ÉLYSÉE CONSEILS · PROJET 2027

LA SANTÉ EN FRANCE — ÉTAT DES LIEUX 2027 · TOME 3

Se soigner : la ville, l'hôpital, les urgences

Accès aux médecins, maladies chroniques, reste à charge, arrêts de travail, transports, finances et qualité de l'hôpital, urgences

Chiffres, schémas et constats



Réussir ensemble

> Projet 2027 est la rédaction d'un programme pour la présidentielle 2027. Open source, ce programme est mis à disposition de tous les candidats à la présidentielle.

Document de travail · novembre 2026 · version 1

Sources : DREES, Cour des comptes, IGAS-IGF, Assurance maladie, HCAAM, ONVS, Insee. Licence Creative Commons CC BY-SA 4.0.

Mode d'emploi

Ce tome fait partie de l'état des lieux de la santé en France publié par Élysée Conseils. Il constate, il ne propose pas : les propositions font l'objet d'un rapport séparé. Il suit le parcours d'un patient : **trouver un médecin**, **se soigner quand on est malade chronique**, **payer sa part**, **s'arrêter de travailler**, **se déplacer**, **être hospitalisé** et **passer aux urgences**. Chaque chapitre s'ouvre sur un graphique et se termine par nos affirmations. Les encadrés suivent un code constant :

CHIFFRE CLÉ

Un chiffre qui résume le chapitre, avec sa source.

À SAVOIR

Une précaution de lecture ou un point technique.

NOS AFFIRMATIONS

« Une phrase forte, toujours fondée sur un chiffre du chapitre. »

RÈGLE DE MÉTHODE

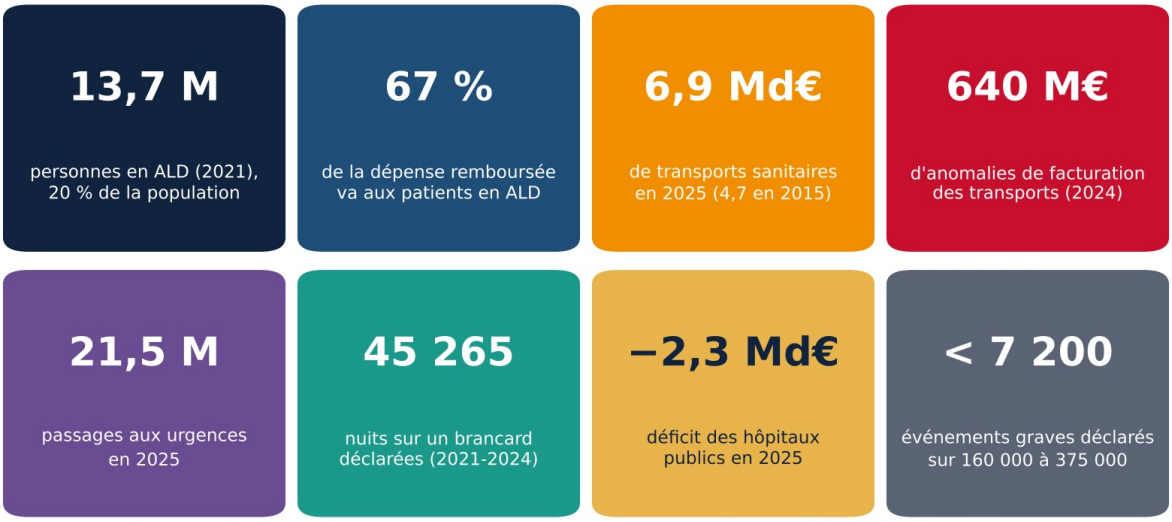
Les chiffres viennent des sources publiques les plus récentes. **C** signale un chiffre constaté, **P** un chiffre prévu ou projeté. Les calculs d'Élysée Conseils sont signalés comme tels. Le financement et l'organisation du système sont traités au tome 1 ; les soignants au tome 2 ; la santé mentale au tome 6.

Sommaire

01 L'essentiel
02 Trouver un médecin : le nombre et le temps
03 Les maladies chroniques et les ALD
04 Ce que paient les patients
05 Les arrêts de travail
06 Les transports de patients
07 L'hôpital : activité et finances
08 Qualité et sécurité des soins
09 Les urgences
10 Outre-mer
11 Questions fréquentes
12 15 chiffres à retenir
13 Lexique et sources

01 L'essentiel

L'essentiel en huit chiffres



Sources : IGAS-IGF (ALD, 2025) ; DREES 2026 ; Cour des comptes (RALFSS 2026, urgences 2024, qualité 2026) ; DREES ER n° 1380.

- **13,7 millions** de personnes sont en affection de longue durée (ALD), un Français sur cinq ; elles concentrent **67 %** de la dépense remboursée. L'Assurance maladie en projette **18 millions en 2035** (C, P).
- Le nombre de médecins augmente (**242 200** début 2026), mais le **temps médical accessible** recule : 3,3 consultations de généraliste par habitant et par an en 2023 (−1,4 % en un an), avec un écart de un à quatre entre territoires (C).
- Les **transports de patients** ont progressé de **47 % en dix ans** (6,9 Md€ en 2025) ; la Cour des comptes estime à **640 M€** les anomalies de facturation en 2024 (C).
- Les **arrêts maladie** accélèrent depuis 2019 (+3,9 % de journées par an) ; les arrêts de plus de six mois font 7 % des arrêts mais **45 %** de la dépense (C).
- Le **déficit des hôpitaux publics** se réduit (−2,3 Md€ en 2025, après −2,9 Md€), mais reste le troisième plus élevé depuis 2005 (C, estimation).
- Les **urgences** ont reçu **21,5 millions** de passages en 2025 ; sept sur dix concernent des cas peu graves, et **45 265** nuits sur brancard ont été déclarées en un peu plus de deux ans (C).

NOS AFFIRMATIONS

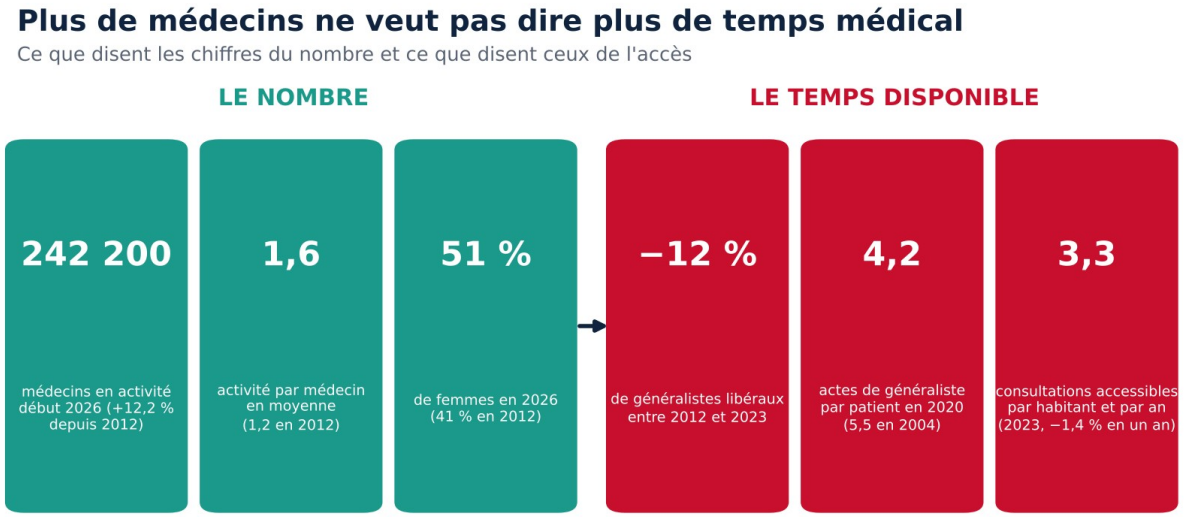
« Nous constatons qu'un Français sur cinq est en ALD et que cette part pourrait dépasser un sur quatre en 2035. »

« Nous constatons que compter les médecins ne suffit pas : c'est le temps médical disponible qui manque. »

« Nous constatons que les urgences servent de recours à toute heure là où la médecine de ville n'est plus joignable. »

« Nous constatons que moins d'un événement indésirable grave sur vingt est déclaré à l'hôpital. »

02 Trouver un médecin : le nombre et le temps



Sources : DREES (juillet 2026 ; décembre 2024, indicateur APL) ; Cour des comptes (urgences, novembre 2024).

La France compte **242 200 médecins en activité** au 1er janvier 2026, **5 000 de plus** qu'un an auparavant et **12,2 % de plus** qu'en 2012. Les généralistes sont **101 000** (42 %). La croissance s'accélère depuis trois ans (+2,1 % entre 2025 et 2026). Ces chiffres sont exacts, mais ils ne disent pas combien de rendez-vous un patient peut obtenir.

RÈGLE DE MÉTHODE — COMPTER JUSTE

Le nombre de médecins n'est pas le temps médical. Un médecin qui travaille à temps partiel, qui partage son activité entre plusieurs lieux (1,6 activité par médecin en moyenne en 2026, contre 1,2 en 2012) ou qui ne prend plus de nouveaux patients compte autant qu'un autre dans les effectifs.

La distance n'est pas l'accès. Habiter à quelques minutes d'un cabinet ne sert à rien si le prochain rendez-vous est dans six mois. C'est pourquoi la DREES mesure l'accessibilité en **consultations réellement disponibles par habitant** (indicateur APL), en tenant compte de l'activité des médecins, de leur âge, de la distance et de la demande de la population.

Dans ce document, nous retenons donc trois mesures ensemble : le nombre de médecins, le volume de consultations accessibles et la part des patients sans médecin traitant.

Indicateur	Valeur	Année	Ce qu'il dit
Médecins en activité	242 200	2026	Effectifs en hausse de 12,2 % depuis 2012
Généralistes libéraux	−12 %	2012-2023	Baisse continue depuis 2012, après une décennie de stabilité
Médecins généralistes intermittents	+64,4 %	2010-2023	Exercice à temps partiel de plus en plus fréquent
Actes de généraliste par patient	5,5 → 4,2	2004 → 2020	Plus de patients (39 → près de 55 millions), autant d'actes (~250 millions par an)
Consultations accessibles par habitant (APL)	3,3	2023	−1,4 % en un an ; 5,6 pour les 10 % les mieux dotés, 1,4 pour les 10 % les moins bien dotés
Population en zone sous-dotée (APL ≤ 2,5)	5,7 % (3,8 millions)	2018	3,8 % (2,5 millions) en 2015
Patients sans médecin traitant	12,2 %	2022	9,3 % en 2015

Source : DREES (juillet 2026 ; Études et résultats n° 1144, février 2020 ; données APL, décembre 2024) ; Cour des comptes, L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital (novembre 2024), d'après l'Assurance maladie.

La permanence des soins : la nuit, il n'y a plus que l'hôpital

La **permanence des soins ambulatoires** organise la réponse des médecins de ville le soir, la nuit, le week-end et les jours fériés. Obligatoire jusqu'en 2003, elle repose depuis sur le **volontariat**. En 2023, **39,4 %** des médecins libéraux y participaient (26 065 volontaires sur 66 257 médecins susceptibles de prendre une garde), avec des écarts de **8 % à Paris à 82 % dans les Vosges**. Elle est jugée satisfaisante en soirée et le week-end (97 % des territoires couverts), mais **24 % seulement** des territoires sont couverts en « nuit profonde », de minuit à 8 heures : les urgences y sont seules.

> **À SAVOIR**
>
> Quand elle fonctionne, la permanence des soins soulage l'hôpital : en 2021, seuls **8 %** des actes réalisés dans ce cadre ont été suivis d'un passage aux urgences le jour même ou le lendemain.

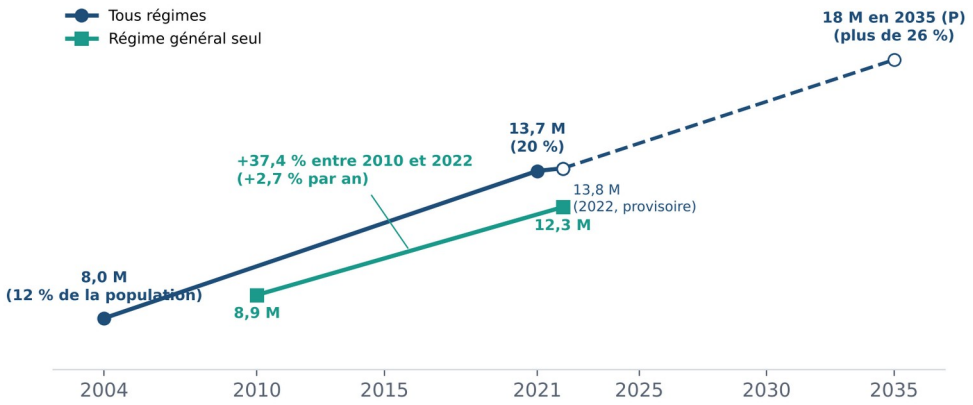
> **NOS AFFIRMATIONS**
>
> *« Nous constatons que le pays compte plus de médecins qu'en 2012 mais que chaque patient obtient moins d'actes de généraliste qu'en 2004. »*

03 Les maladies chroniques et les ALD

Une **affection de longue durée (ALD)** est une maladie grave ou chronique (diabète, cancer, maladie cardiovasculaire, affection psychiatrique de longue durée…) dont les soins liés sont remboursés à **100 %**. Le dispositif sert à la fois à suivre les malades chroniques et à neutraliser leur reste à charge.

Patients en ALD : de 8 à 13,8 millions en vingt ans

Nombre de personnes reconnues en affection de longue durée, en millions (P = projection de l'Assurance maladie)



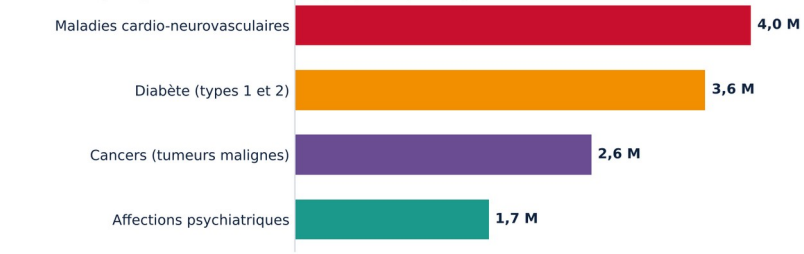
Source : IGAS-IGF, revue de dépenses ALD (2025), annexe II ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027.

Repère	Valeur	Source
Personnes en ALD, tous régimes	8,0 M (2004) → 13,7 M (2021) → 13,8 M (2022, provisoire)	Assurance maladie ; IGAS-IGF
Part de la population	12 % (2004) → 20 % (2021) → plus de 26 % en 2035 (P)	Assurance maladie
Régime général seul	8,9 M (2010) → 12,3 M (2022), +37,4 %, soit +2,7 % par an	IGAS-IGF
ALD hors liste	+69 % entre 2010 et 2022 (+4,6 % par an)	IGAS-IGF
Projection	18 millions de personnes en 2035 si la tendance se poursuit	Assurance maladie (P)

Source : IGAS-IGF, Revue de dépenses relative aux ALD (2025), annexe II ; Assurance maladie, Charges et produits pour 2027.

Quatre familles de maladies font les trois quarts des ALD

Assurés du régime général reconnus en ALD par grande pathologie, 2022, en millions



Source : IGAS-IGF, revue de dépenses ALD (2025), annexe II, tableau 1. Un assuré peut avoir plusieurs ALD.

CHIFFRE CLÉ

Les patients en ALD représentent **112 Md€** de dépenses, soit **67 %** de la dépense remboursée, dont **82,6 Md€** liés à leur ALD. L'exonération du ticket modérateur coûte **15,0 Md€**. **82 %** du reste à charge des patients en ALD n'a pas de lien avec leur ALD.

NOS AFFIRMATIONS

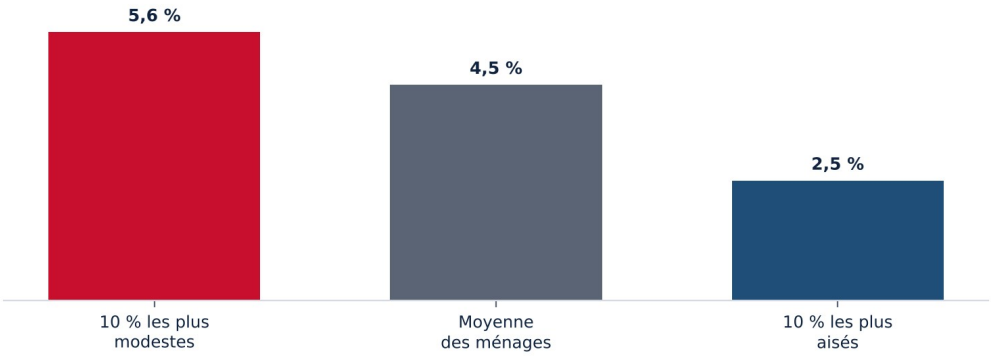
« Nous constatons que le nombre d'assurés en ALD au régime général a augmenté de 37 % en douze ans. »

04 Ce que paient les patients

Le **reste à charge** des ménages, ce qu'ils paient eux-mêmes après la Sécurité sociale et les complémentaires, atteint **34,1 Md€** en 2025. Il est faible en moyenne (environ 10 % de la dépense), mais il ne pèse pas de la même façon selon les revenus.

Les plus modestes consacrent deux fois plus de leur revenu à la santé

Taux d'effort (reste à charge + cotisations de complémentaire, en % du revenu disponible), 2019



Source : HCAAM, Décryptages santé n° 2 (juin 2026).

RÈGLE DE MÉTHODE

Le **taux d'effort** rapporte au revenu disponible ce que le ménage paie pour sa santé : son reste à charge **et ses cotisations de complémentaire**. Il est de **4,5 %** en moyenne (2019), de **5,6 %** pour les 10 % les plus modestes et de **2,5 %** pour les 10 % les plus aisés.

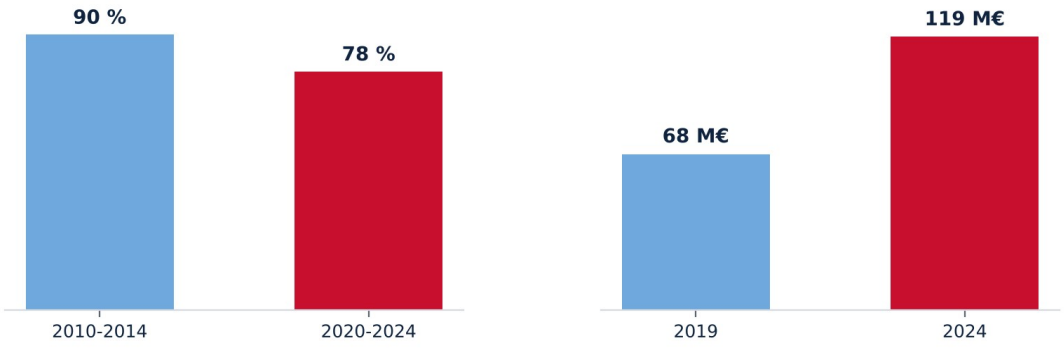
Franchises et participations : 2,5 Md€ et un recouvrement qui se dégrade

Dispositif	Montant	Plafond
Participation forfaitaire	2 € par consultation, acte de radiologie ou de biologie	50 € par an
Franchise médicale	1 € par boîte de médicament ou acte paramédical ; 4 € par transport	4 € par jour (8 € pour les transports) ; 50 € par an
Rendement 2025 (tous régimes)	2,5 Md€	48 millions d'assurés concernés
Patients en ALD	78 € par an en moyenne	contre 41 € pour les autres assurés

Source : Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS, mai 2026), chapitre V.

Franchises : de moins en moins recouvrées

Taux de recouvrement des franchises et participations (gauche) ; créances prescrites et annulées (droite)



Source : Cour des comptes, RALFSS 2026, ch. V. Créances restant dues fin 2024 : 1,5 Md€.

Pourquoi le recouvrement baisse-t-il ? La franchise est normalement **retenue sur un remboursement suivant**. Avec le **tiers payant** (62 % des actes en 2023, contre 47 % en 2017), il n'y a souvent plus de remboursement sur lequel la prélever. La caisse envoie alors un **avis de sommes à payer**, que l'assuré n'est pas contraint de régler :

- les caisses ne peuvent pas pratiquer de **saisie administrative**, réservée aux comptables publics, et la **contrainte** ne vaut que pour les cotisations et les indus ;
- le **prélèvement bancaire** autorisé par la loi n'a jamais été mis en œuvre, faute de décret ;
- contrairement aux indus, ces créances ne peuvent pas être récupérées sur les prestations des **autres branches** (famille, vieillesse) ; la MSA, guichet unique, le peut ;
- l'Assurance maladie a longtemps limité les envois (avis entre 50 € et 150-200 €, aucun envoi aux plus de 80 ans : 200 à 250 M€ de manque à gagner) ;
- après cinq ans, la créance est **prescrite** : 119 M€ annulés en 2024, contre 68 M€ en 2019.

CHIFFRE CLÉ

1,5 Md€ de créances de franchises et participations restaient dues à l'Assurance maladie fin 2024. Les mesures décidées en décembre 2025 (fin du critère d'âge, plancher abaissé à 40 €, plafond porté à 300 € en 2026) doivent rapporter **au moins 600 M€**.

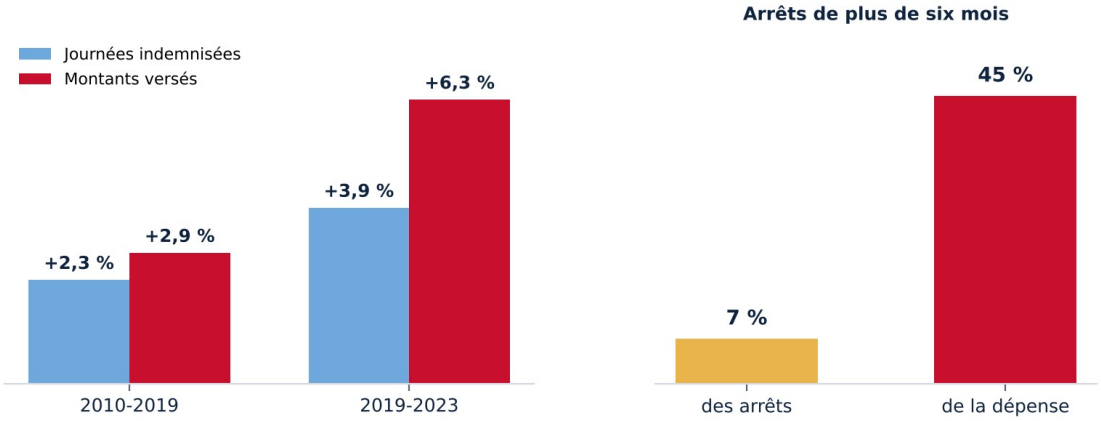
NOS AFFIRMATIONS

« Nous constatons qu'un euro de franchise sur cinq n'est plus recouvré, faute d'outil juridique pour le faire. »

05 Les arrêts de travail

Arrêts maladie : une accélération depuis 2019

Croissance annuelle moyenne des arrêts maladie indemnisés (gauche) ; poids des arrêts de plus de six mois (droite)



Source : DREES-CNAM, Études et résultats n° 1321 (décembre 2024), tableau 2 et graphique 3. Salariés du privé et contractuels du régime général.

Arrêts maladie indemnisés en 2023	Valeur
Montant indemnisé	10,2 Md€
Journées indemnisées	286 millions
Arrêts indemnisés	8,4 millions
Bénéficiaires	5,9 millions
Indemnité moyenne par jour	35,7 €
Durée moyenne d'un arrêt	35,7 jours

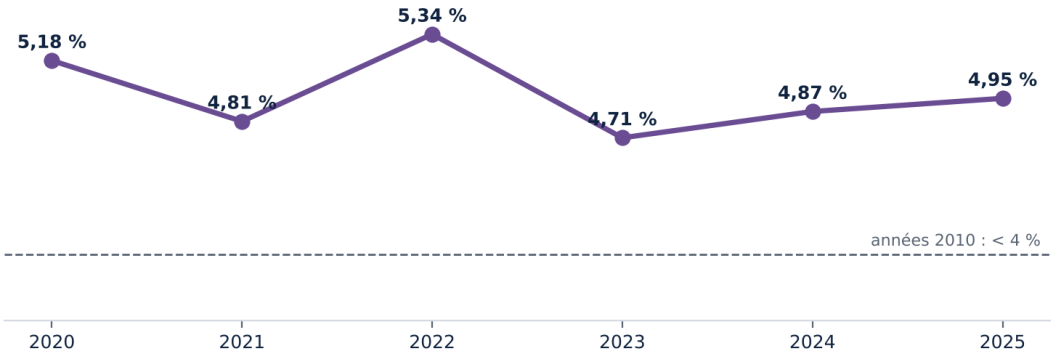
Source : DREES-CNAM, Études et résultats n° 1321 (décembre 2024), tableau 1. Salariés du privé et contractuels de la fonction publique au régime général, hors arrêts dérogatoires Covid.

Entre 2010 et 2019, les journées d'arrêt maladie progressaient de **2,3 % par an**, surtout sous l'effet de l'emploi et du vieillissement des actifs. Entre 2019 et 2023, hors effet Covid, elles progressent de **3,9 % par an**, et les montants de **6,3 %**. Cette accélération tient d'abord à une **hausse des taux de recours** à âge donné. Elle touche toutes les catégories, davantage les salariés âgés et les femmes. Toutes indemnités journalières confondues (maladie, accidents du travail, maternité), la dépense atteint environ **18 Md€ en 2025** et **19 Md€ en 2026** (P).

Ce que voient les entreprises

Dans les entreprises, un absentéisme durablement autour de 5 %

Taux d'absentéisme des salariés du privé (maladie et AT-MP), en % (moins de 4 % dans les années 2010)



Source : WTW, Baromètre Absentéisme Privé 2026 (octobre 2026) : 3 100 entreprises, 427 800 ETP, données DSN. Étude privée.

- Taux d'absentéisme de **4,95 %** en 2025, deuxième année de hausse après la sortie de crise (moins de 4 % dans les années 2010) ; **un salarié sur trois** est absent au moins une fois dans l'année ; durée moyenne de **38 jours**.
- **4 % des salariés concentrent plus de 60 %** de l'absentéisme (absences cumulées de plus de 90 jours), une part en hausse depuis 2023 (58 %).
- Écarts persistants : non-cadres et plus de 50 ans **+26 %** par rapport à la moyenne, femmes **+21 %** ; hausse la plus rapide chez les cadres (+17 % entre 2023 et 2025).
- Le **Plan santé au travail 2026-2030** permet à l'employeur de signaler un arrêt de plus d'un mois à la caisse, ouvre un canal de signalement dans l'espace employeur et prévoit la suspension du complément de salaire si une contre-visite conclut à un arrêt injustifié.

À SAVOIR

Le baromètre cité est une **étude privée** (cabinet WTW, octobre 2026, 3 100 entreprises, 427 800 ETP, données des déclarations sociales nominatives). Il complète les données publiques de la DREES et de l'Assurance maladie, qui portent sur les seules indemnités versées par la Sécurité sociale.

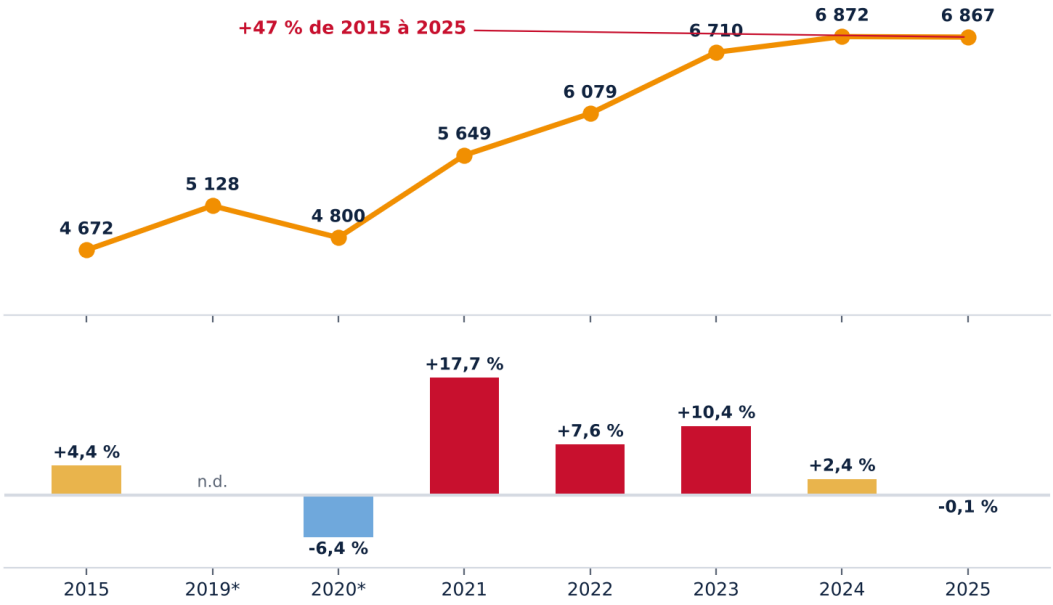
NOS AFFIRMATIONS

« Nous constatons que 7 % des arrêts maladie, ceux de plus de six mois, pèsent presque la moitié de la dépense. »

06 Les transports de patients

Transports de patients : +47 % en dix ans

Consommation de transports sanitaires en ville, en millions d'euros (haut) et évolution annuelle en % (bas)

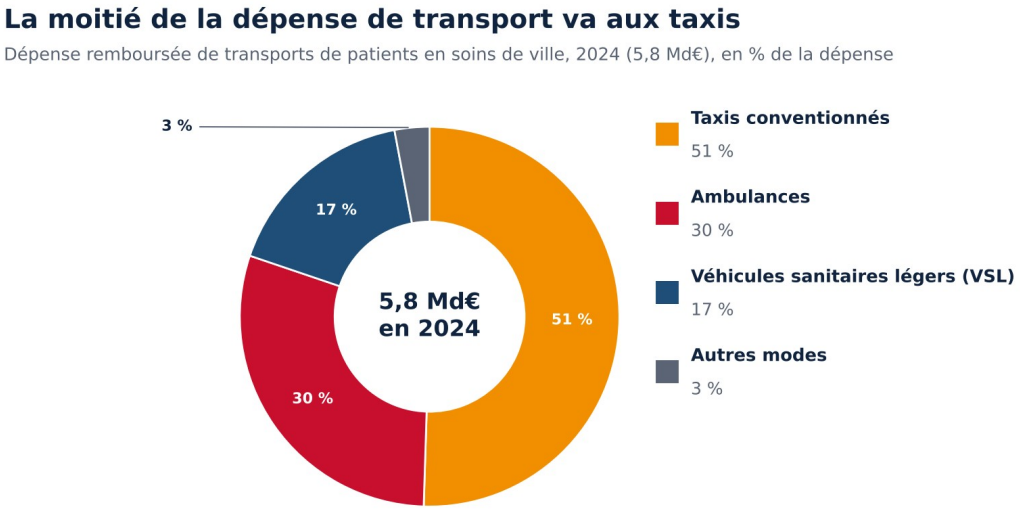


Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, fiche 20. *2019 et 2020 : calcul Élysée Conseils d'après les taux publiés.

Année	2015	2021	2022	2023	2024	2025
Dépense (M€)	4 672	5 649	6 079	6 710	6 872	6 867
Évolution	+4,4 %	+17,7 %	+7,6 %	+10,4 %	+2,4 %	−0,1 %
dont volume	+1,4 %	+16,0 %	+4,4 %	+6,5 %	−0,5 %	−0,8 %
dont prix	+3,0 %	+1,5 %	+3,1 %	+3,6 %	+2,9 %	+0,7 %

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2025, édition 2026, fiche 20, tableau 1. Transports sanitaires en ville, y compris contrats (gardes ambulancières).

Selon la Cour des comptes, la dépense remboursée de transport en soins de ville a crû de **31 % entre 2019 et 2024**, contre **17 %** pour l'ONDAM hors crise sanitaire et Ségur. Elle est tirée par les **volumes**, surtout les trajets en taxi. La DREES observe un premier recul en 2025 (−0,1 %), lié à la fin d'une aide transitoire, à un protocole d'économies signé en septembre 2025 (150 M€ visés d'ici 2027) et aux grèves qui l'ont suivi.

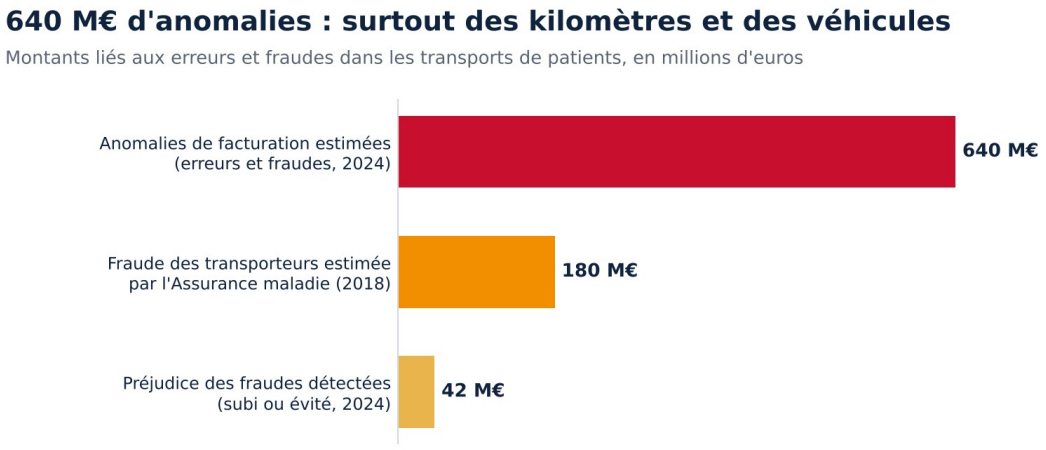


Source : Cour des comptes, RALFSS 2026, ch. VII (parts arrondies par la source).

Repère (2024)	Valeur
Dépense hors transport urgent	6,15 Md€, dont 5,80 Md€ en soins de ville
Patients transportés	6,52 millions
Trajets	89 millions
Véhicules	68 297, dont 57 % de taxis conventionnés, 22 % d'ambulances, 21 % de VSL
Prise en charge par l'Assurance maladie	94 % ; les patients en ALD font 90 % de la dépense
Concentration	9 % des assurés y ont recours ; 10 % des patients transportés font plus de 60 % de la dépense
Pathologies	Cancers 19 %, insuffisance rénale 16 %, cardio-vasculaire 15 %, psychiatrie 13 %
Prescripteurs	Les hôpitaux prescrivent 3,7 Md€ sur 5,8 Md€, sans en supporter la charge
Écarts territoriaux	De 62 € par habitant (Pays de la Loire, Bretagne…) à 106 € (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bourgogne-Franche-Comté)

Source : Cour des comptes, La sécurité sociale 2026 (RALFSS, mai 2026), chapitre VII.

Les 640 M€ d'anomalies : de quoi parle-t-on ?



Source : Cour des comptes, RALFSS 2026, ch. VII : 16 % du total des anomalies facturées à la Sécurité sociale ; 4e motif de fraude détectée.

Les **640 M€** ne sont pas une fraude prouvée : c'est l'**incidence financière estimée des erreurs de facturation**, calculée à partir du taux d'anomalies constaté après paiement sur un échantillon de dossiers contrôlés. Transporteurs sanitaires et taxis représentent **16 %** de toutes les anomalies facturées à la

Sécurité sociale, une part plus forte que leur poids dans la dépense. Les principales anomalies portent sur :

- **le nombre de kilomètres facturés**, y compris quand l'entreprise dispose d'un boîtier de géolocalisation ;
- **le véhicule et l'équipage** réellement utilisés ;
- la **facturation de transports non réalisés** ;
- la facturation de **plusieurs trajets simples au lieu d'un trajet partagé**.

La part **frauduleuse** était estimée par l'Assurance maladie à **180 M€** en 2018 (nouvelle estimation en 2026). Les fraudes détectées représentaient **42 M€** de préjudice subi ou évité en 2024, le quatrième motif de fraude en montant. Les taxis sont exemptés du contrôle d'accord préalable des trajets de plus de 150 km, faute de données kilométriques fiables dans le système de facturation.

> **À SAVOIR**
>
> La Cour des comptes recommande notamment un **pilotage national des plateformes de commande de transport** et la fin du libre choix du transporteur quand l'établissement organise le transport. La loi de financement pour 2025 vise 300 M€ d'économies d'ici 2027, objectif que la Cour des comptes juge insuffisant.

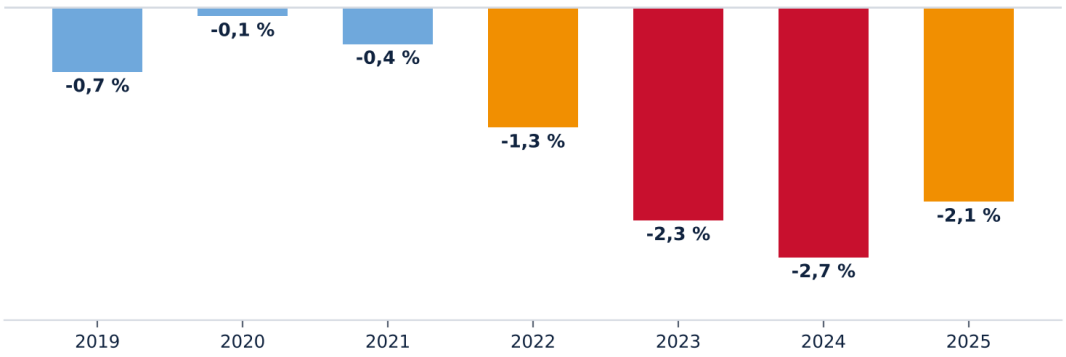
> **NOS AFFIRMATIONS**
>
> *« Nous constatons que la moitié de la dépense de transport de patients va aux taxis et que leurs kilomètres ne sont pas contrôlables. »*

07 L'hôpital : activité et finances

La France compte **2 962 établissements** de santé en 2024 : 1 330 publics, 977 privés lucratifs et 655 privés non lucratifs. Les hôpitaux publics réalisent **56 %** des séjours de court séjour et **71 %** des hospitalisations complètes. En 2025, l'activité de court séjour progresse de **4,0 %**, portée à 89 % par l'ambulatoire ; l'hospitalisation à domicile croît de 11,2 %.

Hôpitaux publics : un déficit qui se réduit mais reste élevé

Résultat net des hôpitaux publics, en % de leurs recettes



Source : DREES, Études et résultats n° 1380 (juillet 2026), graphique 6 (DGFiP). 2025 : estimation sur comptes provisoires (−2,3 Md€).

Hôpitaux publics	2024	2025 (estimation)
Résultat net	−2,9 Md€ (−2,7 % des recettes)	−2,3 Md€ (−2,1 % des recettes)
Résultat d'exploitation	−2,5 Md€ (−2,3 %)	−2,1 Md€ (−1,9 %)
Résultat financier (intérêts)	−0,9 Md€ (−0,8 %)	−0,9 Md€ (−0,8 %)
Dépenses du budget global	110,0 Md€	113,2 Md€ (+2,9 %)
Charges de personnel	+4,1 %	+3,0 %
Capacité d'autofinancement	1,0 % des recettes	1,8 % des recettes
Effort d'investissement	—	4,8 % des recettes (en repli)
Dette	29,9 Md€	27,1 % des recettes

Source : DREES, Études et résultats n° 1380 (juillet 2026) ; PLFSS 2027, annexe 6. Les chiffres 2025 reposent sur des comptes en partie provisoires.

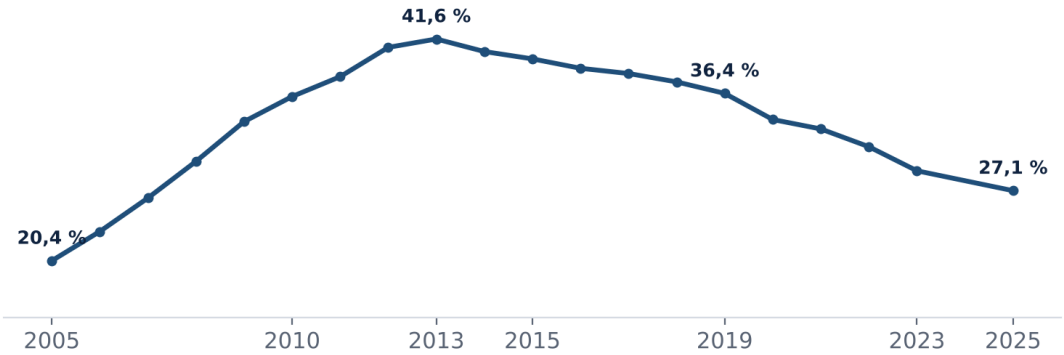
À SAVOIR

Un déficit de 2,3 Md€ représente environ 2 % des recettes des hôpitaux publics. Il est le troisième plus élevé depuis 2005, après 2023 et 2024. Il s'accompagne d'une **capacité d'autofinancement très faible**, qui limite l'investissement, et de **59 %** d'établissements en déficit sur leur budget principal en 2025.

La dette des hôpitaux (environ 30 Md€) n'est pas comptée dans la dette sociale (voir tome 1).

La dette des hôpitaux pèse moins lourd qu'en 2013

Encours de la dette des hôpitaux publics, en % de leurs recettes



Source : DREES, Études et résultats n° 1380, graphique 8 (DGFiP). Les partenariats public-privé sont comptés dans la dette depuis 2011.

NOS AFFIRMATIONS

« Nous constatons que le déficit hospitalier recule, mais que les hôpitaux publics n'ont presque plus de marge pour investir. »

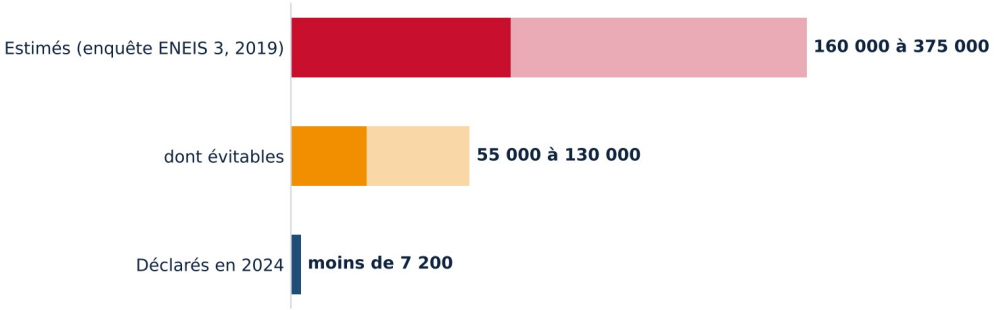
08 Qualité et sécurité des soins

Chaque année, environ **13 millions de patients** sont accueillis dans les établissements de santé. La qualité des soins est un enjeu de santé publique et un enjeu financier : selon des extrapolations à partir de données de l'OCDE, la réparation des préjudices évitables dépasserait **11 Md€** et les infections nosocomiales coûteraient entre **2,2 et 5,2 Md€**.

> **À SAVOIR — DÉFINITION**
>
> **Qu'est-ce qu'un événement indésirable grave ?** Un **événement indésirable associé aux soins** est un événement inattendu au regard de l'état de santé du patient. Il devient **grave** (EIGS) lorsqu'il entraîne un **décès**, une **mise en jeu du pronostic vital** ou un **déficit fonctionnel probablement permanent** (article R. 1413-67 du code de la santé publique). Exemples : erreur de médicament, chute, infection, retard de diagnostic, geste du patient contre lui-même.
>
> Les **agressions de soignants** ne sont pas des EIGS : elles relèvent d'un autre recueil, celui de l'Observatoire national des violences en santé (voir plus bas).

Événements indésirables graves : très peu sont déclarés

Nombre d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) par an, à l'hôpital

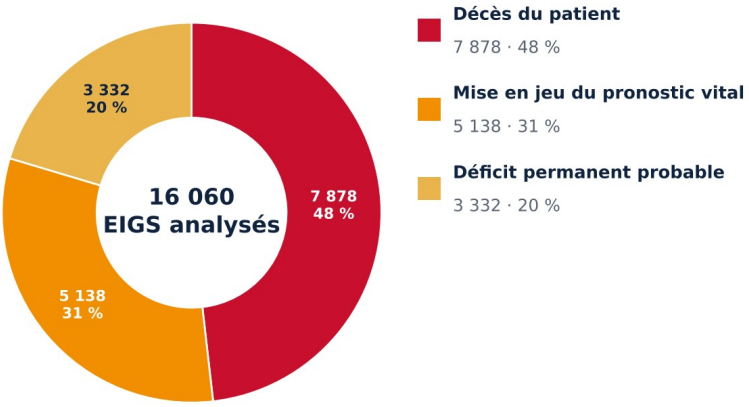


Source : Cour des comptes, La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé (avril 2026).

La déclaration des EIGS est **obligatoire** depuis 2004. Pourtant, l'enquête nationale ENEIS 3 (2019) estime qu'il en survient **160 000 à 375 000** par an au cours d'un séjour hospitalier, dont environ **34 % évitables** (55 000 à 130 000), alors que **moins de 7 200** ont été déclarés en 2024. Exemple donné par la Cour des comptes : rapportée aux 3,6 millions de journées de l'AP-HP, l'enquête conduirait à 15 080 à 35 400 EIGS par an, quand **203** ont été transmis à l'ARS d'Île-de-France en 2024.

Près d'un EIGS analysé sur deux a conduit au décès

Conséquences des 16 060 EIGS analysés par la HAS depuis 2017, en nombre



Source : Cour des comptes (avril 2026), d'après la HAS. Le total des conséquences (16 348) dépasse légèrement le nombre d'EIGS.

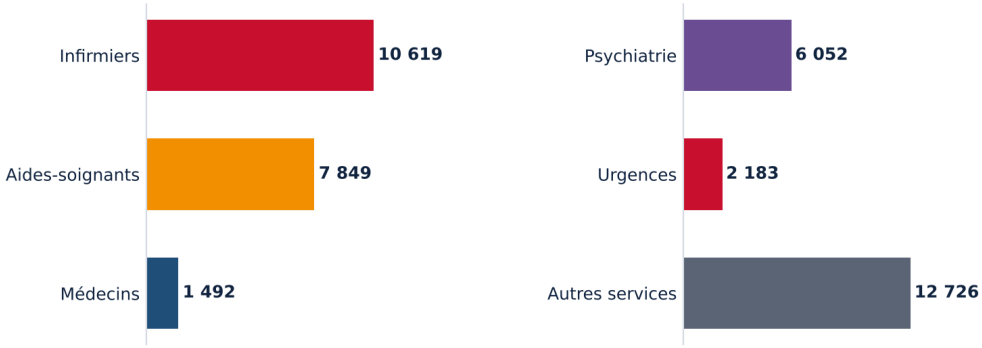
EIGS analysés par la HAS depuis 2017 (16 060)	Part
Erreurs liées aux soins ou à leur organisation	31 %
Actions du patient contre lui-même	22,8 %
Erreurs médicamenteuses	12,4 %

Source : Cour des comptes, La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé (avril 2026). 30 125 EIGS déclarés entre 2017 et 2024 (+163,7 % depuis 2020).

Les violences contre les soignants

Violences contre les soignants : 20 961 signalements en 2024

Professionnels victimes (gauche) et services d'origine des signalements (droite), 2024



Source : ONVS, rapport 2025 (données 2024). « Autres services » : calcul Élysée Conseils par différence.

ONVS	2023	2024	Évolution
Signalements	19 640	20 961	+6,7 %
Atteintes aux personnes	17 265	18 822	+9 %
dont violences physiques	7 734	8 499	+10 %
Atteintes aux biens	2 751	2 414	−12 %
Établissements et libéraux déclarants	473	556	+17,5 %
Auteurs : patients et résidents	70 %	72 %	
Auteurs : accompagnants et familles	17 %	16 %	

Source : Observatoire national des violences en santé (ONVS), rapport 2025 (données 2023-2024), septembre 2025.

À SAVOIR

Ces chiffres sont des **signalements volontaires** : le secteur libéral ne représente qu'environ 3 % des déclarations et le médico-social est peu couvert. Environ **neuf signalements sur dix** n'ont donné lieu à aucune démarche complémentaire ; le dépôt de plainte reste très minoritaire.

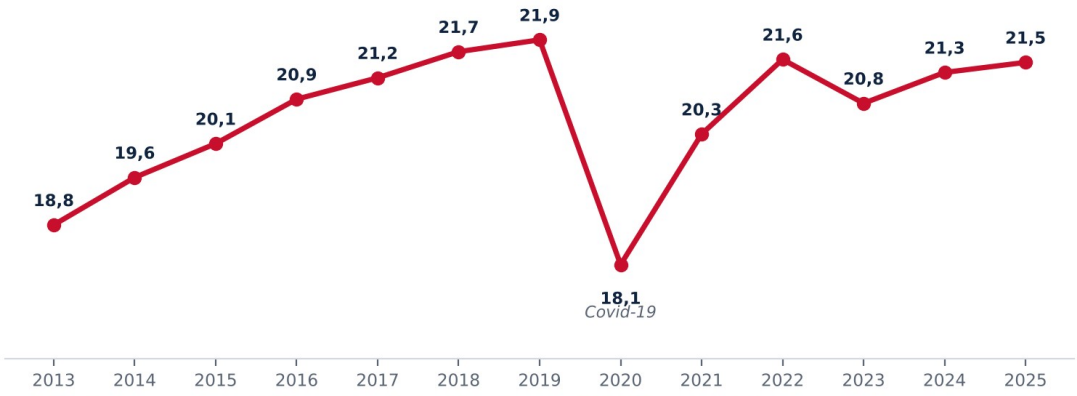
NOS AFFIRMATIONS

« Nous constatons que plus de 8 000 violences physiques contre des soignants ont été signalées en 2024, sans compter celles qui ne le sont pas. »

09 Les urgences

Urgences : 21,5 millions de passages, +15 % depuis 2013

Nombre annuel de passages dans les structures des urgences générales ou pédiatriques, en millions



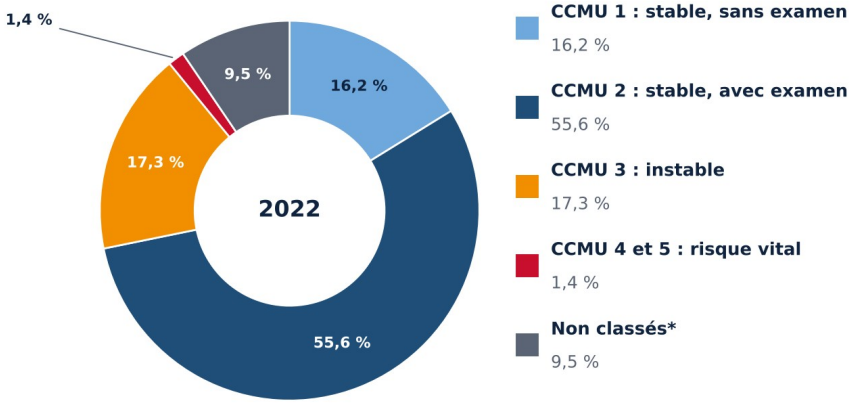
Source : DREES, Études et résultats n° 1380, graphique 5 (SAE, RPU). Évolution 2013-2025 : calcul Élysée Conseils.

Les urgences ont reçu **21,5 millions de passages en 2025** (+0,8 %), malgré la généralisation du **service d'accès aux soins** (SAS : 96 fin 2025), des fermetures sur certains créneaux et la régulation préalable par le Samu. Entre 2015 et 2019, la hausse des passages (+11,1 %) tenait à une augmentation du **recours** de la population (+10,5 %) bien plus qu'à sa croissance (+0,6 %).

Pourquoi autant de passages ?

Sept passages sur dix concernent des cas peu graves

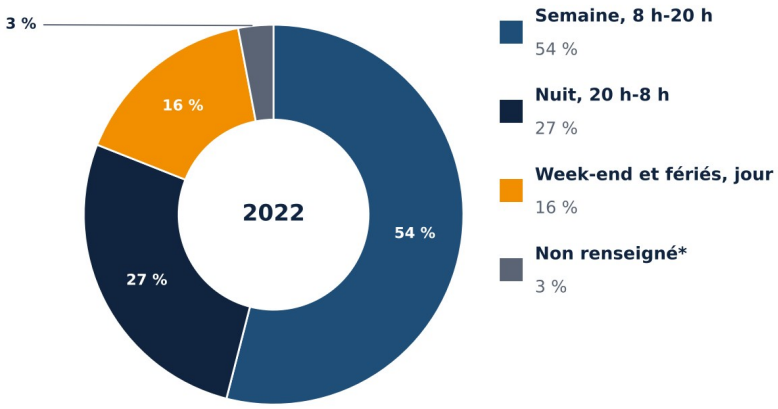
Passages aux urgences selon la gravité (classification CCMU), 2022, en % des résumés de passage



Source : Cour des comptes, L'accueil et le traitement des urgences (novembre 2024), d'après l'ATIH. *Calcul Élysée Conseils par différence.

Plus de quatre passages sur dix hors des heures de cabinet

Répartition des passages aux urgences selon le moment, 2022, en %



Source : Cour des comptes (novembre 2024). *Calcul Élysée Conseils par différence.

- **Plus de 70 % des passages** concernent des cas peu graves ou peu urgents (CCMU 1 et 2) ; les cas graves (CCMU 4 et 5) ne dépassent pas 2 %.
- **43 % des passages** ont lieu en dehors des heures d'ouverture des cabinets : la nuit (27 %) ou le week-end et les jours fériés (16 %).
- Les adultes **sans médecin traitant** recourent davantage aux urgences (23,3 % contre 19,1 %), et plus encore s'ils ont une maladie chronique (31,4 % contre 23 %).
- **2 % de la population**, venue au moins trois fois dans l'année, fait près de **28 %** des passages ; ces usagers fréquents sont plus souvent en situation de précarité.
- La Cour des comptes relie ces constats à la difficulté d'accéder à des **soins non programmés en ville** et à la facilité de recourir à un service public ouvert jour et nuit, « dans une proportion difficile à mesurer précisément ».

RÈGLE DE MÉTHODE

Y a-t-il un lien avec la médecine de ville ? Les données convergent (heures de passage, gravité, absence de médecin traitant, nuit profonde non couverte), mais aucune étude ne chiffre précisément la part des passages qu'une médecine de ville disponible éviterait. Nous présentons donc des **indices concordants**, pas une causalité mesurée.

La saturation : un problème de lits d'aval

Les **694 structures** des urgences (fin 2022) coûtent **5,6 Md€** par an (2023). Leur saturation vient davantage du **manque de lits d'hospitalisation** pour les patients à admettre que de l'excès d'entrées : 61 % des passages durent moins de quatre heures, mais seulement **30 %** des patients hospitalisés le sont dans ce délai. Entre décembre 2021 et mars 2024, **45 265** déclarations de patients restés une nuit sur un brancard faute de lit ont été recueillies.

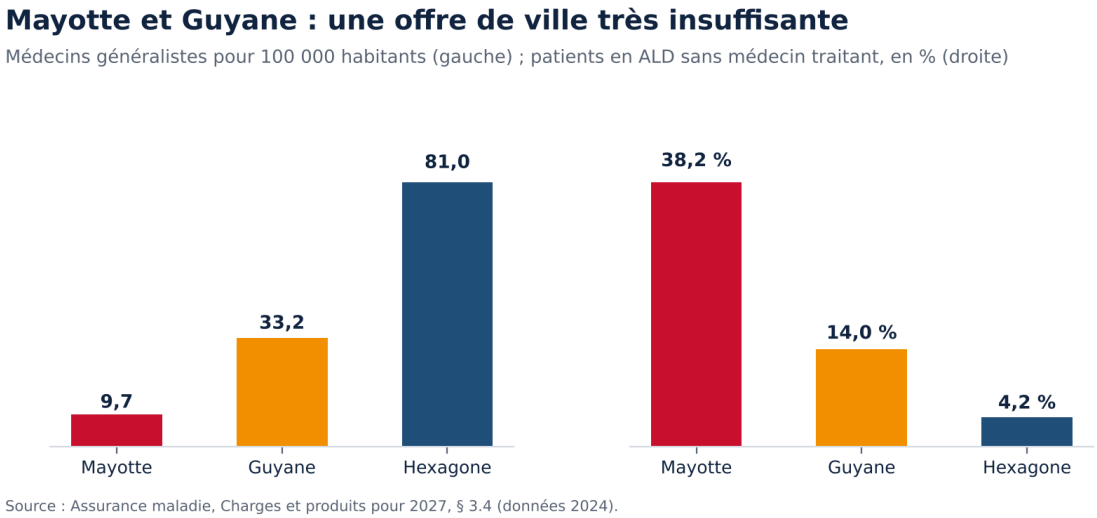
CHIFFRE CLÉ

Une nuit passée sur un brancard aux urgences augmente de **près de 40 %** le risque de mortalité hospitalière des patients de plus de 75 ans (de 11,1 % à 15,7 %).

NOS AFFIRMATIONS

« Nous constatons que, la nuit, les urgences sont le seul recours dans trois territoires sur quatre. »

10 Outre-mer



Source : Assurance maladie, Charges et produits pour 2027, § 3.4 (données 2024).

- **Mayotte et Guyane** : 9,7 et 33,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 81 dans l'Hexagone ; les spécialistes sont quasi absents à Mayotte (2,4 pour 100 000, contre 82,5). Les généralistes y suivent 1,8 à 2,3 fois plus de patients.
- **38,2 %** des patients en ALD n'ont pas de médecin traitant à Mayotte, **14 %** en Guyane, contre 4,2 % dans l'Hexagone. À Mayotte, le centre hospitalier et treize dispensaires assurent l'essentiel des soins de premier recours.
- En Guyane, la densité de généralistes libéraux a baissé de **19 %** entre 2018 et 2024 ; **31 %** des adultes y sont sans médecin traitant.
- **Guadeloupe, Martinique et La Réunion** : une offre plus proche de l'Hexagone, avec deux fois plus d'infirmiers et de kinésithérapeutes ; l'exercice coordonné couvre 100 % de La Réunion, 10 % de Mayotte.
- **Urgences 2025** : +6,4 % de passages en Guyane, −3,8 % en Guadeloupe.
- La couverture par la complémentaire santé solidaire gratuite dépasse 80 % des bénéficiaires dans tous les départements d'outre-mer, et 99 % à Mayotte, signe de la précarité économique.

> **À SAVOIR**
>
> Le préjudice des fraudes détectées dans les caisses d'outre-mer a doublé chaque année entre 2023 et 2025 (60 M€ en 2025), notamment sur la perfusion à domicile (voir tome 1).

11 Questions fréquentes

Manque-t-on de médecins ?

Le nombre de médecins augmente depuis 2012, mais le temps médical accessible baisse : moins de généralistes libéraux, plus de temps partiel, plus de patients âgés et chroniques. Le volume de consultations accessibles par habitant recule (3,3 en 2023).

Pourquoi les urgences débordent-elles ?

Parce que beaucoup de patients s'y rendent faute de solution en ville, surtout la nuit et le week-end, et parce que l'hôpital manque de lits pour admettre ceux qui doivent être hospitalisés.

Le déficit de l'hôpital est-il grave ?

Il représente environ 2 % des recettes en 2025 et se réduit. Mais il dure depuis 2022, et la capacité d'autofinancement des hôpitaux est très faible, ce qui freine l'investissement.

Les transports de patients sont-ils fraudés ?

La Cour des comptes estime à 640 M€ les erreurs de facturation, dont une partie seulement est frauduleuse (180 M€ estimés en 2018). Le contrôle bute sur l'absence de données kilométriques fiables.

Pourquoi les franchises rentrent-elles mal ?

Avec le tiers payant, il n'y a plus de remboursement sur lequel les retenir, et les caisses n'ont pas d'outil pour obliger l'assuré à payer l'avis qu'elles lui envoient.

Les arrêts maladie augmentent-ils vraiment ?

Oui : +3,9 % de journées par an entre 2019 et 2023, hors effet Covid, contre +2,3 % auparavant, principalement parce que le recours aux arrêts augmente à âge donné.

12 15 chiffres à retenir

#	Chiffre	Ce qu'il mesure
1	13,7 M	Personnes en ALD (2021)
2	18 M	Personnes en ALD projetées en 2035
3	67 %	Part de la dépense remboursée consacrée aux patients en ALD
4	3,3	Consultations de généraliste accessibles par habitant et par an (2023)
5	24 %	Territoires couverts par la permanence des soins en nuit profonde
6	5,6 % / 2,5 %	Taux d'effort des 10 % les plus modestes / les plus aisés
7	1,5 Md€	Créances de franchises non recouvrées fin 2024
8	45 %	Part de la dépense d'arrêts maladie due aux arrêts de plus de six mois
9	+47 %	Hausse des transports de patients entre 2015 et 2025
10	640 M€	Anomalies de facturation des transports (2024)
11	−2,3 Md€	Déficit des hôpitaux publics en 2025
12	< 7 200	EIGS déclarés en 2024, pour 160 000 à 375 000 estimés
13	8 499	Violences physiques contre des soignants signalées en 2024
14	21,5 M	Passages aux urgences en 2025
15	45 265	Nuits sur brancard déclarées (déc. 2021-mars 2024)

Source : Voir les chapitres correspondants pour les sources.

13 Lexique et sources

Terme	Définition
ALD	Affection de longue durée : maladie grave ou chronique dont les soins liés sont remboursés à 100 %
APL	Accessibilité potentielle localisée : nombre de consultations de généraliste accessibles par habitant et par an
CCMU	Classification clinique des malades des urgences, de 1 (stable) à 5 (pronostic vital engagé, réanimation)
EIGS	Événement indésirable grave associé aux soins
IJ	Indemnités journalières versées pendant un arrêt de travail
ONVS	Observatoire national des violences en santé
SAS	Service d'accès aux soins : régulation téléphonique des demandes de soins urgents et non programmés
Taux d'effort	Reste à charge et cotisations de complémentaire rapportés au revenu disponible
Tiers payant	Paiement direct du professionnel par l'Assurance maladie, sans avance de frais
VSL	Véhicule sanitaire léger, pour les patients transportés assis

Sources

1. DREES, *Les dépenses de santé en 2025*, édition 2026, fiche 20 (transports sanitaires) — https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/depenses-de-sante-et-financements
2. DREES, *Le déficit des hôpitaux publics diminue en 2025 mais reste élevé*, Études et résultats n° 1380 (juillet 2026), et ses données
3. DREES-CNAM, *Arrêts maladie : au-delà des effets de la crise sanitaire, une accélération depuis 2019*, Études et résultats n° 1321 (décembre 2024)
4. DREES, *5 000 médecins supplémentaires en activité au 1er janvier 2026* (juillet 2026) — https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/260702-medecins-supplementaires-en-activite-en-France-au-1er-janvier-2026
5. DREES, accessibilité aux soins, indicateur APL (décembre 2024) — https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse-jeux-de-donnees/jeux-de-donnees/241220_DATA_accessibilite-aux-soins
6. DREES, Études et résultats n° 1144 (février 2020) — https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf
7. La Cour des comptes, *La sécurité sociale 2026* (RALFSS, mai 2026), chapitres V (franchises) et VII (transports de patients)
8. La Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital* (novembre 2024)
9. La Cour des comptes, *La politique d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé* (avril 2026)
10. IGAS-IGF, *Revue de dépenses relative aux affections de longue durée* (2025) — https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/2025-07/Rapport%20Igas-IGF%20affections%20longue%20dur%C3%A9e%20(revue%20de%20d%C3%A9penses).pdf
11. Assurance maladie, *Charges et produits pour 2027* (juillet 2026)
12. Assurance maladie, bénéficiaires des ALD, séries annuelles en données ouvertes — https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/personnes-en-affection-de-longue-duree-ald/
13. HCAAM, *Décryptages santé* n° 2 (juin 2026) — https://www.strategie-plan.gouv.fr/files/2026-06/D%C3%A9cryptages%20sant%C3%A9_n%C2%B02%20juin%202026_1.pdf
14. ONVS, rapport 2025 (données 2023-2024) — https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/300273_0.pdf
15. WTW, *Baromètre Absentéisme Privé 2026* (octobre 2026), étude privée
16. Gouvernement, PLFSS 2027, présentation des mesures et annexe 6 (octobre 2026)

Licence. Ce document est publié sous licence Creative Commons Attribution – Partage dans les mêmes conditions 4.0 International (CC BY-SA 4.0). Vous pouvez le copier, le diffuser et l'adapter, y compris à des fins commerciales, à condition de citer Élysée Conseils et de partager vos adaptations sous la même licence.
https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.fr

Ce programme est le vôtre

Une erreur, un chiffre à mettre à jour, une source à ajouter, une idée ? Écrivez-nous à mesidees@elysee-conseils.fr. Toutes les contributions sont lues et prises en compte pour l'édition suivante. **www.elysee-conseils.fr**