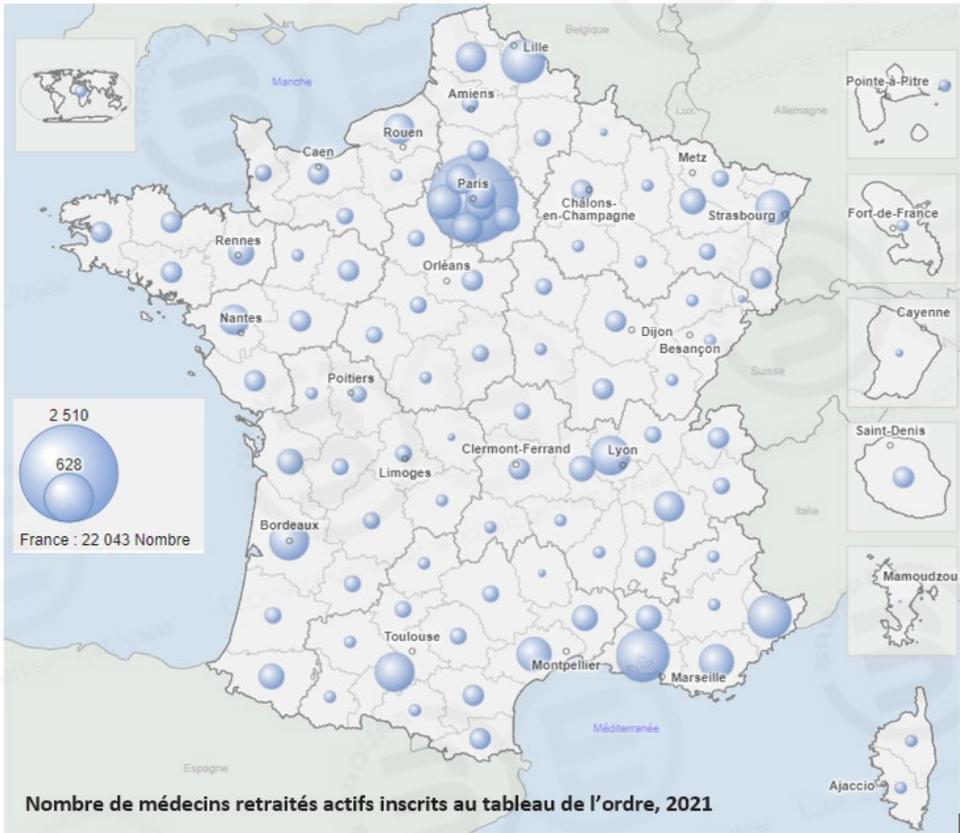
Tendance à perdre ou à gagner des médecins généralistes en activité régulière entre 2010 et 2021



Les départements avec une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne sont également majoritairement concernés par **une part de médecins âgés de plus de 55 ans plus importante** :

- En France, 48% des médecins généralistes ont plus de 55 ans en 2020
- En Creuse, dans l'Yonne, l'Orne, la Lozère et l'Indre, ils sont plus de 60%

En outre, certains départements doivent l'accès aux soins de ville grâce au nombre important de médecins généralistes proche de l'âge de la retraite ou déjà en âge de retraite, mais toujours en exercice.



Nombre de médecins retraités actifs inscrits au tableau de l'ordre, 2021

L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière opère un rajeunissement depuis 2015, notamment du fait de l'augmentation de la part des femmes dans les effectifs, qui passent de 22.8% de l'effectif à 33.3% entre 2010 et 2021 et qui ont dans 47% des cas moins de 40 ans en 2021.

Cependant, **l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière reste élevé à 49.9 ans** en moyenne en 2021, et l'index de renouvellement générationnel calculé par l'Ordre des médecins montre un **niveau de renouvellement insuffisant à 0.96 en 2021**.

Les besoins de soins sont en augmentation constante du fait du vieillissement de la population. L'accessibilité aux soins, notamment pour la médecine générale risque de se dégrader davantage encore dans les zones les moins attractives.

▪ **La médecine se spécialise de plus en plus**

Au 1er janvier 2021, 112 726 médecins spécialistes étaient inscrits à l'ordre des médecins. Ce **nombre est en progression depuis 2010** :

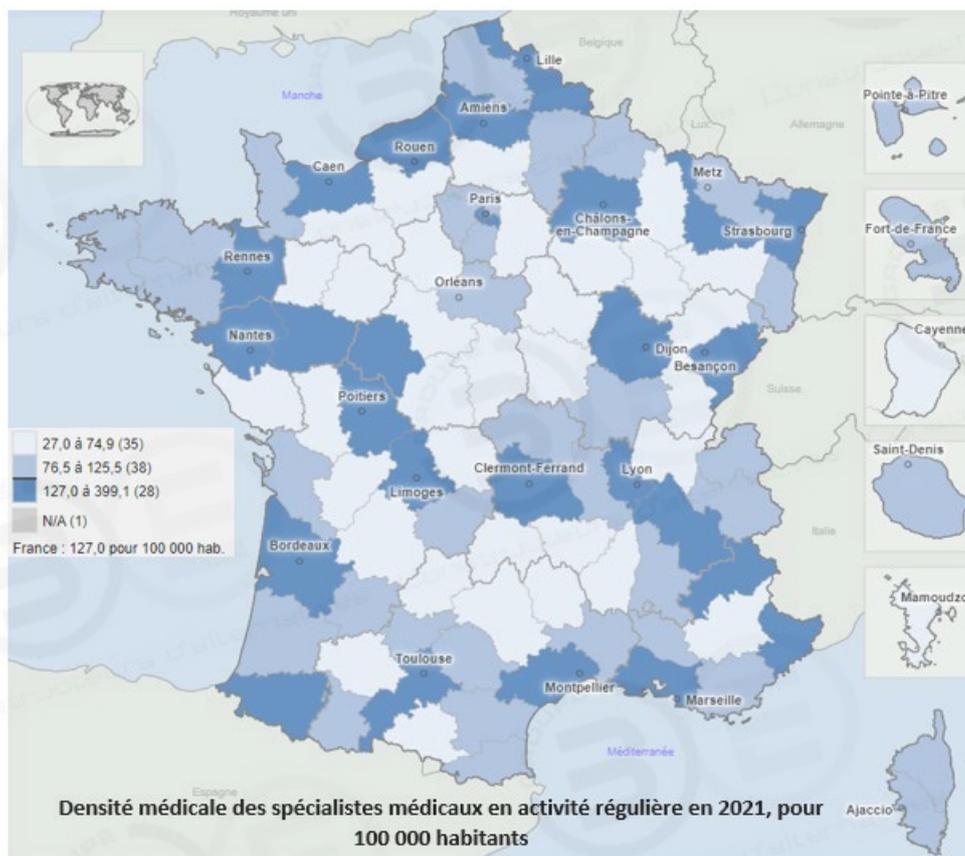
- de 6% pour les spécialistes médicaux et cette tendance devrait se poursuivre selon les prévisions de l'Ordre des médecins et atteindre 114 700 médecins jusqu'en 2025.
- de 11% pour les seuls spécialistes chirurgicaux, qui pourraient atteindre 26 128 médecins en 2025 contre 25 258 en 2021.

Même si toutes les disciplines médicales n'évoluent pas au même rythme, depuis une dizaine d'années, **les étudiants en médecine se tournent davantage vers une spécialisation**. Et ce sont les **spécialités les plus rémunératrices qui arrivent en tête des choix** : chirurgie plastique et reconstructrice, ophtalmologiste, dermatologie et médecine cardio-vasculaire figurent dans le top 5 en 2021 et en 2020. La gériatrie, psychiatrie et médecine au travail restent les spécialités les moins choisies par les étudiants.

Les spécialistes sont répartis de manière hétérogène sur le territoire : ils se concentrent essentiellement **dans les grands pôles et notamment les départements disposant de centres hospitaliers universitaires**. Les dix premiers départements en termes de densité médicale des spécialistes médicaux sont pour la majorité des départements de facultés universitaires, les départements ultra-marins étant caractérisés par des situations extrêmes au regard des faibles effectifs de médecins.

Sur la médecine spécialisée, la densité de médecins enregistre des différences plus marquées que pour la médecine généraliste : ainsi la densité de médecins gynécologues à Paris est plus de 9 fois supérieure à celle du Lot, et la densité d'ophtalmologistes est près de 12 fois supérieure à celle constatée en Lozère.

Cela confirme **la métropolisation croissante des spécialités**, comme pour la médecine générale. Ainsi, les départements les moins bien dotés en médecins généralistes sont aussi ceux où les spécialistes sont les moins présents.



Les mesures visant à inciter les médecins à s'installer en zone sous-dense ne se sont pas traduites à ce stade par une augmentation des installations dans ces zones

Avant 2017, les **mesures proposées aux médecins étaient majoritairement incitatives**, et notamment financières et souvent conditionnées à leur installation dans des zones d'interventions prioritaires ou zones d'actions complémentaires :

- Le contrat d'engagement de service public, créé en 2009, permet aux étudiants en médecine de percevoir une allocation de 1 200€ jusqu'à la fin de leurs études s'ils s'engagent à exercer dès la fin de leur formation dans des zones où la continuité des soins fait défaut. Les résultats de ce dispositif ne seront mesurables que lorsque suffisamment de médecins seront installés, même s'il apparaît d'ores et déjà que ces contrats ne rencontrent qu'un modeste succès,
- D'autres incitations fiscales viennent compléter le dispositif : exonération d'impôts sur le revenu pendant 5 ans, puis dégressive pendant 3 ans ; exonération d'impôts au titre de la permanence des soins ambulatoires, etc.

Ces mesures, dont les conséquences ne sont pas visibles immédiatement, sont aujourd'hui discutées, notamment parce que les statistiques d'installation sur les années récentes **ne montrent pas de hausse significative du pourcentage d'installation dans les zones fragiles**. À titre d'exemple, l'avenant n°20 la convention médicale de 2005 instaurait l'"option conventionnelle" (encourager l'installation de médecins en exercice regroupé dans des zones très sous-dotées, avec majoration de 20% des honoraires). Fin 2010, l'apport net de cette mesure était de 50 médecins dans les zones concernées, selon la Cour des Comptes. Même si cela ne montre pas nécessairement l'inefficacité de ces mesures – la proportion d'installation dans ces zones aurait pu décroître sans celles-ci – le résultat est jugé faible au regard du coût des mesures (362 000 € annuel en moyenne par médecin). La Cour des Comptes a qualifié en 2017 dans son rapport sur l'avenir de l'Assurance maladie, comme "modestes" les résultats de la politique incitative menée et estimé que **le dispositif avait essentiellement constitué un effet d'aubaine** pour les médecins déjà en place.

A partir de 2017, avec le plan pour "renforcer l'accès aux soins" puis en 2018, "Ma stratégie santé 2022 : un engagement collectif", les **mesures prises sont plus structurelles** et portent sur la démographie, la productivité et le maillage territorial des médecins :

Nous retiendrons notamment :

- la suppression du numéris clausus
- le renforcement du nombre de consultations à nombre de médecins inchangé via le déploiement d'assistants médicaux
- la coordination de l'exercice médical via le déploiement de Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) en 2022 permettant une organisation regroupée des professionnels de santé sur un même territoire
- La labellisation dès 2020 d'Hôpitaux de proximité (entre 500 et 600) qui assurent des missions hospitalières de proximité pour les soins du quotidien (médecine, gériatrie, réadaptation)

Ces nouvelles mesures suffiront-elles à augmenter à terme le niveau de médecins formés, et notamment de médecins généralistes, et à améliorer l'offre de soins disponible dans les zones sous dotées ? Les médecins disposant **d'une liberté d'installation**, rien ne garantit des installations dans les zones sous-denses. C'est ce que l'on voit pour les médecins spécialistes où certaines zones restent sous dotées alors que leur nombre est en augmentation constante depuis 10 ans.

Depuis plusieurs années, le sujet de l'encadrement de l'installation des jeunes médecins revient régulièrement comme une possible solution pour remédier aux déserts médicaux (Cour des comptes et Conseil Economique et Social en 2017, ministère de l'Économie en 2019, Sénat en 2020). Dernière en date, la proposition de loi pour la fin de la liberté d'installation des médecins et un accès de proximité au système de santé présentée en octobre 2021 à l'Assemblée nationale. Cette proposition est systématiquement écartée par le syndicat des médecins généralistes, qui estime que les mesures coercitives ne régleraient pas le problème des zones sous dotées en médecins et pourrait même décourager les étudiants à choisir la médecine générale. Le syndicat propose plutôt un investissement de l'État pour rendre le métier plus attractif pour les étudiants.

Des mesures financières donc, dont le poids apparaît pourtant secondaire par rapport aux autres conditions de l'épanouissement professionnel au regard de l'étude menée par la DREES ("Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques", déc. 2021). Les aspirations de la jeune génération de médecins à exercer leur métier en **conciliant au mieux qualité de vie personnelle et professionnelle** sont aujourd'hui plus fortes que pour les générations précédentes.

La DREES conclut dans son rapport que le choix pour un médecin de s'installer dans une zone mal desservie est lié en premier lieu à **un ensemble de facteurs personnels** : liens avec le territoire en question, attaches familiales ou amicales. Le choix dans le temps de rester ou de partir au bout d'un certain nombre d'années d'exercice est également lié à l'évolution de la situation personnelle et en particulier familiale. Le "contexte du territoire" est également un élément déterminant : les commodités, les opportunités professionnelles du conjoint, les écoles, la charge de travail, etc. limitent également largement les effets d'aubaine des mesures financières.

Au-delà des facteurs personnels, les disciplines médicales dites "à gardes" (anesthésie, réanimation, urgences, ...) connaissent des difficultés parce que les jeunes médecins ne souhaitent plus passer leur vie à l'hôpital. Les conditions d'exercices et notamment la possibilité de maîtriser la charge de travail sont ainsi, selon la DREES, de plus en plus déterminants.

La télémédecine peut-elle être une solution face aux déserts médicaux ?

La télémédecine a initialement été assignée d'un rôle d'amélioration de l'accès aux soins dans les zones à faible densité médicale. Mais pour être efficace et de bonne qualité, la télémédecine doit être alternée avec des consultations physiques. **Elle ne peut donc pas être envisagée comme une solution unique à la faible densité médicale de certaines zones géographiques.**

Depuis la crise sanitaire, la télémédecine s'est fortement développée et notamment les téléconsultations. Elles ont permis d'assurer la continuité de soins en période de crise et d'éviter les contaminations grâce à une diminution des déplacements et des rendez-vous en cabinet médical.

Les téléconsultations ont notamment connu un pic en avril 2020 avec 4.5 millions de téléconsultations (contre 40 000 en février). Les mesures réglementaires prises par les pouvoirs publics pour faciliter le recours à la télésanté ont également contribué au développement de la téléconsultation : remboursement à 100% par la sécurité sociale, levée de l'obligation de passer par son médecin traitant et d'avoir eu une consultation en présentiel les 12 mois précédents la téléconsultation, etc. Alors que les téléconsultations étaient plus fréquentes dans les zones à déficit d'offre de soins avant la crise, cette caractéristique a disparu depuis.



80% des consultations à distance sont réalisées par des généralistes. Pour les spécialistes, ce sont les psychiatres, les endocrinologues, pneumologues et pédiatres qui y ont le plus recours.

Au-delà de la téléconsultation, la téléexpertise s'adresse particulièrement aux professionnels de santé et permet d'échanger entre médecins. Cela peut être un moyen rapide pour les médecins de se concerter pour un avis médical et faciliter l'accès à des spécialités qui peuvent être nécessaires dans un parcours de soins (neurologie, gériatrie, psychiatrie, ...).

La téléexpertise permet également de combler les spécialités manquantes sur certains territoires (pneumologue, psychiatre, ...). C'est par exemple ce que propose l'hôpital de Saint-Brieuc dans les Côtes-d'Armor aux médecins généralistes avec un service de téléexpertise dans le domaine de la diabétologie et de la dermatologie.

Elle permet de plus de répondre à des besoins particuliers : le développement de la télémédecine en milieu carcéral constitue un axe de la stratégie santé du gouvernement pour les personnes placées sous main de justice.

La pratique doit être encadrée alors que des dérives apparaissent déjà

Pour le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), la **télémédecine peut être une aide à la prise en charge d'un patient** même s'il estime que l'examen clinique est indispensable et reste le pilier de la prise en charge du patient. La télémédecine doit ainsi rester minoritaire pour un médecin. La convention médicale de la Caisse nationale d'assurance maladie **autorise un maximum de 20% d'activité en télémédecine**.

Concernant la télémédecine, la **Cour des comptes (CDC) pointe "des effets d'aubaine"** pour les médecins dans son rapport sur la Sécurité sociale du 5 octobre 2021. En cause, le système d'information de la CNAM qui ne permet pas d'identifier automatiquement les patients atteints de la Covid-19 ou susceptibles de l'être, ni de s'assurer de l'éligibilité du patient à la téléconsultation. En conséquence, des professionnels de santé auraient **facturé des conseils médicaux**, ce qui est contraire aux dispositions du code de la santé publique. Les médecins ne peuvent exiger le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ; le simple avis ou conseil dispensé à un patient par téléphone ou par correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire. La CDC constate également que *"les téléconsultations qui se sont multipliées pendant la crise sanitaire sont essentiellement des actes de substitution aux consultations réalisées habituellement en présentiel, non ciblés sur les publics ou les zones pour lesquels l'accès aux soins doit être amélioré"*. Dans ce sens, la CDC mentionne le risque de voir les ressources publiques financer le développement non maîtrisé d'actes de télésanté, qui **se surajoutent au mode de recours traditionnel à la médecine de ville** dans les zones où les patients ont un accès satisfaisant au système de santé.

Parallèlement, avec le développement de la pratique de la télémédecine, des dizaines d'acteurs ont investi le marché : Qare, Livi, Medadom ou encore le mastodonte Doctolib, et des dérives apparaissent déjà.

La Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) relève ainsi que sur les contrôles réalisés auprès de 69 opérateurs en 2020 - principalement les sièges de plateformes et les officines de pharmacie proposant un service de téléconsultation - presque un sur quatre n'était pas conforme, notamment à cause de **défaut d'information sur les tarifs et les honoraires**. La DGCCRF a également relevé des **pratiques commerciales trompeuses** comme la présentation d'un service de téléconseil non pris en charge par l'assurance maladie, à la différence de la téléconsultation.

Les médecins s'inquiètent également de l'installation de cabines ou bornes de téléconsultation un peu partout en France : dans les résidences sénior, les pharmacies, mais aussi dans les entreprises ou dans les centres commerciaux ! C'est ainsi qu'en avril 2021 les premières cabines de la société TESSAN ont été installées dans des deux magasins Monoprix. En octobre 2021, Monoprix disposait d'une cabine dans six enseignes. Ces cabines sont, pour la profession médicale, une dérive incontestable et participent à la **dérégulation du système de santé et dégradent la qualité de prise en charge des patients**.

Le renoncement aux soins concerne près de 6 Français sur 10 en 2019

À cause d'un délai d'attente trop long pour avoir un rendez-vous, du tarif de la consultation ou de la distance pour accéder aux soins, près de six Français sur dix, âgés de 18 ans et plus ont déjà renoncé ou reporté des soins, selon l'enquête BVA 2019 pour France Asso Santé.

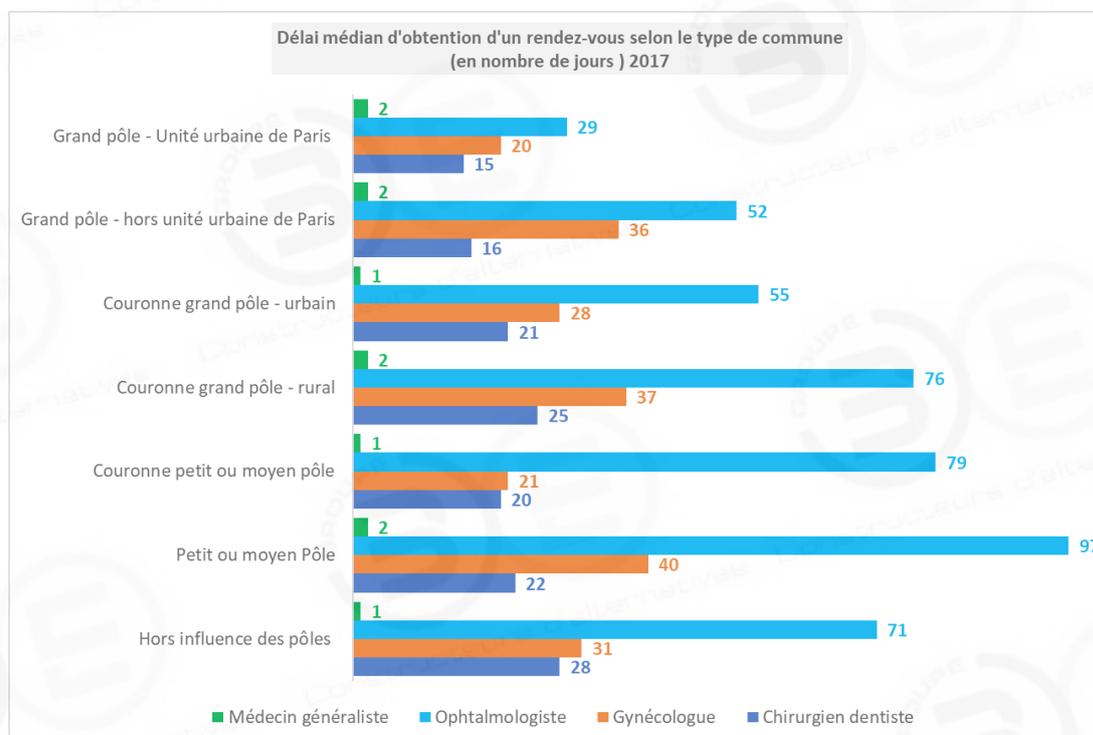
Le renoncement aux soins principalement lié au manque de médecins

Pour près de la moitié des répondants à l'enquête BVA citée précédemment, **le report ou renoncement aux soins est lié au manque de médecins** : délais d'attente trop longs pour avoir un rendez-vous et distance par rapport au domicile.

Ce manque de médecins pénalise davantage les personnes en situation de handicap, les ruraux et les 25-34 ans.

Les délais de consultation lors de l'apparition ou de l'aggravation de symptômes se situent entre 1 et plus de 3 mois selon les personnes interrogées pour l'enquête. Ces délais ont amené près d'un Français sur cinq à se rendre aux urgences lors des deux dernières années faute de médecins.

Les délais d'attente sont rallongés dans les communes où l'accessibilité géographique aux professionnels de santé est faible : alors que le délai pour un rendez-vous chez un ophtalmologiste est de 29 jours à Paris, il est de 71 jours dans les communes hors influence des pôles d'emplois urbains et de 97 jours dans les communes des pôles ruraux petits et moyens, lesquels sont moins bien pourvus en ophtalmologistes.



Source : DREES, enquête sur les délais d'attente en matière d'accès aux soins 2016-2017

Les personnes interrogées mettent en moyenne moins de 30 minutes pour se rendre chez leurs spécialistes (ophtalmologue, gynécologue, dermatologue, spécialiste ORL), ce délai s'allonge à presque 40 minutes pour les ruraux.

La mise en place du "reste à charge zéro" a permis d'améliorer l'accès aux soins dans l'audition et le dentaire, mais rencontre moins de succès pour l'optique

La réforme du "Reste à charge zéro, encore appelée "100% santé", s'est mise en place progressivement à partir de 2018 et est totalement appliquée depuis le 1er janvier 2021.

Selon France Asso Santé, la mesure a permis à des Français qui ne l'étaient pas de s'équiper :

- Le nombre d'audioprothèses achetées a ainsi augmenté de 70% entre 2019 et 2021, dont 39% faisaient partie du panier totalement remboursé
- 55% des prothèses dentaires en 2021 faisaient partie de l'offre "100% santé" contre 40 % en 2019

Le constat est en revanche plus mitigé concernant l'optique : seuls 17 % des ventes chez les opticiens en 2021 font partie du panier "Reste à charge zéro". Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce moindre succès :

- Une enquête de la DGCCRF mettait en avant en avril 2021 que 60% des 300 opticiens contrôlés ne mettaient pas assez en avant l'offre "100% santé"
- Plusieurs complémentaires santé proposaient déjà un reste à charge zéro avant la réforme

L'Assurance maladie a pris des mesures visant à corriger la situation puisqu'elle a envoyé des courriers aux opticiens pour qui le taux "100% santé" était trop bas à septembre 2021 et de sanctions sont prévues à terme.

Le forfait patient urgence entré en vigueur en ce début d'année 2022 pourrait bien accentuer le phénomène de renoncement aux soins

Depuis le 1er janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit régler **un forfait patient urgence (FPU) d'un montant de 19.61€**. Cela concerne 80% des patients qui passent aux urgences. Ce forfait est unique, quels que soient les soins dispensés. Cela concerne les personnes qui se rendent aux urgences pour des soins non programmés et qui ressortent des urgences sans être hospitalisées.

Dans certains cas bien spécifiques (affection de longue durée, femme enceinte au-delà du sixième mois de grossesse, ...), les personnes s'acquitteront d'un forfait minoré (8.49€) ou ne seront pas concernées par le forfait.

Ce forfait remplace le "forfait accueil et traitement des urgences" de 27.05€, dont la facture était établie une fois le patient sorti des urgences, qui était pris en charge à 80% par l'assurance maladie et payé par le patient ou sa complémentaire santé pour les 20% restants.

Ce forfait doit dorénavant être **réglé dès réception de la facture**, à la sortie des urgences ou directement lors du passage aux urgences.

Pour justifier cette mesure, le gouvernement met en avant la clarification du coût pour les patients, avec un tarif unique plus lisible pour les assurés et une simplification de la facturation pour les hôpitaux. C'est également, pour le ministère de la Santé, une volonté "d'inciter les gens à ne pas aller aux urgences en faisant une forme de pédagogie par le coût" et à privilégier la médecine de ville pour les soins non urgents. Ainsi, on peut lire dans l'annexe 9 du PLFSS1 2021 que "15 à 20% des passages aux urgences seraient évitables et pourraient être pris en charge par la médecine de ville" et que certains patients se rendent aux urgences parce qu'ils ont la fausse impression que les soins y sont totalement gratuits !

Pour le Docteur Gérald Kierzek, médecin urgentiste et directeur médical de Doctissimo, entendu lors de la commission d'enquête hôpital en janvier 2022, le FPU culpabilise "les patients **comme s'ils venaient aux urgences sans justification**". Le Docteur estime que de nets progrès avaient pourtant été



réalisés notamment pour la prévention de certaines pathologies comme les AVC, la prise en charge de douleurs thoraciques, d'artères bouchées, et qui risquent aujourd'hui d'être perdus : "**Les gens n'oseront plus venir aux urgences, de peur de déranger ou de venir pour rien, en devant de surcroît payer. Ils resteront chez eux et nous perdrons des vies humaines. Pour gagner quelques euros, il y aura un fort coût médical et humain. Cela aggravera la crise de l'hôpital public.**"

Ce FPU surtout un moyen de **réaliser des économies pour l'assurance maladie**. Il va en effet simplifier la facturation et le recouvrement par les établissements de santé. Toujours selon le PLFSS, seuls 30% des factures seraient aujourd'hui recouvrées suite au passage aux urgences dans les établissements publics. Le **gain estimé de cette mesure serait de 35 millions d'euros**, venant réduire d'autant le besoin d'aides en trésorerie financées par l'assurance maladie aux établissements de santé

Le FPU est remboursé par la complémentaire santé (ou par l'assurance maladie pour le régime local Alsace Moselle), et pour les plus précaires, par la complémentaire santé solidaire, en tiers payant donc sans avance de frais. Selon le PLFSS 2021, cette mesure n'aura pas d'impact sur les dépenses directes des assurés. Cela signifie pourtant que pour la majorité des Français, **il faudra avancer les frais dans l'attente d'être remboursé** et que les 4% des Français qui ne bénéficient d'aucune complémentaire santé – souvent les personnes en situation de pauvreté – devront supporter le coût d'un passage aux urgences. **Cela pourrait aggraver encore davantage le renoncement aux soins.**

Avec cette mesure uniquement financière, le gouvernement occulte totalement les autres raisons qui expliquent que les Français se rendent aux urgences et non chez le médecin de ville. Dans les zones où les médecins manquent, les **urgences de proximité sont la seule possibilité d'accès à des soins**. Comment faire alors quand il n'y a pas d'alternative aux urgences pour se faire soigner ? Le ministère admet pourtant que le service d'accès aux soins (SAS) lancé en 2021 et devant garantir un soin "partout et à toute heure" est encore en phase de test et a pris du retard ! **Les urgences étaient la garantie d'être soigné, pour tout le monde et quelques soient les moyens des patients.**

¹ Projet de loi de financement de la Sécurité sociale

Interview de Mme Y., salariée d'une clinique privée dans le sud de la France

Mme Y. a travaillé pendant une quinzaine d'années à l'accueil des urgences d'une clinique privée. Elle travaille depuis 1 an dans un autre service au sein de la même clinique. Elle nous fait part des situations qu'elle a pu rencontrer.

Rencontrez-vous aux urgences des patients qui viennent faute d'avoir pu trouver un médecin de ville ?

Oui, certains patients n'ont pas de médecin traitant ou bien la prise de rendez-vous est de plus en plus informatisée. Certains médecins ne permettent plus de prendre rendez-vous par téléphone, mais uniquement en passant par Doctolib. Les personnes qui ne sont pas familiarisées avec ces systèmes, comme les personnes âgées, ou les personnes défavorisées, qui vivent dans la rue, arrivent aux urgences pour cette raison. Nous avons également les gens du voyage qui n'ont pas de médecin traitant et viennent aux urgences.

Ces situations ont empiré ces dernières années puisqu'on a maintenant des gens qui sont très bien insérés dans la société, mais qui ne parviennent pas à obtenir un rendez-vous avant plusieurs jours auprès de leur médecin quand ils ont une douleur assez grave, un accident, etc. Leur médecin n'a pas de rendez-vous d'urgence. Ces gens ne peuvent pas attendre donc passent par les urgences.

Avez-vous été confrontée à des patients ayant renoncé aux soins d'urgence pour des raisons financières ?

Il y a beaucoup de patients, et de plus en plus, qui arrivent aux urgences et s'inquiètent de savoir si les urgentistes font des dépassements d'honoraires, comme nous sommes une clinique privée. Ça n'est pas le cas, mais beaucoup de personnes préfèrent se diriger vers l'hôpital parce qu'elles sont sûres qu'il n'y aura pas de dépassements d'honoraires.

Ce ne sont pas des personnes défavorisées, mais pour une même qualité de soins à l'hôpital, ils ne se voient pas appliquer de dépassements d'honoraires. Les patients ne savent pas que les urgentistes n'ont pas le droit de pratiquer des dépassements d'honoraires. C'est également le cas pour les opérations réalisées en urgence comme les appendicites par exemple.

L'hôpital public n'étant pas situé à proximité de la clinique, certains patients font donc un déplacement plus long pour aller à l'hôpital ?

Oui, exactement, alors que nous sommes à l'opposé de l'hôpital. Ils doivent donc traverser la ville en situation d'urgence, pour ne pas avoir ces dépassements d'honoraires qui sont de plus en plus importants.

Dans la clinique où je travaille, j'ai croisé des patients qui sont passés par les urgences, à qui la secrétaire du chirurgien a fait signer le document dans lequel il est mentionné qu'il va y avoir un dépassement d'honoraires sur la chirurgie alors que c'est strictement interdit dans le cas des urgences.

J'imagine que les patients ne savent pas qu'ils peuvent refuser de signer ?

Non, les patients ne le savent pas. Lorsque les patients arrivent aux urgences et qu'ils ne sont pas debout physiquement quand on fait leur dossier d'admission, nous allons les voir dans les box pour finaliser leur dossier et leur demander s'ils ont leur carte vitale et éventuellement une carte de mutuelle, etc. pour qu'ils aient le moins de choses à payer en sortant. C'est là qu'ils nous interpellent sur ce document relatif aux dépassements d'honoraires. C'est difficile de leur expliquer pourquoi la secrétaire leur a fait signer et en même temps qu'ils peuvent ne pas le signer, qu'ils n'y sont pas obligés.

Nous avons eu une réunion il n'y a pas si longtemps où on nous a demandé de nous assurer, que les patients qui n'ont pas de mutuelle, et donc qui doivent payer eux-mêmes la part non couverte par l'assurance maladie, sont en mesure de payer, surtout lorsque les sommes sont importantes (env. 500 €). Si le patient n'était pas en urgence vitale et qu'il ne pouvait pas payer, nous ne devions pas l'enregistrer et le renvoyer vers l'hôpital.

C'était donc à vous, qui n'êtes pas médecin, d'évaluer ce qu'est ou n'est pas une urgence vitale ?

C'est bien ça. Je l'ai fait une fois, mais cela conduit à des situations conflictuelles. On se fait insulter, menacer, attendre dehors... Je ne prends plus cette responsabilité, d'autant que la démarche me gêne.

Au service d'accueil des urgences, en tant que secrétaire, on a l'impression d'être responsable de la solvabilité des patients que l'on a enregistrés. Il y a un suivi de réalisé par la clinique sur le nombre de patients enregistrés et qui n'ont pas payé, avec une réunion tous les 3 mois. Les urgences, ça n'est ni l'endroit ni le moment de parler de problématiques financières, donc c'est une situation délicate et cela engendre des tensions avec les patients.

Et comment faisiez-vous face aux personnes défavorisées qui ne sont pas en capacité de payer ?

On avait ordre de demander aux urgentistes s'ils voulaient bien faire un geste. Certains médecins acceptent de soigner gratuitement, mais d'autres refusent catégoriquement. Les médecins qui acceptaient de faire des soins gratuitement sont partis petit à petit des urgences. Les médecins les plus anciens acceptaient régulièrement les patients qui n'étaient pas en mesure de payer. Aujourd'hui les urgentistes qui arrivent, qui sortent des études ne rentrent pas dans ces considérations-là et refusent de prendre en charge ce type de patients.

Certains patients CMU arrivent à la facturation en ayant signé le document relatif au dépassement d'honoraires, alors que celui-ci n'est pas applicable pour ce type de patient. Le médecin ne s'occupe pas de la partie administrative, mais c'est à la secrétaire médicale de ne pas appliquer ce dépassement. La Sécurité sociale rejette les dépassements d'honoraires puisqu'ils apparaissent dans la facture qui leur est transmise.

Avez-vous des patients qui refusent certains examens par peur de la facture finale ?

Non, les patients n'ont pas conscience de ce que coûtent les soins, jusqu'au jour où ils arrivent sans papiers et qu'ils sont informés qu'ils devront payer à la sortie. Ils sont étonnés de devoir payer la « part mutuelle » et du montant que cela représente.

Voyez-vous une évolution dans la capacité ou non des gens à payer leurs soins ?

Nous avons de plus en plus de personnes qui passent au contentieux, parce que les factures doivent être payées dans un délai de deux mois. Après deux mois, l'huissier prend en charge le dossier et ajoute ses honoraires à la facture. C'est souvent à ce moment que les patients se manifestent pour demander un aménagement ou un accord. Ils peuvent régler la somme petit à petit... et je travaillais dans un service qui ne pratiquait pas de dépassements d'honoraires.

Quel sera selon vous l'impact de ce nouveau forfait patient urgence ?

C'est injuste. Cela va défavoriser encore plus les défavorisés. Tous les gens qui n'ont pas de mutuelle vont devoir payer ce forfait. Ceux qui ont une mutuelle n'auront rien à payer. Les gens qui venaient déjà aux urgences à reculons parce qu'ils savaient qu'ils avaient un reste à charge savent qu'ils auront ces 20€ en plus.

Ce forfait a été mis en place pour que les patients passent par le médecin de ville. Il est vrai que j'ai travaillé aux urgences pendant 15 ans et je suis encore étonnée de voir des personnes venir aux urgences pour des piqûres de moustiques en plein été ! Il y a des situations qui ne relèvent pas du tout des urgences... Ces patients paient 25€ de forfait urgence + 25€ de consultation de médecin. Mais ça n'est pas la majorité des personnes.

Le forfait patient urgence sera dû pour les patients dont l'arrivée aux urgences n'est pas suivie d'une hospitalisation...

C'est 90% des patients qui arrivent aux urgences qui ressortent sans hospitalisation. Les entorses, les points de suture ne nécessitent pas d'hospitalisation...

Comment pensez-vous que ce forfait puisse se mettre en place dans la mesure où certaines personnes qui arrivent aux urgences n'ont pas leurs papiers avec eux (carte vitale, mutuelle, et moyens de paiement) ?

Nos dossiers « simples" sont facturés à 3 jours. On demande aux patients de revenir ou transmettre leurs papiers dans les 3 jours. Après 3 jours, la facture leur est envoyée. Les patients doivent donc régler la part mutuelle, qui leur sera remboursée a posteriori. Il est possible d'attendre quelques jours de plus pour laisser le temps aux patients de nous faire parvenir les documents, mais certains de mes collègues refusent de le faire. Les patients doivent donc avancer les frais.

Le fil blanc de cette clinique est de faire payer.

Reste à charge des ménages et inégalités d'accès à la complémentaire santé

Le reste à charge des ménages dans la consommation de soins et biens médicaux diminue du fait de facteurs structurels plus que par un meilleur remboursement

Le reste à charge (RAC) en santé des ménages représentait 8.9% de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2011. Depuis 10 ans, cette part diminue tendanciellement avec la **forte progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur** au titre des affections de longue durée.

En 2020, le RAC est passé de 7.2 % de la CSBM en 2019 à 6.5 %. Cette baisse est quasi généralisée et deux secteurs y contribuent fortement :

- le RAC pour les soins de dentistes diminue de 3.8 points en 2020, avec la mise en place de la réforme 100% santé
- le RAC pour les soins hospitaliers publics recule de 0.6 point en 2020 : les dépenses supplémentaires à l'hôpital public ont essentiellement été prises en charge par la Sécurité sociale, le financement des ménages a été réduit en proportion.

Mais la principale raison de la baisse du RAC est due à **un effet de structure**. Sous l'effet de la crise sanitaire, la structure de soins s'est nettement déformée en faveur des secteurs où le RAC est le plus faible (dépenses hospitalières), au dépend des secteurs où il est le plus élevé, ce qui fait mécaniquement baisser le RAC global. Cet effet contribue pour près de la moitié à la baisse globale du taux de RAC en 2020.

Les dépassements d'honoraires poursuivent leur repli chez les médecins généralistes, mais continuent de représenter une part importante chez les médecins spécialistes libéraux

En France, deux secteurs conventionnels et un secteur non conventionnel existent en médecine libérale :

- le secteur 1 : les médecins appliquent les tarifs conventionnels fixés par la Sécurité Sociale et ne peuvent pratiquer des dépassements d'honoraires qu'à de très rares occasions (consultations en dehors des heures d'ouverture du cabinet, etc.),
- le secteur 2 : les médecins choisissent librement leurs honoraires,
- le secteur 3 : les médecins sont non conventionnés. Ils fixent librement leurs honoraires et la part de remboursement de la sécurité sociale sur ces honoraires est plus faible que pour les médecins des secteurs 1 et 2.

Une consultation chez un médecin libéral conventionné secteur 1 est remboursée à hauteur de 70 % du tarif conventionnel par la sécurité sociale. Le reste à charge pour le patient sera plus important pour une consultation chez un médecin de secteur 2 ou 3. Les complémentaires de santé peuvent prendre en charge tout ou partie du reste à charge en fonction du type de contrat souscrit, mais les dépassements d'honoraires contribuent à limiter l'accès aux soins, notamment pour les patients qui ne disposent pas de complémentaire santé ou avec une couverture faible.

Chez les médecins généralistes libéraux, les dépassements d'honoraires ne représentent qu'une faible part des honoraires (1.8% en 2020) et **sont en repli depuis plusieurs années** notamment parce que le nombre de médecins du secteur 2 pratiquant des honoraires libres diminue régulièrement depuis plusieurs années : -11.8 % en moyenne entre 2010 et 2020 selon la CNAM. Les accords signés en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, la mise en place du contrat d'accès aux soins en 2015 et des options pratiques tarifaires maîtrisées (Optam) en 2017 peuvent également expliquer cette tendance.

En revanche, les **dépassements d'honoraires des médecins spécialistes libéraux représentent encore une part importante de leurs honoraires** (16.3%). La part de ces dépassements est stable depuis 2010.

Selon une étude la DREES (janvier 2020), les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins du secteur 2 dépendent du niveau de vie de la population locale et de la densité médicale locale.

Ainsi, les honoraires appliqués par les médecins du secteur 2 diminuent en cas d'augmentation de la densité de médecins de secteur 2 installés à proximité. Un médecin spécialiste conventionné de secteur 2 serait amené à baisser son prix si un confrère exerçant lui aussi en secteur 2 s'installe à proximité. Ce phénomène s'observe également lorsqu'un confrère conventionné de secteur 1 s'installe à proximité d'un médecin conventionné de secteur 2.

Les **zones à densité médicale faible seraient donc pénalisées par un manque de concurrence** lors de la fixation des prix par les médecins de secteur 2.

La "richesse locale", c'est-à-dire la propension de la population à accepter de payer plus cher pour un rendez-vous chez le spécialiste influe également fortement sur la pratique des médecins de secteur 2 : les médecins pratiquent ainsi des tarifs plus élevés dans les zones plus riches et un accroissement de cette richesse concourt à une hausse des prix.

La très grande majorité de la population bénéficie d'une complémentaire santé, mais les inégalités persistent

La Cour des Comptes constate dans son rapport sur les complémentaires santé (21/07/2021) que la très grande majorité de la population française (96%) bénéficie d'un niveau de protection élevé via les assurances maladie complémentaires.

▪ Les inégalités entre contrats collectifs et individuels

Il existe cependant une inégalité entre les contrats collectifs, plus protecteurs et avec un taux d'effort moins élevé pour les cotisants, et les contrats individuels.

Les contrats collectifs bénéficient d'une négociation des prix, d'une prise en charge par l'employeur et d'un avantage fiscal comme ceux existants pour les travailleurs indépendants.

Les personnes âgées subissent une double peine : ils bénéficient de contrats individuels dans 94 % des cas et paient des cotisations plus élevées du fait de leur âge, contrairement aux contrats collectifs pour lesquels l'âge n'est pas un critère déterminant du montant de cotisation.

Les dépenses de santé croissent avec l'âge, avec une accélération marquée à partir de 50 ans et les retraités sont plus exposés que les autres classes d'âge au reste à charge élevé, même s'ils sont également les plus à même de bénéficier d'une exonération au titre des affections de longue durée et que leur niveau de vie demeure en moyenne supérieur à celui des actifs.

▪ Les personnes les plus pauvres sont désavantagées

Seuls 4% de la population générale n'est pas couverte par une complémentaire santé, mais les personnes **les plus pauvres sont près de 12% à ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire**. La pauvreté et l'absence de complémentaire santé influent de manière importante sur le risque de renoncer aux soins : **les personnes renonçant aux soins sont majoritairement celles vivant sous le seuil de pauvreté ou qui sont pauvres en conditions de vie** (difficultés de logement, retards de paiement, restrictions de consommation, ...)

Les couvertures complémentaires mises en place au fur et à mesure des années pour améliorer la protection sociale (couverture obligatoire des salariés, portabilité, CMU complémentaire, complémentaires santé solidaire, etc.) permettent de diminuer le risque de renoncement aux soins. Les bénéficiaires de la CMU-C renoncent ainsi aux soins 4.5 fois moins que les personnes sans complémentaire santé. Cependant, les bénéficiaires de ces complémentaires santé **se voient encore souvent opposer un refus de soins** pour lesquels les saisines et les sanctions se révèlent très faibles au regard des enjeux.



Constructeurs d'alternatives



Expertise comptable
et conseil aux IRP



Comptabilité et Audit
des Comptes CSE et IRP



Commissariat
aux comptes



Expertise
SSCT



Etudes & Formations

