

École de Guerre Économique

SANTÉ ET ÉCONOMIE



Rapport Économie et Souveraineté
Sanitaire

DÉCEMBRE 2024.

EGE Ecole de Guerre
Economique

TABLE DES MATIERES

1.	Table des matières	.....
2.	Executive Summary	.....
3.	Les défis financiers et démographiques du système de santé français	.....
4.	Les grandes entreprises pharmaceutiques	.....
5.	Les grands plans d'investissement en France	.....
6.	Les Partenariats Public-Privé dans les projets de santé	.....
7.	Les Assurances santé	.....
8.	Les inégalités sociales de santé en France	.....
9.	Fraude sociale : réalité ou fantasme ?	.....
10.	Le tourisme médical en France	.....
11.	Conclusion générale	.....
12.	Bibliographie	.....

Les défis financiers et démographiques du système de santé français

Groupe 10 : **Marine Hué**, Ambroise DUROYON, Sarah CASGRIN, Rémi WAWAK, Ghislain DE LAMMERVILLE, Louis EHR

INTRODUCTION

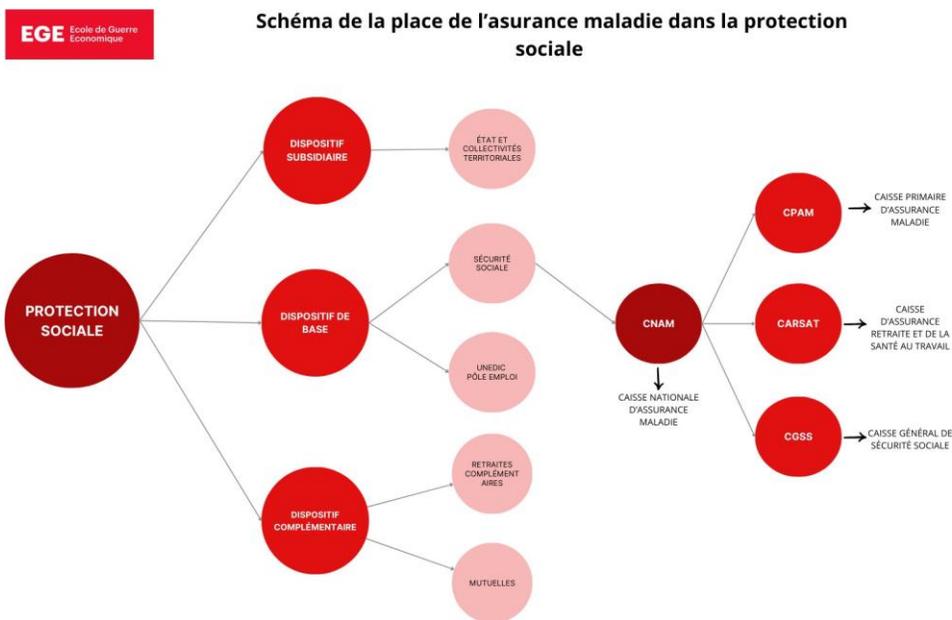
En 2022, selon Harris International, 43% des Français estiment que le système de santé fonctionne mal¹. Ce sentiment est conforté par le déficit de la sécurité sociale qui ne cesse d'augmenter. Celui-ci était de 9,9 Md en 2014 et est désormais à 18,5 Md en 2024, il a quasiment doublé en l'espace de 10 ans. Il est important de rappeler que l'arrivée de l'épidémie de coronavirus n'a pas aidé l'état financier de nos systèmes de santé et a souligné les limites de ceux-ci. Cependant, avec le vieillissement de la population, et plus particulièrement des « baby-boomers », qui, pour rappel, sont les personnes nées entre 1947 et 1965, le système de santé français va faire face à de nouveaux défis, notamment en termes de capacité mais également de financement. Il est important, afin de comprendre les défis que vont engendrer l'arrivée massive de cette génération, de saisir la manière dont le système de santé fonctionne actuellement. Notre système fonctionne sous le principe de la protection sociale. En 1998, le conseil de l'Europe la définit comme étant une couverture basée sur des droits contre un risque social prédéterminé comprenant tous les régimes de transfert collectif permettant de protéger les individus et ménages contre les risques sociaux². La protection sociale repose sur deux types de mécanismes : les prestations sociales (versées aux ménages) et les prestations de services sociaux (accès gratuit ou peu onéreux à des services³). Ce qui nous intéresse au sein de la protection sociale est la sécurité sociale, plus communément appelée Sécu. Celle-ci a été créée par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Elle protège l'ensemble des résidents du territoire français. Elle est composée de cinq branches : maladie, travail, accidents du travail et maladies professionnelles (assurance maladie) ; famille (les allocations familiales) ; retraite (assurance retraite) ; autonomie (CNSA) ; cotisations et recouvrement (Urssaf)⁴.

Nous nous intéresserons ici à la branche maladie et à la branche accidents du travail et maladies professionnels puisque celles-ci composent l'assurance maladie. L'assurance maladie est en réalité un terme plutôt générique qui englobe l'ensemble des dispositifs chargés d'assurer un individu face à des risques liés à la maladie, aux accidents du travail, à l'invalidité, à la maternité et au décès⁵. Celle-ci est également composée de deux branches. L'Assurance maladie obligatoire (AMO) couvre tout ou une partie des risques liés à la maladie, à la maternité et aux accidents de la vie privée et professionnelle, les maladies professionnelles et les invalidités. Elle est composée d'un régime général et de nombreux régimes spéciaux. Et l'assurance maladie complémentaire (AMC)

correspond à l'ensemble des garanties proposées par des organismes privés, à titre individuel ou collectif, en complément ou en supplément des prestations de l'Assurance maladie obligatoire.

Dans le cadre de notre rapport, nous nous concentrerons uniquement sur l'Assurance maladie obligatoire.

De ce fait, ce rapport vise à se questionner sur le modèle de financement du système de santé français et nous chercherons à voir s'il est adapté aux défis structurels (déficit, vieillissement) et conjoncturels (tensions budgétaires) qu'il va devoir affronter.



I. ETAT DES LIEUX FINANCIERS

A. FINANCEMENT DU SYSTEME DE SANTE FRANCAIS

Les acteurs du système de santé français

Le système de santé français est complexe et vaste. Son organisation est divisée en trois parties : les décideurs politiques qui définissent l'orientation des politiques publiques de santé en France, l'offre de soins qui regroupe l'ensemble des structures de soins en France et l'Assurance Maladie qui finance les soins et rembourse les ayants droits.

Les décideurs politiques

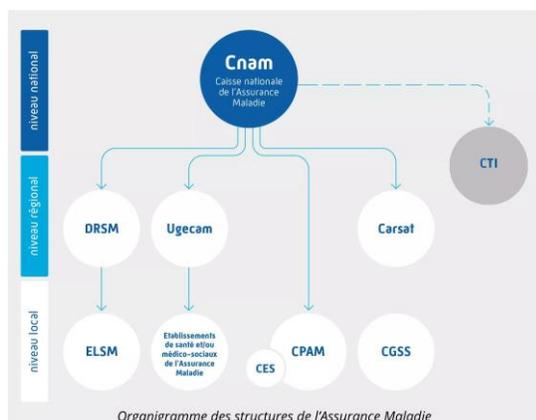
Les décideurs politiques, en l'occurrence les ministères de la Santé et du Travail, l'Assemblée nationale et le Sénat, sont à l'origine des stratégies de santé en France. Les

ministres orientent, au niveau national, les politiques publiques de santé, coordonnent les différents acteurs du système et veillent au bon fonctionnement des organismes. Les missions inhérentes à ces responsabilités sont multiples : établissement des normes de sécurité dans les hôpitaux, fixation des tarifs de santé, etc. Le parlement, quant à lui, débat, amende et vote le budget de la Sécurité Sociale - et donc, indubitablement de l'Assurance Maladie - (PLFSS) proposé par le gouvernement. A l'échelon régional, l'organisation des organismes de santé est assurée par les ARS (Agences Régionales de Santé). Sous le contrôle du ministère du Travail, elles s'assurent du fonctionnement des structures régionales et locales. Les ARS sont également chargées de structurer la coordination entre les acteurs locaux afin de maximiser l'offre de soins proposée⁶.

L'offre de soins française

L'offre de soins française est divisée en trois structures⁷ : les structures sanitaires, pour la prise en charge des soins hospitaliers ; les structures médico-sociales pour des publics dits « fragiles » et les structures ambulatoires pour les soins dits « de ville ». Chacune d'entre elles est régie par des règles différentes. Les structures sanitaires en premier lieu. Celles-ci comprennent les hôpitaux publics, qui offrent 66% des lits en France, les établissements privés à but lucratif, qui représentent 25% de l'offre de lits français et les établissements privés à but non lucratif qui totalise près de 9% de l'offre de lits en France⁸. Les hôpitaux publics, comme indiquent leurs noms, sont propriétés de l'État Français qui en est le gestionnaire principal.

Les hôpitaux à but lucratif, ou cliniques privées, sont détenus par des sociétés privées. Le marché français des cliniques privées est détenu par trois groupes : Ramsay



France, Elsan et Vivalto. Ramsay France est une filiale du groupe Ramsay Health Care, entreprise médicale cotée en bourse. Celle-ci possède près de 125 établissements en France pour un peu plus de 17% de part de marché de l'hospitalisation privée en France. Deuxième groupe privé et fort de 120 établissements de santé en France, le groupe Elsan détient près de 20% de l'activité hospitalière privée française. Elsan est possédé à 75% par le fond « Private Equity », de CVC Capital Partner. Troisième groupe privé de santé en France,

Vivalto repose sur un modèle de gestion particulier : l'association des médecins et managers dans la participation au capital de l'entreprise. Cette association est complétée par d'autres fonds, dont l'assureur MASCF et le CDC, allié à une société d'investissement



originaire des Émirats Arabes : Mubadala. Le groupe possède 53 cliniques sur le territoire français⁹.

En deuxième lieu, les structures médico-sociales pour des publics dits « fragiles », le mot fragile renvoyant ici aux personnes âgées dépendantes ou/et handicapées. Les établissements spécialisés dans l'accueil de ces personnes, comme les EHPADs pour les personnes âgées dépendantes, sont le cœur de cette structure. En troisième et dernier lieu, les structures ambulatoires, pour les soins dit « de ville », qui regroupent les soins exercés en cabinet de ville, dispensaire ou lors de consultations externes d'hôpitaux publics ou privés.

L'assurance maladie

Dernière catégorie : l'Assurance Maladie. Sous-section de la Sécurité Sociale, l'Assurance Maladie (voir infographie en page 1) veille au remboursement des soins pour les citoyens et les professionnels. Son organisation, répartie en plusieurs étages, se veut décentralisatrice. Premier organisme : la CNAM (Caisse nationale de l'Assurance Maladie). La CNAM est la structure chargée de l'organisation de l'AM (Assurance Maladie) en France. De cette responsabilité majeure découle un large panel de responsabilités¹⁰ : contrôle du respect des objectifs de dépenses et de recettes fixées dans le PLFSS, planification de la stratégie au niveau national, coordination des acteurs... A l'échelon régional, les DRSM (Direction régionale du service médical), sous-sections de la CNAM, ont pour but de garantir l'accès aux soins à tous. Leurs missions sont variées : accompagnement des professionnels de santé, lutter contre toute forme d'attitude déviante, s'assurer du bon remboursement des soins... La DRSM est représentée au niveau local par les ELSM¹¹. La liaison entre les ayants droits et l'Assurance Maladie, à l'échelle locale, est assurée par la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie).

Financement des acteurs privés et publics.

Le financement du système français est singulier. A contrario des pays anglo-saxons, les contribuables français financent directement leur système de santé via les impôts et les cotisations sociales. En contrepartie, le coût des soins est assuré par l'Assurance Maladie. Le reste à charge pour le contribuable est très faible.

Le financement du secteur public

Principal gestionnaire du financement, l'AM trouve ses fonds dans quatre sources : les cotisations sociales, à plus de 57%, les impôts (CSG), à hauteur de 19%, les taxes spécifiques, comme sur l'alcool et les subventions étatiques ponctuelles¹². Une fois les impôts et cotisations récoltés, les budgets doivent être planifiés : c'est le rôle du PLFSS.

Préparé conjointement par le ministère de l'Économie et la direction de la Sécurité Sociale, le PLFSS a pour but de fixer un cap en matière budgétaire dans l'offre de santé française. Les objectifs de dépenses et de recettes de l'AM sont fixés via l'ONDAM (Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie), outil budgétaire pour aider à la gestion des finances de l'AM. Le contrôle des objectifs de l'ONDAM est assuré par la CNAM et le Comité d'Alerte sur l'évolution des dépenses d'AM. Une fois le PLFSS voté, les budgets sont répartis entre les différentes entités qui participent à l'offre de soin française. Ainsi, en 2023, les soins de ville constituent le premier budget de l'AM, à hauteur de 104.7 Md d'euros. Viennent ensuite, en deuxième et troisième position, les budgets respectifs des établissements hospitaliers (102.2 Md d'euros) et des structures d'accueil médico-sociales (30 Md d'euros)¹³.

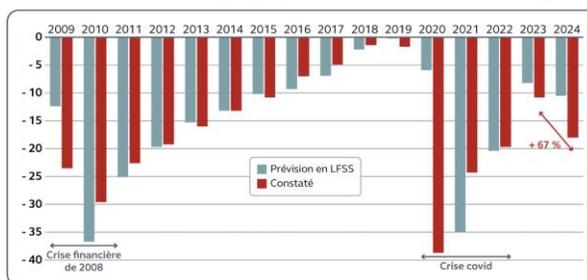
Le financement du secteur privé

Les cliniques privées à but lucratif sont également financées par l'AM. En effet, elles perçoivent de l'AM un remboursement en fonction des activités exercées. Mais réside une différence avec l'hôpital public. Celle-ci concerne le financement du personnel. Là où le personnel des hôpitaux publics a un statut de fonctionnaire, le personnel des cliniques privées possède un statut libéral. Cela signifie une plus grande liberté, par exemple dans la fixation des tarifs. En échange de cette liberté, le personnel verse une redevance à l'entreprise détentrice des biens meubles et immeubles de la clinique (bâtiment(s), matériels médical, etc...) ¹⁴.

B. TENSIONS BUDGETAIRES

Les politiques de financement de la sécurité sociale sont réfléchies sur la base de prévisions. Chaque année, on effectue des prévisions pour l'année suivante en fonction des résultats de l'année en cours. Les tensions budgétaires actuelles relèvent d'une surestimation des recettes et une sous-estimation des dépenses¹⁵.

Graphique n° 1 : soldes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (Robss) et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) en prévision et en exécution de 2014 à 2024 (en Md€)



Source : Cour des comptes, d'après les LFSS et le PLFSS 2025
 Note : pour 2024, la barre rouge correspond à la prévision inscrite en PLFSS pour 2025.

Diminution des recettes.

Plusieurs facteurs expliquent la diminution des recettes. D'une part, la prévision de croissance économique pour l'année 2024 est plus forte que la croissance réelle. Les recettes prévues issues de cette croissance n'ont pas été à la hauteur des attentes.

D'autre part, les recettes de cotisations sociales, payées par les entreprises et employés, sont moins hautes que prévu en raison d'une surestimation de la croissance de la masse salariale privée. Enfin, une mauvaise prévision de la hausse de la TVA (une part de la TVA est reversée à l'assurance maladie) représente un manque à gagner de 2,2 Md d'euros.

Hausse des dépenses de l'assurance maladie.

La hausse des dépenses de l'assurance maladie n'est pas expliquée par l'activité des hôpitaux, mais bien par la dynamique des dépenses de soins de ville. Celle-ci s'élève à 800 millions d'euros et s'explique de moitié par la hausse des honoraires des médecins spécialistes et, l'autre moitié, par la hausse des honoraires masseurs-kinésithérapeutes et les indemnités journalières. Le remboursement des médicaments, qui représente une partie significative des dépenses de soins de ville, sont conformes aux prévisions¹⁶.

Perspective (déficit structurel)

Nous pouvons être tenté de croire que ces tensions sont le résultat de la crise sanitaire du COVID 19. Bien qu'elle explique une partie des déficits, elle cache en réalité des causes structurelles.

Profil de dépenses par âge et vieillissement de la population

Pour comprendre l'enjeu sanitaire qui nous attend, nous pouvons nous intéresser à la dynamique démographique de la France et aux dépenses moyennes par tranche d'âge.

Projection de population par grand groupe d'âges

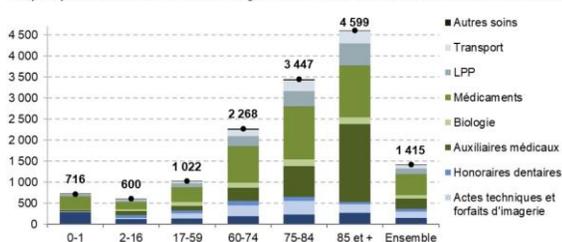
	Population au 1 ^{er} janvier en millions	Moins de 20 ans	20 ans à 59 ans	60 ans à 64 ans	65 ans à 74 ans	75 ans ou plus
2020	67,8	24,4	49,4	6,1	10,8	9,3
2025	69,1	23,7	48,3	6,2	11,0	10,8
2030	70,3	23,0	47,4	6,2	11,2	12,2
2035	71,4	22,4	46,5	6,2	11,4	13,5
2040	72,5	22,2	46,1	5,6	11,5	14,6
2050	74,0	22,3	44,9	5,7	10,8	16,3
2060	75,2	21,7	44,9	5,5	10,7	17,2
2070	76,4	21,3	44,2	5,8	10,8	17,9

Les données de l'INSEE sont claires, nous allons vers un vieillissement de la population. Dans 25 ans, les 75 ans et plus représenteront 16,3M de personnes, contre 10,8 aujourd'hui. Soit une augmentation de 5,5M de personnes, qui vont représenter un coût supplémentaire pour le système de santé. Ce coût est déjà visible aujourd'hui car la structure des dépenses par profil est croissante avec l'âge¹⁷:

Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070.

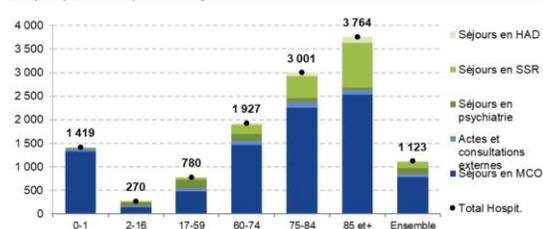
Ainsi, dès aujourd'hui, nous pouvons nous

Graphique 2 • Consommation moyenne remboursable de soins de ville en 2022



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

Graphique 3 • Dépense moyenne remboursable en établissements de santé en 2021



Source : Cnam, SNDS-DCIR.

apercevoir que les tensions budgétaires du système de santé français ne sont pas conjoncturelles, mais bien structurelles, avec une augmentation des coûts à moyen terme.

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)

L'ensemble des dépassements des objectifs de l'ONDAM n'ont pas trouvé de financement¹⁸, qu'ils soient par des recettes nouvelles ou des économies de dépense. De plus, la CNAM a constaté un trop-versé d'un milliard d'euros fin septembre 2024, lié aux avances pour la réforme des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) et les délégations de crédits. Cependant, la trésorerie tendue des hôpitaux complique le rappel de fonds de ces sommes¹⁹.

Déficit des hôpitaux public – le plan Ségur

Le plan Ségur est un ensemble de mesures adoptées en France pendant la crise de la COVID 19, afin de renforcer l'attractivité des métiers de santé. Ce plan permet un rattrapage des salaires, avec un coût de l'ordre de 12 Md d'euros. Ces mesures, bien que nécessaires, n'ont pas trouvé de financement dans les budgets²⁰.

Risque souverain et recours au financement privé Étranger

Nous l'avons vu, les tensions financières du système de santé sont réelles et structurelles. Si le système de santé n'arrive pas à soutenir financièrement ses politiques d'évolution, ses crises ou son activité de ville, il pourrait se retourner vers des investisseurs privés, voire étrangers. C'est notamment le cas de Ramsay services qui est déjà aujourd'hui bien implanté en France à travers ses établissements de santé privé, il peut ainsi facilement prendre en importance en France. La possibilité pour des acteurs privés étrangers de pouvoir investir en France représente un risque non négligeable de perte de souveraineté pour le système de santé français. Impactant ainsi sa capacité à absorber les crises, qu'elles soient sanitaires, ou économique-financière.

Désormais, après avoir expliqué l'état des lieux financiers du système de santé français, afin de comprendre les autres défis auxquels il fait face, nous aborderons la question de l'arrivée massive des baby-boomers dans celui-ci.

II. LE BOULEVERSEMENT DU SYSTEME DE SANTE AVEC L'ARRIVEE MASSIVE DES PERSONNES AGEES

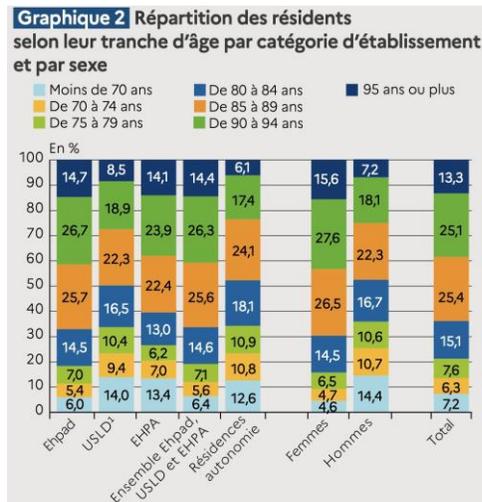
A. LES DEFIS

Adaptation des infrastructures face à l'augmentation du nombre de patients âgés

Les hôpitaux et les EHPAD peinent à faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées, accentuée par le vieillissement démographique et les crises sanitaires récentes.

Tout d'abord, le manque de lits dédiés à la gériatrie et aux soins de longue durée constitue un obstacle majeur. Selon le rapport de la DREES publié en 2022, la demande

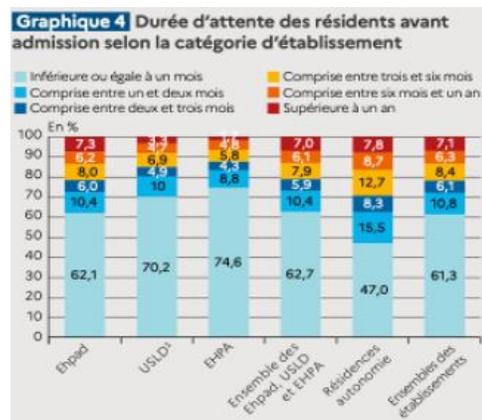
est en constante augmentation, en effet, la prévision est de 20 % de plus de personnes de plus de 75 ans d'ici 2030. Malgré cette évolution démographique, l'offre reste largement insuffisante. Ce manque est aggravé par l'insuffisance des équipements spécialisés, comme les lits médicalisés ou les dispositifs nécessaires pour assurer une prise en charge optimale des pathologies liées à l'âge.



Les graphiques²¹ illustrent clairement cette problématique : dans les EHPAD et structures médicalisées, une majorité de résidents a plus de 85 ans, avec une proportion significative de personnes de 90 ans et plus. Cette distribution de l'âge montre la nécessité d'adapter les infrastructures pour des patients toujours plus âgés, nécessitant des soins complexes. Par ailleurs, le temps d'attente pour accéder à ces structures est particulièrement préoccupant : comme le montre le second graphique, une part importante des résidents attend plus de trois mois, et certains plus d'un an, avant d'être admis. Ces délais traduisent l'insuffisance des capacités

d'accueil face à la demande croissante.

Cette insuffisance des capacités d'accueil contribue à une saturation croissante des services hospitaliers, particulièrement dans les urgences. Cette situation est notamment due à l'absence de solutions intermédiaires, comme les places en EHPAD ou dans d'autres structures adaptées. En parallèle, la pénurie de professionnels spécialisés en gériatrie (médecins, infirmiers et aides-soignants) accentue les difficultés. Ce manque de personnel compromet à la fois la qualité et la rapidité des soins, en particulier pour des patients aux besoins particuliers.



Un autre problème majeur concerne l'état des infrastructures existantes, souvent vieillissantes et inadaptées aux besoins des personnes âgées. Les bâtiments souffrent de défauts d'accessibilité, du manque de dispositifs de prévention des chutes, ainsi que de l'absence d'aménagements appropriés pour traiter efficacement les maladies chroniques. Ces lacunes rendent ces structures peu adaptées aux réalités actuelles de la prise en charge des personnes âgées.

Pression sur les ressources humaines : Pénurie de personnel et coût de formation

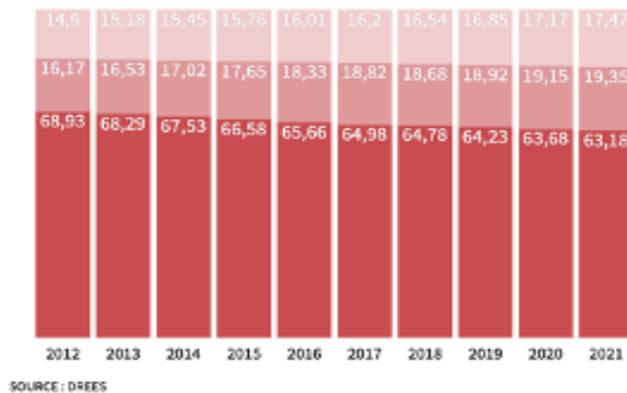
Le secteur de la santé et du médico-social fait face à une pénurie croissante de personnel médical et paramédical, un phénomène aggravé par des départs massifs à la retraite et des difficultés de recrutement. Le déséquilibre entre l'offre et la demande de soins met le système sous tension, tandis que des conditions de travail difficiles (surcharge, stress, burn-out) rendent ces métiers moins attractifs, alimentant un cercle vicieux de départs précipités et de pressions accrues.

Le graphique²² montre que la part des infirmiers salariés hospitaliers a chuté de 68,9 % en 2012 à 63,2 % en 2021, traduisant un désintérêt croissant pour l'hôpital au profit de modes d'exercice plus flexibles comme le libéral. Cette tendance reflète un malaise lié

L'hôpital attire de moins en moins les infirmiers

Evolution du mode d'exercice des infirmiers, en % de l'ensemble de la profession

● Salariés hospitaliers ● Libéraux ou mixtes ● Autres salariés



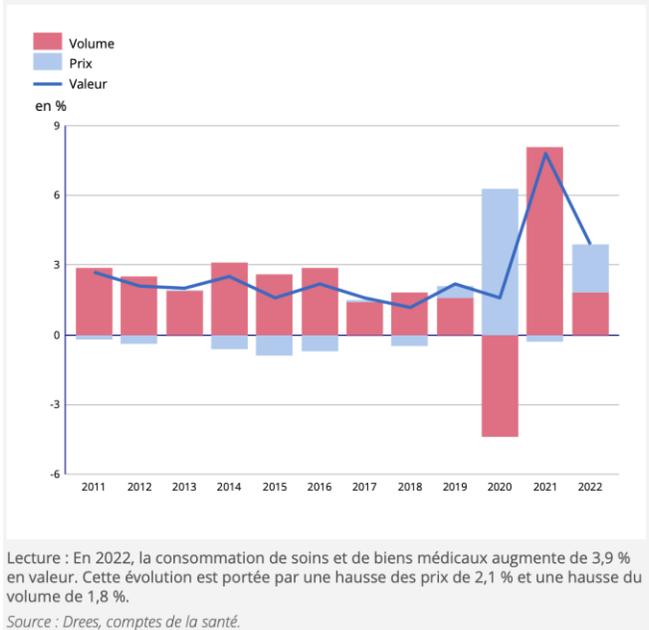
aux conditions de travail et à la faible reconnaissance des professions de la santé.

La situation est encore plus critique dans les zones rurales²³, où les déserts médicaux se multiplient, et les coûts élevés des formations, initiales ou continues, représentent un frein supplémentaire. Une réforme structurelle est indispensable pour attirer, former et fidéliser les professionnels de santé face à cette crise.

Inégalité d'accès aux soins

Les frais de formation et de spécialisation dans le secteur de la santé augmentent rapidement. Il est essentiel de former et de spécialiser les professionnels, mais cela engendre des dépenses toujours plus élevées. Cela concerne à la fois la formation des futurs soignants et la formation continue des employés en poste, dans un environnement où les compétences doivent constamment évoluer avec les nouvelles technologies, les changements organisationnels et les évolutions démographiques.

Figure 2 – Taux de croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en valeur, en volume et en prix



La formation médicale subit une hausse marquée des coûts. Selon *Le Quotidien du Médecin*²⁴, les frais d'études ont augmenté de 14,2 % en 2023, en raison de l'inflation et des exigences croissantes des programmes. Les dépenses vont au-delà des frais d'inscription, incluant le matériel, les stages et les déplacements, notamment en zones rurales. La durée des études, particulièrement en gériatrie ou en chirurgie, représente une barrière économique pour de nombreux étudiants. Cette augmentation des coûts s'inscrit dans un contexte général d'augmentation des dépenses liées aux soins, comme l'illustre le graphique ²⁵: en 2022, la consommation de soins et de

biens médicaux a progressé de **3,9 %**, portée par une hausse des prix (+2,1 %) et une hausse des volumes (+1,8 %). Cela reflète l'influence directe des coûts croissants sur l'ensemble des dépenses liées à la santé²⁶.

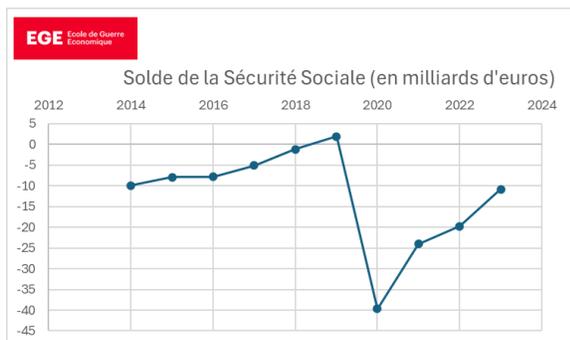
B. LES IMPACTS FINANCIERS

L'AUGMENTATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Avec le vieillissement de la population, les dépenses de santé françaises, c'est-à-dire, les soins hospitaliers, les soins ambulatoires et bien médicaux, se sont envolées. Sur les 10 dernières années, les dépenses sont passées de 186 Md d'euros à 248 Md soit une augmentation de 75 points de base ; dont 5,2 sur la dernière année. Sur l'année 2023, la CSBM (Consommation de soins et de biens médicaux) dans son ensemble correspond à 8,8 % du PIB du pays, soit la même proportion qu'en 2013, mais légèrement en dessous de l'année 2022²⁷. Tout cela indique bien une augmentation des dépenses en soins qui reste néanmoins proportionnelle à la hausse du PIB. Cela dit, les dépenses augmentent, ce qui est cohérent avec la tendance actuelle ; vieillissement de la population et crise sanitaire, elles s'expliquent par l'augmentation du volume des soins hospitaliers, des médicaments et des soins de médecins spécialisés. Cette augmentation de la CSBM a entraîné une hausse des prix de 1,2 point de base en moyenne sur l'entièreté des services et biens liés à la santé. La hausse de la CSMB participe à la croissance du PIB français et donc de son économie. Également, la croissance du nombre de soins par

habitant augmente, d'une moyenne de 13,5 actes de soins par habitant en 2012, la France atteint les 15,5 en 2022. C'est donc une nécessité de produire plus de biens et de services de soins pour limiter l'impact des futures restrictions.

DÉSÉQUILIBRES DANS LE FINANCEMENT



dernières), chaque année s'est soldée avec un déficit d'au moins 1 milliard d'euros. Bien que sur la période 2014 - 2018 celui-ci diminuait, la pandémie du Covid-19 n'a fait qu'accentuer à nouveau le phénomène de déficit. Ce déficit est l'une des causes principales du déséquilibre financier de la Sécurité Sociale. A cela il faut ajouter le facteur du vieillissement de la population, avec

une addition de 5,5 millions de personnes de plus de 75 ans d'ici 25 ans, et leur besoin accru d'accès aux soins. Sans compter le ratio cotisant/retraité qui est à la baisse avec 1,77 cotisant en 2022 par retraité contre 2,02 en 2004, les personnes âgées vont avoir de plus en plus de mal à recevoir des biens ou services de soins. Pour pallier ce phénomène d'accentuation du déséquilibre financier, nous observons qu'il y a eu un véritable changement pour les salariés d'entreprises en 2014 concernant les taux de cotisation sociale pour la Sécurité Sociale²⁹. En effet, sur la période 2012 - 2017, les taux sont passés de 0,1 % de la totalité du salaire brut à 0,4 %, soit une augmentation de 300%. Entre déficit budgétaire, demande de soins accentués, prix en augmentation et vieillissement de la population, il est difficile d'imaginer qu'il n'y ait pas de déséquilibre dans le financement.

Sur les 10 dernières années, la moyenne budgétaire de la sécurité sociale est à un déficit de 12,8 Md d'euros, cela indique un réel souci de financement²⁸. Sans compter l'année 2019 (seule année en excédent sur les 10





Risque de réallocation budgétaire.

Ce vieillissement de la population française et l'augmentation de la CSMB, va, sans surprise, obliger l'État à augmenter son budget afin de mieux subvenir aux besoins de sa population. Il est donc probable qu'une réallocation budgétaire soit nécessaire, et cela au détriment d'autres secteurs. Dans un contexte où les ressources budgétaires de l'État sont limitées, il devient impératif de procéder à des arbitrages délicats.

Deux options principales s'offrent alors aux décideurs publics : d'une part, la réorganisation du budget alloué au secteur de la santé, bien que cette voie puisse rapidement révéler ses limites et engendrer des tensions croissantes ; d'autre part, le choix de réduire les dotations d'autres secteurs afin de renforcer les capacités de financement de la santé. Face à ce dilemme, il incombe à l'État de mener une réflexion approfondie, en soupesant avec rigueur les avantages et les inconvénients de chaque alternative. Cette démarche doit néanmoins être guidée par une conscience aiguë de la centralité du budget de la santé, qui, en raison de son impact direct sur le bien-être et la qualité de vie des citoyens, constitue un pilier fondamental de l'action publique. Au stade actuel, les prévisions de la CSBM pour l'année 2025 avoisine les 270 Millions d'euros soit une augmentation de 9 points de base par an. L'un des gros obstacles toujours en jeu est la marge de manœuvre ; en effet si certains budgets peuvent être modifiés, d'autres sont plus difficiles à améliorer comme le financement des retraites ou la dette. De plus, si l'on choisit un secteur au détriment d'un autre, l'État ne pourra pas répondre à toutes les crises dans tous les secteurs, ce qui risque de poser encore plus de contraintes qu'au début, cela pose un problème beaucoup plus profond qu'un déséquilibre dans la balance financière des ressources allouées aux retraites.

Nous pouvons donc dire que l'arrivée massive de cette génération de baby-boomer va poser de nombreux défis, tout d'abord, puisque l'État, d'un point de vue matériel, n'est pas prêt à les assumer, mais également, puisque les impacts financiers vont être conséquents et compliqués à régler. Afin de comprendre comment il serait possible de pallier ce problème, nous nous concentrerons désormais sur les possibles stratégies et réformes.

III. POSSIBLES STRATEGIES ET REFORMES

A. ÉTAT DES LIEUX DES RÉFORMES PROPOSÉES PAR L'ÉTAT

Depuis les années 2000, la France a mis en place plusieurs réformes visant à rendre pérenne le système de santé et de protection sociale du pays. L'objectif étant

également de résorber les déficits croissants de l'Assurance Maladie et de la branche vieillesse. Ces réformes ont été mises en place dans un contexte de vieillissement démographique massif impliquant une augmentation des pathologies chroniques et donc une hausse continue des dépenses de santé. Face à cet état de fait, l'État a mis en place plusieurs réformes visant à répondre aux défis économiques, sanitaires et sociaux posés par l'époque et les effets notamment du baby-boom, tout en cherchant à améliorer l'efficacité du système de santé.

Les réformes proposées par l'État pour répondre aux défis du système de santé

Pour pallier les problèmes identifiés, l'État français a pris des mesures dès le début du siècle. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), introduite dans les années 2000³⁰, est un outil majeur pour limiter la progression des dépenses de santé. Elle introduit chaque année l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), visant à contenir l'augmentation des dépenses tout en s'adaptant aux besoins émergents, de manière annuelle. Dans les années suivantes, des réformes supplémentaires ont été mises en place, notamment, la loi Douste-Blazy de 2004, qui a introduit le parcours de soins coordonné et la généralisation du médecin traitant. Cette loi visait à mieux organiser les soins, à limiter les actes redondants et à optimiser le parcours de santé des patients.

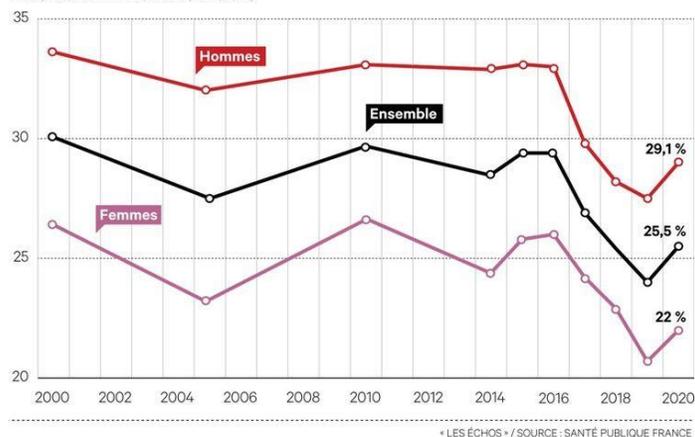
Depuis les années 2010, l'État a accordé une place de plus en plus importante à la prévention, à travers des politiques de lutte contre le tabagisme de plus en plus massive (accompagnée d'une

augmentation du prix du tabac³¹) et la promotion de l'activité physique. L'instauration du paquet de cigarettes neutre et l'augmentation des taxes sur les produits nicotinés ont permis de diminuer la consommation, en effet, comme nous le montre le graphique ci-dessous, celle-ci est passée de 30% des 18-75 ans en 2010 à 25,5% en 2020. Comme nous l'avons vu dans la partie II,

la crise du COVID-19 a eu un effet de loupe sur le problème de pénurie de soignants et a révélé les difficultés croissantes du système hospitalier à recruter et à maintenir son personnel, désertant le service public au profit des acteurs privés. En réponse, les accords du Ségur de la santé, signés en 2020, ont permis de revaloriser les salaires des personnels hospitaliers et d'améliorer leurs conditions de travail. Malgré l'objectif de cette mesure d'apporter un soulagement, elle est loin de résoudre la crise structurelle du

Prévalence du tabagisme quotidien selon le sexe

En %, évolution 2000-2020 (18-75 ans)





système de soins publics, notamment face aux projections de besoins de recrutement massif dans les décennies à venir liées au vieillissement croissant de la population française³².

Les réformes actuelles cherchent de plus en plus à réduire les dépenses en optimisant la prise en charge des arrêts maladie et des prescriptions médicales. Les dernières initiatives de l'État allant dans ce sens sont le contrôle des arrêts maladie et des prescriptions superflues, ainsi que la création d'outils numériques tels que « Mon espace santé » afin de fluidifier ce type de démarches et éviter les engorgements des cabinets médicaux liés à celles-ci. Si la volonté est bien là, ces réformes sont très partiellement mises en œuvre et ne permettent que très peu de se rapprocher des objectifs d'économies souhaitées. La fiscalité introduite en 2012 sur des produits alimentaires préjudiciables à la santé, comme les boissons sucrées, vise à réduire les pathologies liées à l'alimentation qui touchent souvent les populations âgées et défavorisées (diabète, obésité, hypertension), tout en finançant la Sécurité sociale. L'impact de ces mesures fiscales reste marginal par rapport aux déficits structurels du système de santé, et sont également souvent perçues comme injustes, les produits taxés étant souvent consommés massivement par les classes populaires. Le « bien-manger » étant perçu comme un privilège de classe³³.

La question du recrutement et de la formation des soignants demeure un enjeu central. La Fédération hospitalière de France a souligné la nécessité d'augmenter de manière massive le nombre de professionnels de santé, particulièrement les infirmiers et les aides-soignants, pour répondre aux besoins croissants de la population d'ici 2050. Parallèlement à ce manque de professionnels essentiels, le système reste confronté à une crise des vocations liée à la dégradation des conditions de travail, compliquant encore plus la mise en place de réformes efficaces visant à augmenter les recrutements.

Les limites et les faiblesses des réformes actuelles

Bien que les réformes engagées depuis deux décennies soulignent la volonté étatique d'adapter et de moderniser le système, elles demeurent insuffisantes et inefficaces pour répondre pleinement aux défis posés par la crise sanitaire, économique et démographique que la France connaît. L'une des principales limites réside dans l'insuffisance des efforts pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Par exemple, si la prescription de médicaments génériques et la rationalisation des soins ont permis de réaliser certaines économies, leur impact est très limité par rapport à l'augmentation croissante des dépenses liées au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques.

De même, les politiques de prévention, bien qu'ambitieuses, et plus importantes en France que dans le reste du monde, souffrent d'un manque de financement et d'une mise en œuvre inégale sur le territoire. La prévention semble également moins efficace chez

les populations les plus défavorisées de la société, dont les modes de consommation restent d'abord liés à des contraintes économiques qu'à une prise en compte de la santé. Les campagnes de prévention contre l'obésité n'ont ainsi pas encore atteint leur plein potentiel, en partie à cause du manque de structures adaptées, surtout dans les zones rurales et périurbaines. De plus, la mise en place de bilans de santé gratuits à des âges clés reste trop limitée pour couvrir l'ensemble des populations à risque³⁴.

La pénurie de soignants reste également un problème central. La crise du COVID ayant augmenté le problème. L'augmentation des salaires et l'amélioration des conditions de travail, sont des mesures importantes mais insuffisantes, et encore trop peu perçues par le personnel soignant et les étudiants. Le désintérêt pour les métiers de la santé persiste, particulièrement dans les établissements publics, en raison de la précarité des conditions de travail et de la rémunération toujours insuffisante dans des conditions de travail difficiles. La projection des besoins d'ici 2050 montre que même en application pleine des réformes actuelles la pénurie de soignants persistera et pourrait même continuer de s'aggraver³⁵.

De plus, ces réformes risquent paradoxalement d'aggraver les inégalités d'accès aux soins, particulièrement dans un contexte de crise économique où les coûts pour les ménages augmentent. Si des solutions ne sont pas trouvées pour garantir l'accessibilité des soins pour tous, indépendamment de la situation économique ou géographique, les contraintes économiques pour les ménages entraîneront une hausse continue des renoncements aux soins, particulièrement dans les territoires les plus démunis³⁶.

C. AUTRES PISTES DE REFORMES

Il est désormais clair que les réformes mises en place en France jusqu'à aujourd'hui n'ont pas réellement porté leur fruit. Ainsi, afin de comprendre de quelle manière il serait possible de résoudre le problème du déficit de l'Assurance Maladie, couplé à celui de l'arrivée massive des baby-boomers, nous nous sommes penchés sur différentes solutions possibles.

Création d'un nouvel intermédiaire d'accès aux soins

Afin de permettre une meilleure gestion du financement il est nécessaire de trouver une méthode réduisant les coûts des soins pour l'État, la seule option étant de réduire la distribution de biens et services. Pour cela, il pourrait être intéressant de réfléchir à un nouveau système de distribution des soins. En passant par un intermédiaire de vérification du besoin, les actions de soins seraient nettement réduites et donc le coût pour l'État de ces dernières avec. Cette option permettrait de supprimer dans le même temps les nombreuses personnes ayant recours à des visites régulières chez le médecin pour des certificats ou bien des ordonnances. L'intermédiaire qui pourrait être une plateforme en ligne vérifierait la demande et enverrait, soit directement l'ordonnance ou le certificat par



courriel, soit validerait la demande de visite chez le médecin. Cela réduirait également les dépenses des Français liées aux déplacements et dans le même temps réduirait les émissions à effet de serre. Le côté négatif est que cela pourrait augmenter les délais qui sont déjà souvent considérés comme longs. Nous pourrions alors penser à embaucher afin d'avoir des systèmes plus répondants. Pour les séniors ou pour les personnes considérées comme sensibles, une voie d'accès rapide pourrait alors être développée pour leur permettre de bénéficier d'une réponse plus rapide.

L'INCORPORATION DE L'IA DANS L'ANALYSE MÉDICALE

Une autre piste qui pourrait être envisagée serait l'incorporation de l'IA au diagnostic des patients, ce qui permettrait de détecter des maladies 7 à 20 ans avant leur apparition et donc réduire fortement les besoins en traitement médicaux lourds. Le but ici est donc de déceler en amont de futures maladies comme Alzheimer ou Parkinson, qui sont très coûteuses pour l'État et qui, avec un dépistage précoce, permettrait une meilleure prise en charge et un ralentissement de leur progression. Pour rappel, en France, 900.000 personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer et un patient d'Alzheimer coûte 37 000 par an, ce qui fait un total de 33 Md d'euros sur 1 an³⁷.

Quant à Parkinson, les couts s'élèvent en 2017 à 193 millions en dépenses hospitalières. Des études ont été menées sur ces deux maladies. Le but était d'incorporer l'IA dans l'analyse médicale. Les résultats sont sans appel, pour la maladie de Parkinson, l'IA permet de détecter la maladie à 85%³⁸. De plus, avec d'autres méthodes utilisant également l'IA, la maladie pourrait être détectée 10 à 20 ans avant l'apparition des premiers symptômes³⁹. Quant à la maladie d'Alzheimer, l'IA a pu détecter le risque de développement de la maladie avec une précision de 72 % jusqu'à sept ans à l'avance⁴⁰.

Ainsi, grâce à la possibilité de déceler ses maladies avant leur apparition, les patients pourraient être pris en charge plus rapidement et recevoir des traitements préventifs. Les recherches sont en cours afin d'appliquer ses logiciels d'IA à la détection d'autres maladies, notamment sur le cancer du sein. Ainsi, l'implantation de l'IA dans l'analyse médicale permettrait, avec une prise en charge en amont des maladies qui engendrerait des traitements moins lourds, de réduire le déficit de l'Assurance maladie, malgré l'arrivée massive de baby-boomers dans le système de santé.

CAMPAGNE D'ENCOURAGEMENT AU SPORT POUR LES PLUS DE 50 ANS

Une autre piste qui pourrait être envisagée serait le fait de mettre en place une campagne d'encouragement à la pratique du sport pour les plus de 50 ans. Le but ici serait que cette population vieillissante reste en meilleure santé plus longtemps et que sur le long terme, ils aient moins besoin de traitements lourds et onéreux.

En effet, nous connaissons tous les bienfaits du sport sur la santé, que ce soit le risque de décès prématurés qui est réduit de 20 à 30%⁴¹, le risque d'AVC qui diminue

également de 35,7%⁴², ou plus globalement, la diminution des maladies cardiovasculaires⁴³. De plus, rappelons que les pathologies cardio-neurovasculaires coûtent en moyenne 3657 euros par patient⁴⁴, avec 15 millions de personnes souffrant de ces pathologies en France, cela représente un coût de 54 milliards d'euros.

De plus, l'âge de 50 ans n'est pas choisi au hasard. En effet, selon l'assurance maladie, la probabilité d'avoir un accident cardiovasculaire ou cardiaque augmente nettement après 50 ans chez l'homme et après 60 ans chez la femme⁴⁵. De plus, il est clair que la pratique régulière de sport apporte également un bien-être psychologique. D'après un sondage de Santé publique France de 2017⁴⁶, les sportifs sont nettement moins sujets à de la détresse psychologique et leur baromètre de bien-être subjectif est bien au-delà des non-sportifs. Les personnes âgées étant les personnes les plus à risque, nous pouvons comprendre que mener une politique d'État pour inciter les personnes de plus de 50 ans à faire du sport régulièrement permettrait de diminuer significativement le risque de maladie. Par effet mécanique, cela permettrait de réduire ainsi les dépenses de santé. Pour viser ce type de population, c'est-à-dire des personnes actives en fin de carrière professionnelle, nous pouvons les atteindre via les entreprises dans lesquelles ces personnes travaillent. Une politique comme celle-là pourrait regrouper une fédération française de sport uniquement réservée aux personnes qui travaillent, avec régulièrement des séances, mais également des compétitions entre entreprises. De plus, subventionner des événements sportifs organisés par l'entreprise pourrait être également une idée. Inciter les actifs à faire du sport, en outre des bénéfices sociaux que cela peut apporter, permettra de réduire considérablement les risques de maladie. Sur le plan financier, une telle politique pourrait engendrer des économies importantes pour le système de santé français. En diminuant les risques de maladies chroniques, les dépenses liées aux traitements médicaux et aux hospitalisations évitables seraient réduites, ce qui permettrait de soulager le budget public de la santé.

IV. CONCLUSION

Le système de santé français repose sur une organisation complexe, entre acteurs publics et acteurs privés, et un financement basé sur les cotisations sociales et les impôts. Il fait aujourd'hui face à des défis majeurs. Les tensions budgétaires, aggravées par de mauvaises prévisions des recettes et des dépenses, révèlent des déséquilibres



structurels amplifiés par le vieillissement de la population et, mécaniquement, l'augmentation des coûts liés aux soins.

Le déficit de financement, illustré par des dépassements récurrents des objectifs de dépenses, pose une réelle menace à la pérennité du système. À cela s'ajoute le risque de recours accru à des financements privés, notamment étrangers, compromettant potentiellement la souveraineté sanitaire de la France.

Face à ces enjeux, une réforme profonde est indispensable pour garantir un équilibre durable entre les recettes et les dépenses, tout en préservant l'accès équitable aux soins et la souveraineté nationale dans la gestion des crises futures.

Le vieillissement de la population place le système de santé français à un moment charnière de son histoire. L'arrivée massive des personnes âgées de la génération du babyboom révèle des failles structurelles, organisationnelles et financières qui risquent de s'aggraver avec le temps. Le manque de moyen matériel (places dans les EHPADs, matériel de soins, infirmiers) montre que l'offre n'arrive pas à suivre la demande. Cela nous montre que l'État ne s'adapte pas assez rapidement aux besoins, et que celui-ci n'a également pas pris de marge d'avance pour s'ajuster, celui-ci risque de se faire dépasser rapidement et de manière inédite.

De plus, bien que les dépenses de santé augmentent proportionnellement à la croissance du PIB, la fragilité financière persiste. Cela est notamment visible par les déficits répétés de la Sécurité sociale. Ce déséquilibre menace non seulement la pérennité du système de soins mais impose également des choix budgétaires délicats, obligeant l'État à envisager des réallocations de fonds potentiellement au détriment d'autres secteurs clés. Bien que des réformes importantes aient été engagées, elles peinent à répondre pleinement aux enjeux démographiques, économiques et sanitaires. Cependant, d'autres pistes pourraient être envisagées dans le but de lutter contre le déficit de l'Assurance Maladie malgré l'arrivée massive de baby-boomer, comme l'introduction d'un intermédiaire numérique, le dépistage précoce par l'IA, ou encore, une campagne d'incitation à la pratique du sport pour les plus de 50 ans.

Nous pouvons donc dire, à ce jour, que le système de santé français, n'est pas adapté afin de répondre aux défis structurels, que sont l'arrivée massive des baby-boomers. Bien qu'ayant réussi pendant plusieurs années à répondre aux enjeux conjoncturels, c'est-à-dire, à réduire le déficit de l'Assurance Maladie, l'arrivée de l'épidémie du Covid a changé la donne, et encore aujourd'hui, ces conséquences se ressentent dans le système de santé français. Ainsi, une véritable concertation est nécessaire au plus haut de l'État afin de résoudre ces problèmes, avant qu'il ne soit trop tard et que le système devienne surchargé à un point de non-retour.

Les grandes entreprises pharmaceutiques

Groupe 11 : **Stanislas LEGAL**, Nicolas ARKHIPOFF, Mathis BONNANT MICHEL, Augustin DE BONFILS, Raphael GUERCIO, Paul KREMER

CHAPEAU

Les enjeux de souveraineté sanitaires font les gros titres depuis la pandémie. Scandale des masques, puis des respirateurs et dépendance aux vaccins étrangers, la crise de la COVID a révélé des défaillances majeures.

Plus récemment la revente de la branche grand public de Sanofi - incluant le Doliprane - à un fonds américain, dans un contexte de pénuries de médicaments (multipliées par 20 depuis 2000). Le déclassement souverain de la France dans le secteur apparaît désormais comme une lumière aveuglante aux yeux du grand public. Pourtant, la France est aussi le 5ème exportateur de médicaments en Europe et l'une de ses entreprises compte même parmi les 5 plus grandes entreprises mondiales du secteur. Comment, d'une situation qui paraît privilégiée, la souveraineté pharmaceutique française peut-elle être si précaire ? Quelle est la responsabilité des entreprises françaises dans cette perte de souveraineté

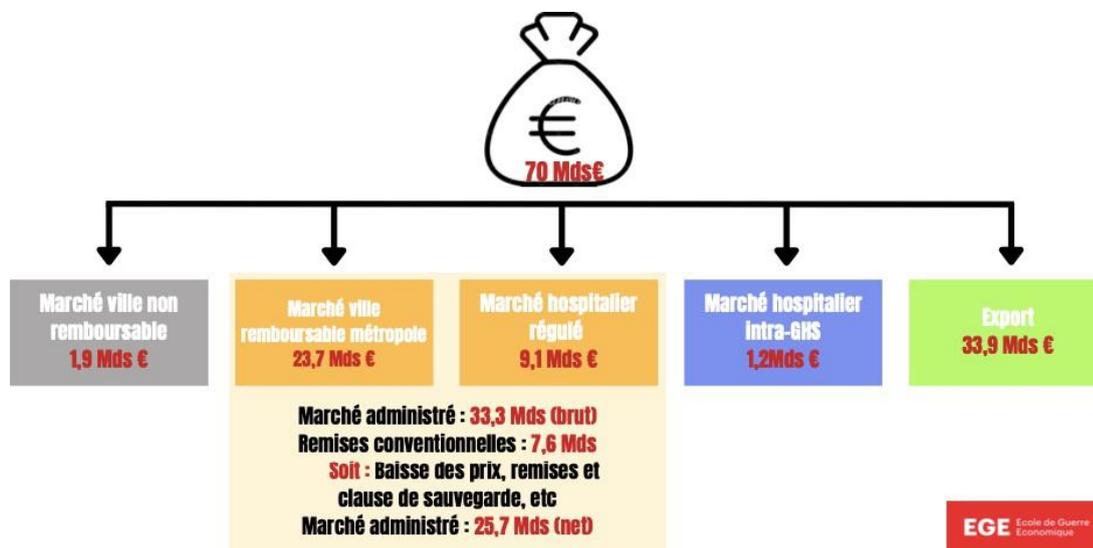
1. ETUDE DE MARCHÉ DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

LE MARCHÉ FRANÇAIS

Les spécificités du marché français

D'un chiffre d'affaires de 10 Mds d'euros en 1990⁴⁷, le marché pharmaceutique français représente aujourd'hui 70 Mds d'euros. Si cette croissance semble impressionnante, le marché intérieur des médicaments stagne depuis 20 ans. En effet, malgré une augmentation en volume (augmentation du nombre de traitements, vieillissement de la population, nouveaux traitements, etc), la croissance nette en valeur est atone. On peut expliquer ces chiffres par l'intervention de l'État dans le prix des médicaments et les différents reversements. Il convient alors de définir ces différents chiffres et segments pour comprendre le marché intérieur français. Les exportations représentent 33,9 Mds d'euros quant au marché intérieur, il représente 33,3 Mds d'euros, qu'on peut répartir entre :

Le poids du marché français⁴⁸



Ce tableau nous présente différents segments du marché français qu'il nous convient de définir^{49 50} :

SEGMENTS	DÉFINITION	RÉGULATION DES PRIX
VILLE NON REMBOURSABLE	L'ensemble des médicaments vendus en officine qui ne sont pas remboursés par la sécurité sociale	Prix libre
VILLE REMBOURSABLE MÉTROPOLE	Les médicaments délivrés en pharmacie de ville et remboursés par la sécurité sociale	Régulé par le CEPS (Comité Économique des Produits de Santé)
HOSPITALIER RÉGULIER	Les médicaments achetés directement par les hôpitaux pour des traitements en milieu hospitalier	Appel d'offre
HOSPITALIER INTRA-GHS (GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE)	Groupement d'hôpitaux	Appel d'offre

Un marché pharmaceutique atone malgré une demande croissante

De ces définitions, nous devons retenir la place de l'État dans le marché des médicaments en France. En effet, le marché « net » du médicament en France est de 25,7 Mds d'euros. Cette différence de 7,6 Mds d'euros correspond aux remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques à l'assurance maladie. Avec un ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) d'environ 250 Mds d'€ en 2023⁵¹, les médicaments représentent autour de 11% de l'objectif. Comme expliqué précédemment, les médicaments sont un levier d'économie constamment utilisé par l'assurance maladie, d'où cette croissance atone du chiffre d'affaires « net » du médicament en France. Comment sont déterminées ces remises conventionnelles ?

La régulation des prix des médicaments est déterminée par l'ONDAM, lui-même voté lors du PLFSS (Projet de Loi de Finance de la Sécurité Sociale).

D'abord, les baisses de prix (autour de 700 millions d'euros en 2022), elles sont conclues entre les entreprises commercialisant des médicaments remboursés et le CEPS (Comité Économique des produits de santé). Ensuite, les remises (environ 1,6 Mds d'euros en 2022), elles permettent à l'assurance maladie d'acheter certains médicaments à un prix inférieur au prix public. Nous avons aussi les maîtrises médicalisées (environ 50 millions d'euros en 2022), mises en place pour rationaliser les prescriptions et la consommation de médicaments. Enfin, la clause de sauvegarde (1,3 Mds d'euros en 2022).⁵² Elle se déclenche lorsque le chiffre d'affaires des médicaments remboursables est supérieur au montant (montant M) prévu par l'ONDAM. Dans ce cas, les entreprises doivent rembourser ce dépassement en fonction de leurs parts de marché.



ENTREPRISE	PART DE MARCHÉ	Fraction de dépassement demandée
A	50% (5,5 Mds d'€)	350 Mns d'€ (50% de la fraction)
B	30% (3,3 Mds d'€)	210 Mns d'€ (30% de la fraction)
C	20% (2,2 Mds d'€)	140 Mns d'€ (20% de la fraction)



Le marché français défini, il convient d'étudier le parcours du médicament, de la découverte à la commercialisation.

Le parcours du médicament en France

De la phase préclinique à la commercialisation, près de 10 années de recherches et d'études sont nécessaires avec un investissement d'1 milliard d'euros en moyenne⁵⁴.

En premier lieu⁵⁵, il faut définir la cible, par exemple le traitement d'un cancer, les chercheurs vont tester (physiquement et électroniquement) différents enzymes pour voir comment elles réagissent avec le cancer. Sur 100 000 substances testées, seulement une va en étude clinique. Une fois trouvé, on va vérifier la réaction des animaux.

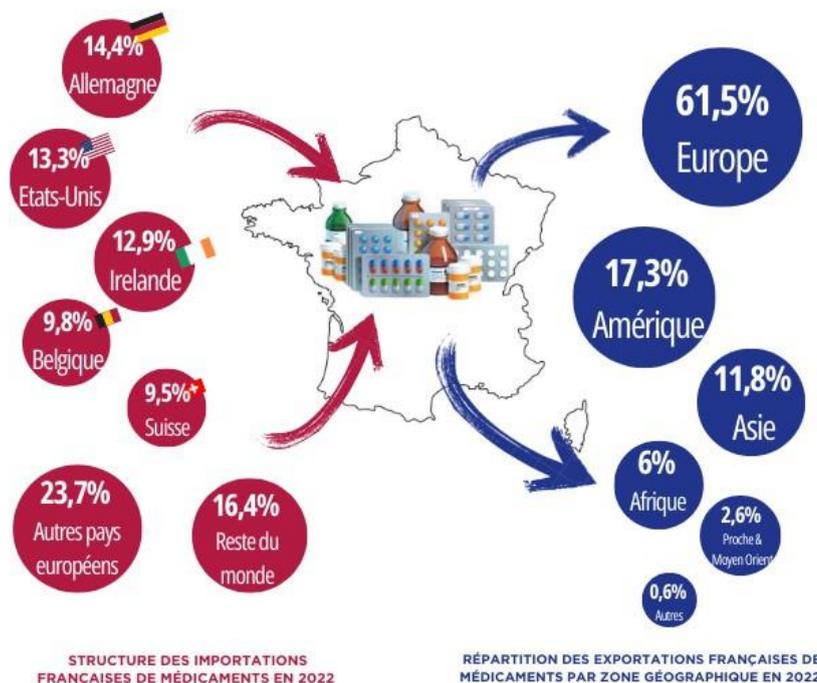
L'étude clinique se divise en trois phases, la phase 1 permet de vérifier si la molécule est dangereuse et quelle est son interaction avec le corps, notamment avec des essais sur des humains sains et volontaires. La phase 2 permet d'essayer l'efficacité sur une centaine de personnes, elles, malades. La phase 3, elle sur plusieurs années, permet d'étudier les effets du médicament sur le long terme avec un rapport bénéfice risque.

Les résultats des trois phases constituent les éléments envoyés aux autorités pour obtenir une autorisation de mise sur le marché.

La France : quelles destinations d'exportations ?

Les exportations de médicaments de la France sont principalement orientées vers ses partenaires européens, représentant une part significative de son commerce pharmaceutique. En 2022, ces exportations vers l'Europe ont dépassé 20 Mds d'euros, soit 61,5% du total des exportations pharmaceutiques françaises [1]. Cette forte présence sur le marché européen souligne l'importance des relations commerciales au sein de l'Union Européenne et la compétitivité des produits pharmaceutiques français dans la région. Cependant, malgré cette prédominance européenne, les États-Unis se distinguent comme le premier pays destinataire en valeur, avec des exportations s'élevant à 4,3 Mds d'euros⁵⁶. La Belgique seconde ce classement avec 4,2 Mds d'euros d'importations de médicaments français. Cette position privilégiée s'explique en partie par la présence de nombreux centres de distribution pharmaceutique en Belgique, servant de plateforme pour la redistribution vers d'autres pays européens. L'Allemagne, troisième destinataire, importe pour 3,2 Mds d'euros de médicaments français.

La France dans le marché mondial du médicament



Source : DGDDI

La place de la France en Europe ?

La France occupe actuellement la 6ème place parmi les pays producteurs de médicaments en Europe, derrière la Suisse, la Belgique, l'Allemagne, l'Italie et le Royaume-Uni⁵⁷. Cette position représente un déclin significatif par rapport à 2008, où la France était le premier producteur européen de médicaments. La France montre des signes de faiblesse dans la production de nouveaux médicaments. En effet, sur 508 médicaments autorisés en Europe entre 2017 et 2022, seulement 48 sont fabriqués en France, contre 122 en Allemagne et 97 en Irlande. De même, moins d'un nouveau médicament sur dix est produit en France, contre un sur quatre en Allemagne et seulement 9,4% des médicaments innovants autorisés par l'EMA (European Medicines Agency) depuis 2017 ont été produits en France.

Plusieurs facteurs contribuent à la perte d'attractivité de la France pour l'industrie pharmaceutique.

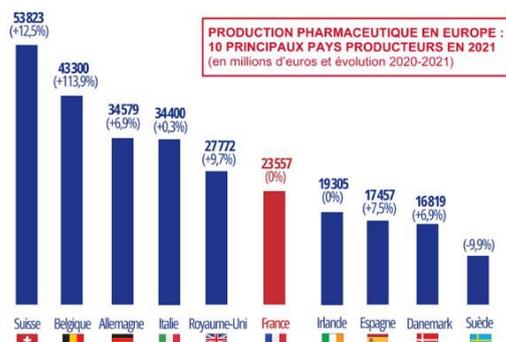
Tout d'abord, et comme problème récurrent, on observe une fiscalité élevée dans le domaine pharmaceutique. La France impose la taxation la plus élevée d'Europe sur l'industrie pharmaceutique, avec 88% de prélèvements sectoriels, contre 74% au Royaume-Uni et 43% en Allemagne.

Les médicaments en France sont également vendus en moyenne 25% moins cher qu'ailleurs en Europe. Ce phénomène s'explique notamment par une politique de prix bas qui contribue à l'accessibilité des médicaments pour les patients français, mais qui soulève également des inquiétudes quant aux risques de pénuries et de tensions d'approvisionnement mais aussi parce que c'est le Comité économique des produits de santé (CEPS), placé sous l'autorité des ministres de la Santé et de l'Économie ainsi que de la Sécurité sociale, qui fixe les prix des médicaments remboursables par l'Assurance maladie en France.

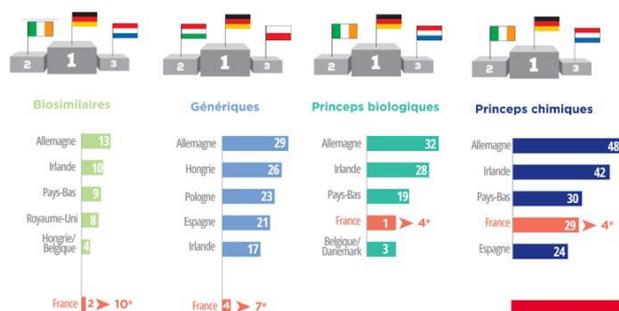
Enfin, l'accès retardé aux innovations explique aussi cette perte d'attractivité. 37% des nouveaux médicaments autorisés par l'EMA entre 2019 et 2022 n'étaient toujours pas disponibles en France fin 2023, contre seulement 12% en Allemagne. Ces facteurs créent un "effet coup de ciseau" qui fragilise la position de la France dans le secteur pharmaceutique européen.

Cependant, malgré ces difficultés, la France maintient une position relativement forte en recherche clinique, se classant à la troisième place européenne en matière de participation aux essais cliniques.

ANALYSE COMPARATIVE : La place de la production pharmaceutique française en Europe



PRODUCTION DE NOUVEAUX MÉDICAMENTS PAR TYPE ET PAR PAYS (période 2017-2022)



Source : Observatoire de l'accès aux médicaments et de l'attractivité, Leem d'après données EMA European Public Assessment Report

Quels produits la France exporte-t-elle le plus ?

L'industrie pharmaceutique française joue un rôle clé dans l'économie nationale et s'engage activement sur le marché mondial. Les vaccins sont au cœur de ses exportations, représentant 85 % d'une production qui se retrouve dans de nombreux pays. Cependant, la part de marché mondiale de la France a légèrement diminué, passant de 23 % en 2000 à 14 % en 2020. En 2022, les exportations de médicaments à usage humain ont atteint 33,8 Mds d'euros, avec une croissance de 8,54 % par rapport à l'année précédente⁵⁸. Les États-Unis, la Belgique et l'Allemagne sont les principaux marchés pour ces produits.

Le portefeuille d'exportation comprend des vaccins, des médicaments innovants pour traiter des maladies variées comme le cancer et des médicaments plus anciens à bas prix. Toutefois, la France fait face à des défis importants. Sa position historique est menacée par une concurrence de plus en plus forte dans le domaine des biotechnologies et des traitements innovants. De plus, les produits matures, qui



étaient autrefois des piliers des exportations, montrent des signes de déclin depuis 2021.

Pour rester compétitive, la France doit trouver un équilibre entre son expertise dans les traitements établis et ses investissements dans la recherche et l'innovation. Les médicaments génériques et à bas prix deviennent des atouts importants, tandis que les laboratoires français cherchent à développer de nouvelles solutions thérapeutiques.

Les principaux fournisseurs de la France

Les principaux fournisseurs de la France dans le domaine pharmaceutique jouent un rôle crucial dans l'approvisionnement en médicaments et en principes actifs. Deux aspects majeurs se dégagent de cette situation.

Le principe actif, la place de la Chine et de l'Inde dans l'approvisionnement.

La France, comme de nombreux pays occidentaux, dépend fortement de la Chine et de l'Inde pour l'approvisionnement en principes actifs pharmaceutiques. Selon l'Agence européenne du médicament (EMA), 80 % des principes actifs pharmaceutiques sont fabriqués en Chine et en Inde - alors que cette proportion n'était que de 20 % il y a 30 ans - et 40 % des médicaments commercialisés dans l'Union européenne ont été importés⁵⁹. Cette situation s'explique par plusieurs facteurs dont le coût de production qui est plus bas dans ces pays, le recours à des sous-traitants en Asie est, en effet, la principale source d'économies pour l'industrie pharmaceutique et les capacités de production à grande échelle. Cette dépendance soulève des inquiétudes quant à la sécurité de l'approvisionnement et la qualité des produits. La pandémie de COVID-19 a mis en lumière les risques liés à cette concentration géographique de la production de principes actifs. L'enjeu est donc tripartite : la sécurité sanitaire des citoyens, la souveraineté sanitaire de l'Union Européenne et la relocalisation d'activités industrielles dans le domaine du médicament et des principes actifs pharmaceutiques.

Les produits finaux, quels enjeux entre rentabilité et souveraineté ?

La production de médicaments finaux en France fait face à des enjeux complexes avec tout d'abord une rentabilité sous pression. La France se distingue comme on l'a vu précédemment par des prix de médicaments inférieurs à la moyenne européenne sur l'ensemble du cycle de vie du produit⁶⁰, par les nombreuses baisses de prix imposées par la régulation française qui pèsent sur la rentabilité des entreprises pharmaceutiques et par le contexte inflationniste et les taxes sectorielles plus lourdes qu'ailleurs en Europe affectent la compétitivité de l'industrie pharmaceutique française.

Mais ces enjeux remettent en cause la souveraineté sanitaire de la France. La pression sur les prix et la rentabilité pousse certaines entreprises à délocaliser leur production, menaçant la disponibilité de produits essentiels sur le territoire français.

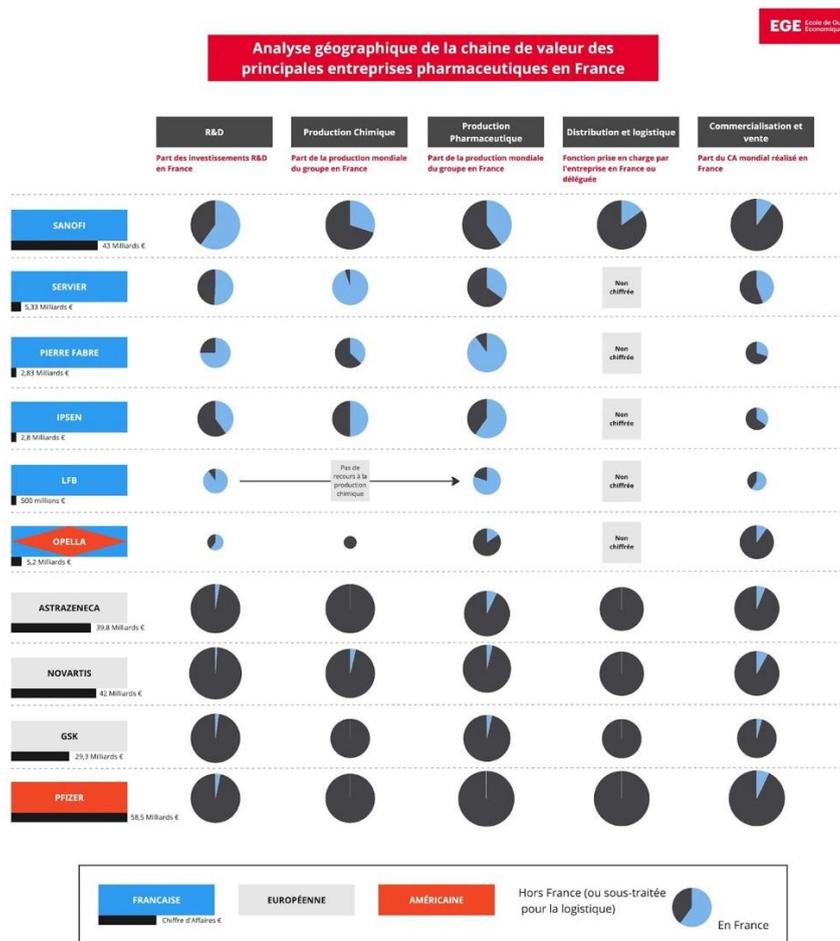
Pour faire face, la France cherche à renforcer sa souveraineté industrielle dans le domaine pharmaceutique, notamment en accompagnant la relocalisation de la production de 25 médicaments stratégiques⁶¹ comme l'amoxicilline et la ciprofloxacine qui sont des antibiotiques ou encore le paracétamol.

Pour faire face à ces défis, le gouvernement français a mis en place une feuille de route 2024-2027 visant à consolider l'autonomie et la souveraineté industrielle du pays dans le secteur pharmaceutique. Cette stratégie implique la coordination des efforts de relocalisation et de réindustrialisation au niveau européen, le renforcement du cadre juridique pour protéger l'industrie pharmaceutique nationale et la responsabilisation de tous les acteurs de la chaîne du médicament

L'industrie pharmaceutique française se trouve donc à un carrefour, cherchant à concilier les impératifs de rentabilité économique avec les enjeux de souveraineté sanitaire et d'accès aux médicaments pour la population.

II. QUEL ROLE DES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES FRANCAISES DANS LA SOUVERAINETE NATIONALE

1. Imbrication des entreprises françaises pharmaceutiques dans la chaîne de valeur et de production des médicaments en France





Quel est le poids des entreprises françaises dans l'innovation et dans la production des médicaments en France

L'analyse de la chaîne de valeur des principales entreprises de la pharmaceutique en France souligne l'importance des entreprises nationales dans l'écosystème français sur toute la chaîne. Ces dernières ont des capacités d'investissement et de production très disparates mais chacune a son échelle continue de financer largement la recherche pharmaceutique et biotechnologique. Leurs investissements en R&D sont majoritairement sur le territoire national mais ne s'y limitent pas. LFB, le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies se distingue par une chaîne de valeur très ancrée sur le territoire. Ses activités qui se concentrent sur l'exploitation du plasma la rendent cependant particulière dans l'environnement, et ont pour conséquence qu'il n'est pas possible de la prendre comme un exemple reproductible aux autres entreprises pharmaceutiques françaises dont les activités sont plus mondialisées.

En plus des investissements en R&D en partie dirigés à l'étranger, la dépendance aux importations étrangères est flagrante. Même les principales entreprises françaises mentionnées, celles avec un mode de production intégré, ont recours à des importations ou productions hors du territoire national pour la production chimique des principes actifs, des excipients et des aérosols. Ces entreprises ont aussi recours, dans des proportions moindres mais qui demeurent conséquentes pour la souveraineté pharmaceutique française, à des productions délocalisées ou sous-traitées des médicaments comme produits finis. Pourtant la France demeure l'un de leur marché stratégique.

L'annonce de la cession d'Opella, filiale de Sanofi, à un fond américain, a été très remarquée en partie en raison de sa présence sur le marché santé grand public et par ses produits très connus. Elle représente pourtant très peu en termes d'investissements en recherche et développement puisque son business model repose largement sur l'exploitation de produits matures. Sa production française est entièrement dépendante des importations étrangères en principe actif, et est elle-même très limitée. Hormis sa petite activité de R&D, l'entreprise est extrêmement mondialisée et réalise moins d'un cinquième de sa production sur ses deux sites français.

Les entreprises étrangères ont aussi une place conséquente en France, en plus des européens Astrazeneka, Novartis, GSK et Roche, les géants américains Pfizer, Eli Lilly (Lilly France) et Johnson et Johnson (Jansen Cilag) ont des activités significatives sur le territoire français. On remarque la sur-représentation des groupes européens qui ont une présence plus importante que les américains et l'absence de présence significative des groupes asiatiques et en particulier indiens. Les entreprises étrangères font les gros titres pour leurs investissements dans l'hexagone avec des



sommes en centaines de millions de dollars qui paraissent de premier abord gigantesque.

Dans l'écosystème français ces investissements sont significatifs mais au regard des budgets alloués par les grands groupes, ces investissements sont marginaux. Aussi, malgré les incitations fiscales à l'investissement, les groupes étrangers sont réticents à investir dans la recherche et développement en France. Il est significatif de relever que ces groupes ont préféré développer des capacités de productions que des centres de recherche comme le montre leur exposition sur le territoire français en proportion de leurs activités totales. Élément encore plus flagrant est l'absence presque totale d'investissements de leur part dans la production chimique en France.

Les entreprises pharmaceutiques françaises sont donc un acteur majeur de la souveraineté nationale dans le domaine. Elles contribuent sur toute la chaîne de valeur à maintenir de telles activités en France y compris par leurs investissements en R&D et en production de médicaments. Opella symbolise cependant certaines dérives poussées par les objectifs de profitabilité tirant avantage de la mondialisation mais entraînant un affaiblissement des capacités souveraines de production et de recherche. Les mouvements contraires d'implantation étrangère en France ne suffit pas à inverser le rapport coût/bénéfice. Enfin, si les entreprises pharmaceutiques françaises sont un acteur majeur de la recherche et développement, il est important de noter que l'Inserm, un institut public, reste le premier déposant de brevets dans le domaine en France.

Capacité de stockage et mode d'acheminement des produits finis : quelles compétences sont détenues par les entreprises françaises ?

Les acteurs de la logistique pharmaceutique en France forment un écosystème robuste, avec des compétences complémentaires pour garantir stockage sécurisé, transport sous température contrôlée, et distribution efficace. Ils jouent un rôle clé dans l'approvisionnement des marchés nationaux et internationaux tout en répondant aux normes strictes de la santé publique.

Capacités de stockage des produits finis

Les grandes entreprises pharmaceutiques françaises ont développé des infrastructures modernes et sécurisées pour gérer le stockage des produits, notamment des médicaments sensibles (vaccins, produits injectables, biotechnologies).

Sanofi : Avec plusieurs centres de distribution en Europe, Sanofi dispose de capacités de stockage avancées, notamment pour les vaccins et les produits à température contrôlée. Le site d'Aramon, par exemple, est un hub stratégique pour le stockage.

Pierre Fabre : L'entreprise s'appuie sur des sites situés principalement dans le sud de la France (Tarn, Haute-Garonne) avec des entrepôts équipés pour gérer des produits pharmaceutiques et dermo-cosmétiques, avec une forte exigence en matière de traçabilité et de sécurité.

Ipsen : Ipsen gère ses capacités de stockage via ses sites en France et en Europe, avec un focus sur les médicaments injectables pour les cancers et maladies rares nécessitant des environnements spécifiques.

Servier : Le groupe s'appuie sur des infrastructures situées en France et à l'international. Son site d'Orléans est l'un des plus grands centres pour la production et le stockage de ses médicaments, avec des technologies adaptées au stockage de molécules sensibles.

Sous-traitants spécialisés :

Ces entreprises collaborent avec des partenaires comme GEODIS, DHL Supply Chain ou STEF, qui offrent des solutions de stockage en environnement maîtrisé (chaîne du froid, produits secs). Savoye ou Kardex sont également utilisés pour l'automatisation et la gestion des entrepôts.

Modes d'acheminement des produits finis :

Les groupes pharmaceutiques français disposent de chaînes logistiques performantes pour livrer les produits finis aux distributeurs, pharmacies et hôpitaux, tout en répondant aux normes de transport des produits pharmaceutiques sensibles :

Sanofi : Sanofi mise sur des partenariats globaux avec des logisticiens spécialisés dans le transport de produits médicaux sous température contrôlée (chaîne du froid pour les vaccins). Elle travaille avec des acteurs comme Kuehne+Nagel et FedEx Healthcare pour ses livraisons internationales.

Pierre Fabre : L'entreprise, qui exporte largement ses produits, utilise des solutions logistiques intégrées avec des partenaires comme Tred Union ou STEF pour le transport sous température dirigée. Elle est particulièrement attentive à la qualité des acheminements pour ses dermo-cosmétiques, qui nécessitent une préservation optimale.

Ipsen : Ipsen collabore avec des entreprises comme DHL Life Sciences pour le transport sécurisé de ses produits injectables sensibles. Le groupe utilise également des technologies de monitoring pour assurer le respect des normes tout au long du transport.

Servier : Servier combine des moyens propres avec des sous-traitants pour garantir la distribution rapide et conforme de ses médicaments. Elle fait appel à UPS Healthcare ou CEVA Logistics pour les livraisons internationales, tout en ayant des circuits locaux bien implantés en Europe.

Sous-traitants spécialisés :

STEF : Leader européen du transport sous température dirigée pour les produits pharmaceutiques sensibles (2-8°C ou <25°C).

DHL Life Sciences & Healthcare : Gestion globale de la logistique pharmaceutique, avec expertise sur la chaîne du froid.

FedEx Healthcare : Solutions sur-mesure pour l'acheminement international des produits sensibles.

Kuehne+Nagel : Partenaire majeur pour les livraisons longue distance et les produits exigeant un suivi rigoureux.

Synthèse

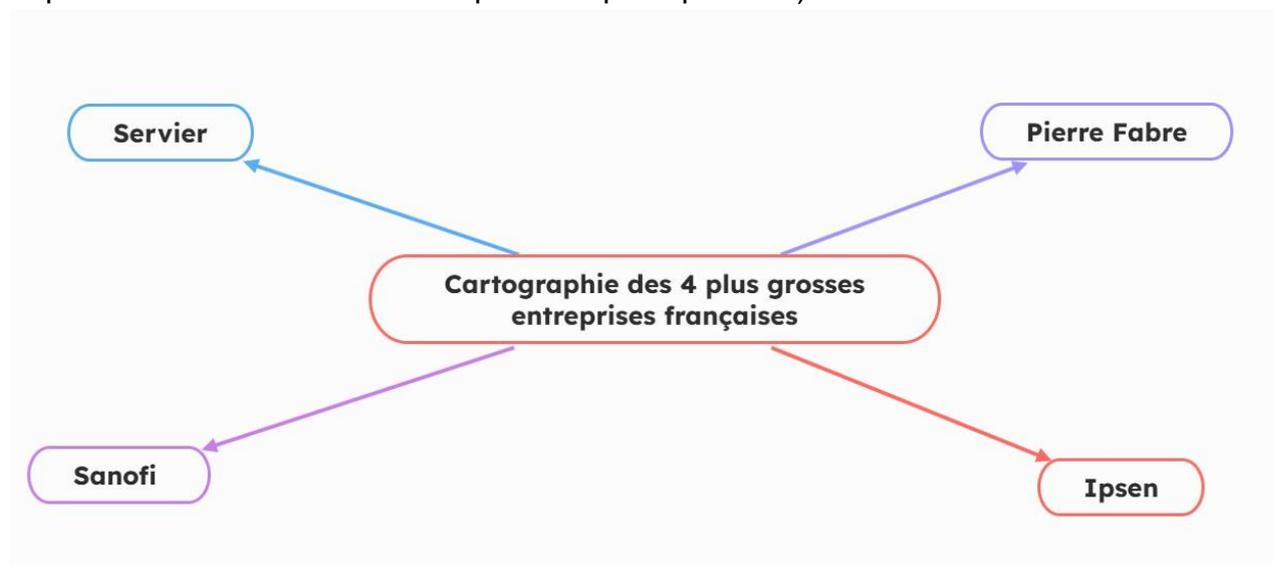
Les entreprises pharmaceutiques françaises disposent de capacités solides en stockage et en acheminement, adaptées aux besoins des produits sensibles (vaccins, biotechnologies, produits injectables). Elles s'appuient sur des entrepôts spécialisés et des sous-traitants tels que STEF, DHL ou Kuehne+Nagel, qui maîtrisent les

contraintes logistiques spécifiques aux produits pharmaceutiques. Cette logistique optimisée leur permet de rivaliser avec les grands groupes internationaux présents en France, tout en répondant aux enjeux de sécurité et de traçabilité dans un cadre réglementaire exigeant.

2. Le positionnement des entreprises françaises dans le marché pharmaceutique en France

Les médicaments que produisent les entreprises françaises

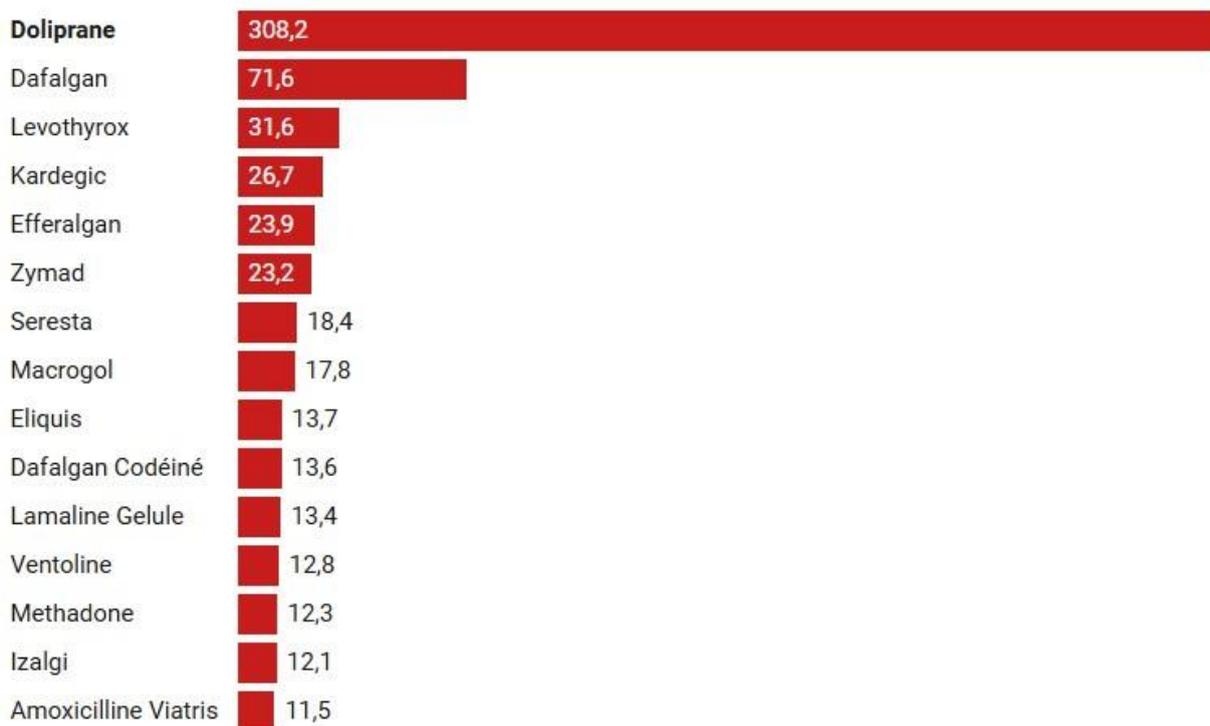
Afin d'étudier le positionnement des entreprises françaises dans le marché pharmaceutique, voici un aperçu des quatre principales. Cette cartographie présente les activités de ces entreprises, les produits pharmaceutiques produits, les entités qui détiennent l'entreprise, leurs revenus et leurs effectifs en 2023 (dernière année à laquelle les informations sont disponibles publiquement).



Cartographie détaillée :

Les principales entreprises pharmaceutiques françaises sont Servier, Sanofi, Pierre Fabre et Ipsen⁶². Les types de médicaments les plus produits par ces quatre entreprises, sont ceux utiles à l'oncologie, aux problèmes de diabète, les maladies rares et les vaccins.

■ Nombre de boîtes vendues entre juin 2023 et juin 2024 en millions



Graphique: La Dépêche du Midi • Source: Assurance Maladie • Récupérer les données • Créé avec Datawrapper

Source : [La Dépêche](#)

En France, Les médicaments de ces entreprises les plus vendus en France sont le Doliprane, le Kardegic, le Levothyrox, le Dafalgan et l'Efferalgan. Parmi ces médicaments, ceux fabriqués par des laboratoires français sont le Doliprane et Kardegic⁶³. L'UPSA est à l'origine de l'Efferalgan et du Dafalgan. Ce laboratoire, union de pharmacologie scientifique appliquée est une entreprise pharmaceutique française, mais elle a été rachetée en 2019 par l'entreprise Taisho⁶⁴. Sur les 15 médicaments mentionnés dans le graphique, seuls cinq sont complètement français. 2 des cinq médicaments (Kardegic et Doliprane) sont produits par Sanofi. La France n'est donc pas leader du marché de la pharmacie en tenant compte des médicaments les plus vendus sur son territoire.

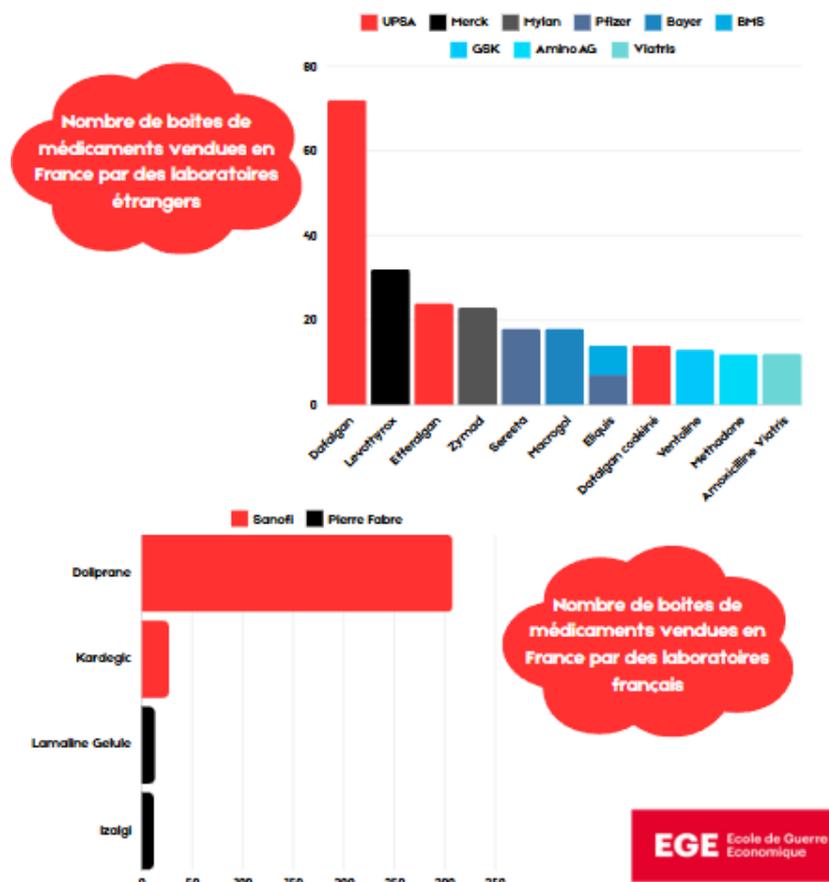
A cela, s'ajoute une seconde dépendance des principaux médicaments Doliprane, Kardegic, Zymad, Lamaline gélule et Izalgi, bien que partiellement fabriqués en France, pour la production de leurs principes actifs, issue de pays étrangers. Les principes actifs du Kardegic et du Doliprane sont produits en France (le paracétamol et l'acide acétylsalicylique sont principalement produits en France, notamment dans des usines comme celles de Novacap à Saint-Fons)⁶⁵, tandis que pour le Zymad, le principe actif utilisé est le cholécalciférol et provient principalement du lichen boréal qui se trouve Canada ou dans des régions scandinaves.⁶⁶ Pour ce qui est de l'Izalgi, son principe actif est une association de deux substances : le paracétamol et la poudre d'opium⁶⁷. La poudre d'opium provient principalement d'Asie Mineure.⁶⁸

Ainsi, la France n'est pas leader du marché pharmaceutique français, et est également dépendante de pays étrangers pour la création de ses principes actifs nécessaires à la constitution des médicaments. Ces deux arguments, en tenant compte des médicaments produits et vendus sur le territoire, remettent en cause la souveraineté sanitaire française.

La répartition des productions de médicaments entre les laboratoires français et étrangers sur le territoire

ANALYSE COMPARATIVE

Nombre de boîtes de médicaments vendues entre juin 2023 et juin 2024 en millions



Les facteurs externes influençant les activités des entreprises pharmaceutiques françaises depuis 2014

De 2014 à 2024, les entreprises pharmaceutiques françaises ont été confrontées à des problématiques réglementaires instaurées dans accrues en Europe, avec des normes plus strictes sur les essais cliniques, l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et la pharmacovigilance, ont rallongé les cycles d'innovation.

Adopté en avril 2014, le règlement européen numéro 536/2014 appliqué par l'Agence Européenne des Médicaments (EMA), relatif aux essais cliniques de médicaments a instauré un cadre visant à renforcer les processus d'évaluation et de surveillance des essais cliniques au sein de l'union européenne, permettant d'augmenter la transparence issue de ces essais ⁶⁹

Par exemple, les exigences de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA) pour garantir la sécurité et l'efficacité des traitements ont obligé les entreprises comme Sanofi à redoubler d'efforts en matière de conformité : D'après un communiqué de presse de l'entreprise, le 2 octobre 2020, un traitement de la maladie de Pompe a reçu une soumission réglementaire portant sur les données positives des patients porteurs de la maladie⁷⁰, la conformité est essentielle pour protéger les patients mais elle augmente les délais et les coûts de développement, ce qui peut freiner la rapidité à laquelle les innovations arrivent sur le marché.

Ensuite, la pandémie de COVID-19 a marqué un tournant majeur entre 2020 et 2022 : elle a mis en lumière la dépendance de l'industrie aux chaînes d'approvisionnement internationales, notamment pour les matières premières pharmaceutiques, tout en créant une urgence d'innovation. Sanofi, qui avait initialement pris du retard face aux vaccins à ARNm de Pfizer-BioNTech et Moderna ⁷¹ a finalement lancé son vaccin VidPrevtyn Beta en partenariat avec GSK pour répondre à la demande mondiale et regagner en compétitivité⁷²

Vaccins anti-Covid : quelles parts de marché ?

Parts de marché des vaccins contre le Covid-19 basées sur le nombre de doses livrées dans les régions sélectionnées

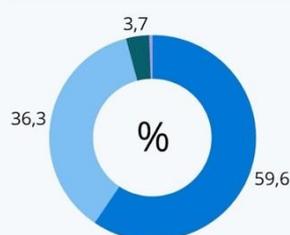
- Pfizer-BioNTech
- AstraZeneca
- Sinovac
- Gamaleya (Sputnik V)
- Moderna
- CanSino
- J&J/Janssen
- Sinopharm
- Novavax
- Autres

Union européenne *
Doses livrées : 1 224 M



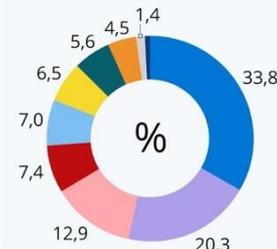
Amérique du Nord

Doses livrées : 825 M



Amérique latine

Doses livrées : 1 660 M



Dernières données disponibles le 4 mai 2022.

* Espace économique européen : 27 pays de l'UE + Norvège, Islande et Liechtenstein.

Sources : ECDC, AS/COA, CDC, gouvernement du Canada, calculs Statista



statista

Cependant, comme montré sur ce graphique, bien que Sanofi ait manifesté regagner en compétitivité, L'analyse des parts de marché des vaccins anti-Covid met en lumière une dépendance européenne et donc française, vis-à-vis de l'innovation étrangère, principalement américaine. En effet, dans l'Union européenne, Pfizer-BioNTech (américain/allemand) domine largement avec 63,4% des doses livrées, suivi par Moderna (américain) à 17%. Cette prédominance souligne un manque de souveraineté sanitaire européenne et par extension française.

Également, la pandémie de COVID 19 a entraîné des difficultés d'approvisionnement en matières premières affectant la trésorerie de toutes les entreprises y compris, celles de l'industrie pharmaceutique ⁷³.

Les matières premières telles que proviennent majoritairement de Chine et d'Inde. Les confinements stricts en Chine et les perturbations logistiques ont entraîné des pénuries de matières premières, ralentissant la production de médicaments en Europe. La Chine est l'un des principaux producteurs mondiaux d'API.⁷⁴

Face à ces dépendances extérieures et à ces contraintes réglementaires, la souveraineté sanitaire française est perturbée. Cette situation révèle la nécessité pour la France d'investir davantage dans la recherche et l'innovation biotechnologique, afin de réduire sa dépendance aux acteurs internationaux et renforcer sa souveraineté sanitaire en cas de futures crises. C'est pour cela que Sanofi, pour rester compétitif, a conclu des partenariats stratégiques avec des start-

ups spécialisées dans l'IA comme Exscientia en janvier 2022, afin d'accélérer la découverte de nouvelles molécules et réduire les coûts de développement. ⁷⁵

Une projection à l'horizon 2034 des stratégies employées par les entreprises pharmaceutiques

LA RSE au cœur des stratégies

Les stratégies des grandes entreprises pharmaceutiques françaises sont largement influencées par les enjeux RSE. La plupart admettent une stratégie 2030 ou 2035 ambitieuses sur les thématiques sociales et environnementales :

Sanofi met l'accent sur la neutralité carbone d'ici 2030 et l'accès aux médicaments via des programmes comme Global Health. ⁷⁶

Pierre Fabre, proche de la nature, privilégie des formules écoresponsables et s'engage à réduire son empreinte environnementale. ⁷⁷

Ipsen investit dans des processus durables et transparents, tout en répondant aux normes internationales. ⁷⁸

Servier, entreprise à mission, vise à réduire de 25 % ses émissions de gaz à effet de serre d'ici 2030. ⁷⁹

Comparaison : Des groupes internationaux comme Pfizer et Novartis, qui, eux, misent davantage sur l'innovation et les partenariats RSE mondiaux (par exemple, des engagements contre les inégalités de santé), les Français s'ancrent davantage dans des démarches locales et environnementales.

Rentabilité ou souveraineté, que choisir ?

Les entreprises françaises naviguent entre ces deux impératifs :

Sanofi investit dans des sites de production en France pour sécuriser les chaînes d'approvisionnement (vaccins, biomédicaments) tout en poursuivant une stratégie mondiale pour rester compétitive.

Pierre Fabre privilégie une production européenne, parfois au détriment des marges élevées.

Ipsen, concentrée sur les maladies rares, mise sur des segments très rentables, mais renforce ses capacités en Europe pour réduire la dépendance asiatique.

Servier combine souveraineté nationale (nouvelles usines françaises) et acquisitions à l'international pour soutenir sa croissance.

Comparaison : Contrairement aux multinationales comme Roche ou Merck, qui privilégient la rentabilité via des centres de production délocalisés, les groupes français se positionnent comme des acteurs stratégiques pour la souveraineté sanitaire en Europe. Malgré leur positionnement, la globalisation oblige certains écarts afin de rester dans la compétition mondiale, ce qui amène à des situations

comme la vente d'Opella pour Sanofi ou la mise en vente de Biogaran plus récemment par Servier.

L'implication des Etats dans la définition ou la rectification des stratégies

L'État français joue un rôle clé dans la définition des stratégies des entreprises pharmaceutiques nationales :

Sanofi collabore avec les autorités publiques sur des programmes de souveraineté et de R&D (subventions, partenariats).

Pierre Fabre, par sa structure actionnariale (fondation), reste aligné avec des priorités publiques comme l'accès aux soins.

Ipsen bénéficie de soutiens pour la recherche et s'adapte aux exigences étatiques en matière de production stratégique.

Servier, avec son statut d'entreprise à mission, répond aux attentes de transparence et de responsabilité.

Comparaison : Tandis que des groupes internationaux comme GSK ou Johnson & Johnson s'ajustent aux régulations françaises mais conservent une indépendance stratégique, les groupes nationaux sont davantage influencés par l'État, notamment pour des raisons de souveraineté sanitaire.

III . LES VULNERABILITES DES ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES FRANÇAISES ET SES CONSEQUENCES

1. La financiarisation de l'industrie pharmaceutique :

À partir de 1980, l'ouverture des marchés financiers incite les entreprises pharmaceutiques, jusqu'alors familiales, à se regrouper pour atteindre une taille critique face à la mondialisation. La déréglementation européenne, dont l'Acte Unique de 1992, facilite les fusions et acquisitions, comme celles de Sanofi-Synthélabo et Rhône-Poulenc-Rorer, pour s'imposer sur le marché mondial. Dans les années 2000, la pression financière entraîne des mégafusions, dont la plus importante est celle de Sanofi et Aventis pour 54 Mds de dollars. A partir de 2010, la quête de rendements pour les actionnaires⁸⁰ prend de l'importance et des stratégies d'optimisation des coûts sont mises en place au détriment de la souveraineté sanitaire et des besoins des consommateurs.

Or, le modèle économique du secteur pharmaceutique évolue depuis 2000⁸¹.

Auparavant axé sur des projets coûteux visant à développer des « blockbusters » très rentables, les géants de l'industrie font face à un faible taux de succès de l'innovation, engendrant des coûts élevés et un besoin accru de financement. Les brevets garantissent une rente temporaire, mais une vague d'expiration entre 2000 et 2010 entraîne l'arrivée massive de génériques de ces « blockbusters » qui font chuter la rentabilité de 80%.

Le déclin dans la production de nouveaux brevets et la quête d'optimisation des coûts, poussent l'industrie pharmaceutique à externaliser la R&D⁸². L'innovation est



confiée à des start-ups qui assument le risque et les coûts, tandis que les grands groupes rachètent ces start-ups, leurs brevets ou payent des licences d'exploitation. Ce modèle permet de réduire le risque financier tout en favorisant l'agilité et la spécialisation propres aux petites structures. En France, des écosystèmes comme Genopole, Lyonbiopôle, et des fonds ou incubateurs comme BioLabs et Sanofi iDEA soutiennent cette dynamique.

Cependant, l'éclatement de la R&D fragilise la souveraineté sanitaire française puisque l'innovation devient vulnérable aux rachats étrangers. En effet, les start-ups innovantes ont besoin de lever rapidement des capitaux et le marché français n'est pas apte à absorber toutes les nouvelles technologies.

La souveraineté sanitaire est également affectée par un autre aspect lié à l'optimisation des coûts : le **recentrage des activités sur les produits à forte valeur ajoutée** et la **délocalisation de la production**. De fait, les grands groupes pharmaceutiques investissent des domaines tels que l'oncologie, les maladies rares et les thérapies géniques. En opérant ainsi, ils répondent au défi du vieillissement de la population, valorisent leur position d'acteurs innovants et garantissent des rendements élevés à leurs actionnaires au détriment des médicaments plus communs.

De plus, les coûts du travail, de la fiscalité et de la conformité aux normes environnementales en France sont jugés trop élevés et des délocalisations ont lieu pour la production des principes actifs, en particulier pour les génériques.

Aujourd'hui, près de 80 % de ces substances proviennent de l'Inde et de la Chine, exposant l'Europe à une forte dépendance.

Face à cette vulnérabilité, la puissance publique cherche à renforcer la souveraineté sanitaire en incitant à la relocalisation, grâce à des subventions et des allègements fiscaux. L'initiative EUROAPI de Sanofi en 2020 illustre cette volonté, avec la relocalisation de six sites de production de principes actifs en Europe, notamment en France, Italie, Allemagne et Hongrie, dans le but de sécuriser les chaînes d'approvisionnement.

Enfin, il convient de souligner que, si la perte de souveraineté sanitaire est bien réelle, elle découle davantage des réorientations stratégiques liés à des logiques de rendements financiers plutôt qu'à des prises de contrôle par des fonds d'investissements étrangers. La France dispose ainsi de garde-fous tels que des outils étatiques comme la Banque Publique d'Investissement - dont l'intervention active pour freiner la tentative de vente de Biogaran en 2024 est le fait d'armes le plus récent -, ou les structures de gouvernance choisies par les groupes français à l'image de Servier dont le capital social est entièrement détenu par la Fondation Internationale de Recherche Servier ce qui la place à l'abris des tentatives de rachat d'actionnaires extérieurs.

La dépendance au financement public, notamment au travers du Crédit d'Impôt Recherche (CIR), occupe une place centrale dans les débats parlementaires menés depuis plusieurs semaines afin de refondre le budget annuel 2025 et ainsi combler le déficit grandissant auquel la France fait face. Cet outil fiscal, considéré comme indispensable au dynamisme de l'innovation par certains élus comme Paul Midy, révèle des limites structurelles et expose les entreprises et l'État à des risques significatifs. Le but de ces prochaines lignes est d'analyser et explorer ces fragilités tout en proposant des pistes de réflexion pour garantir l'innovation et la compétitivité du secteur.

³⁹ [Instauré par la loi de finance de 1983](#), le crédit d'impôt recherche, ou CIR, est un dispositif initialement provisoire d'incitation au renforcement des investissements en matière de recherche et développement pour les entreprises françaises. Réformé en 2004, 2008 et 2022, il est devenu un levier phare de stimulation de l'investissement en recherche et développement. En remboursant une partie des dépenses engagées sous forme d'exonérations fiscales, il permet à de nombreux acteurs de financer leurs projets innovants. Le secteur de la santé reposant sur des processus de R&D longs, coûteux et risqués dont les coûts sont estimés en moyenne à ⁴⁰ 1 Mds d'euro de dépenses pour un laboratoire français par nouveau médicament. Cette aide classe la France comme pays le plus généreux de l'OCDE en termes d'aide à l'innovation. Cette aide varie en fonction du montant des dépenses de recherches. Si celles-ci sont inférieures à 100 000 000 €, le taux du CIR est de 30 %, pour celles supérieures à 100 000 000 €, le taux du CIR de 5 %.

⁴¹ [Plus de 20 000 entreprises](#) en bénéficient chaque année, 95 % d'entre elles sont des TPE et des PME. Première dépense fiscale, le CIR représente désormais plus de 86 % des dépenses fiscales en faveur du soutien à l'innovation contre 16,5 % en 2000. En 2023, près de 28 % des dépenses éligibles au CIR provenaient d'entreprises pharmaceutiques, biotechnologiques et de dispositifs médicaux, selon les estimations du ministère de l'Économie.

La première vulnérabilité réside dans l'incertitude entourant la pérennité du CIR. Son enveloppe d'environ 7 Mds d'euros par an est régulièrement critiquée pour son poids sur les finances publiques. Un tel budget est en danger de réforme voire de suppression, en cette période de contraction budgétaire où il existe un consensus sur le besoin de réformes fiscales. La suppression du CIR pourrait gravement affecter les capacités de financement des entreprises du secteur. Cette fragilité est exacerbée par la structure hétérogène de l'industrie, composée de grands groupes mastodontes comme Sanofi, jusqu'aux startups microscopiques.

En quête de rentabilité en phase de pré-revenu, certaines ayant un unique client, ces entreprises sont vulnérables au marché et à leur client. Si elles ne représentent que 10% des dépenses de R&D en valeurs, elles dépendent encore plus du CIR pour survivre et développer leurs projets. La hausse des défaillances de ces entreprises innovantes affaiblirait l'écosystème global.

Alors qu'ils ne représentaient que 68% au début des années 2000, en France comme dans le monde, les grands groupes financent désormais 90% de la R&D privée, l'essentiel étant exécuté en interne. Contrairement à d'autres pays et en particulier les États-Unis, la France n'a pas réussi à faire émerger de nouveaux groupes leaders mondiaux en R&D. Alors, il paraît évident que l'utilisation du CIR comme source principale de financement révèle une fragilité stratégique. Certaines entreprises tendent à bâtir leur modèle économique en intégrant le CIR comme un apport récurrent, au même titre que des revenus commerciaux. C'est l'exemple du géant Sanofi qui représente aujourd'hui plus de 70% de la R&D pharmaceutique. Désormais, 27% de la créance de CIR est déclaré par 28 grands groupes d'après le ⁴² [rapport du Sénat sur le CIR dans le cadre du Projet de loi de finances](#)

²⁰²³. L'exposition au risque fiscal est double : en plus du risque de réforme, la requalification ou le rejet partiel de financements issus du CIR peut mettre en difficulté les entreprises ou annuler des projets de recherche. Selon un ⁴³ [rapport de la Cour des Comptes](#) publié en 2022, environ 8 % des crédits déclarés font l'objet de rectifications chaque année.

Un autre facteur aggravant est le manque de diversification des sources de financement dans la filière santé. Les entreprises de santé françaises attirent moins d'investissements privés que celles d'autres secteurs et peinent à lever des fonds. Cette situation découle en partie de la complexité réglementaire et de la longueur et l'incertitude des cycles de développement dans la santé, qui freinent les investisseurs. En l'absence de financements privés robustes, la perfusion au CIR devient une dépendance et limite la capacité des entreprises à résister aux chocs économiques ou réglementaires et le dynamisme de la recherche. "Le CIR est un outil clé pour notre industrie" composée de start-up et PME dont "la trésorerie moyenne est de six à douze mois", a déclaré le responsable de France Biotech. Les quelque 2.600 entreprises de la filière sont 95% à utiliser le CIR qui représente "en moyenne 20% de leurs dépenses d'exploitation", ⁴⁴ [selon lui](#). Selon les études sur lesquelles il se base, le rapporteur conclut qu' en l'absence d'effet de levier par le CIR sur les PME : 1€ de CIR permet 1€ de recherche, pour les ETI et les grands groupes, le CIR aurait également un effet limité.

Evolution du top4 des groupes Français dans le scoreboard 2X1000				
Rang	1	2	3	4
2008	Sanofi	Alcatel	Airbus	Peugeot
2009	Sanofi	Airbus	Alcatel	Peugeot
2010	Sanofi	Airbus	Alcatel	Peugeot
2011	Sanofi	Airbus	Peugeot	Alcatel
2012	Sanofi	Airbus	Peugeot	Alcatel
2013	Sanofi	Airbus	Alcatel	Peugeot
2014	Sanofi	Airbus	Peugeot	Alcatel
2015	Sanofi	Airbus	Alcatel	Peugeot
2016	Sanofi	Airbus	Renault	Peugeot
2017	Sanofi	Airbus	Renault	Peugeot
2018	Sanofi	Peugeot	Renault	Airbus
2019	Sanofi	Peugeot	Renault	Airbus

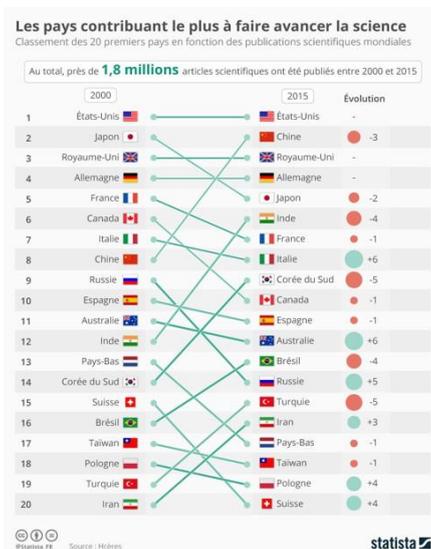
Aussi, le ⁴⁵ [rapport publié par Neoma](#), révèle que le CIR, qui a été créé dans un but incitatif pour attirer les entreprises internationales et stimuler l'innovation, ne constitue ni un facteur décisif pour les grandes entreprises internationales ni pour les créateurs d'entreprises. L'accès aux compétences, la proximité des écosystèmes d'innovation et la qualité de vie des chercheurs sont des éléments tout aussi importants, voire plus importants pour beaucoup d'entreprises. Des pays comme les États-Unis ou la Suisse sont plus attractifs, grâce à la qualité de vie et au pouvoir d'achat des chercheurs qui sont nettement supérieurs.

Pays	2016	Évolution 2013-2016
1 États-Unis	398 814	+2%
2 Chine	348 996	+16%
3 Allemagne	197 000	-8%
4 Inde	132 204	+35%
5 Iran	115 201	+96%
6 Royaume-Uni	113 003	+4%
7 Russie	111 943	-26%
8 Brésil	107 640	+22%
9 Turquie	86 094	+7%
10 Corée du Sud	74 215	+13%
11 Japon	74 090	-1%
12 France	67 679	-3%
13 Australie	58 027	+5%
14 Espagne	55 628	+135%
15 Canada	52 385	+3%
16 Égypte	45 322	+9%
17 Malaisie	43 675	-
18 Pologne	43 177	+2%
19 Mexique	38 770	+43%
20 Grèce	33 452	+45%
21 Italie	32 947	-6%
22 Ukraine	30 961	-13%
23 Maroc	26 906	-
24 Argentine	26 568	+8%
25 Thaïlande	24 742	+9%
Monde	2 985 873	+10%

Source : Institut statistique de l'UNESCO (ISU), juin 2019.

Face à ces vulnérabilités, plusieurs pistes méritent d'être explorées pour renforcer la résilience et la compétitivité des entreprises de santé française. D'une part, il serait pertinent de diversifier les dispositifs de soutien en complément du CIR. Par exemple, des subventions directes ciblées sur des projets stratégiques, en lien avec les priorités nationales en matière de santé publique en amont, pourraient permettre une meilleure répartition des ressources comme beaucoup l'ont suggéré suite au scandale Opella ainsi que des multiples scandales durant la période Covid autour de la souveraineté sanitaire. D'autre part, le renforcement des partenariats public-privé pourrait attirer des financements complémentaires et réduire la dépendance au financement public. L'État qui investit, ou co-investit dans des fonds dédiés à la santé, afin de catalyser l'entrée de capitaux privés via Bpifrance et son fond French Care (120Md d'€ en 2023) et le plan Santé 2030, devrait être uniquement consacré à la ⁴⁶ [liste des médicaments essentiels](#) émises par les hautes autorités européennes. Par ailleurs, un effort devrait être entrepris pour simplifier et sécuriser l'accès au CIR, notamment pour les PME et les startups. La mise en place d'un guichet unique pour accompagner les entreprises dans la préparation de leurs dossiers, ou encore la clarification des critères d'éligibilité, réduirait les incertitudes et les risques de litiges fiscaux. Ce type de réforme favoriserait l'accès au dispositif pour des entreprises souvent démunies face à la complexité administrative. En effet, la dépendance à ces dispositifs crée une grande incertitudes dans ces périodes troubles où cette aide

risque d'être supprimée et devient un frein à l'innovation crée une peur dans les entreprises souhaitant innover. Aussi, cette aide incitative qui accompagne les projets de création de startups dans le domaine essentiel qu'est la santé, produit un levier de souveraineté important.



Enfin, il est impératif de repenser l'attractivité globale du secteur de la santé en France pour attirer davantage d'investissements privés. Cela passe par des initiatives ambitieuses : incitations fiscales pour les investisseurs, simplification des procédures de mise sur le marché des innovations médicales, augmentation des accompagnements et avantages pour les doctorants et chercheurs. Certaines de ces recommandations rejoignent celles établies par la ⁴⁷ [Haute Autorité de la Santé](#). Si le CIR reste un outil fondamental pour soutenir l'innovation dans le secteur de la santé, il ne saurait suffire à lui seul à garantir la résilience et la compétitivité de cette filière stratégique et n'a d'ailleurs pas empêché le déclassement français passant de 5ème à 7ème entre 2000 et 2015 en innovation scientifique mondiale. La dépendance excessive à ce dispositif expose les entreprises françaises à des risques financiers et stratégiques qui, à terme, pourraient compromettre leur développement et la souveraineté nationale, dans certains cas il est même contre productif et freine l'innovation. Une approche plus diversifiée, intégrant à la fois des réformes ciblées du CIR, une simplification des démarches, une diversification des aides et une amélioration de l'environnement pour les travailleurs apparaît essentielle pour surmonter ces vulnérabilités et redonner ses lettres de noblesse à la pharmaceutique française.

3. Orientations stratégiques : le choix tardif du passage aux biomédicaments et ses impacts sur l'industrie pharmaceutique française

L'industrie pharmaceutique française, qui a longtemps occupé une position de premier plan en Europe, traverse une crise profonde. Alors qu'elle était le premier producteur européen en 2008, elle n'occupe plus que la sixième place en 2018, un



recul qui suscite des interrogations sur les orientations stratégiques adoptées par le secteur et les politiques publiques qui l'encadrent. Parmi les causes identifiées, le retard dans la transition vers les biomédicaments apparaît comme un facteur déterminant, auquel s'ajoutent des problèmes d'instabilité réglementaire et de structuration industrielle.

Les biomédicaments sont des produits du vivant ou issus du vivant, à la différence des médicaments qui sont issus d'une synthèse chimique. Ainsi, ils recouvrent les médicaments dont les substances actives sont issues d'une source biologique ou produits grâce aux outils de bio-production et bio-ingénierie, représentent aujourd'hui un levier stratégique majeur pour répondre aux besoins médicaux complexes, tels que les traitements contre le cancer, les maladies rares ou les pathologies auto-immunes. Alors que des pays comme l'Allemagne, la Suisse ou encore les États-Unis ont rapidement intégré cette révolution technologique dans leurs politiques industrielles, la France a longtemps maintenu une dépendance aux médicaments traditionnels, reposant sur des molécules chimiques classiques. Ce choix stratégique tardif a freiné l'adaptation de son appareil industriel et retardé son positionnement compétitif sur un marché mondial en pleine expansion.

Malgré ce retard initial, la France conserve des atouts significatifs dans le domaine des biomédicaments. Elle se classe au deuxième rang européen en termes de projets en développement, juste derrière le Royaume-Uni, et dispose d'infrastructures industrielles solides, avec un réseau dense de sites de production. Cependant, ces forces restent insuffisamment exploitées, comme en témoigne la baisse de la production nationale. Ce paradoxe souligne un décalage entre le potentiel scientifique et technologique du pays et sa capacité à transformer ces ressources en avantages économiques et industriels.

L'instabilité du cadre réglementaire constitue un autre frein majeur au développement du secteur pharmaceutique. Entre 2010 et 2018, les modalités d'accès au marché des médicaments ont été modifiées à sept reprises, tandis que la clause de sauvegarde de l'assurance maladie a fait l'objet de huit révisions successives. Ces changements fréquents ont créé un environnement d'incertitude pour les entreprises, dissuadant les investissements à long terme, pourtant indispensables pour financer la recherche et le développement (R&D) des biomédicaments. En comparaison, des pays concurrents comme l'Allemagne offrent un cadre juridique plus stable et des incitations attractives, accélérant ainsi l'accès au marché pour les innovations thérapeutiques.

Aussi, le biomédicament est un des points majeurs subissant la dépendance au CIR, étant aujourd'hui conçu en majorité par des startups et entreprises innovantes, nécessitant d'importants budgets dans la conception de ces nouvelles formules. Face à cette situation, plusieurs initiatives récentes témoignent d'une volonté de redresser la trajectoire du secteur. ⁴⁸ [Le Plan Santé 2030](#), ainsi que la ⁴⁹ [Feuille de Route 2024-2027](#), élaborée par le ministère de la Santé, visent à renforcer la souveraineté industrielle et à lutter contre les pénuries de médicaments, notamment en encourageant la production de médicaments matures, souvent dépriorisés par les laboratoires car jugés moins rentables. Ces plans incluent des mesures

exceptionnelles pour prolonger la durée de vie de ces produits sur le marché tout en favorisant le développement de biomédicaments innovants.

Parallèlement, la ⁵⁰ [Stratégie Innovation Santé du Conseil Stratégique des Industries de Santé](#) se fixe pour objectif de doubler en trois ans le nombre d'essais cliniques concluants réalisés en France. Cette volonté accrue de contribuer à une innovation stratégique et une industrie de la santé mouvante s'accompagne d'un effort financier rarement expérimenté annoncé à 7 Mds d'euros consacrés à cette stratégie, s'additionnent aux 19Mds du Ségur de la Santé et les 25Mds inscrits dans la Loi de Programmation Pluriannuelle de la Recherche (LPPR). Toutefois, ces investissements ne porteront leurs fruits que si les blocages administratifs et juridiques sont levés, et si des réformes structurelles permettent de raccourcir les délais d'accès au marché, qui restent aujourd'hui parmi les plus longs d'Europe. La relance de la compétitivité pharmaceutique française passe aussi par une meilleure articulation entre les acteurs publics et privés. Les partenariats public-privé, bien que déjà encouragés, doivent être renforcés pour attirer des financements étrangers et favoriser le transfert technologique.

4. L'accroissement des pénuries en bilan :

Ces vulnérabilités, aussi bien dans le financement de l'innovation que dans l'étirement des chaînes d'approvisionnement à travers le globe, entraînent un accroissement significatif des pénuries de médicaments dont résulte des difficultés d'accès à certains médicaments. En janvier 2024, un rapport de l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments et des produits de santé (ANSM) rapporte 4925 signalements de ruptures d'approvisionnement et de médicaments mis sous tension⁸³, ce chiffre correspond à une augmentation de 31% par rapport à l'année 2022. La même année, 37% des Français affirment avoir connu des pénuries de médicaments.

A l'origine du problème, on retrouve les logiques de maximisation de la valeur actionnariale dont découle les stratégies des entreprises mises en place ces dernières années. Les **délocalisations des sites de production**, la **sous-traitance des principes actifs** vers des pays de la région Asie-Pacifique, alors même que celle-ci connaît un doublement de sa demande de médicament⁸⁴, et l'**utilisation d'un modèle de production** en flux-tendu afin de diminuer les coûts liés au stockage de matières premières sont directement liées à la quête de rentabilité. La concentration des sites industriels, causée par les fusions-acquisitions successives, expose également les entreprises françaises à un risque de dysfonctionnement local qui arrêterait temporairement la production et fragilise l'appareil productif.

Ainsi, on constate que les pénuries touchent principalement les médicaments matures à faible valeur ajoutée ayant été relégués au second plan par les grandes entreprises pharmaceutiques françaises. En 2023, 70% des déclarations portent sur



des médicaments dont l'autorisation de mise sur le marché date de plus de dix ans. Les pénuries les plus notoires de ces dernières années ont touché le paracétamol, l'amoxicilline et nombre de médicaments génériques dont l'usage est largement répandu et en forte augmentation dans la population française.

Face à cette aggravation des pénuries, l'Etat français impose depuis 2020 aux laboratoires de constituer des stocks de sécurité pour les MITM (Médicaments d'Intérêt Thérapeutique Majeur) qui doivent couvrir deux à quatre mois d'approvisionnement. Il a également fondé une plateforme de suivi des pénuries avec l'ANSM et promeut une politique de relocalisation des sites de production, notamment en tentant de séduire les entreprises via une augmentation du prix des médicaments. Malgré ces mesures, le problème des pénuries continue d'inquiéter les professionnels de la santé et les citoyens français, notamment en raison de la pandémie de Covid-19 qui a remis les questions de souveraineté sanitaire au centre des priorités.

Les grands plans d'investissements en France

Groupe 12 : Léa MARCONNET, Chloé DUBOURGUIER, Antoine ORIOL, Audrey CORONA, Loïc LE BIDEAU, Marin GAULTIER – Bibliographie en Annexe

CONTEXTUALISATION

Le domaine de la santé a traversé les âges en connaissant de nombreux rebondissements et changements en ce qui concerne les financements alloués à l'aide médicale, au développement, ainsi qu'à la recherche de nouveaux vaccins, biomédicaments et innovations. C'est en 1958 que les premiers investissements majeurs dans le secteur de la santé ont été réalisés dans le but d'équiper la France en infrastructures hospitalières. Au total, près de 17 milliards de francs ont été investis sur une période de 22 ans, jusqu'en 1980. Dès lors, la France a orienté ses investissements vers un contrôle de l'offre en régulant le secteur de la santé à travers un contrôle administratif, tout en favorisant une concertation avec les autres politiques publiques.

De 2003 à 2020, la France s'est fixée pour objectif de promouvoir une activité économique concurrentielle. Entre 2002 et 2011, pas moins de 52,3 milliards d'euros ont été investis dans le secteur de la santé. À partir de 2010, le Programme d'Investissement d'Avenir (PIA) apparaît. ¹ Ce dernier vise à financer des projets stratégiques et innovants pour l'avenir du pays. Lancé par l'État français, il a pour ambition de développer plusieurs domaines, dont celui de la santé, avec un financement de 35 milliards d'euros, destiné à renforcer la compétitivité et le dynamisme de l'économie française.

Cinq ans plus tard, le PIA2 est lancé, dans la continuité du premier, avec une enveloppe supplémentaire de 12 milliards d'euros. Suite au lancement du PIA3 en 2017 avec un budget de 10 milliards d'euros et parallèlement au projet France 2030 en 2021, le PIA4 est lancé avec un financement prévu de 20 milliards d'euros, entièrement alloué aux projets liés à France 2030. ² À l'issue de la crise du Covid-19, le gouvernement français a initié un plan de recherche nommé « Ségur de la santé », visant à étudier les problématiques du secteur de la santé et à proposer des solutions chiffrées ou non aux problématiques liées.

En 2018, Emmanuel Macron lance le plan d'investissement "Choose France"³ dont l'objectif est de présenter et d'expliquer aux grandes entreprises internationales les réformes en place afin de dynamiser l'activité économique sur le territoire français. Depuis 2018, les investissements ont été considérables, malgré un léger recul en 2019 dû à la crise du Covid. Ils repartent à la hausse dès 2020, atteignant un record en 2024 avec près de 40 milliards d'euros enregistrés.

La crise du Covid-19 a révélé des failles et des insuffisances contribuant à souligner l'importance stratégique majeure de l'industrie de la santé en France. Face à ces enjeux, il devient impératif pour la France de réinventer son modèle industriel dans le domaine de la santé. Cette crise a clairement souligné la vulnérabilité du pays face à la dépendance croissante vis-à-vis des marchés internationaux, mettant en lumière les faiblesses structurelles d'un secteur en crise. Le retard accumulé par rapport à ses voisins européens et mondiaux ne peut plus être ignoré : il entrave non seulement la compétitivité, mais aussi la souveraineté sanitaire et industrielle de la France. Ainsi, la priorité doit être donnée à une refonte stratégique ambitieuse, capable de relancer la production nationale de médicaments et de matériel médical, de renforcer l'innovation et de restaurer l'indépendance et assurer la souveraineté sanitaire du pays.



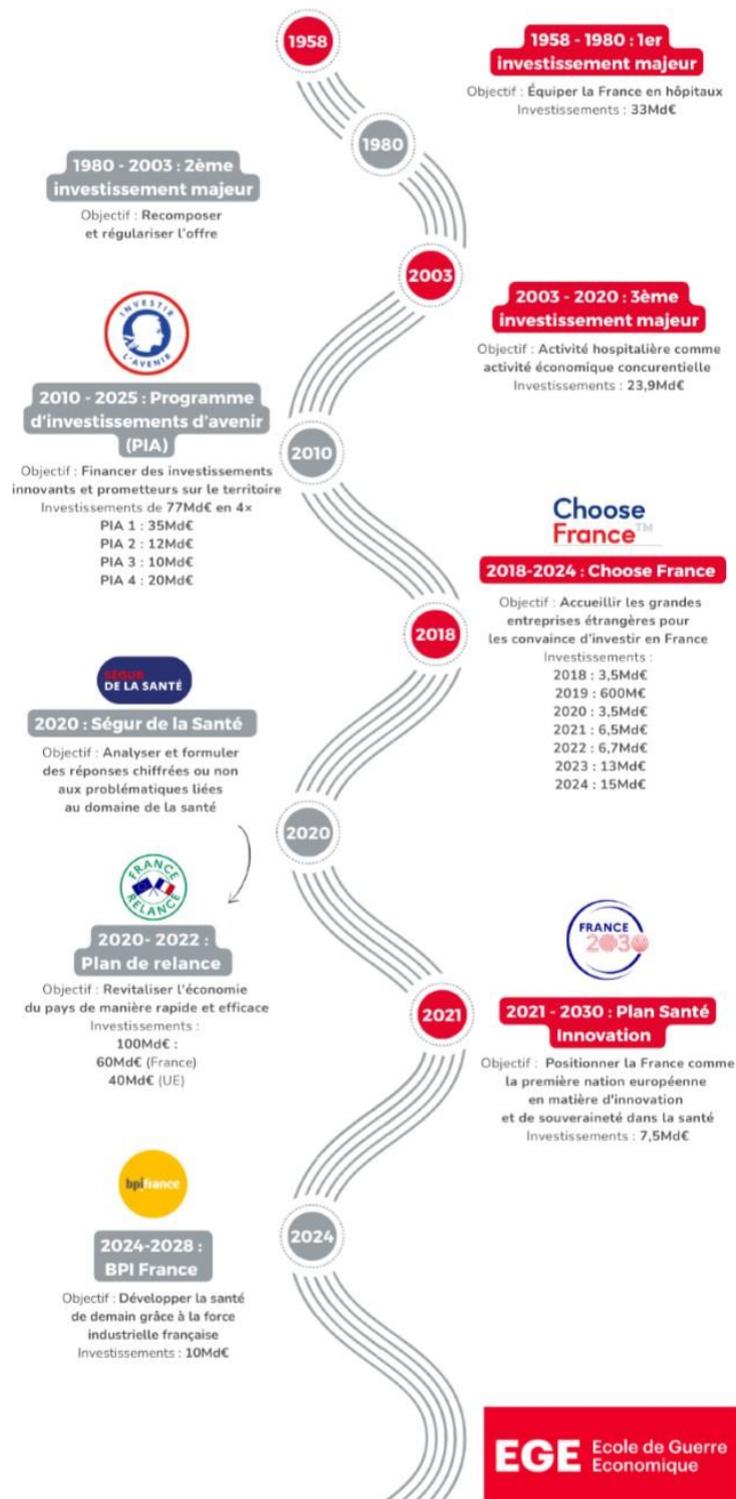
En ce sens, le président de la République, Emmanuel Macron, lance le plan France Relance⁴. Doté d'un budget de 100 milliards d'euros sur deux ans, ce plan s'articule autour de trois axes majeurs : la transition écologique, la compétitivité économique et la cohésion sociale.

L'investissement de l'État français s'élève à 60 milliards d'euros tandis que les 40 milliards d'euros restants sont financés par l'Union européenne. Parmi ces 100 milliards d'euros, 36 milliards sont spécifiquement investis dans le domaine de la santé, incluant, entre autres, 6 milliards d'euros destinés aux hôpitaux. Comme son nom l'indique, ce plan de relance a pour objectif de revitaliser l'économie du pays de manière rapide et efficace tout en réparant les dommages causés par la crise du Covid-19. Le but est de mener des actions immédiates et efficaces, mais également d'instaurer les préalables pour d'autres projets aux objectifs à long terme tels que France 2030.

C'est dans cette perspective que le président de la République Emmanuel Macron envisage de projeter la France dans une nouvelle dimension. En juin 2021, il présente la nouvelle stratégie française en matière de médecine : le Plan Santé Innovation⁵. Ce plan vise à transformer et à moderniser le système de santé, en mettant l'accent sur l'innovation et l'amélioration des soins.

Figure 1 : Les grands plans d'investissement français dans le domaine de la santé

LES GRANDS PLANS D'INVESTISSEMENT FRANÇAIS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ



I - ETAT DES LIEUX DES GRANDS PLANS D'INVESTISSEMENTS FRANÇAIS

SECTION 1 : FRANCE 2030, UN PLAN DE REDRESSEMENT NATIONAL POUR L'INDUSTRIE DE LA SANTE

1.1. CONTEXTE

Le 29 juin 2021, Emmanuel Macron dévoilait le “Plan Santé Innovation 2030”, visant à positionner la France comme la première nation européenne en matière d'innovation et de souveraineté dans la santé. Doté d'une enveloppe de 7,5 milliards d'euros, ce plan découle des travaux menés par le Conseil Stratégique des Industriels de Santé (CSIS). Il inclut notamment le lancement d'une Stratégie d'Accélération Santé Numérique intégrée dans le cadre de France Relance et du Programme d'investissements d'avenir. En outre, cette Stratégie s'inscrit dans un grand plan d'investissement national annoncé en octobre de la même année par le Président : France 2030.

1.2 OBJECTIFS

Publié en 2021, le rapport France 2030 part d'un constat édifiant : depuis 2001, la France est passée du rang de premier investisseur européen dans le domaine de la santé à celui de quatrième aujourd'hui. La désindustrialisation et le manque d'investissement dans les innovations de ruptures telles que les biotechnologies sont exposées comme les deux causes de ce déclassement.

Présenté comme un plan d'investissement « d'avenir », France 2030 vise à développer la compétitivité industrielle et les technologies d'avenir. Il ambitionne le « mieux comprendre, mieux vivre, et le mieux produire ». Pour cela, il cible les acteurs “émergents” de l'industrie que sont les PME et start-ups.

Ces trois grands axes stratégiques se déclinent en dix objectifs, parmi lesquels un seul est consacré à la santé : produire au minimum 20 biomédicaments en France en 2030 (2,3 milliards d'euros) et développer et produire des dispositifs médicaux innovants et des solutions numériques et de rupture en santé (650 millions d'euros). Considérés comme une “révolution pour la médecine”⁶ les biomédicaments sont donc sujet d'innovation majeur dans le domaine de la santé.

“La révolution médicale – sans laquelle nos dépenses de santé exploseront – se fera sur la convergence des innovations de rupture en santé avec le quantique, l'intelligence artificielle et l'Internet des objets.”

1.3 MISE EN ŒUVRE

France 2030 est doté d'un budget total de 54 milliards d'euros déployé sur cinq ans dont 20 milliards issus du PIA4. Le volet Santé du Plan intitulé « Plan Innovation Santé 2030 » dispose d'une enveloppe de 7 milliards d'euros. Il est piloté et suivi par l'Agence de l'Innovation en Santé créée en 2022. 718 millions d'euros sont consacrés à sa stratégie, baptisée “Stratégie d'Accélération Santé Numérique”.

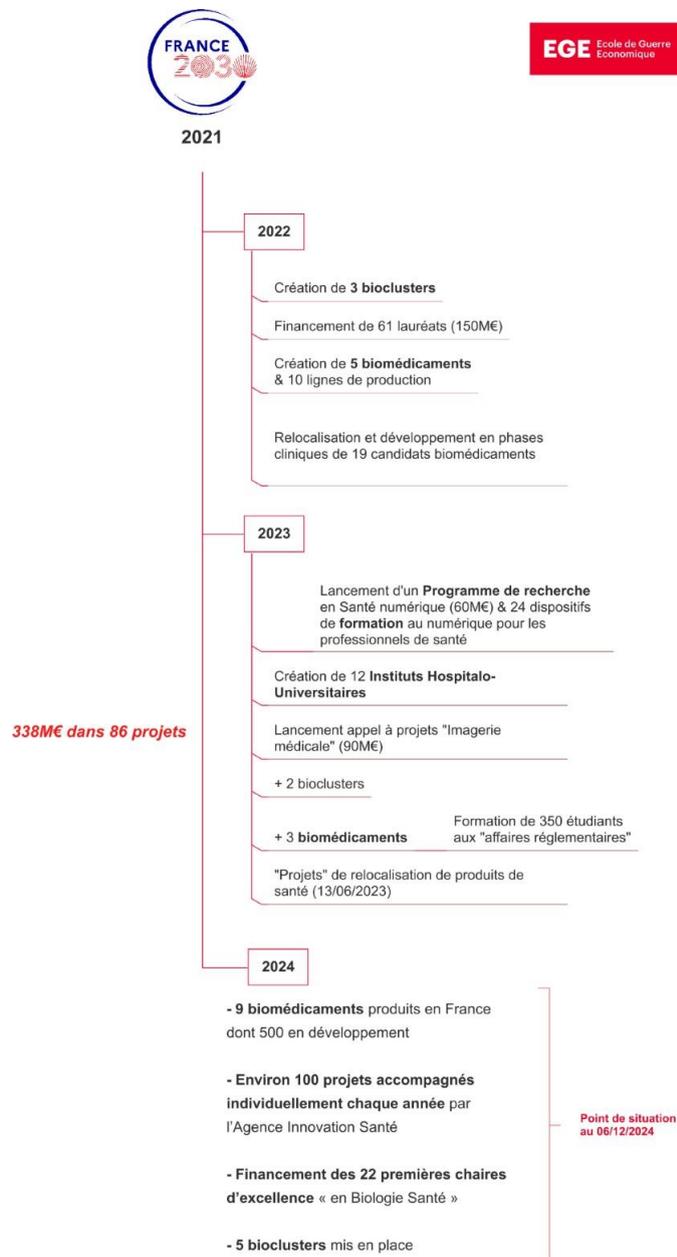
1.4 RÉSULTATS

Début décembre 2024, l'Agence de l'Innovation Santé dressait un bilan des deux premières années de France 2030 en matière de santé. Elle déclare que la France, auparavant classée troisième derrière le Royaume-Uni et l'Allemagne dans le domaine du développement des biomédicaments, se positionne désormais en tant que deuxième pays d'Europe, devant l'Allemagne et la Suisse. ⁷

⁸

En 2023, la France avait 19 biomédicaments en Phase 3 de développement ce qui correspond à l'étape finale avant la mise sur le marché. Un an plus tard, sur les 20 biomédicaments annoncés pour 2030, ce sont seulement 9 biomédicaments sont produits sur le territoire national.

Figure 2 : Les résultats du plan France 2030
LES RÉSULTATS DU PLAN FRANCE 2030



2.1 CONTEXTE

Bpifrance (BPI) est une banque publique d'investissements qui agit en appui des politiques publiques, menées par l'Etat et les régions. BPI a comme mission principale de soutenir financièrement le développement des Petites et Moyennes Entreprises (PME) et des Entreprises de Taille Intermédiaire (ETI). En plus de cet aspect financier, Bpifrance assure des formations, notamment grâce à ses implantations régionales.

Dans le sillon des grands plans d'investissements mis en place par l'Etat, Bpifrance se joint à l'effort national pour rendre notre système de santé moins vulnérable. Notamment en préconisant comme pour France 2030, la relocalisation des phases d'innovation et de production du développement des produits médicaux.

2.2 OBJECTIFS

Les enjeux relevés par Bpifrance correspondent à :

- La souveraineté industrielle et la relocalisation de la production en France.
- La structuration et le renforcement de la filière par le soutien de projets de croissance externe (et de consolidation le cas échéant notamment sur le segment des CDMO) pour créer des champions français.
- La poursuite de l'effort d'investissement et de financement des thérapies et traitements innovants comme l'amélioration de l'accès à ceux-ci.
- Le développement d'une médecine de précision grâce à un usage accru du digital et des solutions innovantes en santé numérique.
- Des efforts particuliers semblent concernés la santé numérique et la distribution des soins.

La nécessité d'augmenter l'effort d'innovations et de production sur la biotech et les biomédicaments sont des vulnérabilités identifiées également par France 2030.

2.3 MISE EN ŒUVRE

De manière globale, ce plan consistera au déploiement de 10 milliards d'euros. Voici un aperçu de la ventilation de cet investissement.

- Le fond Innobio III de 300 millions d'euros soutiendra le développement des produits bio thérapeutiques innovants.
- 260 start-ups, PME et ETI seront accélérés d'ici 2028, grâce à l'accélérateur « *Industries et technologies de santé* ». Les aspects d'évolutions réglementaires, de modernisation de production, et d'exportation seront traités.
- Grâce au financement portés par « Santé numérique » de France 2030, l'objectif sera de faire de la France un leader de l'innovation en e-santé.
- Bpifrance soutiendra également le numérique grâce aux fonds d'investissements :
 - 100 millions d'euros pour le Fonds Prévention Numérique
 - Augmentation du Fonds Patient Autonome de 50 millions d'euros et le lancement du fonds successeur avec 150 millions d'euros supplémentaire.

En ce sens, il est important de capitaliser sur le travail de synergies et de décloisonnement du domaine de la santé, mené à l'initiative de La French Care. Réunissant de nombreux acteurs

(grands groupes, ETI, PME, ...), cette héritière de l'ambiance French Tech, pourra surtout promouvoir l'excellence française.

2.4 RESULTATS

Le budget de 10 milliards d'euros sera déployé entre 2024 et 2028. La liste des entreprises soutenues par le Plan Santé de Bpifrance et les actions menées ne sont pas encore significatives.

SECTION 3 : CHOOSE FRANCE, UN OUTIL DE PUISSANCE AU SERVICE DE L'ATTRACTIVITE DU PAYS

3.1 CONTEXTE

La France s'engage depuis plusieurs années dans des initiatives ambitieuses pour concilier attractivité économique, innovation technologique et le renforcement de son autonomie stratégique dans le domaine de la santé. Le programme Choose France, lancé en janvier 2018, incarne cette ambition.

La crise du Covid-19 a révélé des faiblesses de la filière productive et la dépendance des États européens aux importations avec 40 % des médicaments commercialisés en provenance de pays tiers. De même, 60 % à 80 % des principes actifs pharmaceutiques sont aujourd'hui produits en Chine et en Inde.⁹

C'est pourquoi, lors de la 7^e édition de son Sommet, des annonces majeures ont été faites avec d'importants investissements dans le secteur pharmaceutique et médical. Ces initiatives reflètent une stratégie nationale visant à moderniser l'industrie de la santé tout en créant des emplois pérennes. Porté en 2024 par 56 projets représentant près de 15 milliards d'euros d'investissements, ce programme ambitionne de générer 10 000 emplois à travers le territoire.

Ces actions s'inscrivent dans les priorités du gouvernement pour accélérer la réindustrialisation de la France et affirmer son rôle de leader dans les filières stratégiques de santé. Les efforts se concentrent sur :

- La production de médicaments innovants et essentiels ;
- La transition écologique et numérique des sites industriels ;
- Le renforcement de la souveraineté nationale en matière de santé.

3.2 OBJECTIFS

Objectifs	Détail des initiatives
Renforcer l'attractivité de la France	<ul style="list-style-type: none">• Faire de la France une destination clé pour les investissements étrangers en santé ;• Positionner le pays comme leader européen en innovation pharmaceutique.
Moderniser l'industrie de santé	<ul style="list-style-type: none">• Transition numérique et écologique des sites industriels ;• Développement de capacités locales pour produire des traitements innovants et réduire la dépendance aux importations ;• Développement de l'intelligence artificielle et de l'e-santé, avec des objets médicaux connectés, notamment grâce à l'investissement de Microsoft (plus de 4 milliards d'euros).

Soutenir l'innovation et la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Accélération de la mise sur le marché des biomédicaments et vaccins de nouvelle génération ; • Collaboration accrue entre entreprises et organismes de recherche.
Créer des emplois durables et stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> • Développement de nouvelles opportunités d'emploi dans des régions stratégiques ; • Soutien à la montée en compétence des travailleurs.

3.3 MISE EN ŒUVRE

Afin de soutenir ce plan d'investissement, plusieurs entreprises étrangères réalisent des investissements importants dans le secteur de la santé en France.

Le groupe pharmaceutique suédo-britannique AstraZeneca a annoncé un investissement de 365 millions d'euros en vue d'agrandir son site de Dunkerque. Ce projet devrait permettre la création de 100 emplois et vise à accélérer la transition vers des médicaments plus écologiques tout en atteignant la neutralité carbone du site d'ici 2026.

L'entreprise transnationale française Sanofi investit quant à elle 1,1 milliards d'euros d'ici 2030 incluant :

- 350 emplois directs à Vitry-sur-Seine avec la construction d'une nouvelle usine.
- 100 millions d'euros pour le site en Normandie, destiné à soutenir le lancement de nouveaux vaccins et biomédicaments (+150 emplois).
- 10 millions d'euros à Lyon pour rapatrier la production de l'anticorps monoclonal Tziel, un traitement prometteur contre le diabète de type 1.

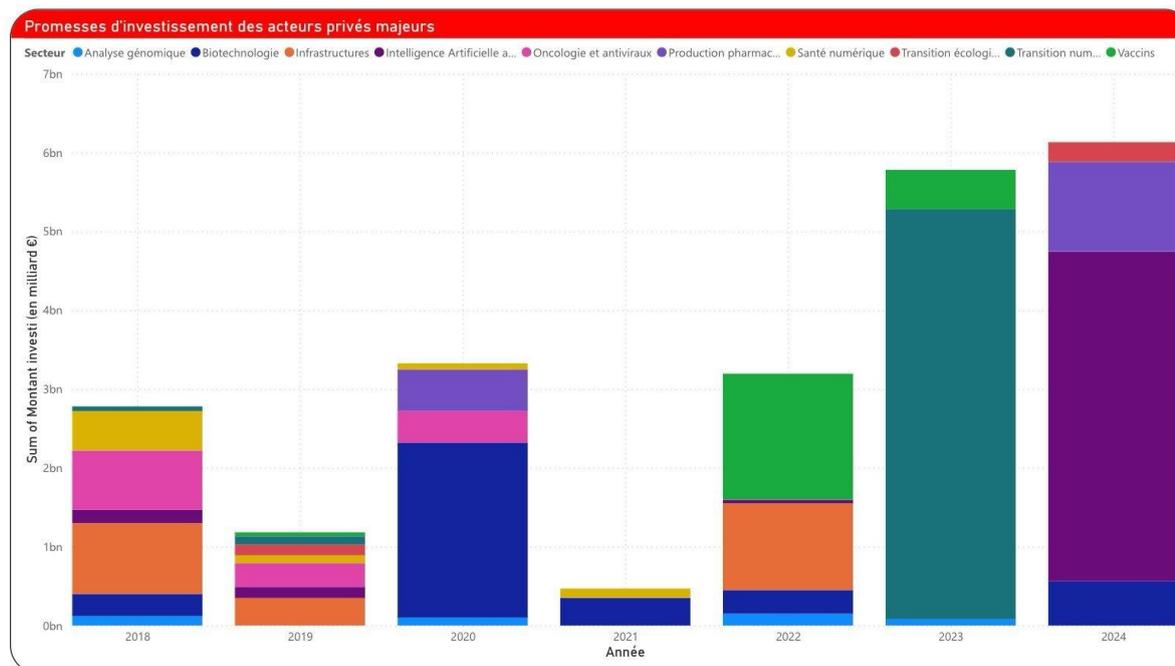
La société pharmaceutique Pfizer a lancé cette année un investissement de 500 millions d'euros sur cinq ans pour :

- Développer la recherche et la production en oncologie et maladies rares.
- Renforcer les partenariats public-privé dans l'innovation.

3.4 RESULTATS

À l'occasion de Choose France 2020, AstraZeneca avait annoncé 500 millions d'euros d'investissements sur 5 ans, une enveloppe déjà largement dépassée avec un total cumulé de plus de 526 millions d'euros investis en France depuis lors, créant plus de 600 emplois sur la période pour atteindre près de 2000 collaborateurs en France au 1er mai 2024.

Figure 3 : Promesses d'investissements des acteurs privés majeurs



SECTION 4 : UNE STRATEGIE FRANÇAISE A VOCATION EUROPEENNE

4.1 FRANCE 2030, UN PLAN A VOCATION EUROPEENNE

Plus largement, le plan France 2030 s'inscrit dans une stratégie européenne. En 2022, la France était notamment à l'initiative du premier Projet d'Intérêt Européen Commun (PIIEC) en matière de santé. Piloté par l'Agence de l'Innovation en Santé, le PIIEC Santé, vise à tisser des partenariats entre les États européens porteurs d'innovation, dans le but de renforcer la production de technologies médicales innovantes sur le sol française¹⁰.

En outre, les consultations avec les porteurs de projets s'inscrivent dans le cadre du plan "Innovation Santé 2030".

Il est à noter que le PIIEC ne finance pas directement les projets innovants qu'il porte : il permet à un État de financer des innovations en dehors des aides européennes régulières. Par ailleurs, La Commission Européenne impose que le PIIEC fasse "intervenir des acteurs dans plusieurs États membres". En outre, la France est le premier bénéficiaire de ce dispositif européen¹¹.

Ainsi, en 2024, les six États membres porteurs du PIIEC Santé, ont été autorisés par l'UE à consacrer jusqu'à un milliard d'euros de fonds publics aux projets et partenaires¹². La première phase du PIIEC, baptisée "Med4Cure" est consacrée au secteur pharmaceutique et aux molécules critiques. En France, Sanofi est le principal acteur concerné par le PIIEC. Il devrait s'achever d'ici 2036¹³. Au bilan, l'UE ambitionne que cela créera 6 000 emplois (directs et indirects), parmi les six pays concernés.

Afin de poursuivre la logique de Med4Cure, un second volet du PIIEC sur la santé a été initié. La Direction Générale des Entreprises a mené l'appel à candidature, qui a été clôturé en avril 2024. Les résultats devraient être publiés prochainement¹⁴.

Plus précisément trois secteurs d'innovations seront soutenus par des acteurs paneuropéens :

- La durée de vie des implants médicaux actifs
- L'imagerie nomade, compacte et connectée
- Conception et fabrication durables de dispositifs médicaux

4.2 UNE SOUVERAINETE SANITAIRE FRANÇAISE INTEGREE DANS UNE STRATEGIE EUROPEENNE

Les investissements en santé relatif au plan Choose France s'inscrivent dans un cadre plus large des objectifs européens en matière de souveraineté sanitaire. En ce sens, la France renforce son rôle souverain en matière de santé à travers des coopérations et initiatives européennes telles que le programme *EU4Health*. Ce programme est instauré pour relever les défis en matière de santé à travers la mise en place de systèmes de santé plus solides, plus résilient et plus accessibles. "Pour 2024, 485 millions d'euros du budget seront consacrés au soutien de l'industrie pharmaceutique pour relever les défis tels que les pénuries de médicaments, le développement de nouveaux vaccins, les antibiotiques et les antiviraux". 1. *Le soutien européen à la santé en France*. (n.d.). Représentation En France¹⁵

Bien que la souveraineté soit un objectif national, elle s'inscrit dans une dynamique européenne. Les investissements permettent à la France de devenir un pilier dans les initiatives communautaires européens. La France promeut la création d'une Europe dans la santé afin de conjointement avec les états européens, faire face à de futures pandémies, une meilleure coordination de prévention et une recherche autonome industrielle en matière de santé.

Ainsi, les coopérations transfrontalières, induites par des partenariats scientifiques avec Pfizer renforcent les synergies européennes tout en privilégiant une production locale.

Le plan Choose France marque une étape décisive pour l'autonomie stratégique du pays qui conjugue une modernisation de l'appareil industriel, un renforcement du soutien à la recherche et à l'innovation, également une relocalisation ciblée des productions essentielles. En attirant des investissements étrangers stratégiques, la France se positionne comme un acteur stratégique, central et autonome dans la santé en Europe.

II – ANALYSE DES PLANS D'INVESTISSEMENT FRANÇAIS ET RECOMMANDATIONS POUR RENFORCER LA SOUVERAINETE SANITAIRE NATIONALE

SECTION 1 : ETUDE DES PLANS D'INVESTISSEMENT A PARTIR DU SEGUR DE LA SANTE

1.1 LE SEGUR DE LA SANTE, ETAT DE SANTE DE L'INDUSTRIE SANITAIRE FRANÇAISE

Le Ségur de la santé¹⁶ initié par Emmanuel Macron en 2020 et réalisé par Olivier Véran a donné de nombreuses conclusions diverses et variées sur les investissements à fournir dans le domaine médical, hospitalier, pharmaceutique. Le but recherché par le Ségur de la santé s'articule autour de 4 piliers¹⁷ :

- La transformation des métiers et la revalorisation de ceux qui soignent
- Le lancement d'une politique d'investissement et de financement vis-à-vis de la qualité des soins
- La simplification des organisations et des équipes de santé afin qu'elles se consacrent entièrement à leurs patients

- Le rassemblement d'acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

-

Les conclusions du Ségur de la santé¹⁸ ont abouti à une demande de 19 milliards d'euros d'investissement dans le système de santé, visant à améliorer la prise en charge des patients et le quotidien des soignants.

Chaque année, 8,2 milliards d'euros de cet investissement seront consacrés à la revalorisation des métiers dans les établissements de santé et les EHPAD, ainsi qu'à la reconnaissance de l'engagement des soignants au service de la santé des Français.

Par ailleurs, 2,1 milliards d'euros seront mobilisés pour les établissements médico-sociaux, 2,5 milliards d'euros seront investis dans les projets hospitaliers et les projets ville-hôpital puis 1,4 milliards d'euros seront déboursés dans le domaine numérique.

Ces investissements visent à réformer le secteur de la santé, profondément affecté par la crise du Covid. En effet, la pandémie a révélé le retard de la France dans plusieurs domaines ainsi que le manque d'infrastructures nécessitant la mise en place de moyens considérables pour remédier aux problèmes identifiés.

1.2 CONCILIER ATTRACTIVITE AVEC SOUVERAINETE FRANÇAISE

Les investissements étrangers massifs dans le secteur de la santé attirent mais observent également des ambivalences sur la souveraineté française.

D'un côté, ces investissements renforcent la capacité de production locale et contribuent à l'autonomie stratégique. De l'autre, ils posent des défis en matière de concurrence pour les entreprises françaises.

Pour la souveraineté et l'industrie sanitaire française, les investissements étrangers permettent de développer des infrastructures de pointe, d'introduire des technologies innovantes pour dynamiser la production nationale. Ces projets bénéficient aux régions en soutenant la montée en compétences des travailleurs locaux comme le montrent les créations d'emplois induit par Sanofi à Vitry-sur-Seine. L'arrivée de multinationales en France peut inciter les entreprises nationales à redynamiser l'innovation pour rester compétitive et assoir sa souveraineté sanitaire. En produisant localement des médicaments stratégiques, la France diminue sa dépendance aux importations.

Par ailleurs, les ressources financières et technologiques disposées par les grandes multinationales, souvent supérieure à celle des PME françaises, rend la concurrence sur le territoire français accrue. L'arrivée massive d'acteurs étrangers saturent les marchés comme ceux des biomédicaments ou les vaccins rendant plus difficile l'incorporation des start-ups françaises.

Bien que les projets étrangers créent des infrastructures en France, les technologies utilisées restent souvent sous le contrôle des multinationales, ce qui limite la souveraineté totale dans certains cas.

L'accès aux ressources n'est pas sans inégalités. Les grandes multinationales, comme Pfizer ou AstraZeneca, obtiennent des fonds publics (subventions ou crédits d'impôt), au détriment des entreprises françaises moins compétitives.

Malgré la dynamique de Choose France, ce plan d'investissement doit veiller à ne pas fragiliser les acteurs nationaux et doit : trouver un équilibre entre l'ouverture aux investissements étrangers, nécessaires pour redynamiser et renforcer les capacités locales et assurer le soutien aux entreprises françaises afin de profiter de cette dynamique d'investissement sans être marginalisée.

SECTION 2 : LA FRANCE REELLEMENT EN POINTE DANS L'INVESTISSEMENT RELATIF A LA SANTE ?

En 2023, l'Agence de l'Innovation en Santé produisait un rapport sur sa stratégie d'accélération sur les biomédicaments et la bioproduction en France. Cette synthèse met en perspective la place de la France au sein de l'Union Européenne¹⁹.

La France est le deuxième pays d'Europe en termes de développement de biomédicaments (20%), après le Royaume-Uni (30%). En 2023, il développait 584 biomédicaments uniques, suivi de près à 540 par l'Allemagne.

La France est le deuxième pays développeur de biomédicaments en phase non-clinique, ce qui signifie qu'elle est particulièrement active dans la Recherche et Développement et traduit de la forte expertise en recherche fondamentale (CNRS, INSERM), soutenue par les Plans d'investissement.

Cependant, le pays ne se classe que quatrième, dans le développement en phase clinique faisant suite au Royaume-Uni, à la Suisse puis à l'Allemagne.

Cela étant, la "bioproduction" en France peut être considérée comme une filière de souveraineté. En effet, la majorité des sites de production d'Europe se situent sur le sol français. De plus, le tissu industriel français des sous-traitants pharmaceutiques (CDMO) dispose d'un fort ancrage local : elle est majoritairement composée d'entreprises nationales concentrées sur le territoire français, avec peu d'acteurs ayant une portée ou une ambition internationale.

SECTION 3 : LES FAIBLESSES DES PLANS D'INVESTISSEMENTS

3.1. DES AMBITIONS ELEVEES

La nature même de ces promesses d'investissements, souvent réparties sur plusieurs années, exige une certaine patience avant d'être évaluée de manière objective. Certains engagements récents tels que ceux de Sanofi ayant promis un investissement de 1,1 milliard d'euros d'ici à 2030 lors du sommet de cette année, ne peuvent être vérifiés immédiatement. Les effets réels de ces promesses, tout comme leur concrétisation, nécessiteront un suivi dans le temps.

Cependant, il est important de souligner que certains acteurs économiques ont d'ores et déjà dépassé les objectifs annoncés. C'est le cas d'AstraZeneca, dont les investissements ont largement excédé les montants initialement prévus en 2020. Cette performance témoigne de la capacité du plan Choose France à créer un environnement favorable aux initiatives des entreprises étrangères en apportant des résultats tangibles pour le territoire national. Il est donc possible d'observer que des réussites concrètes émergent même si le bilan global demande encore à être consolidé.

Ainsi, si le discours public concernant les promesses d'investissement ne peut pas être entièrement validé à ce stade, des avancées significatives, comme l'exemple d'AstraZeneca, permettent de donner du crédit à l'efficacité de cette initiative et d'envisager des retombées

positives pour l'économie française. Le suivi attentif des projets annoncés reste néanmoins indispensable pour mesurer pleinement la réalisation des engagements dans les années à venir.

D'autre part, des limites du plan France 2030 ont notamment été soulevées par plusieurs députés, dans le cadre d'un avis parlementaire de 2023 intitulé "Investir pour la France de 2030"²⁰. Le député de NUPES Laurent Alexandre remet notamment en question la capacité du Plan à atteindre l'ambitieux objectif de production des 20 biomédicaments au regard de la faiblesse du budget alloué (800 millions d'euros) en s'appuyant sur les témoignages de différents acteurs du monde la santé tels que Sanofi, des membres du Paris-Saclay-Cluster, et l'Agence de l'Innovation en santé elle-même.

Les ambitions de France 2030 impliquent des investissements considérables pour les finances publiques et ne doivent donc pas être sous-estimées. Le gouvernement investissant 54 milliards d'euros dans ce projet se doit d'atteindre les objectifs fixés par ce plan d'investissement. Pourtant, de part et d'autre, dans des journaux, différents médias et même à l'Assemblée nationale, le doute s'installe quant à la fiabilité et la véracité de ce plan.

Un document de l'Assemblée nationale proposé par la députée LR Madame Constance de Pélichy indique certaines limites du dispositif France 2030²¹.

Son écrit prend pour point de départ le manque de clarté et la complexité du dispositif France 2030, perçu comme difficile à comprendre et à simplifier. La multiplicité des acteurs, des structures, et des thématiques entraîne des difficultés de compréhension et de gestion, ce qui pénalise les candidats aux appels à projets et rallonge les délais de sélection et de contractualisation. Par ailleurs elle stipule une absence de financement pérenne avec des investissements significatifs. Selon elle, la logique de financement compétitif via appels à projets est critiquable. Ce modèle ne couvre pas les coûts fixes et impose des cycles courts (5 ans en moyenne), rendant difficile le développement de projets de long terme, notamment dans des domaines stratégiques comme la santé. Madame la députée exprime le soutien insuffisant aux projets spécifiques de santé. En effet, les investissements identifiés dans le domaine de la santé (biothérapie, santé numérique, maladies infectieuses émergentes), montrent que les budgets attribués restent limités et parfois soumis à des gels budgétaires, ce qui freine leur mise en œuvre.

3.2. L'ABSENCE D'ETUDE D'IMPACT

Dans un avis (le n°462), le député Charles Fournier regrette que la planification de France 2030, n'ait pas été soumise à une étude d'impact. En effet, les crédits mobilisés pour ce plan d'investissement, plusieurs milliards d'euros, nécessitaient d'avantage un projet de loi, plutôt qu'un amendement à un projet de loi de finance. Permettant de fait au gouvernement, selon « l'article 39 de la Constitution et des articles 8 et 11 de la loi organique du 15 avril 2009 », de s'affranchir d'une étude d'impact.

Cette étude d'impact aurait permis une ventilation plus précise et plus cohérente des aides et de leurs montants.

PERSPECTIVES ET RECOMMANDATIONS

L'un des principaux enjeux des investissements étrangers dans le secteur de la santé réalisés dans le cadre de Choose France réside dans la difficulté pour les entreprises françaises de maintenir une position dominante dans ces investissements.



Il s'agit en effet de trouver un équilibre en accueillant les investissements étrangers tout en préservant l'attractivité et le soutien aux entreprises françaises, afin d'éviter que cette dynamique n'accroisse la concurrence au détriment des acteurs nationaux. Pour cela, il serait important de prendre des mesures ci-contre :

- Favoriser les partenariats en incitant les multinationales à collaborer avec des services publics français en vue de projets communs.
- Renforcer l'écosystème local en soutenant directement les entreprises françaises, notamment via France 2030, pour qu'elles puissent rivaliser avec les géants étrangers.
- Conditionner les aides publiques en s'assurant qu'elles bénéficient aux entreprises nationales et pas uniquement aux multinationales.
- Protéger les secteurs sensibles en identifiant les domaines dans lesquels la concurrence étrangère pourrait fragiliser les filières stratégiques françaises et y appliquer des régulations spécifiques.

Par ailleurs, l'absence d'études d'impact ne permet pas de s'appuyer sur un état des lieux précis du système de santé français. Cette étude aurait permis de dresser un tableau clair, sans tabou de l'état de notre industrie de la santé, de l'innovation à sa commercialisation, en passant par sa phase de production. Sans document fondateur, l'Etat a dû s'appuyer sur le Ségur de la Santé. En outre, il y a un manque certain de visibilité sur les différentes étapes de mise en place du Plan, en dépit de la publication de rapports annuels depuis le lancement de France 2030.

Ainsi, la méthode choisie pour déterminer les montants et les domaines de ces investissements interpelle. Il aurait fallu consulter plus largement.

“Pour espérer un regain de puissance dans le secteur de l'industrie de la santé et se montrer vraiment compétitive, la France ne doit pas se contenter d'un nouveau plan tous les cinq ans. Il est urgent de repenser le secteur pour lui donner une base solide, et les moyens des ambitions gouvernementales pour assurer sa souveraineté face aux autres puissances.”

Les Partenariats Public-Privé dans les projets de santé

Groupe 13: Johanna RAULT, Arthur AUVINET, Henri LAUTURE, Nathan LIPPI, Erwan MINET, Lydwine PEREAU

Le 25 mai 2020 s'ouvrait le Ségur de la santé, point d'orgue de la crise latente qui touche l'hôpital public depuis plusieurs années. La consultation multilatérale entre l'exécutif et les acteurs de la santé avait pour objectif de répondre à la colère d'un secteur épuisé par une crise sanitaire qui n'en était qu'à ses débuts. Pour cause : la dette de l'hôpital public, qui s'élevait à 30,9 milliards d'euros en 2021, le manque de personnel, la dégradation des conditions de travail et enfin, les fermetures de lits (5 700 entre 2019 et 2020). Bien que la consultation ait permis de faire émerger plusieurs idées, une proposition reste absente de ses conclusions, alors même que des organismes internationaux tels que l'OCDE ou l'OMS plaident en faveur de cette méthode éprouvée : les Partenariats Public-Privé (PPP). Apparus en 1992 en Grande-Bretagne sous l'appellation private finance initiative, ils sont utilisés en France depuis 2004 et ont permis la réalisation de plusieurs ouvrages d'envergures dont le plus célèbre, « l'Hexagone Balard ». Utiliser cet outil dans le secteur de la santé alors que « les budgets de santé sont sous pression dans plusieurs pays, surtout au vu de la situation économique actuelle, les PPP peuvent sembler un soulagement pour les budgets publics, » a expliqué le docteur Tamás Evetovits, chef du bureau de l'OMS à Barcelone pour le financement des systèmes de santé.

LES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVE : PRESENTATION GENERALE ET ETAT DE L'ART EN FRANCE

A. LES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVÉ COMME REPONSE AUX INSUFFISANCES DE L'ÉTAT

Le Partenariat Public-Privé (PPP) se définit comme une forme de coopération entre les autorités publiques et le monde des affaires afin d'assurer la prestation d'un service. C'est un accord contractuel qui permet de mobiliser et de partager les connaissances et ressources de chaque secteur à l'usage du grand public. Cet accord comprend le partage des risques et des bénéfices potentiels. La force publique délègue ainsi une partie des travaux ou des services relevant de sa responsabilité au secteur privé avec des engagements précis sur les objectifs communs de fourniture de bénéfices au grand public⁸⁵.

En France, le système hospitalier compte 2 987 établissements de santé au 31 décembre 2021, 1 344 hôpitaux publics, 982 cliniques privées et 661 établissements privés à but non lucratif. Parmi les 2 987 établissements de santé français, quatre types d'établissements coexistent : 84 centres hospitaliers régionaux (CHR) ; 933 centres hospitaliers ; 93 centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS) et 134 autres établissements publics. Malgré une baisse du nombre d'établissements hospitaliers (-5,4 %), le recrutement a continué d'augmenter de manière plus modérée qu'en 2020. La hausse des effectifs rendue nécessaire par la crise du Covid semble se poursuivre. Le public reste le principal employeur avec 78 % des effectifs du secteur hospitalier. Les hospitalisations concernent principalement des hospitalisations partielles (82 000 en 2021). C'est surtout l'hospitalisation à domicile qui s'est développée. Cette dernière a permis de réduire la pression sur les établissements traditionnels. Preuve de la prépondérance de l'hôpital public, ce dernier représente 66 % des lits et places en médecine contre 25 % pour les cliniques privées lucratives et 9 % pour les établissements privés non lucratifs. Les hôpitaux publics se concentrent sur les soins non programmés et les pathologies complexes (79 % des lits en médecine) là où l'hôpital privé domine en chirurgie (44 % dans le secteur lucratif). Le secteur public offre une couverture quasi-totale des territoires, notamment dans les zones sous-dotées où il constitue parfois

l'unique offre de soins. À l'inverse, le privé est inégalement implanté : 18 % des séjours dans le Grand-Est, par exemple⁸⁶.

L'hôpital public reste cependant toujours en déficit, atteignant 415 millions d'euros, avec 52 % des établissements déficitaires. Une part en augmentation depuis 2020. L'endettement des hôpitaux publics a continué d'augmenter, atteignant 31,1 milliards d'euros. Toutefois, le pourcentage d'établissements surendettés a diminué pour atteindre 26,1 %, par rapport à 31,4 % en 2020. Les efforts d'investissement ont progressé légèrement, mais ils restent insuffisants pour résoudre les difficultés financières structurelles de nombreux établissements publics. En comparaison, le secteur hospitalier privé a montré une situation financière beaucoup plus favorable. En 2021, les cliniques privées ont enregistré leur meilleur niveau de rentabilité depuis 2006. Notamment grâce aux subventions d'exploitation, à la hausse du résultat d'exploitation et à la reprise de l'investissement dans ces structures. Cependant 18,4 % des cliniques privées restent surendettées. Dans les cliniques privées, les honoraires des médecins exerçant en libéral s'ajoutent aux frais hospitaliers, augmentant le coût pour les patients. En revanche, les hôpitaux publics incluent la rémunération des praticiens dans leurs charges globales, limitant ainsi les restes à charge pour les assurés. Cela explique probablement les différences d'âge chez les patients. En moyenne, les patients des cliniques privées sont plus âgés (60 ans) que ceux des hôpitaux publics (55 ans). Les patients des hôpitaux publics présentent des pathologies plus graves et complexes, avec une moyenne de six diagnostics par séjour contre trois dans le secteur privé lucratif. Plus de deux tiers des cas nécessitant un niveau de sévérité élevé sont traités dans les établissements publics. Les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) sont majoritairement accueillis dans le public (8,7 % des séjours en 2019), contre 5,7 % dans le privé lucratif et seulement 3,1 % dans le privé non⁸⁷ lucratif⁸⁸.

La dépense moyenne des adultes français bénéficiant d'une complémentaire santé était de 1 139 euros en 2023. Cela représente une augmentation de 1 139 euros en 2023. Ces augmentations sont inégales en fonction des régions : +9 % dans les Pays de la Loire contre -17 % en Corse, par exemple. Les principales dépenses sont hospitalières, dentaires et les soins de médecine courante. C'est surtout le reste à charge avant la complémentaire santé qui continue d'augmenter. Les assurés doivent ainsi supporter une part importante des dépenses de santé non remboursées par l'Assurance maladie⁸⁹.

Concernant la faiblesse du système de santé français, la première réside dans la mobilité des médecins. Leurs affectations dépendent de leur classement en école. Les études étant longues et spécialisées, cela ne les encourage pas à évoluer et changer de spécialité. On peut ainsi avoir un excédent de médecins sur certaines spécialités et un déficit sur d'autres. Les effets du changement climatique sont aussi à prendre en compte. Ils sont responsables d'une augmentation de 15 % de la mortalité au sein de l'UE, avec de nouvelles pathologies s'ajoutant à celles déjà existantes. La lenteur du système de santé est aussi un problème dans la manière dont il est perçu. On ne supporte plus d'attendre pour consulter ou recevoir un résultat. Un mouvement d'individualisation pourrait prendre place, personnalisant la prise en charge. Les offres de soins pourraient augmenter mais seraient paradoxalement accompagnées d'un contrôle croissant exercé par la société, notamment par le biais des technologies numériques. En effet, on assiste au développement de thérapies digitales. C'est-à-dire qu'on passe d'une logique de produit à une logique de service avec une privatisation croissante. Il ne s'agit plus de mettre un service de santé au profit des patients mais de mettre le patient au centre du dispositif et de lui faire converger plusieurs offres thérapeutiques, ce qui entraînerait une libéralisation des offres de soins, l'État n'étant pas capable de développer, financer et mettre en œuvre tous ces moyens. On remarque aussi une hausse des maladies mentales et

chroniques (20 pour 1 000 habitants contre 15 pour 1 000 dans l'OCDE) que l'on sait mal soignées et onéreuses (soins de longue durée, par exemple).

Les coupures entre les hôpitaux et la médecine de ville résultent de la divergence des statuts, des financements et de leur mode de régulation. Le personnel hospitalier est salarié tandis que les médecins sont libéraux. Il peut y avoir des projets communs mais ce sont des initiatives individuelles. Avec le vieillissement de la population, il y a une multiplicité de maladies chroniques qui nécessitent un suivi régulier à l'hôpital, là où l'hôpital était considéré comme un centre pour les lourdes pathologies et qui les soignent de manière spontanée. Les médecins de ville soignaient les petites pathologies alors qu'ils ont cette capacité de suivi régulier qu'ils n'exploitent pas. Le vieillissement de la population est aussi à prendre en compte car au-delà du nombre croissant de patients potentiels, c'est aussi l'antibiorésistance qui pourrait se développer. Ces personnes auront en effet été en contact pendant une plus longue période et plus régulièrement avec les antibiotiques que la génération « baby-boomer ». La France étant déjà le 6e pays le plus impacté du monde.

Le développement très lent de la numérisation est aussi un problème alors que la e-santé est en plein boom (+160 % entre 2019 et 2023). Il faut qu'un hôpital en déficit investisse dans les infrastructures digitales et réserve des espaces de stockage dans les hôpitaux. Enfin, les dépenses de santé devraient dépasser celles de la croissance du PIB au cours des 15 prochaines années dans presque tous les pays de l'OCDE. Alors même que la prise en compte des maladies chroniques et pluripathologiques augmente (60 % des dépenses de santé à ce jour). La prévention est aussi minoritaire (2 % des dépenses courantes) face à des maladies de plus en plus présentes, comme Alzheimer. Enfin, l'organisation territoriale des centres de soins doit être revue⁹⁰.

En ce sens, les PPP semblent être une solution. Ils permettent de mobiliser et optimiser les ressources en réunissant des ressources financières, humaines et techniques pour maximiser leur utilisation. Ils renforcent ainsi l'efficacité du système de santé en coordonnant les actions des parties prenantes et en y intégrant les priorités nationales. Cette centralisation permet aussi de réduire les coûts de fonctionnement par la mutualisation des efforts là où l'État est en difficulté. Les transferts de technologie de ces deux secteurs permettent aussi de renforcer les capacités du système de santé. Ils améliorent des éléments clés comme la gouvernance, la prestation de soins, etc. Les PPP apportent des solutions durables qui répondent aux besoins actuels et futurs de la population. Lorsque cette population vient se faire soigner, les PPP améliorent l'accès aux soins et la qualité des services offerts, en particulier pour les populations vulnérables, par exemple en améliorant le système de distribution de médicaments dans les zones rurales. Enfin, l'État peut s'appuyer sur des entreprises privées pour déléguer son rôle de prévention. Il peut aussi déléguer sa prérogative de soins dans le cadre de soins globaux (la vaccination par exemple). La synergie public/privé permet aussi d'attirer le privé dans des secteurs perçus comme peu rentables. Au sein du public, la majorité de la recherche se fait au sein des hôpitaux universitaires. Des partenariats ont été noués avec des grands acteurs pharmaceutiques en oncologie, par exemple. Cependant, la différence de méthodologie est un frein à l'établissement de PPP. Il faut renforcer l'interface entre la recherche publique et privée en promouvant une culture d'innovation lors de la formation, par exemple : des stages en entreprise ou un soutien aux étudiants voulant créer leur start-up. Aujourd'hui ces actions sont isolées ou non coordonnées. La raison budgétaire prime pour autoriser un PPP. Il serait trop coûteux pour l'État de mettre en place une structure pour répondre à un besoin précis à un moment donné. Ainsi, le privé, plus flexible, peut intervenir pour y répondre⁹¹.

Le premier PPP⁹² français, signé en 2005⁹³ pour la construction de l'Institut de la Vision à Paris,⁹⁴ a marqué une étape clé dans le financement des infrastructures de santé. Achievé en 2008 pour un coût de 30 millions d'euros, ce centre de recherche en ophtalmologie a vu le jour grâce à un consortium réunissant la Caisse des Dépôts, la Caisse d'Épargne et Icade⁹⁵, qui a pris en charge la réalisation, le financement et la maintenance. Ce partenariat a permis de surmonter⁹⁶ des défis financiers, accélérant le projet et ouvrant la voie à d'autres collaborations public-privé en France, tout en favorisant innovation et efficacité⁹⁷ dans le secteur de la santé.

Les types de contrat :

Il existe 2 grandes familles de PPP, la principale différence entre ces deux grandes familles réside dans le mode de rémunération de l'acteur privé.⁹⁸

Les délégations de services publics⁹⁹ permettent à une autorité publique de confier à un partenaire public ou privé la gestion d'un service public dont elle à la charge. Le délégataire peut avoir pour mission¹⁰⁰ la construction d'infrastructures ou l'acquisition de bien nécessaires à l'exécution du service public dont il est légataire. La question de la rémunération dans ce type de contrat est liée à la performance¹⁰¹ du partenaire dans l'exploitation dudit service. Ce mode de gestions des PPP est subdivisé en quatre¹⁰² sous familles déclinées comme suit :

1. *La concession : La collectivité confie à un concessionnaire la réalisation de travaux et l'exploitation d'un service public, avec une rémunération par les usagers. Le concessionnaire assume le risque d'exploitation. Exemple : Un établissement de santé privé construit et exploite un nouvel hôpital, rémunéré par les frais des patients.*
2. *L'affermage : Le partenaire public fournit les infrastructures, le fermier privé assure leur maintenance et modernisation. Le fermier est rémunéré par les usagers et verse une redevance à la collectivité. Exemple : Une clinique privée gère un service hospitalier public avec les infrastructures existantes, versant une redevance à l'hôpital public.*
3. *La régie intéressée : Un partenaire privé gère un service public pour un partenaire public, avec une rémunération fixe et un intéressement. Le partenaire public garde la direction du service. Exemple : Un groupe privé gère un service de radiologie dans un hôpital public, avec une rémunération fixe plus un pourcentage basé sur la performance.*
4. *La gérance*¹⁰³ : *Le partenaire privé gère le service sans assumer les coûts d'investissement ni les risques d'exploitation. Exemple : Une entreprise privée gère les services de restauration d'un hôpital public sans assumer les risques financiers.*

TYPOLOGIE DES CONTRATS DES PPP

Type de contrat	Coût d'investissement	Risques d'exploitation	Mode de rémunération et sources des recettes
Concession	Concessionnaire	Concessionnaire	<p><u>Rémunération versée par les usagers :</u></p> <p>Les recettes perçues des usagers par le concessionnaire permettent de couvrir les investissements et les frais d'exploitation.</p>
Affermage	Partenaire public	Fermier (partenaire de l'autorité délégatrice)	<p><u>Rémunération versée par les usagers :</u></p> <p>Les recettes perçues par le fermier pour couvrir les frais d'exploitation.</p>
Gérance	Partenaire public	Partagé entre les acteurs	<p><u>Rémunération fixe, déterminée par le partenaire public avec intéressement :</u></p> <p>Les recettes perçues des usagers par le gérant pour compte du partenaire public.</p>
Régie intéressée	Partenaire public	Partagé entre les acteurs	<p><u>Rémunération fixe, déterminée par le partenaire public avec intéressement :</u></p> <p>Les recettes perçues des usagers par le régisseur pour compte du partenaire public.</p>

Le contrat de partenariat (CP) est un contrat administratif global¹⁰⁴ qui permet à l'État, à une collectivité ou à un établissement public de confier à une société privée la conception, la construction, la gestion et la maintenance d'un ouvrage nécessaire à l'exécution d'une mission de service public. Dans ce type de contrat la rémunération perçue par le cocontractant est fixe et versée par le partenaire public sous forme de loyer, auquel peuvent s'ajouter des compléments pouvant être perçus par le cocontractant. Dans le domaine de la santé, les PPP reposent sur des contrats de longue durée établis entre une entité publique et un acteur privé.¹⁰⁵ Ces accords visent à garantir la mise à disposition d'infrastructures, d'équipements et de services de santé. Le partenaire privé prend en charge une part significative des risques et des responsabilités liés à la gestion du projet, tandis que sa rémunération est conditionnée par les résultats obtenus et la qualité des prestations fournies. Les PPP offrent une **réduction significative des dépenses publiques initiales et de l'endettement de l'État**¹⁰⁶, permettant une meilleure gestion des finances publiques à court terme. Ils libèrent également des ressources que le secteur public peut redéployer vers d'autres priorités essentielles. De plus, l'implication du secteur privé dans les projets publics favorise l'introduction d'innovations et de nouvelles technologies dans la prestation des services publics, améliorant ainsi leur efficacité.

MODÈLES & STRUCTURES DES PPP DANS LA SANTÉ

Modèle	Caractéristiques	Avantages	Inconvénients
Services spécialisés Correspondance: • Gérance • Régie intéressée	Contrat avec un opérateur privé portant sur la fourniture d'équipements spécialisés et services cliniques divers. <i>Exemple : Les dialyses, imagerie etc.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Économies d'échelles • Amélioration de la qualité et de la disponibilité des services • Réponse rapide aux besoins spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> • Coûts élevés • Dépendance vis-à-vis des acteurs privés • Réduction des marges pour d'autres services
Établissement de santé Correspondance: • Contrat de partenariat	L'opérateur privé assure la conception, la construction, le financement, l'exploitation d'un établissement de santé. La responsabilité de la gestion des services cliniques reste dans le secteur public. <i>Exemple : Les hôpitaux</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Libération de ressources que le secteur public peut redéployer ailleurs. • Gestion plus efficace des infrastructures. • Introduction d'innovations et de nouvelles technologies médicales. • Améliorant l'efficacité et la qualité des soins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidité financière à long-terme. • Sous-estimation des coûts sur le long-terme. • Perte d'aides publiques.
PPP Intégrés Correspondance: • Concession • Affermage	L'opérateur privé assure gestion complète des infrastructures et des services cliniques. Il assure également une gamme définie de services cliniques associés.	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des services et infrastructures. • Mobilisation des financements privés. • Accélération des projets. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risques pour l'équité et l'accessibilité aux soins. • Surveillance contractuelle complexe. • Coûts élevés à long-terme.

La mise en œuvre des Partenariats Public Privé :

Selon le guide de l'European PPP Expertise Centre (EPEC) des Partenariats Public Privé ¹⁰⁷, la mise en place d'un PPP¹⁰⁸ se déroule en quatre¹⁰⁹ phases principales :

1. Identification du projet :

- Sélection du projet
- Évaluation de l'option PPP

2. Préparation détaillée du projet :

- Mise en place de l'organisation
- Préparatifs en vue du lancement du processus de passation du contrat

3. Passation du contrat PPP :

- Sélection du partenaire privé

- Contrat PPP et bouclage du montage financier

4. Mise en œuvre du projet :

- Pilotage du contrat
- Évaluation ex post

Les PPP dans le secteur de la santé permettent, par l'association des efforts organisationnels des acteurs publics et privés, ainsi que le développement international, d'apporter des solutions aux problématiques de santé publique, d'innovation et de développement social. La combinaison des divers domaines de compétence favorise l'émergence d'un haut niveau d'expertise peu présent dans des projets classiques. La répartition préalable du travail issu d'un commun accord permet aux partenaires d'un PPP de concilier des objectifs distincts pour mener à bien un projet, en créant une synergie où l'expertise et les ressources du secteur privé s'allient à la mission d'intérêt général et à la légitimité du secteur public, générant ainsi une valeur ajoutée pour l'ensemble de la société.

LES OPPORTUNITES DES PARTENARIATS PUBLIC-PRIVE

A. LES ATOUTS DU PRIVE : R&D, INVESTISSEMENT ET INNOVATION

Les PPP en santé exploitent de plus en plus des technologies émergentes comme la robotique médicale, l'intelligence artificielle (IA) et les dispositifs connectés, qui représentent des axes stratégiques majeurs dans la recherche et développement (R&D). Le secteur privé, grâce à des investissements massifs et à une culture de l'innovation, est un moteur clé dans l'intégration de ces technologies, tout en collaborant avec le secteur public pour maximiser leur impact.

La robotique médicale constitue un domaine de pointe, illustré par des dispositifs comme les robots chirurgicaux (par exemple, le système da Vinci¹¹⁰), qui permettent des interventions moins invasives, une précision accrue et des temps de récupération réduits. Ces robots, développés par des entreprises privées avec des financements publics, redéfinissent les standards de la chirurgie moderne. Une hypothèse à considérer est que l'intégration de la robotique pourrait, à terme, automatiser certaines tâches médicales répétitives, libérant les professionnels de santé pour des activités plus complexes et centrées sur le patient. En France, les robots médicaux sont de plus en plus présents dans les hôpitaux et jouent un rôle clé dans la chirurgie mini-invasive, réduisant les risques d'infection, les complications et le temps de récupération des patients. Actuellement, on dénombre environ 180¹¹¹ robots chirurgicaux dans le pays, utilisés notamment pour des interventions comme la chirurgie de la prostate, où ils réalisent près de 50 % des opérations (contre plus de 90 % aux États-Unis). Ces robots permettent aussi de diminuer de manière significative les temps d'hospitalisation, alignés avec l'objectif de développer la chirurgie ambulatoire. La France est en pointe dans le domaine de la robotique médicale, avec des pôles d'innovation comme celui de Montpellier. Une entreprise emblématique, Quantum Surgical, a conçu le robot Epione¹¹² utilisé pour des ablations tumorales du foie, illustrant le potentiel vital de ces technologies. Cependant, cette avancée nécessite un accompagnement pour éviter une résistance culturelle ou des craintes liées à la substitution des compétences humaines¹¹³.

L'IA, quant à elle, révolutionne le diagnostic et le traitement grâce à des algorithmes capables d'analyser des volumes massifs de données¹¹⁴. Dans le cadre des PPP, des bases de données publiques (comme celles issues des hôpitaux) sont exploitées par le secteur privé pour entraîner des IA capables de détecter des pathologies précoces, prédire l'évolution des maladies ou personnaliser les thérapies. Par exemple, des solutions basées sur l'IA permettent aujourd'hui de détecter des cancers¹¹⁵ à des stades précoces avec une précision supérieure à celle des diagnostics traditionnels. Elle est le fruit d'un PPP entre l'Institut national du cancer, le Health Data Hub, les laboratoires Amgen, AstraZeneca, Jassen-Cilag, MSD France, Pfizer, Pierre Fabre, Novartis, l'Alliance pour la Recherche et l'Innovation des Industries de Santé (ARIIS). France Biotech, qui représente les start-up spécialisées dans la santé, est également membre de ce consortium. Cette technologie, bien que prometteuse, soulève des enjeux éthiques et légaux concernant la confidentialité des données¹¹⁶, ce qui rend la collaboration public-privé essentielle pour établir des cadres réglementaires solides.

Un domaine encore en émergence est celui des médecins-robots, qui combinent robotique et IA pour offrir des soins autonomes ou semi-autonomes. Par exemple, en septembre 2024, un chirurgien à Bordeaux a retiré une tumeur à un patient en Chine, grâce à la téléchirurgie¹¹⁷. Ces dispositifs pourraient, dans un avenir proche, répondre aux besoins des régions sous-dotées ou pallier les pénuries de professionnels de santé, notamment pour des consultations de base ou des gestes médicaux simples. Les investissements privés, soutenus par des subventions publiques¹¹⁸, sont ici cruciaux pour développer ces solutions et les rendre accessibles à grande échelle. Une question à explorer est celle de l'acceptabilité sociale de ces technologies¹¹⁹ qui nécessiteront une sensibilisation et une formation adaptées pour rassurer les patients et les professionnels.

En avril 2020, la France se positionnait au 2e rang mondial en matière de recherche clinique sur la Covid-19 derrière les États-Unis. Cette dynamique, bien qu'extraordinaire, a révélé certains défis administratifs et logistiques¹²⁰ qui ont freiné l'avancée de plusieurs études. La multiplicité des protocoles de recherche et la complexité du système de financement ont conduit à un retard dans les études, en particulier pour l'étude Reacting/Inserm Discovery,¹²¹ tandis qu'une étude similaire au Royaume-Uni (Recovery) avait recruté beaucoup plus rapidement. La dispersion des projets et les difficultés de contractualisation ont révélé la nécessité de centraliser et prioriser les initiatives en matière de santé publique. C'est dans cette optique que le dispositif CAPNET¹²² a été proposé par le Ministère de la Santé et de la Recherche. Ce label national permettrait un examen accéléré des autorisations ANSM/CPP et offrirait des facilités de financement. Initialement destiné à la recherche contre la Covid-19, il serait souhaitable que ce système soit étendu à d'autres priorités nationales, telles que l'oncologie, afin de renforcer l'efficacité de la recherche.

Enfin, les bénéfices des PPP pour les deux parties sont multiples. Pour le secteur public, ces collaborations permettent d'accélérer la modernisation des infrastructures de santé, de démocratiser l'accès aux innovations et d'améliorer la qualité des soins. Le secteur privé, quant à lui, profite d'un accès privilégié à des données de santé publiques,¹²³ d'un soutien dans les phases de recherche fondamentale et d'un environnement réglementaire structuré qui facilite le déploiement de ses technologies. Une hypothèse intéressante serait d'évaluer si ces innovations, en s'appuyant sur les données issues des systèmes publics, pourraient réduire significativement les coûts globaux de la santé tout en augmentant son efficacité. De plus, le développement de technologies de pointe dans la santé, comme la robotique médicale

et l'intelligence artificielle, soutenu par des PPP, génère de nombreux emplois qualifiés dans des secteurs stratégiques tels que l'ingénierie, la recherche et le développement, et l'analyse de données. Par exemple, en France, des pôles technologiques comme celui de Montpellier (Quantum Surgical) ou le Health Data Hub à Paris sont des catalyseurs de croissance économique.

La France se distingue par ses sites hospitalo-universitaires qui intègrent diverses recherches scientifiques, notamment les centres d'investigation cliniques (CIC),¹²⁴ renforçant ainsi son écosystème d'innovation. Bien que complexe, cet écosystème est soutenu par des outils comme les réseaux hospitalo-universitaires et les démonstrateurs du Plan d'investissement d'avenir, favorisant la structuration de centres d'excellence. Ces initiatives ont permis des partenariats public-privé de portée internationale, particulièrement en immunoncologie, contribuant à la médecine de précision et à la recherche innovante. La France explore également la possibilité de robots autonomes, même si leur rôle reste aujourd'hui limité à des gestes spécifiques comme les sutures.¹²⁵ Bien qu'il soit improbable que les chirurgiens soient remplacés, leur rôle évolue vers la supervision et l'intervention en cas de problème, renforçant ainsi l'efficacité des interventions médicales. Les PPP dans la santé illustrent un mariage entre innovation technologique et progrès sociétal, où robotique, IA et médecins-robots représentent des solutions prometteuses. Ces avancées, bien qu'ambitieuses, nécessitent une gestion fine des enjeux éthiques, légaux et économiques, où l'intelligence économique joue un rôle clé pour assurer un équilibre entre compétitivité et intérêt général. Les PPP, en associant les forces du secteur public et du secteur privé, permettent ainsi de maximiser les bénéfices de l'innovation, tout en répondant aux défis contemporains du secteur de la santé.

B. L'APPORT DU PRIVE DANS LE PUBLI ENTRE RESILIENCE ET EFFICACITÉ

Pour les infrastructures et services, régulièrement critiqués dans les médias pour la dégradation de leur qualité, les PPP apparaissent aussi comme une solution prometteuse. En effet, les partenaires privés permettent de pallier ces difficultés en atténuant les pressions budgétaires et gestionnaires du domaine public.

Considéré comme « le premier centre de recherche sur la vision au monde » par le Haut comité d'évaluation de la recherche et de l'enseignement scientifique, l'Institut de la Vision¹²⁶ est un grand succès. Inauguré en 2008 dans les temps impartis, il est le fruit d'une collaboration entre le Centre hospitalier national d'ophtalmologie des Quinze-Vingts (Paris) et diverses fondations et services hospitaliers. Il rassemble aujourd'hui sur 10 000 m² des profils variés (doctorants, cliniciens, industriels, chercheurs...), dans des équipes¹²⁷ de recherche scientifique, et compte plateformes technologiques, centre d'investigation clinique, centre national des maladies rares, incubateur d'entreprises etc.

L'ambitieux Plan Hôpital 2007¹²⁸ visait à investir pour moderniser rapidement les équipements hospitaliers tout en réduisant les dépenses sur le long terme. Ainsi, plusieurs projets étaient prévus, allant de la réalisation d'un hôpital complet à des rénovations dans le domaine psychiatrique, à des pôles logistiques, ou encore la réalisation d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et d'un bâtiment haute qualité environnementale. Décrédibilisé par plusieurs échecs comme celui de l'hôpital Sud francilien

en Essonne, dont le partenaire privé Eiffage¹²⁹ s'est retiré, le programme a tout de même permis la construction du centre hospitalier Pierre Oudot¹³⁰ de Bourgoin-Jallieu en Isère, en respectant les délais et budget (141 millions d'euros). Il propose une offre de soins modernisée et renforcée, une capacité d'accueil de court séjour accrue et de nouveaux services développés (réanimation, psychiatrie de l'enfant, dialyse). Le bilan mitigé du Plan est dû à plusieurs facteurs : une mise en œuvre précipitée, un manque de préparation des directeurs d'établissements, un financement incertain et un manque de pertinence de plusieurs projets plutôt motivés par l'accès à des aides financières. D'autre part, la création puis la disparition des pôles d'activités ont semé la confusion et la nouvelle gouvernance concentrait les pouvoirs dans un comité exécutif, court-circuitant les praticiens hospitaliers, les paramédicaux, les personnels et les usagers, la réforme a alors été perçue comme un instrument au service de la maîtrise des dépenses de santé plutôt que d'amélioration des soins.

Le projet d'Henriville n'a pas connu les mêmes déboires : le Centre hospitalier universitaire d'Amiens Picardie (connu pour la première greffe partielle du visage au monde en 2005) et la clinique Victor Pauchet de Butler, deux concurrents, se sont assemblés en 2007 pour créer une nouvelle structure de droit privé, un Groupement de coopération sanitaire. Les deux établissements connaissaient les mêmes difficultés concernant les soins de suite et de réadaptation. Ils avaient tous deux besoins d'un dégagement sur des lits de moyen séjour, et ont réussi à obtenir chacun des gains tant financiers que qualitatifs par l'extension des capacités (25 lits supplémentaires pour le public). Ainsi, une nouvelle structure commune en aval, a entraîné une activité supplémentaire (en nombre de places) et complémentaire à celle réalisée en court séjour par les établissements. Le privé permet donc, en cas de bonne organisation, d'améliorer l'accès aux soins, la qualité des services et l'efficacité des systèmes de santé.

Au-delà des questions d'infrastructures, le secteur public a régulièrement recours au privé pour ses missions de services. Des cabinets de conseil¹³¹ en stratégie sont parfois consultés pour une bonne partie de l'activité de gestion hospitalière, aussi bien dans les domaines financier, juridique, stratégique, managérial, d'organisation, de ressources humaines que d'investissement.

Le contexte de désertification médicale et de vieillissement de la population accentue les difficultés économiques. Parmi les nécessaires restrictions budgétaires, un autre sujet a été évoqué ; celui du transport sanitaire.¹³² Étant le poste de dépenses qui a connu la plus forte hausse dans le budget de la Sécurité Sociale en 2023 (+9%, soit 6,32 milliards d'euros, contre 2,3 milliards d'euros 20 ans auparavant), une réduction avait été souhaitée par le ministre¹³³ de l'Economie et des Finances en mars 2024. Il s'agit d'un réel partenariat avec une majorité d'acteurs privés (plus de 5000 entreprises de transports sanitaires et plus de 28 000 sociétés de taxis conventionnés). Les ambulances et Véhicules Sanitaires Légers (VSL) sont agréés par les agences régionales de santé (ARS) et les taxis sont titulaires d'une carte professionnelle délivrée par les maires ou les préfets et sont conventionnés par l'Assurance Maladie. Cette dernière assure 95% des frais, ce qui représente un niveau de prise en charge bien supérieur à celui d'autres postes de dépenses de santé comme, les médicaments (72%) ou les soins de ville (65%). Bien que des abus aient été observés comme le choix d'utiliser des véhicules plus onéreux¹³⁴ (ex: ambulance ou taxi à la place des VSL), le partenaire privé, principal sur ce marché, est essentiel pour garantir ce service en France, à moindre coût tant pour le patient que pour le secteur public. Les possibilités d'économies portent essentiellement



sur l'optimisation de ces services privés. Une augmentation du transport partagé¹³⁵ de 15% des trajets en 2022 à 55% en 2026 pourrait notamment générer près de 92 millions d'euros d'économies (près de 34 millions en 2022).

Les PPP favorisent l'assemblage de compétences multiples ; une collaboration qui permet d'exploiter une expertise diversifiée et de combiner des savoir-faire complémentaires pour la conception, la construction, voire l'exploitation d'infrastructures ou d'équipements contribuant au service public. Cette approche, par l'impulsion du privé, stimule l'innovation, allège la charge publique et améliore ainsi la qualité des soins pour les citoyens.

La contribution des acteurs privés dans les PPP représente une réelle plus-value, en apportant au secteur public son innovation dans des délais plus courts et avec des capacités de financement bien plus importantes. Elle permet de relancer l'activité des institutions publiques de la santé en modernisant les infrastructures et services. Néanmoins, leur nature même et les pouvoirs qu'on leur accorde peuvent mener à des dérives notamment en matière de souveraineté.

TYPLOGIE DES PRINCIPAUX CONTRATS EUROPÉENS

CONCESSIONS DE SERVICES PUBLICS

- **Définition** : Le privé gère un service public en échange de la possibilité de percevoir des revenus.
- **Exemples** : Transport public (ferroviaire, tramway), gestion des déchets, services de santé.
- **Pays** : France, Royaume-Unis, Espagne

CONCESSIONS DE CONSTRUCTION

- **Définition** : Le privé construit et finance un projet, puis le public prend la gestion après un certain temps.
- **Exemples** : Infrastructures de transport, hôpitaux, écoles.
- **Pays** : Italie, Pays-Bas, Portugal.

CONTRATS DE GESTION DES PROJETS

- **Définition** : Le privé finance, construit et exploite une infrastructure publique pendant une durée définie, avant de la restituer à l'État.
- **Exemples** : Aéroports, autoroutes, stades.
- **Pays** : Belgique, Royaume-Uni, Finlande.

ANALYSE COMPARATIVE DES MODÈLES EUROPÉENS

ROYAUME-UNI

- **Situation** : Utilisation intensive des Private Finance Initiatives (PFI) dans les années 90 pour les infrastructures publiques.
- **Avantages** : Financement rapide, construction d'infrastructures modernes.
- **Inconvénients** : Coûts à long terme élevés, tensions sur le partage des risques.

FRANCE

- **Situation** : le modèle privilégie souvent des concessions de services publics.
- **Avantages** : Partage des risques avec le privé, meilleure qualité des infrastructures.
- **Inconvénients** : Réticence à privatiser certains secteurs publics essentiels.

ESPAGNE

- **Situation** : le modèle privilégie des concessions de construction. Entre 2002 et 2012, le budget alloué aux PPP dans la santé est passé de 3,6 à 5,7 milliards d'euros, soit une augmentation de 63%.
- **Avantages** : Amélioration rapide des infrastructures.
- **Inconvénients** : Dégradation des services, réduction du personnel, coûts élevés, manque de transparence.

ALLEMAGNE

- **Situation** : Système de santé mixte (90% de financements privés et 10% de financements publics) mais moins de PPP.
- **Avantages** : Maintien du contrôle public sur les services essentiels, une meilleure efficacité.
- **Inconvénients** : Moins de projets privés dans le secteur public par rapport à d'autres pays.

ITALIE

- **Situation** : modèle privilégiant les contrats de gestion de projet. Majoritairement financé par l'État, le système de santé a vu la part publique baisser depuis 2009, atteignant 74 % en 2017.
- **Avantages** : Récupération rapide des coûts.
- **Inconvénients** : Risque de privatisation excessive des services publics.



A. RISQUES DE L'INFLUENCE PRIVÉE ET CONTRÔLE/MAITRISE PAR LE CONTRAT

Une des préoccupations majeures entourant les PPP réside dans la crainte que l'acteur privé domine la relation au détriment des autorités publiques. Ce qui compromet ainsi la qualité des services rendus aux citoyens. Il est donc essentiel d'identifier précisément les risques associés à la mise en place de ces partenariats et de déterminer les moyens pour les atténuer. Le principal sujet autour des PPP aujourd'hui est de renforcer la souveraineté sanitaire de l'État français, c'est-à-dire sa capacité à garantir un accès équitable à des services et produits de santé, tout en évitant une dépendance excessive vis-à-vis des ressources et décisions issues des PPP.

C'est pourquoi, il est fondamental de se concentrer sur la contractualisation d'un PPP. Ce sont dans les détails contractuels que se créent les craintes et incompréhension d'utilisation de telles structures sous 3 aspects du processus contractuel : d'abord dans les modalités de la phase de pré-contractualisation au moment de l'appel d'offre, puis lors de son élaboration, et enfin lors de l'exécution du contrat.

Modalités en amont du contrat

Mauvaise allocation des ressources de santé publique ¹³⁶: l'enjeu premier pour les autorités publiques est de garantir l'optimisation des ressources ¹³⁷ quand elles ont recours aux PPP. Autrement dit, il s'agit d'avoir recours à un PPP, uniquement si cela représente l'option la plus rentable par rapport aux autres solutions de financement. Le problème le plus courant dans le domaine de la santé s'observe notamment dans le financement de technologies de pointe dans les grands centres hospitaliers universitaires (CHU). C'est une avancée mais qui, en contrepartie, accentue parfois la sous-dotation des hôpitaux locaux ou des maisons de santé et aggrave les déserts médicaux. Et précisément, dans les zones rurales, où les besoins concernent principalement des soins de base. C'est la situation observée en Occitanie ¹³⁸, plus particulièrement dans le département de la Lozère et certaines zones rurales du Gers. Ces départements, déjà confrontés à une faible densité médicale, voient les financements publics prioriser les grands CHU comme celui de Toulouse. Le CHU de Toulouse, l'un des plus importants centres hospitaliers universitaires de France, bénéficie régulièrement d'investissements pour le développement de technologies de pointe et d'équipements de haute technicité destinés à des soins spécialisés. On observe ainsi une centralisation des financements dans un CHU, au détriment des établissements de proximité, ce qui intensifie le phénomène des déserts médicaux, en particulier dans des départements faiblement peuplés comme la Lozère ou le Gers ¹³⁹. C'est pourquoi, avant même le lancement d'un PPP, il est essentiel de préciser de manière claire et opérationnelle les exigences dans les contrats de PPP à l'acteur privé afin d'assurer une répartition équilibrée et cohérente des ressources sur le territoire.

Risque budgétaire lié au financement privé : Un autre défi majeur des PPP réside dans la difficulté de prévoir avec précision les coûts futurs. Les autorités sanitaires ont souvent tendance à sous-estimer ou surestimer leur capacité à assumer les charges budgétaires sur la durée. Cette imprécision peut avoir des conséquences graves pour les systèmes de santé, au point que certains considèrent les PPP comme de véritables "bombes à retardement" ¹⁴⁰ pour les finances publiques. L'exemple emblématique du Centre Hospitalier Sud Francilien (CHSF) ¹⁴¹ à Évry illustre parfaitement ce risque. Initialement prévu pour un coût de 344 millions

d'euros, le projet a finalement coûté environ 1,2 milliard d'euros sur la durée totale du contrat, soit une augmentation de près de 249 %.

Cette dérive financière s'explique en grande partie par des évaluations préalables biaisées, souvent influencées par un optimisme excessif ou des projections erronées. Pour éviter ce type de dérives, il est essentiel de sélectionner rigoureusement le partenaire privé et d'assurer une gestion transparente et soutenable des projets. Avant même la mise en place d'un PPP, les autorités sanitaires doivent accorder une attention particulière au choix du partenaire privé. Il est impératif de générer une forte concurrence en amont, lors de l'appel d'offres¹⁴², afin d'obtenir des conditions contractuelles équilibrées à des prix raisonnables. Cette mise en concurrence est d'autant plus cruciale que l'opérateur sélectionné détiendra ensuite un monopole sur la gestion du projet.

Une concurrence saine permet d'éviter plusieurs écueils :

- Les avantages superficiels du financement privé, souvent perçus comme une solution pour différer ou lisser la comptabilisation budgétaire des coûts d'investissement.
- Les incitations perverses au sein du secteur public, qui peuvent conduire à engager des sommes excessives sur des recettes publiques futures.
- La signature de contrats qui, à long terme, se révèle inabordable pour les finances publiques et les autres parties prenantes du système de santé.

Pour que les PPP fonctionnent dans l'intérêt des populations, les pouvoirs publics doivent être capables de concevoir, de planifier et de surveiller des contrats complexes et à long terme et d'envisager les incidences pour leur budget de santé : une planification rigoureuse, une évaluation transparente des coûts futurs et une sélection compétitive des partenaires privés sont des conditions indispensables pour garantir l'efficacité et la soutenabilité des PPP dans le secteur de la santé.

Exécution du contrat

Prévenir les risques pour les usagers, notamment l'accessibilité et de coûts¹⁴³ : dans leur exécution, les PPP doivent être conçus de manière à éviter tout impact négatif sur les usagers. Cela implique de garantir une équité d'accès¹⁴⁴ notamment en assurant une accessibilité financière pour tous et en offrant des services de qualité à un coût raisonnable, tout en préservant une protection financière minimale pour les plus vulnérables.

D'abord, l'accessibilité financière et géographique des soins doit être une priorité absolue. Les normes imposées aux partenaires privés doivent inclure des critères stricts en matière de qualité, pour garantir la sécurité et la satisfaction des patients. Ensuite, prévoir des mécanismes de révision périodiques permet d'ajuster les projets en fonction des évolutions des besoins publics et d'éviter une rigidité excessive qui pourrait nuire aux patients. Et enfin la vérification par le suivi des performances, par rapport aux dispositions contractuelles, pour vérifier si l'opérateur respecte ces exigences dans la pratique.

Le transfert de risques excessifs au secteur public : les PPP sont conçus pour répartir les risques entre les secteurs public et privé. Cependant, l'État peut être amené à prendre une part excessive des risques. Cela survient, par exemple, lorsque l'entreprise privée fait faillite ou gère mal le projet. Dans ces situations, l'État est amené à couvrir une part importante des

coûts, ce qui peut engendrer un lourd fardeau financier. De tels dysfonctionnements ont été observés dans plusieurs projets d'infrastructure, où l'État a dû intervenir pour sauver des projets en difficulté. Cela permet aux PPP institués en France d'améliorer la mobilisation et la coordination des bailleurs dans l'action sanitaire.

Il est sans rappeler que les PPP ne sont pas des privatisations. Là où est délégué à un opérateur la gestion et la maintenance d'un service, l'autorité publique se concentre sur sa fonction de contrôle et de régulation¹⁴⁵. Le succès d'un partenariat réside ainsi dans les détails contractuels (parfois complexes) et dans l'investissement relationnel clair entre les deux parties. Au-delà du contrat, l'Etat se doit d'établir une vision stratégique en se basant sur un équilibre durable des intérêts public-privé,¹⁴⁶ grâce à une gouvernance adaptée, une transparence renforcée et la préservation des principes fondamentaux du système de santé français

C. VISION STRATÉGIQUE DES INTÉRÊTS PUBLIC-PRIVÉ

Préserver la souveraineté sanitaire et éviter une dépendance excessive

Un PPP, aussi bien conçu soit-il, ne doit jamais compromettre la souveraineté sanitaire de l'État. Cette dernière repose sur la capacité des autorités publiques à garder le contrôle des infrastructures critiques, des données sensibles et des services essentiels¹⁴⁷.

Les exemples internationaux mettent en lumière les dangers d'une dépendance excessive. En Afrique du Sud, des PPP mal encadrés ont entraîné une privatisation de fait de certains segments du système de santé, rendant l'accès aux soins plus inégalitaire¹⁴⁸. Ces expériences soulignent l'importance d'un cadre contractuel maintenant un contrôle public strict. Cela peut inclure des clauses de sauvegarde, garantissant la restitution des infrastructures stratégiques à l'État à la fin des contrats, ou des limitations sur les hausses tarifaires imposées par les partenaires privés.¹⁴⁹

Cette nécessité de maintenir un contrôle public strict est d'autant plus évidente dans le contexte de la crise du COVID-19, où la dépendance à des fournisseurs privés¹⁵⁰ a fragilisé les systèmes de santé. L'absence de contrôle public sur les chaînes d'approvisionnement et les équipements médicaux a révélé les failles¹⁵¹ d'un modèle où la santé est trop souvent traitée comme une marchandise. Ce manque de souveraineté peut être perçu comme un risque pour la résilience sanitaire du pays en période de crise, lorsque la dépendance à des fournisseurs extérieurs est trop forte.¹⁵²

L'expérience française montre également que le recours à des acteurs nationaux, lorsque cela est possible, peut limiter les risques de pression extérieure. Dans les projets de télémédecine, par exemple, le recours à des fournisseurs locaux a permis de garantir une meilleure réactivité face aux besoins des territoires.¹⁵³ Un autre exemple en France est l'initiative du gouvernement visant à renforcer la souveraineté sanitaire en réduisant la dépendance aux fournisseurs étrangers. Cela s'est traduit par des efforts pour relocaliser la production de médicaments stratégiques et d'équipements médicaux, notamment grâce au Plan France Relance¹⁵⁴ et à la stratégie Innovation Santé 2030.¹⁵⁵ Ces initiatives visent à développer une industrie locale de santé capable de répondre de manière autonome aux besoins sanitaires en cas de crise, assurant ainsi une résilience accrue. En parallèle, des réserves stratégiques de produits médicaux ont été créées pour garantir un approvisionnement stable en période de crise,

comme observé avec les masques et équipements de protection lors de la pandémie de COVID-19.

Cependant, la réussite de ces projets reste conditionnée à plusieurs facteurs, notamment à la capacité de maintenir un équilibre entre l'innovation privée et le contrôle public,¹⁵⁶ ainsi qu'à la gestion des chaînes d'approvisionnement locales.

Ainsi, bien que la France fasse des efforts pour renforcer sa souveraineté sanitaire, elle reste vulnérable face à une dépendance excessive vis-à-vis des acteurs privés ou internationaux, en particulier dans un contexte de mondialisation où les chaînes de valeur sont globales et les crises sanitaires peuvent rapidement déstabiliser l'équilibre sanitaire national.

À l'échelle internationale, les États-Unis illustrent également la nécessité de contrôler les infrastructures sanitaires critiques, en particulier en matière de production et de distribution de médicaments et d'équipements médicaux. La crise du COVID-19 a révélé la fragilité de la chaîne d'approvisionnement mondiale, poussant le gouvernement américain à adopter des politiques visant à renforcer la production nationale et à réduire la dépendance à l'égard des importations, en particulier de la Chine. L'initiative "Defense Production Act",¹⁵⁷ activée pour la première fois en réponse à la pandémie, a permis de relancer la production locale d'équipements médicaux essentiels, garantissant ainsi une plus grande autonomie et résilience face à de futures crises sanitaires.

De plus, des PPP, comme celui de la CDC Foundation, ont joué un rôle central dans la gestion de la pandémie aux États-Unis.¹⁵⁸ En collaborant avec des entreprises privées, la fondation a facilité la production et la distribution de tests de dépistage COVID-19 et d'équipements de protection, renforçant ainsi l'infrastructure sanitaire publique du pays et réduisant la pression sur le secteur public. Ce modèle hybride montre que des partenariats bien gérés peuvent soutenir les efforts publics tout en maintenant une certaine autonomie gouvernementale. Toutefois, cette collaboration a aussi mis en lumière la nécessité de garantir que les priorités de santé publique soient respectées et protégées contre toute pression privée excessive.

Renforcer les mécanismes de contrôle public et la transparence

La réussite d'un PPP repose sur une supervision rigoureuse et indépendante. La mise en place d'organes de suivi dédiés, composés de représentants publics, d'experts indépendants et de la société civile, est essentielle. Leur rôle va au-delà de la simple évaluation des performances contractuelles : ils doivent aussi anticiper les éventuelles dérives¹⁵⁹ et proposer des ajustements en temps réel.¹⁶⁰

Des structures comme les Agences régionales de santé (ARS) en France jouent un rôle clé dans la supervision des projets hospitaliers¹⁶¹, en s'assurant que les infrastructures répondent aux objectifs de santé publique régionaux. De même, la Cour des comptes intervient pour évaluer la conformité et l'efficacité financière des projets, comme elle l'a fait avec le CHU de Caen. À l'échelle européenne, des initiatives comme le Mécanisme de supervision des investissements publics et privés (EPEC) offrent des lignes directrices pour garantir une gouvernance efficace des PPP.¹⁶²

Par ailleurs, des comités ad hoc peuvent être créés pour des projets spécifiques, à l'image des commissions locales pour le suivi des grands chantiers hospitaliers,¹⁶³ où des représentants de la société civile, des syndicats de professionnels de santé et des élus locaux sont consultés. Ces comités peuvent émettre des recommandations contraignantes et alerter en cas de dérives contractuelles.¹⁶⁴



La transparence des performances est un autre pilier fondamental. Rendre publics les rapports d'évaluation, incluant les coûts, les résultats atteints et les écarts éventuels, renforce la confiance des citoyens et limite les risques d'opacité. Ce principe a été appliqué dans le cadre du Health Data Hub,¹⁶⁵ où des audits réguliers et des consultations publiques ont permis de sécuriser l'adhésion des parties prenantes. Un dispositif similaire pourrait être élargi pour inclure des plateformes en ligne ouvertes au public, comme le Portail de la performance des établissements de santé (HospiDiag), afin de suivre en détail l'évolution des projets de PPP¹⁶⁶.

En combinant ces outils avec une surveillance indépendante, comme celle exercée par des associations telles que Transparency International, et des obligations légales de publication des données contractuelles,¹⁶⁷ il devient possible de garantir une gestion claire et équitable des partenariats public-privé dans le domaine de la santé.

Respecter les valeurs fondamentales du système de santé français

Au-delà des aspects techniques, les PPP doivent s'inscrire dans une logique de service public. Ils ne doivent pas être perçus comme des outils de privatisation déguisée, mais comme un moyen de renforcer la résilience et l'efficacité du système de santé tout en respectant les principes de solidarité et d'égalité^{168, 169}.

Les exemples positifs, comme celui de l'Hôpital de Valenciennes, montrent qu'il est possible d'intégrer des partenaires privés tout en maintenant une accessibilité universelle aux soins.¹⁷⁰ Les partenaires privés doivent, dans ce cadre, être tenus par des obligations strictes qui garantissent une amélioration du service public, sans compromettre sa mission première. Outre la vision stratégique de l'Etat, la maîtrise des outils d'évaluation de gestion permet de mutualiser les risques inhérents aux partenariats public-privé.¹⁷¹ Ils assurent une préservation des intérêts de l'Etat, cadrent la participation du privé dans la réalisation d'une mission d'intérêt général et permettent au public de bénéficier de fonds plus importants du privé en matière d'innovation.

En effet, les PPP impliquent une collaboration complexe entre des acteurs publics et privés, souvent porteurs d'intérêts divergents. Par conséquent, la gestion et l'évaluation des PPP reposent sur des instruments permettant d'assurer la transparence, le contrôle et la performance des projets. L'évaluation des PPP repose sur plusieurs critères multidimensionnels, allant de l'analyse de la rentabilité économique à l'examen des bénéfices sociaux et environnementaux.¹⁷² Parmi les outils les plus utilisés, l'analyse coût-bénéfice permet de comparer les coûts totaux du projet, y compris les coûts à long terme pour l'État, et les bénéfices attendus. Ce type d'évaluation est essentiel pour déterminer si le partenariat est viable sur le plan économique et s'il peut réellement contribuer au bien-être général.

Une autre approche d'évaluation importante est l'analyse des risques. Les PPP génèrent souvent des risques partagés entre le secteur public et le secteur privé. Il est donc nécessaire d'effectuer une évaluation précise des risques financiers, opérationnels et juridiques associés à chaque projet. Des outils comme les matrices de risques et les modèles de simulation sont couramment utilisés pour anticiper ces enjeux.

Enfin, le suivi de la performance est un autre outil essentiel dans l'évaluation des PPP. La mise en place d'indicateurs de performance permet de mesurer la qualité des services rendus, la gestion du projet et la conformité avec les objectifs initiaux.¹⁷³ Ces outils de suivi sont

indispensables pour éviter les dérives et ajuster les contrats si nécessaire. Outre le suivi des performances, la gestion des PPP requiert des mécanismes qui assurent un contrôle efficace tout au long du cycle de vie du projet.¹⁷⁴ Parmi les principaux outils de gestion, les contrats de performance occupent une place centrale. Ces contrats précisent les attentes en matière de qualité, de délais et de coûts. Ils définissent les obligations des deux parties et prévoient des pénalités en cas de non-respect des engagements. La gouvernance partagée est également un outil important dans les PPP. Ce modèle inclut des représentants des secteurs public et privé pour assurer une prise de décision collaborative. La mise en place d'un comité de gestion, composé des deux parties, permet de renforcer la transparence et la coopération entre elles.

Enfin, les audits et contrôles externes sont essentiels pour garantir l'intégrité du partenariat. Des audits réguliers réalisés par des tiers indépendants permettent de vérifier la conformité du projet avec les attentes initiales et d'identifier les éventuelles anomalies, assurant ainsi un contrôle extérieur qui protège les intérêts publics.

CONCLUSION GENERALE

Les Partenariats Public-Privé (PPP) dans le secteur de la santé française présentent un potentiel qui permettrait de relever les défis complexes auxquels le système est confronté, malgré un ralentissement apparent et des évolutions réglementaires. Introduits en 2004 comme une "troisième voie" entre marchés publics et concessions, ces dispositifs ont connu une période de forte utilisation, avec plus de 240 contrats conclus, principalement par les collectivités territoriales. Les PPP offrent en effet plusieurs avantages stratégiques, comme l'optimisation des ressources par la mobilisation efficace des moyens financiers, humains et techniques, la réduction des coûts de fonctionnement et la mutualisation des efforts. Ils stimulent également l'innovation en accélérant la transformation numérique du système de santé, en introduisant de nouvelles technologies et approches de soins, et en renforçant la recherche par des collaborations entre acteurs publics et privés. Néanmoins, les PPP ont fait l'objet de critiques suite à plusieurs échecs, ce qui a conduit à un renforcement des conditions d'accès, notamment avec un arrêté de 2010 et un décret de 2012 imposant la démonstration de la soutenabilité budgétaire et l'accord du ministère des Comptes publics. Il est crucial de pallier les risques potentiels découlant des fragilités contractuelles car ils peuvent impacter la souveraineté sanitaire de l'État. La clé du succès réside dans la création de partenariats équilibrés, centrés sur l'intérêt des patients, l'accès aux soins et la performance globale du système de santé. Les décideurs publics et les acteurs privés doivent collaborer étroitement pour optimiser ces partenariats au service de l'intérêt public. Bien que sous-utilisés actuellement, les PPP dans le secteur de la santé méritent une réévaluation dans le cadre d'une stratégie adaptée aux enjeux actuels et futurs. Leur potentiel pour réduire la charge budgétaire de l'État tout en s'appuyant sur les savoir-faire du privé en fait un outil précieux pour relever les défis du système de santé français.

Aperçu des acteurs de la santé dans les Partenariats Public-Privé en France

LES ACTEURS PUBLICS

INSTITUTS	ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ	
CENTRES DE RECHERCHE	ÉTAT	ÉCOLES ET UNIVERSITÉS

LES ACTEURS PRIVÉS

SOCIÉTÉS D'INGÉNIERIE ET DE CONSTRUCTION	GRANDS LABORATOIRES	
BANQUES & INSTITUTIONS FINANCIÈRES	CLINIQUES PRIVÉES	INSTITUTS
COMPAGNIES D'ASSURANCE & MUTUELLES	FONDATEURS	
ENTREPRISES PHARMACEUTIQUES & BIOLOGIQUES		

Les assurances santé.

Groupe 16 : Pauline PLAISANCE, Tristan LE GUENIC, Victor BOSSARD, Tom PEZIN, Ogier BOVERO, Mohammad ZIYA ISSABHAY – Bibliographie en Annexe

Le système d'assurances santé tel que nous le connaissons aujourd'hui a été mis en place à la fin de la Seconde Guerre mondiale, initié en 1944 par le Conseil National de la Résistance. Sous la responsabilité de l'État, c'est la Sécurité sociale qui est en charge des dépenses de santé de tous les Français.

Le secteur privé, quant à lui, ne tient plus que la fonction de "complémentaire" avec comme principal acteur les mutuelles.

Organismes à but non-lucratif, régulées par l'Etat, les 350 mutuelles recensées en France en 2021 se répartissent les quelque 65 millions de Français sociétaires.

Fonctionnement commun dans notre pays, il n'en est pas moins critiqué. Trop complexes, trop nombreuses, couvertures peu claires, leur nombre décroît au fil des ans, volonté politique.

Les assurances santé privées, de leur côté, ont du mal à s'implanter dans nos mœurs, se restreignant aux fonctions de "complémentaires de complémentaire".

Cette réticence peut s'expliquer entre autres par l'exemple du modèle américain, au cœur de l'actualité avec l'assassinat début décembre du PDG d'UnitedHealth, l'une des principales compagnies d'assurances santé des États-Unis.

Multiplicité des acteurs, complexités du fonctionnement, dépendances conjoncturelles et régulation de l'État, quels sont les enjeux du système d'assurances santé en France ?

PANORAMA DU SYSTEME D'ASSURANCE SANTE EN FRANCE

B. HISTORIQUE ET ÉVOLUTION

- Origines et développement du système d'assurance santé.

Le système de santé moderne est né au moment de la Révolution de 1789, il s'est progressivement structuré au cours du XIXe siècle et a débouché sur le système d'assurance maladie actuel issu directement du programme de la Résistance. La Sécurité sociale, créée en 1945, fusion des anciennes structures d'assurances d'avant-guerre, répond à trois prérogatives : l'assurance maladie, l'assurance retraite et l'allocation familiale. La protection sociale en France se compose également d'autres acteurs : les mutuelles, les assurances privées de santé ou les organismes de prévoyance.

Initié en 1789, le système de Sécurité sociale apparaît comme un enjeu important et est inscrit dans la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1793, dans le préambule de la Constitution du nouveau régime, à l'article 21 :

“La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister”.

Au XVIIIe siècle, durant la période préindustrielle, l'aide aux pauvres était principalement prise en charge par l'Eglise et les communautés d'artisans. Or la Révolution industrielle qui s'étend tout au long du XIXe siècle, bouleverse le système de prise en charge des démunis, avec une explosion de la pauvreté dans les villes et la constitution d'une nouvelle classe : la classe ouvrière. En 1852, le gouvernement de Napoléon III adopte un décret en faveur de la mise en place de mutualité impériale privée, qui ont pour rôle de prendre en partie en charge les soins en cas de maladie, des obsèques. Cette législation favorise l'essor d'un mouvement vers les mutualités (250 000 en 1848 à 670 000 en 1870)(1).

A la fin du XIXe siècle, le chancelier Bismarck met en place un modèle de protection sociale qui se caractérise par l'adoption d'un système d'assurances sociales obligatoires en Allemagne entre 1881 et 1889 (2). Ce modèle a inspiré la protection sociale française qui adopte en 1930 (3), le système des assurances sociales obligatoires. Ces assurances sociales ont pour vocation de couvrir les risques maladie, maternité, décès et vieillesse. Les mutuelles, quant à elles, existent à travers les caisses d'affinité nouvellement créées mais également au niveau régional et national, en prenant part à tous les organismes de gestion des assurances sociales (4).

L'histoire des mutuelles en France se poursuit avec la construction d'un système solidaire et redistributif par le Conseil National de la Résistance en 1944. Pierre Laroque, haut-fonctionnaire, surnommé le « père de la Sécurité sociale », conçoit le nouveau système de protection sociale. Il est basé sur les trois grands principes :

- Unité de gestion,
- Universalité des bénéficiaires,
- Uniformité des prestations.

Au sortir de la guerre la protection sociale s'organise en deux corps :

- Le premier modèle consacre l'assurance professionnelle obligatoire assise sur les revenus du travail et gérée par des caisses privées, à savoir, les mutuelles,
- Le deuxième modèle se finance grâce à l'État qui récolte l'impôt et le redistribue par des services publics à la population.

La suppression des caisses d'affinités tend les relations entre les deux entités qui après une décennie vont être amenées à collaborer. Les mutuelles jouent un rôle important dans la politique sociale et sanitaire de l'Etat, elles se mobilisent entre autres



pour s'opposer à des lois gouvernementales qui pourraient être en défaveur des bénéficiaires.

Les Trente Glorieuses (1945-1975), changent en profondeur les structures économiques et sociétales françaises, ce qui impacte les mutualistes qui offrent désormais un panel de garanties toujours plus vaste. C'est à cette époque que naissent les mutuelles d'assurances telles que :

- Mutuelle Assurance Artisans de France (MAAF),
- Mutuelle Assurance des Commerçants et Industriels de France (MACIF),
- Mutuelle Assurance des Travailleurs Mutualistes (MATMUT),

Ces entités reprennent le modèle des mutuelles des années 1930.

- Mutuelle Assurance des Instituteurs de France (MAIF)
- Garantie Mutuelle des Fonctionnaires (GMF)

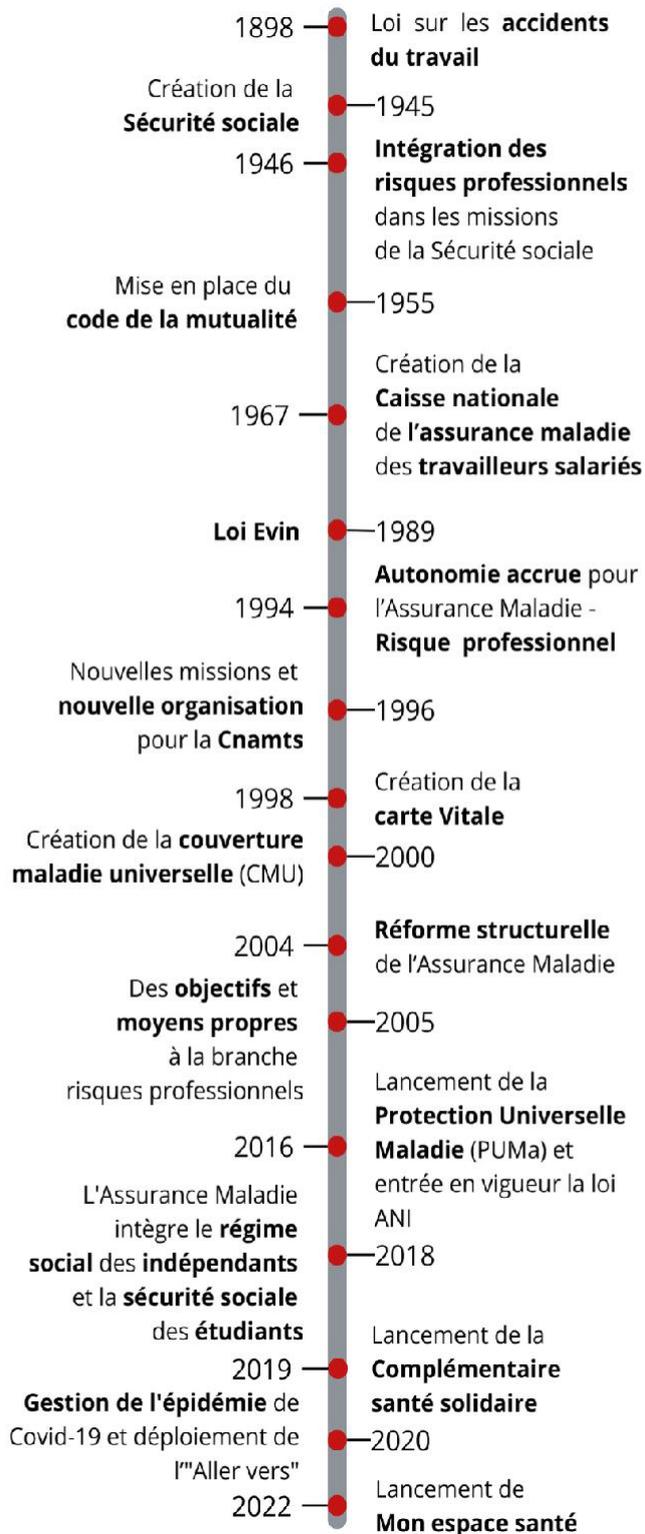
Celles-ci reprennent le fonctionnement des mutuelles mais sont soumises au code des assurances ce ne sont donc pas des mutuelles santé (5).

La fin des Trente Glorieuses à la suite des deux chocs pétroliers de 1973 et 1979 ouvre une nouvelle ère pour les mutuelles. La montée en puissance de la concurrence des compagnies d'assurances déstabilise la position quasi hégémonique des sociétés mutualistes. Les parts de marché de ces dernières passent de 67% en 1980 à 60% en 1990. Le recul progressif de la place des mutuelles au profit des assurances est accéléré par la réforme du code de la mutualité du 25 juillet 1985 qui impose la reconnaissance de la concurrence dans le champ de la complémentaire santé.

Plus récemment, en 2021, un grand projet de réforme de la Sécurité sociale est porté par le Haut Conseil à l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Le projet de "Grande sécu" vise à simplifier le fonctionnement du système d'assurance à deux étages qui combine la Sécurité sociale associée à une complémentaire santé dans le but de réduire les coûts de gestion entre la Sécurité sociale et la complémentaire (respectivement 4% des coûts contre 19%). Ce grand plan vise à répondre au déficit de la Sécurité sociale, mais fait face à des contraintes importantes dans la structuration et le coût de cette réforme (6).

Réformes majeures et leurs impacts

Les réformes majeures



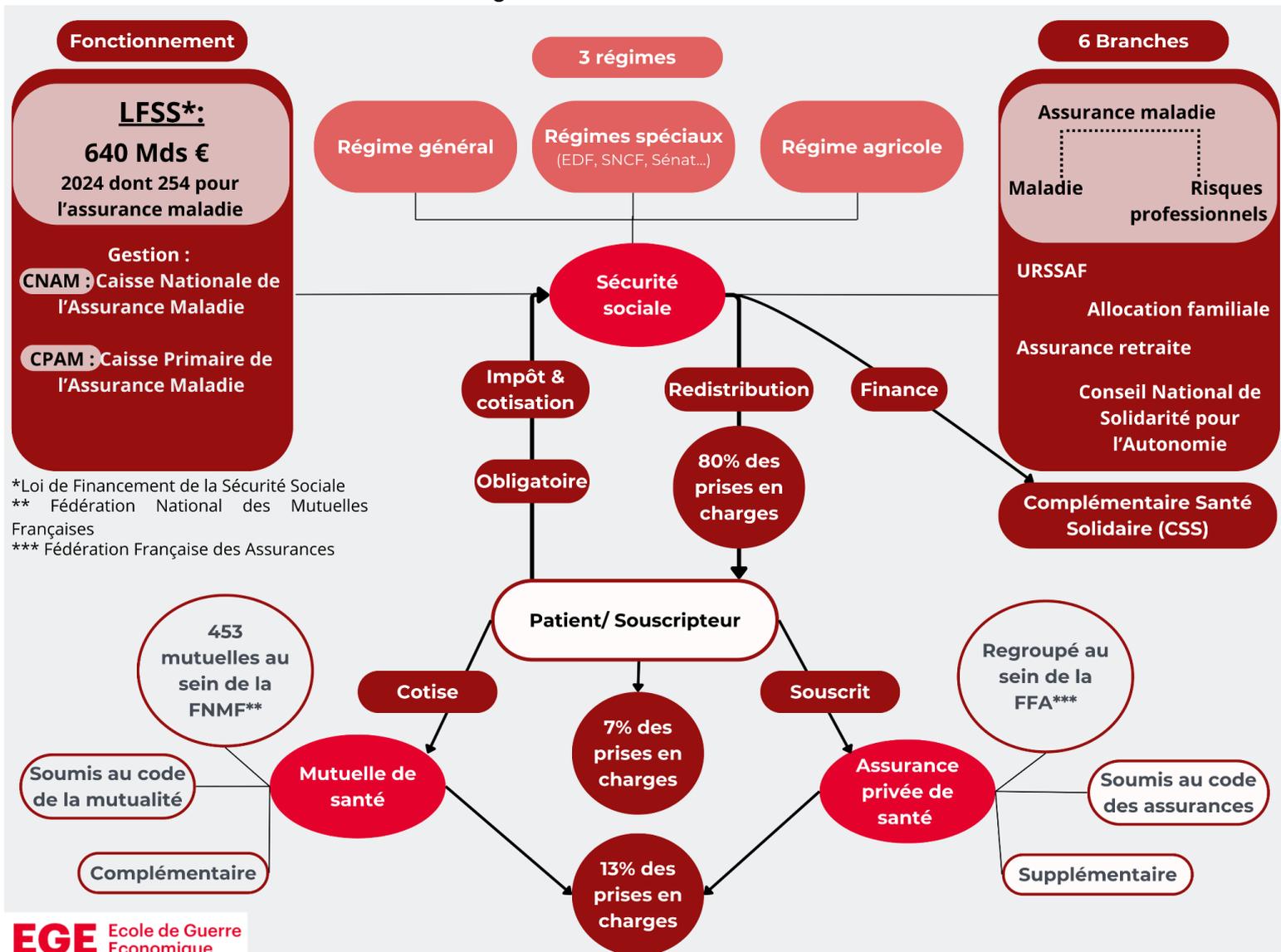
C. STRUCTURE ACTUELLE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN FRANCE

La Sécurité sociale, dont l'Assurance maladie est une branche (voir infographie), constitue la principale entité de protection sociale en France. Elle assure une couverture de base pour tous les résidents. La Sécurité sociale est financée principalement par les cotisations des particuliers et des entreprises.

Cependant, la Sécurité sociale fait face à des défis importants. En 2024, le déficit est estimé à 18,5 mds €, exacerbé par la crise du COVID-19 (9). Les dépenses de protection sociale représentent aujourd'hui près d'un tiers du PIB, avec comme premier poste de dépense le versement des pensions de retraite, suivi des dépenses liées à l'Assurance maladie. Le vieillissement de la population, qui accentue la pression sur les systèmes de santé et de retraite, constitue un défi structurel pour les années à venir.

L'organisation de la Sécurité sociale est structurée autour de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) dont le rôle est de piloter et coordonner l'action des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) qui agit sur le plan local et des autres branches de la sécurité sociale (10).

Figure 1-2 : Structure de la Sécurité



Les différentes assurances

Le système est complété par des structures parallèles comme les mutuelles et les assurances privées de santé. Il existe plusieurs types d'assurances avec des fonctionnements divers :

Caractéristiques	Assurances santé privées	Mutuelles de santé	Instituts de prévoyance
Statut juridique	Entreprises commerciales régies par le Code des Assurances	Organismes à but non lucratif régis par le Code de la Mutualité	Organismes paritaires régis par le Code de la Sécurité sociale
Objectif	Générer des profits en fournissant des contrats personnalisés	Proposer une protection solidaire et accessible sans objectif lucratif	Assurer des garanties collectives pour les salariés (santé, prévoyance, retraite)
Mode de fonctionnement	Tarifs calculés en fonction des risques (sélection des risques, segmentation tarifaire)	Solidarité : les cotisations ne varient pas selon le profil de santé	Contrats collectifs négociés par des partenaires sociaux
Gestion des risques	Approche individuelle : ajustement des primes en fonction du profil	Approche collective et solidaire	Approche collective avec mutualisation des risques
Accessibilité	Moins accessibles aux profils à risque ou revenus modestes	Accessible à tous, sans discrimination	Accessible aux salariés bénéficiant d'un contrat collectif
Avantages	- Contrats personnalisés- Offre haut de gamme- Adaptation internationale	- Tarifs solidaires- Pas de discrimination- Actions de prévention	- Tarifs négociés collectivement- Garanties étendues en santé et prévoyance
Inconvénients	- Coût souvent élevé- Sélection des risques	- Couverture limitée pour certains besoins spécifiques- Moins flexible	- Réservé aux salariés- Dépendance aux négociations collectives
Poids sur le marché (2022)	Environ 36 % du marché des complémentaires santé	Environ 47 % du marché des complémentaires santé	Environ 17 % du marché des complémentaires santé

Figure 1 -3 : Tableau de comparaison des systèmes de protection

(11)(12)

Rôle des différents acteurs (État, entreprises, individus).

Le système de protection sociale dépend d'autres acteurs et notamment l'Etat qui d'une part à un devoir de régulation et d'autre part finance la Sécurité sociale à travers les cotisations des entreprises et des particuliers et les impôts (URSSAF, CSG). Ce système est aussi un moyen de redistribution de la richesse vers les plus pauvres, comme la mise en place de programme d'aide avec la C2S (anciennement CMU) ou l'aide aux personnes en situation de handicap (L'allocation aux adultes handicapés, AHH) (13).

Du côté des entreprises, elles sont depuis 2016 obligées de proposer une mutuelle à leur salarié à travers la mise en place de mutuelle d'entreprise (14).

Concernant la régulation, outre les différents codes qui s'appliquent aux différents métiers des assurances de la santé en France, des organismes sont chargés du respect. Dans le cas de la Sécurité sociale c'est l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (ACOSS) (15) et de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) (16) qui sont chargées de la surveillance des mutuelles et des assureurs.

ANALYSE ECONOMIQUE DU MARCHE DES ASSURANCES SANTE

A. TAILLE ET CROISSANCE DU MARCHÉ

Les assurances de personnes se partagent traditionnellement en deux segments de marché distincts, l'assurance épargne retraite d'une part, la santé et la prévoyance d'autre part.

La "santé" correspond aux assurances permettant le remboursement des dépenses de soins et de biens médicaux quand la prévoyance comprend les assurances incapacité/invalidité/dépendance et les assurances décès.

Trois familles d'assureurs proposent des garanties dans ce domaine en France : les institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale, les entreprises d'assurance régies par le Code des assurances et les mutuelles régies par le Code de la mutualité.

L'année 2023 se caractérise par une croissance soutenue en assurances santé et prévoyance. Les cotisations s'élèvent à 81,5 Md€, en hausse de +6,0 % sur un an, soit un niveau de croissance supérieur à celui constaté en 2022 (+4,1 %) et également, pour la troisième année consécutive, à celui des années avant crise sanitaire (+2,7 % en moyenne annuelle au cours de la période 2011-2019). (17)

Le marché européen de l'assurance maladie connaît une croissance substantielle. Il devrait atteindre 706 497,32 millions d'euros d'ici 2030 avec un taux de croissance

annuel composé (TCAC) de 5,1% sur la période 2023-2030. En France, le secteur de l'assurance santé fait face à une augmentation générale des primes d'assurance, estimée entre 3% et 5% pour 2025. (18)

B. SEGMENTATION DU MARCHÉ

Sur le segment des contrats collectifs, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance représentent respectivement 52 % et 31 % des cotisations, contre 17 % pour les mutuelles.

Le marché de l'assurance individuelle est, quant à lui, essentiellement partagé entre les entreprises d'assurance (57 %) et les mutuelles (40 %), les institutions de prévoyance étant peu présentes sur ce segment (3 %).

Le marché de l'assurance santé progresse de +5,7 % par rapport à 2022, pour atteindre 43,4 Md€ de cotisations.

Celui de la prévoyance augmente un peu plus rapidement, de +6,2 %, et représente 38,2 Md€ de cotisations.

Pour les seules entreprises d'assurances, les cotisations accélèrent en 2023, plus fortement au niveau de l'assurance santé (+9,1 % après +4,2 %, à 16,3 Md€) qu'à celui de l'assurance prévoyance (+5,3 % après +3,6 %, à 27,9 Md€).

Dans le détail en prévoyance, les cotisations des assurances permettant le versement d'indemnités en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de dépendance ou de décès accidentel progressent à un rythme proche de celui de 2022 (+5,6 % après +5,3 %), tandis que celles des assurances décès toutes causes accélèrent plus nettement (+4,9 % après +2,0 %).

Assurances santé et prévoyance

Ensemble du marché

	2023	
	Volumes	Var. / 2022
<i>Sources : Clif, France Assureurs, FNMF</i>		
Cotisations (millions €)	81 542	+6,0 %
Assurance santé (frais de soins)	43 361	+5,7 %
Assurance prévoyance	38 180	+6,2 %
dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel	20 130	+7,2 %
dont assurances décès toutes causes	18 051	+5,2 %
Prestations versées (millions €)	54 541	+3,2 %
Assurance santé (frais de soins)	34 975	+3,5 %
Assurance prévoyance	19 566	+2,6 %
dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel	12 355	+4,5 %
dont assurances décès toutes causes	7 211	-0,4 %
Charges des prestations (millions €)	58 805	+4,6 %
Assurance santé (frais de soins)	36 615	+6,0 %
Assurance prévoyance	22 190	+2,4 %
dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel	13 526	-0,5 %
dont assurances décès toutes causes	8 665	+7,2 %

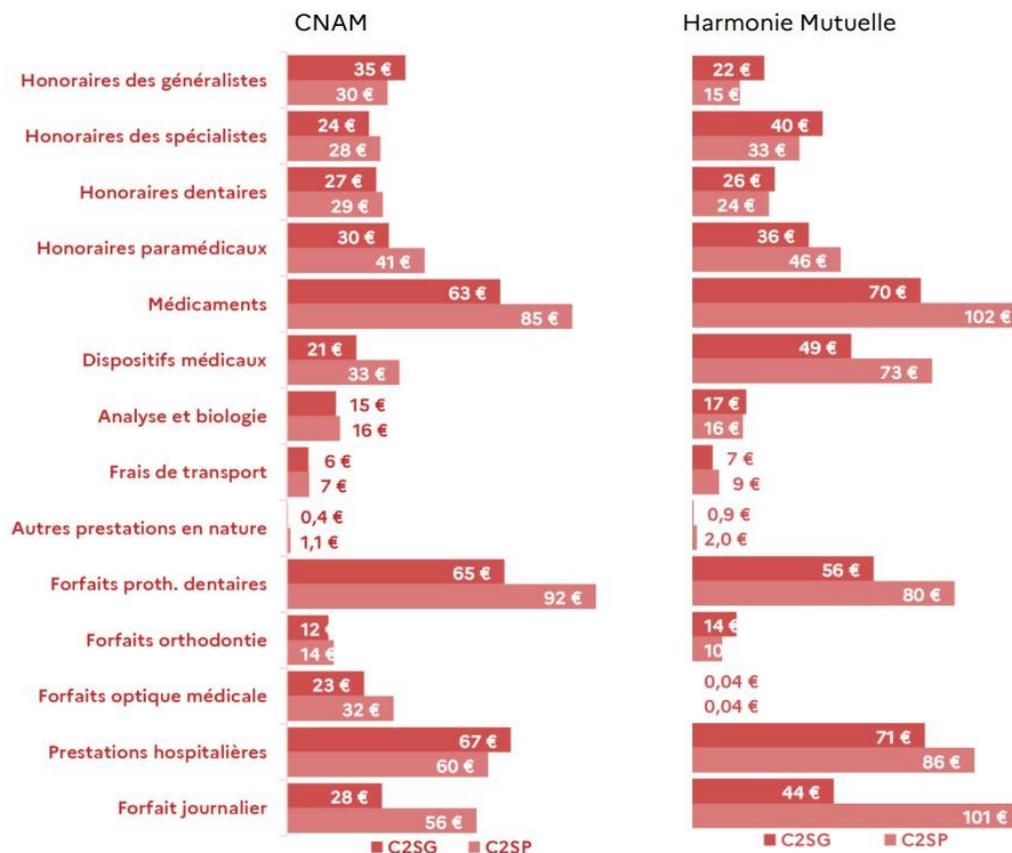
Entreprises d'assurance (régies par le Code des assurances)

	2023	
	Volumes	Var. / 2022
<i>Source : France Assureurs</i>		
Cotisations (millions €)	44 247	+6,6 %
Assurance santé (frais de soins)	16 330	+9,1 %
Assurance prévoyance	27 917	+5,3 %
dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel	13 607	+5,6 %
dont assurances décès toutes causes	14 310	+4,9 %
Prestations versées (millions €)	25 266	+4,4 %
Assurance santé (frais de soins)	12 548	+7,3 %
Assurance prévoyance	12 718	+1,6 %
dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel	7 562	+4,5 %
dont assurances décès toutes causes	5 156	-2,3 %
Charges des prestations (millions €)	27 811	+5,6 %
Assurance santé (frais de soins)	13 322	+8,9 %
Assurance prévoyance	14 489	+2,8 %
dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel	8 402	+1,1 %
dont assurances décès toutes causes	6 087	+5,4 %

Tableau détaillant l'ensemble du marché des assurances santé et de la prévoyance sur l'année 2023 (franceassureurs.fr)

Segmentation des dépenses en assurance santé

■ Graphique 7 – Dépense moyenne par bénéficiaire, par poste et par type de C2S (C2SG – C2SP), 2022, Régime général (CNAM) et Harmonie Mutuelle (OC)⁴¹



Source : CNAM et SLM, Harmonie Mutuelle

Tableau des dépenses moyennes par bénéficiaire par le régime général CNAM et Harmonie Mutuelle.

Facteurs Économiques Influent

Démographie et vieillissement de la population

Le vieillissement généralisé des populations dans les pays développés et dans certaines économies émergentes est un moteur clé de la croissance. Ce phénomène entraîne une augmentation de la demande pour des produits spécialisés, comme les assurances couvrant les maladies chroniques et les soins de longue durée.

Les *prestations maladie* et soins de longue durée des personnes âgées sont en hausse, entraînant une augmentation des coûts pour les assureurs (22);

En France, le coût de prise en charge des *prestations dépendance* devrait atteindre 50 milliards d'euros d'ici 2030 (22).

La part des assurés âgés de 60 ans ou plus est passée de 21,7% en 2011 à 23,5% en 2016, contribuant à l'augmentation des dépenses de santé (23) (IV).

Innovations technologiques et médicales (20)

Les avancées technologiques transforment le secteur de l'assurance santé et influencent grandement les coûts de ces derniers :

Par exemple, l'impression 3D, l'imagerie médicale avancée et l'Internet des objets médicaux (IoMT) permettent des traitements et des services de santé plus personnalisés.

La prise de rendez-vous en ligne et la téléconsultation modifient les modes de consommation des soins. Certaines complémentaires santé proposent même ce mode de consultation sans surcoût à leurs assurés depuis quelques années.

Par ailleurs, les changements majeurs apportés par l'utilisation du cloud computing et l'analyse des masses de données améliorent la gestion des dossiers médicaux et la communication entre professionnels de santé.

Politiques publiques et réglementations

Les politiques gouvernementales influencent directement le marché de l'assurance santé :

Les innovations sont continues dans le milieu de la santé et ces nouvelles techniques sont très coûteuses à leur apparition. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoit la prise en charge partielle ou totale par l'assurance maladie des actes innovants de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature, sous certaines conditions (25).

Le Ministère de la Santé a mis en place un dispositif permettant une prise en charge précoce et dérogatoire des dispositifs médicaux et des actes innovants. Les tests permettant de sélectionner les patients susceptibles de bénéficier d'un traitement spécifique peuvent désormais être pris en charge lorsque le médicament associé dispose d'une autorisation d'accès précoce.

Ces différents facteurs économiques façonnent l'évolution du marché de l'assurance santé, obligeant les assureurs à adapter leurs offres et leurs modèles économiques pour répondre aux nouveaux défis et opportunités du secteur.

STRATEGIE DES ACTEURS DU MARCHE

Les assurances santé sont un rouage essentiel à la paix sociale. Elles comblent la nécessité sociale de soutenir les individus qui en ont besoin et donne aux autres l'assurance d'être soigné en cas de problème de santé.

Les mutuelles en particulier, ne peuvent accomplir leur rôle qu'en anticipant les besoins sociaux. Ces organismes préparent donc l'avenir avec la mise au point de diverses stratégies, en diversifiant leurs offres, en s'adaptant à la digitalisation et aux innovations technologiques, en mettant l'accent sur la prévention plutôt que sur l'accompagnement, en faisant des alliances et des partenariats, en réduisant les coûts et en conquérant de nouveaux marchés. (26)

A. DIVERSIFICATION DES OFFRES

Les segments principaux du marché étant déjà largement couverts, les offres traditionnelles d'assurance santé ne suffisent plus à couvrir l'ensemble des besoins des assurés. Les assurances essaient donc d'élargir leurs offres en les diversifiant. (27)

L'objectif est de conquérir les marchés jusqu'alors laissés de côté ou bien nouvellement créés par les évolutions sociétales. Les compagnies proposent des formules modulables permettant à leurs clients de personnaliser leurs solutions en fonction de leurs profils. Leurs offres pour les jeunes actifs incluent par exemple des services comme la téléconsultation ou l'accès à des établissements de bien-être alors que leurs offres adaptées aux seniors, marché nouvellement créé par le vieillissement de la population, mettent l'accent sur des soins spécifiques liés à l'âge tel que les hospitalisations ou la prise en charge de maladies chroniques ou les soins à domicile. S'adaptant aussi aux différents profils économiques, elles proposent aussi des offres pour les travailleurs indépendants ou bien "low-cost" en proposant des produits simplifiés à coûts réduits. (28)

B. DIGITALISATION ET INNOVATION TECHNOLOGIQUE

La digitalisation est une opportunité majeure pour les assurances santé. Le développement de plateformes numériques ou d'applications mobiles facilite les interactions entre les assurés et les assureurs, permettant notamment de suivre en temps réel les remboursements, de consulter les garanties disponibles ou encore d'accéder à des services comme la téléconsultation. Plus généralement, la digitalisation a permis d'améliorer la qualité des services proposés, de réduire les coûts de gestion, de répondre à la demande d'immédiateté et de simplifier l'expérience client. (29)

Le développement de nouvelles technologies joue aussi un rôle important dans les stratégies des assurances qui les utilisent pour améliorer leurs services.

L'Intelligence Artificielle en particulier est devenu un outil crucial dans l'optimisation des processus internes. Les compagnies utilisent des algorithmes pour analyser et prédire les données clients, prédire les risques et automatiser les indemnités. Plusieurs assurances ont déjà intégré l'IA pour accélérer le traitement des sinistres et réduire le temps d'indemnisation. (30)

C. STRATÉGIE DE PREVENTION ET ACCOMPAGNEMENT

Le coût d'une réparation est souvent bien plus élevé que le coût nécessaire à la prévention de ce sinistre. Ainsi, les assurances adoptent une démarche très préventive. Par exemple, la prise en charge des substituts de nicotine sont pris en charge à hauteur de 60% depuis 2019 par l'Assurance Santé. Elles prennent aussi en charge des programmes de prévention et d'accompagnement et mettent en place des

campagnes de sensibilisation aux risques de maladies afin d'inciter les assurés à adopter un comportement plus sain. (31)

Les assureurs développent également des solutions d'accompagnement pour les maladies chroniques. Des outils digitaux tels que des applications de suivi permettent aux patients de surveiller leur état de santé et de bénéficier de recommandations personnalisées. Cette stratégie permet de limiter les hospitalisations coûteuses en plus de contribuer au bien-être des assurés. (32)

D. FIDÉLISATION ET EXPERIENCE CLIENT

Le marché de l'assurance est très concurrentiel. Un grand nombre d'acteurs peuplent le marché et il est très simple pour les utilisateurs de comparer les différents produits proposés. La fidélisation de leurs clients représente donc un enjeu majeur pour les assurances santé pour limiter tant que possible le "churn" (changement d'assurance). Elles s'organisent en appliquant des stratégies qui visent à renforcer l'expérience utilisateur et la satisfaction de leurs clients. Elles mettent notamment en place des communications plus transparentes et simplifient leurs procédures administratives. La mise en place d'outils digitaux facilite les échanges avec les assurés, rendant les services plus rapides et accessibles.

Elles proposent également des programmes de récompense pour encourager la fidélité client. En général, la personnalisation des offres permet d'instaurer une relation de proximité entre le client et l'assurance et accroît le sentiment de confiance des utilisateurs. (33)

E. ALLIANCES ET PARTENARIATS

Le marché des assurances santé est de plus en plus concurrentiel et marqué par des mutations rapides. Les alliances et partenariats se présentent donc comme des stratégies essentielles pour renforcer l'avantage compétitif des acteurs. Ces collaborations permettent de mutualiser les ressources, d'accélérer l'innovation et d'offrir des services mieux adaptés aux besoins des assurés. (34)

Les compagnies forment notamment des partenariats avec des start-ups dans le domaine de la "healthtech". Axa est associée à plusieurs jeunes entreprises innovantes pour intégrer des outils basés sur l'intelligence artificielle. Ces partenariats permettent non seulement d'améliorer la qualité de leurs services, mais également de réduire leurs coûts en optimisant les processus de gestion et d'analyse des données. Les alliances avec des réseaux médicaux ou hospitaliers constituent une autre stratégie majeure. Ces collaborations offrent aux assurés des avantages concrets comme des tarifs négociés, un accès privilégié à certains soins ou encore des services de qualité supérieure.

Les partenariats non conventionnels gagnent en popularité à l'image de Generali qui a collaboré avec des entreprises de télécommunications pour associer des solutions

d'assurance à des objets connectés comme des montres de suivi d'activité physique. (35)

Enfin, les coopérations entre assureurs eux-mêmes ne sont pas rares, notamment pour mieux répondre aux réglementations internationales ou conquérir de nouveaux marchés. Par exemple, des acteurs européens comme Allianz et Swiss Life ont mis en place des projets communs pour renforcer leur présence en Asie, une région à fort potentiel de croissance.

Ces alliances et partenariats jouent donc un rôle fondamental dans la transformation du secteur des assurances santé, permettant aux compagnies de rester innovantes tout en offrant une meilleure expérience client. Elles incarnent à la fois une stratégie d'adaptation aux mutations du marché et un levier pour anticiper les attentes futures des assurés. (36)

F. VÉRIFICATION DES COÛTS ET OPTIMISATION INTERNE

En réponse au contexte tendu dans lequel le marché des assurances santé, elles essayent d'optimiser et de réduire leurs coûts au maximum.

Pour ce faire, la numérisation des processus constitue une priorité. L'adoption de technologies comme l'IA ou l'automatisation robotisée des processus a permis à des groupes comme Allianz de réduire considérablement les coûts administratifs en automatisant des tâches répétitives comme la gestion des réclamations ou le traitement des demandes de remboursement. Par exemple, des chatbots dotés d'IA permettent de répondre rapidement aux questions des assurés, réduisant ainsi les charges liées au service client tout en améliorant l'efficacité opérationnelle. (37)

Une autre approche clé consiste à réviser les structures organisationnelles pour éliminer les redondances et optimiser les fonctions centrales. Axa a par exemple rationalisé ses filiales dans différentes régions pour mutualiser les ressources et réduire les coûts d'infrastructure.

En recentrant ses opérations sur des hubs régionaux, l'entreprise parvient à diminuer ses dépenses tout en maintenant une présence locale adaptée aux marchés.

En surveillant les tendances des dépenses de santé, les assurances peuvent mieux ajuster leurs offres, anticiper les risques et négocier des tarifs plus compétitifs avec les prestataires de soins. Generali, par exemple, utilise des plateformes analytiques avancées pour détecter les abus ou fraudes dans les réclamations, ce qui permet d'économiser des millions chaque année tout en protégeant les intérêts des assurés honnêtes. (38)

G. INTERNATIONALISATION ET CONQUÊTE DE NOUVEAUX MARCHÉS

Face à la saturation des marchés nationaux et à la montée en puissance de nouvelles régions à forte croissance, l'internationalisation s'impose comme un levier stratégique clé pour les compagnies d'assurances santé. Elle leur permet non seulement de

diversifier leurs revenus mais également de capter de nouveaux segments de clientèle et de s'adapter à des besoins émergents.

Étant en développement, l'Asie et l'Afrique attirent particulièrement l'attention. Avec l'urbanisation croissante, une classe moyenne en expansion et une demande accrue pour des services de santé de qualité. Les expatriés et voyageurs internationaux sont également un segment en forte croissance. Cigna offre par exemple des produits de santé mondialisés qui répondent aux besoins des professionnels travaillant à l'étranger. (39)

PERSPECTIVES D'AVENIR

A. ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE FRANÇAISE. : UNE POPULATION AGÉE ET PLUS NOMBREUSE

Le phénomène est connu depuis plusieurs années, l'évolution de la population française et notamment la ventilation des classes d'âge en son sein, est un défi majeur en termes de santé publique. Cette évolution s'articule autour de trois axes principaux : l'augmentation significative de l'espérance de vie au cours des prochaines décennies (horizons 2040 et 2070) (40), le vieillissement global de la population et la modification des liens intra-familiaux qui impactera le modèle de prise en charge des personnes âgées dépendantes.

D'après les projections de l'INSEE la population française atteindra 68 millions d'individus en 2070. Par rapport à 2013, année de référence du rapport, cela représente une augmentation de 3 millions d'habitants. Le fait intéressant est que sur la même période, 2013-2070, l'augmentation de la tranche d'âge des plus de 75 ans est plus importante, autour de 5 millions d'individus (41). Cette dynamique devrait mener à un point de bascule en 2047, année à laquelle la population active, entre 20 et 65 ans, devrait constituer moins de 50% de la population française. En comparaison, à cette date 30% de la population devrait avoir plus de 65 ans. Cette classe d'âge devrait également connaître une très forte expansion jusqu'en 2040, en gagnant 13% par rapport à la démographie de 2013 (42).

Ces évolutions sont anticipées sur la base de plusieurs facteurs. Le premier est l'augmentation de l'espérance de vie après 65 ans. En effet, les données de l'INSEE indiquent en 2013 une augmentation de la mortalité, hommes et femmes confondus, à partir de 66 ans. Ce seuil devrait être repoussé jusqu'à 80 ans en 2070 (voir graphique). Le second facteur est la baisse de la natalité observable depuis la seconde moitié des années 1960 en France, avec un passage sous les deux enfants par femme en 1975 (43).

À ce phénomène numérique s'ajoute également la dimension territoriale du vieillissement de la population, ce que met en lumière l'Observatoire des territoires(44). En effet, celui-ci ne s'opère pas de manière uniforme. Ainsi, les personnes âgées de plus de 65 ans sont proportionnellement plus nombreuses dans les zones rurales et sur les littoraux. Cela pose des problématiques en termes d'accès

aux soins et à la prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, ces populations sont les plus demandeuses en termes de soin et de suivi médical. Toutefois, la répartition des personnes âgées sur le territoire ne coïncide pas avec le modèle français d'infrastructures de santé, principalement centré sur les zones urbaines. À titre d'exemple, plus de 25% des plus de 65 ans résident dans des zones montagneuses ou des territoires ruraux (45), zones les moins dotées en personnel et équipements médicaux.

Le cas des DOM-TOM est également un point d'intérêt, du fait d'une transition démographique très rapide. Ainsi entre 2008 et 2013, la population âgée a augmenté de plus de 5% annuellement dans les territoires ultramarins. Cela dans une diversité réelle entre les Antilles, qui subissent un ralentissement démographique et un fort vieillissement de la population, et d'autres territoires, tels que la Guyane, Mayotte ou la Réunion, où la population croît fortement et ne subit pas d'émigration vers la métropole(46).

Ces inégalités territoriales sont liées à la mobilité des personnes âgées, qui se déplacent de plus en plus vers les littoraux et les zones peu urbanisées sur le fondement de la qualité de vie propre à ces zones. Cela implique une dimension sociale importante. En effet, les familles se retrouvent dans ces contextes plus éparpillés sur le territoire et le soutien physique des enfants à leurs parents s'en trouve réduit. Cela induit une mobilité intra-familiale plus importante et un soutien des enfants vis-à-vis de leurs aînés plus diffus. (47) Ainsi, l'intégration d'une partie de la population âgée, jusqu'à maintenant soutenue par les membres de la famille proche, est à prévoir dans les structures d'aide à la personne et les EHPAD.

Ainsi, les évolutions de la population française sont un élément majeur d'évolution des besoins de santé et un vecteur important de modification des moyens mis en œuvre pour y répondre. À cet égard, il convient de considérer le système de santé français et sa structuration entre acteurs privés et publics.

B. SCÉNARIOS PROSPECTIFS

Dans un cadre perturbé, où l'instabilité politique est doublée d'incertitudes budgétaires et de déficits chroniques, la question de l'avenir du système de santé français se pose. Ainsi, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) a été sollicité au cours des dernières années pour fournir une matière à réflexion aux décideurs publics. Le rapport publié en janvier 2022 (48) à l'adresse du premier ministre met en avant les scénarios envisagés pour adapter le système de santé français dans les années et décennies à venir.

Il convient tout d'abord d'évoquer la spécificité du système français. Partagé entre la Sécurité sociale d'une part et les assurances maladie complémentaires d'autre part, le modèle français présente trois caractéristiques propres en ce qui concerne les assurances privées. Premièrement, celles-ci ont un rôle principalement complémentaire, elles couvrent une part très importante de la population et assurent



un pourcentage important des coûts de santé. Ainsi, l'assurance privée en France est un acteur de première importance. Ce domaine est divisé entre les mutuelles et les assureurs toutefois sa délimitation dépend principalement de la Sécurité sociale et notamment de la limite de la couverture des citoyens par celle-ci.

À cet égard, il faut observer que le cadre concurrentiel et réglementaire de l'assurance complémentaire s'est durci au cours des dernières années. Tout d'abord de par la loi Evin de 1989, qui a mis au même niveau les prévoyances, les assureurs et les mutuelles. La mise en place de l'accord national interprofessionnel en 2018 ainsi que la loi du 14 juillet 2019 sur la résiliation infra-annuelle ont permis un choix plus libre des clients des assureurs santé. Enfin, le « 100% santé » encadre strictement les prestations en englobant l'intégralité du panier des soins (49). Le résultat de ces évolutions récentes est la contraction du nombre d'assureurs et la réduction du nombre de mutuelles par trois.

Dans ce contexte de renouveau réglementaire, le HCAAM présente « quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire ». Ces quatre scénarios sont les suivants : **améliorations dans le cadre de l'architecture actuelle**, Une **assurance complémentaire obligatoire**, universelle et mutualiste, **Augmentation des taux de remboursement** de la Sécurité sociale, **Décroissement entre les domaines d'intervention** de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires.

Ces scénarios visent à englober l'intégralité des possibilités réalistes d'évolution du système de santé français. Parmi ceux-ci, les scénarios 3 et 4 présentent un danger réel pour le modèle économique des assureurs complémentaires. D'une part, l'augmentation du taux de remboursement de la Sécurité sociale entraînerait une diminution du champ d'action des complémentaires santé et ce faisant réduirait leur marché de 70%, soit 27 milliards d'euros, selon les chiffres présentés par le HCAAM. D'autre part, le décroissement des domaines d'intervention de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires transformerait les organismes complémentaires en assureurs supplémentaires. Cela signifierait que les assureurs privés n'interviendraient qu'en dehors des domaines de couverture de la Sécurité sociale. Leur statut en serait transformé et leur marché réduit également. Toutefois, l'ancrage social du système de santé actuel et le déficit considérable de la Sécurité sociale ne rendent pas ces scénarios plausibles dans les années à venir.

Le scénario 2, impliquant la mise en place d'une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualiste serait un moyen de préserver le rôle important des complémentaires santé dans le système. Toutefois, ce modèle inclut de nombreuses innovations, permettant de prendre en charge des risques élevés, à travers une péréquation entre assureurs. La mise en place d'un socle commun de remboursement et de prestation de base à tous les assureurs modifierait également le marché. En effet, cela serait favorable aux grands groupes d'assurance, pouvant entrer en compétition sur la maîtrise des coûts, la qualité des services et l'addition de

prestations en marge des contrats. Cela axerait la compétition sur la qualité du service. Enfin, ce modèle entraînerait un encadrement plus strict de l'activité d'assureur et complexifierait la gestion financière des assureurs. Cela encouragerait le phénomène de concentration du marché autour des principaux acteurs. L'exemple de ce modèle est le régime local d'Alsace-Moselle, une démonstration empirique appuie donc cette proposition.

Enfin le scénario 1 apparaît comme le plus plausible et le plus évident dans la logique d'équilibrage du système de santé français. En effet, celui-ci vise à améliorer le système actuel de santé sans modifier fondamentalement son architecture. Cela dans une optique de simplification du fonctionnement et des démarches de remboursement des frais de santé tout en intégrant les nouveaux besoins, notamment en lien avec le vieillissement de la population et l'inflation économique. L'objectif d'un tel scénario est de remettre à plat les remboursements de la Sécurité sociale et vise une amélioration progressive du système français, en maintenant la dualité entre la Sécurité sociale et la complémentaire santé. Ce scénario est celui qui paraît le plus réaliste et les dernières réformes dans le domaine de la santé tendent à montrer un engagement de l'État sur cette voie. Ainsi l'encouragement à la concentration des acteurs de l'assurance privée et le 100% santé sont des exemples de cette dynamique.

Ces scénarios présentent des opportunités pour les assureurs, notamment en termes d'innovation et de déploiement de nouvelles offres commerciales dans un marché en pleine mutation. Toutefois les risques sont réels, du fait de l'accroissement de la compétition sur le marché de la santé (réduction du nombre d'acteurs et modifications des domaines d'activité) et la possible facilitation de l'accès au marché (par la simplification des démarches de remboursement). La question de l'abond du risque est également centrale. En effet, le vieillissement de la population va entraîner naturellement la généralisation de certaines pathologies (exemple du 100% santé). Cela posera alors la question de leur prise en charge. Le vieillissement de la population est également vecteur d'une modification de l'abond de la santé, notamment en ce qui concerne la médecine préventive et la promotion de modes de vie sains.

C. RECOMMANDATIONS STRATÉGIQUES

Le contexte actuel est donc contraint par une coïncidence entre le vieillissement de la population française, l'augmentation des déficits publics liés à la santé et l'instabilité politique que l'on peut penser durable. Il convient donc d'adopter un abord stratégique de la santé et du système qui la garantit. Cela d'autant plus que les besoins en soins sont appelés à augmenter fortement dans les années et dans les décennies à venir. De plus, l'abord stratégique de l'évolution du système de santé doit non seulement être considéré par les pouvoirs publics et les administrations d'État, mais encore par les acteurs privés de l'assurance complémentaire et supplémentaire. Les problématiques auxquelles les pouvoirs publics font face constituent des points d'achoppement, notamment en ce qui concerne la gestion des déficits budgétaires et

le déploiement de nouveaux établissements et équipements de soin et de prise en charge des dépendances sur le territoire.

COMPARAISON DES SYSTEMES D'ASSURANCE SANTE DANS LE MONDE

Le système de santé américain est complexe, caractérisé par un rôle prépondérant du secteur privé, tout en intégrant des programmes publics pour répondre aux besoins des populations vulnérables. Il repose sur des assurances privées et publiques, ainsi que sur des initiatives gouvernementales pour améliorer l'accès et réduire les coûts. Voici un panorama des réformes majeures de 2001 à nos jours.

ACTEURS ET CHIFFRES CLES DU SYSTEME DE SANTE AMERICAIN

Les assurances privées couvrent environ 60 % des Américains, principalement via leurs employeurs.

Les deux principaux programmes publics sont Medicare et Medicaid. Medicare est dédié aux personnes âgées et couvre une partie des séjours hospitaliers, des soins en maison de retraite, des soins à domicile ainsi que des soins préventifs et ambulatoires. Ce programme couvre 18 % de la population. Medicaid, s'adresse aux personnes à faible revenu (enfants, femmes enceintes, personnes en situation de handicap) et couvre environ un cinquième de la population. Il est financé conjointement par les gouvernements fédéraux et étatiques. Medicaid a connu une forte expansion dans le cadre de la loi sur les soins abordables (ACA) (51) de 2010.

Les États-Unis dédient 16,6 % de leur PIB à la santé, ce qui représente l'un des budgets les plus élevés parmi les pays développés. Par comparaison, la Suisse consacre environ 11,9 % de son PIB à la santé, et l'Allemagne se situe en troisième position avec 11,6 %. En 2022, les dépenses moyennes annuelles par personne s'élevaient à 12 500 dollars, bien que 8 % des Américains restent sans assurance santé. (52)

Les acteurs clés du système de santé américain incluent le Department of Health and Human Services (HHS), les Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), la Food and Drug Administration (FDA), les National Institutes of Health (NIH) et la Veterans Health Administration (VHA). (53)

LES REFORMES MISES EN PLACE PAR LES PRESIDENTS AMERICAINS

Georges W. Bush a instauré le Medicare Modernization Act en 2003. Cette réforme a ajouté un volet sur les médicaments, connu sous le nom de "Part D", permettant aux seniors d'accéder à des traitements à moindre coût. Il a également favorisé des partenariats entre le secteur public et privé, impliquant notamment les entreprises pharmaceutiques dans la gestion du Part D.



Barack Obama a créé en 2010 l’Affordable Care Act (ACA) plus connu sous le nom de Obamacare, avec pour objectif de réduire le nombre de non-assurés sur le territoire américain, mais également de protéger les patients. Parmi ses mesures phares figuraient l’interdiction de refuser une couverture pour des conditions préexistantes (“pre-existing condition exclusion ban”), comme un cancer ou une maladie chronique, ainsi que la création des Health Insurance Exchanges, des plateformes permettant aux Américains et aux petites entreprises d’acheter une couverture santé. Le programme ACA a également élargi Medicaid dans 38 États, bien qu’il ait rencontré une opposition politique et légale, notamment concernant l’obligation individuelle de souscrire une assurance. (54)

Donald Trump a partiellement démantelé l’ACA en supprimant la pénalité pour absence d’assurance et en réduisant les financements publics des *exchanges* créés par Obama. Il a mis l’accent sur la transparence des coûts des soins et sur des plans à court terme, moins coûteux mais aussi moins couvrants.

Joe Biden a renforcé l’ACA grâce à l’American Rescue Plan Act établi en 2021, permettant aux assurances de bénéficier de subventions accrues, réduisant ainsi les primes pour des millions d’Américains. En 2022, grâce à l’Inflation Reduction Act, Medicare peut désormais négocier les prix de certains médicaments onéreux. Le Gouvernement Biden a également mis en place un plan de préparation aux pandémies, appelé Office of Pandemic Preparedness and Response Policy, tout en investissant dans la capacité de réponse sanitaire. (55)

ENJEUX ACTUELS

On observe d’importantes inégalités dans l’accès aux soins. Les minorités pauvres et les populations rurales subissent davantage de barrières économiques et géographiques pour obtenir des services de santé. De plus, 17 % des adultes américains ont des dettes médicales, un chiffre révélateur de la dépendance aux assurances privées et des coûts élevés des soins.

Le secteur pharmaceutique, avec des acteurs majeurs tels que Pfizer et Moderna, joue un rôle crucial, notamment pendant la pandémie de COVID-19. Cependant, ces entreprises sont régulièrement critiquées pour les coûts exorbitants des médicaments et des traitements. (56)

Le système de santé américain dévoile un mélange complexe de réformes progressives et d’influence privée. Si des initiatives comme l’ACA et les récentes mesures de Biden ont permis des avancées notables, les États-Unis continuent de faire face à des défis structurels majeurs, notamment les coûts élevés et les inégalités d’accès aux soins.

Le Royaume-Uni est reconnu pour son système de santé universel public, principalement administré par le National Health Service (NHS), qui gère un budget de plus de 150 milliards de livres sterling par an. Créé en 1948, le NHS garantit des soins accessibles à tous, indépendamment des revenus. Voici une présentation du fonctionnement du système de santé britannique, en abordant ses réformes majeures et les acteurs clés. (57)

UN MODELE PUBLIC CENTRALISE POUR UN MODELE PRIVE COMPLEMENTAIRE

Le NHS repose sur un principe d'accès universel basé sur le besoin clinique et non sur la capacité de paiement. Il est composé de quatre systèmes distincts pour l'Angleterre, l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord, chacun ayant sa propre gestion et ses priorités.

En 2019, les dépenses de santé représentaient 10,2 % du PIB, avec 79,5 % des dépenses couvertes par des fonds publics. Les dépenses privées représentent environ 20 %, comprenant principalement les assurances santé privées, utilisées pour des services non couverts par le NHS ou pour un accès plus rapide. Les soins secondaires sont accessibles aux résidents réguliers grâce à un système de prescription payante en Angleterre, tandis que l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord offrent des prescriptions gratuites. (58)

Au Royaume-Uni, le secteur privé joue un rôle complémentaire. Il permet un accès plus rapide à des traitements et à des soins spécialisés non couverts par le NHS. Cependant, seulement 11 % de la population possède une assurance santé privée en 2022, ce qui rend le secteur privé marginal en termes de volume de soins délivrés comparé au NHS. (59)

REFORMES ET CHANGEMENTS MAJEURS

Les années 2000 ont marqué la décentralisation et la modernisation du système au Royaume-Uni, principalement grâce à l'introduction des Clinical Commissioning Groups (CCG) visant à améliorer l'allocation des ressources. Le rôle d'inspection du CQC (Care Quality Commission) a également été renforcé pour garantir des soins de qualité.

En 2022, les Clinical Commissioning Groups (CCG) ont été remplacés par les Integrated Care Systems (ICS), encourageant des partenariats locaux entre hôpitaux, autorités locales et autres organisations afin de mieux coordonner les soins.

Les agences de santé publique au Royaume-Uni jouent un rôle central dans la prévention, la gestion des crises sanitaires et la protection de la santé publique. Le pays dispose de différentes institutions.

Public Health Agencies : sous la supervision du Department of Health and Social Care (DHSC), ces agences stratégiques et opérationnelles surveillent les menaces sanitaires, coordonnent les réponses aux crises et promeuvent des politiques de prévention sur le long terme.

Public Health England (PHE) : créée en 2013, cette institution était responsable de la prévention des épidémies, de la coordination des réponses sanitaires nationales et de la fourniture de conseils scientifiques aux autorités. Dissoute en 2021, elle a été remplacée par deux nouvelles institutions spécialisées :

L'UK Health Security Agency (UKHSA) : fondée en 2021, elle se concentre sur la préparation et la réponse aux menaces sanitaires majeures, notamment les pandémies, les urgences et la coordination internationale.

L'Office for Health Improvement and Disparities (OHID) : créé également en 2021, il met l'accent sur la prévention à long terme et cherche à réduire les disparités de santé entre les populations. Il encourage des politiques favorables à la santé publique pour améliorer les conditions de vie. (60)

ETAT DES LIEUX ET ENJEUX ACTUELS

Les temps d'attente représentent un enjeu majeur pour le NHS. L'espérance de vie au Royaume-Uni est de 81 ans, et environ 19 % des Britanniques ont plus de 65 ans, ce qui exerce une pression considérable sur le système. Les disparités régionales dans l'accès aux soins restent également un défi important.

Le NHS, le plus grand employeur du Royaume-Uni, emploie 1,3 million de personnes. Cependant, la pandémie de COVID-19 a exacerbé une pénurie de personnel médical, qui demeure un problème crucial. (61)

Le Royaume-Uni adopte progressivement des technologies de santé numérique pour améliorer la gestion des dossiers et la prise en charge des patients, comme les dossiers informatisés, le portail "HealthSpace" pour consulter son dossier médical en ligne, ou encore des directives visant à accélérer l'intégration de l'intelligence artificielle dans le secteur de la santé, publiées par le British Standards Institution. (62)

Le système de santé britannique illustre un modèle public universel, largement soutenu par le gouvernement et financé par l'impôt. Bien que le NHS reste une source de fierté nationale, il fait face à des défis croissants en matière de financement, de gestion des temps d'attente et de coordination des soins. Les agences britanniques agissent en complément des structures principales pour gérer les crises sanitaires.



Comparaison entre les États-Unis, le Royaume-Uni et la France

Les États-Unis offrent un système axé sur la liberté individuelle et la qualité des soins spécialisés, mais il reste marqué par des coûts élevés et des inégalités persistantes. Les programmes publics (Medicare, Medicaid) ne suffisent pas à corriger ces lacunes structurelles.

Le Royaume-Uni, via le NHS, propose un accès universel et gratuit financé par l'impôt, garantissant une équité d'accès remarquable. Cependant, le système fait face à des contraintes budgétaires et à des délais d'attente, ce qui limite parfois l'efficacité des soins.

En ce qui concerne la France, le système mixte associant la Sécurité sociale et les mutuelles privées démontre son efficacité. Les coûts y sont régulés, et le système garantit une facilité et une rapidité d'accès aux soins. Les défis majeurs à long terme concernent le vieillissement de la population ainsi que le financement des mutuelles.

États-Unis : Prédominance du privé, coûts élevés, liberté de choix.

Royaume-Uni : Prédominance du public, accès universel, défis de financement.

France : Équilibre entre le secteur public et privé, couverture universelle, régulation efficace.

Les trois systèmes partagent des enjeux communs tels que le vieillissement de la population, les crises sanitaires récurrentes et l'intégration des innovations technologiques dans les soins. Cependant, ils diffèrent fondamentalement dans leur organisation et leur financement.

Les États-Unis privilégient la liberté individuelle et l'innovation, mais avec des coûts élevés et des inégalités marquées. Le Royaume-Uni garantit un accès universel grâce à un système public, bien que limité par des contraintes budgétaires et des délais d'attente. La France, avec son modèle hybride, assure une couverture quasi-universelle et des coûts modérés pour les patients, mais doit relever le défi de la soutenabilité financière à long terme.

Structure des systèmes de santé.

Critères	Etats-Unis	Royaume-Unis	France
Type de système	Système hybride. Principalement privée, possibilité d'avoir une sécurité publique.	Système universel. Financé par l'impôt administré par le NHS.	Système universel hybride. Financé par la sécurité sociale et les mutuelles.
Couverture	Dépend des assurances privées ou publiques souscrites.	Couverture universelle grâce au NHS.	Couverture universelle par la Sécurité sociale. 99% des français couverts.
Gestions des soins	Décentralisé et multipartenaires.	Centralisé au niveau du Department of Health and Social Care et agences régionales	Système mixte régulation du publique et financement du privé.
Accessibilité	Dépend des revenus perçus, de l'emploi et des assurances.	Accès aux soins gratuits. Inégalités surtout sur le délai d'attente.	Soins accessibles.
Priorité publique/privée	Dominance du privée.	Dominante du secteur public.	Équilibre entre le public et privé.

Financement et utilisation des ressources.

Critères	Etats-Unis	Royaume-Unis	France
Dépenses de santé	17,8% du PIB.	10,2% du PIB.	11,2% du PIB.
Sources de financement	Financé par des primes d'assurances privées.	Financé par les impôts généraux.	Financé par les cotisations sociales.

Coûts pour les individus	Fort, en moyenne 11 000 \$/ américain.	Gratuité des soins.	Reste à charges faible.
Inégalités d'accès	Fort	Modéré	Faible

Rôle des acteurs.

Acteurs	Etats-Unis	Royaume-Uni	France
Secteur public	Medicare : personnes âgées Medicaid : ménages pauvres CMS supervise ces programmes	NHS England gère la santé publique DHSC établit les politiques et le financement	Système public géré par l'assurance maladie et l'état.
Secteur privé	Acteur dominant avec les assurance privées.	Complémentaires surtout pour des soins spécialisés. 10% de la population y ont souscrit.	Forte présence avec des acteurs importants : mutuelles, cliniques, complémentaire santé.

CONCLUSION

En France, l'État supervise la grande majorité du système de santé, avec d'une part la Sécurité sociale, publique, et d'autre part les mutuelles, privées mais soumises à la régulation de l'État. Les assurances privées non régulées ont donc une place assez faible.

Post Covid19, des changements ont été entrepris pour combler les lacunes mis en évidence, le projet de "Grande Sécu" vise à fusionner Sécurité sociale et mutuelles afin de réduire les coûts. Cependant l'inertie est grande comme pour toutes les entreprises étatiques. Les Français sont habitués et en majorité satisfaits du système d'assurances santé. Si des changements sont nécessaires, ils concernent le secteur de la santé dans sa globalité, et ne sont pas à effectuer à l'échelle des mutuelles, dépendances à la Sécurité sociale oblige.

Le facteur démographique représente également un enjeu majeur. Le vieillissement de la population, le modèle de Sécurité sociale peu adapté au milieu rural nécessitent des changements structurels.

Plus libéraux, le secteur privé à une part prépondérante aux États-Unis les assurances, mais aussi des inégalités plus importantes, la défiance dans les assurances santé est avérée. Les réformes santé américaines prouvent une volonté des pouvoirs publics de se rapprocher du modèle mutualiste français.

Au Royaume-Uni, le système de santé est supervisé à 100% par l'État, avec des inégalités marquées surtout par les délais d'accès aux soins.

Le système de santé en France est d'une efficacité reconnue, nécessitant des dépendances importantes mais indispensables. Les assurances sociales sont tributaires de la conjoncture et de l'évolution démographique du pays.

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ EN FRANCE

Groupe 17 : Elanor LE BLANC- GOUVERNEUR, Mathéo COLINET, Nicolas PAVLOVIC, Théodore AMAGAT, Alban DE SOOS, Ulysse RIBON – Bibliographie en Annexe

Le sujet des inégalités sociales de santé en France englobe de nombreuses variables à considérer, ainsi que des relations complexes et interconnectées entre elles. Établir un état total des lieux de ces inégalités est utopique, cela nécessiterait une expertise approfondie sur l'infinité des sujets à part entière qu'elle couvre. L'approche proposée ci-dessous est une ouverture de pistes de réflexion et aborde des aspects sous-traités ou peu pensés, avec des exemples d'études de cas précis. « Les inégalités sociales de santé en France » est un sujet pensable uniquement à partir de l'interdisciplinarité, pour qu'il soit correctement traité. Il soulève des questions imbriquées entre la sociologie, l'intelligence économique, le droit, la médecine, etc.

DEFINITION DE LA CONSTRUCTION DE LA SANTE

La santé, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)¹, est « *un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Pourtant, comme nous le verrons par la suite, le système de santé en France est plutôt construit à partir d'un modèle curatif que préventif. La santé soulève des différences d'accès financier, géographique et culturel aux soins.

Les conditions de vie matérielles, sociales, physiques et mentales participent à la définition de la santé des individus, tout comme les comportements individuels et sociaux qu'ils adoptent, notamment à travers leur alimentation, leur consommation d'alcool, les exercices physiques, etc. Le travail est également un facteur important dans ce processus, il fabrique la santé et les inégalités². Par exemple, la mise en place des gestes barrières en période de confinement a davantage profité aux groupes les plus favorisés qu'à ceux du bas de l'échelle sociale. Il est donc essentiel de veiller à ce que l'environnement permette les comportements favorables à la santé pour tous.²

Il est difficile de quantifier précisément la part respective de ces trois composantes, soins, comportements et conditions de vie, mais les deux premières ne comptent pas pour plus de la moitié des différences entre groupes de populations.

Les premières années de vie d'un individu ont une importance primordiale et impactante dans la construction de sa santé à l'âge adulte : les formes de stress auxquelles les enfants peuvent être confrontés, auront des répercussions sur leur santé à l'âge adulte. Cet âge est aussi critique pour le développement cognitif. De ce fait, la santé constitue un facteur important de la réussite éducative des enfants. Il est donc urgent de réduire les inégalités sociales de santé dès le plus jeune âge³.

OPINION DES FRANÇAIS SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES EN GÉNÉRAL

Les inégalités sociales de santé sont un enjeu de « *justice sociale* » selon l'Observatoire des inégalités. Mais qu'en pensent les Français ?⁴

- ❖ Tendances des Français à associer les inégalités sociales de santé, aux actions tournées vers les populations précaires. Pourtant, les inégalités sociales de santé ne

concernent pas que les marges de la population mais l'organisation sociale d'ensemble, les fondements de la société.⁴

- ❖ « 75% des Français estiment que la société française est « plutôt injuste ».⁴
- ❖ Tendances à la hausse, de la part des Français, qui trouvent la société plutôt « injuste ». Cela peut résulter du fait que les Français, mieux formés et informés, sont plus sensibles aux injustices au fil du temps.⁵
- ❖ 84% des Français sont pessimistes et pensent que les inégalités vont plutôt augmenter. D'après l'Observatoire des inégalités, cela pourrait s'expliquer notamment par le décalage entre les promesses du gouvernement sur ces thématiques et la non-action qui en résulte.⁵

Comment s'articulent les liens entre le droit et son application concrète ? Les Français sont-ils vraiment informés de toutes les politiques publiques proposées par le gouvernement à ce sujet ?

CAUSES SOCIALES DES INÉGALITÉS EN SANTÉ

Il est nécessaire de mettre en place un plan d'action sur les politiques publiques pour réduire les inégalités sociales de santé : non seulement à propos du système de soin, mais aussi de la protection sociale, du logement, de l'éducation, du retour à l'emploi après une maladie ou un accident.²

D'après l'INSEE (2018) :

Les inégalités de mortalité représentent l'écart d'espérance de vie entre différentes catégories sociales. En France, au niveau de l'indicateur de richesse, l'écart d'espérance de vie est de l'ordre de 13 ans entre 5% des hommes les plus pauvres au niveau du revenu et 5% des plus riches. Cet écart est également présent en fonction du genre, de façon moindre.⁶

Les inégalités dans la qualité de vie touchent les individus qui sont sujets à des discriminations en raison de leurs caractéristiques sociales (handicaps, genre, catégorie socio-économique, etc) et rendent leurs conditions de vie plus difficiles.⁷

Ces deux indicateurs, sur la durée de vie et sur ses conditions, s'accumulent ensemble et donnent lieu à une « double peine » chez les individus concernés.⁸ Les inégalités sociales de santé empirent lors de crises sanitaires comme celle du Covid-19 : leur réduction apparaît secondaire lorsque des décisions sanitaires urgentes sont à prendre.²

AMÉLIORER LES POLITIQUES PUBLIQUES DE SANTÉ EN FRANCE POUR AGIR SUR LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.⁹ Les pays ont l'obligation légale d'élaborer et de mettre en œuvre des lois et des politiques qui garantissent un accès universel à des services de santé de qualité et s'attaquent aux causes profondes des disparités en matière de santé, notamment la pauvreté, la stigmatisation et la discrimination.¹⁰ Le droit à la santé est indissociable des autres droits humains, puisqu'il existe une influence réciproque entre la santé et l'éducation, l'alimentation, le logement, le travail et l'information.²

Les effets des politiques fiscales nationales, l'absence de généralisation du tiers payant, la réforme de l'assurance chômage, ou encore le manque d'ambition des politiques de la ville impactent la santé des individus. Plusieurs suggestions pour réduire des inégalités sociales de santé sont exposées par des spécialistes du Haut Conseil de la Santé Publique¹¹ :

- ❖ Investir socialement dans les politiques de l'enfance pour améliorer la construction de la santé :

Construire la santé depuis l'enfance appuierait l'intérêt de « *considérer comme un investissement social essentiel les politiques de l'enfance, l'accueil des jeunes enfants, une école pour tous, la médecine scolaire, etc.* »

- ❖ Réduire la surexposition des personnes des catégories défavorisées aux risques encourus, liés à la santé :

Améliorer les conditions de vie des personnes précaires permettrait d'améliorer leur santé à long terme. Cela passe par la réduction de la pénibilité de leur travail, la diminution des risques d'accident du travail, l'amélioration de leur habitat et environnement (humidité, pollutions, etc.), et aussi, inciter à la prévention.

- ❖ Favoriser l'accès à un système de soins qui intègre la dimension sociale des inégalités de santé dans son fonctionnement :

Élaborer une démarche active pour se rapprocher des populations en développant des médiateurs et médiatrices de santé est un exemple qui permettrait de prendre en compte la dimension sociale des inégalités de santé.

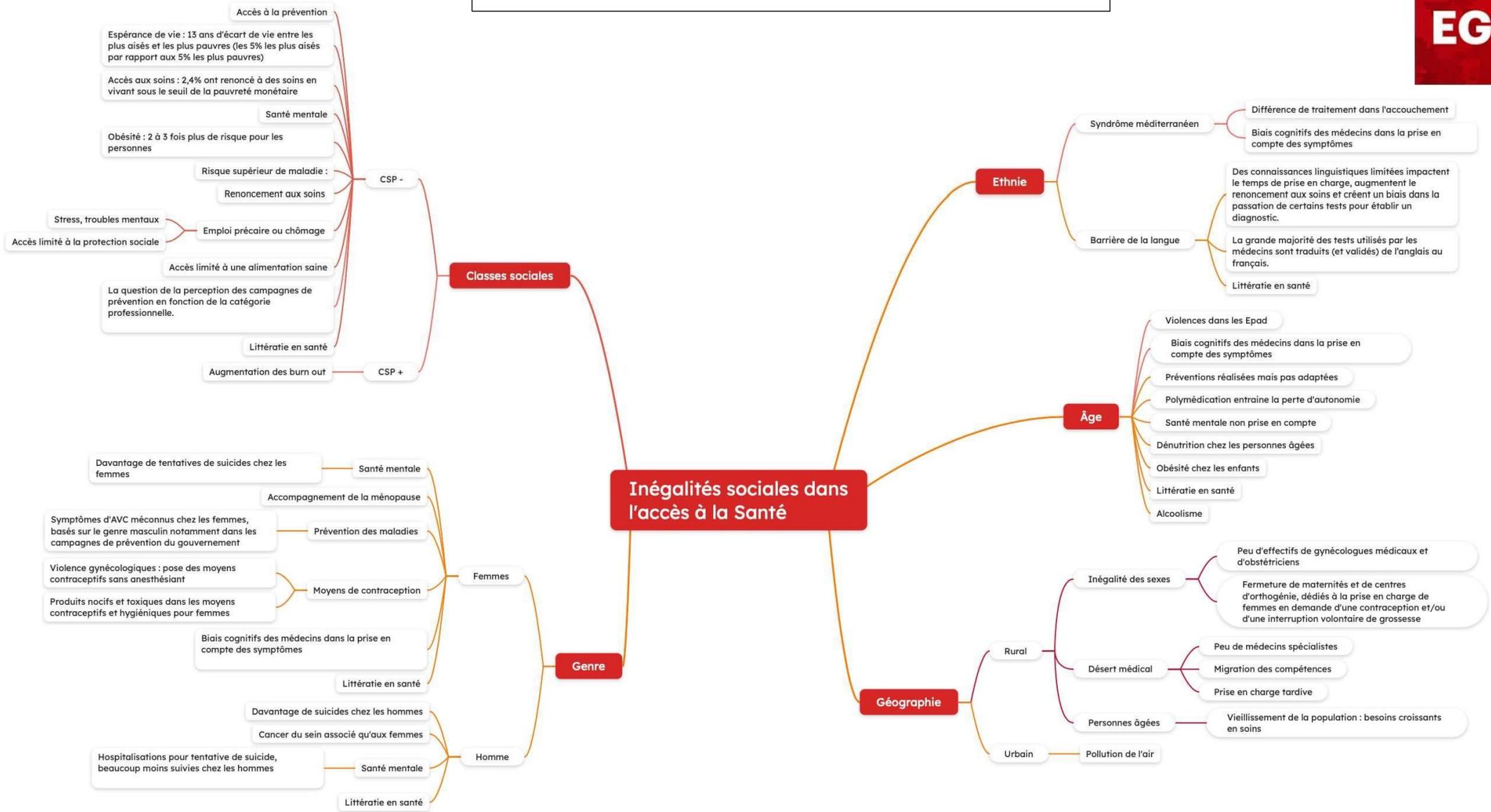
- ❖ Réduire les conséquences d'une maladie ou d'un accident sur la situation sociale des personnes :

Mettre en place des dispositifs qui favorisent le retour à l'emploi ou la capacité d'emprunt des personnes concernées, par exemple, en cas d'arrêt durable, réduirait les inégalités sociales de santé.

LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ SOUS LE SPECTRE DE L'INTELLIGENCE ÉCONOMIQUE

La santé est un facteur de compétitivité nationale. Une population en bonne santé est un levier pour la productivité et l'attractivité économique d'un pays. Rendre l'accès pour tous, équitable à la santé, permet des économies massives pour le pays, à travers des prises en charges plus rapides et donc moins lourdes.

État des lieux des inégalités sociales de santé en France



Les DROM, des territoires oubliés.

Des chiffres accablants.

D R O M		METROPOLE
↳ 2,6/1000hab	➔	3,4 /1000hab => -21% dans les DROM ¹
↳ - 56% de lits médicaux à Mayotte pour 1000 hab		
↳ 7,82 TMI*	➔	3,7 TMI ²
↳ 30% pop de Mayotte n'a pas accès à l'eau potable ³ . 1 personne sur 2 ne peut pas boire l'eau de son robinet à la Réunion.		

Un accès aux soins difficile, aggravé par des facteurs alarmants .

- En 2021, le taux de pauvreté en France métropolitaine était de 14,5 %. => Dans les DROM, ce taux est nettement supérieur, atteignant par exemple 30 % en Guadeloupe et en Martinique, et jusqu'à 77 % à Mayotte. 900 000 personnes vivent sous le seuil de pauvreté dans les DROM⁴.

- Les Infrastructures se font plus rares et sont souvent vétustes.

- L'accès à l'eau potable dans les DROM reste insuffisant, notamment à Mayotte et en Guyane, entraînant des risques sanitaires accrus comme la propagation de maladies hydriques.

- Sur 450 000 logements classés indignes en France 100 000 sont dans les DROM alors que la population représente 3,2% de la population française⁵.

Les politiques publiques

Plan santé Outre-mer 2022 => Renforcer les infrastructures, 120 M€ en 5 ans

Préconisations

Renforcer l'attractivité pour les personnels de santé (+ salaires)

Développement de la Télémédecine

Extension des dispositifs de prise en charge (CMU-C pour les personnes précaires...)

*Taux de mortalité infantile

UNE DISPARITÉ AVÉRÉE EN FONCTION DES RÉGIONS

Que ce soit en matière d'accessibilité aux soins, de qualité des infrastructures et équipements, ou encore d'accès aux spécialistes, la France est confrontée à de profondes inégalités sanitaires. Des progrès ont toutefois été enregistrés entre 2016 et 2019 pour certains professionnels de santé, comme les sages-femmes (+16%), les infirmiers (+9%) et les masseurs-kinésithérapeutes (+9%)¹². Cependant, la présence de médecins généralistes a diminué de 6%¹², avec une baisse plus marquée dans les communes les moins bien dotées (-10%) que dans les villes mieux fournies (-4%). Ces disparités se traduisent notamment par l'existence de déserts médicaux.

La carte ci-dessous illustre ces inégalités, en matière de consultations chez les médecins généralistes, en mettant en évidence les disparités dans l'obtention de rendez-vous¹³.

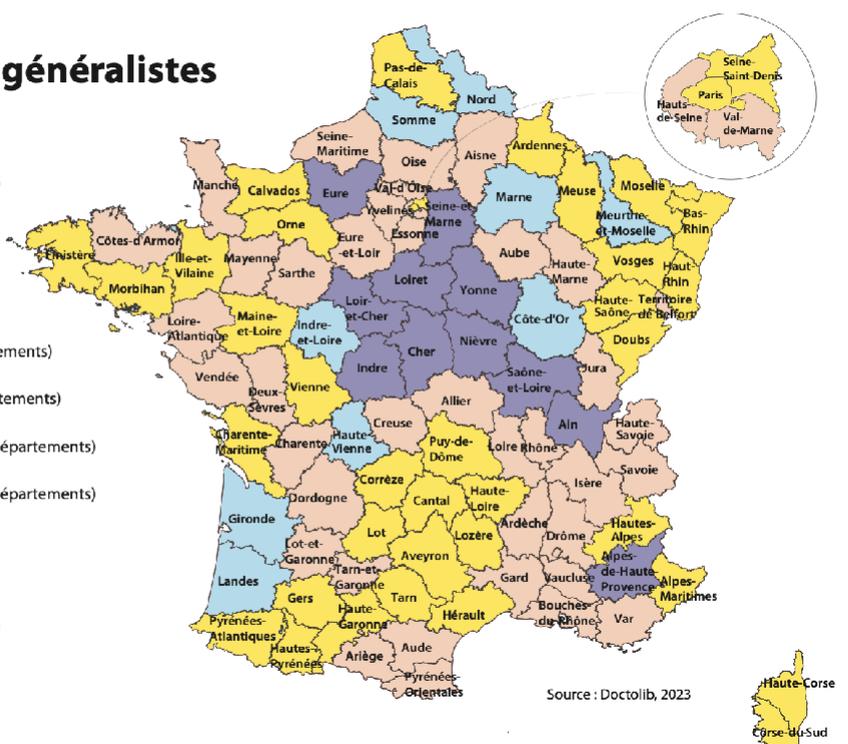
Médecins généralistes

Délai d'octroi de rendez-vous (en jours)*

Médiane

- 2 jours (9 départements)
- 3 jours (36 départements)
- 4 ou 5 jours (40 départements)
- 6 ou 7 jours (11 départements)

* Professionnels de santé utilisateurs de Doctolib (hors hôpitaux)



ANALYSE DES POLITIQUES MISES EN PLACE

Face à ces inégalités et à l'extension des déserts médicaux, divers plans ont été élaborés depuis la fin des années 1990 :

- ❖ Mise en place du dispositif des médecins traitants.
- ❖ Aides incitatives pour favoriser l'installation ou le maintien des professionnels de santé dans les zones sous-dotées.

- ❖ Développement de structures de soins coordonnées.

Le développement de ces structures, telles que les maisons de santé pluriprofessionnelles, visait à offrir une prise en charge de proximité, dite de premier recours (médecins généralistes, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, etc.), tout en devenant des pôles attractifs pour les professionnels de la santé. Cet objectif devait être renforcé par des aides financières destinées à couvrir les frais d'installation dans les zones sous-denses et à encourager le regroupement des personnels de santé¹⁴.

Cependant, malgré plus de 30 ans de mise en œuvre de ces plans, les résultats sur l'accès aux soins restent décevants :

- ❖ Ces lois, bien qu'inscrites dans une volonté de stratégie globale, se traduisent souvent par une juxtaposition de mesures, rendant leur application complexe et peu lisible¹². En effet, l'application des politiques publiques repose largement sur l'implication des autorités locales et des acteurs régionaux, tels que les agences régionales de santé (ARS) et les conseils départementaux. Ainsi, le manque de coordination entre les différents acteurs — qu'ils soient publics (ministère de la Santé, collectivités locales) ou privés (médecins, hôpitaux, mutuelles) — peut engendrer des incohérences. Par exemple, certaines incitations financières destinées à encourager l'installation de professionnels de santé, dans les déserts médicaux, se heurtent à l'absence d'infrastructures adaptées, rendant ces installations peu viables.
- ❖ L'absence de suivi à long terme limite l'évaluation de l'efficacité réelle des politiques publiques. Cela restreint directement la possibilité de revoir une politique publique jugée incohérente.

Ce constat est corroboré par divers classements internationaux, tels que ceux du think-tank britannique *The Legatum Institute*, de l' *Euro Health Consumer Index*, ou encore des comparaisons entre pays membres de l'OCDE¹⁵. En effet, bien que la France soit le quatrième pays de l'OCDE en termes de dépenses de santé rapportées au PIB, elle se situe en milieu de classement en matière d'accès aux soins, mais également en termes de qualité des soins et de compétences du personnel médical.

PROPOSITION DE SOLUTIONS

Face aux politiques publiques en demi-teinte, il est impératif de les réajuster à travers un ensemble de mesures concrètes et adaptées.

- ❖ Établir un suivi annuel des politiques d'accès aux soins de premier recours. La création d'un suivi régulier permettra de mieux évaluer l'évolution des initiatives en matière d'amélioration de l'accès aux soins. Cela pourrait inclure la mise en place de plateformes numériques où les citoyens pourraient partager leurs expériences, signaler les difficultés rencontrées et exprimer leurs besoins spécifiques en matière de santé. Ces retours d'expérience seraient précieux pour orienter les politiques publiques.
- ❖ Créer un échelon territorial intermédiaire entre les communes et les agences régionales de santé (ARS). Cet échelon, inspiré du principe de subsidiarité, faciliterait la décentralisation et améliorerait la réactivité des politiques locales. En s'appuyant sur



le personnel médical directement en contact avec les déserts médicaux, il serait possible d'identifier précisément les besoins et de co-construire des solutions adaptées. L'objectif est double : renforcer l'efficacité de l'action publique et garantir qu'elle soit en phase avec les réalités locales.

- ❖ Adopter une gouvernance collaborative pour les maisons de santé pluriprofessionnelles. Pour pallier les difficultés de gestion de ces structures, il serait envisageable de partager la gouvernance entre les professionnels de santé, les collectivités locales, et des citoyens élus pour représenter les usagers. Ce mode de gestion participatif favoriserait une approche plus centrée sur les besoins humains et renforcerait l'adhésion de la population aux politiques de santé en les responsabilisant.
- ❖ Sensibiliser la population à l'accès aux soins et à la prévention. La sensibilisation des citoyens est essentielle pour les rendre proactifs face aux défis liés à l'accès aux soins. Il s'agit non seulement de les encourager à signaler les problèmes rencontrés, mais aussi de promouvoir des comportements préventifs en adoptant des modes de vie plus sains, contribuant ainsi à leur propre bien-être.
- ❖ S'inspirer du modèle de soins de proximité allemand. Le modèle allemand de *Hausarztzentrierte Versorgung* (soins centrés sur le médecin traitant) offre un exemple intéressant où le médecin traitant joue un rôle clé dans la coordination des soins. En France, il serait pertinent de développer un réseau de soins coordonnés entre spécialistes et médecins généralistes, sous l'égide de ce dernier, tout en renforçant les partenariats public-privé, particulièrement dans les zones rurales et sous-denses.

L'ensemble de ces mesures doit s'appuyer sur une stratégie alliant décentralisation et intégration technologique, telles que la télémédecine et les plateformes numériques de gestion des soins, afin d'adopter une approche hybride répondant aux besoins locaux et optimisant l'efficacité et l'accessibilité du système de santé.

La décentralisation et le principe de subsidiarité doivent être au cœur des politiques publiques, et particulièrement en matière de santé. En effet, la politique est l'art du réel, et il est essentiel de maintenir cette connexion au terrain. Or, dans son essence, le régime démocratique ne cherche pas seulement à résoudre les problèmes réels, mais à répondre aux problématiques telles qu'elles sont perçues par la majorité, ce qui peut parfois entraîner un décalage entre la réalité vécue par la population et les mesures mises en place par l'État.

Ainsi, la connexion au réel est primordiale pour traiter une problématique tel que l'accès à la santé, d'autant plus qu'il s'agit avant tout d'un problème d'inégalités sociales qui touchent tous les pays et qui persisteront probablement malgré l'intervention publique. L'intervention étatique, bien que nécessaire, n'est qu'un levier parmi d'autres, et elle ne peut à elle seule résoudre ces problématiques de manière définitive. Une approche globale, prenant en compte les causes structurelles des inégalités et intégrant des réformes sociales, économiques et éducatives, s'avère indispensable.

DÉFINITION ET APPRÉCIATION DU PROBLÈME À L'ÉCHELLE NATIONALE

Le niveau de revenu à une influence directe sur les comportements des individus et des ménages. En raison d'un manque de ressources financières, ceux-ci ont plus souvent tendance à développer des comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, alimentation déséquilibrée), notamment une faible activité sportive ¹⁶. En France, la pratique d'une activité physique varie de manière significative en fonction de la condition économique de l'individu. En 2023, bien que le taux de pratique sportive régulière chez les personnes ayant des revenus plus modestes reste supérieur à celui de 2018, l'écart entre les catégories sociales les plus modestes et les plus aisées continue de se creuser ¹⁷. En clair, le sport est et demeure plus répandu et plus régulier au sein des catégories favorisées, que ce soit au niveau du diplôme que du salaire.

Pour une personne en situation économique fragile, ou simplement avec des revenus bas, comme un chômeur, on compte plusieurs freins économiques à la pratique du sport. Tout d'abord, le coût de la pratique sportive. Souscrire une licence auprès d'un club de football peut revenir à 150 euros pour un adolescent, et jusqu'à 250 euros pour un adulte. À cela s'ajoutent les frais de déplacement, qui peuvent être importants dans les régions rurales, les frais d'équipements ainsi que les cotisations supplémentaires pour le matériel d'entraînement et les événements organisés par le club. Ces éléments cumulés, le coût annuel de la pratique du football varie en fonction du niveau de compétition et des équipements choisis. Malgré les réductions et les aides financières, comme les subventions municipales ou le *Pass'Sport* ¹⁸, le coût annuel à un niveau amateur et loisir peut s'élever à plusieurs centaines d'euros par an par individu. Dans certains sports, les dépenses annuelles sont encore plus importantes, notamment pour les sports d'hiver, souvent perçus comme une pratique réservée à une élite. Moins de 10% des Français déclarent avoir les moyens de s'offrir des vacances à la montagne ¹⁹. Ainsi en 2023, selon une étude de l'Institut National de la Jeunesse et de l'Éducation Populaire, 26% des personnes interrogées déclarent renoncer à une pratique sportive régulière en raison d'un coût trop élevé par rapport à leurs revenus ²⁰.

Autre point, les contraintes personnelles et familiales. Les personnes ayant des revenus plus modestes peuvent avoir des emplois plus exigeants et moins de temps libre pour se consacrer à l'activité physique. Avec de faibles revenus, la charge mentale est plus élevée, en raison de journées de travail longues, de la multiplication des emplois pour subvenir aux besoins familiaux, ou plus simplement du stress financier. Cela laisse peu de temps pour des activités récréatives comme le sport. Les responsabilités liées aux enfants, comme l'aide aux devoirs ou les soins, représentent une contrainte, particulièrement pour les familles monoparentales, où la gestion du temps devient encore plus complexe. En 2023, cela constitue le principal obstacle à une pratique sportive régulière : 47% des répondants citent ces responsabilités comme le frein numéro un.

L'accès aux installations sportives est souvent restreint pour les habitants des zones défavorisées, où les revenus limités s'ajoutent à un manque d'infrastructures de proximité. Ce contexte pousse 12% des sondés à renoncer à une pratique sportive régulière ²⁰. En revanche, plus d'un tiers des participants pratiquent en plein air, profitant des espaces publics gratuits, et 22% s'exercent à domicile, une solution choisie pour sa praticité et son faible coût. Parmi

ces derniers, 19% privilégient cette option spécifiquement pour des raisons économiques, illustrant le poids des contraintes financières dans le choix du cadre de pratique ²⁰.

Les inégalités dans la pratique sportive, en partie attribuées aux différences de niveau de revenu et donc aux disparités entre classes sociales, sont mises en lumière par diverses études déclaratives et analyses statistiques. En 2023, 52% des personnes ayant des revenus plus modestes pratiquaient une activité physique régulière, contre 65% des personnes ayant des revenus plus élevés ²⁰. Selon une autre étude de juillet 2024, menée par l'Observatoire des Inégalités, 74% des cadres et professeurs pratiquent une activité sportive régulière, contre 57% des ouvriers ²⁰. Bien que ces inégalités soient le résultat de multiples facteurs et non uniquement d'aspects économiques (le cadre de notre étude imposant un angle spécifique), elles soulèvent la nécessité d'élaborer des politiques publiques, dont certaines sont déjà à l'œuvre, et dont la principale tâche est de s'attacher à réduire les disparités et à garantir un accès équitable à l'activité physique pour tous, quel que soit leur milieu social ou leurs ressources financières.

ANALYSE DES POLITIQUES MISES EN PLACE

Il y a, en France, une certaine volonté politique de réduire les barrières économiques et sociales en matière de pratique sportive régulière. Actuellement, les collectivités territoriales prennent en charge environ 70% des dépenses publiques liées au sport, soit 10,8 milliards d'euros, tandis que l'État y consacre environ 4,3 milliards par an, dont les trois-quarts sont destinés au sport scolaire et universitaire. Les moyens étatiques mis en œuvre sont structurés essentiellement autour de deux principes : le développement du sport pour le plus grand nombre et le soutien au sport de haut niveau ²¹. Pour cela deux moyens d'actions, avec le renforcement de l'offre locale et la subvention des coûts pour les populations les plus fragiles.

L'actuelle directive nationale d'orientation pour le pilotage et la mise en œuvre des politiques de sport est largement imprégnée par l'accueil sur le territoire français de grands événements sportifs dans un passé récent, avec la Coupe du monde de rugby à l'automne 2023, et les Jeux Olympiques et Paralympiques de 2024. La visibilité internationale de ces événements devait aider à placer le sport au cœur de la société française, en augmentant son impact sur la jeunesse, la santé, le cadre de vie, l'inclusion et l'insertion. Dans l'intention de développer la place du sport dans la vie quotidienne, il existe pour la quatrième année consécutive le *Pass'Sport*. Renouvelé pour la saison 2024-2025, le *Pass'Sport* est une allocation de 50 euros versée par l'État pour aider les jeunes de 6 à 30 ans à s'inscrire dans un club, une association sportive ou une salle de sport ²². D'après le ministère des Sports et des Jeux Olympiques et Paralympiques, 1,38 million de jeunes en ont bénéficié en 2023, soit 150 000 de plus qu'en 2022. Cependant, ce chiffre reste nettement en deçà de l'objectif national de 1,8 million de bénéficiaires. Une performance jugée décevante par le ministère, qui espérait un élan autrement plus prononcé, en raison de l'effervescence générée par l'année olympique, pour renforcer l'attractivité et le déploiement du dispositif ²³.

La Stratégie nationale Sport-Santé, dont un des objectifs est de lutter contre l'inactivité physique, s'inscrit officiellement dans l'héritage des JO de Paris. Dans le but de promouvoir la santé et le bien-être par l'activité physique et sportive, cette mesure prévoyait, sur la période 2019-2024, de développer des offres ciblées pour les personnes pouvant potentiellement éprouver des difficultés, de l'écoliers au senior, en passant par l'étudiant et le détenu. Cela devait se traduire concrètement par plus de sport à l'école, par des campagnes de sensibilisation et de communication, ainsi que par la construction et la rénovation d'équipement sportifs à l'échelle de l'Hexagone ²⁴. Les principales critiques de cette stratégie

soulèvent un déploiement inégal selon les territoires et un manque de coordination entre les acteurs locaux, les professionnels de santé, et les infrastructures sportives.

La France se distingue par son approche étatique et sa régulation centralisée, mais elle partage des objectifs similaires à ceux des programmes internationaux : améliorer la santé publique et réduire les inégalités d'accès au sport. Depuis son lancement en 2009, le programme finlandais « *Schools on the Move* » a pour objectif d'intégrer davantage d'activité physique dans la routine quotidienne des élèves du primaire et du secondaire, afin de « *promouvoir leur santé et leur bien-être* ». À la fin de l'année 2018, ce programme était adopté par 90% des établissements scolaires finlandais, représentant 92% de l'ensemble des élèves²⁵. Aux États-Unis, des programmes comme « *Let's Move!* » ciblent l'obésité infantile et encouragent une activité physique régulière via des partenariats public-privé. Ce modèle repose davantage sur l'implication du secteur privé, contrairement à la France, où l'État joue un rôle central²⁶.

La pratique régulière d'une activité sportive contribue de manière significative à la prévention de nombreuses pathologies, améliore la condition physique générale et soutient le bien-être mental. Mais bien d'autres facteurs sont à prendre en compte, comme le sommeil ou l'alimentation par exemple. Nous ne percevons pas de la même façon les normes savantes autour de l'alimentation en fonction de notre classe sociale : la classe a un effet sur les risques d'obésité ou de sous-nutrition. Dans les classes aisées, les individus ont une meilleure connaissance de la valeur nutritive des aliments, qu'ils transmettront à leurs enfants, comme le souligne Christine Tichit, chercheuse à l'INRAE.

CAS D'ETUDE N°3 : LES INEGALITES DE SANTE A TRAVERS LE GENRE

→ Focus sur le remède aux douleurs menstruelles.

Le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes place la lutte contre les inégalités sociales en matière de santé comme un enjeu majeur des politiques publiques. Dans son rapport de 2020, on y lit que « les inégalités entre les femmes et les hommes dans l'accès au soin et la prise en charge médicale constituent un sujet longtemps ignoré », et que « beaucoup d'inégalités de santé liées au statut économique et à l'environnement social et culturel sont encore dans l'ombre ». Nous proposons ici de mettre en évidence le sujet du Spasfon et de montrer comment un médicament inefficace et massivement prescrit aux femmes participe à cela.²⁷

Le Spasfon est un des 10 médicaments les plus vendus en France, et probablement le médicament que les femmes prennent le plus tôt dans leur vie, car il est prescrit par les professionnels de santé comme première solution pour les douleurs menstruelles et est remboursé par la Sécurité Sociale en partie. Pourtant, l'efficacité du Spasfon sur les douleurs menstruelles n'a jamais été éprouvée depuis la mise sur le marché du médicament.²⁸ Il vient donc se substituer à d'autres médicaments dont l'efficacité a été prouvée quant à eux. Ses comprimés sont de couleur rose, couleur traditionnellement associée aux femmes.

La spécificité de ce médicament est qu'il est franco-français : il a été développé en 1961 par le laboratoire français Louis Lafon, puis introduit sur le marché français en 1964. Sa création et son succès sont exclusivement français. Alors qu'il fait partie des dix premiers médicaments les plus prescrits en France, le Spasfon n'est commercialisé que dans une

poignée d'autres pays, marginalement. Cela concerne quelques pays qui ont des liens coloniaux avec la France ainsi que l'Italie et la Belgique mais dans une moindre mesure, et la Corée du Sud, mais le Spasfon n'y rencontre vraiment pas de succès.²⁹ En 2001 Spasfon est racheté par l'américain Cephalon et aujourd'hui, est détenu par le laboratoire israélien Teva.

HISTOIRE DU MÉDICAMENT

Le manque de données scientifiques existantes sur l'efficacité de ce champion pharmaceutique des ventes françaises est alarmant. En effet, non seulement il n'existe que deux revues systématiques de littérature sur des essais cliniques menés pour tester son efficacité, mais la valeur scientifique de ces essais serait « très contestable », voire nulle.²⁹ Juste avant la mise sur le marché du Spasfon en 1963, le laboratoire Lafon soumet le résultat de 2 expertises : 1 pour les douleurs biliaires et 1 urinaire, testé sur seulement 10 femmes.³¹ Il est très difficile de trouver des archives et d'accéder aux données du Spasfon. Dans les faits, seulement cinq essais cliniques ont été menés depuis sa commercialisation. Leurs résultats ne sont pas probants et ne concernent pas les indications pour lesquelles le Spasfon est le plus prescrit aujourd'hui. En effet, le médicament était initialement testé pour réguler la production de bile mais s'est imposé aujourd'hui – sans que l'on sache comment – en tant que remède face aux contractions de l'intestin et contractions utérines, renvoyant à l'idée de « spasme », très controversée, et associée sans justification aux règles menstruelles. Nous n'avons donc aucun essai clinique qui soutient l'efficacité du Spasfon pour les règles douloureuses²⁸, bien que le médicament soit désormais prescrit pour cela et pris en charge en partie par l'Assurance Maladie. Il n'est pas non plus rare de voir également le Spasfon souvent prescrit dans le cadre obstétrical³², notamment pour les douleurs spasmodiques pendant l'accouchement. En conséquence, des millions de femmes consomment chaque mois ce médicament dans l'espoir qu'il atténue leurs douleurs, ce qui soulève de nombreuses questions concernant les inégalités sociales de genre, puisque l'éthique médicale place les femmes dans une ignorance concernant leur propre santé.

CONSÉQUENCES SOCIALES SUR LES FEMMES

D'après la chercheuse et philosophe de la médecine Juliette Ferry-Danini et son analyse à partir de plusieurs travaux scientifiques (tels que la thèse de M. Bordaz, la thèse de P. Ouvrard et le rapport de commission de la transparence du HAS de 2008)^{34 35}, les médecins français auraient en réalité tendance à prescrire le Spasfon à titre d'effet placebo. Cela rompt avec le principe du consentement éclairé, maintenant les patientes, et parfois les médecins, pour ceux qui ne sont pas au courant, dans l'ignorance alors que ces questions touchent à la santé des femmes. La Haute Autorité de Santé indique que le Spasfon, tel qu'il est prescrit pour les femmes aujourd'hui, devrait être considéré « comme un traitement d'appoint », alors qu'il est présenté comme première solution par les professionnels de santé pour leurs douleurs spécifiquement féminines. Face à ces constats, nous ne savons pas expliquer ce décalage entre les recommandations officielles de la Haute Autorité de Santé et les prescriptions qui en sont faites.²⁸

En étant prescrit par des professionnels, les femmes s'attendent à ce que le Spasfon agisse sur leurs douleurs, ne questionnant donc pas forcément son inefficacité, bien qu'elles ne la comprennent pas. Cela entraîne des inégalités de santé importantes chez elles :

– Perte de chance au niveau de l'accès au soin : il leur est prescrit en premier lieu du Spasfon pour les douleurs menstruelles, alors qu'il n'a jamais été prouvé efficace pour cette

indication, plutôt qu'un autre médicament réellement efficace. Nous les privons ainsi d'une réponse thérapeutique réellement adéquate.

– Empêchement de l'automédication : les femmes n'ont pas le réflexe de prendre un médicament plus efficace, elles ont elles-mêmes intériorisé le fait que le Spasfon était une solution envisageable. Cela vient s'inscrire dans leur inconscient.

– Sur la base de préjugés, les douleurs des femmes sont minimisées et leur souffrance "est souvent jugée moins grave". C'est ce que la professeure en médecine Alyson McGregor explique³⁶ : ce serait en partie à cause des indicateurs de perception de la douleur qu'on utilise et qui doivent largement être repensés, améliorés et adaptés. « Les poussées douloureuses associées aux cycles menstruels féminins sont quotidiennement niées » et « beaucoup de médecins ignorent eux-mêmes la relation entre l'oestradiol [impliqué dans la régulation du cycle menstruel] et la douleur ». Ainsi, en leur prescrivant du Spasfon, les professionnels de santé donnent inconsciemment aux femmes l'impression de penser qu'elles exagèrent leurs douleurs lorsqu'elles s'en plaignent, ce qui participe à une minimisation et normalisation de celles-ci.

ANALYSE DES POLITIQUES MISES EN PLACE

Contrairement à d'autres pays tels que l'Espagne, la France ne dispose pas d'un congé menstruel officiel. Une proposition de loi des élus socialistes, visant à créer un arrêt de travail de 2 jours par mois pour les femmes souffrant de règles douloureuses et invalidantes, a été rejetée au Sénat le 15 février 2024.³⁷

Quelques politiques publiques ont été mises en place afin de pallier les inégalités sociales de santé au niveau de la précarité menstruelle, mais aucune pour aider les femmes face aux douleurs provoquées par les règles menstruelles. Une réduction des coûts des produits menstruels a été introduite en France en 2016 en baissant la TVA sur les produits menstruels, passant de 20% à 5,5%. Certaines municipalités, notamment Paris, ont mis en place des actions pour distribuer gratuitement des produits menstruels dans les écoles, les universités ; la précarité menstruelle étant très élevée chez les étudiantes.

PROPOSITION DE SOLUTIONS

La Haute Autorité de Santé pourrait faire du lobbying envers la Sécurité Sociale afin de stopper le remboursement du Spasfon, qui n'est d'ailleurs plus français depuis 2001. Également, il serait intéressant de faire pression sur Teva pour demander des essais cliniques conformes et à jour. Sinon, il faudrait s'orienter vers un remboursement de la Sécurité Sociale, d'un médicament made in France anti-douleurs.

Il faudrait se tourner vers des alternatives au Spasfon, mais cela serait difficile car d'après Bruno Maleine, le directeur de l'Ordre National des Pharmaciens : « A disposition du pharmacien, comme ça, en vente libre, nous n'avons pas non plus beaucoup d'alternatives à proposer à une patiente ».

Également, il serait intéressant de réaliser des campagnes de prévention chez le personnel de santé autour de l'effet placebo du Spasfon pour les douleurs menstruelles et obstétricales.

De même, des associations ou organismes publics pourraient réaliser des campagnes de communication pour sensibiliser les patients et les sortir d'une situation d'ignorance concernant leur propre santé.

CAS D'ETUDE N°4 : LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE EN TERMES D'AGE

→ **Focus sur les problèmes de santé mentale et de suicide chez les personnes âgées.**

CONTEXTE, DÉFINITION ET APPRÉCIATION DU PROBLÈME À L'ÉCHELLE NATIONALE

Le taux de suicide en France est parmi l'un des plus élevés d'Europe, alors que ce pays bénéficie d'une espérance de vie élevée.³⁸ Les personnes âgées constituent la tranche d'âge avec le plus grand taux de suicide, le taux étant standardisé sur l'âge, c'est-à-dire qu'il considère les populations d'âge à structures égales par rapport à la population de référence. Bien que le suicide soit la première cause de mortalité des 25-34 ans, et la deuxième des 15-24 ans³⁹, les personnes âgées sont donc elles aussi largement touchées par ces questions. Certes, le nombre de décès par suicide est « faible » chez les plus âgés si on le compare aux autres causes de décès de cette population d'âge, et le nombre de tentatives de suicide est plus élevé chez les plus jeunes que chez les plus âgés. Mais, d'un point de vue statistique, le risque de suicide chez les personnes âgées est le plus élevé par rapport aux autres tranches d'âge et, quand les plus âgés passent à l'acte, le suicide entraîne plus systématiquement un décès, un « suicide accompli »⁴⁰. Le vieillissement démographique croissant laisse présager une augmentation du nombre de suicidés âgés, ce qui fait du suicide un véritable problème de santé publique sur lequel nous pourrions agir.

En France, la santé mentale reste encore très stigmatisée dans notre culture, de façon bien plus significative chez les anciennes générations que chez les nouvelles. La santé mentale des personnes âgées n'est donc que très peu questionnée.⁴⁰ Cette stigmatisation renforcée chez les personnes âgées avive les inégalités sociales de santé par rapport à l'âge. Le suicide représente l'aboutissement d'un long processus de souffrance mais ne résume pas l'état d'un pays. Il n'est pas à isoler des autres pratiques sociales, puisque le mal-être englobe le suicide mais aussi ses tentatives, la dépression, les addictions, etc.⁴¹

La santé en France est plutôt tournée vers un modèle curatif, et moins vers un modèle préventif. Nous avons donc de nombreuses difficultés à penser et aborder les questions de prévention, plus largement, à mettre en place des programmes préventifs efficaces en santé. L'assurance maladie propose une excellente prise en charge des patients, mais uniquement à partir du moment où ils sont malades : nous parlons par ailleurs d'assurance « maladie » et non d'assurance « santé ». Les dépenses dans le secteur de prévention de santé sont insuffisantes.⁴⁰

ANALYSE DES POLITIQUES MISES EN PLACE

De nombreux accompagnements dans la vieillesse sont proposés en France, mais très peu au niveau de la santé mentale des personnes âgées : l'aspect social est négligé chez cette population, surtout du côté des médecins.⁴⁰ Des services civiques sont mis en place pour les accompagner et les inclure dans une vie sociale afin d'éviter un isolement - facteur d'aggravation de la santé mentale - mais on ne leur propose et ne les informe pas.

Une vision générale des personnes âgées est qu'elles n'apportent plus rien à l'État et ne font que dépenser l'argent commun. Ces idées discriminantes imprègnent notre inconscient, donc on n'aborde pas leur santé mentale. Pourtant, même d'un point de vue d'enjeux économiques, étudier la santé mentale des personnes âgées permettrait de diminuer leurs risques de chute qui entraînent une perte d'autonomie et d'indépendance, puisque ces risques sont liés à l'association de leur forte consommation d'alcool et de la polymédication.⁴⁰

En termes de politiques publiques pour les personnes âgées, il n'en existe pas spécialement pour elles. Le bilan de santé mis en place par l'assurance maladie est pour tout âge. Un questionnaire adapté à chaque « âge clé de la vie » est proposé (18-25 ans, 70-75 ans etc.). Un programme de prévention de la perte d'autonomie est en cours. Un programme pour sécuriser le retour à domicile après une hospitalisation à partir de 75 ans existe. Les boîtes privées peuvent proposer le même service à partir de 2019, cela s'est généralisé et est rentré dans le droit commun.⁴⁰

EXEMPLE DE DÉCALAGE ENTRE LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LEUR APPLICATION

Le bilan de santé - tranche 70-75 ans : l'invitation à faire son bilan de santé est envoyée sur l'espace Ameli et de ce fait, les personnes âgées dépendent du numérique. Pourtant, seulement 26% des personnes âgées vont sur Internet, malgré le fait que la majorité dispose d'un accès à Internet.⁴³ Avoir Internet ne veut pas dire qu'on va accéder à nos mails par exemple. Ce système n'est pas adapté aux personnes âgées et renforce les inégalités liées à l'âge, soit l'âgisme, qui a des conséquences négatives sur la santé des personnes âgées. Des programmes de santé sont mis en place et ont un coût élevé, mais on ne les évalue pas ensuite.⁴⁰

PROPOSITION DE SOLUTIONS

Actuellement, les systèmes d'informations ainsi que la communication pour faire connaître les dispositifs entraînent des dépenses considérables. La communication comme elle est faite actuellement, n'est pas adaptée au public (cf le Bilan santé pour les 70-75 ans). Un autre exemple est que des campagnes de prévention sur la perte d'autonomie sont réalisées pour les 60-70 ans, mais ces personnes ne se sentent pas concernées car elles n'ont pas cette culture de prévention, seulement curative.⁴⁰ À cet âge-là elles ne présentent pas forcément encore de problème et donc ne s'y intéressent pas. Ces dépenses sont donc mal gérées. Une préconisation serait d'initier les médecins à ces sujets et de les sensibiliser à cette culture préventive afin qu'eux-mêmes fassent de la prévention auprès des patients dès le plus jeune âge. Également, peu de pharmaciens proposent aux personnes âgées de faire des bilans de santé. Travailler avec les personnels de santé permettrait de voir s'il n'y a pas d'alternatives à une multiprise de médicaments. Travailler sur la santé mentale des personnes âgées servirait à réduire la polymédication et ainsi la perte d'autonomie. L'ancien Premier ministre avait mis au cœur de sa politique la santé mentale mais cela n'a pas duré⁴⁴. Au Québec par exemple, les professionnels de santé et de sociologie travaillent ensemble. De ce fait, il y a davantage de programmes sur la santé mentale réalisés. D'un point de vue de gouvernance, il serait intéressant de centraliser les budgets : actuellement, les budgets pour la santé des différentes catégories sociales sont séparés.

La maladie des français est accompagnée, mais pas la santé de manière globale. Chaque secteur souhaite dépenser le moins possible son budget, et renvoie donc les

problématiques d'amélioration du système de santé – notamment au niveau des inégalités et de la prévention – vers les autres secteurs. Par exemple, pour les personnes âgées, regrouper le budget dédié à leur accompagnement et le budget dédié à l'autonomie en général permettrait de dépenser plus efficacement et moins inutilement, et de réduire l'âgisme. En clair, de tendre vers un système de santé plus égalitaire en ce point.

POUR ALLER PLUS LOIN : COMPARAISON ENTRE LE MODÈLE SUÉDOIS ET FRANÇAIS

Avec l'allongement de l'espérance de vie, la proportion de personnes de plus de 80 ans devrait doubler d'ici 2070 dans la plupart des pays européens. Ce phénomène entraînera une augmentation significative du risque de dépendance, bien que ce dernier varie selon les pays. Le « grand âge », période de la vie marquée par la dégradation du métabolisme, tant sur les plans physique, moteur que cognitif, peut engendrer une perte d'autonomie. Cela inclut des difficultés à accomplir des actes de la vie quotidienne tels que se lever, se coucher, se laver, préparer un repas ou s'alimenter. Cette phase de la vie est souvent associée à des pathologies liées au vieillissement, telles que les maladies neurodégénératives (Alzheimer, Parkinson) et les rhumatismes.

Cependant, l'accompagnement des personnes âgées en perte d'autonomie varie d'un pays européen à l'autre, notamment en ce qui concerne la prise en charge financière de la dépendance. Certains pays comme la Suède et la France ont développé des politiques publiques pour faire face à ces enjeux, bien que les approches soient parfois très différentes. Ces disparités soulignent les défis liés à la prise en charge de la vieillesse, tant en termes de financement que d'innovation sociale et technologique.

En Europe du Nord, la Suède se distingue par sa politique en faveur des seniors, tant en termes de soins que de qualité de vie. Les pays scandinaves sont réputés pour leur modèle de « bien vieillir », qui se reflète dans l'état de santé de leurs aînés. Selon une étude de la Commission européenne, la Suède présente l'une des plus faibles incidences de fragilité chez les plus de 50 ans (4,2%) et de dépendance chez les plus de 65 ans (33,1%).⁴⁵ L'un des facteurs clés de cette réussite réside dans les dépenses de soins de longue durée (SLD), représentant environ 3% du PIB en Suède en 2021. Le système suédois a intégré depuis longtemps la prise en charge des personnes âgées au sein des services de santé et sociaux, avec un accent particulier sur les soins à domicile. Cette approche vise à permettre aux aînés de maintenir leur autonomie le plus longtemps possible.

Le gouvernement suédois soutient également des initiatives visant à lutter contre l'isolement des personnes âgées. Par exemple, des projets financés par l'État encouragent les personnes âgées à renforcer leurs liens sociaux avec d'autres personnes de leur âge, en mettant en place des programmes d'activités communautaires et un service de soutien téléphonique pour les plus vulnérables. En ce qui concerne la prise en charge des proches aidants, la Suède offre un congé spécifique, le « *närståendepenning* »⁴⁶, qui peut être attribué jusqu'à 100 jours pour s'occuper d'un proche dépendant. Ce congé est flexible et peut être pris à temps partiel, permettant ainsi de maximiser le nombre de jours indemnisés. En outre, ce congé est pris en compte dans les droits à la retraite, ce qui permet de garantir une certaine sécurité financière pour les aidants.

Le modèle suédois repose avant tout sur l'offre de services, plutôt que sur des aides financières directes. Les principales prestations proposées par les municipalités incluent l'aide

à domicile et des services de soins personnalisés, visant à maintenir les personnes âgées dans un cadre de vie normal, en toute autonomie.

En comparaison, la France présente des résultats moins favorables. Selon la même enquête européenne, la fragilité des plus de 50 ans y atteint 9,1%, et la dépendance des plus de 65 ans est de 51,3%, soit près du double de la Suède⁴⁷. Cette situation s'explique en partie par les faibles investissements dans les soins de longue durée, qui représentent à peine 2% du PIB, légèrement au-dessus de la moyenne de l'UE-14. Le système français de prise en charge des personnes âgées repose principalement sur un modèle de financement public, mais les prestations sont souvent insuffisantes face à l'augmentation des besoins. Par exemple, les récentes révélations sur le scandale Orpéa, l'un des plus grands groupes privés de maisons de retraite, ont mis en lumière les défaillances du système, notamment le manque de personnel et les pratiques abusives dans certaines institutions. Ces problèmes soulignent les faiblesses du secteur privé dans la prise en charge des personnes âgées, malgré les efforts publics pour offrir une aide à domicile et des soins de longue durée.

En France, les politiques publiques sont principalement orientées vers les aides financières et les allocations, telles que l'APA⁴⁸ (Allocation Personnalisée d'Autonomie), qui vise à soutenir financièrement les personnes âgées en perte d'autonomie. Cependant, le manque de personnel qualifié dans les établissements de santé et les difficultés de coordination entre les différents acteurs de la prise en charge (médecins, services sociaux, structures privées et publiques) ralentissent l'efficacité du système. Les familles jouent également un rôle central dans le soutien aux personnes âgées en France, à l'instar de l'Italie et de l'Espagne, bien que ce modèle « familial » ne suffise plus à couvrir l'ensemble des besoins, notamment face à l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Les politiques en faveur des aidants sont encore peu développées, et les dispositifs de soutien restent fragmentés.

L'enjeu principal des politiques de vieillissement en Europe est de permettre aux personnes âgées de maintenir leur autonomie et leur qualité de vie le plus longtemps possible. La Suède se distingue par ses politiques publiques ambitieuses, combinant services de soins à domicile et mesures de soutien à l'isolement social, permettant à ses aînés de vieillir dans de bonnes conditions de santé et de bien-être. En comparaison, la France, bien qu'elle consacre une part importante de son PIB à la prise en charge de la dépendance, souffre de lacunes importantes, notamment dans la qualité des soins et dans l'accompagnement des proches aidants. Les différences entre les pays reflètent non seulement des choix politiques et économiques, mais aussi des approches culturelles et sociales du vieillissement. Alors que certains pays comme la Suède privilégient des services publics bien structurés et une prise en charge active de l'autonomie des aînés, d'autres, comme la France, reposent davantage sur des allocations financières et un soutien familial souvent insuffisant face aux besoins croissants d'une population vieillissante.

EXEMPLE D'INEGALITES TERRITORIALES : LES PROBLEMES DE SANTE DANS LES HAUTS-DE-FRANCE

Résultat de la fusion entre les régions du Nord-Pas-de-Calais et Picardie, les Hauts-de-France englobent cinq départements : Nord, Pas-de-Calais, Somme, Aisne, Oise. En tant que deuxième région la plus densément peuplée de France, les Hauts-de-France comptent près de 6 millions d'habitants, tandis qu'ils participent au PIB national à hauteur de 7%⁴⁹.

Dans le domaine de la santé, l'étude de la situation régionale est plus que pertinente, puisque de nombreuses études et autres rapports soulignent le fait que les habitants de la région Hauts-de-France sont atteints plus qu'ailleurs en France de nombreuses pathologies. Le territoire se place au premier rang national pour de nombreuses pathologies comme le cancer, les addictions, les maladies cardio-vasculaires, et autres maladies coronaires chroniques (+12.8% par rapport à la prévalence nationale) ou encore le diabète (+ 25,6%). Les indicateurs sanitaires et sociaux de la région sont dégradés, avec un taux de pauvreté élevé et une espérance de vie inférieure à la moyenne nationale (18% contre 14,6% en moyenne en France en 2022). Certains endroits en particulier, comme le bassin minier (à cheval sur les départements du Nord et du Pas-de-Calais), payent un lourd tribut en matière de santé, avec une mortalité supérieure de 29% chez les hommes et 21% chez les femmes par rapport à la moyenne française ⁵⁰.

DÉSERTS MÉDICAUX

Les Hauts-de-France font face à un problème croissant de déserts médicaux, qui entraîne des retards de soins et une forte pression sur les hôpitaux publics. Bien que la région dispose d'un nombre de lits supérieur à la moyenne nationale (3,2 lits pour 1 000 habitants contre 3,1 au niveau national ⁵¹), le véritable souci réside dans les ressources humaines, avec une pénurie alarmante de médecins et de personnel paramédical. Entre 2016 et 2020, le nombre de médecins généralistes a diminué de 7%, et certaines zones, à l'image de l'Aisne, souffrent d'une densité médicale particulièrement faible (78,7 médecins pour 100 000 habitants contre 96,9 au niveau national)⁵². En 2021, seulement 12% des établissements de santé régionaux indiquaient ne pas avoir de difficultés de recrutement, alors que dans certaines spécialités, psychiatrie, gériatrie, médecine d'urgence, près de 60% des postes restent vacants. De plus, avec 12% des médecins des hôpitaux publics devant partir à la retraite dans les cinq prochaines années, la situation pourrait se détériorer davantage, menaçant l'accès aux soins pour les habitants des zones rurales. Selon la Fédération hospitalière de France, 10 000 postes devront être pourvus d'ici 2027 dans les EHPAD et les services de soins à domicile. Cette demande s'explique par l'augmentation du nombre de personnes âgées ainsi que par la nécessité de briser le cercle vicieux où la détérioration des conditions de travail a réduit l'attractivité des métiers liés au grand âge ⁵².

INÉGALITÉS HOMMES / FEMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ

Les inégalités hommes-femmes dans le domaine de la santé sont particulièrement marquées dans les Hauts-de-France, avec des disparités à plusieurs niveaux. Bien que les femmes aient une espérance de vie à la naissance supérieure de 6,5 ans à celle des hommes (83,1 ans contre 76,6 ans), ce dernier reste inférieur de 2 ans à la moyenne nationale ⁵². Entre 2011 et 2017, leur espérance de vie est également inférieure de 1,8 an à celle des Françaises. Les cancers, deuxième cause de mortalité chez les femmes, entraînent chaque année plus de 6 300 décès dans la région, soit 700 de plus qu'attendu si les taux de mortalité étaient alignés sur ceux du reste du pays. Les pathologies liées à la consommation d'alcool, bien que moins fréquentes que chez les hommes, provoquent 80% de décès féminins supplémentaires chaque année par rapport à la moyenne nationale. Par ailleurs, une femme sur sept rapporte

avoir souffert d'un épisode dépressif caractérisé en 2017, avec une prévalence plus forte chez les jeunes femmes. Ces données illustrent une réalité où, malgré une mortalité souvent moindre que celle des hommes pour des causes spécifiques, les femmes des Hauts-de-France subissent une surmortalité régionale et des vulnérabilités psychologiques préoccupantes.

En mai 2022, un rapport de la Fédération hospitalière de France insistait sur l'urgence d'agir pour garantir un accès équitable aux soins pour tous les habitants des Hauts-de-France. Plus de deux ans après, quelles sont, dans cette région, les mesures et les politiques publiques entreprises par l'État pour tenter d'apporter des solutions efficaces et adaptées ?

LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX PAR LA CONSTRUCTION, LA SUBVENTION ET LE RECRUTEMENT

Dans le but de gommer ces inégalités en matière de santé, plusieurs politiques publiques sont d'ores et déjà en place dans les Hauts-de-France. À titre d'exemple nous pouvons citer le Fonds d'intervention régional (FIR), dont l'objectif est de financer et soutenir les innovations et adapter les politiques de santé aux besoins des territoires, par la création d'un fonds national réparti entre 18 Agences régionales de santé (ARS). En 2023 pour les Hauts-de-France les dépenses du FIR s'élevaient à 510 millions d'euros, réparties sur cinq axes stratégiques, dont l'amélioration de la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ⁵³. En clair, lutter contre déserts médicaux.

L'utilisation du FIR dans les Hauts-de-France se traduit, en outre, par la création de nouvelles infrastructures médicales. En janvier 2024 est inauguré un nouveau centre médical à Abbeville, dans la Somme ⁵⁴. Pour revitaliser l'offre de soin et l'attrait du territoire sur les communes de Labourse et Norrent-Fontes, dans le Pas-de-Calais, deux édifices communaux sont réhabilités et transformés en centres de santé polyvalents, grâce au soutien financier substantiel de la Région, qui s'élève à près de 260 000 € ⁵⁵. Des Maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) sont fondées au cœur des territoires les plus touchés par les soucis de santé régionaux, comme à Sinceny dans l'Aisne, avec des subventions régionales à hauteur de 500 000 euros ⁵⁶. Dans le cadre d'une volonté affirmée de mieux mailler le territoire en équipements médicaux de qualité, des subventions ont été attribuées à plusieurs structures de santé. Le centre de santé polyvalent de Lamorlaye (Oise) a ainsi bénéficié d'une aide de 6 000 euros de la région. De même, le Centre Hospitalier de Roubaix a reçu un soutien de 250 000 euros pour l'acquisition d'un nouveau scanner, dont le coût total dépasse un million d'euros ⁵⁷.

En ce qui concerne le recrutement et la formation des professionnels de santé, la Fédération hospitalière de France recommande la mise en place d'un « *plan massif en matière de recrutement et de formation* » pour répondre à la demande croissante de soins et aux tensions sur le recrutement⁵². Il faut redonner de l'attractivité au service public hospitalier en reconstituant les viviers de recrutement, en repensant les formations, en reconnaissant le rôle pivot de l'hôpital public, et en augmentant les quotas de formation, particulièrement dans les métiers sous tensions, qu'il faut identifier au préalable. Des campagnes de recrutements ont régulièrement lieu dans les différents départements des Hauts-de-France, comme en juillet 2024 où plus de 200 soignants sont recherchés pour faire face aux pénuries dans les établissements du Nord et du Pas-de-Calais ⁵⁸. Si elle démontre une certaine volonté de faire bouger les choses, la nécessité d'organiser de telles campagnes renvoie à la difficulté pour les établissements médicaux des Hauts-de-France de recruter du personnel, un problème toujours non-résolu à l'été 2024.



Les cancers, qui affectent plus gravement les femmes des Hauts-de-France que la moyenne nationale, font l'objet de campagnes régulières de dépistage, notamment pour le cancer du sein et du col de l'utérus. Ces initiatives, menées par le Centre Régional de Coordination du Dépistage des Cancers (CRCDC - Hauts-de-France), visent à privilégier des politiques de prévention auprès des femmes plutôt que de s'appuyer uniquement sur un système curatif ⁵⁹.

Du fait des indicateurs dégradés des Hauts-de-France en matière de santé, placer la santé et la prévention au coeur des politiques publiques apparaît comme étant primordial. Le système de santé français, organisé comme il l'est aujourd'hui, est tourné vers une logique curative : un changement de mentalité est nécessaire pour passer à de véritables politiques de prévention et de santé publique, et à des modèles de financement adéquats. Afin d'obtenir les résultats escomptés, ces politiques publiques et les différentes mesures qui les accompagnent doivent être partagées et réparties entre tous les acteurs.

Définitions

Si certains facteurs des inégalités sociales en santé sont produits par les dynamismes sociales et les relations entre les individus, d'autres sont exogènes à la société.

Ceux-là dépendent du contexte environnemental, économique et politique dans lequel la France évolue. Ces facteurs ont pour tendance à la fois d'accentuer les inégalités sociales et d'être aggravés par celles-ci. Ce cercle vicieux renforce ainsi les vulnérabilités auxquelles est exposée la population française. En analysant ces facteurs, les mécanismes qui sous-tendent les disparités en matière de santé deviennent plus compréhensibles et permettent *de facto* de donner une meilleure visibilité du contexte aux décideurs politiques.

De nombreux facteurs sociétaux sont conséquents à différents niveaux sur les inégalités sociales en santé. Parmi eux, les plus redondant peuvent être cités de façon non-exhaustive : l'isolement géographique et la solitude, le déclin du climat social de confiance,

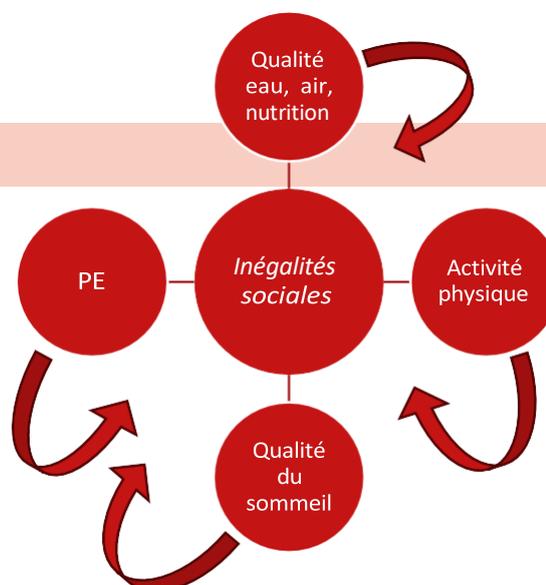
la qualité de l'eau, de l'air et de la nutrition, l'activité physique et le rapport au corps, les affections chroniques, la qualité du sommeil, les perturbateurs endocriniens, l'affaiblissement des systèmes immunitaires, la bétonisation des villes et le rapport à la nature, l'hygiène de vie contemporaine ou encore la modernisation des systèmes de transport. Ce sont autant de thématiques variées qui pourraient faire l'objet d'une analyse poussée, chiffrée et détaillée. Néanmoins, ce rapport se concentrera sur quatre d'entre elles afin qu'il soit concis et intelligible.

Ainsi, l'objet de l'étude ci-dessous porte sur *la qualité de l'eau, de l'air et de la nutrition, l'activité physique et le rapport au corps, la qualité du sommeil et les perturbateurs endocriniens*. Un tel choix résulte d'une comparaison des sujets, de leur pertinence, de leur caractère universel ainsi que de leur capacité de pénétration des diverses couches sociales.

Plan

Les quatre thématiques seront présentées de la manière suivante :

- Définition
- Conséquences factuelles
- Aggravation des inégalités sociales
- Infographie

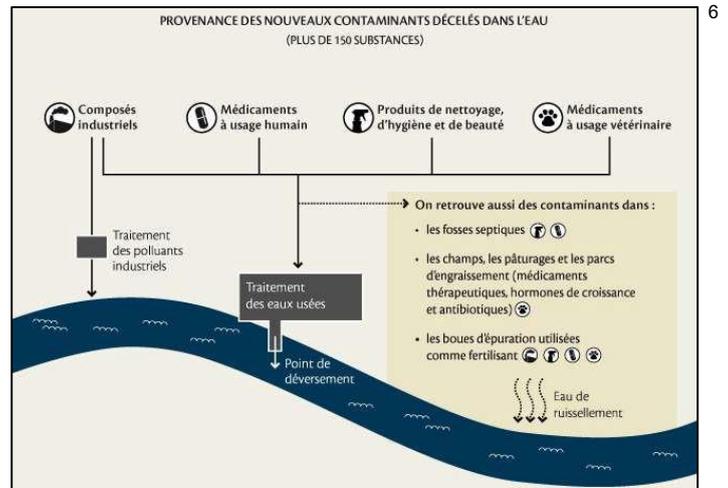


La qualité de l'eau, de l'air et de la nutrition

L'air et l'eau sont des éléments indispensables au développement de l'Homme et de son bien-être à travers toute sa vie. L'augmentation des activités industrielles, la multiplication des moyens de transport, la pollution des eaux et tant d'autres facteurs d'origine humaine entraînent des conséquences significatives sur ces deux éléments.^{60 61}

D'autre part, l'alimentation est aussi un point nodal dans le développement de la santé humaine. Au cours des 50 dernières années, l'alimentation a connu des mutations profondes reflétant les évolutions économiques, culturelles et technologiques de la société⁶². La diminution de la qualité nutritionnelle des aliments est un problème central aujourd'hui.⁶³

Ces disparités, combinées à des facteurs comme la précarité et le manque de connaissance sur la nutrition amplifient les inégalités sociales en matière de santé, contribuant à une prévalence accrue de l'obésité, du diabète et d'autres maladies chroniques dans les milieux les plus modestes.^{64 65}



L'activité physique et le rapport au corps

La tendance des 50 dernières années révèle une transformation de la société.⁶⁶ Les pratiques sportives sont passées d'un modèle compétitif masculin axé sur l'entraide, le collectif et le dépassement de soi vers un modèle orienté vers le bien-être, l'individualisme, l'inclusion et le développement personnel.⁶⁷

Les causes de la diminution de la pratique du sport sont plurifactorielles (concurrence des loisirs, logique du moindre effort, fatigue chronique, obligations professionnelles, manque de temps...) Des écarts considérables semblent se créer non seulement en fonction de la classe sociale mais aussi des revenus par foyer, de la zone géographique, du niveau d'urbanisation

des villes, de l'éloignement de la nature et du taux de présence du numérique dans la vie professionnelle et personnelle des individus⁶⁸. Toutes ces caractéristiques viendront à façonner une société particulièrement hétérogène dans ses capacités physiques et sportives dans les années à venir.⁶⁹

Problématique		Solution	
1. Coût des licences	2. Dégradation des structures publiques	Rendre le sport plus accessible financièrement	2. Entretien des infrastructures
3. Choix de loisirs numériques	4. Perte de la culture sportive locale	3. Intégration du sport dès le plus jeune âge	4. Renforcer les cercles sportifs traditionnels et ancrés dans leur culture locale
5. Lourdeur administrative des subventions ou des inscriptions	7. Radicalisation et triche au sein des communautés sportives	5. Endiguer les complexités administratives	7. Protéger les clubs des dérives communautaires, de drogue et de dopage
6. Faible couverture d'exemples de grands sportifs accessibles	8. Absence de temps libre pour les salariés	6. Développer le phénomène d'ambassadeurs sportifs et de parrainage	8. Développer les partenariats avec les entreprises

La qualité du sommeil

Les humains passent près d'un tiers de leur vie à dormir et il est parfaitement établi que leur sommeil est crucial pour le bon fonctionnement de nombreuses fonctions biologiques : développement, mémoire et apprentissage, métabolisme, immunité...⁷⁰ Le manque de sommeil ou sa mauvaise qualité exacerbe les risques pour la santé, comme les maladies cardiovasculaires, le diabète ou la dépression.⁷¹ Ces effets sont encore plus prononcés chez certaines populations :

- Les modes de vie actuels, influencés par des horaires de travail rigides, le temps passé devant les écrans et les loisirs tardifs, contribuent à un recul généralisé de l'heure du coucher. Ces tendances aggravent les écarts entre les différentes classes sociales notamment chez les ouvriers qui ont moins de liberté pour adapter leur emploi du temps et les entrepreneurs, plus enclins aux insomnies.

- Les personnes âgées bénéficient souvent de nuits plus longues en raison de moins de contraintes professionnelles, tandis que les jeunes actifs, soumis à de fortes exigences professionnelles, réduisent leur durée de sommeil.

- Les contraintes d'alternance entre vie professionnelle et vie familiale sont des facteurs aggravant de l'état de santé mentale. Naturellement plus enclines à accompagner l'enfant dans toutes les phases suivant sa naissance, les femmes sont souvent plus touchées que les hommes dans ce cas.^{72 73 74}

15 à 20% de la pop. souffre d'insomnie

Risque d'accident x8 sur la route et x4.5 au travail

28% des adultes sont en dette de sommeil

6h55 : temps moyen de sommeil par 24h pour les adultes

50% des adultes ont des problèmes de sommeil en semaine

Risque de diabète type 2 augmenté de 28% par les nuits de moins de 6 heures

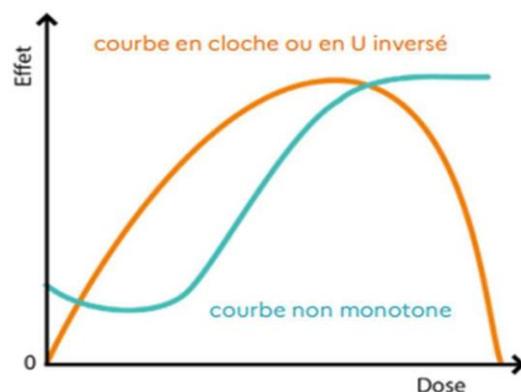
Les perturbateurs endocriniens

Un perturbateur endocrinien (PE) désigne une substance ou un mélange qui altère les fonctions du système endocrinien et de ce fait induit des effets néfastes dans un organisme intact, chez sa progéniture ou au sein de certaines populations.^{75 76}

Les perturbateurs endocriniens agissent selon trois mécanismes principaux :

- Imitation de l'action d'une hormone et réactions inopportunes de l'organisme ;
- Blocage de l'action d'une hormone ;
- Perturbation de la production, du transport, de l'élimination ou de la régulation d'une hormone ou de son récepteur.

Certaines conséquences peuvent se manifester à de très faibles doses, s'atténuer lorsque la dose augmente, puis s'intensifier à des doses plus élevées. Ce phénomène, appelé **relation dose-réponse non monotone**, remet en question les paradigmes traditionnels d'évaluation toxicologique.^{77 78 79 80}





En conclusion, le sujet des inégalités sociales de santé est un sujet vaste et particulièrement complexe à traiter. Les individus ayant des appartenances différentes, des croyances différentes, une approche du monde différente en fonction de leur formation suivie, etc, n'aborderont pas les idées de la même manière. Ce sujet, posant une question avant tout sociologique, montre l'importance d'allier une approche interdisciplinaire pour penser le monde selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'accès à la santé est un droit fondamental et une obligation juridique pour les États, qui doivent en garantir l'effectivité.

Dans une nation comme la France, la gestion de la santé repose principalement sur l'État, qui aspire à garantir une forme de souveraineté sanitaire. Toutefois, en tant que régulateur du système, l'État a également ouvert le marché au secteur privé pour compléter ses efforts et trouver des solutions aux défis actuels. Traditionnellement, la réponse aux inégalités en matière de santé, notamment en France, a consisté à favoriser un accès équitable aux soins, dans une logique curative. Cependant, des résultats plus significatifs pourraient être obtenus en agissant en amont, à travers des initiatives de prévention ciblées et une intervention sur les déterminants sociaux de la santé. Ces actions préventives, pour être efficaces, doivent être portées par des professionnels de santé et adaptées aux besoins spécifiques des populations concernées, tout en intégrant les particularités des contextes sociaux. De plus, réduire les inégalités d'accès à la santé représente également un enjeu économique : un accès rapide et équitable aux soins permet de limiter les coûts à long terme, en évitant des interventions tardives plus coûteuses et complexes.

Adopter une approche territoriale permet de constater que les inégalités sont omniprésentes et se manifestent à toutes les échelles. L'exemple des Hauts-de-France illustre particulièrement bien cette réalité, mettant en lumière les défis criants que ces disparités posent à l'échelle régionale.

La question des inégalités sociales et économiques dans le domaine de la santé met en lumière des disparités profondes qui affectent l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge en France. Ces inégalités révèlent également des failles structurelles dans le système de protection sociale, conçu pour garantir une couverture universelle. Cependant, ce même système, indispensable pour réduire ces déséquilibres, est parfois mis en danger par des abus, comme la fraude sociale. Une compréhension approfondie de ces pratiques est essentielle pour garantir l'équité et assurer la pérennité du modèle solidaire français.

Fraude sociale : réalité ou fantasme

Groupe 15 : Delattre Hugo, Oger Léonard, Kerkhof Yann, Granata Lucas, Potel Emma, Soullignac Bastien

CONTEXTE ET IMPORTANCE DE LA FRAUDE SOCIALE EN MATIERE DE SANTE

En 2023, les dépenses de santé en France ont atteint 325 milliards d'euros¹⁷⁵, constituant le deuxième budget de l'État. Ce chiffre, permettant de mettre en lumière le choix de la France de préserver son modèle de société doté d'une forte protection sociale, a pour objectif de réduire les inégalités. Il illustre la confiance de « nos concitoyens dans le système de solidarité nationale que constitue la protection sociale »¹⁷⁶. Pour autant, ce système pourrait être menacé par la fraude sociale, qui « agit comme une corruption lente et insidieuse du corps social de la nation »¹⁷⁷.

La fraude sociale en France, est une thématique qui n'est pas neuve. Pour autant, l'intensité de son traitement n'a jamais été aussi forte que depuis la seconde moitié des années 1990. En effet, la fraude sociale qui désigne un acte intentionnel visant à obtenir, ou faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, notamment pour en tirer un avantage personnel, représente selon la dernière évaluation du Haut Conseil du financement de la protection sociale, 13 milliards d'euros par an. Mais qu'entendons-nous derrière ce chiffre ? Il existe en France, deux types de fraudes sociales : la fraude aux cotisations sociales par les entreprises et la fraude aux prestations sociales par les bénéficiaires. Trois grands « publics » sont à l'origine de la fraude sociale en France dont les entreprises et les travailleurs indépendants, qui en constituent la plus grande part, représentant 56 %. Les assurés représentent quant à eux, 34 % autrement dit un tiers des fraudes. Enfin le reste de la fraude, autrement dit les 10 %, est le fait des professionnels de santé.

Les mécanismes de fraudes diffèrent suivant les assurés et les professionnels de santé :

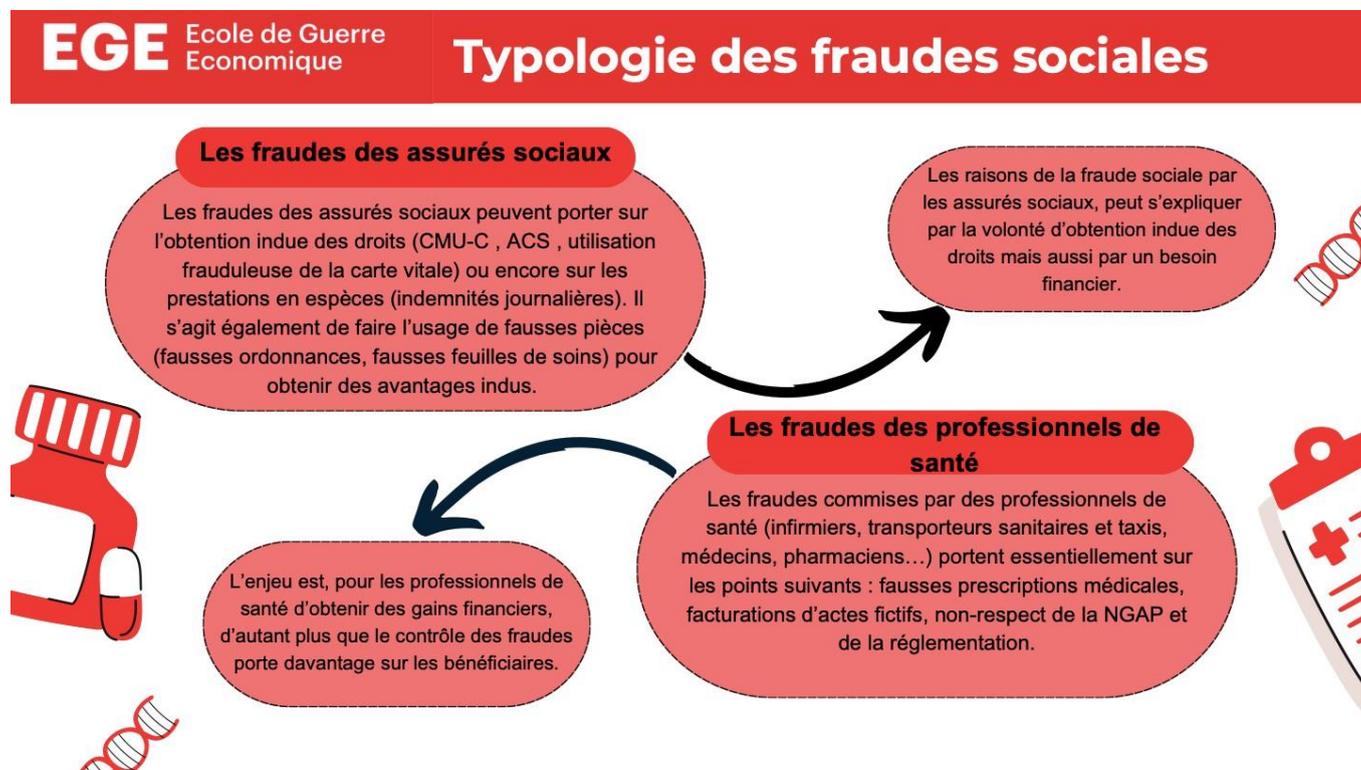


Figure 1 : Typologie des fraudes sociales

Ainsi, la fraude sociale occupe une place importante au sein des débats économiques ayant des impacts multidimensionnels. Pour autant, il est également essentiel de mettre en lumière le fait que la fraude sociale soit devenue un objet à part entière au sein des débats politiques et médiatiques. Cette question s'inscrit donc dans le débat politique, et vit à travers des prises de position au sein de cet espace. La fraude sociale s'est donc peu à peu « naturalisée », c'est-à-dire intégrée au sein des débats publics. Ainsi, il paraît opportun de s'interroger : *la fraude sociale est-elle une réalité préoccupante pour le système de santé français ou un fantasme médiatique et politique ?*

PARTIE 1 : LA PRISE EN CONSIDERATION D'UN FAIT ECONOMIQUE

A. L'ÉVALUATION D'UN FAIT ÉCONOMIQUE



A. L'évolution de la fraude sociale en France

Figure 2 : Chronologie des principaux rapports officiels sur la fraude sociale

La fraude sociale en France, bien qu'évoquée depuis longtemps, n'a été reconnue comme un problème public majeur qu'à partir des années 1990¹⁷⁸. Les premières initiatives visant à encadrer les abus remontent aux années 1930, avec l'instauration de systèmes rudimentaires de contrôle dans les caisses de secours et les organismes de sécurité sociale. Cependant, durant les décennies suivantes, l'approche restait marginale, centrée sur des vérifications ponctuelles et une faible infrastructure d'inspection. L'émergence de la fraude sociale comme enjeu économique et politique s'ancre dans les années 1980. La crise économique et la montée du chômage de masse ont placé les questions budgétaires au cœur des débats publics, entraînant une plus grande attention à l'utilisation des ressources publiques. En 1985, un rapport de la Cour des comptes¹⁷⁹ soulignait déjà les risques de fraude liés à la complexité des règlements sociaux, une première alerte sur la nécessité de structurer les contrôles.

En 1995, un rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF) et de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) marque un tournant en officialisant la fraude sociale comme un sujet de préoccupation institutionnelle. Bien que ses auteurs reconnaissent que la fraude n'est pas un facteur principal

des déficits sociaux, ils insistent sur son importance politique et symbolique.

Ce constat a déclenché une série de mesures visant à renforcer les contrôles. Le tournant décisif intervient en 2008¹⁸⁰ avec la création de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF). Cet organisme, placé sous l'autorité du Premier ministre, coordonne les actions des différents acteurs de la sécurité sociale et des finances publiques. La même année, le Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) est instauré pour faciliter le partage des données entre organismes sociaux et améliorer la traçabilité des prestations versées.

La loi pour un État au service d'une société de confiance (ESSOC) introduit une distinction claire entre erreurs et fraudes intentionnelles. Elle consacre également le droit à l'erreur, permettant aux assurés sociaux de rectifier des déclarations sans sanctions, sauf en cas de mauvaise foi avérée. Cette loi marque un équilibre

entre le renforcement des contrôles et la préservation des droits des usagers. Depuis les années 2020, les avancées technologiques jouent un rôle central dans la lutte contre la fraude. L'usage du datamining et des algorithmes développés par la CNAM et d'autres organismes permet de détecter des schémas de fraude plus complexes. Parallèlement, les Comités opérationnels départementaux anti-fraude (CODAF) favorisent une meilleure coordination entre services sociaux, fiscaux et judiciaires. L'évolution de la fraude sociale en France est indissociable des contextes économiques et politiques. D'une question marginale, elle est devenue un levier symbolique pour restaurer la confiance dans le système de protection sociale. Les politiques publiques visent aujourd'hui à conjuguer une lutte efficace contre les abus tout en préservant les principes de justice sociale et d'équité, qui fondent la solidité du pacte républicain.

B. Estimation du coût financier et budgétaire de la fraude sociale

En 2023, la branche maladie a détecté 466 millions d'euros de fraudes, soit une hausse significative par rapport aux années précédentes. Ce montant représente 0,22 % des dépenses d'assurance-maladie, en hausse de 0,07 point par rapport à 2022. Il est important de noter que ce chiffre ne représente qu'une fraction de la fraude réelle. La Cour des comptes¹⁸¹ estime que la fraude à l'assurance-maladie se

situe entre 3,8 milliards et 4,5 milliards d'euros.

Si l'on extrapole les résultats de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sur l'ensemble des dépenses de prestations, on obtient une estimation de la fraude totale comprise entre 4,7 et 6,3 milliards d'euros par an¹⁸².

Malgré des progrès notables dans la détection, les sommes recouvrées restent faibles. Sur les 297 millions

d'euros de préjudices subis en 2023, seuls 200 millions d'euros, soit 67,3 %, ont été recouvrés.

Les fraudes à l'assurance maladie se divisent principalement entre trois catégories : comptables ou des abus de tarifications.

- Professionnels de santé** : Ils sont responsables de 70,8 % des montants fraudés, soit 330,2 millions d'euros, pour seulement 25,9 % des cas de fraudes. Leurs principales méthodes incluent la facturation d'actes fictifs, les surfacturations et la multiplication d'actes inutiles. Parmi les professionnels de santé, les centres de santé sont ceux dont le montant des fraudes a le plus augmenté en 2023 (+729 %), avec un préjudice identifié de 58 millions d'euros.

- Assurés sociaux** : Ils sont à l'origine de 19,5 % des montants fraudés, soit 91,1 millions d'euros, mais représentent 54 % des cas de fraude. Leurs fraudes concernent souvent des cumuls de prestations non déclarés, de fausses identités ou des fraudes aux droits à l'Assurance Maladie.

- Établissements de santé** : Ils représentent 9,7 % des montants fraudés, soit 45,1 millions d'euros, pour 19,9 % du nombre total de cas de fraudes. Leurs fraudes impliquent notamment des falsifications

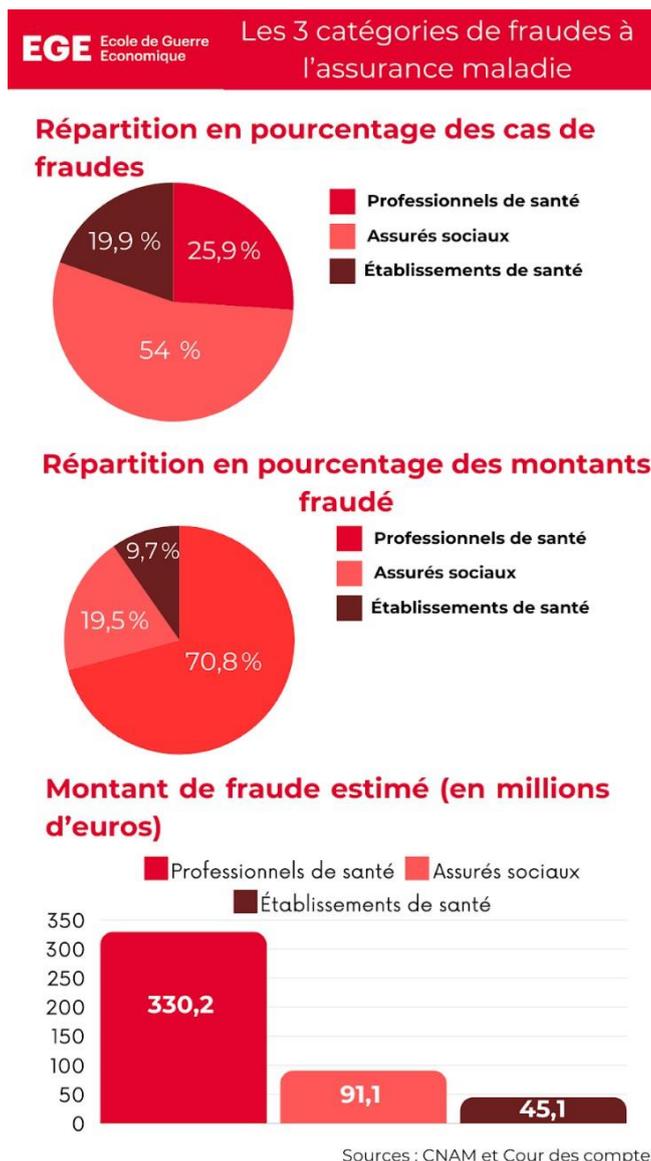


Figure 3 : Les catégories de fraudes à l'assurance maladie

La Cour des comptes estime que l'assurance-maladie sous-estime gravement l'ampleur de la fraude, faute d'une méthodologie fiable d'évaluation. L'évaluation de la fraude à l'assurance-maladie ne couvre pas encore tout le champ des prestations et ne permet pas de distinguer clairement la fraude de l'erreur. Il est donc probable que les montants réels de la fraude soient bien plus élevés que les chiffres officiels. Les fraudes à l'assurance-maladie ont des conséquences budgétaires importantes pour le système de santé français. Elles contribuent au déficit des organismes de protection sociale et réduisent les ressources disponibles pour financer les prestations et améliorer la qualité des soins. La lutte contre la fraude est donc un enjeu majeur pour garantir la pérennité du système de santé français.

Plusieurs voix ont dénoncé l'existence d'un nombre important de cartes vitales en circulation qui dépasse le nombre de bénéficiaires potentiels. C'est le cas de l'ancien magistrat de la Délégation nationale de la lutte contre la fraude, Charles Prats¹⁸³, qui estimait ce surplus à 1,8 million de cartes en 2020. Ses chiffres étaient à l'époque

corroborés par un calcul réalisé dans le rapport de l'Assemblée Nationale sur le sujet¹⁸⁴. Si la CNAM déclarait un écart de 1,1 millions de cartes Vitales, la vérification de la commission à partir des données de chaque régime d'assurance maladie confirmait le chiffre de Prats. Bien que la CNAM affirme avoir résolu ce problème pour les assurés du régime général, la Cour des comptes souligne que la présence de plusieurs cartes Vitale au nom d'un même assuré peut faciliter les fraudes. Selon Charles Prats, le grand sujet de la fraude sociale réside dans le surnombre d'assurés sociaux, qui excède de plusieurs millions le nombre de bénéficiaires légitimes théorique. C'est ce nombre de bénéficiaires actifs recensés par la CNAM qui, multiplié au montant moyen de dépenses sociales (12 550 euros par habitant en 2022¹⁸⁵), aboutit à un chiffre de 30 à 50 milliards d'euros de fraude sociale totale. Ce chiffre très médiatisé et vivement critiqué ne concerne donc pas spécifiquement les fraudes en matière de santé.

A. Les moyens de lutte contre la fraude sociale par les politiques

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) est votée annuellement par le Parlement, dans le cadre du vote du budget. Il est présenté par le gouvernement à l'automne et doit être adopté avant le 31 décembre de chaque année, pour entrer en vigueur le 1er janvier suivant. Y sont fixées les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses pour les différents régimes de sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille, accidents du travail). Elle peut également inclure des mesures de réforme ou d'ajustement du système de protection sociale. Ce sont ces réformes qui ont fait évoluer les moyens de lutte contre la fraude sociale. L'étude de toutes les LFSS successives¹⁸⁶ depuis 2012 dévoile plusieurs réformes permettant de lutter contre le phénomène. Trois grandes catégories de réformes se dégagent de ces textes.

Le premier axe de lutte concerne le **renforcement du contrôle et des sanctions**. Depuis 2012, les lois de financement de la sécurité sociale ont régulièrement renforcé ces moyens de sanctions. En 2012, des mesures ont été prises pour améliorer le recouvrement des cotisations et contributions. D'autres mesures (Articles 44, 48) visent également à mieux contrôler les dépenses de santé et les prestations sociales, ce qui peut permettre de détecter et de prévenir les abus. En 2015, des modifications

au Code de la sécurité sociale et du Code du travail ont accru les sanctions contre le travail dissimulé. En 2016, des actions spécifiques ont ciblé les fraudes et le travail illégal. L'article 23 facilite notamment la vérification de la situation des travailleurs détachés. En 2018, une section dédiée au contrôle interne a été créée au sein de CNAM pour centraliser et renforcer les efforts. Les pouvoirs de ces agents de contrôle ont été élargis en 2020, marquant une étape importante dans l'efficacité des sanctions contre la fraude sociale. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a finalement renforcé l'arsenal répressif, avec des pénalités financières pouvant atteindre jusqu'à trois fois le montant de la fraude.

L'axe d'**amélioration du partage de données** dans les lois de financement de la sécurité sociale vise à optimiser la détection et la prévention des fraudes sociales grâce à une meilleure coopération entre les acteurs. En 2015, l'organisation des systèmes d'information a été rationalisée pour faciliter l'échange de données. En parallèle, les articles 89 et 90 visent à améliorer l'organisation et la gestion informatique des organismes de sécurité sociale. En 2016, de nouveaux partenaires ont été intégrés dans les dispositifs d'échange, notamment au sein du répertoire national commun de la protection

sociale. En 2022, la sécurité des données a été renforcée afin de garantir la confidentialité et la fiabilité des informations partagées. Ces mesures montrent une volonté de moderniser les outils de contrôle tout en consolidant un cadre sécurisé pour le partage d'informations.

Le dernier axe a été introduit plus récemment dans les dispositifs de lutte. Il s'agit de l'**utilisation des nouvelles technologies** dans les moyens de lutte.

Le texte de 2020 mentionne la dématérialisation de certaines procédures. L'article 100 indique par exemple que les avis d'arrêt de travail devront être transmis au moyen d'un formulaire homologué par voie électronique. L'article 49 encourage la modernisation du système d'information et prévoit des investissements supplémentaires (un milliard d'euros). L'objectif affiché est de promouvoir l'interopérabilité des logiciels pour fluidifier les contrôles. À partir de 2014, la CNAM a commencé à expérimenter des techniques de « fouille de données » ou data mining pour détecter les fraudes. Cette technique consiste à analyser les données de manière globale pour déterminer des tendances et identifier les anomalies¹⁸⁷.

Outre l'aspect législatif, plusieurs services de l'État assurent opérationnellement la lutte contre la fraude sociale. La Délégation nationale à la lutte contre la fraude coordonne la lutte (DNLF), créée en 2008, assure une mission de coordination nationale en matière de fraude fiscale et sociale.

Elle élabore des stratégies de lutte, harmonise les contrôles inter-organismes (CNAM, URSSAF) et analyse les tendances, tout en rendant compte des résultats dans une perspective d'efficacité nationale. Créée en 2020 et placée sous l'autorité du ministre chargé du budget par délégation du Premier ministre, la mission interministérielle de coordination antifraude assure la coordination générale de la lutte contre la fraude au niveau interministériel. Elle centralise les politiques anti-fraude en facilitant les échanges d'informations entre ministères et administrations, ce qui lui confère un rôle stratégique de pilotage plutôt qu'opérationnel. Enfin, l'union de recouvrement des cotisations sociale de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) se focalise sur la détection des fraudes aux cotisations sociales et le travail dissimulé. La majorité des contrôles sont réalisés directement par la CNAM qui a renforcé ses efforts opérationnels pour lutter contre la fraude sociale en matière de santé, grâce à des moyens humains et techniques. Plus de 1 500 agents y sont dédiés, avec 300 recrutements prévus d'ici 2027 et 60 cyber-enquêteurs déployés dès 2024. En 2023, les contrôles intensifiés ont permis de détecter 466 millions d'euros de fraudes, surpassant l'objectif initial de 380 millions d'euros. Les campagnes ont ciblé notamment 200 centres de santé (21 déconventionnements) et les audioprothésistes, avec 9 000 factures rejetées sur 16 000 analysées. Sur le volet judiciaire, 10 500 suites contentieuses ont été engagées en



2023 (+20 %), incluant 4 000 procédures pénales (+34 %). De plus, la CNAM déclare que, malgré cet imposant dispositif, ces contrôles n'ont permis de déceler et d'empêcher qu'un fragment du total des fraudes. Par ailleurs, le nombre total de contrôles réalisés n'est pas communiqué et les contrôles réalisés a posteriori rendent difficile le recouvrement des sommes. En outre, le fait de laisser la CNAM contrôler elle-même les fraudes la place dans une situation d'auto-contrôle, dont certains questionnent la pertinence.

Ces éléments législatifs et opérationnels prouvent l'intérêt porté

par le législateur et par l'administration publique à la lutte contre la fraude sociale. On note par ailleurs que le législateur prend bien en compte les deux axes de la fraude sociale et s'y attaque aussi bien en luttant contre les fraudes aux cotisations que contre celles aux prestations. Le dispositif de lutte s'est construit au fil des lois de financement de la sécurité sociale et s'organise autour du contrôle et des sanctions. L'utilisation de moyens numériques ainsi que le recoupement d'informations entre les différents services permet d'accroître l'efficacité des contrôles.

B. La place de la fraude sociale dans le paysage médiatique

Une manière d'estimer la place de la fraude sociale dans le paysage médiatique peut être de dénombrer les articles en ligne faisant mention de la fraude sociale liée à l'assurance-maladie. Pour effectuer ce comptage, il convient de compter le nombre d'articles comprenant les mentions exactes "*fraude sociale*" et "*assurance maladie*" pour les 20 sites de journaux les plus visités en 2024¹⁸⁸ (méthodologie utilisée détaillée en annexe).

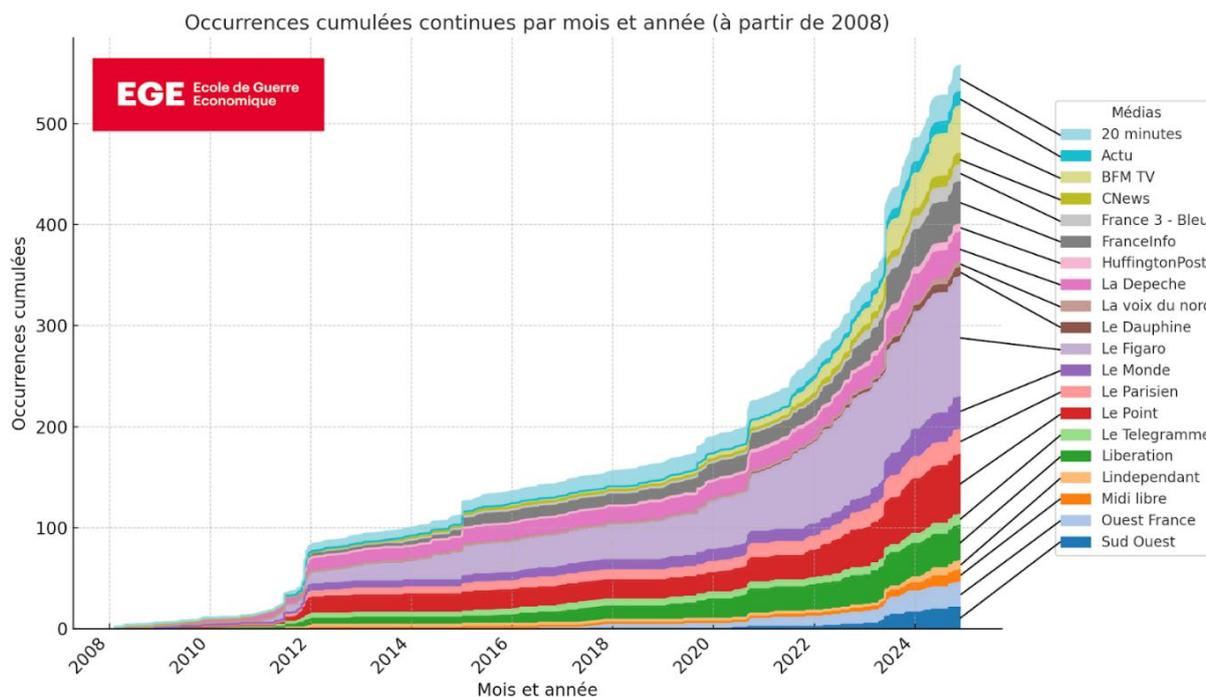


Figure 4 : Occurrences médiatiques cumulées continues par mois et année

Cette méthodologie se limite dans les sources aux sites en ligne excluant ainsi d'autres sources médiatiques telles que les réseaux sociaux, télévision, et certaines presses écrites. Également les sources se basent sur les sites les plus visités en 2024 excluant peut-être ainsi certains médias en ligne plus populaires les années précédentes.

De ce premier graphe il apparaît des médias plus actifs sur le sujet (Le Figaro, Le Point, Libération ou France info). Il se dessine également des périodes d'activités plus intenses. Pour mieux observer cela, il est intéressant de créer un graphe d'occurrences d'articles par mois avec une courbe de tendance de 6 mois avec les sorties de rapports mentionnés précédemment dans la frise chronologique.

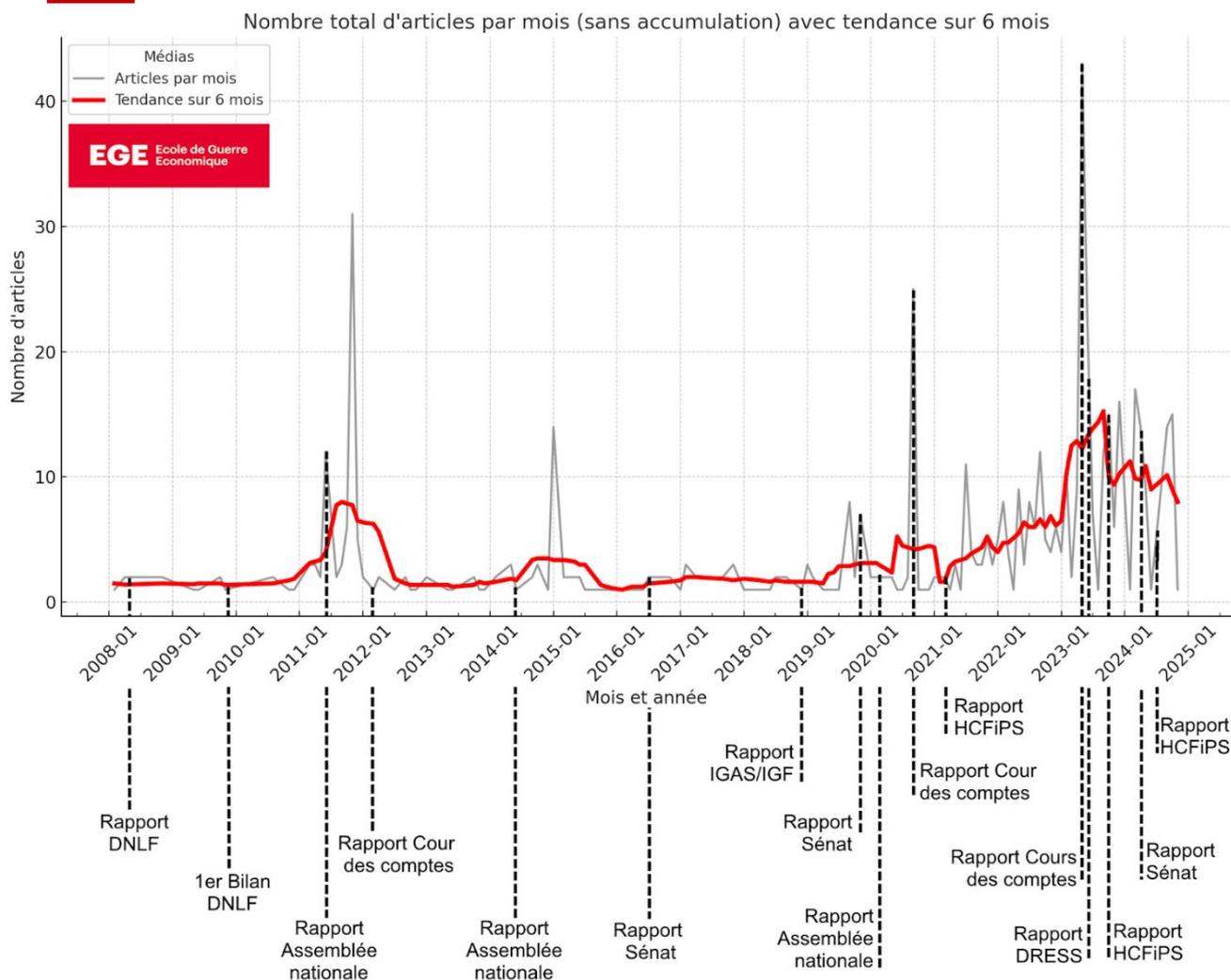


Figure 5 : Nombre total d'articles par mois (sans accumulation) avec tendance sur 6 mois

L'analyse complète (analyse de chacun des articles de chaque média sur ce mois) des principaux « pics » de médias (06/2011, 11/2011, 01/2015, 09/2020 et 05/2023) en regroupant les articles par les idées permet de mieux comprendre le ou les événement(s) médiatique(s) lié(s) à ce pic :

En **2011**, un grand nombre d'articles de presse sont publiés entre avril et juin, puis de septembre à novembre. Le premier pic de publication coïncide avec deux faits marquants : la sortie d'un rapport parlementaire, rédigé par un député de l'UMP, qui évalue la fraude sociale à 20 milliards d'euros¹⁸⁹ ainsi que des déclarations de politiques notamment celle de Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé, qui insiste sur la nécessité d'alourdir

les sanctions¹⁹⁰. La majorité des journaux les traitent de manière relativement neutre, excepté Libération - qui est un de ceux qui ont le plus gros taux de ratios d'articles relatifs à la fraude sociale par rapport à leur ensemble d'article - qui semble utiliser du conditionnel pour aborder le rapport parlementaire¹⁹¹.

Le second pic de publications en **2011** fait suite à une déclaration de N. Sarkozy soulignant : « voler la Sécurité

sociale, c'est trahir la confiance de tous les Français »¹⁹². Cette déclaration s'accompagne également d'un projet réglementaire de réduire les indemnités journalistiques.

Par ailleurs, d'autres articles traitent également du "réseau yougoslave", une vaste fraude sociale estimée de 2 millions d'euros¹⁹³.

Quant au pic ayant lieu en janvier **2015**, la multiplication des articles peut être expliquée par le bilan annuel de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude relatant un record chiffré pour la fraude de 2013. Ceux-ci, témoignant d'une hausse de 13 %, soit 636 millions d'euros, ont provoqué des remous dans les médias. Les articles sont pour autant plus explicatifs que dénonciateurs, cherchant à démontrer l'importance (ou non) du problème en développant la raison de l'augmentation des fraudes sociales en France.

Celui de **2020** se concentre sur la reprise des conclusions de deux rapports. D'une part, le rapport de l'Assemblée nationale sur le sujet de la fraude sociale a donné lieu à de nombreux articles de presse,

L'analyse des 4 pics et du graphique montrent que les rapports ayant eu le plus gros impact sont les rapports de la cour des comptes de 2020 et 2023, alors que d'autres ont beaucoup moins d'impact médiatiques. En observant la courbe de tendance de manière plus globale, il existe clairement une augmentation du traitement de la fraude sociale en santé dans les médias en ligne alors que l'estimation de la fraude sociale par la cour des comptes diminue. Il faut cependant garder en tête qu'il s'agit des médias d'informations en ligne les mieux classés en 2024. Cette augmentation peut également être corroborée à l'augmentation significative des rapports et des organismes publiant des rapports depuis les années 2020.

principalement dans les médias libéraux¹⁹⁴ (Le Figaro, Le Point, Le Parisien) ou dans des médias de gauche (Libération) qui s'attachent à contester les chiffres avancés. On note d'autre part le traitement de l'enquête parlementaire, principalement par le Figaro qui en a fait plusieurs articles.

En mai **2023**, les médias ont révélé une fraude inquiétante : la vente de faux arrêts maladie sur Snapchat. Accessible en quelques minutes, cette pratique impliquait parfois l'usurpation d'identité de médecins, causant un préjudice de plusieurs millions d'euros à l'Assurance Maladie. En réponse, le ministre Gabriel Attal a annoncé fin mai un plan de lutte contre la fraude sociale, incluant 450 cyber-enquêteurs. La fraude aux arrêts-maladies illustre les défis pour protéger les finances publiques et renforcer les contrôles. Cette même période a vu la publication d'un rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, qui mettait en lumière les lacunes dans les dispositifs des contrôles et proposait des mesures pour renforcer la lutte contre la fraude.

Enfin, pour mieux observer les médias les plus actifs sur le sujet, il est intéressant de comparer le nombre d'articles mentionnant “*fraude sociale*” et “*assurance-maladie*” avec le nombre total de pages du média. Une manière de compter le nombre total de pages d'un média

est de se référer au nombre de pages totale du site web. Avec cette méthodologie, nous comprenons également les pages qui ne sont pas des articles, et donc certains sites web peuvent contenir plus de pages en fonction de l'architecture de leur site web. L'objectif restant de retrouver

des tendances générales (Tableau des données en annexe). Ainsi les médias qui semblent traiter le plus ce sujet en fonction du nombre total de pages web sont des médias nationaux avec des scores plus importants pour les médias : Le Point, Libération puis CNews, Le Huffington Post, Le Figaro, BFMTV, ... Aussi, la plupart des P.Q.R. (Presses Quotidiennes Régionales) ne parlent que peu ou très peu de ce sujet.

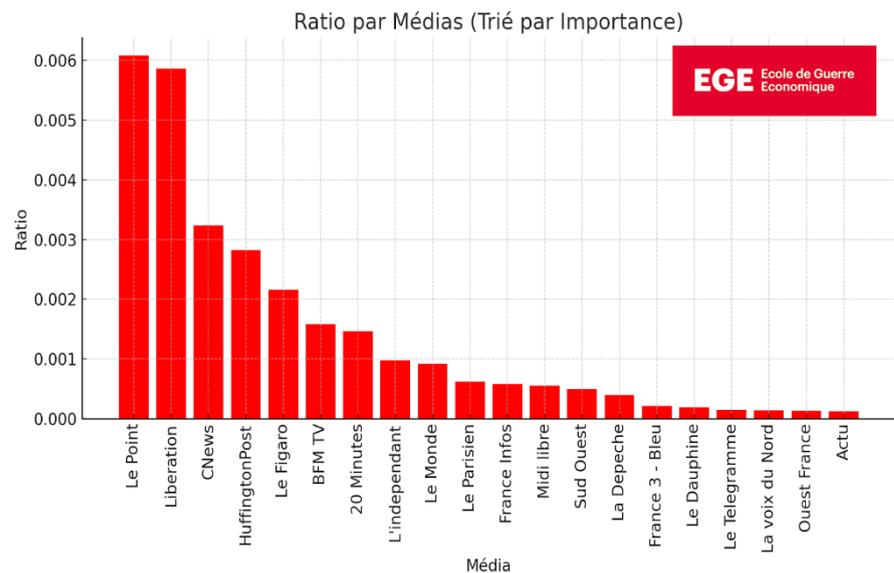


Figure 6 : Ratio par médias (trié par importance)

A. Mise en perspective des chiffres

Le rapport du HCFiPS¹⁹⁵ identifie quatre enjeux majeurs justifiant la lutte contre la fraude sociale, notamment la nécessité de limiter les pertes financières, un point également souligné par le Sénat dans un rapport d'information du 8 septembre 2020¹⁹⁶. Ces pertes, bien que modestes en proportion, pourraient fragiliser le système de protection sociale si elles ne sont pas contrôlées. S'il est clair que la fraude sociale est une réalité, l'examen des chiffres avancés et une mise en contexte permettent de mieux en saisir l'ampleur et d'éviter une vision excessivement alarmiste.

Comme indiqué précédemment, les estimations évaluent la fraude sociale à environ 13 milliards d'euros par an. Bien que cette somme soit significative, elle représente en réalité une part minime du budget total alloué à la sécurité sociale qui s'élève à environ 622 milliards d'euros par an. Ainsi, les pertes estimées seraient d'environ 2,09 % du budget global. Dans le domaine de la santé, la fraude liée à la branche maladie serait estimée à 1,71 milliard d'euros¹⁹⁷. Comparé aux 238 milliards d'euros alloués chaque année à cette branche, elle représente seulement 0,7 % du budget. Bien que ces chiffres confirment l'existence de la fraude

sociale, ils montrent également que son impact financier reste limité au regard des ressources globales du système de santé.

Par ailleurs, il est important de distinguer fraude intentionnelle et erreurs involontaires. Une partie des sommes considérées comme de la fraude sociale résulte de malentendus ou d'erreurs administratives complexes plutôt que d'actes délibérés. D. Libault, président du HCFiPS, souligne que si les textes sont « trop complexes, il y a des risques d'erreurs et de fraude, tout le monde peut s'y perdre, les assurés sociaux, les entreprises et quelquefois aussi les administrations elles-mêmes »¹⁹⁸. Ainsi, le renforcement des dispositifs de prévention et d'accompagnement des usagers peut s'avérer efficace.

La comparaison à d'autres types de fraudes affectant les finances publiques permet également de nuancer son impact réel. Traditionnellement, la fraude sociale est comparée à la fraude fiscale. Elle se définit comme « l'ensemble des procédés frauduleux permettant d'échapper volontairement à l'impôt »¹⁹⁹. Son montant est estimé entre 60 et 80 milliards d'euros par an²⁰⁰, soit près de six fois plus important que ceux de la fraude sociale. En 2023, le montant détecté de fraude fiscale était

de plus de 15 milliards d'euros²⁰¹, tandis que celui de la fraude sociale est évalué à 2,1 milliards d'euros. D'un autre côté, la fraude à la TVA, largement méconnue du grand public, est évaluée entre 20 et 25 milliards par an²⁰². Pour autant, seulement 2,2 milliards d'euros ont été recouverts. Cette comparaison met en lumière le fait que les pertes dues à la fraude sociale sont réelles mais modestes.

B. Un impact minime face aux enjeux de la sécurité sociale

Le rapport du HCFiPS soulignait que « la lutte contre la fraude ne saurait être considérée comme “la” solution aux problèmes financiers de la protection sociale »²⁰³. Les défis auxquels fait face la sécurité sociale dépassent la problématique de la fraude sociale. Ils reposent également sur les facteurs structurels inhérents à chaque système de santé.

Les déficits de la sécurité sociale résultent aussi de dynamiques démographiques et économiques. Le vieillissement de la population, l'augmentation de l'espérance de vie ainsi que la hausse des dépenses de santé en sont les principaux moteurs. Selon l'INSEE, la part des personnes âgées va augmenter sensiblement dans les prochaines années. Le poids démographique des plus de 65 ans devrait passer « de 16% en 2000 à 25 % en 2030 et 29 % en 2050 »²⁰⁴. Or, il est établi que les dépenses de santé augmentent avec l'âge. Entre 1979 et 2019, les dépenses de la protection sociale sont passées de 25 % à 31 % du PIB tandis que la part des plus de 60 ans est passée de 17 % à 26 %²⁰⁵.

De même, on remarque que « le recours aux soins des personnes âgées augmente plus rapidement que celui du reste de la population »²⁰⁶. Aujourd'hui, les dépenses de santé et de retraites représentent trois quarts des dépenses de protection sociale.

Cette évolution démographique implique également une pression sur le financement des retraites. Puisque le financement repose en majeure partie sur les cotisations sociales des actifs, un vieillissement de la population risquerait de fragiliser le système. Ainsi, le vieillissement de la population constitue un enjeu structurel majeur pour la sécurité sociale, comme en témoignent les nombreux débats et réformes consacrés à ce sujet ces dernières années.

La mise en place de dispositions de contrôle et de sanctions entraîne des coûts importants ainsi que des efforts administratifs significatifs (personnel, technologie de surveillance, ...). Pour exemple, le plan de lutte contre la fraude sociale prévoit le recrutement de 1000 équivalent à temps plein (ETP) d'ici 2027 pour renforcer les contrôles, ce qui équivaut à une augmentation de 20 % de ces effectifs. De même, pour moderniser les systèmes d'information des caisses de sécurité sociale, un milliard d'euros de crédits d'investissement sera injecté²⁰⁷.

Malgré l'investissement croissant dans les dispositifs de lutte, l'efficacité de ces dispositifs mérite d'être interrogée. Le rapport du HCFiPS, publié en juillet 2024, permet d'en attester. Sur les 13 milliards d'euros de fraude sociale

estimée, seulement 2,1 milliards ont été stoppés et 600 millions d'euros ont été recouverts, et ce, malgré un « très fort investissement des organismes »²⁰⁸. Ainsi, les gains réalisés en termes de réductions de la fraude peuvent ne pas justifier pleinement l'ampleur des moyens mis en œuvre.

De plus, il est impossible de détecter et de recouvrer 100 % des sommes fraudées. La fraude sociale reste difficile à quantifier précisément et il s'agit d'un enjeu d'avenir majeur mis en exergue par le rapport du HCFiPS. Au-delà des enjeux financiers, la lutte contre la fraude sociale est un enjeu fondamental dans le maintien de la confiance envers les institutions publiques comme cela est très généralement rappelé dans les divers rapports ou prises de positions politiques ou médiatiques. Elle est très généralement assimilée à une forme de corruption « lente et insidieuse »²⁰⁹ alimentant un sentiment d'injustice sociale. Dans une allocution, G. Attal affirmait que « les Français considèrent que frauder, c'est voler

»²¹⁰. Dans cette perspective, la lutte contre la fraude sociale vise avant tout à garantir l'équité et l'intégrité du système, et non à résoudre les déficits structurels de la sécurité sociale. Ainsi, l'objectif principal de cette lutte est d'ordre moral et social justifiant son grand intérêt politique et médiatique (voir infra).

Il s'agit de renforcer la confiance des citoyens en démontrant que l'État veille au respect des règles et à une distribution équitable des prestations.

En fin de compte, la lutte contre la fraude sociale devrait être relativisée, tant en ce qui concerne son impact financier par rapport au budget total alloué qu'en ce qui concerne ses effets réels pour le système de santé français. L'efficacité de cette lutte, les dynamiques structurelles propres à chaque système de santé ou son enjeu social, justifieraient de prendre du recul face à l'attention excessive portée à la fraude sociale.

B. LE TRAITEMENT POLITIQUE, RELAI DE L'INTERET CITOYEN

Bien que l'impact de la fraude sociale soit souvent discuté du point de vue économique, son traitement, à la fois médiatique, politique et citoyen, suscite des débats houleux. Le problème touche en effet une corde sensible, celle de la justice sociale, prenant ainsi une portée idéologique pouvant être analysée dans une dimension sociologique.

A. Un intérêt citoyen pour le sujet

Selon un sondage Harris Interactive de 2022, pour 49 % des Français interrogés « la priorité de la lutte contre la fraude aux finances publiques doit concerner les prestations sociales, alors que 38 % d'entre eux ont opté pour l'évasion fiscale et 12 % ont privilégié la lutte contre la fraude aux cotisations sociales »²¹¹. Ainsi, malgré un impact économique bien plus important, l'évasion fiscale ne constitue



pas pour la majorité des Français le problème le plus fondamental à régler. Cette vision peut être expliquée par plusieurs raisons touchant la population civile : l'équité sociale et la confiance aux institutions publiques.

Dans un discours en 2011, Jean-Marc Sauvé, alors vice-président du Conseil d'Etat, fait prendre conscience du problème et de son importance sociétale, insistant sur une mutation inquiétante de l'opinion publique se défiant de la pérennité du système de protection sociale français. Il explique ainsi : « la fraude, du fait de sa nature même, porte atteinte au principe d'égalité de traitement entre les assurés et les contribuables sociaux et elle est, de ce fait, susceptible de porter atteinte au principe de solidarité nationale qui est l'un des fondements du pacte social »²¹².

Cela fait écho à la conclusion du rapport de 2022 du Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale, considérant le problème comme dangereux, pouvant briser la confiance des citoyens dans l'avenir du système. Il existerait donc un "droit juste" aux prestations pour tous.

On constate cette incitation à combattre la fraude : « ne serait-ce que pour renforcer la cohésion sociale et garantir une concurrence loyale entre acteurs, et parce que toute action de lutte contre la fraude a des vertus préventives, de nature à en limiter les impacts »²¹³.

L'importance accordée au sujet par les Français répond donc à plusieurs problématiques, celle d'une perte de

confiance envers le pouvoir public, qui n'arriverait pas à bien gérer ses finances, mais surtout d'une injustice les touchant. Les différentes défiances sont donc cristallisées, à la fois envers le système mais aussi contre les "profiteurs" de celui-ci, qui contrairement au bon citoyen, ne payerait pas ses dettes envers la société et viendrait alourdir celles des plus honnêtes. Il s'agit d'une colère dépassant le simple concept de fraude, puisqu'une étude du CREDOC (Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie) en 2015 considérait que « L'acceptation de la diminution de ces deux prestations (RSA et allocations familiales) doit être également reliée à de fortes critiques portant sur les fraudes : 84 % des Français sont ainsi d'accord avec l'idée que beaucoup de personnes abusent du système »²¹⁴. Il se crée donc un sentiment d'injustice parmi ceux qui contribuent régulièrement sans bénéficier pleinement des aides sociales.

La France, par son système unique de sécurité sociale, est un cas particulier. Selon un baromètre du Conseil des prélèvements obligatoires, si 75 % des sondés considèrent que le niveau des impôts en général est jugé trop élevé, ils sont pour autant 79 % à penser que les payer reste un acte citoyen²¹⁵. Il existe donc une forme de civisme fiscal chez la majorité de la population, rendant l'exercice de la fraude sociale comme un acte profondément inacceptable remettant en compte l'égalité devant l'impôt. Les fraudeurs remettent alors en question la solidarité collective. Les citoyens

s'identifient facilement aux fraudeurs et la confiscation que représentent les cotisations sociales perdent en légitimité à leurs yeux. Les entreprises pratiquant l'évasion fiscale, bien que condamnées par la société civile, ne sont, au contraire des fraudeurs sociaux, que des entités difficilement identifiables. Dans un pays en difficulté financière, où le pouvoir d'achat demeure la principale préoccupation des Français, cette colère devenue légitime participe alors à la fracturation de la société.

B. Une prise en compte politique du sujet

Ainsi, ce ressentiment citoyen donne lieu à une récupération politique du sujet par les différents partis nationaux. Ceux-ci s'en emparent en définissant la problématique selon des causes et des solutions propres à leurs agendas politiques. La fraude sociale a, par conséquent, un impact divergent en fonction des intérêts politiques de chaque acteur. Ils construisent donc leur narratif, le plus souvent basés sur une partie des rapports officiels. Les réactions face au sujet varient du dédain à la prise au sérieux².

Lors de la présentation du plan de lutte NUPES contre l'évasion fiscale et les fraudes²¹⁶, la députée Charlotte LEDUC a dénoncé "une chasse aux pauvres et aux chômeurs" au sujet de la fraude sociale. Leur plan se voulait une réponse au plan proposé par le gouvernement en 2023 et consiste en une mise en perspective de la fraude sociale et un coup de projecteur vers la fraude fiscale. On observe donc une

tendance à la gauche de l'échiquier politique à minimiser le problème de la fraude sociale, en la relativisant face à l'évasion fiscale dont l'impact économique est bien plus important²¹⁷. Le sujet serait artificiellement gonflé par les médias et l'extrême-droite, et la plupart des fraudes seraient dues à des oublies ou des accidents, déjà bien assez combattues par l'Etat. En matière sociale, ce même rapport se concentre sur les entreprises et travailleurs indépendants. La lutte contre la fraude doit passer par la lutte contre les réseaux délinquants. Ceux-ci seraient les principaux responsables de cette fraude sociale, l'Urssaf ne pouvant tous les punir puisqu'elles peuvent disparaître ou organiser leur propre insolvabilité²¹⁸. La fraude sociale apparaît donc comme un sujet secondaire, surmédiatisé et servant à stigmatiser les populations les plus démunies.

Lors du rapport de l'Assemblée Nationale, les rapporteurs Pascal BRINDEAU et Patrick HETZEL ont largement enquêté sur le sujet. Leur rapport conclut à une fraude sociale d'un montant de 14 et 45 milliards d'euros par an et dénonce le phénomène : « La fraude, en plus du préjudice financier considérable qu'elle cause aux organismes de protection sociale, est une atteinte directe au principe de solidarité nationale envers les personnes les plus fragiles ». Cela démontre un intérêt pour le sujet et une volonté d'action face au phénomène. Le plan de lutte porté en 2022 par Gabriel ATTAL se veut une réponse au problème mais est jugé trop faible par une partie de la classe politique et trop antisocial pour l'autre.

Sur la base des déclarations publiques des cadres du Rassemblement National, on peut affirmer que le sujet est également pris en compte à droite. Marine Le Pen a notamment conspué le phénomène en expliquant que celui-ci « brise le consentement à l'impôt, casse la confiance dans l'action publique, sape la foi dans le contrat social ». Sur cette question, le Rassemblement National semble aller au-delà de la prise de conscience et propose notamment la création d'un grand ministère de lutte contre la fraude permettant de mieux évaluer et plus sanctionner les fraudeurs, tout en permettant de mieux sécuriser la délivrance et l'utilisation des cartes vitales²¹⁹. La fraude sociale est d'ailleurs considérée par ce parti comme une véritable manne financière et elle constitue une mesure

budgétaire phare du programme politique. Cette importance considérable en terme budgétaire a d'ailleurs donné lieu à de nombreuses attaques lors de l'élection présidentielle 2022²²⁰.

Il existe donc une distinction idéologique marquée qui s'illustre dans la manière de considérer le phénomène. Pour autant, bien que l'intérêt ne soit pas le même selon les partis, les chiffres utilisés restent les mêmes. La critique ici ne réside donc que peu sur les estimations mais plutôt sur les moyens de lutter et l'importance accordée au sujet. Certains y voient donc une tentative de diversion par rapport à d'autres thématiques quand d'autres s'y intéressent et en font un levier budgétaire de premier plan.

PARTIE 3 : RENFORCER LA CONFIANCE CITOYENNE DANS LES INSTITUTIONS ET DANS LE SYSTEME SOCIAL

A. DIAGNOSTIC DES RECOMMANDATIONS INSTITUTIONNELLE

La lutte contre la fraude sociale en France est marquée aujourd'hui par plusieurs mesures visant à renforcer les contrôles et à dissuader les comportements frauduleux. La lutte contre la fraude aux cotisations sociales et aux prestations sociales s'est ainsi largement centrée sur le contrôle et la répression. Pour autant, certaines de ces initiatives n'ont pas atteint les résultats escomptés.

La carte vitale qui constitue la pierre angulaire d'un robuste système de

facturation permettant de fluidifier la gestion des flux concernant les soins des assurés sociaux, aurait pu connaître une évolution. En effet, il s'agissait d'instaurer une carte biométrique²²¹ sur l'initiative du ministre de la Santé et de la prévention et le ministère délégué chargé des comptes publics. Ils ont ainsi missionné l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et l'Inspection Générale des Finances (IGF), sur la faisabilité de la mise de cette carte vitale biométrique visant à renforcer la

sécurité et à lutter contre la fraude sociale. Toutefois, la faisabilité d'une carte vitale biométrique est jugée impossible, d'après notamment le rapport : « Les évolutions de la carte vitale et la carte biométrique », de l'Inspection Générale des Finances, en juillet 2024, pour plusieurs raisons majeures²²². Tout d'abord, il s'agit d'un coût financier disproportionné par rapport aux bénéfices limités en matière de lutte contre la fraude. En effet, la mise en œuvre de cette carte vitale biométrique est estimée à au moins 1 milliard d'euros, englobant à la fois les opérations de mise à jour régulière des données biométriques, mais surtout le coût de production des cartes elles-mêmes qui serait, deux à dix fois supérieures à celui des cartes actuelles²²³. L'intégration de la biométrie compliquerait les circuits de préadmission en établissement de santé allant à l'encontre des efforts de dématérialisation et de simplification de l'accès aux soins. D'autre part, la mise en place d'une carte vitale biométrique poserait également des risques juridiques, concernant notamment la proportionnalité du traitement biométrique par rapport aux gains limités en termes de lutte contre la fraude.

Ainsi, l'impossibilité de mettre en place une carte vitale biométrique repose sur une combinaison de facteurs économiques, juridiques et notamment technologiques qui rendent le projet non viable.

Évoqué dans un rapport de préfiguration par l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), l'Inspection Générale des Finances

(IGF) et l'Inspection générale de l'administration (IGA), l'idée de fusion entre la carte vitale et la carte nationale d'identité a émergé en 2023 sous l'impulsion de l'Etat. Une volonté chargée d'un enthousiasme peu partagé par les différentes institutions, ayant conclu que : « Les montants de fraude susceptibles d'être liés à une utilisation frauduleuse de la carte Vitale sont minimes »²²⁴. Pour autant, malgré les remarques, Gabriel Attal, alors Premier ministre au début de 2024, décide de relancer le projet et de l'accélérer.

L'objectif, consistant à intégrer le numéro de sécurité sociale sur la puce électronique des documents d'identité, le tout dans un espace sécurisé et accessible uniquement aux organismes d'assurance-maladie et aux professionnels de la santé, viserait à lutter contre la fraude et l'identitovigilance en améliorant la sécurisation de l'identité du patient et en simplifiant les démarches administratives et la fiabilisation de la facturation.

Bien que ce projet reste plus réaliste et sûr que l'intégration de la biométrie sur la carte vitale, les études restent sceptiques sur l'intérêt d'un tel changement. Autant sur les questions juridiques liées au RGPD, que sur la véritable plus-value bénéfique que pourrait apporter cette fusion dans la lutte contre la fraude.

En rapport avec ce projet, c'est finalement l'idée promue par le gouvernement Barnier qui prévaut. Ainsi, dès le premier trimestre 2025, les détenteurs d'une carte nationale d'identité devraient pouvoir ajouter leur carte vitale à l'application France

Identité²²⁵. Une solution pour autant plus pratique qu'utile, puisque les

rapports continuent à prédire une utilité moindre dans la lutte contre la fraude.

B. DES NOUVELLES RECOMMANDATIONS POUR L'AVENIR

La fraude est un phénomène qui nécessite une adaptation permanente afin de répondre au mieux aux différents enjeux. Ainsi, il s'agit de mettre en place des mesures visant à renforcer la lutte contre la fraude sociale en combinant une approche réglementaire, technologique mais aussi éducative, tout en tenant en compte des faiblesses potentielles de chaque stratégie



Figure 7 : Les recommandations



Les phénomènes de fraude se complexifient, notamment avec l'essor des nouvelles technologies, rendant la détection et le redressement plus difficiles. Ainsi, il s'agit pour les acteurs luttant contre la fraude sociale, d'organiser une action coordonnée à l'usage des données personnelles et des contrôles plus adaptés face à l'évolution des technologies. Par exemple, l'utilisation de l'intelligence artificielle et du datamining permet de traiter de grandes masses de données pour identifier rapidement des comportements suspects. Cependant, cette approche soulève des questions éthiques et de conformité, notamment en ce qui concerne la protection des données personnelles.

Au niveau de la réglementation, il s'agit de clarifier les normes. La simplification des réglementations faciliterait la compréhension et le respect des règles par les bénéficiaires.

Enfin, au niveau de l'éducation, il s'agit de passer d'une culture de contrôle et de sanctions à une approche de prévention dissuasive dans la lutte contre la fraude. Il s'agit de mieux définir les règles en conduisant des études d'impact avant leur adoption. Les campagnes de sensibilisation et la formation des professionnels sont essentielles pour informer sur les conséquences de la fraude et renforcer les compétences en matière de détection.

CONCLUSION

La fraude sociale en matière de santé a une existence incontestable, bien que portant souvent sur des montants individuels modestes. Son montant reste difficile à estimer précisément car il est impossible d'identifier les assurés et les cartes vitales illégitimes, empêchant d'imputer les soins. Les estimations varient mais tendent à diminuer à mesure que les contrôles se renforcent. Si elle représente une faible proportion des prestations globales de santé, son ampleur demeure significative au regard des finances publiques, se rapprochant par exemple du budget du ministère des Affaires Étrangères, de 6,5 milliards d'euros.

Au-delà des fraudes, la question des abus liés à la déresponsabilisation des acteurs pose également problème. L'illusion d'une santé gratuite pour les patients et les médecins entraîne une surconsommation des soins : du côté des patients, une fréquence accrue des consultations et une consommation excessive de médicaments ; du côté des médecins, une tendance à prescrire des examens parfois inutiles. Cette surmédicalisation, pointée par des professionnels comme Michaël Peyromaure et évoquée par des politiques comme Emmanuel Macron et François Hollande, met en lumière des dérives propres au système français par rapport à ses voisins européens.

Le phénomène de la fraude sociale est une préoccupation majeure de l'État, car il touche directement au contrat social et suscite un fort sentiment d'injustice auprès de la population. Cette perception favorise une forte visibilité médiatique du sujet, qui est souvent récupéré politiquement, accentuant ainsi l'attention portée à la lutte contre la fraude sociale. Malgré des efforts croissants pour endiguer ces pratiques, les résultats obtenus restent encore limités, bien qu'une certaine progression soit à noter.

Le tourisme médical en France

Groupe 13 : **RAULT Johana**, AUVINET Arthur, LAUTURE Henri, LIPPI Natan, MINET Erwan, PEREAU Lydwine

ÉTAT DE L'ART DU TOURISME MÉDICAL EN FRANCE

Le développement d'un marché de santé à l'échelle mondiale a rebattu les cartes du bénéficiaire type. En effet, précédemment réservé à des classes sociales aisées pouvant se déplacer, **le tourisme médical a favorisé l'émergence d'un marché médical mondial, rendant l'offre accessible à une classe moyenne et favorisant le développement de l'offre des pays émergents.**

Le tourisme médical désigne le **déplacement de personnes en dehors de leur pays de résidence habituelle** afin d'obtenir un **traitement médical**, via des moyens médicamenteux ou des dispositifs médicaux, sur un site médical pour l'un des motifs suivants^{ccxxvi} :

- Bénéficiaire **de soins de meilleure qualité** et/ou à des **tarifs plus attractifs** que ceux appliqués dans leurs pays ;
- Bénéficiaire de **soins qui ne sont pas disponibles dans leur pays** ;
- Subir des **traitements médicaux interdits par la législation dans leurs pays** de provenance ;
- Les personnes atteintes de **maladies rares** peuvent voyager dans des pays où le traitement est mieux compris^{ccxxvii}

En France, le système de santé repose en grande partie sur les pouvoirs publics^{ccxxviii} :

- Au niveau national, à côté de l'assurance maladie qui couvre le risque maladie, **les ministères chargés de la santé et des affaires sociales, aidés par des agences sanitaires et organismes indépendants** (comme la Haute Autorité de santé) assurent le pilotage général ;
- Au niveau régional, les décisions nationales sont adaptées en tenant compte des spécificités sanitaires, géographiques et de population. Elles sont notamment mises en œuvre par **les agences régionales de santé (ARS)** ;
- Au niveau local, le système de santé s'organise autour des **structures, établissements et professionnels de santé** qui prodiguent le soin au plus près des usagers

Le tourisme médical en France constitue un phénomène en pleine expansion, attirant majoritairement des **patients venus de pays hors de l'Union européenne**, bien que certains Européens soient également concernés. Parmi les principales régions d'origine de ces patients, on trouve des pays du Maghreb, du Moyen-Orient, ainsi que des nations asiatiques comme la Chine, l'Inde et la Russie. Les secteurs médicaux

recherchés sont des **soins spécialisés de haute qualité** dans des disciplines telles que la cardiologie, la gynécologie, la neurologie ou encore l'orthopédie, où la France se distingue par son **expertise reconnue à l'international**. Cette carte représente les pays d'origine des patients étrangers en France.



Figure 7 : carte des pays d'origine des patients internationaux en France

Plusieurs facteurs expliquent ce choix : l'accès à des **traitements de pointe** souvent difficiles à obtenir dans le pays d'origine, la **réputation d'excellence** des établissements de santé français, et parfois des **coûts jugés plus abordables** comparés à d'autres destinations médicales. Ce parcours est souvent facilité par des intermédiaires comme les **conciergeries médicales** ou les **plateformes de santé numérique**, qui assurent un accompagnement personnalisé pour les patients étrangers. Une partie d'entre eux viennent dans le cadre de partenariats médicaux bilatéraux entre la France et leur pays d'origine, notamment en Europe.

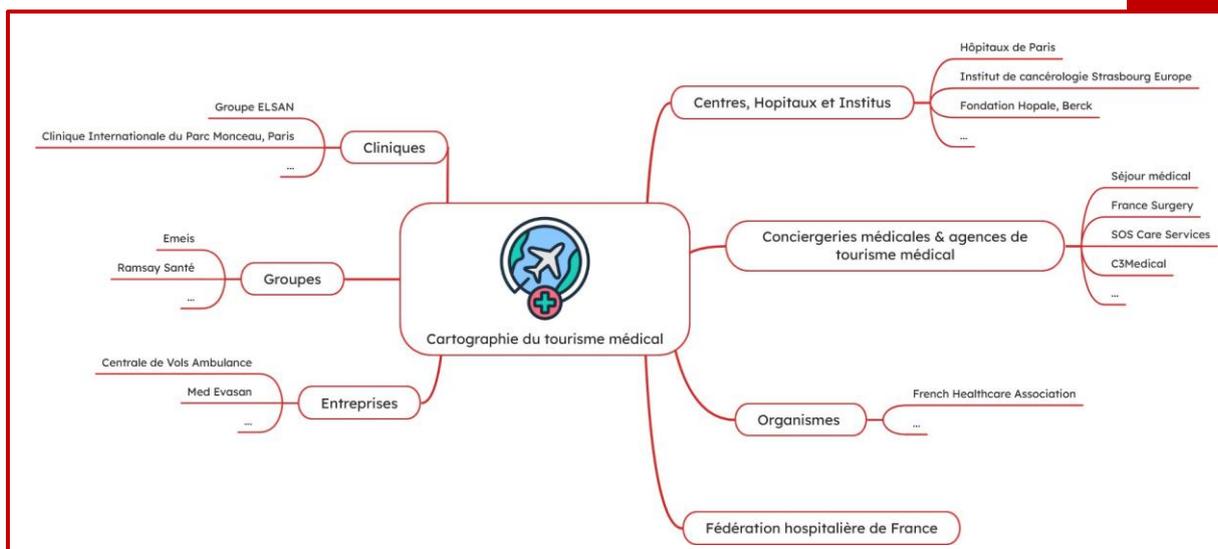


Figure 8 : cartographie des acteurs du tourisme médical en France

Le tourisme médical en France a connu une croissance notable à partir des années 1980, en parallèle avec le développement mondial de cette pratique. Cependant, ce n'est qu'au début des années 2010 que la France a commencé à structurer et promouvoir activement ce secteur. En 2013, on recensait environ 8 900 touristes médicaux en France, un chiffre relativement modeste comparé à d'autres pays. En 2014, le ministre des Affaires étrangères, Laurent Fabius, a exprimé la **volonté de développer le tourisme sous toutes ses formes, y compris le tourisme médical**. Cette même année, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a enregistré 11 185 séjours de patients étrangers ou résidant à l'étranger, marquant une augmentation de 10 % sur quatre ans.

Pour y parvenir, le gouvernement a réglementé le tourisme médical en créant un **cadre juridique** spécifique.

LE CADRE JURIDIQUE



Article L1110-1 du CSP

Le droit à la santé garantit à chacun un accès équitable aux soins, assuré par la coopération des professionnels, établissements, collectivités et autorités sanitaires, dans le respect de la prévention, de la continuité des soins et de la sécurité sanitaire.

qui garantissent des droits fondamentaux aux patients tout en régulant les pratiques des professionnels de santé. Ces textes répondent aux enjeux posés par l'accueil de patients étrangers dans le système de santé français.



Article L1142-4 du CSP

Toute personne victime d'un dommage lié à un acte de soins ou ses ayants droit doit être informée des circonstances et causes dans les 15 jours suivant la découverte ou sur demande. Cette information est donnée lors d'un entretien où la victime peut être assistée par une personne de son choix.

Ce cadre juridique souligne l'importance d'une prise en charge éthique et transparente des patients étrangers, tout en mettant en avant la France comme destination de soins de qualité.

En France, le cadre juridique encadrant le tourisme médical repose sur les dispositions générales du Code de la Santé Publique (CSP) et du Code de déontologie médicale,



Article L1111-2 du CSP

Toute personne a droit à une information claire sur son état de santé et les traitements proposés, sauf urgence ou impossibilité. Les professionnels doivent prouver que cette information a été donnée, adaptée à chaque patient.

Les professionnels doivent s'assurer que les patients comprennent parfaitement les implications des traitements, notamment en cas de différence dans les standards de soins ou les exigences administratives entre leur pays d'origine et la France.



Article L1110-4 du CSP

Le respect de la vie privée et le secret médical couvrent toutes les données personnelles de santé. Les échanges entre professionnels sont autorisés si nécessaires aux soins, avec consentement explicite, sauf en équipe de soins.



La Directive 2011/24/UE

La Directive 2011/24/UE facilite l'accès des citoyens européens à des soins de santé dans d'autres États membres tout en garantissant leur remboursement selon les règles de leur pays d'origine. Elle pose des bases pour des soins planifiés ou urgents, requérant parfois une autorisation préalable pour des traitements spécifiques. Transparence et information sont au cœur de cette directive, les États membres étant tenus d'informer les citoyens sur leurs droits et démarches via des points de contact. Elle favorise la coopération entre systèmes de santé et établit des mécanismes pour résoudre les litiges et gérer les plaintes des patients.



Le visa médical

Le visa médical permet aux ressortissants non-européens de venir en France pour recevoir des soins.

1. **Visa de court séjour** (moins de 90 jours) : Il nécessite un certificat médical précisant le besoin de soins en France et l'impossibilité de les obtenir dans le pays d'origine, ainsi qu'une preuve de ressources financières pour couvrir les soins et le séjour.
2. **Visa de long séjour** (plus de 90 jours) : Utilisé pour les traitements prolongés, ce visa demande aussi un certificat médical, une preuve de ressources suffisantes, et l'acceptation de l'établissement de santé français pour fournir les soins nécessaires.

Figure 9 : le cadre juridique du tourisme médical en France

Ainsi, dans quelles mesures la France peut-elle développer le tourisme médical comme un levier économique, tout en préservant l'équité d'accès et la qualité des soins pour sa population, au cœur du système de santé français ?

Le tourisme médical, marché en plein développement, représente une réelle opportunité pour la France mais fait, cependant, émerger certains risques. Elle fait face, sur le marché européen, à des concurrents comme la Hongrie et l'Allemagne. Pour développer le tourisme médical, il est nécessaire d'élaborer une stratégie claire et cohérente.

I. UN MARCHÉ EN PLEIN DÉVELOPPEMENT

A) Le tourisme médical, un marché en forte croissance

Si le phénomène du "tourisme médical" n'est pas nouveau, les distances franchies par la patientèle lui donnent un tout autre caractère. En effet, certains patients sont prêts à traverser la planète pour se faire soigner. Selon la Medical Tourism Association, **le tourisme médical devrait générer 100 milliards de dollars en 2024**^{ccxxxix}. Ce marché est en **constante croissance depuis 2015**, année lors de laquelle, il a, selon les estimations, généré environ 60 milliards de dollars. Une croissance dont la vigueur ne faiblit pas puisqu'il **devrait croître de 15 à 25%**^{ccxxx} **l'année prochaine** d'après l'association mentionnée précédemment.

Plusieurs facteurs influencent cette croissance, notamment la **différence des coûts entre les pays développés et en voie de développement**, ces derniers affichant désormais des soins de qualité similaire pour un coût significativement inférieur^{ccxxxi}.

La différence de coût n'explique pas tout, d'autres préoccupations motivent les patients à parcourir la planète pour se faire soigner.

B) Le tourisme médical, un marché au fonctionnement atypique

Actuellement, deux éléments motivent le choix des "touristes médicaux" d'aller

se faire soigner à l'étranger. Premièrement, **la qualité et l'accessibilité des soins** : certaines maladies rares nécessitent de faire appel à des spécialistes qui ne sont pas présents dans tous les pays. Dans d'autres cas, les patients font le voyage dans un pays réputé pour les traitements apportés dans certains domaines (ex : la cancérologie pour la France, les soins dentaires pour la Hongrie). D'autres patients choisissent quant à eux de se faire soigner à l'étranger car les temps d'attente sont trop longs dans leur pays. Par exemple, nombreux sont les canadiens ayant décidé d'aller en France ou aux Etats-Unis pour recevoir des opérations orthopédiques pour éviter de devoir attendre plus d'un an^{ccxxxii}.

En parallèle, un nombre non-négligeable de patients décident de se faire soigner à l'étranger pour des **raisons financières**. En effet, le coût de certaines opérations spécifiques est tel qu'il est parfois intéressant pour les patients de se déplacer et de payer des frais de déplacement ainsi que de logement. Par exemple, la Thaïlande a su se positionner en tant que destination de choix grâce aux tarifs attractifs proposés par les spécialistes, 45 à 60% inférieurs à la moyenne de ceux appliqués en Europe. Le pays a ainsi accueilli plus d'1,5 million de patients provenant de l'étranger^{ccxxxiii}.

Le tourisme médical s'est réellement développé à partir des années 90. Dans cette période, les patients se faisant soigner à l'étranger le faisaient avant

tout dans un souci d'accessibilité et de disponibilité des soins souhaités. Depuis les années 2010, le motif financier devient de plus en plus récurrent dans les raisons de déplacement. Cette tendance est avant tout due au **développement et à la spécialisation des systèmes de santé des pays émergents**. Ainsi, la Thaïlande disposerait du 5ème meilleur système sanitaire au monde selon

l'OCDE grâce à la formation de son personnel soignant et à l'acquisition de matériel de pointe. Ce phénomène est d'autant plus accentué par la démocratisation du transport aérien grâce à la baisse du prix des billets. Face à cette opportunité financière, les pouvoirs publics français l'ont bien compris, la France possède les atouts nécessaires pour se positionner.

II. LA FRANCE SUR LE MARCHÉ DU TOURSIME MÉDICAL

A) Etat des lieux : la France à la recherche d'une meilleure compétitivité

Les difficultés que nous avons rencontrées pour trouver, au mieux un chiffre exact, au pire une estimation, du nombre de touristes médicales venant se faire soigner en France, démontre la **déstructuration de la stratégie globale française concernant le tourisme médical**. Encore en 2024, la capacité d'attraction des patients étrangers repose moins sur l'élaboration d'une stratégie nationale que sur des initiatives locales. Dans le nord de la France, des accords franco-belges, inspirés de l'action pilote

TRANSCARDS, développée en 2000 dans la zone enclavée franco-belge de la Thiérache, créent des zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST) qui permettent d'améliorer l'accès aux soins des populations transfrontalières^{ccxxxiv}. Cette initiative est davantage motivée par une logique d'accroissement de l'accessibilité aux soins que de développement du tourisme médical,

même si cela peut indirectement y contribuer.



Figure 10 : les Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST)

La France accuse un certain retard, notamment par rapport à d'autres pays tels que la Hongrie ou bien la Pologne ayant créé une chambre du commerce du tourisme médical^{ccxxxv}. Ce retard prend certainement sa source dans les **difficultés rencontrées par le législateur**. En effet, la notion de "tourisme médical" en France est toujours victime d'une connotation relativement négative^{ccxxxvi}, **faisant craindre l'émergence d'un système de soin à deux vitesses** ou la

diminution de l'accès aux soins pour les sociétaires français. De plus, et cela malgré un déclassement significatif, le système de santé français reste très difficile à réformer tant il est un sujet sensible en France, en témoigne les récentes tentatives de réforme de l'AME.

Pour autant, la France n'en demeure pas moins compétitive à l'échelle mondiale. Elle se hisse tout de même à la **11ème place mondiale** sur un panel de 46 pays étudiés en 2020-2021 selon le Médical Tourism Index^{ccxxxvii}. Cette attractivité repose sur un certain nombre de facteurs qui permettent à la France de rester dans la course.

B) Les facteurs d'attractivité de la France

Le principal argument de vente de la France en tant que destination de choix pour le tourisme médical est sa **capacité à donner accès à des soins de qualité**. En effet, la combinaison de l'utilisation de matériels de pointe, de la qualité de la formation du personnel soignant français et de la garantie d'être pris en charge de la même manière que les français rendent le **système de santé français très attractif pour les étrangers**. La France a su se positionner comme l'un des **précurseurs** dans certains domaines tels que la cancérologie, la chirurgie réparatrice, la cardiologie ou encore la neurologie. Par exemple, l'hôpital américain de Neuilly, réputé pour ses pôles de gastro-entérologie et de cardiologie, accueille près de 30% de patients étrangers^{ccxxxviii}.

De plus, les **tarifs proposés pour les traitements sont très attractifs** par rapport à d'autres concurrents occidentaux. Ainsi, il faut compter 23 000 euros pour un traitement du cancer du sein sans besoin de chirurgie réparatrice contre 30 000 euros en Allemagne et 70 000 euros aux Etats-Unis^{ccxxxix}. En parallèle, les **temps d'attente pour une opération ou une consultation sont inférieurs à la moyenne** en comparaison avec d'autres pays tels que la Grande-Bretagne ou le Canada (voir graphique, rapport France Stratégie sur le tourisme médical).



Enfin, **l'attractivité touristique de la France** joue également en sa faveur aussi bien pendant le traitement que la convalescence des patients. En effet, de nombreuses **conciergeries ont développé des partenariats** avec des hôtels, restaurants et autres prestataires du domaine touristique afin de pouvoir proposer un cadre de vie remplissant tous les critères de confort des patients les plus aisés (Reportage Investigation et Enquêtes). Ce sont parfois les hôpitaux ou cliniques qui proposent directement des prestations haut de gamme. Ainsi, l'Institut Gustave Roussy, spécialisé dans la cancérologie, propose un service de

restauration en collaboration avec des chefs étoilés^{ccxi}.

III. LES OPPORTUNITÉS ÉCONOMIQUES DU TOURISME MÉDICAL POUR LA FRANCE

A) Les opportunités créées par le tourisme médical

Le tourisme médical représente un levier de croissance relativement important qu'il convient de

considérer comme une opportunité économique pour la France.

Avec son système de santé de haute qualité, ses infrastructures hospitalières modernes et la réputation internationale de ses spécialistes médicaux, la France attire chaque année de nombreux patients étrangers. Ce flux de visiteurs génère des retombées économiques directes, notamment à travers les **dépenses liées aux consultations, interventions chirurgicales et soins spécialisés**, mais aussi indirectes grâce à **l'hôtellerie, la restauration et les services annexes**.

L'offre reste concentrée en région parisienne, avec ses établissements de renom comme l'Hôpital Américain de Paris, l'institut Curie ou encore le centre de traitement du cancer Gustave Roussy, et capte une grande part de ce marché. Néanmoins, le maillage territorial des transports existant, notamment aérien et ferroviaire, et la qualité de l'offre médicale et touristique proposée dans les grandes métropoles françaises pourraient également

constituer un levier économique pour développer et stimuler l'économie en région.

Le développement du tourisme médical stimule également l'emploi local^{ccxli}. En effet, les établissements de santé recrutent davantage de personnel qualifié, tandis que les acteurs du secteur touristique bénéficient d'une demande accrue pour des services personnalisés.

La dynamique économique initiée par le tourisme médical encourage l'innovation et l'investissement dans les technologies médicales avancées. Dans certains cas, la patientèle française ne permet pas d'amortir les coûts d'investissement nécessaires à l'acquisition d'équipements de haute technologie. À l'institut Curie de Paris par exemple, la patientèle étrangère permet de supporter plus aisément les coûts d'acquisition importants d'une infrastructure dédiée à la protonthérapie. Des étrangers originaires des quatre coins du monde viennent ainsi se faire soigner et stimulent *in fine*, l'investissement, la croissance, la recherche et l'innovation.

À tout prendre, le tourisme médical en France ne se limite pas aux soins de santé, mais participe activement au **développement économique national** tout en valorisant **l'expertise médicale française à l'international**.

B) Des effets indirects qui profitent à l'influence française

La position de la France en tant que destination de choix pour le tourisme médical présente également un **intérêt en termes d'influence**. En effet, de nombreux **chefs d'états étrangers viennent se faire soigner en France**, notamment à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, de Percy et de Saint Mandé, ainsi qu'à l'hôpital américain de Neuilly^{ccxlii}. Abdelaziz Bouteflika (ex-président algérien), Mohamed Ould Abdel Aziz (ex-président mauritanien) ou encore Patrick Achi (ex-premier ministre ivoirien)^{ccxlili} font partie de ceux ayant fait appel aux services et surtout à la discrétion des médecins français.

Ce choix des chefs d'états, en particulier africains, de venir en France est le résultat d'une **politique de "diplomatie médicale"** mise en place dès les années 60 par Jacques Foccart,

le "Monsieur Afrique" du général De Gaulle. L'accueil de personnalités politiques pour les soigner est en effet un geste fort dans le cadre de **relations diplomatiques avec des nations étrangères**. En parallèle, c'est aussi un moyen d'ouvrir des négociations, ou tout simplement de s'entretenir de manière discrète. L'exemple emblématique de l'application de cette politique est la manière dont le premier président gabonais Léon Mba prit la décision de modifier la constitution du pays au cours de son hospitalisation en France^{ccxliv}. Ce faisant, il donnait un statut de successeur au vice-président au cas-où il décèderait, permettant aux français de s'assurer que la personne prenant le relais ne contrevienne pas à leurs intérêts.

PARTIE II : LES RISQUES DU TOURISME MÉDICAL EN FRANCE

I. UN SYSTÈME DE SANTÉ À DEUX VITESSES

A) Les inégalités d'accès aux soins

Le tourisme médical risque **d'exacerber le système de santé à deux vitesses en France^{ccxlv}, facilitant l'accès aux soins des patients étrangers fortunés au détriment des patients français.**

Il s'agit d'un système de santé inégal dans lequel l'accès aux soins et la qualité des services dépend des ressources financières des patients.

Les patients ayant les moyens financiers peuvent accéder à des soins de meilleure qualité, dans des délais plus courts, et bénéficier d'équipements modernes et de professionnels hautement qualifiés. En revanche, ceux qui dépendent uniquement du secteur public ou qui ne peuvent pas financer leurs soins médicaux se retrouvent souvent limités à des services de base, avec des temps d'attente prolongés et une qualité de soins parfois inférieure.

Selon Christophe Prudhomme, les **patients internationaux fortunés**

bénéficiaire de privilèges et de passe-droits, alors que les **hôpitaux publics sont en grande difficulté pour accueillir les patients français** dans des conditions acceptables^{ccxlv}. L'opération d'un émir d'un Etat du Golfe persique à l'hôpital Ambroise Paré en mai 2014 en est l'exemple type. Cela avait nécessité la réservation de neuf chambres ainsi que plusieurs aménagements particuliers comme l'installation de mobiliers et de douchettes dans les WC^{ccxlvii}. Le service public ne traite pas l'ensemble de ses patients sur un pied d'égalité et **accorde des privilèges aux plus fortunés**^{ccxlviii}.

Ces touristes médicaux, disposés à dépenser des sommes importantes, accèdent donc à des services sur-mesure, dispensés par des professionnels hautement qualifiés et dans des délais particulièrement courts. Cette situation soulève un risque majeur : **ces patients internationaux riches pourraient être prioritaires dans l'accès aux soins, au détriment des patients français** relégués à l'arrière-plan, alors qu'ils font déjà face à des **difficultés croissantes pour accéder aux soins, faute de moyens financiers suffisants** pour avancer les frais, payer le reste à charge trop élevé ou les dépassements d'honoraires parfois pratiqués dans les hôpitaux publics.

En effet, une consultation dans une filière privée, bien que plus onéreuse, garantit des **délais d'attente beaucoup plus courts**, contrairement à la filière publique où les délais peuvent être plus longs. Ces écarts ne

se limitent pas aux délais : **la qualité de la prise en charge peut également différer**, renforçant l'impression d'un système à deux vitesses. À l'hôpital public, il semble parfois qu'il y ait deux catégories de patients : les VIP, les patients internationaux, pour lesquels tout est fait avec soin et rapidité, et « le reste »^{ccxlix}.

Le tourisme médical risque d'exacerber cette tendance inquiétante. Selon France Assos Santé, **de plus en plus de français renoncent à se soigner correctement**. En 2019, **deux français sur trois ont dû reporter ou abandonner des soins, principalement pour des raisons financières**. De plus, 45 % des répondants ont déclaré éprouver des difficultés pour avancer les frais ou régler le reste à charge^{cci}. Ces disparités, déjà marquées, risquent de s'aggraver si les hôpitaux continuent de favoriser une logique de rentabilité via le tourisme médical.

Par ailleurs, l'attractivité des hôpitaux en zone urbaine et l'augmentation des prises en charge de patients internationaux risquent d'augmenter les déserts médicaux en France, un phénomène déjà présent sur le territoire. 87% de la population française vit dans un désert médical^{ccli}. Les patients venant de pays frontaliers ainsi que la patientèle venant des autres pays sollicitent de plus en plus les hôpitaux des grandes villes, renforçant leur attractivité au détriment des zones rurales.

B) L'attractivité du secteur privé face aux difficultés budgétaires des hôpitaux publics

Par ailleurs, la **situation financière des hôpitaux publics se dégrade fortement**, ce qui rend le **secteur privé de plus en plus attractif pour les professionnels de santé**, accentuant alors l'existence d'un système de santé à deux vitesses. Bien que les cliniques privées rencontrent aussi des difficultés économiques – en 2022, une clinique sur quatre était déficitaire – leur **situation globale demeure nettement bénéficiaire**^{cclii}. Elles ont tendance à concentrer leurs efforts sur les patients internationaux car ils représentent une **activité de complément** qui permet de rentabiliser l'investissement dans les nouvelles infrastructures et technologies. C'est notamment le cas de l'hôpital de Calais qui mise sur la patientèle britannique susceptible de rapporter plusieurs millions^{ccliii}. Par ailleurs, le secteur privé a aussi reçu une **aide exceptionnelle de 500 millions d'euros** cette année de la part du gouvernement, pour répondre à leurs besoins de trésorerie et soutenir leur activité^{ccliv}.

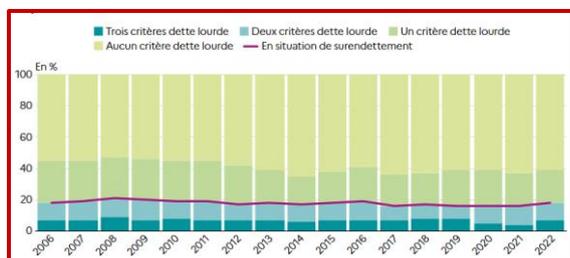


Figure 11 : proportion de cliniques privées en situation de surendettement depuis 2006

À l'inverse, les **hôpitaux publics doivent faire face à une crise budgétaire sans précédent**. En 2022,

65 % des hôpitaux publics étaient déficitaires, représentant près des deux tiers des établissements^{ccliv}, avec un déficit total atteignant 2 milliards d'euros cette année^{cclvi}. **Ce manque de moyens limite leur capacité à moderniser leurs infrastructures, à proposer des salaires attractifs ou à réduire les délais d'attente**, rendant le secteur public moins compétitif face aux cliniques privées. Selon Arnaud Robinet, président de la Fédération hospitalière de France, **la situation budgétaire des hôpitaux publics n'a jamais été aussi dégradée**^{cclvii}.

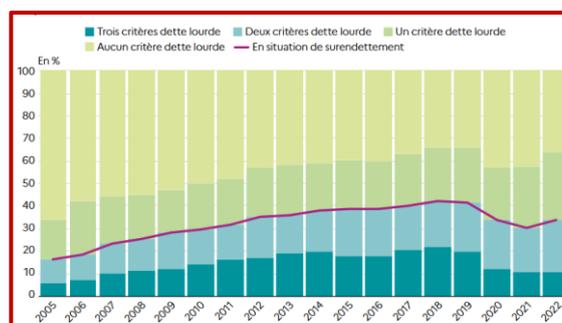


Figure 12 : proportion d'hôpitaux publics en situation de surendettement depuis 2006

Le tourisme médical amplifie ces inégalités et accentue la réalité d'un système de santé à deux vitesses. En concentrant des ressources humaines et matérielles sur une patientèle internationale fortunée, comme le fait l'hôpital américain de Paris où les patients internationaux représentaient 24% de la patientèle en 2020^{cclviii}, le **secteur privé parvient à maintenir un haut niveau de prestations et à attirer des professionnels de santé avec des conditions de travail avantageuses**. Ces établissements, souvent mieux équipés dans le but d'attirer la patientèle étrangère, proposent également des

rémunérations bien supérieures et une plus grande **flexibilité au travail**, ce qui peut encourager une migration des professionnels de santé du public vers le privé.

II. LES CARENCES ECONOMIQUES ET LES DEFIS ETHIQUES

A) La dette hospitalière des patients étrangers

L'augmentation du nombre de personnes étrangères venant se faire soigner en France faisait espérer une potentielle source de revenus et de rentabilité selon le rapport de l'économiste de la santé Jean de Kervasdoué. Il estimait en 2015 que le tourisme médical allait générer 2 milliards d'euros et créer 25 000 à 30 000 emplois sur les cinq années à venir. A ce jour, les chiffres n'ont pas été recensés de manière officielle. Il est donc difficile d'évaluer le potentiel économique estimé.

Cependant, le développement du tourisme médical a accumulé aux débuts de années 2000, une dette hospitalière conséquente. En 2014, la dette des patients étrangers ayant été soignés en France et ne résident pas sur le territoire national s'élevait à 118,6 millions d'euros. Les patients algériens sont en tête avec une dette de 31,6 millions d'euros, puis viennent les patients marocains avec 11 millions d'euros d'impayés. La dette des touristes médicaux venant des États-Unis s'élève à 5,7 millions d'euros, celle des patients belges à 4,9 millions et celle des tunisiens à 4,7 millions. Enfin, la dette des patients venant d'Italie

s'élève à 4,1 millions d'euros. Cette somme ne concerne que les établissements de l'AP-HP^{cclix}.

De plus, les assurances auxquelles il est obligatoire de souscrire ont refusé de payer le dû et de couvrir les impayés, ainsi que les frais laissés par les clients. Effectivement, le quart des factures ne peut être envoyé aux consulats, par manque d'informations au sujet du débiteur, également à cause du format normé pour les adresses françaises ainsi que la barrière linguistique rendant aléatoire la transcription. **En 2017, la dette des patients internationaux s'élevait à 120 millions pour les seuls hôpitaux de l'AP-HP^{cclix}.**

Par ailleurs, il a été constaté par un député, Monsieur Regnard, que certains patients viennent avec un **visa de court séjour, et intègrent l'hôpital par les urgences se faisant diagnostiquer des pathologies lourdes** telles que le cancer ou des insuffisances rénales, et sont pris en charge grâce au droit à la santé^{cclxi}. C'est une garantie fixée aux termes de « l'article L. 6112-2 du code de la santé publique, les établissements publics de santé garantissent l'égal accès de tous aux soins et ils sont ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, notamment lorsque les personnes se présentent au service des urgences ».

B) La promotion du tourisme médical et les contraintes déontologiques

La présence de patients étrangers n'est pas nouvelle pour quelques établissements (Institut Gustave Roussy, Hôpital Américain ...) qui ont maintenu avec discrétion une **tradition institutionnelle ancienne** en la matière, mais également les **établissements frontaliers qui ont répondu à la demande des pays voisins** (Calais, Lille, Nice ...) ^{cclxii}.

Une **demande croissante se manifeste, face au développement du marché mondial de la santé**, et à l'exportation de soin de santé dans le cadre du tourisme médical, en France particulièrement pour sa médecine reconnue à l'internationale ainsi que pour les prix pratiqués particulièrement bas. La promotion de la médecine française jouit d'une réputation mondiale et de certifications de ses hôpitaux comme la Joint commission ^{cclxiii} qui accrédite des hôpitaux du monde entier.

Néanmoins, **la publicité, dès qu'elle concerne les soins, est interdite** car « elle interfère avec l'activité des médecins ou des auxiliaires médicaux, astreints à des **règles déontologiques** » ^{cclxiv}. Les services médicaux peuvent être promus et faire de la publicité. Cependant, cela doit être fait selon des conditions très strictes.

A ce propos, l'Ordre national des médecins a lancé en 2014, un groupe de travail qui avait pour vocation de

tracer les nouvelles limites entre les informations et la publicité, et de s'adapter aux conditions d'Internet et de coller à la "vraie vie".

Des associations comme French Healthcare, ont été mises en place pour **promouvoir "les offres de santé à l'internationale"**. Des groupes mettent en places des fiches thématiques afin de les diffuser auprès d'ambassades, de salons, et divers évènements autour de la santé, afin d'attirer des clients internationaux potentiels.

L'initiative est soutenue par le ministère de l'Europe et des Affaires étrangères, l'Association French Healthcare et Business France.

I. ETUDE COMPARATIVE : LES SOINS DENTAIRES EN HONGRIE ET EN FRANCE

A) La Hongrie, leader européen du tourisme dentaire

Le tourisme médical, et plus spécifiquement dentaire, constitue aujourd'hui un secteur en pleine expansion en Europe. Alors que la Hongrie s'impose comme le leader européen dans ce domaine, la France peine à capitaliser sur ce marché. La Hongrie attire chaque année des milliers de patients européens, notamment français, grâce à un **rapport qualité-prix imbattable et des infrastructures modernes**^{cclxv}.

En revanche, le système de santé français, pourtant réputé pour son excellence, souffre de coûts élevés et d'un manque d'adaptabilité face à cette concurrence internationale.

Depuis plus de trente ans, la Hongrie s'est affirmée comme une destination incontournable pour les soins dentaires en Europe^{cclxvi}. Ce positionnement repose sur plusieurs piliers. D'abord, **les prix pratiqués par les cliniques hongroises sont en moyenne 50 à 60 % moins élevés qu'en France**, tout en garantissant une qualité de soins équivalente, voire supérieure, selon certains standards européens. Ce rapport qualité-prix attire une patientèle étrangère importante, estimée entre **50 000 et 60 000 patients par an**.

Par ailleurs, le secteur dentaire hongrois bénéficie de **politiques publiques favorables, encourageant l'investissement dans des équipements de pointe et la formation de praticiens hautement qualifiés**^{cclxvii}. Le gouvernement hongrois propose des subventions aux cliniques dentaires pour moderniser leurs infrastructures et acquérir des équipements à la pointe de la technologie, tels que les scanners 3D et les lasers dentaires. Ces investissements permettent de garantir des soins précis, rapides et conformes aux normes internationales tout en maintenant des coûts compétitifs.

Les dentistes hongrois, souvent polyglottes, sont formés selon les critères de l'Union européenne, ce qui renforce la confiance des patients étrangers. **Ces derniers sont aussi séduits par la possibilité de se faire rembourser leurs soins sur la base des tarifs nationaux, conformément à la directive européenne 2011/24/UE**^{cclxviii}. Enfin, le contexte culturel et touristique de villes comme Budapest ajoute une dimension attractive à cette expérience de soin.

B) La France face à la concurrence hongroise

En comparaison, **la France souffre d'un handicap majeur : le coût élevé des traitements dentaires**. Bien que les soins soient de qualité, leur accessibilité financière reste limitée pour de nombreux patients. Cette situation pousse un nombre croissant de Français à se tourner vers l'étranger, notamment vers la Hongrie, pour des traitements coûteux tels que les implants dentaires ou les prothèses.

En 2018, les Français ont dépensé près de 4 millions d'euros pour des soins dentaires en Hongrie, représentant 30 % des dépenses européennes dans ce secteur.

Un autre facteur aggravant pour la France réside dans la perception d'un système saturé, avec des délais d'attente importants dans certaines régions et un manque de praticiens, notamment en zones rurales. Cette situation contraste avec l'image de disponibilité et de rapidité qu'offrent les cliniques hongroises.

C) Les risques pour la France

L'évasion économique représente **une perte significative pour les professionnels de santé français et les cliniques privées**. Les montants dépensés à l'étranger échappent au

circuit économique national, ce qui fragilise davantage un secteur dentaire déjà confronté à des défis de rentabilité.

La fuite de patientèle française vers des destinations comme la Hongrie reflète un **problème de perception**. Le système de soins dentaires français est souvent perçu comme inaccessible ou trop cher, ce qui nuit à son attractivité. **Cette fuite pourrait également influencer d'autres secteurs du tourisme médical**, entraînant une perte de compétitivité globale pour la France.

La compétitivité hongroise dans le tourisme dentaire met en évidence les faiblesses structurelles du secteur en France. Si la Hongrie tire profit de politiques publiques incitatives et d'un positionnement stratégique sur le marché européen, **la France doit repenser son modèle pour limiter les pertes économiques et renforcer son attractivité**.

II. ETUDE COMPARATIVE : LE TOURISME MEDICAL EN ALLEMAGNE ET EN FRANCE

A) L'Allemagne, premier concurrent de la France

L'Allemagne est le pays européen qui accueille le plus de patients étrangers. Chaque année, environ **250 000**

patients étrangers^{cclxix} s'y rendent pour recevoir des soins. Comme mentionné précédemment, le tourisme médical génère des revenus considérables et contribue significativement à la création d'emplois.

Si l'Allemagne est le leader européen dans le domaine du tourisme médical, c'est parce que tout est mis en œuvre pour faciliter l'accès aux patients étrangers.

B) Des similitudes avec la France

Les pays occidentaux comme l'Allemagne et la France sont reconnus pour la qualité des traitements qu'ils proposent. De nombreux patients étrangers sont originaires de pays qui ne proposent pas une qualité de soins adéquate ou ne proposent pas certains soins du fait du manque de compétences et de moyens.

Les centres hospitaliers respectent des normes élevées en matière de soins, des protocoles internationaux sont suivis pour procéder aux traitements. Les médicaments sont eux aussi de qualité, issus pour la plupart d'Europe.

1. *Des traitements moins onéreux : le cas de l'Ozempic*

Les coûts sont, pour un grand nombre de patients, la raison principale de se tourner vers un pays pour y recevoir des soins. Le système de santé des Etats-Unis empêche l'accès aux soins à beaucoup d'américains. Or, les Américains ont besoin d'un accès aux soins. **En 2022, le taux d'obésité au**

Etats-Unis dépassait les 40%^{cclxx}. L'Ozempic, un médicament destiné au traitement du diabète, est très recherché par les personnes souffrant d'obésité puisqu'il entraîne une perte de poids. Cependant, en raison du prix du traitement, peu d'américains peuvent y avoir accès. Pour ceux non assurés, ils devront déboursier entre **850\$ et 1600\$ par mois**^{cclxxi}.

C'est pour cette raison que de nombreux patients américains s'orientent vers l'Allemagne afin de profiter d'un traitement peu onéreux, qui revient à **76\$ par mois** pour les patients non assurés.

Le prix de l'Ozempic en France est similaire aux tarifs pratiqués en Allemagne. Pour autant, la France n'est pas la destination préférée des patients américains. **L'attractivité de l'Allemagne** est principalement dû à l'organisation mise en place pour accueillir ces patients en état d'obésité, et notamment **Düsseldorf, principale destination de ces américains**. La ville propose aussi bien des **installations médicales** que des **attractions culturelles**. Les patients peuvent avoir accès à des examens médicaux complets ainsi que des suivis personnalisés par des spécialistes. Un large panel d'activités s'offre aux patients : hôtels de luxe, shopping, sport, visites. On constate donc que des prix bas ne suffisent pas à attirer davantage de clients. C'est la combinaison des soins médicaux de qualité avec des activités culturelles attractives qui permet à un pays de séduire des patients étrangers.

2. L'accessibilité aux patients étrangers

Afin de développer le tourisme médical dans leur pays, les Allemands jouent sur l'accessibilité de leur système de santé. Deux points majeurs mettent en lumière l'avance de l'Allemagne sur la France.

Le **premier** concerne les **délais d'obtention de visas médicaux** pour des raisons médicales qui sont beaucoup plus courts en Allemagne qu'en France. Le rapport Kervasdoué^{cclxxii} rapporte que ces délais peuvent atteindre les **trois semaines en France**, contre **une journée en Allemagne**. Par ailleurs, la réactivité des institutions concernées joue aussi un rôle dans le choix de pays des touristes médicaux, et le manque d'efficacité de ses institutions ne joue pas en faveur de la France.

Le **second point** porte sur la **barrière linguistique**, très réduite dans les hôpitaux allemands. En effet, la plupart des médecins sont bilingues, ils parlent couramment l'anglais. En raison du grand nombre de **patients arabophones**, certains centres hospitaliers allemands se sont adaptés en proposant l'**arabe comme première langue** étrangère^{cclxxiii}. De plus, les noms des infirmières sont aussi inscrits en arabe.

En France, certains hôpitaux comme l'hôpital Américain de Paris ont suivi la tendance allemande en proposant des services administratifs dans plusieurs langues.

Néanmoins, les personnels médicaux de nombreux établissements publics français ont plus de **difficultés à être formés aux langues étrangères**. Selon le témoignage d'un médecin-chirurgien, il est assez rare que des médecins français soient démarchés pour réaliser des interventions à l'étranger car ces derniers sont peu familiers avec les langues étrangères.

3. La communication des établissements allemands sur les prestations de santé

Contrairement aux établissements de santé publics français, les établissements allemands ont moins de restrictions sur la communication de leurs prestations de santé. En France, la publicité des hôpitaux est limitée à une communication informative. Les établissements privés comme les cliniques sont plus libres. En revanche, **l'Allemagne permet aux hôpitaux publics et privés de promouvoir leurs services de manière plus libre**, notamment en valorisant leurs équipements, innovations et expertises.

Une autre opportunité de communication pour les établissements de santé est l'envoi de médecins à l'étrangers afin de réaliser des interventions. Pour rebondir sur la partie précédente, les médecins français contrairement aux médecins allemands sont peu à l'aise avec les langues étrangères et sont par conséquent peu présents à l'étranger, ce qui limite encore plus la communication alors que de nombreux patients choisissent en fonction de ce

qu'ils connaissent déjà. (préciser - sourcer)

Par ailleurs, le **cadre juridique** et la **flexibilité de ses médecins** permettent au système allemand d'être **plus compétitif** en permettant une meilleure visibilité de ses services hospitaliers. A

l'inverse, les restrictions juridiques et la non-présence de médecins français à l'étranger ne permettent pas aux établissements de santé de se faire remarquer et constituent donc un frein au développement du tourisme médical en France.

PARTIE IV : NOS PROPOSITIONS DE DEVELOPPEMENT DU TOURISME MEDICAL TOUT EN PRESERVANT L'EQUITE DU SYSTEME PUBLIC

Au regard des opportunités et des risques que ce marché présente pour le système de santé et la préservation de son caractère équitable, **élaborer une stratégie claire et cohérente pour développer le tourisme médical en France s'avère être une nécessité.** Afin d'alimenter la réflexion nationale sur cette question, nous proposons certaines pistes de réflexion.

Avant toute chose, il serait pertinent de **créer un organisme en charge de centraliser les données sur le tourisme médical en France.** En effet, les données en libre accès manquent, il est donc difficile d'évaluer concrètement ce que représente le tourisme médical. Des données sur le nombre d'étrangers, leur origine,

l'établissement dans lequel ils ont reçu leurs soins, le type d'opération seraient très utiles pour établir des prévisions.

La loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques **autorise les hôpitaux à créer des filiales et à prendre des participations dans des sociétés afin de valoriser leur**

expertise à l'international^{cclxxiv}. Il pourrait être judicieux pour les établissements de santé concentrent leurs efforts en ce sens. Cela leur permettrait d'attirer davantage de touristes médicaux tout en garantissant l'équité du système de santé français puisque cette loi ne la remet pas en cause.

De plus, afin de clarifier les obligations et les droits de chaque partie, il serait intéressant de **suivre le modèle de l'Institut Gustave-Roussy** et de généraliser cette pratique. Il fait participer les patients non-résidents à une **consultation d'éducation médicale** dans le but de les informer de **l'impossibilité de bénéficier d'aucun traitement prioritaire ou de privilège.** Les patients peuvent alors décider librement de poursuivre ou non leur démarche.

Par ailleurs, pour servir une stratégie globale du tourisme médical en France, le gouvernement, ainsi que tous les acteurs de ce marché, gagneraient à **concentrer leur communication sur une plateforme unique à destination des étrangers.** Cette plateforme devrait regrouper toutes les

informations nécessaires à l'ensemble du séjour et mettre en relation les patients avec les différents acteurs. Cette plateforme devrait également être l'interface par laquelle les étrangers réalisent toutes leurs démarches administratives. Elle serait le **premier point de contact de la patientèle étrangère avec le système de soin français** et permettra à l'État d'avoir une **vue d'ensemble sur le marché**.

En somme, l'objectif de cette plateforme serait de **rationaliser les démarches administratives et la communication** entre l'État, les acteurs de santé et du tourisme ainsi que la patientèle.

Certains modèles ont su montrer leur bon fonctionnement. L'Hôpital Américain de Paris propose des **prestations "all inclusive"** comprenant billet d'avion, séjour dans un hôtel et prestation de soins. Développer ce modèle de clinique pourrait intéresser des clients plus fortunés. Faire séjourner des clients plus fortunés dans des hôtels avantageraient les deux parties : les patients auraient accès à davantage de confort, et des lits seraient libérés pour de nouveaux patients.

L'obtention de visas, la validation des devis médicaux et la coordination des parcours de soins sont des procédures pouvant durer plusieurs semaines, freinant parfois les patients étrangers. La **réduction des délais administratifs et logistiques dans le tourisme médical serait dont une piste d'amélioration** pour préserver la compétitivité de la France à l'image de

destinations telles que l'Allemagne, la Turquie ou la Thaïlande qui bénéficient d'une réputation croissante du tourisme médical grâce à des processus simplifiés et des délais réduits.

Instaurer une marge sur chaque paiement effectué par les patients étrangers, dédiée à un fond de compensation spécifique qui permettrait de **pallier le déficit généré par les impayés des patients étrangers**.

Afin d'éviter le cas de figure dans lequel les assurances ou mutuelles des patients ne paieraient pas, mettre en place un **fichier répertoriant les organisations ayant fait défaut de paiement semble être nécessaire**. Cela permettrait d'alimenter une liste de sociétés dont les hôpitaux et cliniques n'accepteraient pas les clients. En parallèle une liste d'assurances agréées par la sécurité sociale seraient indiquées pour que les patients vérifient que leur couverture soit compatible avec le système de santé français.

CONCLUSION

Grâce à son expertise reconnue à l'internationale, à la qualité de ses infrastructures hospitalières ainsi que ses offres de soin à un prix compétitif, la France se classe parmi les meilleures destinations pour le tourisme médical. Ce segment du marché de la santé crée des opportunités économiques dont les retombées sur l'emploi et le tourisme permettraient de soutenir la croissance. Les revenus générés peuvent également stimuler l'investissement et l'innovation qui permettront d'améliorer la qualité de soins prodigués par le système français et *in fine* de renforcer sa compétitivité.

Il est cependant nécessaire d'encadrer ce phénomène pour éviter un système à deux vitesses pouvant compromettre l'accès des citoyens français à des soins équitables ainsi qu'une dégradation des services proposé par l'hôpital public.

Des mesures telles que la création d'un organisme centralisant les données sur le tourisme médical, l'amélioration des démarches administratives, et la mise en place d'un fonds de compensation pour garantir la pérennité des établissements publics tout en absorbant les impayés sont essentiels notamment pour recouvrir la dette hospitalière des patients étrangers.

A travers ce rapport, plusieurs points focaux du système sanitaire français ont été abordés, afin d'identifier les forces et les lacunes de ces derniers. Il est essentiel de prendre du recul pour comprendre l'entièreté du spectre de la souveraineté sanitaire, qui passe par de nombreux acteurs, mécanismes et politiques, qui peuvent être dirigées par le gouvernement.

La restauration de la souveraineté sanitaire française et européenne n'est pas seulement une priorité sanitaire, mais également une nécessité économique et stratégique. Une action coordonnée et ambitieuse est indispensable pour protéger la population, stimuler l'innovation et assurer la puissance de la France dans le domaine de la santé. Cela passe par des investissements ciblés, des politiques publiques adaptées et une volonté politique forte. Intégrer les enseignements des rapports sur les inégalités sociales, les fraudes et le tourisme médical contribuera à concevoir une stratégie holistique, renforçant ainsi la résilience du système de santé.

En outre, le développement de la souveraineté sanitaire repose également sur la capacité de la France à anticiper les futurs enjeux globaux. La transition écologique, la numérisation des systèmes de santé et l'adoption de nouvelles technologies comme l'intelligence artificielle jouent un rôle déterminant dans cette dynamique. Ces transformations exigent une réflexion approfondie pour garantir qu'elles soient inclusives et équitables, afin de bénéficier à l'ensemble de la population, sans aggraver les disparités existantes.

Enfin, pour que cette stratégie soit pleinement efficace, elle doit s'accompagner d'une mobilisation citoyenne et d'une sensibilisation accrue. La participation active de la société civile, des professionnels de santé et des acteurs économiques permettra de créer une dynamique collective en faveur de la résilience et de la souveraineté sanitaire. Cette démarche n'implique pas seulement de réagir aux crises, mais de construire un modèle préventif et durable, capable de faire face aux défis du futur avec efficacité et solidarité.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Dhaya, S. B. (2024, March 15). PIA (Programme d'Investissements d'Avenir) : de quoi s'agit-il ? *Bpi France*. <https://bigmedia.bpifrance.fr/news/pia-programme>
- 2 *Le Programme d'investissements d'avenir* | info.gouv.fr. <https://www.info.gouv.fr/actualite/le-programme-d-investissements-d-avenir> 2018
- 3 *Retour sur : « Choose France » en 2024* | info.gouv.fr. <https://www.info.gouv.fr/actualite/retour-sur-choose-france-en-2024>
- 4 **Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.** (*Plan de relance* . <https://www.e.gouv.fr/plan-de-rel>
- 5 **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (*Innovation santé 2030 : Dossier de presse* .https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse-innovation_sante_2030-f.pdf 2021
- 6 **Vie publique.** (*Rapport sur les politiques publiques* <https://www.vie-publique.fr/fichiers/rapport/pdf/294812.p> 2023
- 7 **Gouvernement français.** *Document officiel sur les informations gouvernementales* <https://www.i.gouv.fr/télécharger/média/contenu/0001/12/df4b733acfa03e77e8faf10444e64ffd2d0927d0.pdf> 2024
- 8 **Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.** (sd). **Reconquête sanitaire : Plan de relocalisation des médicaments essentiels* <https://w.éco.gouv.fr/reconquete-sanitaire-plan-relocalisation-médicaments-essentiels> 2023
- 9 France 2030 : La Commission européenne autorise sept projets français dans le cadre de deux nouveaux projets importants d'intérêt européen commun (PIIEC) dans les secteurs de la santé et de l'hydrogène*. Gouvernement français. <https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/presse/2024/1913>
- 10 **Eurofiscalis.** *PIIEC : ProPIIEC : *Projets importants d'intérêt commun européen.* <https://www.eurof.co/lexiques/p>
- 11 **Euroapi.** *Euroapi *Euroapi franchit une étape majeure du PIIEC santé avec la notification officielle de la Commission européenne* .<https://www.euroapi.com/f/euro-franchit-une-étape-majeure-du-P-santé-avec-la-noti-officielle-de-la-commission-européenne> 2024
- 12 **Initiatives F.** *Med4Cure *Med4Cure IPCEI : 1 milliard d'euros d'aides d'État pour la santé.* <https://www.f-initiative.com/gr/moi-ipcei-1-mi-deuros-daid-dét-po-la-san>
- 13 **Gouvernement français.** (2024) *France 2030 : Lancement d'une consultation pour des projets dans le secteur des technologies médicales innovantes.* https://www.info.gouv.fr/actualite/france-2030-lancements-dune-co-pour-des-pr-dans-le-secteur-d-techno-moi-innovants?utm_sour=chatgpt.com 2024
- 14 **Représentation en France de la Commission européenne.** **Le soutien européen à la santé en France,* https://fr.representant.ec.ee/stratégie-et-priorités/les-politi-cles-pour-la-franc/le-soutien-européen-l-santé-fr-france_fr
- 15 **Ministère des Solidarités et de la Santé.** .*Sécur de la santé* . <https://sante.gouv.fr/systeme-d-san/s-d-la-s>
- 16 **Ministère des Solidarités et de la Santé.** *Sécur de la santé* . <https://sante.gouv.fr/sy-de-s/suivant-de-la-santé/>
- 17 **Ministère des Solidarités et de la Santé.** (2020) *Discours d'Olivier Véran : Conclusions du Sécur de la santé*[PDF]. Aller <https://sant.gouv.fr/IMG/pdf/20-disco-conclusion.pdf>
- 18 **Gouvernement français.** *Discours de présentation du plan de relance économique*[PDF].<https://www.in.gouv.fr/télécharger/média/contenu/0001/08/8d48956285047d0a1b5305733c17f6bab0501578.pdf> 2023
- 19 **Assemblée nationale.** *Rapport sur l'avis de la commission des affaires économiques sur le projet de loi de finances pour 2020*(Rapport https://www.as-nation.f/dyn/16/rapp/cio-éco/l-tix-un#_Toc2 2023
- 20 **Assemblée nationale.** *Rapport sur l'avis de la commission du développement durable et de l'aménagement du territoire sur le projet de loi de finances pour 2022* <https://www.asset-n.fr/dyn/17/rappeur/cion-dvp/l17b0486-tix-rap-avis.pdf> 2024

21 **Portail IE 2022**, janvier 1). *L'industrie de la santé en France aujourd'hui : Entre risques économiques et perte de souveraineté, une nécessaire reconquête de puissance*. <https://www.portail-ie.fr/u/sûreté-et-gouvernant-des-r/2022/jdr--lindustr-de-l-santé-en-fr-aujourd'hui-e-ri-e-et-p-de--souverai-ONU-nécessaire-reconquête> -de -puis 2022

Bibliographie des figures

Figure 1 : Les grands plans d'investissements dans le domaine de la santé en France

Le programme d'investissements d'avenir. (2024). *Le portail de l'actualité du gouvernement.* <https://www.info.gouv.fr/actualite/le-programme-d-investissements-d-avenir>.

Le site officiel de la présidence de la République française. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/choose-france>.

Le portail de l'actualité du gouvernement. <https://www.info.gouv.fr/actualite/retour-sur-choose-france-en-2024>.

Séгур de la santé : les conclusions. (2024) *Ministère des Solidarités et de la Santé.* <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/article/segur-de-la-sante-les-conclusions>.

Plan de relance. (2024) *Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.* <https://www.economie.gouv.fr/plan-de-relance>.

France Relance. (2024). *Le portail de l'actualité du gouvernement.* <https://www.info.gouv.fr/grand-dossier/france-relance>.

Le Plan France Relance. (2024). *Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.* <https://www.economie.gouv.fr/cedef/plan-france-relance>.

France 2030. (2024). *Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.* <https://www.economie.gouv.fr/france-2030>.

France 2030. (2024). *Le portail de l'actualité du gouvernement.* <https://www.info.gouv.fr/grand-dossier/france-2030>.

France 2030 – Document PDF. (2021) *Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.* <https://www.economie.gouv.fr/files/files/2021/France-2030.pdf>.

Figure 2 : Promesses d'investissements des acteurs privés majeurs

Leem. *Attractivité : la France est-elle encore une grande terre d'accueil pour les investisseurs ?* Leem. <https://www.leem.org/100-questions/attractivite-la-france-est-elle-encore-une-grande-terre-d-accueil-pour-les>

BFMTV. (2023, septembre 13). *Moderna veut ouvrir une usine en France mais attend une réponse du gouvernement.* BFMTV. https://www.bfmtv.com/economie/entreprises/industries/moderna-veut-ouvrir-une-usine-en-france-mais-attend-une-reponse-du-gouvernement_AV-202309130780.html

Pfizer. (2023, janvier 19). *BioNTech et Pfizer annoncent l'obtention de l'approbation de l'Institut Paul Ehrlich, l'autorité allemande de réglementation des vaccins, pour leur vaccin à ARNm contre la COVID-19.* Pfizer. <https://www.pfizer.fr/actualites/communiques-de-presse/biontech-et-pfizer-annoncent-lobtention-de-lapprobation-de-linstitut-paul-ehrlich-lautorite-1>

Usine Nouvelle. (2023, septembre 13). *Moderna veut créer une usine en France, mais attend encore des réponses du gouvernement.* Usine Nouvelle. <https://www.usinenouvelle.com/article/moderna-veut-creer-une-usine-en-france-mais.N2171087>

Les Echos. (2020, novembre 20). *COVID-19 : 5 chiffres fous sur le financement des vaccins.* Les Echos. <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/covid-5-chiffres-fous-sur-le-financement-des-vaccins-1269170>

Pfizer. (2021, mai 10). *Pfizer et BioNTech vont potentiellement fournir à l'UE 200 millions de doses de leur candidat vaccin contre la COVID-19.* Pfizer. <https://www.pfizer.fr/actualites/communiques-de-presse/pfizer-et-biontech-vont-potentiellement-fournir-lue-200-millions-de-doses-de-leur-candidat-vaccin>

Ministère de l'Économie. (2021, novembre 26). *Soutien à l'industrie de la santé : 25 nouveaux lauréats du plan de relance.* Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/plan-de-relance/DP_20211126_Soutien_industrie_sante_25_nouveaux%20laureats_Capacity_Building.pdf

Usine Nouvelle. (2022, novembre 10). *Moderna obtient 750 millions de dollars de Blackstone pour financer son vaccin à ARNm contre la grippe.* Usine Nouvelle. <https://www.usinenouvelle.com/article/moderna-obtient-750-millions-de-dollars-de-blackstone-pour-financer-son-vaccin-a-arnm-contre-la-grippe.N2210967>

Usine Nouvelle. (2023, janvier 16). *Choose France 2024 : neuf entreprises pharmaceutiques étrangères investissent en France.* Usine Nouvelle. <https://www.usinenouvelle.com/article/choose-france-2024-neuf-entreprises-pharmaceutiques-etrangees-investissent-en-france.N2212888>

Ministère de l'Économie. (2022, septembre 26). *Choose France 2022 : La France reste attractive pour les investisseurs étrangers.* Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.

https://www.info.gouv.fr/upload/media/organization/0001/01/sites_default/files_contenu_piece-jointe_2022_09_20220926_dp_laureats_ami_sasn.pdf

Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche. (2023, janvier 10). *France 2030 : des résultats concrets et des moyens nouveaux pour la santé numérique.* Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/1-de-france-2030-des-resultats-concrets-et-des-moyens-nouveaux-pour-la-sante-numerique-88186>

Soulier Avocats. (2023, janvier 3). *Choose France 2024 : l'attractivité de la France pour les investisseurs étrangers toujours au sommet.* Soulier Avocats. <https://www.soulier-avocats.com/choose-france-2024-lattractivite-de-la-france-pour-les-investisseurs-etrangees-toujours-au-sommet/>

Ministère de l'Économie. (2023, janvier 20). *Soutenir l'innovation dans les secteurs stratégiques : un dispositif renforcé.* Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. <https://www.entreprises.gouv.fr/priorites-et-actions/autonomie-strategique/soutenir-linnovation-dans-les-secteurs-strategiques-10>

Centre-Val de Loire. (2024, mars 21). *Sommet Choose France 2024 : six projets d'investissements dans la région Centre-Val de Loire.* Centre-Val de Loire. <https://www.centre-valdeloire.fr/lactualite-de-la-region-centre-valdeloire/sommet-choose-france-2024-six-projets-dinvestissements>

Ministère de la Santé. (2023, novembre 18). *Deux ans de France 2030 : des résultats concrets et des perspectives pour la santé.* Ministère de la Santé et de la Prévention. <https://sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/2-ans-de-france-2030-des-resultats-concrets-et-des-perspectives-pour-la-sante>

Figure 3 : Les résultats du plan France 2030

France 2030 : un plan d'investissement pour la France
Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. *France 2030 : un plan d'investissement pour la France.* 2021. <https://www.economie.gouv.fr/files/files/2021/France-2030.pdf?v=1703080909>

France 2030 - Point d'étape après deux ans d'actions menées par la stratégie française en biothérapie et bioproduction de thérapies innovantes
Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. *France 2030 - Point d'étape après deux ans d'actions menées par la stratégie française en biothérapie et bioproduction de thérapies innovantes.* 2023. <https://presse.economie.gouv.fr/france-2030-point-detape-apres-deux-ans-dactions-menees-par-la-strategie-francaise-en-biotherapie-et-bioproduction-de-therapies-innovantes/>

¹ Cles du Social. (2022, 19 mars). *Le regard des Français sur le système de santé.* Consulté le 19 décembre 2024, sur <https://www.clesdusocial.com/le-regard-des-francais-sur-le-systeme-de-sante>

² Droit Travail France. (n.d.). *Protection sociale.* <https://www.droit-travail-france.fr/protection-sociale.php>

³ Vie Publique. (2024, 23 juillet). *Qu'est-ce que la protection sociale ?*. <https://www.vie-publique.fr/fiches/24109-quest-ce-que-la-protection-sociale>

⁴ Sécurité Sociale. (n.d.). *3 minutes pour comprendre.* <https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/3-minutes-pour-comprendre>

⁵ Previsissima. (2024, 2 janvier). *Assurance maladie.* <https://www.previsissima.fr/lexique/assurance-maladie.html>

⁶ Ministère de la santé et de l'accès aux soins. (2024, 6 août). *Système de santé, médico-social et social*. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/systeme-de-sante/article/systeme-de-sante-medico-social-et-social>

⁷ Idem

⁸ Cour des Comptes. (n.d.). *Les établissements de santé publics et privés entre concurrence et complémentarité*. (2023, octobre) <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20231012-secteurs-hospitaliers-public-privé.pdf>

⁹ Sénat. (2024, Septembre 25). *Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ?*. <https://www.senat.fr/rap/r23-776/r23-77610.html>

¹⁰ L'Assurance Maladie. (2024, 13 juin). *Cnam, tête de réseau*. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/organisation/cnam-tete-reseau>

¹¹ Idem

¹² Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. (n.d.). *Le régime français de protection sociale - Introduction*. https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france0.html

¹³ Cour des comptes. (2024, 29 mai). *Ralfss 2024 : Ondam*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Ondam.pdf>

¹⁴ DREES. (2024). *Les dépenses de santé en 2023 Résultats des comptes de la santé* <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/CNS24.pdf>

¹⁵ Cour des comptes. (2024). *La situation financière de la sécurité sociale*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-11/20241106-La-situation-financiere-de-la-securite-sociale.pdf>

¹⁶ Sécurité Sociale. (2025). *PLFSS 2025 : Annexe 09*. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2025/PLFSS2025_Annexe%2009.pdf

¹⁷ Évaluation de la Sécurité Sociale. (n.d.). *Rapports d'Évaluation des Politiques de Sécurité Sociale (REPSS)*. <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1.6.3.%20Recours%20aux%20soins%20et%20cons.html>

¹⁸ Assemblée Nationale. (2024). *Annexe 5 : PLFSS 2025*. <https://www2.assemblee-nationale.fr/static/17/Annexes-DL/PLFSS-2025/PLFSS2025-Annexe05.pdf>

¹⁹ Assemblée Nationale. (n.d.). *Projet de loi n° 325*. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/117b0325_projet-loi.pdf

²⁰ Idem

²¹ DREES. (2022, juillet). *Des résidents de plus en plus âgés et dépendants dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/er1237.pdf>

²² Idem

²³ Lecoq, J ; Samake, H. (2022). *MISSION D'INFORMATION ET D'ÉVALUATION LA SANTÉ À PARIS LE RAPPORT*. <https://cdn.paris.fr/paris/2022/10/07/bafc73b5ae5a97ae88a7fe60934ebfab.pdf>

²⁴ <https://www.lequotidiendumedecin.fr/jeunes-medecins/formation-initiale/jusqua-20-000-euros-par-pour-la-premiere-annee-en-pass-le-cout-des-etudes-de-medecine-expose>

²⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666887?sommaire=7666953>

²⁶ Ministère de la Santé. (n.d.). *LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES D'ACCES A LA SANTE. LUTTER CONTRE LES INEGALITES SOCIALES ET ...* sante.gouv.fr <https://sante.gouv.fr> > IMG > pdf

²⁷ INSEE. (2024, 21 novembre). *Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/8242387?sommaire=8242421&q=Structure+du+financement+de+la+consommation+de+soins+et+de+biens+médicaux>

²⁸ Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. (2018, 25 juin). *Annnonce des comptes de la sécurité sociale pour l'année 2017*. Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. <https://www.economie.gouv.fr/annonce-comptes-securite-sociale-2017>

²⁹ Institut national de la statistique et des études économiques. (2023). *Évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité* [Tableau]. Insee. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/000867639#Tableau>

³⁰ Cases, C. (2008). *Les réformes du système de santé en France depuis 2002 : étapes et enjeux*. *Santé, Société et Solidarité*, (2), 43-51

³¹ Ministère des Solidarités et de la Santé. (2018, juillet). *Plan national de lutte contre les addictions 2018-2022* [PDF]. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

³² Observatoire des inégalités. (2024, 12 mars). *L'obésité touche de manière inégale les milieux sociaux*. Observatoire des inégalités. <https://inegalites.fr/L-obesite-touche-de-maniere-inegale-les-milieux-sociaux#:~:text=L'Observatoire%20des%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20a,Ob%C3%A9pi%20Roche%20%5B2%5D>

³³ Idem

³⁴ Cour des comptes. (2021, décembre). *La politique de prévention en santé : Un enjeu de santé publique* [PDF]. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-12/20211201-politique-prevention-en-sante.pdf>

³⁵ Fédération Hospitalière de France. (n.d.). *La FHF en action : Renforcer l'attractivité des métiers de la santé et du médico-social*. Fédération Hospitalière de France. <https://www.fhf.fr/la-fhf-en-action-renforcer-lattractivite-des-metiers-de-la-sante-et-du-medico-social>

³⁶ Sénat. (2021). *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'évolution de la prise en charge des malades d'Alzheimer et des maladies apparentées* [PDF]. <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-5891.pdf>

³⁷ Berard, A. (2020, 16 juin). *32 milliards d'euros, soit 37 000 euros par an et par patient : c'est le coût de la maladie d'Alzheimer en France*. Fondation Médéric Alzheimer. https://www.fondation-mederic-alzheimer.org/documentary_base/32-milliards-deuros-soit-37-000-euros-par-an-et-par-patient-cest-le-cout-de-la-maladie-dalzheimer-en-france/

- ³⁸ Mauger, C. (2024, 15 mars). *Parkinson : l'IA au service du diagnostic*. *Data Analytics Post*. <https://dataanalyticspost.com/parkinson-ia-diagnostic/>
- ³⁹ Lanne, F. (2024, 11 avril). *Quand l'IA permet la détection précoce de la maladie de Parkinson*. *Les Numériques*. <https://www.lesnumeriques.com/intelligence-artificielle/quand-l-ia-permet-la-detection-precoce-de-la-maladie-de-parkinson-n220664.html>
- ⁴⁰ Cacciarella, D. (2024, 25 février). *Alzheimer : une IA prédit la maladie 7 ans avant les symptômes*. *Fréquence Médicale*. <https://www.frequence medicale.com/generaliste/patient/181589-Alzheimer-une-IA-predit-la-maladie-7-ans-avant-les-symptomes>
- ⁴¹ de Ladoucette, O. (2024, 27 septembre). *La prévention de la maladie d'Alzheimer par le sport devrait être une priorité des politiques de santé publique*. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/09/27/la-prevention-de-la-maladie-d-alzheimer-par-le-sport-devrait-etre-une-priorite-des-politiques-de-sante-publique_6336685_3232.html
- ⁴² Cabrut, S. (2024, 7 juin). *Comment l'activité physique agit au cœur de nos cellules*. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/06/07/comment-l-activite-physique-agit-au-c-ur-de-nos-cellules_6237756_1650684.html
- ⁴³ Santi, P. (2024, 16 mai). *Comment la sédentarité augmente la masse cardiaque des jeunes, et donc les affaiblit*. *Le Monde*. https://www.lemonde.fr/sciences/article/2024/05/16/comment-la-sedentarite-augmente-la-masse-cardiaque-des-jeunes-et-donc-les-affaiblit_6233610_1650684.html
- ⁴⁴ Sécurité sociale. (2024). *Dépenses de santé dans le système de soins*. <https://evaluation.securite-sociale.fr/home/maladie/1-1-3-depenses-de-sante-dans-l-2.html#:~:text=C%E2%80%99est%20le%20cas%20notamment%20pour%20la%20prise%20en,moyen%20est%20d%E2%80%99environ%203%20657%20%E2%82%AC%20par%20patient>
- ⁴⁵ Assurance Maladie. (2022, 24 janvier). *Le risque cardiovasculaire et ses facteurs*. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/risque-cardiovasculaire/definition-facteurs-favorisants>
- ⁴⁶ FR59 Sport-et-sante.pdf
- ⁴⁷ LEEM. (s. d.). *Bilan Économique 2023* (p. 140). Consulté 19 décembre 2024, à l'adresse <https://www.leem.org/sites/default/files/2024-06/BilanEco2023.pdf>.
- ⁴⁸ *Ibid.*
- ⁴⁹ Comité économique des produits de santé, *Rapport d'activité 2022*, (p. 157). Consulté 17 décembre 2024, à l'adresse https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/ra_ceps_2022.pdf.
- ⁵⁰ Sécurité Sociale, *Le marché du médicament en 2023* (p. 6). Consulté 12 décembre 2024, à l'adresse https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2024/CCSS%20-%20Fiche%20éclairage%20mai%202024_Le%20marché%20du%20médicament%20en%202023.pdf.
- ⁵¹ Cours des Comptes, *Un nouveau dépassement de l'ONDAM en 2023, une impérative reprise en de son pilotage dès 2024* (p. 33). Consulté 13 décembre 2024, à l'adresse <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Ondam.pdf>.
- ⁵² LEEM. (s. d.). *Bilan Économique 2023* (p. 140). Consulté 14 décembre 2024, à l'adresse <https://www.leem.org/sites/default/files/2024-06/BilanEco2023.pdf>.
- ⁵³ Chuit Martine, *La clause de sauvegarde, un système de rattrapage, révélateur de la croissance du marché : évolutions et perspectives* (p. 100). Consulté 18 décembre 2024 à l'adresse https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03366399v1/file/Pharmacie_2021_Chuit.pdf.
- ⁵⁴ Recherche : «Plus d'1 milliard d'euros par médicament». (2016, mars 14). *Le Figaro Santé*. <https://sante.lefigaro.fr/actualite/2016/03/14/24736-recherche-plus-dun-milliard-deuros-par-medicament>
- ⁵⁵ Haute Autorité de Santé, *Le parcours du médicament en France*, (p. 8). Consulté 17 décembre 2024 à l'adresse https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/le_parours_du_medicaments_en_france.pdf.
- ⁵⁶ LEEM. (s.d.) *Le commerce extérieur des médicaments* (p.1). Consulté 16 décembre 2024, <https://www.leem.org/le-commerce-exterieur-de-medicaments>
- ⁵⁷ LEEM. (s. d.). *La place de la France dans la production de médicament*, consulté le 16 décembre 2024, <https://www.leem.org/la-place-de-la-france-dans-la-production-de-medicaments>

⁵⁸ LEEM. (s. d.). *Bilan économique 2023*, consulté le 17 décembre 2024, <https://www.leem.org/sites/default/files/2024-02/Bilan%20Eco%202023.pdf>

⁵⁹ Rapport du Sénat, *Relocalisation de la fabrication des médicaments et des principes actifs pharmaceutiques en Europe* du 11 juin 2020, consulté le 18 décembre 2024, https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/duel/15b3082_rapport-fond

⁶⁰ LEEM. (s. d.). *Souveraineté sanitaire et soutenabilité économique des entreprises : le cas du prix des médicaments essentiels*, consulté le 18 décembre 2024, <https://www.leem.org/presse/souverainete-sanitaire-et-soutenabilite-economique-des-entreprises-le-cas-du-prix-des>

⁶¹ SantéGouv. *Feuille de route 2024 – 2027 : Garantir la disponibilité des médicaments et assurer à plus long terme une souveraineté industrielle*, consulté le 17 décembre 2024, <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-medicaments-fevrier-2024.pdf>

⁶² eWorldTrade. (2024, Janvier). *List of top pharmaceutical companies in France*, consulté le 18 décembre 2024, <https://www.eworldtrade.com/blog/list-of-top-pharmaceutical-companies-in-france/>

⁶³ La Dépêche. (2024, Novembre). *Médicaments antalgiques, antithrombotiques en France : Quels sont les produits pharmaceutiques les plus vendus ?* consulté le 18 décembre 2024. <https://www.ladepeche.fr/2024/11/17/medicaments-antalgiques-antithrombotiques-en-france-quels-sont-les-produits-pharmaceutiques-les-plus-vendus-12325236.php>

⁶⁴ Pharmaceutical Technology. (2019, Juillet). *Taisho Pharma completes acquisition of UPSA from BMS*, consulté le 18 décembre 2024. <https://www.pharmaceutical-technology.com/news/taisho-pharma-bms-upsa-acquisition/>

⁶⁵ COTTINEAU, (2011, Novembre). *Novacap reprend la pharma de Rhodia*, L'USINENOUVELLE, consulté le 18 décembre 2024. <https://www.usinenouvelle.com/editorial/novacap-reprend-la-pharma-de-rhodia.N1317792>

⁶⁶ LABORATOIRE LESCUYER, (2022, Janvier). *L'Histoire de la vitamine D3 végétale*, consulté le 18 décembre 2024. <https://www.laboratoire-lescuyer.com/blog/nos-conseils-sante/histoire-vitamine-d3-vegetale#:~:text=Le%20lichen%20boréal%20pousse%20à,de%20nourriture%20pour%20ces%20cervi dés.>

⁶⁷ DELESTREES Justine, (2023, Mai). *Izalgi*, Passeport Santé, consulté le 18 décembre 2024. <https://medicaments.passeportsante.net/gammes/izalgi>

⁶⁸ CHOUVY Pierre-Arnaud, (2011, Novembre) *Le pavot à opium et l'homme : origines géographiques et premières diffusions d'un cultivar*, GEOPIUM, consulté le 18 décembre 2024. <https://www.geopium.org/le-pavot-a-opium-et-lhomme-origines-geographiques-et-premieres-diffusions-dun-cultivar/>

⁶⁹ ANSM, (2022, Janvier) *Entrée en application du nouveau règlement européen relatif aux essais cliniques des médicaments*, consulté le 18 décembre 2024. <https://ansm.sante.fr/actualites/entree-en-application-du-nouveau-reglement-europeen-relatif-aux-essais-cliniques-des-medicaments>

⁷⁰ SANOFI, (2020, Octobre). *L'EMA accepte la soumission réglementaire de l'avalglucosidase alpha, un nouveau traitement de référence potentiel de la maladie de Pompe*, consulté le 18 décembre 2024. <https://www.sanofi.com/assets/dotcom/pressreleases/2020/2020-10-02-05-00-00-2102719-fr.pdf>

⁷¹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). (2024, Septembre). *Vaccin à ARN messenger contre la COVID-19*, consulté le 18 décembre 2024.

<https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-vaccins/covid-19-vaccin-a-arn-messenger-contre-la-covid-19/>

⁷² Ordre National des Pharmaciens. (2022, Décembre). *COVID-19 : Deux nouveaux vaccins disponibles, Nuvaxovid et VidPrevtyn Beta : Mise à disposition du vaccin des laboratoires Sanofi Pasteur et GSK*, consulté le 18 décembre 2024.

<https://www.ordre.pharmacien.fr/les-communications/focus-sur/les-actualites/covid-19-deux-nouveaux-vaccins-disponibles-nuvaxovid-et-vidprevtyn-beta-mise-a-disposition-du-vaccin-des-laboratoires-sanofi-pasteur-et-gsk>

⁷³ Bpifrance Le Lab. (2019, Juillet). *Difficultés d'approvisionnement et hausse des prix des matières premières : Vont-elles perdurer ?* consulté le 18 décembre 2024.

<https://lelab.bpifrance.fr/thematiques/tendances-economiques-et-sectorielles/difficultes-d-approvisionnement-et-hausse-des-prix-des-matieres-premieres-vont-elles-perdurer>

⁷⁴ KORSIA-MEFFRE Stéphane, (2022, Novembre). *Pénurie de médicaments : Quels risques pour les patients ?* Vidal, , consulté le 18 décembre.

<https://www.vidal.fr/actualites/29921-penurie-de-medicaments-quels-risques-pour-les-patients.html>

⁷⁵ Sanofi. (2022, January 7). *Exscientia et Sanofi établissent une collaboration de recherche stratégique pour développer un portefeuille de médicaments de précision conçus grâce à l'intelligence artificielle.*, consulté le 18 décembre.

<https://www.sanofi.com/fr/media-room/communiques-de-presse/2022/2022-01-07-06-00-00-2362917>

⁷⁶ Sanofi. (29/08/2024). *Planet Care : Une stratégie pour atteindre zéro émission nette*. Consulté le 19 décembre 2024, sur <https://www.sanofi.com/fr/investisseurs/environnement-societe-gouvernance/dernieres-actualites/planet-care-strategy-towards-net-zero-emissions>

⁷⁷ Pierre Fabre. (n.d.). *Notre politique de développement durable*. Consulté le 19 décembre 2024, sur <https://www.pierre-fabre.com/fr/nos-engagements/notre-politique-de-developpement-durable>

⁷⁸ Ipsen. (n.d.). *Durabilité*. Consulté le 19 décembre 2024, sur <https://www.ipsen.com/fr/durabilite/>

⁷⁹ Servier. (n.d.). *Servier : Une activité R&D performante sur une trajectoire d'ambition*. Consulté le 19 décembre 2024, sur <https://servier.com/newsroom/servier-activite-rd-performante-trajectoire-ambition/>

⁸⁰ Busfield, J. (2020). Documenting the financialisation of the pharmaceutical industry. *Social Science & Medicine*, 258, 113081.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113096>

⁸¹ Gagnon, M.-A., & Volesky, K. (2017). Merger mania: Mergers and acquisitions in the generic drug sector from 1995–2016. *Globalization and Health*, 13(1), 62.

<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-017-0285-x>

⁸² Gleadle, P., Parris, S., & others. (2014). Restructuring and innovation in pharmaceuticals and biotechs: The impact of financialization. *Critical Perspectives on Accounting*, 25(1), 66–77

<https://doi.org/10.1016/j.cpa.2012.10.003>

⁸³ Rabault, V. (2024). Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi visant à lutter contre les pénuries de médicaments. *Assemblée Nationale*. Retrieved from : https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/rapports/cion-soc/116b2214_rapport-fond

⁸⁴ Sénat. (2023). *Pénurie de médicaments : trouver d'urgence le bon remède* (Rapport n° 828). Retrieved from : <https://www.senat.fr/rap/r22-828-1/r22-828-1.html>

³⁹ Legifrance.gouv. (1983). *Décret n°83-475 du 10 juin 1983 n° 83-475 du 10 juin 1983 relatif au crédit d'impôt institué en faveur de la recherche par l'article 67 de la loi de finances pour 1983*.

Retrieved from : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000315861/>

⁴⁰ Pharmanalyses. (2013). *Médicaments : les coûts explosifs de la R&D*

Retrieved from :

<https://pharmanalyses.fr/medicaments-les-couts-explosifs-de-la-rd/#:~:text=Un%20co%C3%BBt%20moyen%20de%203,le%20march%C3%A9%20un%20nouveau%20m%C3%A9dicament.>

⁴¹ Actu-juridique. (2023). *Focus sur le CIR*

Retrieved from : <https://www.actu-juridique.fr/fiscalite/fiscal-finances/focus-sur-le-cir/>

⁴² Finance innovation. (2022). *Projet de loi de finances 2023 – rapport du Sénat sur le CIR*

Retrieved from : <https://www.financeinnovation.fr/2022/11/22/projet-de-loi-de-finances-2023-rapport-du-senat-sur-le-cir/>

⁴³ Finance innovation. (2023). *La Cour des comptes recommande une maîtrise plus rigoureuse des niches fiscales et un recentrage du CIR pour le projet de loi de finances pour 2024*

Retrieved from : [https://www.financeinnovation.fr/2023/07/13/la-cour-des-comptes-recommande-une-maitrise-plus-rigoureuse-des-niches-fiscales-et-un-recentrage-du-cir-pour-le-projet-de-loi-de-finances-pour-](https://www.financeinnovation.fr/2023/07/13/la-cour-des-comptes-recommande-une-maitrise-plus-rigoureuse-des-niches-fiscales-et-un-recentrage-du-cir-pour-le-projet-de-loi-de-finances-pour-2024/#:~:text=Dans%20sa%20note%20th%C3%A9matique%2C%20la,de%207%200031%20Md%E2%82%AC.)

[2024/#:~:text=Dans%20sa%20note%20th%C3%A9matique%2C%20la,de%207%200031%20Md%E2%82%AC.](https://www.financeinnovation.fr/2023/07/13/la-cour-des-comptes-recommande-une-maitrise-plus-rigoureuse-des-niches-fiscales-et-un-recentrage-du-cir-pour-le-projet-de-loi-de-finances-pour-2024/#:~:text=Dans%20sa%20note%20th%C3%A9matique%2C%20la,de%207%200031%20Md%E2%82%AC.)

⁴⁴ l'info durable. (2024). *France Biotech plaide pour le maintien du crédit impôt recherche*

Retrieved from :

<https://www.linfodurable.fr/france-biotech-plaide-pour-le-maintien-du-credit-impot-recherche-46879>

⁴⁵ Neoma Business School. (2021). *ÉTUDE POUR LA CNEPI - 2021 LA R&D DES GROUPES FRANÇAIS ET LE CIR*

Retrieved from :

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2021_rapport_final_neoma_bs_cir_et_rd_des_groupes.pdf

⁴⁶ Ministère de la Santé et de l'accès aux soins. (2023). *Gestion des pénuries : publication de la liste des médicaments essentiels pour répondre aux besoins prioritaires des Français*

Retrieved from :

<https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/gestion-des-penuries-publication-de-la-liste-des-medicaments-essentiels-pour>

⁴⁷ Haute autorité de la Santé. (2022). *Préconisations de la CIR concernant l'amélioration de l'impact des recommandations de la HAS*

Retrieved from :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/rapport_final_commission_impact_des_recommandations_-_preconisations_-_vf.pdf

⁴⁸ Leem. (2020). *Santé 2030, Une analyse prospective de l'innovation en santé*

Retrieved from :

<https://www.calameo.com/read/00204928446a3c3ad79b5?view=book&page=3>

⁴⁹ Santé.gouv. (2023). *Feuille de Route 2024-2027 ; Garantir la disponibilité des médicaments et assurer à plus long terme une souveraineté industrielle*

Retrieved from :

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-medicaments-fevrier-2024.pdf>

⁵⁰ Santé.gouv. (2022). *Livret conseil stratégique de l'innovation en santé*

Retrieved from :

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/20220706_livret_-_conseil_strategique_de_l_innovation_en_sante.pdf

Sources infographie « Analyse géographique de la chaîne de valeur des principales entreprises pharmaceutiques en France »:

Sanofi. (2024). Document d'enregistrement universel 2023. <https://www.sanofi.com/assets/dotcom/content-app/publications/financial/2023-01-01-document-denregistrement-universel-2023-fr.pdf> consulté le 18 décembre 2024.

Servier. (2023). Rapport annuel intégré 2022/2023. <https://servier.com/wp-content/uploads/2024/03/servier-rapport-annuel-integre.pdf> consulté le 18 décembre 2024.

Pierre Fabre. (2023). Rapport annuel intégré 2022. https://www.pierre-fabre.com/sites/pierre-fabre.com/files/2022-07/Rapport%20Int%C3%A9gr%C3%A9%20du%20groupe%20Pierre%20Fabre%202022_0.pdf consulté le 18 décembre 2024.

Ipsen. (2024). Rapport annuel intégré 2023. https://www.ipsen.com/websites/ipsen_com_v2/wp-content/uploads/sites/3/2024/06/18161424/ipsen-IAR2023_FR_150624_FINAL.pdf consulté le 18 décembre 2024.

Ipsen. (2023). Rapport annuel intégré 2022. https://www.ipsen.com/websites/ipsen_com_v2/wp-content/uploads/2023/05/31145930/Rapport-Annuel-Integre-2022.pdf consulté le 18 décembre 2024.

Ipsen. (2024). Nos sites. <https://www.ipsen.com/france/a-propos-de-nous/nos-sites/> consulté le 18 décembre 2024.

Biocodex (2023). Documents comptables 2022. <https://www.pappers.fr/entreprise/biocodex-562064600/comptes/BIOCODEX%20-%20Comptes%20sociaux%202022%2013-07-2023.pdf> consulté le 18 décembre 2024.

Guerbet (2024). Universal Registration Document 2023. <https://www.guerbet.com/media/apneweiw/guerbet-deu-fr-2023-vdef-03-04-2024.pdf> consulté le 18 décembre 2024.

Novartis. (2024). Novartis in Society Integrated Report 2023. https://www.novartis.com/sites/novartis_com/files/novartis-integrated-report-2023.pdf consulté le 18 décembre 2024.

Novartis. (2024). Novartis Annual Report 2023, https://www.novartis.com/sites/novartis_com/files/novartis-annual-report-2023.pdf. consulté le 18 décembre 2024.

Novartis. (2024). La R&D au cœur de notre entreprise. <https://www.novartis.com/fr-fr/activite/la-rd-au-coeur-de-notre-entreprise> consulté le 18 décembre 2024.

Novartis. (2024). Novartis en France. <https://www.novartis.com/fr-fr/novartis-en-france> consulté le 18 décembre 2024.

GSK. (2024). Annual Report 2023, <https://www.gsk.com/media/11007/annual-report-2023.pdf>. consulté le 18 décembre 2024.

GSK. (2024). Découvrez GSK en France. <https://fr.gsk.com/fr-fr/notre-entreprise/decouvrez-gsk-en-france> consulté le 18 décembre 2024.

Pfizer. (2024). Form 10-k 2023, <https://investors.pfizer.com/Investors/Financials/Annual-Reports/default.aspx>. consulté le 18 décembre 2024.

Pfizer. (2024). Annual Review 2023, https://www.pfizer.com/sites/default/files/investors/financial_reports/annual_reports/2023/, consulté le 18 décembre 2024.

Pfizer. (2024). Impact Report 2023, https://s28.g4cdn.com/781576035/files/doc_financials/2023/ar/Pfizer_2023_Impact_Report_11MAR2024.pdf, consulté le 18 décembre 2024.

Pfizer. (2024). Notre présence en France. <https://www.pfizer.fr/decouvrir-pfizer/notre-presence-en-france>, consulté le 18 décembre 2024.

Boiron. (2024). Rapport financier annuel 2023, https://www.boironfinance.fr/sites/boiron_finance/files/2024-04/Boiron_RFA_2023_FR.pdf. Groupe LFB. (2023), consulté le 18 décembre 2024.

États financiers exercice 2022, <https://www.pappers.fr/entreprise/lfb-laboratoire-francais-du-fractionnement-et-des-biotechnologies-180036147/comptes/LFB%20LABORATOIRE%20FRANCAIS%20DU%20FRACTIONNEMENT%20ET%20DES%20BIOTECHNOLOGIES%20-%20Comptes%20sociaux%202022%2019-10-2023.pdf>, consulté le 18 décembre 2024.

Groupe LFB. (2024). Les chiffres clés du LFB. <https://www.groupe-lfb.com/le-groupe/les-chiffres-cles-du-lfb/>, consulté le 18 décembre 2024.

Groupe LFB. (2024). Le LFB dans le monde, <https://www.groupe-lfb.com/le-groupe/le-lfb-dans-le-monde/>, consulté le 18 décembre 2024.

Eli Lilly and company (2024), <https://investor.lilly.com/news-releases/news-release-details/lilly-reports-q3-2024-financial-results-highlighted-strong#:~:text=The%20company%20updated%202024%20full,continuity%20of%20care%20for%20patients>, consulté le 18 décembre 2024.

Astrazeneca. (2024). Annual report on form 10-k 2023, <https://www.astrazeneca.com/investor-relations/annual-reports.html>, consulté le 18 décembre 2024.

AstraZeneca. (2024, 13 mai). Choose France : AstraZeneca annonce un nouvel investissement de \$388 millions pour son site de Dunkerque portant le montant total de ses investissements engagés en France à près de \$2,2 Mds depuis 2020 [Communiqué de presse]. <https://www.astrazeneca.fr/content/dam/az-fr/communiqués-dossiers-presse/Choose-France-AstraZeneca-130524.pdf>, consulté le 18 décembre 2024.

Roche. (2024). Annual report 2023, <https://www.roche.com/investors/annualreport23>, consulté le 18 décembre 2024.

Johnson & Johnson. (2024). Annual report 2023, https://s203.g4cdn.com/636242992/files/doc_downloads/Annual_meeting/2024/Johnson-Johnson-2023-Annual-Report.pdf consulté le 18 décembre 2024.

Gliszczynski, F et Guinochet, F. (2022, 19 décembre). Servier : « Les bénéfices réalisés en Russie seront affectés à des projets humanitaires ukrainiens » (Olivier Laureau, DG). La Tribune. <https://www.latribune.fr/entreprises-finance/industrie/chimie-pharmacie/servier-les-benefices-realises-en-russie-seront-affectes-a-des-projets-humanitaires-ukrainiens-olivier-laureau-dg-922768.html> consulté le 18 décembre 2024.

EVE Transport et Logistique. (2024, 12 avril). Pierre Fabre inscrit FRET21 dans sa stratégie climat. EVE Transport et Logistique. <https://www.eve-transport-logistique.fr/pierre-fabre-inscrit-fret21-dans-sa-strategie-climat/> consulté le 18 décembre 2024.

Marcellin, D. (2024, octobre 9). Pierre Fabre : l'IA booste la R&D. Alliancy. <https://www.alliancy.fr/pierre-fabre-ia-booste-rd> consulté le 18 décembre 2024.

Cohn, J. (2024, octobre 23). Vente du Doliprane : comment maintenir l'emploi et produire des médicaments pour tous ? Révolution Permanente. <https://www.revolutionpermanente.fr/Vente-du-Doliprane-comment-maintenir-l-emploi-et-produire-des-medicaments-pour-tous> consulté le 18 décembre 2024.

Stella, L. (2024, octobre 15). Rachat du Doliprane : les travailleurs de Sanofi à Lisieux en grève face aux plans patronaux. Révolution Permanente. <https://www.revolutionpermanente.fr/Rachat-du->

[Doliprane-les-travailleurs-de-Sanofi-a-Lisieux-en-greve-face-aux-plans-patronaux](#) consulté le 18 décembre 2024.

L'Alsace. (2024, 11 octobre). Le Doliprane tout proche de passer sous pavillon américain. L'Alsace. <https://www.lalsace.fr/sante/2024/10/11/le-doliprane-tout-proche-de-passer-sous-pavillon-americain> consulté le 18 décembre 2024.

Cottineau, J. (2023, 15 mai). [Choose France 2023] GSK déploie près de 400 millions d'euros pour ses usines et sa R&D en France. L'Usine Nouvelle. <https://www.usinenouvelle.com/article/choose-france-2023-gsk-deploie-pres-de-400-millions-d-euros-pour-ses-usines-et-sa-r-d-en-france.N2132016> consulté le 18 décembre 2024.

Bollekens, P., & Huysen, I. (2019, 26 février). Qui est GSK ? Portrait d'un géant de l'industrie pharmaceutique mondiale. RTBF. <https://www.rtf.be/article/qui-est-gsk-portrait-d-un-geant-de-l-industrie-pharmaceutique-mondiale-10425591> consulté le 18 décembre 2024.

Servier France, (2024). Consulté 19 décembre 2024, à l'adresse <https://www.servier.fr/>.

EPO - Rapport annuel 2018. (2019). Consulté 19 décembre 2024, à l'adresse https://report-archive.epo.org/about-us/annual-reports-statistics/statistics/2022_fr.html consulté 18 décembre 2024.

La fabrication de nos médicaments et vaccins | Sanofi France—Sanofi. (2024). à l'adresse <https://www.sanofi.fr/fr/notre-science/notre-activite-industrielle> consulté 18 décembre 2024

Nouvelle, L. (2023). Servier investit en France, mais vend surtout à l'international. <https://www.usinenouvelle.com/article/servier-investit-en-france-mais-vend-surtout-a-l-international.N2096701> consulté 18 décembre 2024.

Office, E. P. (2019). Rapport annuel 2018. https://report-archive.epo.org/about-us/annual-reports-statistics/statistics/2022_fr.html consulté 18 décembre 2024

ROUSSARD, O. (s. d.). Sanofi veut céder à DHL la logistique de distribution de ses médicaments en France. Voxlog. <https://www.voxlog.fr/actualite/8093/sanofi-veut-ceder-a-dhl-la-logistique-de-distribution-de-ses-medicaments-en-france> consulté 18 décembre 2024.

Sanofi externalise une grande partie de sa logistique France à DHL Supply Chain—Supply Chain Magazine. (2024). <https://www.supplychainmagazine.fr/nl/2024/3994/sanofi-externalise-une-grande-partie-de-sa-logistique-france-a-dhl-supply-chain-907787.php> consulté 18 décembre 2024.

Sanofi revoit sa carte industrielle européenne | Les Echos. (2024). <https://www.lesechos.fr/industrie-services/pharmacie-sante/sanofi-veut-externaliser-la-fabrication-de-ses-principes-actifs-en-europe-1174361> consulté 18 décembre 2024.

Servier investit en France, mais vend surtout à l'international. (2024). <https://www.usinenouvelle.com/article/servier-investit-en-france-mais-vend-surtout-a-l-international.N2096701> consulté 18 décembre 2024.

I. BIBLIOGRAPHIE

Rapport

⁸⁵ World Bank. (2022). Programmes de partenariats public-privé : Élaboration, mise en œuvre et gestion. https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/sites/ppp.worldbank.org/files/2022-06/Programmes_de_Partenariats.pdf

⁸⁶ DREES. (2023). Les dépenses de santé en 2022 : Résultats des comptes de la santé (Édition 2023). Ministère des Solidarités et de la Santé. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-11/Les%20d%C3%A9penses%20de%20sant%C3%A9%20en%202022%20->

[%20R%C3%A9sultats%20des%20comptes%20de%20la%20sant%C3%A9%20-%20%C3%89dition%202023_0.pdf](#)

⁸⁷ Le Cercle des économistes. (n.d.). Surmonter la crise du système de santé.

<https://lecercladeseconomistes.fr/articles/societe/sante/surmonter-la-crise-du-systeme-de-sante/>

⁸⁸ Force Ouvrière. (2023). Santé : des atouts et des faiblesses du système français.

<https://www.force-ouvriere.fr/sante-des-atouts-et-des-faiblesses-du-systeme-francais>

⁸⁹ DREES. (2024). CNS24 : Comptes nationaux de la santé 2024. Ministère des Solidarités et de la Santé.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/CNS24.pdf>

⁹⁰ Le Cercle des économistes. Surmonter la crise du système de santé.

<https://lecercladeseconomistes.fr/articles/societe/sante/surmonter-la-crise-du-systeme-de-sante/>

⁹¹ Mamadou Barry. (2015). Mondes en développement, 2.

<https://shs.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2015-2-page-75?lang=fr>

⁹² Le Moniteur. (2013,). Institut de la vision : le premier PPP est lancé. Le Moniteur.

<https://www.lemoniteur.fr/article/institut-de-la-vision-le-premier-ppp-est-lance.464509>

⁹³ TB Maestro. Partenariat public-privé. TB Maestro.

<https://www.tbmaestro.com/exploitation-et-maintenance/partenariat-public-privé/>

⁹⁴ Guide Vue. Institut de la vision : une histoire de réussite à l'international. Guide Vue.

<https://www.guide-vue.fr/news-detail/institut-la-vision-histoire-d-reussite-l-international>

⁹⁵ Bézard, G. (2005). L'hôpital des Quinze-Vingts s'offre un centre en partenariat public-privé. Le Monde.

https://www.lemonde.fr/economie/article/2005/04/11/l-hopital-des-quinze-vingts-s-offre-un-centre-en-partenariat-public-privé_637718_3234.html

⁹⁶ Guide Vue. L'Institut de la Vision : une histoire de pugnacité collective. Guide Vue.

<https://www.guide-vue.fr/news-detail/l-institut-la-vision-histoire-d-pugnacite-collective>

⁹⁷ La Tribune. (2021). 20 ans de partenariat public-privé : retour sur le moteur indispensable de nos services publics.

La Tribune.

<https://www.latribune.fr/opinions/tribunes/20-ans-de-partenariat-public-privé-retour-sur-le-moteur-indispensable-de-nos-services-publics-1008522.html>

⁹⁸ Marché Public. La différence fondamentale entre un DSP et un marché public. Marché Public.

<https://www.marche-public.fr/MarchesPublics/Definitions/Entrees/DSP.htm#:~:text=La%20diff%C3%A9rence%20fondamentale%20entre%20un%20exploitation%20du%20service.>

⁹⁹ Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales. Autres modes de gestion des services publics locaux. Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales.

<https://www.collectivites-locales.gouv.fr/commande-publique/autres-modes-de-gestion-des-services-publics-locaux#:~:text=D%C3%A9finition,de%20'ex%C3%A9cution%20du%20service.>

¹⁰⁰ Vie Publique. Que sont les partenariats public-privé (PPP) ? Marchés de partenariat. Vie Publique.

<https://www.vie-publique.fr/fiches/20261-que-sont-les-partenariats-public-privé-ppp-marchés-de-partenariat>

¹⁰¹ Légifrance. (2004). Code des marchés publics - Partie législative. Légifrance.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006164481/2004-06-19>

¹⁰² Banque de France. (2024). Fiche 419. Banque de France.

<https://www.banque-france.fr/system/files/2024-04/823415%20Fiche-419.pdf>

¹⁰³ Crédit Professionnel. Les partenariats public-privé (PPP). Crédit Professionnel.

<https://www.creditprofessionnel.com/les-partenariats-public-privé-ppp>

¹⁰⁴ Banque de France. (2024). Fiche 419. Banque de France.

<https://www.banque-france.fr/system/files/2024-04/823415%20Fiche-419.pdf>

¹⁰⁵ Organisation mondiale de la Santé. (2023). Optimizing public-private partnerships for health: A new WHO report.

Organisation mondiale de la Santé.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365603/9789289058605-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=1>

¹⁰⁶ Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). (2017). Une meilleure réglementation des partenariats public-privé d'infrastructures de transport : Partenariats public-privé, budgétisation et établissement des états financiers. OCDE.

https://www.oecd-ilibrary.org/transport/une-meilleure-reglementation-des-partenariats-public-privé-d-infrastructures-de-transport/partenariats-public-privé-budgetisation-et-etablissement-des-etats-financiers_9789282103975-4-fr;jsessionid=aSXrkSQRk1gg1gQax8GjeWMR69Eafm-F6DMeioUB.jp-10-240-5-168

¹⁰⁷ Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. Guide de l'EPEC sur les partenariats public-privé (PPP). Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique.

https://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/ppp/guide_epec_ppp.pdf

¹⁰⁸ Centre National de la Fonction Publique Territoriale (CNFPT). Le partenariat public-privé. Wikiterritorial.

<https://encyclopedie.wikiterritorial.cnfpt.fr/xwiki/bin/view/fiches/Le%20partenariat%20public%20priv%C3%A9/>

¹⁰⁹ Banque mondiale. (2022). Livret sur les partenariats public-privé en Mauritanie. Partenariat pour les infrastructures et l'innovation (PPIAF).

https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/sites/default/files/2022-02/Livret_20_pages_V4_Mauritanie_PPIAF.pdf

¹¹⁰ Intuitive Surgical. Da Vinci systems.

<https://www.intuitive.com/fr-fr/products-and-services/da-vinci/systems>

- ¹¹¹ BFMTV. (2021). Les robots vont-ils bientôt remplacer les médecins dans les hôpitaux ? RMC. https://rmc.bfmtv.com/replay-emissions/estelle-midi/les-robots-vont-ils-bientot-remplacer-les-medecins-dans-les-hopitaux_AV-202111230555.html
- ¹¹² Quantum Surgical. Epione. <https://www.quantumsurgical.com/fr/epione/>
- ¹¹³ Harmonie Santé. (2023). Quelle confiance accorder aux robots ? Harmonie Santé. <https://www.harmonie-sante.fr/sante-soins/innovations/quelle-confiance-accorder-aux-robots>
- ¹¹⁴ Leem. (2023). Intelligence artificielle et données de santé : le mariage du futur. Leem. <https://www.leem.org/100-questions/intelligence-artificielle-et-donnees-de-sante-le-mariage-du-futur>
- ¹¹⁵ L'Usine Digitale. (2023). Un partenariat public-privé veut stimuler l'innovation dans le traitement du cancer grâce à l'IA. L'Usine Digitale. <https://www.usine-digitale.fr/article/un-partenariat-public-privé-veut-stimuler-l-innovation-dans-le-traitement-du-cancer-grâce-a-l-ia.N1140137>
- ¹¹⁶ Action Santé Mondiale. (2023) RGPD applicable à l'IA en santé : réglementation et biais. Action Santé Mondiale. <https://www.actionsantemondiale.fr/rgpd-applicable-ia-sante-reglementation-biais/>
- ¹¹⁷ La Dépêche. (2024). Un chirurgien opère son patient, qui se trouve à 8 000 km de distance. La Dépêche. <https://www.ladepeche.fr/2024/09/22/un-chirurgien-opere-son-patient-qui-se-trouve-a-8-000-km-de-distance-12213603.php>
- ¹¹⁸ Cour des comptes. (2021). Les aides publiques à l'innovation des entreprises : Bilan et perspectives (Report No. 2021-051). Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2021-06/20210520-aides-publiques-innovation-entreprises-2.pdf>
- ¹¹⁹ Université de Limoges. TRAHs - Thèses en préparation et en soutenance. Université de Limoges. <https://www.unilim.fr/trahs/5742>
- ¹²⁰ Think Tank CRAPS. (2023). Faire de la France une terre de partenariat public-privé. Think Tank CRAPS. <https://www.thinktankcraps.fr/faire-de-la-france-une-terre-de-partenariat-public-privé/>
- ¹²¹ BFMTV. (2020). Coronavirus : pourquoi l'essai européen Discovery prend du retard. BFMTV. https://www.bfmtv.com/sante/coronavirus-pourquoi-l-essai-europeen-discovery-prend-du-retard_AN-202005070147.html
- ¹²² Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2020). 15 études cliniques sur la Covid-19 labellisées « priorité nationale de recherche » par le CAPNet. Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/15-etudes-cliniques-sur-la-covid-19-labellisees-priorite-nationale-de-recherche-par-le-capnet-47125>
- ¹²³ Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Recherches en santé : quelles formalités ? Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. <https://www.cnil.fr/fr/recherches-sante-queelles-formalites>
- ¹²⁴ INSERM. Centres d'investigation clinique (CIC). INSERM. <https://www.inserm.fr/nos-recherches/recherche-clinique/centres-investigation-clinique-cic/>
- ¹²⁵ Actuia. (2023). Robotique : le robot chirurgical star effectue des coelioscopies de façon autonome. Actuia. <https://www.actuia.com/actualite/robotique-le-robot-chirurgien-star-effectue-des-coelioscopies-de-facon-autonome/>
- ¹²⁶ PR Newswire. (2011). Un nouveau souffle pour les partenariats public-privé (PPP) hospitaliers. PR Newswire. <https://www.prnewswire.com/news-releases/un-nouveau-souffle-pour-les-partenariats-public-privé-ppp-hospitaliers-135151783.html>
- ¹²⁷ Guide Vue. L'Institut de la Vision : une recherche dédiée aux maladies de l'œil. Guide Vue. <https://blog.guide-vue.fr/linstitut-de-vision-recherche-dediee-aux-maladies-de-loeil/>
- ¹²⁸ Cour des comptes. (2009). Les partenariats public-privé du plan Hôpital 2007 (Tome I). Cour des comptes. https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/3_5_partenariats_public_privé_plan_hopital_2007_Tome_I.pdf
- ¹²⁹ Les Échos. (2014). Eiffage arrête le PPP de l'Hôpital Sud Francilien. Les Échos. <https://www.lesechos.fr/2014/04/eiffage-arrete-le-ppp-de-lhopital-sud-francilien-280233>
- ¹³⁰ PR Newswire. (2011). Un nouveau souffle pour les partenariats public-privé (PPP) hospitaliers. PR Newswire. <https://www.prnewswire.com/news-releases/un-nouveau-souffle-pour-les-partenariats-public-privé-ppp-hospitaliers-135151783.html>
- ¹³¹ Consultor. (2023). Hôpitaux publics et consultants privés : quinze ans de mariage dans la douleur. Consultor. <https://www.consultor.fr/articles/enquete-hopitaux-publics-et-consultants-privés-quinze-ans-de-mariage-dans-la-douleur>
- ¹³² iFRAP. (2023) 44 % par an depuis 8 ans : il est temps de maîtriser le coût du transport sanitaire. iFRAP. <https://www.ifrap.org/budget-et-fiscalite/44-par-depuis-8-ans-il-est-temps-de-maitriser-le-cout-du-transport-sanitaire>
- ¹³³ Public Sénat. (2023). Le coût des transports sanitaires dans le viseur du ministère de l'Économie et des Finances. Public Sénat. <https://www.publicsenat.fr/actualites/sante/le-cout-des-transports-sanitaires-dans-le-viseur-du-ministere-de-leconomie-et-des-finances>
- ¹³⁴ Alternatives Économiques. (2023). Les transports de patients coûtent cher. Alternatives Économiques. <https://www.alternatives-economiques.fr/transports-de-patients-coutent-cher/00112627>

- ¹³⁵ iFRAP. (2023). 44 % par an depuis 8 ans : il est temps de maîtriser le coût du transport sanitaire. iFRAP. <https://www.ifrap.org/budget-et-fiscalite/44-par-depuis-8-ans-il-est-temps-de-maitriser-le-cout-du-transport-sanitaire>
- ¹³⁶ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). Titre du rapport. Organisation mondiale de la santé. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365603/9789289058605-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ¹³⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). Un nouveau rapport de l'OMS propose des actions concrètes pour les gouvernements afin d'optimiser les partenariats public-privé pour la santé. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/europe/fr/news/item/26-01-2023-new-who-report-lays-out-concrete-actions-for-governments-to-optimize-public-private-partnerships-for-health>
- ¹³⁸ Europe en Occitanie. Assurer l'accès à la santé pour tous en Occitanie. Europe en Occitanie. <https://www.europe-en-occitanie.eu/Assurer-l-acces-a-la-sante-pour-tous-en-Occitanie>
- ¹³⁹ Agence régionale de santé (ARS) Occitanie. (2022). Zonage médecins en Occitanie. Agence régionale de santé Occitanie. https://www.occitanie.ars.sante.fr/system/files/2022-05/20220504_Zonage%20m%C3%A9decins_Occitanie%20%28003%29.pdf
- ¹⁴⁰ Sénat. (2014). Le recours aux partenariats public-privé : rapport d'information n° 733 (2013-2014). Sénat. https://www.senat.fr/rap/r13-733/r13-733_mono.html
- ¹⁴¹ Cour des comptes. (2015). Les partenariats public-privé : Rapport public annuel 2015. Cour des comptes. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/125-RPA2015-partenariats-public-privé.pdf>
- ¹⁴² Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). Global report on human resources for health: Workforce 2030 milestones. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365603/9789289058605-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ¹⁴³ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). Rapport mondial sur les ressources humaines pour la santé : Objectifs de la main-d'œuvre 2030. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365603/9789289058605-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- ¹⁴⁴ Ben Abdallah, M. (2024). Partenariats public-privé dans le domaine de la santé. LinkedIn. <https://fr.linkedin.com/pulse/partenariats-public-priv%C3%A9-dans-le-domaine-de-la-sant%C3%A9-ben-abdallah>
- ¹⁴⁵ Sciences Po Executive Education. Partenariats public-privé : définition et mise en œuvre. Sciences Po. <https://www.sciencespo.fr/executive-education/fr/actualites/partenariats-public-privé-definition-et-mise-en-oeuvre/#:~:text=Les%20PPP%20leur%20permettent%20par,des%20co%C3%BBts%20et%20des%20d%C3%A9penses>
- ¹⁴⁶ Lauzier, A., & Collet, G. (2018). Les partenariats public-privé : Quelle place dans les politiques de santé ? Revue internationale de la santé publique, 70(2), 103-112. <https://doi.org/10.1684/ipe.2018.1895>
- ¹⁴⁷ Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2024). Feuille de route médicaments 2024. Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-medicaments-fevrier-2024.pdf>
- ¹⁴⁸ Kellerman, A. (2021). Healthcare in South Africa: How inequity is contributing to inefficiency. University of the Witwatersrand. <https://www.wits.ac.za/news/latest-news/opinion/2021/2021-07/healthcare-in-south-africa-how-inequity-is-contributing-to-inefficiency.html>
- ¹⁴⁹ Columbia Institute. (2019). Le partenariat public-privé : un levier pour la transition énergétique et le développement durable. Columbia Institute. https://columbiainstitute.eco/wp-content/uploads/2019/11/columbiap3_FR_v8_WEB.pdf
- ¹⁵⁰ Institut de Recherche pour le Développement (IRD). (2021). Titre du rapport (Document de travail no 010083423). Institut de Recherche pour le Développement. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/2021-10/010083423.pdf
- ¹⁵¹ Legras, D. (2021). Quelle souveraineté sanitaire pour la France ? Areion24. <https://www.areion24.news/2021/01/21/quelle-souverainete-sanitaire-pour-la-france/>
- ¹⁵² Inspection générale des affaires sociales (IGAS). Les vulnérabilités d'approvisionnement en produits de santé. IGAS. <https://igas.gouv.fr/Les-vulnerabilites-d-approvisionnement-en-produits-de-sante>
- ¹⁵³ Caisse des Dépôts et Consignations. (2022). Rapport sur le financement de l'économie sociale et solidaire(CDC_SCOPE_401). Caisse des Dépôts et Consignations. https://www.caissedesdepots.fr/sites/default/files/2022-11/CDC_SCOPE_401_BD.pdf
- ¹⁵⁴ Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. Synthèse du Plan national de relance et de résilience (PNRR). Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. [https://minefi.hosting.augure.com/Augure_Minefi/r/ContenuEnLigne/Download?id=76326F03-443F-4B0E-9C33-BB5CA147E1F7&filename=PNRR%20-%20Synth%C3%A8se%20\(FR\).pdf](https://minefi.hosting.augure.com/Augure_Minefi/r/ContenuEnLigne/Download?id=76326F03-443F-4B0E-9C33-BB5CA147E1F7&filename=PNRR%20-%20Synth%C3%A8se%20(FR).pdf)
- ¹⁵⁵ Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. (2023). Dossier de presse - Innovation santé 2030. Ministère des Solidarités, de l'Autonomie et des Personnes handicapées. Repéré https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse-innovation_sante_2030-fr.pdf
- ¹⁵⁶ Bernheim, P. (2020). Comment la France peut-elle recouvrer sa souveraineté sanitaire ? La Tribune. <https://www.latribune.fr/opinions/comment-la-france-peut-elle-recouvrer-sa-souverainete-sanitaire-856370.html>

¹⁵⁷ Congressional Research Service. (2021). U.S. healthcare policy: An overview of key issues and challenges (IN11337). Congressional Research Service.

<https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IN/IN11337>

¹⁵⁸ CDC Foundation. COVID-19 response. CDC Foundation.

<https://www.cdcfoundation.org/COVID-19>

¹⁵⁹ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). Le nouveau rapport de l'OMS présente des actions concrètes pour que les gouvernements optimisent les partenariats public-privé pour la santé. Organisation mondiale de la santé.

<https://www.who.int/europe/fr/news/item/26-01-2023-new-who-report-lays-out-concrete-actions-for-governments-to-optimize-public-private-partnerships-for-health>

¹⁶⁰ Banque mondiale. (2016). Guide de référence sur les partenariats public-privé (version française). Banque mondiale.

<https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/sites/default/files/2022-02/Reference-Guide-French-Final-June2016.pdf>

¹⁶¹ Agence Régionale de Santé (ARS). La mission d'inspection et de contrôle des agences régionales de santé. Agence Régionale de Santé.

<https://www.ars.sante.fr/la-mission-dinspection-contrôle-des-agences-regionales-de-santé>

¹⁶² Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance. (2016). Guide pratique des partenariats public-privé (EPEC). Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance.

https://www.economie.gouv.fr/files/directions_services/ppp/guide_epec_ppp.pdf

¹⁶³ Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement – Extraits (Annexe 4, CMEL, CCM). Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.

https://cme.aphp.fr/sites/default/files/CMEDoc/reglementinterieuraphp_annexe4_cmel_ccm_extraits.pdf

¹⁶⁴ Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de La Réunion. (2018). Convergence 31 : Projet stratégique 2018-2023. Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion. <https://www.chu-reunion.fr/wp-content/uploads/2018/08/CHU-Run-Convergence-31-ok.pdf>

¹⁶⁵ Health Data Hub. (2024). Guide pédagogique sur la transparence. Health Data Hub.

<https://www.health-data-hub.fr/sites/default/files/2024-07/Guide%20p%C3%A9dagogique%20sur%20la%20transparence.pdf>

¹⁶⁶ Ministère des Solidarités et de la Santé. Hospidiag : Diagnostic du système hospitalier. Ministère des Solidarités et de la Santé.

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/1-1_hospidiag-2.pdf

¹⁶⁷ France. (2004). Code de la santé publique. Légifrance.

<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006164481/2004-06-19>

¹⁶⁸ Faïz Gallouj, Céline Merlin-Brogniart et Anne-Catherine Moursli-Provost, 2015, « Les partenariats public-privé et leur place dans l'innovation hospitalière : quels enseignements pour le management hospitalier ? », Revue Innovations.

<https://shs.cairn.info/revue-innovations-2015-1-page-161?lang=fr>

¹⁷⁰ Sénat. (2021). Rapport d'information sur le suivi de la gestion de la crise sanitaire. Sénat.

<https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>

¹⁷¹ Cour des comptes européenne, 2018, « Les partenariats public-privé dans l'UE: de multiples insuffisances et des avantages limités », Rapport n°9, Cour des comptes européennes,

<https://op.europa.eu/webpub/eca/special-reports/ppp-9-2018/fr/>

¹⁷² Inspection générale des finances. (2012). Rapport sur les partenariats public-privé. Ministère de l'Économie et des Finances.

<https://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/Rapports%20de%20mission/2012/2012-M-027.pdf>

¹⁷³ Mamadou Barry, 2015, « Les partenariats public-privé pour l'aide à la santé : quelles conditions d'efficacité prendre en compte ? », Mondes en développement.

<https://shs.cairn.info/revue-mondes-en-developpement-2015-2-page-75?lang=fr>

¹⁷⁴ Jeffrey Delmon, « Programmes de Partenariats Public-Privé : Créer un Cadre pour les Investissements du Secteur privé dans les Infrastructures », World Bank.

https://ppp.worldbank.org/public-private-partnership/sites/ppp.worldbank.org/files/2022-06/Programmes_de_Partenariats.pdf

Infographies :

Tableau 1 : Typologie des contrats des PPP

Banque de France. (2024). Fiche 419 : Partenariats public-privé en France.

<https://www.banque-france.fr/system/files/2024-04/823415%20Fiche-419.pdf>

Ministère de la Cohésion des territoires et des Relations avec les collectivités territoriales. (n.d.). *Autres modes de gestion des services publics locaux.*

<https://www.collectivites-locales.gouv.fr/commande-publique/autres-modes-de-gestion-des-services-publics-locaux#:~:text=Définition,de%20l'exécution%20du%20service>

Crédit professionnel. (n.d.). *Les partenariats public-privé (PPP)*.
<https://www.creditprofessionnel.com/les-partenariats-public-privé-ppp>

Fondation IGD. (2021). *Partenariats public-privé : Kesaco ?*
<http://www.fondation-igd.org/wp-content/uploads/2021/06/17-IGD-Kesaco-PPP-Web.pdf>

Tableau 2 : Modèles et structures des PPP dans la santé

Sciences Po. (n.d.). *Partenariats public-privé : définition et mise en œuvre*.
<https://www.sciencespo.fr/executive-education/fr/actualites/partenariats-public-privé-definition-et-mise-en-oeuvre/>

Vie publique. (n.d.). *Que sont les partenariats public-privé (PPP) ?*
<https://www.vie-publique.fr/fiches/20261-que-sont-les-partenariats-public-privé-ppp-marchés-de-partenariat>

Le Monde. (2015, 6 novembre). *Partenariats public-privé : un dispositif de plus en plus décrié*.
https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2015/11/06/partenariats-public-privé-un-dispositif-de-plus-en-plus-decrie_4804403_4355770.html

Carrières publiques. (n.d.). *L'externalisation des services publics : avantages et inconvénients*.
<https://www.carrieres-publiques.com/actualite-fonction-publique-l-externalisation-des-services-publics-avantages-et-inconvenients-d-248v>

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2023). *Optimisation des partenariats public-privé pour la santé : Rapport de l'OMS Europe*.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365603/9789289058605-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Infographie : Analyse comparative des Partenariats Public-Privé en Europe

Nathalie Pedestarrès, 2 juillet 2015, « En Espagne, austérité et privatisations détruisent le système de santé publique et nuisent à la qualité des soins », *basta*,

<https://basta.media/en-espagne-austerite-et-privatisations-detruisent-le-systeme-de-sante-publique>

Maramé Ndour, 2006, « Partenariats public-privé mondiaux pour la santé : L'émergence d'une gouvernance transnationale des problèmes de santé des pays en développement ? », N°7, *Iddri*,

https://www.iddri.org/sites/default/files/import/publications/id_0607_ndour_ppp.pdf

Jacques Demotes-Mainard, Emmanuel Canet et Lionel Segard, 7 février 2007, « Modèles de partenariats Public-Privé en France et en Europe », N°61, *Thérapie*, <https://www.journal-therapie.org/articles/therapie/abs/2006/04/th061535/th061535.html>

Toute l'Europe, 29 mars 2021 « Les dépenses de santé dans les pays de l'Union européenne ». *Touteleurope.eu*.
<https://www.touteleurope.eu/societe/les-depenses-de-sante-dans-les-pays-de-l-union-europeenne/>

« Le numérique en santé en Espagne ». (s. d.). *G_NIUS*.

<https://gni.us.esante.gouv.fr/fr/acteurs/decryptez-la-e-sante-a-l-international/le-numerique-en-sante-numerique-en-espagne>

« Le système de santé italien », 2021, *Cleiss*,

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/italie.html>

OMS, 23 juin 2023, « Santé, économie, bien-être : de nouveaux partenariats pour trouver un terrain d'entente dans la relève des défis régionaux », OMS,

<https://www.who.int/europe/fr/news/item/23-06-2023-health--economics--well-being--new-partnerships-to-find-common-ground-in-addressing-regional-challenges>

Valeria Fargion, 2006, « Le système de santé italien : évolution de la répartition des compétences et du mode de financement », *cairn – Revue française des affaires internationales*,

<https://shs.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2006-2-page-285?lang=fr>

Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, Ylios, *Frontier Economic*, Mars 2015, « Les conditions d'installation des médecins de ville en France et dans cinq pays européens », Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé,

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Monographies_Les_conditions_d_installation_des_medecins_en_ville_dans_5_pays_europeens.pdf

Cleiss, 2021, « Le système de santé allemand », *Cleiss*,

<https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemand.html>

Francesco Testa et Stephano Consiglio, 1995, « Le partenariat public-privé dans la réalisation et la gestion des services publics locaux en Italie », *Revue d'économie financière*,

https://www.persee.fr/doc/ecofi_0987-3368_1995_hos_5_1_2567

Cartographie : Acteurs de la santé dans Partenariats Public-Privé en France

AEF Info. (2024). INNOVATION EN SANTE : LES SYNERGIES ENTRE ACTEURS PUBLICS ET PRIVES SONT DEVENUES INCONTOURNABLES - INSTITUT PASTEUR, AMGEN. AEF Info.
<https://www.aefinfo.fr/depeche/722767-innovation-en-sante-les-synergies-entre-acteurs-publics-et-privés-sont-d>

Le Monde. (2024). L'AVENIR DE LA SANTE SE BATIRA EN COMMUN, EN METTANT DE COTE LES QUERELLES STERILES. Le Monde.
https://www.lemonde.fr/idees/article/2024/05/19/l-avenir-de-la-sante-se-batira-en-commun-en-mettant-de-cote-les-querelles-steriles_6234153_3232.html?utm_source=chatgpt.com

Le Monde. (2024). HOPITAUX PRIVES ET PUBLICS : DES COMPLEMENTARITES ET DES FRICTIONS. Le Monde.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/05/17/hopitaux-privés-et-publics-des-complementarites-et-des-frictions_6233756_3224.html

Le Monde. (2024). LES HOPITAUX PRIVES SUSPENDENT L'APPEL A LA GREVE DU 3 JUIN. Le Monde.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/05/24/les-hopitaux-privés-suspendent-l-appel-a-la-greve-du-3-juin_6235322_3224.html?utm_source=chatgpt.com
Le Monde. (2024). SANTE : LES SENATEURS APPELLENT A MIEUX CONTROLER LA FINANCIARISATION DE L'OFFRE DE SOINS. Le Monde.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/09/25/sante-les-senateurs-appellent-a-mieux-controler-la-financiarisation-de-l-offre-de-soins_6333296_3224.html?utm_source=chatgpt.com

¹⁷⁵ DREES. (2024). *Compte de la santé 2024 : Panorama des dépenses de santé en France*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Consulté le [date d'accès], à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/241120-Panorama-CNS24>

¹⁷⁶ Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>

¹⁷⁷ Ibid.

¹⁷⁸ Dubois, V. *La promotion du contrôle: retour sur la construction politique de la fraude sociale comme problème public*. HAL.
<https://shs.hal.science/halshs-00660674/docu>

¹⁷⁹ Sénat français. (1984-1985). *Rapport d'information n° 69 : Les nouvelles techniques de l'information et leur impact sur les libertés publiques*. https://www.senat.fr/rap/1984-1985/i1984_1985_0069_01_01.pdf

¹⁸⁰ Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>

¹⁸¹ Cour des comptes. (2023). *Certification des comptes du régime général de sécurité sociale*.

Cour des comptes. (2023). *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : Une action plus dynamique à renforcer encore*.

¹⁸² L'Assurance Maladie. (2024). *Lutte contre les fraudes*.

¹⁸³ Analyse des apparitions médiatiques (Youtube)

¹⁸⁴ Assemblée nationale. (n.d.). *Rapport d'enquête sur les moyens mis en œuvre par l'État pour lutter contre la fraude sociale* (Rapport n° 3300). XV^e législature. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cefrausoc/115b3300-t1_rapport-enquete.pdf

¹⁸⁵ DREES. (2023). *La protection sociale en France et en Europe en 2022*. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques. Consulté le 16/12/2024, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/la-protection-0>

¹⁸⁶ *Ensemble des lois de financement de la sécurité sociale depuis 2012*, trouvables sur le site de l'Assemblée Nationale

- ¹⁸⁷ Assemblée nationale. (2016). *Rapport d'information fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur la fraude sociale*. Assemblée nationale. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/cefrausoc/l15b3300-t1_rapport-enquete.pdf
- ¹⁸⁸ Statista. (2024, 30 septembre). *Nombre de visites mensuelles des sites de journaux et d'actualités en France en 2024*. Statista. <https://fr.statista.com/statistiques/1425256/nombre-visites-sites-journaux-actualites-france/>
- ¹⁸⁹ Figaro. (2011, 21 juin). *Les fraudes sociales estimées à 20 milliards d'euros par an*. Le Figaro. <https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2011/06/21/04016-20110621ARTFIG00742-les-fraudes-sociales-estimees-a-20-milliards-d-euros-par-an.php>
- ¹⁹⁰ Le Parisien. (2011, 2 juin). *Un demi-milliard de fraudes sociales en 2010*. Le Parisien. <https://www.leparisien.fr/economie/un-demi-milliard-de-fraudes-sociales-en-2010-02-06-2011-1477238.php>
- ¹⁹¹ Libération. (2011, 22 juin). *La fraude aux prestations sociales se monterait à 20 milliards d'euros*. Libération. https://www.liberation.fr/futurs/2011/06/22/la-fraude-aux-prestations-sociales-se-monterait-a-20-milliards-d-euros_744451/
- ¹⁹² Le Monde. (2011, 15 novembre). *Sarkozy : « Voler la Sécurité sociale, c'est trahir la confiance de tous les Français »*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/election-presidentielle-2012/article/2011/11/15/sarkozy-voler-la-securite-sociale-c-est-trahir-la-confiance-de-tous-les-francais_1603839_1471069.html
- ¹⁹³ Le Point. (2011, 17 novembre). *Escroquerie à la Sécu : la cour d'appel de Paris décortique les rouages du système*. Le Point. https://www.lepoint.fr/societe/escroquerie-a-la-secu-la-cour-d-appel-de-paris-decortique-les-rouages-du-systeme-17-11-2011-1397500_23.php
- ¹⁹⁴ Le Parisien. (2020, 8 septembre). *Fraude sociale à 1 milliard d'euros : « C'est très en deçà de la réalité »*. <https://www.leparisien.fr/economie/fraude-sociale-a-1-milliard-d-euros-c-est-tres-en-deca-de-la-realite-08-09-2020-8380932.php>
- ¹⁹⁵ Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>
- ¹⁹⁶ Jean-Claude Lebas, **"Rapport d'information fait au nom de la commission des finances sur la fraude sociale"**, Sénat, 2019, https://www.senat.fr/rap/r19-699/r19-699_mono.html.
- ¹⁹⁷ Les Décodeurs. (12 octobre). *Six idées reçues sur la fraude sociale : la manne financière, les cartes Vitale usurpées, les pauvres qui profitent du système*, Le Monde. [en ligne](https://www.lemonde.fr/decodage/article/2020/10/12/six-idees-receues-sur-la-fraude-sociale_1603839_1471069.html).
- ¹⁹⁸ France Info. (2024, 9 avril) *Fraude sociale estimée à 13 milliards d'euros : « Les enjeux sont beaucoup du côté du secteur économique »*, selon le président du Haut Conseil au financement de la protection sociale. [en ligne](https://www.franceinfo.fr/economie/fraude-sociale-estimee-a-13-milliards-d-euros_1603839_1471069.html).
- ¹⁹⁹ Service-Public.fr. (n.d.). *Fraude fiscale : définition et sanctions*. <https://entreprendre.service-public.fr/vosdroits/F37725#:~:text=La%20fraude%20fiscale%20se%20définit,des%20sanctions%20pénales%20et%20fiscales.>
- ²⁰⁰ Statista. (n.d.). *Comparaison entre la fraude fiscale et la fraude sociale : Montants détectés et estimés*. <https://fr.statista.com/infographie/29761/comparaison-fraude-fiscale-fraude-sociale-montants-detectes-et-estimes/>
- ²⁰¹ Info.gouv.fr. (n.d.). *Bilan du plan contre les fraudes aux finances publiques*. <https://www.info.gouv.fr/discours/bilan-du-plan-contre-les-fraudes-aux-finances-publiques>
- ²⁰² Insee. (2023). *Fraude aux finances publiques : Comparaison des montants de fraude fiscale et sociale*. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6478533>
- ²⁰³ Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>
- ²⁰⁴ Santé publique France. (n.d.). *Rapport sur la fraude sociale : Analyse et mesures*. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/172747/document_file/24446_7906-d1381.pdf
- ²⁰⁵ Haut-Commissariat à la Stratégie et à la Prospective. (n.d.). *Protection sociale : Paie, coût et vieillissement de la population*. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/protection-sociale-paie-cout-vieillissement-de-population>
- ²⁰⁶ Santé publique France. (n.d.). *Rapport sur la fraude sociale : Analyse et mesures*. https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/172747/document_file/24446_7906-d1381.pdf
- ²⁰⁷ Ministère de l'Économie, des Finances et de la Souveraineté industrielle et numérique. (n.d.). *Lutte contre la fraude sociale : Plan de mesures*. <https://www.economie.gouv.fr/lutte-fraude-sociale-plan>

[mesures#:~:text=La%20lutte%20contre%20la%20fraude%20au%20d%C3%A9tachement%20de%20travailleurs%20atteindra,suppl%C3%A9mentaires%20sur%20la%20m%C3%AAme%20p%C3%A9riode.](#)

²⁰⁸ Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>

²⁰⁹ Ibid.

²¹⁰ Info.gouv.fr. (n.d.). *Bilan du plan contre les fraudes aux finances publiques*. <https://www.info.gouv.fr/discours/bilan-du-plan-contre-les-fraudes-aux-finances-publiques>

²¹¹ CNEWS. (2022, 13 janvier). *Un Français sur deux juge prioritaire la lutte contre la fraude aux prestations sociales*. CNEWS. <https://www.cnews.fr/videos/france/2022-01-13/un-francais-sur-deux-juge-prioritaire-la-lutte-contre-la-fraude-aux-prestations-sociales>

²¹² Sauvé, J.M. (2011, 11 février). *Discours : Fraudes et protection sociale*. Les Entretiens du Conseil d'Etat, cycle de colloques en droit social. <https://www.conseil-etat.fr/publications-colloques/discours-et-interventions/fraudes-et-protection-sociale>

²¹³ Haut Conseil du financement de la protection sociale. (2022, janvier). *Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis - Tome 1*. https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCFIPS/2022/2022-01_Rapport%20Finances%20sociales%20-%20Tome%201.pdf

²¹⁴ Guisse, N., Hoibian, S., & M ller, J. (2015, décembre). * volution du regard des Français sur la protection sociale et sur les politiques de solidarité au cours des vingt dernières années*. CRÉDOC. <https://www.credoc.fr/publications/evolution-du-regard-des-francais-sur-la-protection-sociale-et-sur-les-politiques-de-solidarite-au-cours-des-vingt-dernieres-annees>

²¹⁵ Conseil des pr lvements obligatoires. (2024, 30 janvier). *Baromètre des pr lvements fiscaux et sociaux en France*. <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-01/20240130-Note-CPO-barometre-prelevements-fiscaux-sociaux-seconde-edition.pdf>

²¹⁶ La France insoumise - NFP à l'Assemblée nationale. (2024, date précise si disponible). *EN DIRECT | Présentation du Plan de lutte NUPES contre l'évasion fiscale et les fraudes* [Vidéo]. YouTube. <https://www.youtube.com/live/sa2U451YDq8?si=gQ6KSjd1NTfjKORg>

²¹⁷ Boudoussier, L. (2024, 12 octobre). *Six idées reçues sur la fraude sociale : la manne financière, les cartes Vitale usurpées, les pauvres qui profitent du système*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2024/10/12/six-idees-recues-sur-la-fraude-sociale-la-manne-financiere-les-cartes-vitale-usurpees-les-pauvres-qui-profitent-du-systeme_6349720_4355770.html

²¹⁸ Durupt, F. (2024, 25 septembre). *La fraude sociale évaluée à 13 milliards d'euros par an, majoritairement du fait d'entreprises*. Libération. https://www.liberation.fr/economie/social/la-fraude-sociale-evaluee-a-13-milliards-deuros-par-an-majoritairement-du-fait-dentreprises-20240925_Q7Y4AKY3HFGNDFEG5HOQYAOTZI/

²¹⁹ Rassemblement National. (2022) *Projet : la lutte contre la fraude*.

<https://rassemblementnational.fr/documents/projet/projet-la-lutte-contre-la-fraude.pdf>

²²⁰ Le Monde. (2022, 24 mars). *Marine Le Pen présente un budget bancale de son projet pour la présidentielle*. Le Monde. https://www.lemonde.fr/election-presidentielle-2022/article/2022/03/24/marine-le-pen-presente-un-budget-bancale-de-son-projet-pour-la-presidentielle_6118918_6059010.html

²²¹ Spitzberg, M. *Carte vitale biométrique, une arme anti-fraude ?*, Public Sénat, Août 2023

²²² Lépine, C. Ruol, V. Auville, F. Haddack, H. Bayle, A. *Les évolutions de la carte vitale et la carte biométrique*, Inspection générale des affaires sociales, mai 2023

²²³ Bourrier, M. *Le coup d'envoi au gigantesque chantier de la carte biométrique est donné*, Les Echos, 2022

²²⁴ Grably, R. (2024, 20 mars). *Gabriel Attal veut accélérer la fusion entre carte d'identité et carte Vitale*. BFMTV. https://www.bfmtv.com/tech/actualites/donnees-personnelles/gabriel-attal-veut-accelerer-la-fusion-entre-carte-d-identite-et-carte-vitale_AD-202403200545.html

²²⁵ Uberti, H. (2024, 15 décembre). *La carte biométrique abandonnée au profit d'une application : Tout savoir sur la carte Vitale dématérialisée*. Capital. <https://www.capital.fr/economie-politique/la-carte-biometrique-abandonnee-au-profit-d-une-application-tout-savoir-sur-la-carte-vitale-dematerialisee-1503581>

II. BIBLIOGRAPHIE DES FIGURES INEGALITES

- **Figure 1** : Typologie des fraudes sociales

Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>

Gérard Q. (2024, septembre). *“Une corruption lente et insidieuse” : une rapport évalue la fraude sociale à 13 milliards d’euros par an*. Public Sénat.

<https://www.publicsenat.fr/actualites/economie/une-corruption-lente-et-insidieuse-un-rapport-evalue-la-fraude-sociale-a-13-milliards-deuros-par-an>

Cour des comptes (2023, mai). *Chapitre VII, La lutte contre les fraudes aux prestations sociales ; une action plus dynamique à renforcer encore*. Sécurité sociale.

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2023-10/20230524-Ralfss-2023-7-lutte-contre-fraudes-aux-prestations-sociales.pdf>

Bissuel B. (2024, septembre). *Fraude sociale : un rapport cherche à objectiver le phénomène et plaide pour la prévention*. Le Monde.

https://www.lemonde.fr/politique/article/2024/09/26/fraude-sociale-un-rapport-cherche-a-objectiver-le-phenomene-et-plaide-pour-la-prevention_6334591_823448.html

- **Figure 2** : Chronologie des principaux rapports officiels sur la fraude sociale

Source : Site Cour des comptes, Sénat, Assemblée Nationale, HFIPS

- **Figure 3** : Les catégories de fraudes à l'assurance maladie

Source : Site : CNAM et cour des comptes

- **Figure 4** : Occurrences cumulées continues par mois et année (à partir de 2008)

- **Figure 5** : Nombre total d'articles par mois (sans accumulation) avec tendance sur 6 mois

Explications en annexe

- **Figure 6** : Ratio par médias (trié par importance)

Explications en annexe

- **Figure 7** : Les recommandations

Haut Conseil du Financement de la Protection Sociale. (2024, juillet). *Lutte contre la fraude sociale : État des lieux et enjeux*. Sécurité sociale. <https://contrib.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCFIPS/Rapport/Rapport%20lutte%20contre%20la%20fraude%20sociale%20%C3%A9tat%20des%20lieux%20et%20enjeux.pdf>

Union nationale des syndicats autonomes (2024, septembre). *Lutte contre la fraude sociale : des pistes intéressantes mais à compléter*.

<https://www.unsa.org/Lutte-contre-la-fraude-sociale-des-pistes-interessantes-mais-a-completer.html>

Défenseur des droits. (2023, juillet). *La lutte contre la fraude aux prestations sociales*.

https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-12/fiches-reformes_021_0.pdf

III. ANNEXES METHODOLOGIQUE INEGALITES

Méthodologie d'obtention des données :

1. Récupération des 20 sites des médias les plus lus en ligne en 2024 (<https://fr.statista.com/statistiques/1425256/nombre-visites-sites-journaux-actualites-france/>)
2. Pour chaque site, recherche Google (Google Dorks) pour récupérer les articles avec la mention "fraude sociale" et "assurance maladie" :

France info :

site:francetvinfo.fr -site:france3-regions.francetvinfo.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

Lefigaro.fr

site:lefigaro.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

bfmtv.com

site:bfmtv.com "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

Lemonde.fr

site:lemonde.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

ouest-france.fr

site:ouest-france.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

actu.fr

site:actu.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

leparisien.fr

site:leparisien.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

ladepeche.fr

site:ladepeche.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

20minutes.fr

site:20minutes.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

midilibre.fr

site:midilibre.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

sudouest.fr

site:sudouest.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

lindependant.fr

site:lindependant.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

France 3 régions et Francebleu.fr

site:france3-regions.francetvinfo.fr OR site:francebleu.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

liberation.fr

site:liberation.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

cnews.fr

site:cnews.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

huffingtonpost.fr

site:huffingtonpost.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

ledauphine.com

site:ledauphine.com "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

letelegramme.fr

site:letelegramme.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

lepoint.fr

site:lepoint.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

lavoixdunord.fr

site:lavoixdunord.fr "fraude sociale" "assurance maladie" -inurl:"sitemap"

Média	Nombre d'occurrences	Nombre articles total	Ratio
Le Figaro	119	5 510 000	0,002159709619
Le Monde	32	3480000	0,000919540229
Le Parisien	25	4 030 000	0,000620347394
Le Point	59	970 000	0,006082474227
Le Telegramme	11	7 420 000	0,000148247978
Liberation	35	597000	0,005862646566
L'independant	9	919 000	0,000979325353
Midi libre	12	2 160 000	0,000555555555
Ouest France	25	19 400 000	0,000128865979
Sud Ouest	21	4 250 000	0,000494117647
20 Minutes	26	1770000	0,001468926554
Actu	14	11 100 000	0,000126126126
BFM TV	47	2 970 000	0,001582491582
CNews	11	340 000	0,003235294118
France 3 - Bleu	17	7 970 000	0,000213299874
France Infos	42	7 230 000	0,000580912863
La Depeche	29	7 310 000	0,000396716826
La voix du Nord	6	4 370 000	0,000137299771
Le Dauphine	9	4 790 000	0,000187891440
HuffingtonPost	8	283000	0,002826855124

Nombre d'articles faisant part de "fraude sociale" et "assurance maladie" par rapport au nombre total de pages web du site.

^{ccxxvi} Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). *Medical tourism: Treatments, markets and health system implications: A scoping review*. Organisation mondiale de la santé.

<https://www.birmingham.ac.uk/documents/college-social-sciences/social-policy/hsmc/publications/2011/medical-tourism-scoping-review.pdf>

^{ccxxvii} ESLSCA. (2022, 22 juin). *Tout savoir sur le tourisme médical*. ESLSCA. <https://www.eslsca.ma/blog/tout-savoir-sur-le-tourisme-medical>

^{ccxxviii} Vie publique. (n.d.). *Définition et acteurs du système de santé français*. Vie Publique. <https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais>

^{ccxxix} MTA. (2024). *MTA Patient Survey Report 2024*. MTA.

https://cdn.prod.website-files.com/6272d3f738f67b4c8ee43a10/65a15680c5f22e9280143710_MTA%20Patient%20Survey%20Report%202024%20VF.pdf

ccxxx MTA. (2024). *MTA Patient Survey Report 2024*. MTA.

https://cdn.prod.website-files.com/6272d3f738f67b4c8ee43a10/65a15680c5f22e9280143710_MTA%20Patient%20Survey%20Report%202024%20VF.pdf

ccxxxⁱ France Télévisions. (2020, mars 5). *Santé : un tourisme médical toujours plus attractif*. France TV Info.

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/tunisie/sante-un-tourisme-medical-toujours-plus-attractif_2284572.html

ccxxxⁱⁱ Radio-Canada. (2022, 8 mai). *Ils se font opérer à l'étranger pour éviter les longues files d'attente*. Radio-Canada.

<https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1881947/intervention-chirurgicale-non-urgente-liste-attente-seattle>

ccxxxⁱⁱⁱ Team France Export. (2021, 05 janvier). *Le tourisme médical attire de nombreux patients étrangers en Thaïlande*. Team France Export.

<https://www.teamfrance-export.fr/infos-sectorielles/28835/28835-le-tourisme-medical-attire-de-nombreux-patients-etrangers-en-thaïlande>

ccxxx^{iv} Observatoire Franco-Belge de la Santé. (n.d.). *Zones Organisées d'Accès aux Soins Transfrontaliers (ZOAST)*. Observatoire Franco-Belge de la Santé.

<https://www.ofbs.org/cooperation-franco-belge/zoast/>

ccxxx^v Marguerit, D., Reynaudi, M. (mars 2015). *Quelle place pour la France sur le marché international des soins ?* France stratégie.

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/note-27-fs-sante.pdf>

ccxxx^{vi} Marguerit, D., Reynaudi, M. (mars 2015). *Quelle place pour la France sur le marché international des soins ?* France stratégie.

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/note-27-fs-sante.pdf>

ccxxx^{vii} Medical Tourism Association. (n.d.). *Home*. Medical Tourism Association.

<https://www.medicaltourism.com/mti/home>

ccxxx^{viii} French Healthcare. (n.d.). *Patientèle étrangère*. French Healthcare.

<https://frenchhealthcare.fr/expertises/foreign-patient/>

ccxxxix Investigations et Enquêtes. (2021, 18 novembre). *La France, l'eldorado du tourisme médical*. YouTube.

https://www.youtube.com/watch?v=mICtxIBbxEw&ab_channel=InvestigationsetEnqu%C3%AAates

ccxli Institut Gustave Roussy. (n.d.). *Patients internationaux*. Institut Gustave Roussy.

<https://www.gustaveroussy.fr/fr/patients-internationaux>

ccxlii Deloitte. (2024). *Évolution du tourisme médical au Canada*. Deloitte.

<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/life-sciences-health-care/ca-fr-sciences-de-la-vie-evolution-tourisme-medical-au-canada.pdf>

ccxliii Gbadamassi, F. (2019, 18 mars). *Ces présidents africains qui préfèrent se faire soigner à l'étranger ...* France TV Info.

https://www.francetvinfo.fr/monde/afrique/politique-africaine/ces-presidents-africains-qui-preferent-se-faire-soigner-a-letranger_3233135.html

ccxliv Mandjo, S., AFP Côte d'Ivoire. (2021, 07 septembre). *Non, aucune loi française n'interdit aux présidents africains de se faire soigner en France*. AFP Factual.

<https://factuel.afp.com/doc.afp.com.9M42LM>

ccxlv Mandjo, S., AFP Côte d'Ivoire. (2021, 07 septembre). *Non, aucune loi française n'interdit aux présidents africains de se faire soigner en France*. AFP Factual.

<https://factuel.afp.com/doc.afp.com.9M42LM>

ccxlv Marguerit, D., Reynaudi, M. (mars 2015). *Quelle place pour la France sur le marché international des soins ?* France stratégie.

<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/note-27-fs-sante.pdf>

ccxlvii Julia, V. ., Franceinfo. (2017, 7 janvier). *Tourisme médical en France : une solution pour le déficit des hôpitaux ?* France TV Info.

https://www.francetvinfo.fr/sante/hopital/tourisme-medical-en-france-une-solution-pour-le-deficit-des-hopitaux_2004465.html

ccxlviii AFP. (2014, 16 mai). *Un émir se paye tout un étage dans un hôpital public français*. Libération.

https://www.liberation.fr/societe/2014/05/16/un-emir-se-paye-tout-un-etage-dans-un-hopital-public_1019196/

ccxlix Servière, S. (2015, 19 février). *Tourisme médical : la France doit se positionner sur le haut de gamme*. Fondation IFRAP.

<https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/tourisme-medical-la-france-doit-se-positionner-sur-le-haut-de-gamme>

ccxlix AlloDocteurs.fr. (2019, 17 avril). *Consultations privées à l'hôpital : une médecine à deux vitesses ?* France TV Info.

https://www.francetvinfo.fr/sante/patient/droits-et-demarches/consultations-privées-a-l-hopital-une-medecine-a-deux-vitesses_3402145.html

cccl Henry, A. (2019, 18 novembre). *Enquête BVA pour France Assos Santé : notre système de santé de plus en plus malade !* - France Assos Santé. France Assos Santé.

https://www.france-assos-sante.org/communiqué_presse/enquete-bva-pour-france-assos-sante-notre-systeme-de-sante-de-plus-en-plus-malade/

cccli Fichaux, J. (n. d.). *Déserts médicaux : toujours moins de médecins généralistes*. La Gazette des Communes.

<https://www.lagazettedescommunes.com/906512/deserts-medicaux-toujours-moins-de-medecins-generalistes/>

ccclii Cazenave-Lacroutz A. (2022). *Les établissements de santé en 2022*. Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ES24MAJ260924.pdf>

cccliii Julia, V. (2017, 6 janvier). *Pourquoi les hôpitaux français veulent séduire les patients étrangers ?* France Culture.

<https://www.radiofrance.fr/franceculture/pourquoi-les-hopitaux-francais-veulent-seduire-les-patients-etrangers-1413355>

cccliv Claereboudt, L. (2024, 29 mars). *Tarifs des hôpitaux en 2024 : le Gouvernement accorde une hausse plus forte dans le public que dans le privé*. Egora.

<https://www.egora.fr/actus-pro/hopitaux/tarifs-des-hopitaux-en-2024-le-gouvernement-accorde-une-hausse-plus-forte-dans>

ccclv Cazenave-Lacroutz A. (2022). *Les établissements de santé en 2022*. Drees.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-09/ES24MAJ260924.pdf>

ccclvi Poullennec S. (2024, 03 septembre). *Les hôpitaux publics altèrent sur leur situation financière*. Les Echos.

<https://www.lesechos.fr/economie-france/social/les-hopitaux-publics-alertent-sur-leur-situation-financiere-2116713>

ccclvii Poullennec S. (2024, 03 septembre). *Les hôpitaux publics altèrent sur leur situation financière*. Les Echos.

<https://www.lesechos.fr/economie-france/social/les-hopitaux-publics-alertent-sur-leur-situation-financiere-2116713>

ccclviii American Hospital of Paris. (2021, 10 septembre). *American Hospital of Paris*.

<https://www.american-hospital.org/page/chiffres-cles>

cclix Karoutchi, R. (2015, 30 juillet). *Question de M. KAROUTCHI Roger (Hauts-de-Seine-Le Républicains) publiée le 30/07/2015*. Sénat.

<https://www.senat.fr/questions/base/2015/qSEQ150717459.html>

cclx AFP. (2015). *Hôpitaux : les pays étrangers doivent 120 millions d'euros à l'AP-HP*. Les Échos.

<https://www.lesechos.fr/2015/07/hopitaux-les-pays-etrangeurs-doivent-120-millions-deuros-a-lap-hp-268086>)

cclxi Regnard, D. (2019, 4 novembre). *Question de M. REGNARD Damien (Français établis hors de France – Les Républicains) publiée le 11/04/2019*. Sénat.

<https://www.senat.fr/questions/base/2019/qSEQ190409955.html>)

cclxii Godeluck, S. (2019, 01 février). *Le filon du tourisme médical*. Les Échos.

<https://www.lesechos.fr/2019/02/le-filon-du-tourisme-medical-1021467>)

cclxiii The Joint Commission. (n.d.) *Health care settings*. The Joint Commission.

<https://www.jointcommission.org/what-we-offer/accreditation/health-care-settings/>

cclxiv Fédération Hospitalière de France. (2006). *L'interdiction de la publicité en faveur des établissements de santé – Note d'analyse juridique*. Fédération Hospitalière de France.

[https://www.fhf.fr > default > files > documents](https://www.fhf.fr/default/files/documents)

cclxv Ypsee. (n.d.). *Pourquoi les soins dentaires en Hongrie sont-ils la meilleure option pour votre sourire ?* Ypsee.

<https://www.ypsee.com/blog/pourquoi-les-soins-dentaires-en-hongrie-sont-ils-la-meilleure-option-pour-votre-sourire/>

cclxvi Eurodentaire. (n.d.). *Soins dentaires en Hongrie*. Eurodentaire.

<https://www.eurodentaire.com/destinations/hongrie/soins-dentaires-hongrie/>)

cclxvii Esthetic Planet. (n.d.). *Tourisme dentaire en Hongrie*. Esthetic Planet.

<https://www.esthetic-planet.com/fr/news/tourisme-dentaire-hongrie/>

cclxviii Roque, L. (2021, 18 novembre). *Le tourisme médical dans l'espace de l'Union européenne : Contribution à la qualification de la relation de soin*. HAL.

<https://theses.hal.science/tel-03434470/document>

cclxix Kervasdoué, J. (2024, juin). *Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers*.

<https://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-kervasdoue-juin2014.pdf>

cclxx WHO. (n.d.). *Indicator details*. Organisation mondiale de la santé.
[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-\(age-standardized-estimate\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/prevalence-of-obesity-among-adults-bmi--30-(age-standardized-estimate)-(-))

cclxxi Sarkar, P., & Sarkar, P. (2014, 2 décembre). *Germany fueling medical tourism boom : How you need to know ? - Travel And Tour World*. Travel And Tour World.
<https://www.travelandtourworld.fr/nouvelles/article/L%27Allemagne-alimente-le-boom-du-tourisme-m%C3%A9dical-%3A-ce-que-vous-devez-savoir/>

cclxxii Kervasdoué, J. (2014, juin). *Valoriser les atouts de la France pour l'accueil des patients étrangers*.
<https://www.annuaire-secu.com/pdf/rapport-kervasdoue-juin2014.pdf>

cclxxiii Visit World. (n.d.). *Tourisme médical en Allemagne : assurance maladie pour les étrangers et modalités de traitement*. Visit World.
<https://visitworld.today/fr/blog/1533/medical-tourism-in-germany-health-insurance-for-foreigners-and-how-to-go-for-treatment>

cclxxiv Marguerit, D., Reynaudi, M. (mars 2015). *Quelle place pour la France sur le marché international des soins ?* France stratégie.
<https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/note-27-fs-sante.pdf>

BIBLIOGRAPHIE ASSURANCES SANTE

1. La Mutualité Française. (2024, décembre 17). *La Mutualité impériale - La Mutualité Française*.

<https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/periodes/la-mutualite-imperiale/>

2. La Sécurité Sociale. (2024, décembre 17). *Les grandes dates*.

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>

3. La Mutualité Française. (2024, décembre 17). *La mutualité à la rencontre de l'obligation (1910-1939) - La Mutualité Française*.

<https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/periodes/la-mutualite-a-la-rencontre-de-lobligation-1910-1939/>

4. La Mutualité Française. (2024, décembre 17). *Vers la républicanisation de la Mutualité - La Mutualité Française*.

<https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/periodes/vers-la-republicanisation-de-la-mutualite/>

5. La Mutualité Française. (2024, décembre 17). *Les Trente Glorieuses de la Mutualité (1950-1975) - La Mutualité Française*.

<https://www.mutualite.fr/la-mutualite-francaise/le-mouvement-mutualiste/histoire-des-mutuelles/periodes/les-trente-glorieuses-de-la-mutualite-1950-1975/>

6. Magnolia. (2024, décembre 17). *Projet de Grande Sécu : qu'est-ce que c'est ?*. [Projet de Grande Sécu : qu'est-ce que c'est ? - Magnolia.fr](https://www.magnolia.fr)

7. La Sécurité Sociale. (2024, décembre 17). *Les grandes dates*.

<https://www.securite-sociale.fr/la-secu-cest-quoi/histoire/les-grandes-dates>

8. Ameli. (2024, décembre 17). *Notre histoire | L'Assurance Maladie*.

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/histoire>

9. Le Monde. (2024, décembre 18). *Chute abyssale des comptes de la Sécurité Sociale en pleine crise du Covid-19*.

https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/09/29/chute-abyssale-des-comptes-de-la-securite-sociale-en-pleine-crise-du-covid-19_6054049_823448.html

10. Assurance Maladie. (2024, décembre 18). *Notre organisation : Le réseau de proximité | L'Assurance Maladie*.

[Notre organisation | L'Assurance Maladie](https://www.assurance-maladie.fr/organisation)

11. France Stratégie. (2021, janvier). *Complémentaire santé et prévoyance*. Document de travail du HCAAM.

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/document_travail_hcaam_-_complementaire_sante_et_prevoyance_-_janvier_2021.pdf

12. Mutualité Française. (2022). *47 %, c'est la part de marché des mutuelles en assurance santé en 2022*.

<https://www.mutualite.fr/actualites/47-cest-la-part-de-marche-des-mutuelles-en-assurance-sante-en-2022/>

13. Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. (2023).

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/RapportOC2023_0.pdf

14. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2024). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*.

[Malgré une forte hausse des cotisations, les organismes complémentaires sont globalement en déficit sur leur activité santé en 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-01/Compl%C3%A9mentaire_sant%C3%A9_acteurs_b%C3%A9n%C3%A9ficiaires_garanties.pdf)

15. Mutuelle-entreprise.fr., *Loi ANI*.

<https://www.mutuelle-entreprise.fr/loi-ani/>

-
16. Service-public.fr., *Ministère des Solidarités et de la Santé*.
<https://lannuaire.service-public.fr/gouvernement/2ebb4281-f836-48b6-9b15-4e305d2df145>
17. Stanwell. (n.d.). *Le marché de l'assurance santé en France : défis et opportunités*. Tip Stanwell. <https://tip.stanwell.fr/blog/le-marche-de-lassurance-sante-en-france-defis-et-opportunites/>
18. LolaHealth. (2023). *Augmentation des mutuelles en 2025 : ce qu'il faut savoir*.
<https://blog.lolahealth.fr/augmentation-des-mutuelles-en-2025-ce-qu-il-faut-savoir/>
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (2023). *Rapport OC 2023 : État de santé et assurance maladie*. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/RapportOC2023_0.pdf
20. Exeis Conseil. (n.d.). *Évolutions sociologiques et démographiques en assurance : tendances principales*. <https://exeisconseil.com/article/evolutions-sociologiques-demographiques-assurance-tendances-principales>
21. Journal du droit de la santé et de l'assurance maladie. (2018). *Article, 2018/1, page 38*. Cairn.info. <https://shs.cairn.info/revue-journal-du-droit-de-la-sante-et-de-l-assurance-maladie-2018-1-page-38?lang=fr>
22. Atlas Magazine. (n.d.). *Vieillesse de la population*. <https://www.atlas-mag.net/category/tags/focus/vieillesse-de-la-population>
23. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). (n.d.). *État de santé en France : rapport ER1077*. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1077.pdf>
24. Le Guide Santé. (n.d.). *Technologies médicales et innovations en santé*.
<https://www.le-guide-sante.org/actualites/medecine/technologies-medicales-innovations-technologiques-sante>
25. WebLex. (n.d.). *Innovation médicale : prise en charge possible par l'assurance maladie*. <https://www.weblex.fr/weblex-actualite/innovation-medecine-prise-en-charge-possible-par-l-assurance-maladie>
26. Gandolphe, S., Ahado, F., (2022). *Analyse de l'assurance complémentaire santé entre 2012 et 2020*
https://acpr.banque-france.fr/sites/default/files/medias/documents/20220614_as135_complementaire_sant_e.pdf
27. Batifoulier P., Del Sol M., (Dir.). *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*. IODE. , 333 p., 2022, Collection Amplitude du droit, 978-2-9581843-1-5. hal-03620995
<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-03620995/>

-
28. Bazzocchi, D., (2021). Les cahiers de l'assurance, n°127, p41
https://www.revue-risques.fr/wp-content/uploads/Risques-127_Web.pdf#page=41
29. Leclère, M., (2020). Taille et stratégies des mutuelles face aux mutations de l'assurance santé complémentaire en France
<https://prixdesmemoires.cjdes.org/wp-content/uploads/sites/2/2020/01/M%C3%A9moire-Marc-Lecl%C3%A8re.pdf>
30. Lustman, F., (2022). Redessiner l'assurance santé au bénéfice d'un système créateur de valeur pour tous les Français
https://www.franceassureurs.fr/wp-content/uploads/2022/09/1-2_vf_livre-blanc-sante.pdf
31. Renaux J., (2024). Le marché de l'assurance santé en France : défis et opportunités
<https://tip.stanwell.fr/blog/le-marche-de-lassurance-sante-en-france-defis-et-opportunités/>
32. De Williencourt, C., Ducoulombier, A., (2023)., Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Rapport 2023 Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/RapportOC2023_0.pdf
33. Ruellan, R., (2002)., Rapport sur les relations entre l'Etat et l'assurance maladie
<https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/034000002.pdf>
34. Lapinte, A., Pollak, C., Solotarem, R., (2024). Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), La complémentaire santé Acteurs, bénéficiaires, garanties
https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/CS2024_0.pdf
35. Ministère de la Santé, (2023)., Stratégie nationale de santé 2023 - 2033
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/projet_sns.pdf
36. Cour des Comptes, (2017)., L'avenir de l'assurance maladie Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs
https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-rapport-avenir-assurance-maladie_0.pdf
37. Assurance Maladie, (2024)., Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses
<https://www.ameli.fr/medecin/actualites/30-propositions-de-l-assurance-maladie-pour-ameliorer-le-systeme-de-sante-et-maitriser-les-depenses-0>
38. France Gestion, (2021)., Nouvelle stratégie de gestion des risques pour l'Assurance maladie

<https://www.france-gestion.fr/Actualite/31105/Nouvelle-strategie-de-gestion-des-risques-pour-l-Assurance-maladie>

39. Thourot, P., (2017)., Gestion de l'entreprise d'assurance

<https://shs.cairn.info/gestion-de-l-entreprise-d-assurance--9782100765386?lang=fr>

40. Bonnet, C., Cambois, E., Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, Vol. 76(2), pp. 225-325.

<https://shs.cairn.info/revue-population-2021-2-page-225?lang=fr>

41. INSEE, (2021). 68,1 millions d'habitants en 2070 : une population un peu plus nombreuse qu'en 2021, mais plus âgée. Insee Première, 2021 (1881), p 1.

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5893969#:~:text=Insee%20Premi%C3%A8re%20%C2%B7%20Novembre%202021%20%C2%B7%20n,en%202021%2C%20mais%20plus%20%C3%A2g%C3%A9e&text=Si%20les%20tendances%20d%C3%A9mographiques%20r%C3%A9centes,%2C%20millions%20d'habitants.>

42. Blanpain N., Buisson G., (2016). Projections de population à l'horizon 2070, Deux fois plus de personnes de 75 ans ou plus qu'en 2013, Insee Première, 2016 (1619), p. 4.

[https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#:~:text=Par%20rapport%20%C3%A0%202013%2C%20la,\(%2B%207%2C8%20millions\).](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228#:~:text=Par%20rapport%20%C3%A0%202013%2C%20la,(%2B%207%2C8%20millions).)

43. de Lapasse, B., et al. (2017). Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'observatoire des territoires 2017, p. 6.

https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-11/le_vieillissement_de_la_population_et_ses_enjeux_0.pdf

44. de Lapasse, B., et al. (2017). Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'observatoire des territoires 2017, p. 7.

https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-11/le_vieillissement_de_la_population_et_ses_enjeux_0.pdf

45. Haut Conseil de la Santé Publique (2015). L'outre-mer : territoires et populations, *adsp*, 2015 (91), pp. 19-21.

[L'outre-mer : territoires et populations Haut Conseil de la santé publique https://www.hcsp.fr > Explore.cgi > Telecharger](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger)

46. de Lapasse, B., et al. (2017). Le vieillissement de la population et ses enjeux, Fiche d'analyse de l'observatoire des territoires 2017, p. 14.

https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/sites/default/files/2019-11/le_vieillissement_de_la_population_et_ses_enjeux_0.pdf

47. HCAAM, (2022). Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation en Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcaam-quatre_scenarios_articulation_amo-amc_-_janvier_2022_0.pdf

48. HCAAM, (2022). Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation en Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire, p. 9

https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_hcaam-quatre_scenarios_articulation_amo-amc_-_janvier_2022_0.pdf

49. Perrin, G., (2017). Santé : la baisse du nombre de mutuelles se poursuit, L'argus de l'assurance. <https://www.argusdelassurance.com/acteurs/mutuelles-de-sante-ip/sante-la-baisse-du-nombre-de-mutuelles-se-poursuit.120613>

50. Bonnet, C., Cambois, E., Fontaine, R. (2021). Dynamiques, enjeux démographiques et socioéconomiques du vieillissement dans les pays à longévité élevée. *Population*, Vol. 76(2), pp. 225-325.

<https://shs.cairn.info/revue-population-2021-2-page-225?lang=fr>

51. Cleis. (2023). La sécurité sociale aux Etats-Unis. *L'Affordable Care Act (ACA) ou réforme « ObamaCare »*

https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_etatsunis.html#L'Affordable%20Care%20Act%20ou%20r%C3%A9forme%2022Obama%20Care%22

52. Telesford I. Health System Tracker. (Août 2024). *Beyond cost, what barriers to health care do consumers face?*

<https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/beyond-cost-what-barriers-to-health-care-do-consumers-face/>

53. Altman, D., (Décembre 2024). *KFF. Making Sense of Medicaid work requirements.*

<https://www.ke.org/from-drew-altman/making-sense-of-medicaid-work-requirements/>

54. Assistant Secretary for Public Affairs. (Mars 2022). *About the affordable Care Act.*

55. Cubanski, J., Kates J., Tolbert, J. Freed, M.,. (Janvier 2023). *What happens when covid-19 emergency declarations end? Implications for coverage, costs, and access.*

<https://www.ke.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/what-happens-when-covid-19-emergency-declarations-end-implications-for-coverage-costs-and-access/#coverage-costs-and-payment>

56. The white House. (Janvier 2023). *Statement from President Joe Biden on Record ACA Enrollment Numbers.*

<https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2023/01/25/statement-from-president-joe-biden-on-record-aca-enrollment-numbers/>

57. NHS England, (March 2024), *Structure of the NHS.*

<https://www.england.nhs.uk/long-read/structure-of-the-nhs/>

58. Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N. (Novembre 2022), *United Kingdom Health System Summary*, p 4- 10

<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/united-kingdom-health-system-summary>

59. Keith, J., Lawless, A., Ewbank, L., Boshari, T., Gardner T. (Août 2024), *Is the use of privately funded health care on the rise ?*

<https://www.health.org.uk/reports-and-analysis/analysis/is-the-use-of-privately-funded-health-care-on-the-rise>

60. Camps-Matos, I., Stannard, J., De Sousa, E., O'Connor, R., Newton, J., (Décembre 2019), *From Health for all to leaving no-one behind : public health agencies, inclusion health, and health inequalities.*

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30227-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30227-0/fulltext)

61. NHS Providers, (Juillet 2024), *10 facts about the NHS workforce*, p1.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(19\)30227-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(19)30227-0/fulltext)

62. Health Spaces, End-to-end Healthcare Expertise.

https://www.healthsystemtracker.org/archive/?_sft_category=spending

BIBLIOGRAPHIE INÉGALITÉS SOCIALES

¹ World Health Organization. *Constitution*. (2024, décembre 19)

<https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>

² Observatoire des inégalités. *Inégalités de santé*. (2023, juillet 5)

<https://inegalites.fr/inegalites-de-sante>

³ Ministère de L'Éducation Nationale. (s.d.). *Actions éducatives*.

<https://www.education.gouv.fr/bo/16/Hebdo5/MENE1601852C.htm>

⁴ Ministère des Solidarités, *Baromètre d'opinion de la Drees, module « inégalités »*

<https://odin-dataviz->

[drees.sante.gouv.fr/digdash_dashboard_dataviz_drees/?defaultPage=Barom%C3%A8tre_d_opinion_Barom%C3%A8tre_d_opinion&user=dataviz_sante&pass=dataviz_sante#5](https://odin-dataviz-drees.sante.gouv.fr/digdash_dashboard_dataviz_drees/?defaultPage=Barom%C3%A8tre_d_opinion_Barom%C3%A8tre_d_opinion&user=dataviz_sante&pass=dataviz_sante#5)

⁵ Observatoire des Inégalités, « *Que pensent les français des inégalités ?* »

<https://inegalites.fr/Que-pensent-les-Francais-des-inegalites>

⁶ INSEE, *Taux de mortalité*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>

⁷ INSEE, *Inégalités dans la qualité de vie*

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4659174?sommaire=4774594>

⁸ DREES, *Les inégalités sociales de santé*, Thierry Lang

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf

⁹ OMS, *Droits humains*

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

¹⁰ OMS, « *Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins* »

<https://www.who.int/fr/news/item/27-06-2017-joint-united-nations-statement-on-ending-discrimination-in-health-care-settings>

¹¹ Haute Autorité de Santé, *Rapport d'analyse prospective 2024*

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-10/ameliorer_la_qualite_en_sante_rapport_danalyse_prospective_has_2024.pdf

ETUDE DE CAS N°1

¹² Vie publique, « *Accès aux soins : les inégalités territoriales s'aggravent* », publié en ligne.

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/294142-acces-aux-soins-les-inegalites-territoriales-saggravent> .

¹³ Fondation Jean-Jaurès, « *Cartes de France de l'accès aux soins : soignants et patients face aux inégalités territoriales* », publié en ligne.

<https://www.jean-jaures.org/publication/cartes-de-france-de-lacces-aux-soins-soignants-et-patients-face-aux-inegalites-territoriales/> .

¹⁴ Sénat, Rapport n° 137 (2024-2025), « *Rapport d'information sur l'accès aux soins* », publié en ligne.

<https://www.senat.fr/rap/r24-137/r24-1372.html> .

¹⁵ Fondation iFRAP, « *Comment se place le système de santé français dans les classements internationaux ?* », publié en ligne.

https://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/comment-se-place-le-systeme-de-sante-francais-dans-les-classements-internationaux#_ftn2

APRIL International, « *Quels sont les pays avec les meilleurs systèmes de santé ?* », publié en ligne.

<https://www.april-international.com/fr/assurance-expatrie/guide/quels-sont-les-pays-avec-les-meilleurs-systemes-de-sante> .

Health Consumer Powerhouse, « *Euro Health Consumer Index 2024* », publié en ligne.

Disponible à : <https://healthpowerhouse.com/>

ETUDE DE CAS N°2

¹⁶ Gollier, C. (2005) . *Les déterminants socio-économiques des comportements face aux risques Commentaire*. Revue économique, Vol. 56(2), pp. 417-421.

<https://doi.org/10.3917/reco.562.0417>

¹⁷ Institut national de la Jeunesse et de l'Éducation populaire. (2023). *Baromètre national des pratiques sportives 2023*

<https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/12/Rapport-2023-15-Barometre-pratiques-sportives-2023.pdf>

¹⁸ *Accueil - pass Sport*. sport.gouv.fr. <https://www.pass.sports.gouv.fr/>

¹⁹ Maurin, L. (2024, février 28). Les sports d'hiver, une pratique de privilégiés. *Observatoire des Inégalités*.

<https://www.inegalites.fr/Les-sports-d-hiver-une-pratique-de-privilegies>

²⁰ Maurin, L. (2024, 5 septembre). Activités sportives : des pratiques inégales. *Observatoire des Inégalités*.

<https://inegalites.fr/Activites-sportives-des-pratiques-inegales>

²¹ *L'État*. sports.gouv.fr.

<https://www.sports.gouv.fr/l-etat-527>

²² *Le Pass'Sport renouvelé pour la saison 2024-2025.* service-public.fr.

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A15850>

²³ *Déploiement du Pass'Sport en 2024 : en progrès, mais encore loin des objectifs visés.* enseignants.se-unsa.org.

<https://enseignants.se-unsa.org/Deploiement-du-Pass-Sport-en-2024-en-progres-mais-encore-loin-des-objectifs>

²⁴ *Ministère des Sports & Ministère des Solidarités et de la Santé. (2019). Stratégie nationale Sport-Santé 2019-2024.* sport.gouv.fr.

<https://www.sports.gouv.fr/strategie-nationale-sport-sante-2019-2024-85>

²⁵ *Redonner du souffle aux « 30 minutes d'activité physique quotidienne à l'école » pour améliorer la santé des élèves.* Sénat. (2024, 25 septembre).

https://www.senat.fr/rap/r23-774/r23-774_mono.html

²⁶ Claude R., Nathalie B., Simon C., Jean-Baptiste G., Sarah V. (2024). *Le sport de demain : quelles politiques nationales et internationales ?* publika.skema.edu.

<https://publika.skema.edu/fr/le-sport-de-demain-politiques-nationales-et-internationales/>

ETUDE DE CAS N°3

²⁷ Bauer, D. et Maurette, J. (2021) . Chapitre 3. L'origine des doutes. *Au mépris du corps des femmes Le scandale des implants Essure.* (p. 47 -78). Éditions de l'Atelier.

<https://shs-cairn-info.proxy.rubens.ens.fr/au-mepris-du-corps-des-femmes--9782708253742-page-47?lang=fr>

Haut Conseil à l'Égalité, « *Prendre en compte le sexe et le genre pour mieux soigner : un enjeu de santé publique* », rapport n° 2020-11-04, novembre 2020

²⁸ Haute Autorité de Santé, Commission de la transparence

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-4950_spasfon_.pdf

²⁹ *Pilules roses: De l'ignorance en médecine,* Livre de Juliette Ferry-Danini

[https://www.fnac.com/a18281588/Juliette-Ferry-Danini-Pilules-roses?NUMERICAL=Y&Origin=fnac_google#FORMAT=ebook%20\(ePub\)](https://www.fnac.com/a18281588/Juliette-Ferry-Danini-Pilules-roses?NUMERICAL=Y&Origin=fnac_google#FORMAT=ebook%20(ePub))

³⁰ Haute Autorité de Santé

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/ct-4950_spasfon_.pdf

³¹ ANSM, Rapports publiés sur la base de données Efemeris

<https://ansm.sante.fr/evenements/comite-reproduction-grossesse-et-allaitement-5>

<https://ansm.sante.fr/evenements/comite-reproduction-grossesse-et-allaitement-5>

³² Revues Prescrire, "Médicaments à écarter - Bilan 2025"

https://www.prescrire.org/portals/0/Pdf/Bilan/Pour_mieux-soigner_des_medicaments_a_ecarter_bilan_2025.pdf

<https://prescrire.org/femmes-enceintes-et-medicaments/479-phloroglucinol-pendant-la-grossesse-des-risques-mal-cernes>

³³ Pilule rose, Juliette Ferry

<https://julietteferrydanini.com/2024/04/12/pilules-roses-la-suite/>

³⁴ DUMAS Louis His, « *Les freins et leviers au diagnostic et à la prise en charge des femmes atteintes d'endométriose en soins de santé primaires : étude qualitative auprès de médecins généralistes* ». https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03938031v1/file/Med_Generale_2022_His.pdf

³⁵ Thèse pour le DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE - Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE, Marie Duchemin 2017 <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20127053/2017MCEM8462/fichier/8462F.pdf>

³⁶ McGregor, A. (2021) . 6. Les femmes et la douleur. *Le sexe de la santé. Notre médecine centrée sur les hommes met en danger la santé des femmes. Ce que nous pouvons faire pour y remédier.* (p. 123 -143). Érès.

<https://www.stm.cairn.info/le-sexe-de-la-sante--9782749269498-page-123?lang=fr>

³⁷ Assemblée Nationale, Proposition de loi des élus socialistes, rejetée

https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/l16b2227_proposition-loi#

ETUDE DE CAS N°4

³⁸ Santé Publique France, SUICIDES ET TENTATIVES DE SUICIDE DE LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE A LA PRÉVENTION, Réunion EPAC 17 octobre 2017, Christine Chan Chee

https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/traumatismes/articles/enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac/suicide-ts-epac&ved=2ahUKEwjrgo_QgbGKAxUrKvsDHdn5EIMQFnoECBsQAQ&usq=AOvVaw36PmAS4A4jv4MwapGwfDvT

³⁹ DREES

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er109.pdf>

⁴⁰ Interview de Fabiela B., spécialiste des politiques publiques en France pour les personnes âgées (Annexe)

⁴¹ *Sociologique* par Durkheim

<https://shs.cairn.info/la-sociologie-de-durkheim--9782348036194?lang=fr>

⁴² DREES , Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (pour 10 000 habitants) selon l'âge et le sexe en France métropolitaine - PMSI-MCO

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/fiche2-10%281%29.pdf>

⁴³ Données du baromètre du numérique

https://www.economie.gouv.fr/files/files/directions_services/cge/barometre-numerique2023.pdf?v=1718381329

⁴⁴ Gouvernement, « Santé mentale : le Premier ministre fixe les priorités », 2024

<https://www.info.gouv.fr/actualite/la-sante-mentale-grande-cause-nationale-2025>

ETUDE DE CAS SUÈDE/FRANCE

⁴⁵ Sciences économiques et sociales. (s. d.). *Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ?*

<https://ses.ens-lyon.fr/articles/vivre-longtemps-et-risque-de-perte-dautonomie-quelles-politiques-publiques-en-europe>

⁴⁶ Auteur inconnu. (s. d.). Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées : quelques comparaisons internationales.

⁴⁷ Sciences économiques et sociales. (s. d.). *Vivre longtemps et risque de perte d'autonomie : quelles politiques publiques en Europe ?*

<https://ses.ens-lyon.fr/articles/vivre-longtemps-et-risque-de-perte-dautonomie-quelles-politiques-publiques-en-europe>

⁴⁸ Service Public. (s. d.). *Allocation personnalisée d'autonomie (APA)*

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009>

ÉTUDE DE CAS DE LA RÉGION

⁴⁹ 185 milliards d'euros en 2022. Insee. (2024). *Tableau de bord de l'économie française.*

<https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/>

⁵⁰ Préfecture de la région Hauts-de-France. (s.d.). *Portrait de territoire socio-sanitaire – Mission bassin minier*

<https://www.prefectures-regions.gouv.fr/hauts-de-france/irecontenu/telechargement/114424/855113/file/1-SANTE>

⁵¹ Sanitaire Social. (s.d.). Liste des hôpitaux et cliniques des Hauts-de-France

<https://www.sanitaire-social.com/annuaire-etablissements-de-sante/hopitaux-cliniques/liste-hauts-de-france>

⁵² Fédération Hospitalière de France. (2022). Santé et autonomie : Quelles spécificités dans les Hauts-de-France ?

https://www.fhf.fr/sites/default/files/2022-08/Sant%C3%A9%20et%20Autonomie%20-%20quelles%20spécificités%20dans%20les%20Hauts-de-France_mai%202022.pdf

⁵³ Agence Régionale de Santé des Hauts-de-France. (s.d.). *Le Fonds d'Intervention Régional*

<https://www.hauts-de-France.ars.sante.fr/le-fonds-dintervention-regional-1>

⁵⁴ Hauts-de-France. (2024, janvier 15). *Abbeville : Le CH inaugure un nouveau bâtiment.*

<https://www.hautsdefrance.fr/abbeville-ch-inaugure-un-nouveau-batiment/>

⁵⁵ Hauts-de-France. (2024, février 8). *La santé des habitants reste une priorité des Hauts-de-France*

<https://www.hautsdefrance.fr/la-sante-des-habitants-reste-une-priorite-des-hauts-de-France>

⁵⁶ Hauts-de-France. (2024, novembre 16). *Lutter contre les déserts médicaux : La région en avant*

<https://www.hautsdefrance.fr/lutter-contre-les-deserts-medicaux-la-region-en-avant/>

⁵⁷ Hauts-de-France. (2023, décembre 6). *Santé : La région finance un nouveau scanner pour le Centre hospitalier de Roubaix*

<https://www.hautsdefrance.fr/sante-region-finance-nouveau-scanner-centre-hospitalier-roubaix/>

⁵⁸ Actu. (2023, décembre 14). *Emploi : 200 postes à pourvoir dans le domaine de la santé dans le Nord et le Pas-de-Calais*

https://actu.fr/economie/vie-des-entreprises/emploi-200-postes-a-pourvoir-dans-la-domaine-de-la-sante-dans-le-nord-et-le-pas-de-calais_61420854.html

⁵⁹ Centre Régional de Coordination des Dépistages des Cancers des Hauts-de-France. (2023, octobre 23). *Dépistage des cancers du sein : Le CRCDC Hauts-de-France se mobilise dans l'Oise*

<https://www.crcdc-hdf.fr/depistage-des-cancers-du-sein-le-crcdc-hauts-de-france-se-mobilise-dans-loise>

FACTEURS EXOGÈNES AGGRAVANT LES INÉGALITÉS SOCIALES

⁶⁰ Dispositif-réponses.org ; La pollution de l'air : un problème de santé publique

<https://www.dispositif-reponses.org/cles-pour-comprendre/informer-et-sensibiliser/sur-la-sante/la-pollution-de-lair-un-probleme-de-sante-publique>

⁶¹ Santepubliquefrance.fr ; Quels sont les risques liés à la pollution de l'eau ?

<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/pollution-et-sante/eau/les-enjeux-de-sante/quels-sont-les-risques-lies-a-la-pollution-de-l-eau>

⁶² Nationalgeographic.fr ; Nos fruits et légumes sont de moins en moins nutritifs

<https://www.nationalgeographic.fr/environnement/nos-fruits-et-legumes-sont-de-moins-en-moins-nutritifs>

⁶³ blog.gastronomeprofessionnels.com ; Les Français et l'alimentation en 2023

<https://blog.gastronomeprofessionnels.com/les-francais-et-lalimentation-en-2023-chronique-du-nouveau-rapport-a-lassiette/>

⁶⁴ santé.fr ; Les risques potentiels de l'eau pour la santé

<https://www.sante.fr/les-risques-potentiels-de-leau-pour-la-sante>

⁶⁵ euronews.com ; La pollution atmosphérique reste le principal risque environnementale pour la santé des européens

<https://fr.euronews.com/green/2024/12/11/la-pollution-atmospherique-reste-le-principal-risque-environnemental-pour-la-sante-des-eur>

⁶⁶ injep.fr ; Les pratiques physiques et sportives en France

<https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/03/ouvrage-ENPPS.pdf>

⁶⁷ observationsociete.fr ; 70 % des Français font du sport

<https://www.observationsociete.fr/modes-de-vie/loisirs-culture/adultes-sport-regulierement/>

⁶⁸ inegalites.fr ; Activités sportives : des pratiques inégales

<https://inegalites.fr/Activites-sportives-des-pratiques-inegales>

⁶⁹ vie-publique.fr ; Quelles sont les pratiques sportives des Français en 2023 ?

<https://www.vie-publique.fr/en-bref/292575-queelles-sont-les-pratiques-sportives-des-francais-en-2023>

⁷⁰ inserm.fr ; Sommeil

<https://www.inserm.fr/dossier/sommeil/>

⁷¹ inserm.fr ; Insomnie

<https://www.inserm.fr/dossier/insomnie/>

⁷² Theconversation.com ; Les troubles du sommeil, reflet des inégalités sociales

<https://theconversation.com/les-troubles-du-sommeil-reflet-des-inegalites-sociales-139746>

⁷³ Cairn.info ; Le temps consacré au sommeil

<https://shs.cairn.info/revue-population-et-societes-2023-9-page-1?lang=fr>

⁷⁴ Lemonde.fr ; Le sommeil, miroir des inégalités sociales et genrées

https://www.lemonde.fr/sciences/article/2023/10/18/le-sommeil-miroir-des-inegalites-sociales-et-genrees_6195157_1650684.html

⁷⁵ e-cancer.fr ; Les perturbateurs endocriniens

<https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Facteurs-de-risque-et-de-protection/Environnement/Perturbateurs-endocriniens>

⁷⁶ cancer-environnement.fr ; Les perturbateurs endocriniens

<https://www.cancer-environnement.fr/fiches/expositions-environnementales/perturbateurs-endocriniens/>

⁷⁷ inserm.fr ; Perturbateurs endocriniens

<https://www.inserm.fr/dossier/perturbateurs-endocriniens/#:~:text=Les%20perturbateurs%20endocriniens%20alt%C3%A8rent%20le,physiologiques%20engendr%C3%A9es%20par%20ces%20perturbations>

⁷⁸ sante.gouv.fr ; Perturbateurs endocriniens

<https://sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimiques/article/perturbateurs-endocriniens>

⁷⁹ inrs.fr ; Mécanismes et actions des perturbateurs endocriniens

<https://www.inrs.fr/risques/perturbateurs-endocriniens/definition-mecanismes-action.html>

⁸⁰ santepubliquefrance.fr ; Que sont les perturbateurs endocriniens ?
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/exposition-a-des-substances-chimiques/perturbateurs-endocriniens/articles/que-sont-les-perturbateurs-endocriniens>

SOURCES GRAPHIQUES

CARTOGRAPHIE

ETHNIE

DREES

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/letat-de-sante-de-la-population-en>

CHU MONTPELLIER “Une étude confirme une approche différenciée selon le sexe et l’origine, dans des services d’urgence”

<https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Publications/Presse/2023/CP---discriminations-service-d-urgences.pdf>

Thèse de doctorat de sociologie, Bordeaux, Sciences Po Bordeaux, 2015 ; Bernard Baertschi, « Stéréotypes et heuristiques : le problème des soins différenciés », *Revue française d'éthique appliquée*, vol. 8, no 2, 2019, p. 15-17

<https://shs.cairn.info/sociologie-de-la-race--9782200633394-page-111?lang=fr>

Interview avec Fabiela B. (Annexe)

GÉOGRAPHIE

Sénat, “Femmes et ruralité : en finir avec les zones blanches de l’égalité”

<https://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-128.html#fn32>

Interview avec Fabiela B. (Annexe)

GENRE

CHU MONTPELLIER “Une étude confirme une approche différenciée selon le sexe et l’origine, dans des services d’urgence”

<https://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/medias/Publications/Presse/2023/CP---discriminations-service-d-urgences.pdf>

Sénat, “Femmes et ruralité : en finir avec les zones blanches de l’égalité”

<https://www.senat.fr/rap/r21-060-1/r21-060-128.html#fn32>

Interview avec Fabiela B. (Annexe)

ÂGE

Interview avec Fabiela B. (Annexe)

CLASSES SOCIALES

Académie des sciences morales et politiques, “Sociologie des inégalités de santé”

<https://academiesciencesmoralesetpolitiques.fr/2014/10/06/sociologie-des-inegalites-de-sante/>

Interview avec Fabiela B. (Annexe)

DROM COM

¹ Professionnels de santé au 1^{er} janvier 2023, INSEE, 2023

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012677>

² INSEE, Mortalité infantile en France est supérieure à la moyenne européenne, 06/2023

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7627069>

³ Observatoire de l'accès à l'eau à Mayotte – Edition 2023, 09/2024

<https://www.solidarites.org/fr/en-direct-du-terrain/observatoire-de-lacces-a-leau-a-mayotte-edition-2023/>

⁴ INSEE, les inégalités et la pauvreté augmentent, 2021

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/7710966>

⁵ Outre-mer : inégalités et retards de développement, Vie Publique, 10/2024

<https://www.vie-publique.fr/eclairage/19624-outre-mer-inegalites-et-retards-de-developpement>

Facteurs exogènes aggravants les inégalités sociales

⁶ Teluq.ca ; Les perturbateurs endocriniens dans l'eau

<https://spip.telug.ca/pe/spip.php?article25>

ANNEXE

Interview d'une spécialiste : Fabiela B.

Fabiela B. est une anthropologue sociale et ethnographe. Actuellement, elle travaille à l'Assurance Maladie, sur les sujets de santé liés au vieillissement. Elle est spécialiste des politiques publiques chez les personnes âgées en milieu urbain en France.

Quels avantages la société pourrait tirer d'une diminution des inégalités sociales en termes d'accès à la santé ? A-t-elle plus d'avantages à ce que les inégalités persistent ? Et au niveau de l'économie ?

Cela pourrait sembler paradoxal, car on pourrait logiquement supposer qu'un accès élargi à la santé entraînerait une augmentation des consultations et, par conséquent, des coûts plus élevés. Cependant, à long terme, les investissements dans la santé s'avèrent moins onéreux. Le problème réside dans le fait que, pour les personnes éloignées du système de santé, leur intégration dans un parcours de soins intervient souvent trop tard. À ce stade, la prise en charge nécessaire devient bien plus complexe et coûteuse, ce qui conduit à une hausse des dépenses. Bien que l'investissement initial soit conséquent, il génère, sur le long terme, des économies significatives. Sur le plan économique, il est donc plus judicieux de réduire les inégalités sociales dès le plus jeune âge.

Est-ce que la prévention est assurée ?

En France, il est difficile de promouvoir la prévention en matière de santé, car cette notion n'est pas ancrée dans la culture nationale, qui reste principalement orientée vers une approche curative. Les dépenses consacrées à la prévention sont insuffisantes, reflétant cette prédominance de la logique curative. Par ailleurs, la France met l'accent sur la santé des personnes âgées, en cherchant à leur garantir une sécurité absolue à travers des structures telles que les EHPAD ou les unités protégées. En revanche, d'autres pays comme l'Allemagne privilégient une approche centrée sur la qualité de vie. La vision française de la santé repose principalement sur l'intervention une fois qu'un problème est identifié, reléguant ainsi la prévention au second plan. Ce manque d'engagement en faveur de la prévention s'explique non seulement par des choix politiques mais également par une nécessité de changement des comportements au sein de la société.

Existe-t-il tout de même des programmes de prévention actuellement en place en France ?

Un programme de prévention de la perte d'autonomie, intitulé « ICOP », élaboré par l'Organisation mondiale de la santé, sera généralisé en France en juin 2025. La perte d'autonomie représente un coût élevé, tant pour l'État que pour les familles. Toutefois, en raison de l'absence d'une véritable culture de la prévention, les individus âgés de 60 à 70 ans ne se sentent pas concernés par cette problématique. Malgré les efforts de communication et de prévention, qui impliquent des dépenses significatives pour l'État, ces personnes ne se sentent pas impliquées tant qu'elles ne commencent pas à ressentir les premiers signes de perte d'autonomie. La vieillesse, qui demeure une source d'inquiétude, complique la mise en œuvre de tels programmes. Sans un changement dans la manière de communiquer, ces initiatives entraînent un investissement financier considérable, avec des résultats souvent décevants. De plus, bien qu'il existe des applications d'autotests pour les personnes de 70 ans, celles-ci ne sont ni adaptées ni véritablement conçues pour cette tranche d'âge. À ce jour, ces investissements peinent à produire des résultats concrets. Il est donc essentiel d'engager une réflexion sur un changement des comportements.

Et qu'en est-il des politiques publiques relatives à la santé, mises en place pour les personnes âgées ?

Il n'existe pas de politique de santé spécifique aux personnes âgées, car le parcours de santé dédié à cette population est encore en cours de construction. Cependant, l'Assurance Maladie a mis en place le programme « Mon bilan de santé », destiné à plusieurs tranches d'âge, y compris les personnes âgées. Ce dispositif est accompagné de campagnes publicitaires pour en promouvoir l'usage. Il repose sur un questionnaire détaillé, accessible via le compte Ameli, qui sert à préparer un rendez-vous approfondi avec un médecin, d'une durée supérieure aux 15 minutes habituelles. Ce bilan est conçu pour des étapes clés de la vie, notamment pour les individus âgés de 60 à 70 ans. Par ailleurs, un programme existe pour sécuriser les retours à domicile après hospitalisation, destiné aux personnes âgées de 75 ans et plus. Ce dispositif, pris en charge par l'Assurance Maladie, est complété par des entreprises privées proposant des services similaires. Ces initiatives visent à soutenir les proches aidants et à organiser les premiers rendez-vous médicaux, à coordonner les soins infirmiers si nécessaire, à adapter les domiciles et à évaluer le degré de dépendance pour déterminer l'éligibilité à des aides financières supplémentaires. Ce service s'avère particulièrement précieux pour les personnes souffrant de multiples pathologies (trois ou quatre en moyenne) et nécessitant une prise en charge complexe impliquant jusqu'à neuf traitements médicaux. Enfin, un nouveau programme intitulé « Bilan pharmaceutique » sera prochainement déployé dans certaines pharmacies. Bien qu'il ne concerne qu'un nombre limité de personnes, il offrira un bilan de santé ciblé pour les personnes âgées.

Quelles seraient vos préconisations, hormis la prévention, pour pallier aux inégalités sociales de santé des personnes âgées ?

La polymédication chez les personnes âgées a des répercussions majeures sur leur santé. Elle augmente de manière significative le risque de chute, ce qui accélère l'entrée dans un état



de dépendance. Par ailleurs, elle soulève des préoccupations importantes concernant les interactions médicamenteuses. Chez les personnes âgées, on observe une consommation excessive d'anxiolytiques et de somnifères, souvent associée à des traitements spécifiques, comme ceux contre l'hypertension. Cette combinaison accroît la somnolence, augmentant ainsi le risque de chute. En outre, un grand nombre de personnes âgées souffrent de dénutrition. L'ensemble de ces facteurs conjugués contribue à accroître leur dépendance et les conduit à passer davantage de temps à l'hôpital. Après 75 ans, 50% des personnes ayant subi une perte d'autonomie au cours de leur vie ne parviennent plus à la récupérer. En conséquence, elles deviennent dépendantes, réduisent leurs sorties, voient leur vie sociale se restreindre et sont orientées vers les EHPAD de manière anticipée. Dans les EHPAD, l'usage des anxiolytiques est encore plus fréquent, en partie à cause du manque de personnel, ce qui favorise une approche dite « rapide » de gestion des résidents.

Est-ce seulement un problème de prévention envers les personnes âgées, ou également un manque de sensibilisation auprès des médecins ?

En effet, cette problématique commence par l'approche des médecins, qui constituent souvent la seule alternative disponible pour les patients. Pourtant, dans certains cas, il serait préférable d'orienter les individus vers des psychologues. Si les jeunes font davantage appel à ces professionnels, les personnes âgées, quant à elles, y ont recours de manière très limitée. Cette réticence est particulièrement marquée chez les seniors, en raison de la stigmatisation encore très forte à leur égard. Il serait pertinent de mettre en place des bilans impliquant différents professionnels de santé, tels que les pharmaciens et les médecins généralistes, afin d'évaluer la possibilité de proposer des alternatives à la prescription simultanée de multiples médicaments. La polymédication, en effet, contribue également au développement de maladies neurodégénératives telles qu'Alzheimer chez les personnes âgées. Par ailleurs, la consommation d'alcool représente un problème préoccupant dans cette population. Alors que l'on observe une tendance à la baisse de la consommation d'alcool chez les jeunes et les adultes, celle-ci demeure fréquente et quotidienne chez les personnes âgées. Lorsqu'elle est combinée à une prise excessive de médicaments, elle devient un facteur majeur de perte d'autonomie et d'isolement. On note également une disparité entre les genres concernant la consommation d'alcool chez les seniors. Les femmes, en particulier, consomment souvent en secret, ce qui retarde leur prise de conscience du problème et leur demande d'aide. Ce comportement est d'autant plus problématique que les effets physiologiques de l'alcool sur les femmes diffèrent de ceux observés chez les hommes. Elles en ressentent les effets délétères plus rapidement, ce qui peut entraîner des conséquences graves comme une atrophie cérébrale ou une cirrhose. Il est également à souligner que la consommation d'alcool chez les personnes âgées est rarement abordée dans le cadre des problématiques de santé publique en France.

Est-ce une méconnaissance des médecins à ce propos ou bien est-ce une négligence des médecins qui n'ont pas envie de s'occuper des problèmes des personnes âgées ?

Je ne pense pas qu'il s'agisse de négligence de leur part, mais plutôt d'une manière spécifique d'aborder les problèmes de santé : face à un problème, on prescrit un traitement. C'est pourquoi la gériatrie joue un rôle important, bien qu'elle soit encore insuffisamment développée en France. Il manque également des études approfondies sur l'impact des médicaments, permettant d'évaluer leur efficacité réelle. Du côté des patients, on observe souvent une attente implicite ou explicite de recevoir une prescription de médicaments lors d'une consultation médicale.

Selon vous, quel axe serait pertinent à étudier pour les inégalités sociales de santé chez les personnes âgées, la santé mentale par exemple ?

La santé mentale des personnes âgées est un sujet encore peu abordé, en grande partie en raison de la stigmatisation qui l'entoure. La dépression chez les seniors peut entraîner des troubles de la mémoire, mais ce thème est insuffisamment étudié. Cela s'explique par une perception erronée selon laquelle il ne concernerait qu'une part marginale de la population et



par le faible intérêt économique de financer des campagnes de sensibilisation sur le suicide dans cette tranche d'âge. Chez les personnes âgées, les tentatives de suicide aboutissent presque systématiquement, avec une incidence particulièrement élevée chez les hommes de plus de 85 ans.

Auriez-vous, à votre connaissance, d'autres pays qui eux, prennent davantage en compte la santé mentale ?

Au Québec, des programmes intéressants ont été mis en place, notamment des centres de santé intégrés où médecins et professionnels du secteur social collaborent étroitement. Cette approche favorise une meilleure prise en charge de la santé mentale. Sur la question du suicide, la France se distingue comme l'un des pays européens où le taux de suicide chez les personnes âgées est particulièrement élevé. Toutefois, il est difficile d'établir des comparaisons précises avec d'autres pays, car les perceptions du vieillissement et les modalités de prise en charge varient considérablement d'un contexte à l'autre. Dans certains cas, le soutien familial peut constituer la seule solution pour prévenir l'isolement des seniors. Cependant, cette question relève d'une analyse plus complexe, d'autant que les dynamiques familiales et les cultures liées à la solidarité intergénérationnelle diffèrent largement selon les pays.

Existe-t-il un décalage entre les politiques publiques existantes, pour les personnes âgées et l'application de ces politiques publiques ?

Oui, il y a un décalage. Par exemple, le programme « Mon bilan de santé » est accessible uniquement via le portail Ameli. L'invitation pour remplir ce bilan, destinée aux personnes âgées de 70 à 75 ans en septembre 2024, a été envoyée par le biais de « Mon espace Ameli », que de nombreux seniors consultent peu ou pas du tout. Beaucoup d'entre eux sont isolés et n'ont pas accès aux outils numériques. Selon les données du baromètre du numérique, 60% des personnes de plus de 70 ans disposent d'un accès à internet, mais seulement 26% utilisent régulièrement ce moyen. Posséder une connexion internet ou un smartphone ne garantit pas l'utilisation des mails ou de l'espace Ameli. L'option d'envoyer le bilan de santé par voie postale, bien que coûteuse, n'a pas été envisagée.