



**HAL**  
open science

## Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins ?

Martin Behr, Pierrick Le Borgne, Florent Baicry, Charles-Eric Lavoignet, Lise Berard, Nicolas Tuzin, Mathieu Oberlin, Pascal Bilbault

### ► To cite this version:

Martin Behr, Pierrick Le Borgne, Florent Baicry, Charles-Eric Lavoignet, Lise Berard, et al.. Crise nationale des urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre offre et demande de soins?. La Revue de Médecine Interne, 2020, 41, pp.684 - 692. 10.1016/j.revmed.2020.05.021 . hal-03493788

**HAL Id: hal-03493788**

**<https://hal.science/hal-03493788v1>**

Submitted on 17 Oct 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

1 **Crise nationale des Urgences : le résultat d'un déséquilibre croissant entre**  
2 **offre et demande de soins?**

3 **French national Emergency Department's Crisis: The outcome of a**  
4 **growing gap between health resources and needs?**

5 **M. Behr<sup>1</sup> – P. Le Borgne<sup>1-2</sup> – F. Baicry<sup>1</sup> – CE. Lavoignet<sup>3</sup> – L. Berard<sup>4</sup> – N. Tuzin<sup>5</sup> – M.**  
6 **Oberlin<sup>1</sup> – P. Bilbault<sup>1-2</sup>**

7 1) Service d'Accueil des Urgences Adultes, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1  
8 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France.

9 2) UMR 1260, Fédération de médecine translationnelle de Strasbourg (FMTS).  
10 Université de Strasbourg, 4 Rue Kirschleger, 67000 Strasbourg, France

11 3) Service d'Accueil des Urgences Adultes, Hôpital Nord Franche-Comté, 100 route de  
12 Moval, 90400 Trévenans, France.

13 4) Service d'Accueil des Urgences Adultes, Centre Hospitalier de Haguenau, 64 avenue  
14 du Professeur Leriche, 67504 Haguenau, France.

15 5) Département de Santé Publique, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, 1 place de  
16 l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France.

17

18 Auteur correspondant :

19 Pierrick Le Borgne, Service d'Accueil des Urgences Adultes, Hôpitaux Universitaires de  
20 Strasbourg, 1 place de l'Hôpital, 67000 Strasbourg, France.

21 E-mail : pierrick\_med@yahoo.fr

22 Tel : 03.88.12.86.90

23 Fax : 03.88.12.79.08

24

25 Mots clefs: Urgences, engorgement, offre de soins, coût de la santé

26 Keywords: Emergency Department, overcrowding, health resources, health costs

27

28 Nombre de mots: 4240 (texte), 168 (résumé), 153 (abstract)

29 Références: 41

30

31

32

33 Conflits d'intérêts: Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt

34

35

## 36 **Résumé**

37 La saturation des structures d'urgences est classiquement attribuée à une indisponibilité de lits  
38 d'aval ou de soins primaires, c'est-à-dire à une probable insuffisance de l'offre de soins.  
39 L'objectif de ce travail était de décrire l'évolution quantitative des paramètres d'offre de soins  
40 dans notre système de santé, en parallèle de l'évolution de la structure de la population,  
41 déterminant de la demande de soins. Au cours de la dernière décennie, les paramètres de  
42 capacité et de ressources humaines ont globalement stagné alors que l'activité et les dépenses  
43 ont augmenté conjointement, stimulées par le vieillissement démographique et surtout l'essor  
44 des maladies chroniques. Malgré cela, les projections récentes de la DREES (2017)  
45 recommandaient toujours une poursuite de la baisse de la capacité hospitalière jusqu'en 2030.  
46 Cette trajectoire prise a amené à une saturation dangereuse des services d'urgence et à la crise  
47 systémique actuelle. Elle nécessiterait un renforcement ambitieux de l'offre de soins à  
48 l'hôpital et en ville, ainsi que de redéfinir les objectifs fondamentaux et le budget de notre  
49 système de santé.

## 50 **Abstract**

51 Overcrowding in Emergency Departments is often considered as an outcome of insufficient  
52 access to hospital beds or primary care, therefore a potential lack of health resources. We  
53 sought to describe the quantitative evolution of health resources in the French health care  
54 system, in comparison with demographic and epidemiologic parameters that reflect health  
55 needs. Overall, in the last decade, parameters of capacity and human resources stagnated  
56 while activity and spending increased jointly, stimulated by ageing of the population and  
57 chronic diseases mostly. Nevertheless, recent official previsions have again recommended to  
58 proceed with hospital bed reduction until 2030. This has led to a dangerous saturation of

59 emergency care and to the ongoing systemic health crisis. This situation will require  
60 ambitious health resources reinforcement plans in both hospital and primary care.  
61 Furthermore, ageing of the population and chronic diseases must lead society to deliberate on  
62 the fundamental goals and funding of our health care system.

## 63 **Introduction**

64 Depuis 2010, une aggravation de l'engorgement (*overcrowding*) des structures des  
65 urgences (SU) a été constatée dans les pays occidentaux. Celle-ci est d'origine multifactorielle  
66 mais le manque de lits d'aval semble en être la cause principale (1). Cette stagnation de  
67 patients est corrélée à une hausse de la morbi-mortalité (2-5). En 2019, c'est un état de rupture  
68 dans de nombreux SU en France, suivi d'un grand mouvement de contestation à l'hôpital qui  
69 ont fait l'actualité. Les SU sont pris en étau entre le manque de lits d'aval et l'augmentation  
70 croissante des recours pour des soins non programmés, aboutissant à des « hospitalisations-  
71 brancards ». En 20 ans, le nombre de passages en SU a doublé (de 10 millions à 21 millions  
72 de passages entre 1996 et 2016) (6) et l'activité de régulation médicale a presque triplé (de 11  
73 millions à 29 millions d'appels entre 1997 et 2017) (7,8). Beaucoup de soignants attestent  
74 d'une dégradation de leurs conditions de travail (9,10), dont l'impact est probablement négatif  
75 sur leur propre santé et sur la qualité des soins (11).

76 Ces symptômes semblent être le résultat d'une inadéquation entre l'offre et la  
77 demande de soins. L'objectif principal de ce travail était d'exposer l'évolution des principaux  
78 paramètres de capacité hospitalière, de ressources humaines, d'activité et de financement  
79 (offre) en parallèle de l'évolution de la structure de la population (demande) puis de revenir  
80 sur les prévisions à l'horizon 2030. L'analyse concerne principalement les acteurs intervenant  
81 fréquemment avec les SU. Les inégalités de territoire ne seront pas développées dans ce  
82 travail. La comparaison entre ces différents paramètres d'unités différentes a été réalisée en

83 les exprimant selon leurs taux de croissance annuels moyens (TCAM), puisque chaque  
84 paramètre suit une évolution relativement homogène sur des séries de données  
85 contemporaines issues de divers organismes publics.

## 86 **Capacité et activité hospitalière**

### 87 **Capacité en Court séjour de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO)**

88 Entre 2000 et 2018, le nombre de lits d'hospitalisation complète MCO dans les  
89 établissements publics, privés non lucratif et privés lucratifs est passé de 247000 à 204000 lits  
90 (8). En rapportant cette diminution à la population générale qui a augmenté de six millions  
91 d'habitants, la capacité hospitalière en MCO a diminué de 4,08 à 3,05 lits pour 1000 habitants  
92 (-25%). Cette baisse de capacité concerne surtout les secteurs de chirurgie (-44%) et  
93 d'obstétrique (-36%) (Fig. 1), et dans une moindre mesure le secteur de médecine (-7%). Des  
94 alternatives à l'hospitalisation complète ont certes été développées. Ainsi, les places  
95 d'hospitalisation partielle (ambulatoire) sont passées de 16000 à 33500 entre 2000 et 2018.  
96 Elles correspondent surtout au développement de la chirurgie ambulatoire et des hôpitaux de  
97 jour. Toutefois, les pertes de lits d'hospitalisation en court séjour n'ont pas été compensées  
98 par les gains de places d'hospitalisations partielles ou d'hospitalisation à domicile (HAD)  
99 (Fig. 1).

### 100 **Activité MCO**

101 Le suivi de l'activité hospitalière et de son financement est assuré par l'Agence  
102 technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) (12). La valeur économique de la  
103 consommation hospitalière varie d'une année à l'autre selon un effet volume (activité) et  
104 selon un effet prix (exemple : salaires des personnels, prix des médicaments, etc.). L'activité  
105 en MCO peut ainsi être mesurée par sa valeur économique à prix constant ou par les nombres  
106 de séjours en hospitalisation complète, de séjours en hospitalisation partielle (aussi appelés

107 séjours ambulatoires) et de séances (chimiothérapies, hémodialyses, etc.). Le nombre total de  
108 séjours et séances a augmenté d'environ 15% sur la période 2011-2018 soit un taux de  
109 croissance annuel moyen (TCAM) de 2% (Fig. 2). On retrouve le même ordre de grandeur  
110 pour la croissance de la valeur économique MCO à prix constant entre 2009 et 2018, avec un  
111 TCAM de 2,1% (13). Néanmoins, on note depuis 2017 un infléchissement inattendu de cette  
112 croissance d'activité MCO ; les croissances en volumes économiques n'étaient que de 0,9%  
113 en 2017 et 0,8% en 2018. Cette sous-consommation se concentre dans les séjours  
114 d'hospitalisation complète de médecine, et serait d'origine conjoncturelle liée à un rythme de  
115 croissance de la population gériatrique momentanément ralenti du fait de l'arrivée récente des  
116 classes creuses de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale dans le 4<sup>ème</sup> âge (14).

117       En hospitalisation complète, la relative stabilité du nombre de séjours masque en fait  
118 une augmentation de 25% des séjours de médecine contrebalancée par une baisse de 30% des  
119 séjours de chirurgie et d'obstétrique entre 2000 et 2018. La baisse du nombre de lits et de  
120 journées d'hospitalisation s'est accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour  
121 (DMS) de 6,2 jours en 1998 à 5,5 jours en 2017. Par ailleurs, le taux d'occupation des lits en  
122 MCO est resté stable depuis plusieurs années à 77% (en moyenne 80% dans les pays de  
123 l'Organisation de coopération et de développement économiques), mais avec des disparités  
124 selon les régions et les spécialités : 87% en médecine, 59% en chirurgie et 69% en obstétrique  
125 en 2018 (8).

## 126 **Le virage ambulatoire**

127       Alors que le développement des alternatives à l'hospitalisation complète était déjà bien  
128 engagé (Fig. 1), le terme « virage ambulatoire » n'est apparu qu'en 2013. L'objectif était  
129 d'économiser le prix des nuitées passées en hospitalisation complète tout en maintenant la  
130 valorisation des actes. Ainsi, les séjours ambulatoires et de courte durée représentaient en

131 2013 respectivement 23% et 13% de l'ensemble des séjours contre 27% et 15% en 2018 (12).  
132 Ces transferts d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire concernaient majoritairement la  
133 chirurgie programmée. Parallèlement, il est important de noter la croissance importante du  
134 nombre de séances (Fig. 2), qui correspondent surtout à des actes itératifs de médecine en  
135 hôpitaux de jour mais qui ne sont pas considérées comme des séjours. De même, les activités  
136 de consultations et actes en externe représentent une activité hospitalière importante très  
137 hétérogène pour lesquels il n'existe pas d'analyse permettant d'identifier son impact sur le  
138 virage ambulatoire. D'après un récent rapport de la Cour des comptes, la marge de manœuvre  
139 restante repose néanmoins sur la médecine ambulatoire, à la condition de renforcer  
140 qualitativement et quantitativement l'offre de soins de ville et le décloisonnement ville-  
141 hôpital. Le bilan économique du virage ambulatoire n'a pas pu être évalué précisément (15).

#### 142 **Moyen séjour, psychiatrie et hospitalisation à domicile**

143 Le nombre de lits de Soins de suite et de réadaptation (SSR) a augmenté de 90000 à  
144 101000 lits entre 2000 et 2010, et est depuis resté stable. Néanmoins, en tenant compte de  
145 l'augmentation de la population gériatrique, la capacité effective en SSR a en fait diminué de  
146 21 à 16,6 lits pour 1000 seniors de plus de 75 ans. Cette chute de capacité risque de  
147 s'aggraver avec l'augmentation des patients de plus de 75 ans prévue dans les prochaines  
148 années. Entre 2000 et 2018, le nombre de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie a  
149 diminué de 63000 à 55000 lits, ce qui porte la capacité hospitalière de 1,04 à 0,83 lits pour  
150 1000 habitants (-21%). Le nombre de places d'hospitalisation à domicile (HAD) est passé de  
151 14000 à 18000 entre 2013 et 2018, l'activité y est variée et concerne surtout les soins  
152 palliatifs, les soins liés à la prise en charge des cancers, les pansements complexes et soins de  
153 nursing ainsi que la prise en charge de la périnatalité (6).

## 154 **Ressources humaines**

155 L'emploi hospitalier (regroupant MCO, psychiatrie, SSR et unités de soins de longue  
156 durée : USLD) est mesuré par le nombre d'équivalents-temps-pleins (ETP). Entre 2013 et  
157 2018, on assiste à une stagnation du nombre d'ETP administratifs et à une baisse du nombre  
158 d'ETP d'agents des services hospitaliers (-6,1%) en contrepartie d'une hausse des ETP des  
159 aides-soignants (+0,7%), des infirmières (+3,8%) et des médecins (+6,1%) (8).

## 160 **Structures des urgences, Services d'aide médicale urgente (SAMU) et services mobiles** 161 **d'urgence et de réanimation (SMUR)**

162 Entre 2013 et 2018, les paramètres d'activité ont régulièrement augmenté, notamment  
163 les passages en SU (+17,1%), les séjours en unité d'hospitalisation de courte durée (+23,6%),  
164 les hospitalisations via les SU (+6,8%), les appels au centre 15 (+15%), les dossiers de  
165 régulation médicale (+22%) et les sorties primaires ou secondaires d'unités mobiles d'urgence  
166 et de réanimation (+4,9%). Concernant les ressources humaines, entre 2013 et 2018, les ETP  
167 ont augmenté chez les médecins (+10,9%), chez les infirmières (+16,3%) et chez les aides-  
168 soignants (+13,5%) (8).

## 169 **Soins de ville et secteur médico-social**

### 170 **Soins de ville**

171 En ville, on observe une baisse continue de la démographie des médecins généralistes  
172 en activité selon un TCAM de -0,9% pour un effectif de 87800 en 2018, dont la répartition  
173 géographique reste hétérogène (16). Ainsi, 5,4 millions de français seraient sans médecin  
174 traitant (17). Parallèlement, les volumes de soins de médecine générale ont très légèrement  
175 augmenté selon un TCAM de 0,49% depuis 2009 (13). Pour les autres spécialités exerçant en  
176 libéral, les effectifs sont restés stables, mais les volumes de soins ont nettement augmenté  
177 selon un TCAM de 1,7% depuis 2009, et les délais de rendez-vous peuvent être assez longs



178 avec de fortes disparités régionales (50 jours pour un ophtalmologue ou un dermatologue)  
179 (18). En revanche, les effectifs et les volumes de soins infirmiers libéraux et salariés en ville  
180 sont en très forte hausse selon des TCAM d'environ 5% depuis 2009, probablement liés au  
181 vieillissement de la population et au virage ambulatoire (13).

## 182 **Hébergement des personnes âgées dépendantes**

183 De nombreuses lois et plans d'actions ont accompagné l'évolution des structures  
184 d'hébergement des personnes âgées. Entre 2006 et 2011, 60000 lits d'USLD ont été  
185 transformés en places d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
186 (EHPAD) et en SSR, les 30000 lits d'USLD restants ont été réservés aux patients nécessitant  
187 des soins médico-techniques importants. Des efforts ont également été mobilisés pour  
188 maintenir l'autonomie au domicile avec l'augmentation des capacités des services de soins  
189 infirmiers à domicile (SSIAD) et des services polyvalents d'aide à domicile.

190 D'après les données de la caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA),  
191 le financement par la solidarité nationale de l'autonomie des personnes âgées a nettement  
192 augmenté ces dernières années : 23,6 milliards d'euros en 2017, contre 20,8 milliards d'euros  
193 en 2014 (19). Entre 2008 et 2018, la capacité d'hébergement permanente des personnes âgées  
194 est restée stable à 140 places pour 1000 seniors de plus de 75 ans, mais elle contient deux fois  
195 moins de moins de places d'USLD et plus de places en EHPAD et SSIAD (19). Concernant  
196 les EHPAD, l'âge moyen d'entrée est passé de 83 à 85 ans entre 2007 et 2015, les scores de  
197 dépendance des résidents ont augmenté, la durée moyenne de séjour s'est raccourcie et le taux  
198 d'occupation est resté très élevé à 98% (20).

## 199 **Financement et contrôle des dépenses de santé**

200 La construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)  
201 pour l'année n est réalisée selon la formule :

202  $ONDAM_n = (ONDAM_{n-1}) + (\text{hausse tendancielle des dépenses de santé}) - (\text{mesures}$   
203  $\text{d'économies})$

204 Ou  $ONDAM_n = (ONDAM_{n-1}) + [(ONDAM_{n-1}) \times (\text{taux tendanciel})] - (\text{mesures}$   
205  $\text{d'économies})$

206 La hausse tendancielle des dépenses est difficile à estimer (méthodes hétérogènes,  
207 branches par branches). Elle correspondrait à un taux de croissance tendanciel de 4,5% en  
208 2019 (21). De même, l'estimation des mesures d'économies réalisables est un exercice  
209 complexe dont les résultats servent à piloter l'évolution des budgets des différentes branches  
210 de l'ONDAM (21). Ces efforts d'économies représentent 3,8 milliards d'euros en 2019 (22),  
211 afin de ramener l'évolution tendancielle de l'ONDAM de 4,5% à environ 2,5%. Depuis 2011,  
212 le cumul des efforts d'économies demandé était d'environ 25 milliards d'euros. En l'absence  
213 de ces mesures d'économies, l'ONDAM aurait évolué « naturellement » selon un TCAM de  
214 3,9% au lieu de 2,35%. Autrement dit, chaque année, le législateur demande au système de  
215 santé d'augmenter son efficacité pour limiter fortement une croissance tendancielle des  
216 dépenses de santé qui serait bien plus élevée que la croissance du produit intérieur brut (PIB)  
217 et des recettes des caisses d'assurance maladie.

218 En MCO, ces efforts d'économies reposent en partie sur l'évolution des tarifs des  
219 groupes homogènes de séjours (GHS), base de la tarification à l'activité (T2A). Ainsi, entre  
220 2010 et 2019, l'évolution globale des tarifs a presque systématiquement baissé (23) et évolué  
221 selon un TCAM de -0,37% dans le secteur public et de -0,32% dans le secteur privé. En 2017  
222 et 2018, l'activité étant moindre que prévue avec des tarifs à la baisse, le déficit des hôpitaux  
223 a nécessité le déblocage de plusieurs centaines de millions d'euros sans pour autant dépasser  
224 l'ONDAM (15). En 2019, la faible augmentation des tarifs (23), en partie permise par la

225 prévision d'une activité en croissance ralentie, a été jugée insuffisante par les fédérations  
226 hospitalières (24).

## 227 **Démographie, pathologies chroniques et projections d'activité hospitalière**

### 228 **Population gériatrique, maladies chroniques**

229 Les projections démographiques de l'institut national de la statistique et des études  
230 économiques (INSEE) prévoient une croissance et un vieillissement de la population jusqu'en  
231 2070, marqué actuellement par l'arrivée de la génération du baby-boom dans les 70 ans  
232 (25,26). Or, le recours à l'hospitalisation complète ou partielle en MCO augmente presque  
233 exponentiellement avec l'âge. Ainsi, en 2016, on comptait environ 1 séjour en MCO pour 2  
234 séniors entre 65 et 69 ans (Fig. 3). Par ailleurs, le nombre total d'affections longue durée  
235 (ALD) exonérantes du régime général a augmenté de 50% entre 2008 et 2017, soit un TCAM  
236 de 4,6% (27). Entre 2011 et 2016, les dépenses au titre des ALD ont augmenté selon un  
237 TCAM de 3,8%, dont 2,1% s'expliqueraient simplement par la croissance et le vieillissement  
238 de la population et 1,6% par la progression des prévalences d'ALD dans chaque classe d'âge  
239 (28). En 2016, les dépenses au titre des ALD exonérantes représentaient 57% des dépenses de  
240 santé remboursées (28), soit 87 milliards d'euros (47% de l'ONDAM 2016).

241 Ces constats amènent à penser que l'activité hospitalière va croître inexorablement  
242 dans les prochaines années. Si l'on applique les taux de recours à l'hospitalisation par  
243 tranches d'âge de 2016 aux données et projections démographiques de l'INSEE, on obtient  
244 une courbe proche de celle des séjours mesurés jusqu'en 2018 (Fig. 4) et qui prévoit une  
245 augmentation linéaire du nombre de séjours jusqu'en 2040.

## 246 **Les projections d'activité hospitalière de la DREES**

247 La DREES a publié en 2008 un travail de projection de l'activité hospitalière prenant  
248 en compte le vieillissement de la population (29). Pour chaque groupe de pathologies, des  
249 experts médicaux proposaient une évolution attendue de l'activité hospitalière d'après  
250 plusieurs paramètres (prévention, nouvelles techniques de prise en charge, alternatives  
251 ambulatoires, le raccourcissement des DMS et l'amélioration de la gestion des lits). L'activité  
252 y était représentée en nombre d'équivalent-journées d'hospitalisation (eqJ = nombre de  
253 journées d'hospitalisation complète + nombre de séjours ambulatoires). Le scénario se basant  
254 sur ces hypothèses volontaristes prévoyait que le nombre de séjours augmenterait  
255 régulièrement mais que le nombre d'eqJ allait légèrement diminuer puis se stabiliser en 2030.  
256 Les besoins en lits de court séjour MCO seraient donc inférieurs de 20% entre 2004 et 2030,  
257 mais nécessiteraient de poursuivre le développement des places d'hospitalisation ambulatoire.  
258 Une mise à jour de ce travail a été effectuée en 2017 (30) ; elle est arrivée à un résultat  
259 similaire, soit une stabilisation du nombre d'eqJ dont la part ambulatoire continuerait de  
260 croître permettant une diminution de 20000 lits de court séjour MCO entre 2012 et 2030,  
261 c'est-à-dire une poursuite de la tendance actuelle. Il est important de noter que ces travaux  
262 postulaient que l'aval du MCO (HAD, SSR, USLD) et les relais avec le secteur médico-social  
263 ainsi qu'avec les soins de ville s'adapteraient de façon optimale.

264 Dès 2017, un rapport de la Cour des comptes évoquait ces travaux pour appeler à une  
265 accélération de la baisse de capacité hospitalière en court séjour et à la restructuration globale  
266 de l'offre de soins (31). Par ailleurs, l'évolution des eqJ et du nombre de lits depuis 2004  
267 semble suivre voire dépasser les projections des experts de 2008 (Fig. 5). Cette évolution peut  
268 s'expliquer par une modernisation de certaines prises en charge ainsi qu'une demande de  
269 soins plus orientée vers l'ambulatoire (hypothèses des experts) mais pourrait aussi être  
270 contrainte par le pilotage administratif ou le manque de ressources. Dans les faits, ce virage

271 ambulatoire prôné par ces études malgré le vieillissement de la population, a bien fonctionné  
272 pour une partie de l'activité chirurgicale. Mais il ne répond pas à la hausse d'activité  
273 d'hospitalisation complète en médecine, mise en tension par les décompensations itératives de  
274 pathologies chroniques.

## 275 **Historique de la restructuration de l'hôpital et comparaisons** 276 **internationales**

277 La restructuration de l'hôpital en vue de maîtriser les coûts de santé a commencé dès  
278 les années 1970 et s'est accélérée depuis 1990 (32). Une logique de centralisation  
279 contraignante et standardisée s'est développée avec la mise en place des schémas régionaux  
280 d'organisation sanitaire à partir de 1991, puis avec les ordonnances Juppé de 1996 qui ont  
281 créé les agences régionales de l'hospitalisation avec un objectif assumé de fermeture d'un  
282 tiers des lits d'hospitalisation et de diminution des DMS. Ainsi, entre 1980 et 2000, le nombre  
283 de lits avait déjà diminué de 30% en MCO et de 50% en psychiatrie (31). C'est aussi avec ces  
284 ordonnances qu'a été instauré l'ONDAM qui est devenu un élément-clé des projets de loi de  
285 financement de la sécurité sociale (PLFSS) et que le *numerus clausus* médical a connu ses  
286 plus bas niveaux. Par la suite, ce sont les alternatives à l'hospitalisation complète qui ont été  
287 développées et l'instauration en 2004 de la T2A en remplacement de la dotation globale de  
288 fonctionnement.

289 La construction et l'encadrement de l'ONDAM sont devenus plus stricts, avec des  
290 ONDAM effectifs en sous-exécution depuis 2010 et dont la croissance annuelle a été ralentie  
291 entre 2 et 2,5% (Fig. 6). Depuis 1980, l'ensemble de ces efforts s'est effectivement traduit par  
292 un infléchissement de la croissance de la consommation de soins et de bien médicaux  
293 (CSBM). Depuis 1995, malgré la baisse progressive de la croissance du PIB, on note un  
294 infléchissement puis une stabilisation du rapport CSBM/PIB à 8,6% (33).

295 Plusieurs rapports ont mis en avant la résilience de notre système de santé au regard  
296 des transformations qui lui ont été imposées (29,34). C'est par exemple le cas du rapport de la  
297 commission européenne « State of Health in the EU » de 2017 qui plaçait le système de santé  
298 français parmi les meilleurs indicateurs de santé et de qualité hospitalière de l'Union  
299 européenne (UE) (34). Ces bons résultats sont atteints avec une dépense courante de santé  
300 proche de 11,5 % du PIB. Les pays ayant les plus grandes dépenses de santé rapportées au  
301 PIB sont les Etats-Unis et la Suisse (ces 2 pays ayant fait le choix d'une solidarité plus  
302 limitée) (Fig. 7). Cependant, en coût par habitant à parité de pouvoir d'achat (en essayant de  
303 limiter l'effet des différences de niveaux de vie), la France reste dans la fourchette haute mais  
304 est dorénavant dépassée par de nombreux pays. La consommation de soins y est exécutée  
305 avec des moyens capacitaires et humains qui semblent légèrement inférieurs aux pays  
306 comparables : moins de médecins, un peu au-dessus de la moyenne en infirmières, moins de  
307 lits de court-séjour et une DMS assez courte (35) (Fig. 8).

## 308 **Discussion**

309 Les paramètres exposés dans ce travail nous renseignent sur l'évolution du système de  
310 santé, mais leurs unités de mesure différentes ne permettent pas de les comparer directement.  
311 Toutefois, il est possible de comparer leurs TCAM sur la dernière décennie. Ainsi, nous avons  
312 pu synthétiser l'évolution de notre système de santé sur la décennie 2009-2019 (Fig. 9) selon  
313 les données disponibles (qui vont de 10 ans à 5 ans selon les paramètres). Les effectifs d'IDE  
314 libérales sont le seul paramètre d'offre de soins en nette croissance, mais cela semble aussi  
315 être la conséquence d'une perte d'attractivité de l'exercice hospitalier. Il existait une bonne  
316 corrélation entre les TCAM en croissance des paramètres d'activité et l'ONDAM qui en  
317 découle dans un système de tarification à l'activité, mais qui se module également selon les  
318 recettes disponibles des caisses d'assurance maladie. Plus globalement, l'offre de soins a  
319 stagné alors que l'activité et les dépenses ont augmenté conjointement, stimulées par le

320 vieillissement démographique et surtout par les pathologies chroniques, ce qui a  
321 mécaniquement alourdi la charge de travail des soignants. Ceci est probablement le résultat  
322 d'efforts d'économie excessifs qui stérilisent l'investissement, d'une formation insuffisante  
323 des soignants et de politiques de réduction de capacité hospitalière sans toutefois renforcer  
324 suffisamment les alternatives ambulatoires et les soins de ville. En ajoutant aux données du  
325 problème une croissance plus soutenue de la population des plus de 75 ans dans les  
326 prochaines années, il devient peu probable que les seuls gains d'efficacité encore réalisables  
327 suffiront à résoudre la crise actuelle. L'objectif de stabiliser le rapport CSBM/PIB alors que la  
328 demande de soins augmente rapidement, tout en espérant maintenir la qualité des soins est  
329 théoriquement intenable sur le long terme. La saturation des SU serait donc le résultat logique  
330 de cette inadéquation croissante entre offre et demande de soins, obligeant de plus en plus de  
331 patients à recourir aux SU.

332 Paradoxalement, cette situation est aussi un effet secondaire indissociable du progrès  
333 médical et de sa large accessibilité qui ont prolongé l'espérance de vie de plus de 15 ans  
334 depuis les années 50, mais avec une stagnation de l'espérance de vie sans incapacité depuis  
335 les années 2000. Aussi, il apparaît impossible d'établir des critères objectifs de limitation des  
336 soins, ou de demander à un médecin de le faire dans l'intérêt supposé de la collectivité plutôt  
337 que dans l'intérêt de son patient. Par ailleurs, l'extension des droits des patients s'est  
338 également accompagnée d'un risque judiciaire favorisant la réalisation trop systématique  
339 d'actes non pertinents. Concernant le financement de la santé, le principe même de tarification  
340 à l'activité favorise la multiplication d'actes excessifs, d'où les projets récents de financement  
341 par forfaitisations reposant sur les besoins de santé du territoire, mais qui complexifient  
342 encore plus le financement des structures de soins. En parallèle d'un investissement dans  
343 l'offre de soins, une réflexion sur le fonctionnement et sur les objectifs fondamentaux de notre  
344 système de santé semble également nécessaire.

345 Les premiers éléments du PLFSS 2020 prévoyaient de nouveau un ONDAM en  
346 croissance (2,3%) déconnectée de la hausse tendancielle (4,4%) impliquant des efforts  
347 d'économie historiquement hauts de 4,2 milliards d'euros dont 830 millions sur l'amélioration  
348 de la performance des établissements de santé et 215 millions d'euros sur les parcours de  
349 soins (notamment la fermeture de lits au profit de l'ambulatoire) (36). Le récent plan  
350 « investir pour l'hôpital », prévoit un desserrement modeste de l'étau budgétaire, mais aucune  
351 mesure n'est prise pour sanctuariser les lits restants, ni pour relancer quantitativement l'offre  
352 de soins (37). Ainsi, les conditions de travail et la qualité des soins ne peuvent que continuer à  
353 se dégrader, alors que les soignants resteront tenus à leur obligation de soins et de moyens  
354 dans un système de santé qui au contraire ne se donne plus les moyens de ses ambitions. En  
355 comparaison, après des années de crise et de restrictions budgétaires, le Royaume-Uni s'est  
356 engagé début 2019 sur une augmentation du budget du *National Health Service* de 3,4% par  
357 an pour les 5 prochaines années, la priorité étant donnée à l'augmentation du nombre de  
358 soignants et à la construction de nouveaux hôpitaux (38).

359 Les projections récentes de la DREES prévoient que le nombre d'eqJ devrait encore  
360 légèrement diminuer et recommandent une poursuite des fermetures de lits jusqu'en 2030.  
361 Cette baisse de capacité hospitalière se fait actuellement en totale contradiction avec la réalité  
362 du terrain. Un quart des hospitalisations complètes MCO résultent d'un passage par un SU  
363 (12), et les chiffres du « *no bed challenge* » sur l'année 2018 démontrent une insuffisance très  
364 préoccupante de la disponibilité des lits de médecine pour les hospitalisations non  
365 programmées (39). Une étude française récente a retrouvé une association indépendante entre  
366 l'attente prolongée d'un lit d'hospitalisation en SU et la mortalité ainsi que la DMS, faisant de  
367 cette problématique un enjeu majeur de santé publique (40). De plus, le postulat selon lequel  
368 l'aval ou les alternatives de l'hospitalisation complète MCO s'adapteraient naturellement aux  
369 hypothèses volontaristes avancées dans ces projections est loin de se vérifier. Les patients



370 poly-pathologiques présentant des décompensations aigües itératives nécessiteront  
371 inexorablement des soins hospitaliers.

372 Les prévisions de volume d'activité hospitalière intègrent dorénavant le tassement de  
373 la croissance d'activité observé depuis 2017. D'après l'ATIH, ce déficit s'expliquerait par une  
374 sous-consommation conjoncturelle en médecine liée aux classes creuses de la 2<sup>ème</sup> guerre  
375 mondiale (14). Cette explication va à contre-courant de la crise actuelle des SU dans  
376 lesquelles de nombreux patients âgés stagnent parfois plusieurs heures dans un couloir.  
377 L'hypothèse d'une saturation des lits de médecine impactant l'activité nécessaire à la  
378 demande de soins, pourrait également être envisagée ; le taux d'occupation des lits de  
379 médecine a progressivement augmenté de 82% en 2000 à 87% en 2018 d'après le nombre de  
380 journées d'hospitalisation en médecine issu de la SAE (8). Or, il est documenté qu'un taux  
381 d'occupation moyen annuel supérieur à 85% est à haut risque d'épisodes de saturation itératifs  
382 en dehors de services regroupés en pôles polyvalents approchant les 100 lits (41). Cette baisse  
383 inattendue de l'activité de médecine devrait donc plutôt être interprétée comme un signe  
384 inquiétant de saturation capacitaire impactant *de facto* la qualité des soins.

## 385 **Conclusion**

386 Au cours de la dernière décennie, l'évolution du système de santé est marquée par une  
387 stagnation des paramètres de capacité et de ressources humaines (offre de soins) en parallèle  
388 d'une hausse d'activité, elle-même stimulée principalement par un essor rapide des  
389 pathologies chroniques (demande de soins). Malgré les efforts d'efficience déjà consentis,  
390 cette situation instable est à l'origine d'une saturation dangereuse des structures d'urgence.  
391 Alors que cette inadéquation risque de s'accélérer dans les prochaines années, il apparaît  
392 urgent de renforcer ambitieusement l'offre de soins aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Le

393 vieillissement de la population et le poids des pathologies chroniques doivent nous amener à  
394 redéfinir les objectifs fondamentaux de notre système de santé.

395

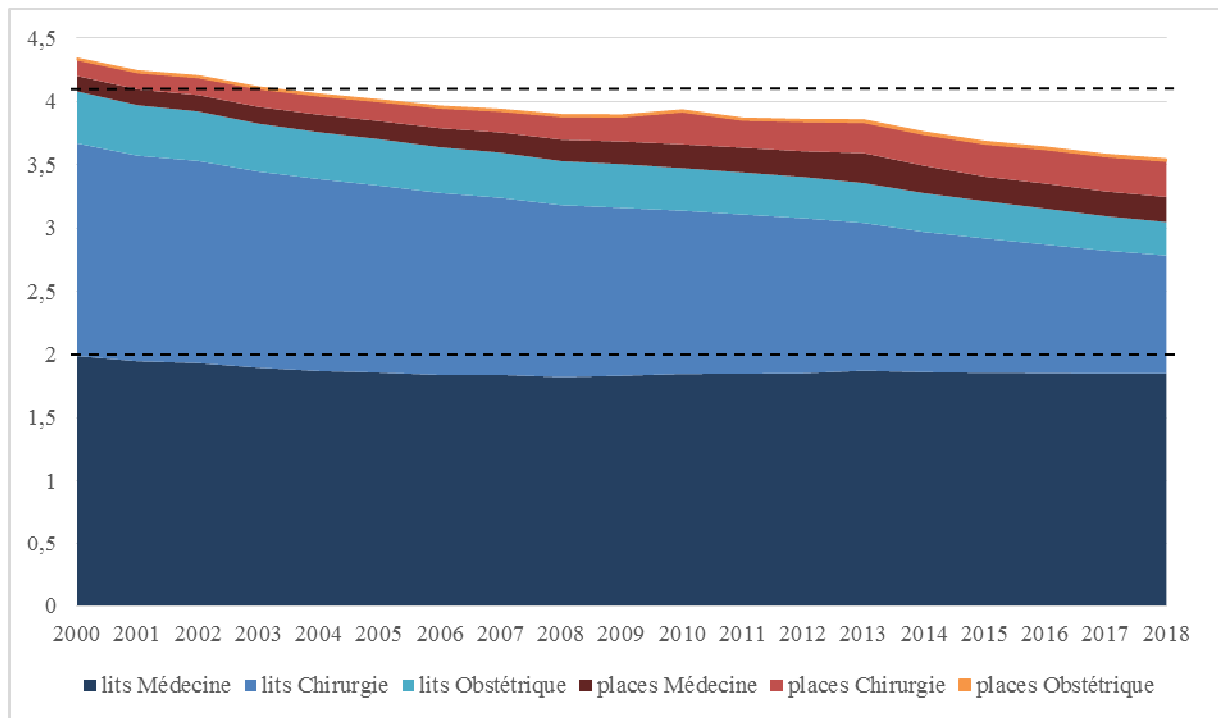
396

397

## FIGURES

398 **Figure 1: Evolution du nombre de lits d'hospitalisation complète et de places**  
399 **d'hospitalisation partielle pour 1000 habitants en MCO, selon la spécialité**

400



401

402 Données INSEE (institut national de la statistique et des études économiques)

403 - Lits 2000-2012: IRDES/DREES, ecosante.fr

404 - Lits 2012-2018: statistique annuelle des établissements de santé / DREES (direction de la  
405 recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

406 MCO: médecine - chirurgie - obstétrique

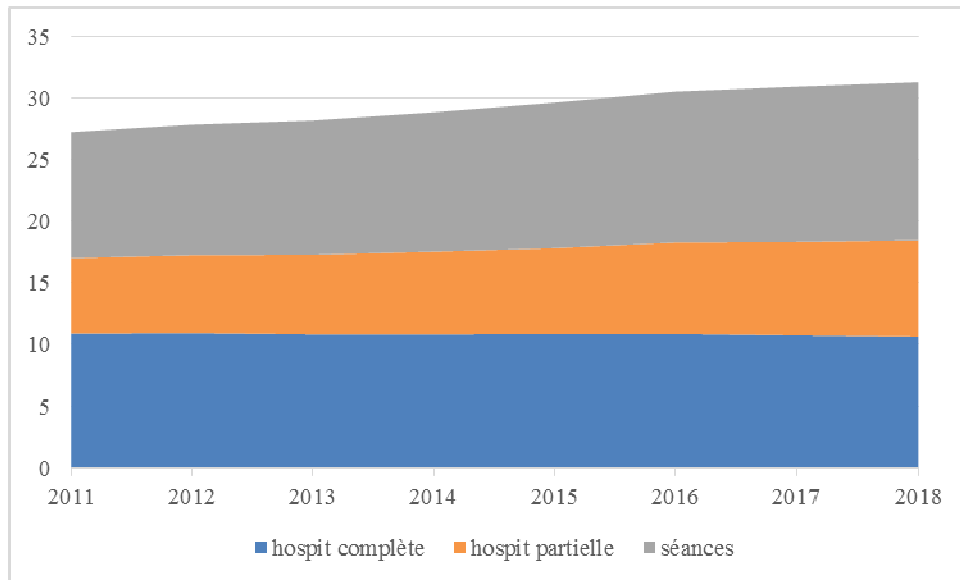
407

408

409

410 **Figure 2: Evolution des séjours d'hospitalisation complète, d'hospitalisation partielle et**  
411 **des séances en MCO, en millions**

412



413

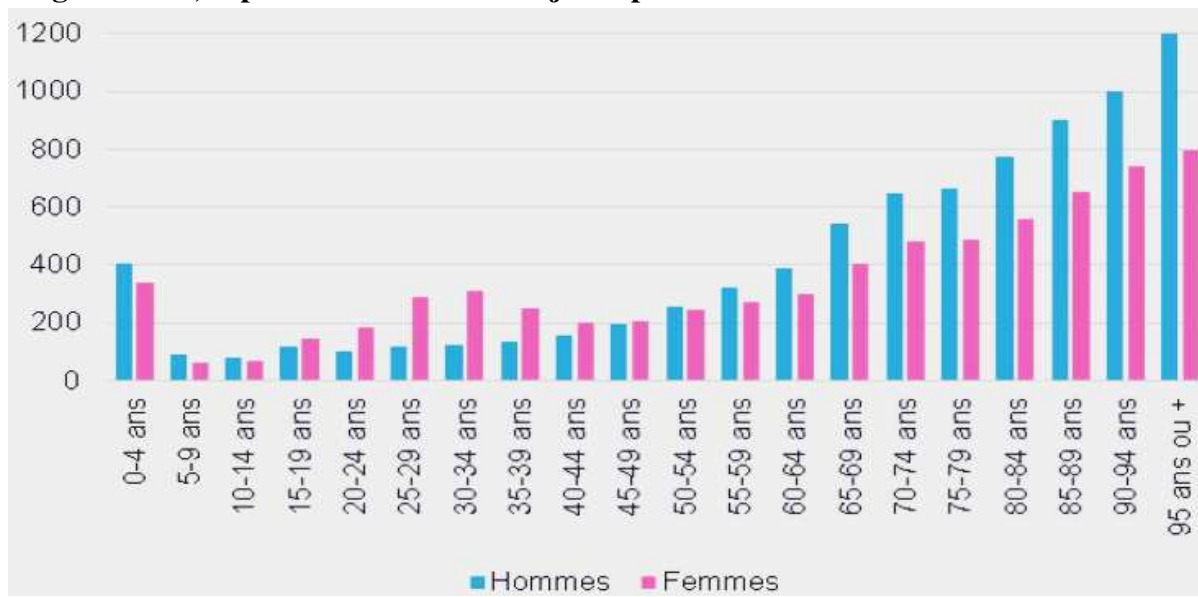
414 Panorama national de l'activité hospitalière, années 2013-2018, ATIH (agence technique de  
415 l'information sur l'hospitalisation)

416 MCO: médecine - chirurgie - obstétrique

417

418

419 **Figure 3: Taux de recours à l'hospitalisation complète ou partielle MCO par classe**  
 420 **d'âge en 2016, exprimé en nombre de séjours pour 1000 habitants**



421 Source : Analyse de l'activité hospitalière 2016, ATIH (agence technique de l'information sur  
 422 l'hospitalisation)

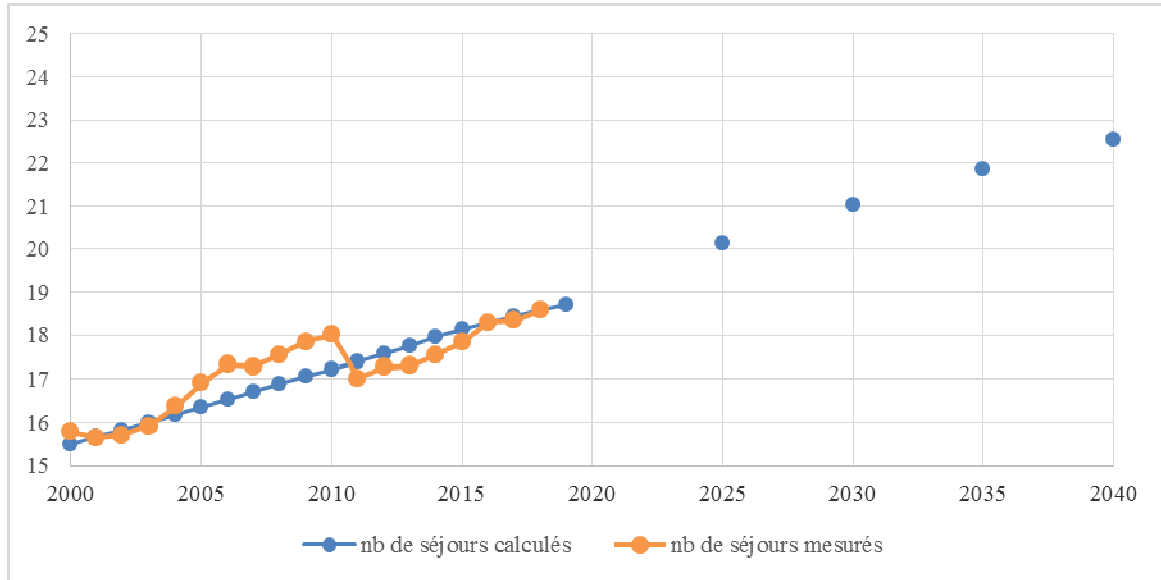
423 MCO: médecine - chirurgie - obstétrique

424

425

426 **Figure 4: Estimation du nombre de séjours (hospitalisation complète et partielle en**  
 427 **millions) en MCO en appliquant les taux de recours à l'hospitalisation complète et**  
 428 **partielle par tranche d'âge de 2016 aux données démographiques**

429



430

431 - Démographie: INSEE (institut national de la statistique et des études économiques)

432 - Projections démographiques: Projections à l'horizon 2070, scénario central, INSEE

433 - Séjours 2000-2010 : IRDES/DREES, ecosante.fr

434 - Séjours 2011-2018 : ATIH, Panorama national de l'activité hospitalière années 2012 à 2018

435 MCO: médecine - chirurgie - obstétrique

436 DREES: direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

437

438

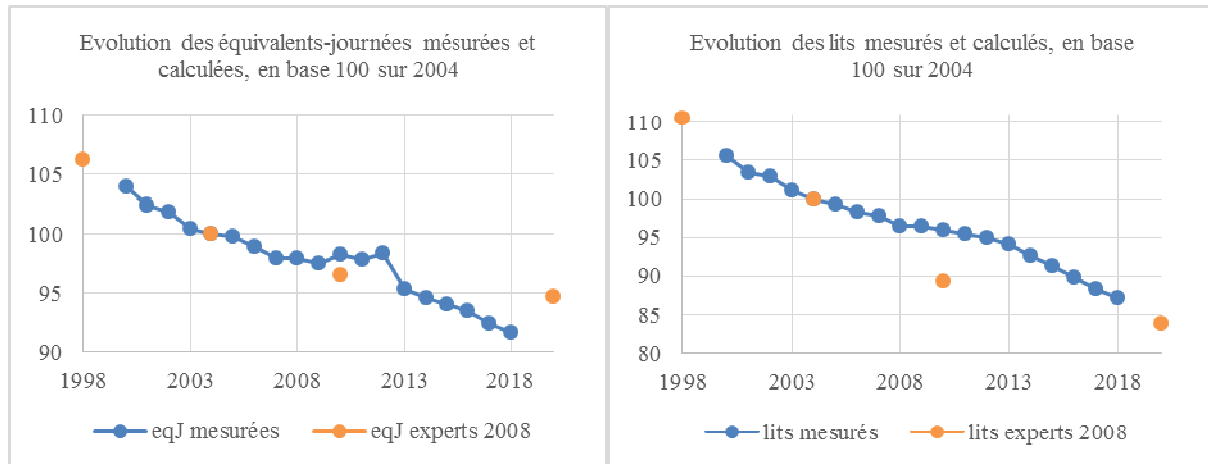
439

440

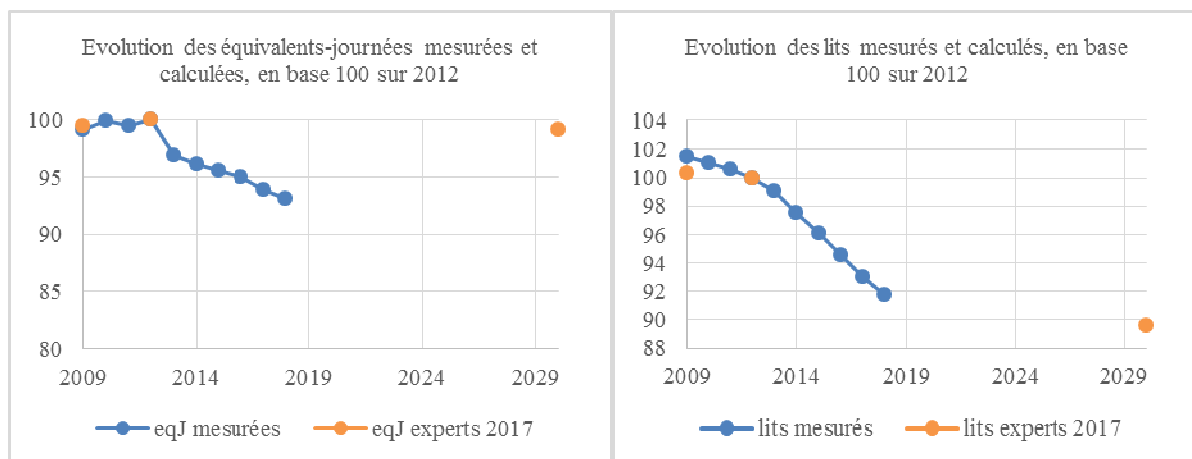
441

442 **Figure 5: Comparaison de l'évolution mesurée des équivalents-journées**  
443 **d'hospitalisation et des lits en MCO avec les projections de DREES (en haut 2008, en**  
444 **bas 2017)**

445



446



447

448 - Equivalents-journées et lits: SAE (statistique annuelle des établissements de santé)

449 - Projections DREES 2008 et 2017 (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et  
450 des statistiques)

451 Le champ de ces deux études ne couvre qu'environ 80% des eqJ de la totalité de l'activité  
452 MCO, les comparaisons sont donc représentées en base 100 sur l'année de référence.

453 MCO: médecine - chirurgie - obstétrique

454

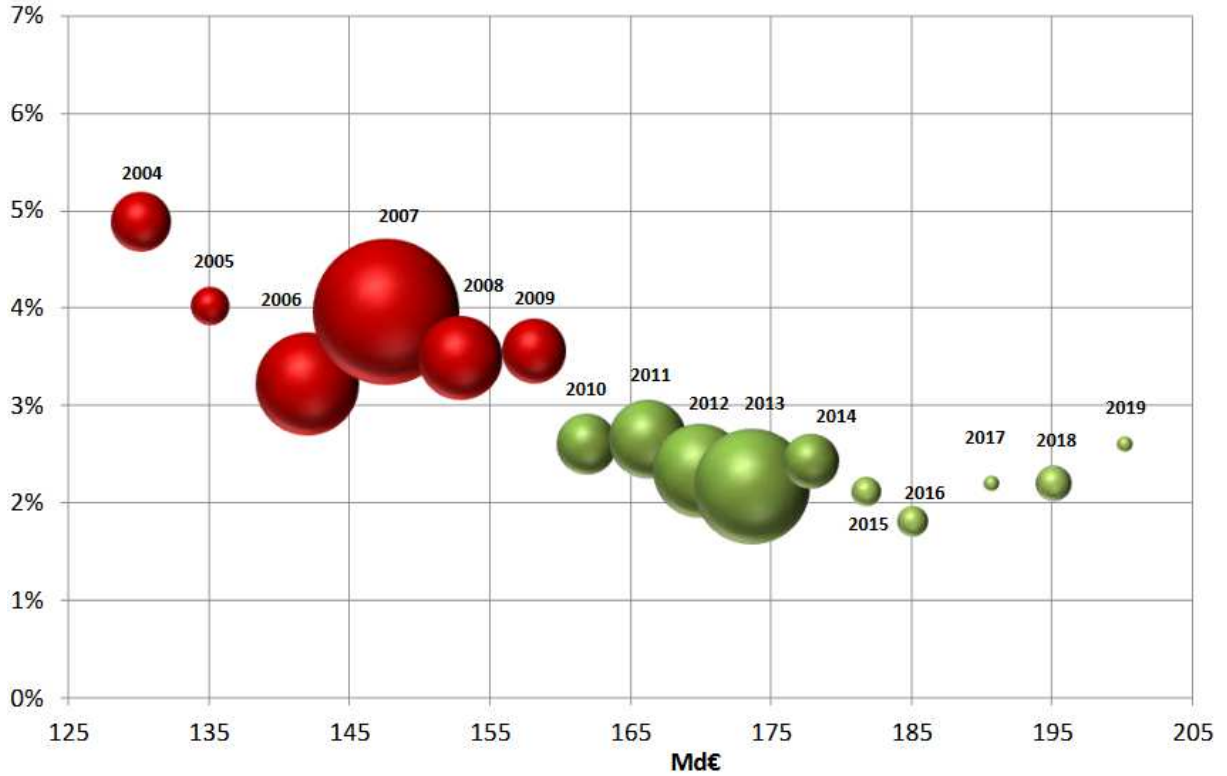
455

456

457

458 **Figure 6: Taux de croissance (abscisses), valeur (ordonnées), et sur-exécution (taille de la**  
459 **bulle rouge) ou sous-exécution (taille de la bulle verte) de l'ONDAM depuis 2004**

460



461

462 Source: PLFSS (projet de loi de financement de la sécurité sociale) 2020

463 ONDAM: objectif national des dépenses de l'assurance maladie

464

465

466

467

468

469

470

471

472

473

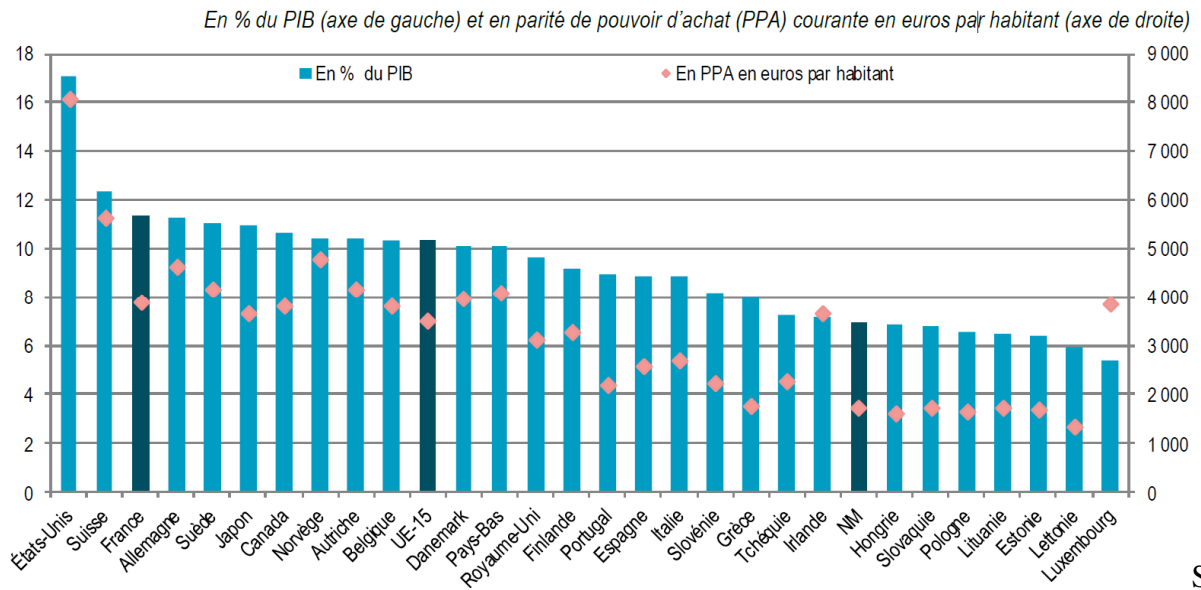
474

475

476



477 **Figure 7: Dépense courante de santé par pays en 2017 exprimé en part de PIB et en coût**  
 478 **par habitant à parité de pouvoir d'achat exprimée en euros avec la France comme**  
 479 **référence**



480 S

481 Source: Les dépenses de santé en 2018, DREES (direction de la recherche, des études, de  
 482 l'évaluation et des statistiques)

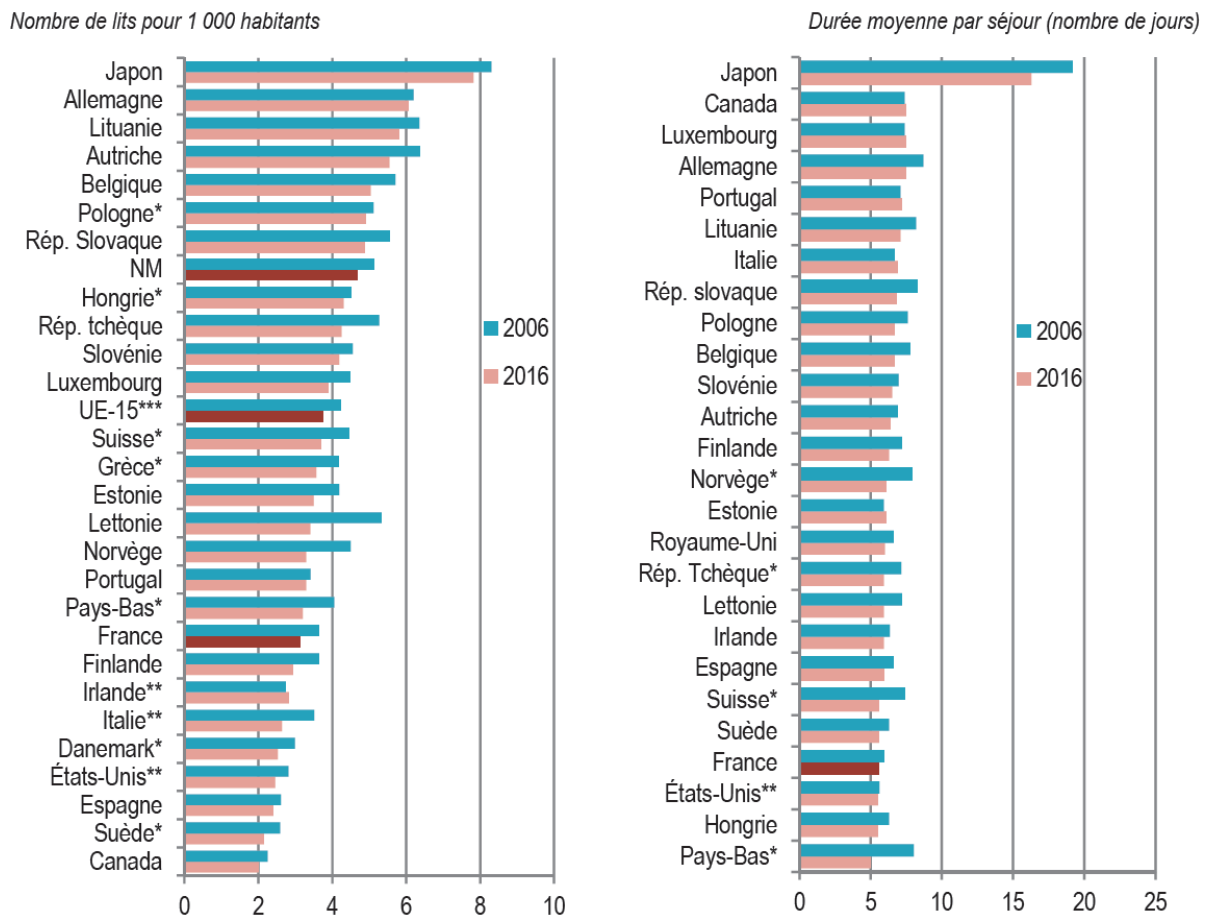
483 PIB: produit intérieur brut

484

485

486  
487

**Figure 8 : Nombre de lits en soins aigus pour mille habitants, et DMS, par pays**



488

489 Source: Les dépenses de santé en 2017, DREES (direction de la recherche, des études, de  
490 l'évaluation et des statistiques)

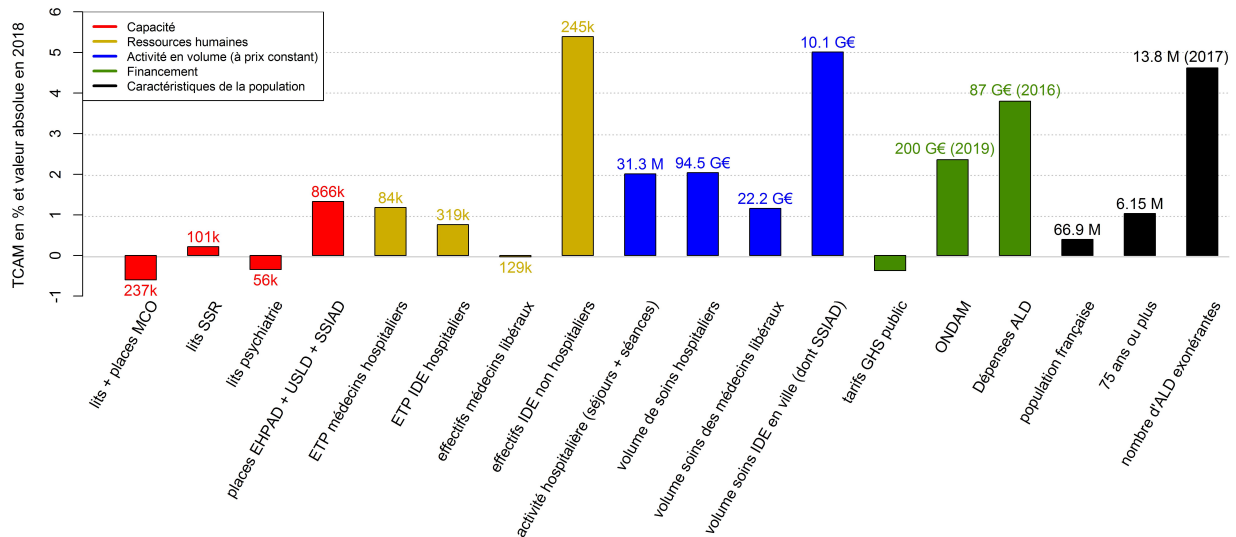
491 DMS: durée moyenne de séjour ; UE-15 : pays de l'ex UE à 15 pays ; NM : nouveaux  
492 membres de l'UE à 28 pays.

493  
494

495

496

497 **Figure 9: Taux de croissance annuel moyen des différents paramètres de capacité, de**  
498 **ressources humaines, d'activité, de financement et de population, au cours de la dernière**  
499 **décennie (2008-2018)**



500

501 La valeur absolue de 2018 pour chaque paramètre est indiquée pour donner son ordre de  
502 grandeur.

503 Selon les données disponibles, le calcul de chaque TCAM repose sur une série de données de  
504 5 à 10 ans.

505 *Lecture:* les volumes de soins de médecins libéraux (en ville) augmentent de 1,16% chaque  
506 année et représentent une valeur de 22,2 milliards d'euros en 2018. Pour autant, les effectifs  
507 stagnent à 129 000 médecins libéraux.

508 *Données:* SAE, CNSA, ATIH, Les dépenses de santé en 2018 (DREES) ; PLFSS 2019,  
509 INSEE, CNAM.

510

511 Références

- 512 1. Pines JM. Emergency department crowding in California: a silent killer? *Ann Emerg*  
513 *Med.* 2013;61(6):612-4.
- 514 2. Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency  
515 department overcrowding. *Med J Aust.* 2006;184(5):213-6.
- 516 3. Sprivulis PC, Da Silva J-A, Jacobs IG, Frazer ARL, Jelinek GA. The association  
517 between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western  
518 Australian emergency departments. *Med J Aust.* 2006;184(5):208-12.
- 519 4. Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang L-J, Han W, et al. Effect of  
520 emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med.*  
521 2013;61(6):605-611.e6.
- 522 5. Singer AJ, Thode HC, Viccellio P, Pines JM. The association between length of  
523 emergency department boarding and mortality. *Acad Emerg Med.* 2011;18(12):1324-9.
- 524 6. DREES. Les établissements de santé : édition 2018 [Internet. [https://drees.solidarites-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018)  
525 [sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018)  
526 [etablissements-de-sante-edition-2018](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-etablissements-de-sante-edition-2018). Accès au site le 16 janv 2020]
- 527 7. Chanteloup M, Gadel G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. *Etudes Résultats*  
528 2000;(55). [Internet. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er055.pdf>. Accès au  
529 site le 16 janv 2020]
- 530 8. Statistique annuelle des établissements de santé : Période 2000-2012 : [Internet.  
531 <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=DEPA&langh=FRA&langs=FRA>. Accès au  
532 site le 16 janv 2020] / Période 2013-2018 : [Internet. [https://www.sae-](https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm)  
533 [diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm](https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm). Accès au site le 16 janv 2020].
- 534 9. Juven P-A, Pierru F, Vincent F. La casse du siècle : A propos des réformes de l'hôpital  
535 public. *Raisons d'agir*; 2019.
- 536 10. Benallah S, Domin J-P. Réforme de l'hôpital. Quels enjeux en termes de travail et de  
537 santé des personnels ? *Rev Ires.* 2017;n° 91-92(1):155-83.
- 538 11. Yates SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med.* 2020;133(2):160-164.
- 539 12. ATIH. Panorama national de l'activité hospitalière [Internet.  
540 <https://www.atih.sante.fr/panorama-national-de-l-activite-hospitaliere>. Accès au site le  
541 16 janv 2020]
- 542 13. DREES. Les dépenses de santé en 2018 [Internet. [https://drees.solidarites-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019)  
543 [sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019)  
544 [depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2018-resultats-des-comptes-de-la-sante-edition-2019). Accès au  
545 site le 16 janv 2020]

- 546 14. Avis du comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM n°2019-2 [Internet.  
547 [https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/les-avis-  
du-comite-dalerte](https://www.securite-sociale.fr/la-secu-en-detail/comptes-de-la-securite-sociale/les-avis-<br/>548 du-comite-dalerte). Accès au site le 16 janv 2020]
- 549 15. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité  
550 sociale. Octobre 2018 [Internet. [https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-  
10/20181004-rapport-securite-sociale-2018\\_0.pdf](https://www.ccomptes.fr/system/files/2018-<br/>551 10/20181004-rapport-securite-sociale-2018_0.pdf). Accès au site le 16 janv 2020]
- 552 16. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France.  
553 2018 [Internet. [https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-  
package/analyse\\_etude/hb1htw/cnom\\_atlas\\_2018\\_0.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-<br/>554 package/analyse_etude/hb1htw/cnom_atlas_2018_0.pdf). Accès le 16 janv 2016]
- 555 17. Nicolas Revel, directeur général de l'Assurance maladie : « L'accès au médecin traitant  
556 me préoccupe ». Le Généraliste 2020. [Internet.  
557 [https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/01/09/nicolas-revel-directeur-  
559 general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe-\\_320983](https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2020/01/09/nicolas-revel-directeur-<br/>558 general-de-lassurance-maladie-laces-au-medecin-traitant-me-preoccupe-_320983).  
Accès au site le 14/04/2020]
- 560 18. Millien C, Chaput H, Cavillon M. La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours  
561 chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste. Etudes Résultats 2018;(1085).  
562 [Internet. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-  
statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-  
obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-<br/>563 statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-moitie-des-rendez-vous-sont-<br/>564 obtenus-en-2-jours-chez-le-generaliste-en-52-11887). Accès au site le 16 janv 2020]
- 565 19. CNSA. Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie en 2019 [Internet.  
566 [https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres\\_cles\\_2019\\_cnsa.pdf](https://www.cnsa.fr/documentation/chiffres_cles_2019_cnsa.pdf). Accès au site le 16  
567 janv 2020]
- 568 20. Iborra M, Fiat C. Rapport d'information parlementaire sur les établissements  
569 d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. 2018 [Internet.  
570 <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i0769.pdf>. Accès au site le  
571 16/01/2020]
- 572 21. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. [Internet.  
573 <http://www.assemblee-nationale.fr/15/ta/ta0200.asp>. Accès au site le 16 janv 2020]
- 574 22. Rapport économique, social et financier pour le projet de loi de finances 2019 [Internet.  
575 [https://www.economie.gouv.fr/files/files/Actus2018/RESF\\_2019\\_web.pdf](https://www.economie.gouv.fr/files/files/Actus2018/RESF_2019_web.pdf). Accès au site  
576 le 16 janv 2020]
- 577 23. Circulaires du mois de mars de la DGOS relatives à la campagne tarifaire des  
578 établissements de santé 2011 à 2019 [Internet. Exemple 2019.  
579 [http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/06/cir\\_44729.pdf](http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/06/cir_44729.pdf). Accès au site le 16 janv  
580 2020]
- 581 24. FHF. Pour l'ensemble des fédérations : Une hausse des tarifs hospitaliers de 1% est  
582 vitale ! 2019 [Internet. [https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-  
presse/Communiqués-de-presse/Pour-l-ensemble-des-federations-Une-hausse-des-tarifs-  
hospitaliers-de-1-est-vitale](https://www.fhf.fr/Presse-Communication/Espace-<br/>583 presse/Communiqués-de-presse/Pour-l-ensemble-des-federations-Une-hausse-des-tarifs-<br/>584 hospitaliers-de-1-est-vitale). Accès au site le 16 janv 2020]
- 585 25. INSEE. Pyramide des âges interactive [Internet.  
586 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3312958>. Accès au site le 16 janv 2020]

- 587 26. Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070. Insee Première  
588 2016;(1619). [Internet. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2496228>. Accès au site le 16  
589 janv 2020]
- 590 27. CNAM. Prévalence des ALD de 2008 à 2017 [Internet. [https://www.ameli.fr/l-  
591 assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-  
592 duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php](https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2017.php). Accès au site le 16 janv 2020]
- 593 28. Granger J. Le vieillissement de la population entraîne une hausse des dépenses de santé  
594 liées aux affections de longue durée. Etudes Résultats 2018;(1077). [Internet.  
595 [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-  
resultats/article/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des-dépenses-de-  
sante](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-<br/>596 resultats/article/le-vieillissement-de-la-population-entraîne-une-hausse-des-dépenses-de-<br/>597 sante). Accès au site le 16 janv 2020]
- 598 29. Mouquet M-C, Oberlin P. Impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon  
599 2010, 2020 et 2030. Dossier Solidarité Santé 2008;(4). [Internet. [https://drees.solidarites-  
sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-  
solidarite-et-sante/article/impact-du-vieillissement-sur-les-structures-de-soins-a-l-  
horizon-2010-2020-et](https://drees.solidarites-<br/>600 sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-drees/dossiers-<br/>601 solidarite-et-sante/article/impact-du-vieillissement-sur-les-structures-de-soins-a-l-<br/>602 horizon-2010-2020-et). Accès au site le 16 janv 2020]
- 603 30. Brilhault G, Millien C, Raynaud D, Prost T. Projections d'activité hospitalière à  
604 l'horizon 2030. Doss DREES 2017;(18). [Internet. [https://drees.solidarites-  
607 sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-  
drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030](https://drees.solidarites-<br/>605 sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/les-dossiers-de-la-<br/>606 drees/article/projections-d-activite-hospitaliere-a-l-horizon-2030). Accès au site le 16  
janv 2020]
- 608 31. Cour des comptes. L'avenir de l'assurance maladie : Assurer l'efficacité des dépenses,  
609 responsabiliser les acteurs. 2017. [Internet.  
610 [https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-diaporama-avenir-  
assurance-maladie.pdf](https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-11/20171129-diaporama-avenir-<br/>611 assurance-maladie.pdf). Accès au site le 16 janv 2020]
- 612 32. Safon M-O. Les réformes hospitalières en France : aspects historiques et réglementaires.  
613 2019. [Internet. [https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-  
hospitalieres-en-france.pdf](https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-reformes-<br/>614 hospitalieres-en-france.pdf). Accès au site le 16 janv 2020]
- 615 33. Soual H. Les dépenses de santé depuis 1950. Etudes Résultats 2017;(1017). [Internet.  
616 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1017.pdf>. Accès au site le 16 janv  
617 2020]
- 618 34. Commission européenne. State of health in the European Union : France. 2017. [Internet.  
619 [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_fr\\_french.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_fr_french.pdf). Accès au site  
620 le 16 janv 2020]
- 621 35. DREES. Les dépenses de santé en 2017. [Internet. [https://drees.solidarites-  
sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf](https://drees.solidarites-<br/>622 sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns18.pdf). Accès au site le 16 janv 2020]
- 623 36. Ministère de la santé. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 :  
624 dossier de presse de septembre 2019. [Internet. [https://www.securite-  
626 sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/DossierPresse\\_PLFSS2020.pdf](https://www.securite-<br/>625 sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2020/DossierPresse_PLFSS2020.pdf).  
Accès au site le 16 janv 2020]

- 627 37. Ministère de la santé. Ma Santé 2022 : Investir pour l'Hôpital : Dossier de presse de  
628 novembre 2019. [Internet.  
629 [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-  
631 jointe/2019/11/investir\\_pour\\_lhopital\\_dossier\\_de\\_presse.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-<br/>630 jointe/2019/11/investir_pour_lhopital_dossier_de_presse.pdf). Accès au site le 16 janv  
2020]
- 632 38. The National Health Service long term plan. 2019. [Internet.  
633 [https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhs-long-term-plan-june-  
2019.pdf](https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/01/nhs-long-term-plan-june-<br/>634 2019.pdf). Accès au site le 16 janv 2020]
- 635 39. Braun F. Le no bed challenge et la maltraitance. Congrès de la Société française de  
636 médecine d'urgence 2019. [Internet.  
637 [https://www.urgencesdirectinfo.com/medias/voir/le-no-bed-challenge-et-la-maltraitance-  
/3774](https://www.urgencesdirectinfo.com/medias/voir/le-no-bed-challenge-et-la-maltraitance-<br/>638 /3774). Accès au site le 16 janv 2020]
- 639 40. Thibon E, Bobbia X, Blanchard B, Masia T, Palmier L, Tendron L, et al. Association  
640 entre mortalité et attente aux urgences chez les adultes à hospitaliser pour étiologies  
641 médicales. *Ann Fr Médecine d'Urgence*. 2019;9(4):229-34.
- 642 41. Proudlove NC. The 85% bed occupancy fallacy: The use, misuse and insights of queuing  
643 theory. *Health Serv Manage Res*. 2019.

644