



L'accès à la santé des Normands en 2050

Décembre 2025

Présenté par Jacques Lethuillier

Accès à la santé des Normands en 2050

DÉCEMBRE 2025

Présidente de commission

Nicole GOOSSENS

Rapporteur

Jacques LETHUILLIER

Avec la contribution de
Laurence MONNET-LEPAGE

Elisabeth TOULISSE

Table des matières

Table des matières	3
Composition de la commission n°7.....	7
Composition du comité d'étude	8
Auditions et remerciements	9
RAPPORT	11
AVANT-PROPOS	13
Introduction.....	15
1. L'accès à la santé : une définition large	16
2. La prospective exploratoire : une méthodologie.....	18
2.1. Objectif : explorer le champ des possibles.....	18
2.2. Choix de l'horizon à 2050	18
2.3. Construction de la base prospective : 7 variables « clés »	19
2.4. Formulation d'hypothèses contrastées.....	21
2.5. Construction de scénarios.....	21
3. La base prospective	22
Présentation des variables clés	22
PARTIE 1 : Les scénarios.....	24
1. Scénario 1 : En 2050, si rien ne change, un scénario tendanciel	24
2. Scénario 2 : La Normandie se confronte aux défis.....	29
3. Scénario 3 : Proximité renforcée pour la santé des Normands	40
4. Scénario 4 : En 2050, une situation hors de contrôle, le scénario noir.....	49
5. Présentation détaillée des questionnements et hypothèses	55
5.1. Variable Démographie.....	55
5.2. Variable environnement	60
5.3. Variable Emploi, métiers, compétences, formation.....	67
5.4. Variable Innovations, numérique en santé et IA.....	75
5.5. Variable Rapport au travail	81
5.6. Variable Ecosystème économique de la santé.....	88
5.7. Variable Gouvernance en santé	95
6. Tableau synthétique des faits prospectifs.....	104
PARTIE II : La base prospective.....	108
Données de cadrage	108
1. État de santé en Normandie	108
1.1. Bonne santé et bien-être	109
1.2. Inégalités réduites.....	119
1.3. Pas de pauvreté.....	120
1.4. Éducation de qualité	122
2. Contexte sanitaire global : les enjeux pour les populations.....	123

2.1.	Structuration de la santé publique au fil du temps : la place de la prévention	123
2.2.	Les nouveaux enjeux sanitaires.....	125
Chapitre 1 : Démographie		133
1.	Définition.....	133
2.	Les principaux indicateurs de la démographie	133
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et enjeux en Normandie.....	134
3.1.	Dynamiques démographiques : une situation atone, dépendante des flux migratoires	134
3.2.	Des situations infra-territoriales contrastées.....	137
4.	Que peut-il advenir ? Analyse prospective à 2050.....	140
4.1.	Les projections de population de l'INSEE	140
4.2.	Les enjeux des dynamiques démographiques au regard de l'accès à la santé des Normands en 2050	144
4.3.	Les infléchissements possibles pour la Normandie.....	144
Chapitre 2 : Environnement		148
1.	Définition.....	148
2.	L'observation du lien environnement-santé	148
2.1.	La santé environnementale à travers les âges	148
2.2.	Santé-environnement : le besoin d'objectivation par l'observation.....	149
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et enjeux en Normandie.....	150
3.1.	Les risques naturels et anthropiques sur la santé humaine.....	150
3.2.	La qualité et l'accès aux ressources vitales	160
3.3.	Les conditions de vie : impact en santé des vulnérabilités sociales et des modes de vie	168
3.4.	Acceptabilité sociale des exigences environnementales	175
4.	Que peut-il advenir ? Les infléchissements possibles	178
Chapitre 3 : Emploi, métiers, compétences, formation.....		183
1.	Définition.....	183
2.	L'observation des métiers de santé normands : une offre en deçà des besoins.....	184
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux.....	186
3.1.	Évolution des emplois, besoins en compétence et pratique des métiers.....	186
3.2.	Les formations, levier d'une réponse appropriée aux besoins	196
3.3.	Attractivité du secteur professionnel.....	201
3.4.	La Gouvernance juridique des emplois et des compétences	206
4.	Que peut-il advenir ?	210
Chapitre 4 : Innovations, numérique en santé et IA		214
1.	Définition.....	214
2.	Les composantes de l'innovation en santé	215
2.1.	La santé numérique ou E-santé (ou <i>E-health</i>)	215
2.2.	L'intelligence artificielle	216
2.3.	Les données.....	218
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux.....	221
3.1.	Quelle santé numérique ?	221

3.2.	Les innovations en santé et le territoire normand : de multiples acteurs mobilisés	228
4.	Que peut-il advenir ?	233
4.1.	Pour le citoyen et le patient	233
4.2.	Pour le personnel soignant, administratif ou l'aidant.....	234
4.3.	La question des données	235
4.4.	L'environnement et la santé	236
4.5.	Formation et recherche en santé : des défis à relever.....	237
4.6.	Ethique et santé indissociables	238
4.7.	Tout dépend des pouvoirs publics	239
	Chapitre 5 : Rapport au travail	242
1.	Définition.....	242
2.	Observation du lien entre l'accès à la santé et le rapport au travail.....	243
2.1.	Le public cible couvert par cette analyse rétrospective	243
2.2.	La typologie des actifs normands.....	244
2.3.	Les principaux indicateurs d'analyse, disponibles en santé AU travail	247
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux.....	249
3.1.	Les constructions sociales autour du rapport au travail	249
3.2.	Les conditions de travail et la santé au travail	264
3.3.	Processus RH, organisation et santé au travail	283
3.4.	Gouvernance et moyens au service d'une culture de la santé au travail partagée par tous ? ...	290
4.	Que peut-il advenir ? Les dynamiques à observer	293
	Chapitre 6 : Écosystème économique de la santé	297
1.	Définition.....	297
2.	Ressources utilisées et objectif de l'état des lieux	298
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux.....	299
3.1.	Filière normande de l'économie en santé et en santé numérique	299
3.2.	Industrie du médicament	302
3.3.	Financiarisation de l'offre de soins dans le système de santé	307
3.4.	Économie du vieillissement.....	309
4.	Que peut-il advenir ?	316
	Chapitre 7 : Gouvernance en santé	318
1.	Une définition large de la gouvernance en santé	318
2.	Ressources et objectifs de l'état des lieux sur la gouvernance.....	319
3.	Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux.....	321
3.1.	Historique et évolution des modèles de gouvernance en santé	321
3.2.	Mécanismes financiers, socialisation du risque et acceptabilité sociale	329
3.3.	Territorialisation de la gouvernance en sante : rôle croissant des collectivités territoriales, place cruciale des professionnels.....	346
3.4.	La place des usagers et de la démocratie sanitaire	363
3.5.	La prévention et l'accès à la santé globale	371
4.	Que peut-il advenir ? Les grands domaines d'incertitude	384
	ANNEXES	391

Annexe 1 - Lettre de saisine de la Région Normandie	393
Annexe 2 – Principaux indicateurs sanitaires de 2020	394
Annexe 3 – Historique : les grandes époques et les principaux textes de loi fondateurs des politiques contemporaines de santé	404
Annexe 4 – Cartographie des groupes privés et mécanismes de financiarisation	411
Bibliographie.....	414
Liste des sigles.....	423

Composition de la commission n°7

« Veille et Prospective »

Présidente : Nicole **GOOSSENS**

Vice-présidente : Sophie **LE BRICQUIR**

Rapporteur : Jacques **LETHUILLIER**

Sébastien **ANFRAY**

Christian **BOULOCHER**

Sandrine **CALVET**

Sophie **COULIER**

Sébastien **COURTIN**

Daniel **DE ROSA**

Bertrand **DECLOMESNIL**

Anne-Marie **DENIS**

Estelle **DUCLOS**

Valérie **EGLOFF**

Fabienne **FOLLIOT**

Véronique **FRANÇOIS**

Jean-Pierre **GIROD**

Marc **GRANIER**

Emmanuèle **JEANDET-MENGUAL**

Stéphane **KRANZ**

Cédric **LARGILLET**

Jean-Luc **LÉGER**

Lionel **LEROGERON**

Christine **LEROY**

Jacques **LETHUILLIER**

Antoine **LEVENEUR**

Martine **LOUVEAU**

Emilie **OZOUF**

Yann **PERROTTE**

Anne **PINEL**

Virginie **POIRIER-MOREL**

Xavier **PREVOST**

José **SAGIT**

David **SEBAG**

Jean-Claude **SOUBRANE**

Laure **TANKÉRE**

Arnaud **TOUFLET**

Dominique **TREFFLE**

Annick **VANDAELE**

La commission exprime une pensée émue pour les moments d'échanges avec **Bertrand DECLOMESNIL** dont la participation active a enrichi les débats.

Composition du comité d'étude

Nicole **GOOSSENS**, Présidente de commission

Guillaume **CARON** (membre des commissions 2 et 3)

Jean-Pierre **GIROD**

Emmanuèle **JEANDET-MENGUAL**

Sophie **LE BRICQUIR**, vice-présidente

Jean-Luc **LÉGER**

Jacques **LETHUILLIER**, rapporteur

Emilie **OZOUF**

Annick **VANDAELE**

Auditions et remerciements

Jocelyne **AMBROISE**

Présidente de la commission 2
"Développement humain et qualité de
vie" du CESER de Normandie

Laurence **BEAUDOIN**

Directrice de la Mutualité française
Normandie

Laurent **BEDFERT**

Directeur Général de V Y V 3
Normandie

Christian **CAMESELLA**

Directeur adjoint de l'INSEE Normandie

Jean-François **CAPO-CANELLAS**

Directeur adjoint de la CARSAT
Normandie en charge de l'action sociale

Sophie **CHAUSSE**

Présidente de la commission 5
"Recherche, innovation, coopération" du
CESER de Normandie

Sébastien **DELECLUZE**

Directeur général adjoint de l'ARS
Normandie

Emilie **DESHAIS**

Consultante silver économie du
Gérontopôle Seine Estuaire Normandie

Catherine **DESNOS**

Trésorière de la Fédération régionale
Normandie Familles rurales

Pascale **DESPRES**

Présidente de la CRSA Normandie

Jean-Marc **DUJARDIN**

Présidente de la commission CSP de la
CRSA Normandie

Valérie **EGLOFF**

Présidente du Gérontopôle Seine Estuaire
Normandie

Stéphane **HOLE**

Directeur de la CPAM de l'Eure

Camille **HURARD**

Chef de projets d'études de l'INSEE
Normandie

Marine **LE ROUX**

Chargée de mission du Gérontopôle Seine
Estuaire Normandie

Arnaud **LECOQ**

Directeur de l'URIOPSS

Michel **LOISEL**

Président de la commission CSDU de la
CRSA Normandie

Pierre-Edouard **MAGNAN**

Président de la Fédération Nationale de
l'Innovation Mutualiste

Simon **MAGNIER**

Commission enfance jeunesse de
l'URIOPSS

Marie-Christine **MANGANE**

Déléguée régionale de l'UNAFAM

Nicolas **MARAIS**

Président de la commission 1 "Emploi -
Formation" du CESER de Normandie

Léa **MESLIN**

Chargée de mission soutien à l'animation
territoriale de l'URIOPSS

Célia **VERLAND**

Coordinatrice régionale France Assos
Santé Normandie

Remerciements pour leurs contributions aux membres des :

Commission 1 « Emploi – Formation », présidée par

Nicolas **MARAIS**

et assistée de Lydie **HERMET-BREANT**

Commission 5 « Recherche, innovation, coopération », présidée par

Sophie **CHAUSSE**

et assistée d'Elisabeth **TOULISSE**

Groupe de travail au sein de la Commission 4 « développement économique », animé par

Emilie **OZOUF**

et assisté de Pierre **ALLAIN**

Par ailleurs, la commission a privilégié autant que faire se peut le recours à ses propres ressources internes, les conseillers étant tout à fait légitimes pour émettre des réflexions pertinentes sur l'analyse des situations étant donné leurs horizons divers. Elle a ciblé ses demandes d'auditions extérieures sur les sujets qu'elle avait besoin d'éclairer, pour ouvrir le débat sur la question « Que peut-il advenir ? », là où se situe la plus-value de l'approche prospective. Le format table ronde a également été favorisé pour l'échange de points de vue qu'il suscite entre acteurs sur leur vision de l'avenir et leurs interrogations.

RAPPORT

AVANT-PROPOS

Cette année, la sécurité sociale a 80 ans ! Nous vivons désormais dans un monde bien différent de celui qui a vu sa création en 1945. Huit décennies durant lesquelles notre société a su construire un modèle de solidarité unique, profondément républicain, protecteur et émancipateur. Un modèle qui a permis l'accès aux soins, de réduire les inégalités devant les aléas de l'existence et faire de la santé et de la protection sociale non pas un privilège réservé à quelques-uns, mais un droit pour tous. Des bouleversements profonds et singuliers se sont succédé, mais nous pouvons nous réjouir : nous vivons aujourd'hui plus longtemps et en meilleure santé que les générations précédentes.

La crise sanitaire du Covid 19, outre cet attachement à la protection sociale, a mis en exergue la reconnaissance de la richesse qu'apportent à la société les travailleurs des secteurs du sanitaire, social et médico-social malgré les difficultés grandissantes à effectuer un travail de qualité.

Cependant, soulignons que la Région Normandie se distingue par un engagement dans le domaine de la santé bien au-delà de ses compétences propres. C'est l'une des régions les plus investies sur ce sujet depuis 2017, avec une accélération de prise de décisions lors du COVID, et du SEGUR. Mais comme l'a montré le rapport du CESER de 2020, « L'accès à la santé et aux soins en Normandie, il est urgent d'agir », le contexte de dégradation y est plus important et notre région connaît des retards récurrents sur le plan de la situation sanitaire, de la prévalence des pathologies lourdes, des affections chroniques, et présente de fortes inégalités sociales et territoriales de santé.

C'est dans un contexte de transformations systémiques que la commission « Veille et Prospective » du CESER a engagé ses travaux afin de répondre à une demande du Président de Région, Hervé MORIN, d'identifier les leviers essentiels qui agissent sur le niveau de santé des Normands à long terme.

La stratégie, les engagements et les actions nécessaires au bénéfice des Normands reviennent aux décideurs politiques, aux élus régionaux. Notre objectif s'est limité à envisager les impacts des transformations sociétales à l'œuvre mais aussi les évolutions qui vont jaloner les parcours d'accès à la santé dans ce domaine où les décisions de l'Etat sont prédominantes, prégnantes avec un contexte de fortes tensions budgétaires.

Que peut-il advenir en 2050 ? Incertitudes globales marquées par de nombreuses turbulences. Volontairement, nous avons écarté le tumulte international si dramatique soit-il, sur un horizon aussi lointain car une démarche prospective requiert de s'éloigner des instabilités du moment, de s'extraire de l'urgence de l'actualité. L'inédit reste notre quotidien.

Depuis avril 2024, la commission a mené un travail exploratoire, avec l'appui d'un comité d'étude et d'un rapporteur, afin d'identifier les variables-clés susceptibles d'influer sur les futurs possibles, en tenant compte des tendances de fond, des ruptures potentielles et des

marges de manœuvre des acteurs en Normandie et d'en dresser un état des lieux approfondi. L'examen des éléments impactant particulièrement l'accès à la santé des Normands a permis d'identifier 7 variables clés. Ce sont les variables qui ont une importance déterminante au regard de leur poids et de leur impact sur le devenir sanitaire de la Normandie. Les changements les plus importants intervenus par le passé, les tendances lourdes qui perdurent, les faits émergents et les incertitudes majeures qui jalonnent la trajectoire entre aujourd'hui et 2050 ont été analysés. Puis des hypothèses contrastées sur chaque variable ont été émises et agencées en quatre scénarios des futurs possibles.

Au nom des membres de notre commission, je tiens à remercier chaleureusement les autres commissions qui se sont investies pour notre étude prospective notamment sur deux axes d'approfondissement exprimés par Mme Julie Barenton-Guillas, vice-présidente du Conseil régional en charge de l'Enseignement supérieur, recherche, innovation, numérique et santé :

- l'évolution des métiers, des compétences et des formations des futurs professionnels de santé,
- l'impact des technologies et de l'intelligence artificielle sur le système de santé.

Elles ont dès 2024 établi un état des lieux et posé des grands enjeux qui ont permis d'envisager les futurs possibles à 2050.

Partant d'une base prospective relativement classique, le thème « accès à la santé des Normands » et les réflexions partagées lors de l'analyse rétrospective sur les grandes transformations sociétales et politiques à l'œuvre, donnent des couleurs particulières aux hypothèses et à leur agencement en quatre scénarios. Ces quatre récits donnent lieu à des situations différenciées en 2050 selon le scénario.

Prospective ou dystopie ? La prospective invite à la nuance et doit éviter la caricature, sans s'interdire les possibilités émergentes des signaux faibles ou des ruptures identifiables. Par exemple, dans nos rapports précédents, nous évoquons les mouvements dans notre société dont la fragmentation et l'impact des *grappes* qui ne vont cesser de se transformer, d'influencer, particulièrement sur les réseaux.

Ces ruptures peuvent bousculer le respect du principe universaliste selon lequel chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Nicole GOOSSENS
Présidente de la commission Prospective

Introduction

La Région Normandie s'implique depuis plusieurs années dans le domaine de la santé au-delà des compétences dévolues par la loi du 13 août 2004 en matière de formations sanitaires et sociales. Dès 2017, elle a défini une première « stratégie santé » orientée sur le développement de l'offre de formation, l'offre de soins et la prévention. Puis, après la crise sanitaire de 2020, concomitante avec le vote d'un premier avis du CESER qui s'était autosaisi sur le sujet en produisant un rapport intitulé « L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie : il est urgent d'agir¹ », elle s'est fortement engagée dans le cadre du Ségur santé aux côtés de l'État pour faciliter l'accès aux soins ambulatoires en proximité et a décidé d'abonder le programme d'investissements dans les structures de santé sur l'ensemble du territoire.

En 2023, elle a élaboré une première feuille de route 2023-2030 de la politique régionale qui vise à poursuivre et amplifier les efforts entrepris ainsi qu'à renforcer le pilotage régional. À l'occasion de cette réflexion, la collectivité a fait un certain nombre de constats sur la difficulté à évaluer l'impact des engagements qu'elle a pris : la faiblesse des indicateurs permettant une vision sur l'état de santé des Normands, l'insuffisance de vision prospective notamment en termes de métiers et compétences, ou encore les difficultés de mise en place d'une gouvernance régionale de la santé, alors que l'exercice de reprogrammation de l'ensemble des documents pluriannuels, autour du Projet Régional de Santé, PRS, était mis en chantier.

La saisine du CESER² porte sur la réalisation d'une étude prospective exploratoire sur l'accès à la santé des Normands³ à l'horizon 2050 avec une approche systémique. Elle s'inscrit dans le souhait d'animer la politique régionale, afin d'être en mesure de l'évaluer, et de la faire évoluer pour être à même de relever les défis à venir. Une vision de long terme peut amener à partager une culture commune avec les nombreux acteurs de la politique de santé en Normandie, tant avec l'Agence Régionale de Santé, ARS, responsable de la mise en œuvre des décisions de l'Etat, qu'avec les autres collectivités locales et territoriales ou professionnels de santé, mais aussi entre les différentes composantes opérationnelles au sein de la collectivité régionale.

Parmi ces défis majeurs susceptibles de transformer l'écosystème de la santé et du soin, la Région souligne d'ores et déjà le poids de l'accélération des innovations et le rôle de l'intelligence artificielle en santé, ou encore celui de l'évolution des métiers, des compétences, du contenu et du format des formations des futurs professionnels de santé. Elle souhaite un

¹ L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie – Commission 2 « Développement humain et qualité de vie », présidée par Jocelyne Ambroise - Rapporteur, Philippe Tessier (décembre 2020) - [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#).

² Cf. annexe 1 : lettre de saisine de la Région Normandie.

³ On entend par Normand toute personne présente sur le territoire. Dans certains cas cela peut dépasser la notion d'habitants résidant au sens strict compte tenu des nouveaux modes d'habitat susceptibles de se développer (double résidence, résidence de télétravail, migration saisonnière ou temporaire...).

éclairage particulier des évolutions dans ces domaines auxquelles elle sera très directement confrontée au regard des compétences qui sont les siennes.

1. L'accès à la santé : une définition large

Le contour de l'étude a été défini largement, conformément aux attendus de la saisine, pour trois raisons principales, consolidées autour d'un langage commun au fur et à mesure de la réflexion.

- D'une part, en référence à la définition de la « santé globale », et à l'acception largement répandue en référence à l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS.

Elle définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », en lien avec les conditions de vie qui influent sur l'état sanitaire d'une population. Elle définit également la santé publique comme « *la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé physique et mentale à un niveau individuel et collectif* », soit tous les moyens individuels et collectifs mis en œuvre pour préserver le bon état de santé, prévenir la survenue de la maladie en développant la prévention, et apporter les soins adaptés à la réparation ou la guérison.

- D'autre part, au regard de l'exigence même de la prospective, dont l'approche se différencie de celles des autres études thématiques, avec sa nécessité d'aborder de façon systémique les problématiques dans tous les champs propres comme connexes de l'accès à la santé.

À ce titre, il a été retenu l'importance des interactions complexes entre les trois dimensions de l'accès à la santé. Tout d'abord, la dimension sanitaire, celle du soin. Ensuite, la dimension sociale, au regard des vulnérabilités susceptibles d'affecter la santé d'un public fragilisé ou démunie, visé par le code de l'action sociale, pour lequel sont mis en place des dispositifs spécifiques d'accès à la santé ou des accompagnements sociaux leur permettant un accès amélioré ou plus équitable au système de santé. Enfin, la dimension médico-sociale, celle de l'accompagnement des publics les plus fragiles, qui ont besoin d'aide ou de soins de longue durée pour les soutenir dans la réalisation des actes essentiels de la vie quotidienne et leur participation aux activités sociales. Il s'agit notamment des personnes dépendantes en situation de handicap ou âgées.

- Enfin, en raison des marges de manœuvre sur les conditions de vie sur le territoire qui peuvent être actionnées au niveau local et régional pour améliorer l'accès à la santé.

Dans un contexte régional de vieillissement de la population et au regard du poids constaté des inégalités sociales de santé en Normandie, tous ces volets sont cruciaux et font intervenir de multiples acteurs appelés à se coordonner.

Le regard prospectif n'est pas porté à proprement parlé sur les déterminants de santé, mais l'ensemble de ces déterminants influence largement l'accès à la santé des individus. La référence à la *représentation de Lalonde*, diagramme déjà ancien mais qui pose les enjeux, permet d'appréhender le poids des différents déterminants de santé : celui des facteurs environnementaux, par exemple, est estimé à 25%, celui des facteurs socio-économiques avec son lot de vulnérabilités et inégalités sociales à 45%, contre seulement 15% pour le système de soins.

Ainsi, bien qu'indispensable et indissociable de l'accès à la santé, l'accès aux soins et au système de soins, composé des outils techniques des infrastructures de santé et de la communauté des professionnels médicaux, paramédicaux ou techniques, n'en représente qu'une partie relativement minime. Cette représentation invite à élargir le paradigme, voire à accorder une place plus raisonnée au soin sans perdre de vue les effets délétères de la carence prolongée dans l'offre de soins sur notre territoire : elle interpelle légitimement à long terme sur ces rapports de proportion en Normandie.

Représentation de Lalonde (1974 – santé Canada)



Sources : Représentation de Lalonde / Synthèse des travaux Barton et al., 2015 ; OMS, 2010 ; Cantoreggi N, et al. 2010- Pondération des déterminants de la santé en Suisse, université de Genève ; Los Angeles County Department of Public Health, 2013 : How Social and Economic Factors Affect Health

Source : présentation schématisée par l'AURH AURA, présentée lors de la 6^{ème} édition des rencontres normandes du développement durable de janvier 2025, à partir des travaux menés entre 2010 et 2015 sur le schéma de Lalonde

2. La prospective exploratoire : une méthodologie

2.1. Objectif : explorer le champ des possibles

L'objet de cette prospective exploratoire est de répondre à la question « **que peut-il advenir ?** »

Cette étude consiste en une exploration des futurs possibles, basée sur une analyse des ruptures passées et de la situation actuelle, des grands enjeux et défis, des acteurs en présence et de leur marge de manœuvre, des tendances à l'œuvre, des signaux faibles et des ruptures potentielles.

Ce qu'elle est : elle formule des hypothèses et propose leur agencement au sein de scénarios, afin de nourrir l'action collective de l'ensemble des acteurs en région et d'éclairer la collectivité régionale dans sa vision politique de long terme et dans les choix qu'elle sera amenée à faire pour contribuer au renforcement du pilotage de l'action publique en santé.

Ce qu'elle n'est pas : ni un choix de LA vision d'avenir à retenir, ni les préconisations pour y parvenir. En effet, cet exercice de réponse à la question « que doit-il advenir et comment y parvenir ? » relève de la collectivité et des acteurs régionaux dans leurs responsabilités respectives, éventuellement accompagnés d'un nouvel exercice de prospective stratégique, ce qui n'est pas l'objet de ce rapport.

2.2. Choix de l'horizon à 2050

L'étude prospective se situe à l'horizon 2050.

Une génération nous sépare de cet horizon, qui peut sembler lointain et déconnecté du temps politique, mais qui tient compte du temps institutionnel nécessaire à la mise en œuvre de décisions structurantes et à la mesure de leurs effets. Les derniers travaux de prospective du CESER consacrés au cycle « Vivre en Normandie en 2040⁴ », conduit lors des mandatures précédentes, ont montré que les trajectoires de changement dépassaient cet horizon devenu parfois trop étriqué. À titre d'exemple, dans le domaine des formations des professionnels de santé, les inflexions apportées ne portent leur fruit que sur le moyen terme. L'échéance a donc été réadaptée à l'objet de l'étude sur l'accès à la santé.

Cet horizon permet également la projection dans un futur où le pic du vieillissement démographique projeté sera dépassé, autorisant à envisager un avenir de l'accès à la santé au-delà des pressions et des défis imposés aujourd'hui au système de soins au moins jusqu'en 2040. La capacité des acteurs à y faire face conditionnera en partie leur marge de manœuvre sur la seconde partie de la trajectoire.

⁴ Lien aux 4 études du cycle : [Publications | Ceser Normandie](#).

2.3. Construction de la base prospective : 7 variables « clés »

La prospective exploratoire repose sur l'examen des variables déterminantes pour l'avenir de l'accès à la santé des Normands à l'horizon considéré. Cet ensemble de variables constitue la « base prospective » de l'étude.

2.3.1. Les travaux en commission « veille et prospective »⁵

Le contour exact de cette « base prospective » a été établi à l'issue des réflexions des conseillers membres de la commission 7 « Veille et prospective », en plusieurs temps.

Tout d'abord, grâce à l'étude du CESER « L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie : il est urgent d'agir » et à l'avis voté en décembre 2020, présentés avant le lancement des travaux, les conseillers ont bénéficié d'une première mise à niveau d'information, facilitant ainsi leur acculturation au sujet. Cette étude, avec ses références sur l'état des lieux, les constats, les défis, les enjeux et les préconisations adressées aux acteurs en 2020 dans l'ensemble des domaines étudiés, a constitué le socle partagé par tous au démarrage de la réflexion.

Pour mémoire, le rapport de 2020 soulignait pour la Normandie, un état sanitaire dégradé et des ruptures entravant l'accès de tous à la santé et aux soins. Le tableau clinique défavorable ainsi dressé, et qui s'est plutôt aggravé depuis, a été le point de départ pour notre réflexion⁶.

Ensuite, sur la base des verbatims recueillis avec un questionnaire mené en deux étapes lors de séances de « vagabondage », une analyse rétrospective, constituant un temps à part entière de la démarche, puis prospective, a permis d'identifier un spectre élargi d'une quinzaine de variables concourant à l'accès à la santé des Normands.

Ce périmètre est appréhendé au regard des liens systémiques avec, d'une part, l'écosystème sectoriel de la santé dans lequel les principaux acteurs peuvent disposer d'une marge de manœuvre et, d'autre part, avec l'environnement global qui impacte le champ de l'accès à la santé sans toutefois que les parties prenantes n'aient de capacité d'agir sur les transformations qui s'y déroulent.

Enfin, chaque variable a été interrogée quant à son niveau d'impact et son degré d'incertitude à l'horizon 2050 sur l'accès à la santé des Normands.

Finalement, 7 d'entre elles ont été retenues pour constituer le système prospectif

Ce sont celles qui portent en elles des incertitudes majeures ou qui jouent le plus grand rôle, et sur lesquelles des hypothèses d'évolution contrastées sont possibles en fonction des marges de manœuvre à disposition des acteurs. Le système, s'il inspire pour partie de l'approche des déterminants de santé, s'en affranchit pour tenir compte du contexte

⁵ La commission « veille et prospective » a bénéficié à son installation d'une formation à la méthodologie prospective en avril 2024, dispensée par « Futuribles ».

⁶ L'annexe 2 regroupe une synthèse des indicateurs disponibles dans le rapport de 2020 qui peut être consulté intégralement en ligne ici : [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#).

territorial de départ et surtout de l'horizon de la réflexion qui permet d'élargir la vision des trajectoires d'évolution possibles.

L'apport d'expertise des conseillers de la commission, les différentes auditions menées, ainsi que les apports documentaires ont permis d'avancer dans la réflexion de façon itérative, d'identifier les changements les plus importants intervenus par le passé, les tendances lourdes qui perdurent, les faits émergents et les incertitudes majeures qui jalonnent la trajectoire entre aujourd'hui et 2050.

2.3.2. L'apport des commissions contributives

Parmi les défis majeurs susceptibles de transformer l'écosystème de la santé et du soin, la Région a souligné dans sa saisine le poids de l'évolution des métiers, des compétences, du contenu et du format des formations des futurs professionnels de santé, ou encore celui de l'accélération des innovations et le rôle de l'intelligence artificielle en santé. Elle a souhaité un éclairage particulier des évolutions dans ces domaines auxquelles elle sera très directement confrontée au regard des compétences qui sont les siennes, en termes de formation tout au long de la vie, de formations sanitaires et sociales, ou encore dans sa compétence économique, de recherche ou de développement.

Afin de répondre au mieux à cette attente, le CESER a expérimenté un travail en transversalité en donnant la possibilité aux commissions thématiques concernées d'alimenter la réflexion sur ces variables pressenties comme déterminantes dans la base prospective au regard des préoccupations pointées par la Région, selon des modalités d'organisation interne laissées à leur appréciation :

- La commission 1 « Emploi – Formation », sur la thématique de l'évolution des métiers, des compétences, du contenu et du format des formations,
- La commission 5 « Recherche – Innovation – Coopération » sur la thématique des innovations en santé et du rôle de l'intelligence artificielle.

Elles ont ainsi pu apporter un éclairage⁷ plus pointu que celui qui pouvait être produit par la commission 7 « Veille et prospective » dans le délai qui lui était imparti, pour conduire une analyse rétrospective, décrypter les enjeux, les acteurs, les tendances à l'œuvre et les éventuelles ruptures pressenties.

De son côté, la commission 4 « Développement économique » a animé un groupe de travail interne dont les apports ont également été intégrés.

Ces contributions restituées en septembre et octobre 2024 ont permis à la commission 7 de conduire la phase de formulation d'hypothèses sur des bases solides tout en gagnant un temps précieux, qu'elle a choisi de consacrer à l'approfondissement des autres variables. Elle s'est attachée aux spécificités du territoire normand ainsi qu'aux aspects territoriaux de l'accès à la

⁷ La version intégrale des deux contributions est disponible sur le site du CESER : [CESER Normandie](#)

santé, qu'elle a documentés sans apport extérieur de la commission compétente, en ciblant les priorités de telle sorte que sa réflexion reste compatible avec le délai de l'étude.

2.4. Formulation d'hypothèses contrastées

À partir des états des lieux et de l'analyse des dynamiques rétrospectives menée dans les commissions sur l'ensemble des variables, ainsi qu'un certain nombre d'évolutions sociétales pointées dans le précédent rapport prospectif sur « Habiter en Normandie en 2040⁸ », un corpus complet des différents enjeux, défis portant en eux des germes de changement, incertitudes majeures et ruptures possibles à 2050 a été dressé. Les échanges ont privilégié les postures d'ouverture, permettant de sortir des sentiers battus, de naviguer dans l'inédit qui compose souvent notre quotidien et *a fortiori* la situation de 2050.

Ce corpus constitue la base des questionnements à partir desquels les hypothèses prospectives contrastées ont été formulées variable par variable. Il est détaillé dans la Partie I (cf. *infra*).

2.5. Construction de scénarios

Elle donne à voir l'effet systémique entre les problématiques multiples de l'accès à la santé des Normands en 2050, à partir des hypothèses présentées de façon disjointe dans le corpus prospectif. Il s'agit d'une synthèse prenant la forme de récits dont la vocation est de présenter la diversité des futurs possibles. Ils résultent de choix d'agencement apparus comme les plus pertinents sans pour autant prétendre refléter l'étendue des possibles.

Ils n'ont pas vocation à prédire ce que sera l'accès à la santé des Normands en 2050 mais ce qu'il pourrait être.

Ils s'attachent à mettre en lumière ce sur quoi les acteurs majeurs, aujourd'hui et demain, peuvent peser pour infléchir les dynamiques, en particulier la Région dont la place et le rôle sont interrogés au sein de la gouvernance de l'écosystème de la santé et du soin, aux côtés des autres acteurs normands en charge des politiques de santé, tous confrontés au poids des enjeux démographiques, sociaux, économiques et environnementaux, spécifiques à la Normandie, et à l'évolution des attentes et des besoins des usagers et des territoires dans toute leur diversité.

Un des récits s'attache à présenter une dynamique tendancielle en agençant les hypothèses de poursuite des tendances actuelles jusqu'en 2050, sans introduire de rupture. Par contraste, les autres scénarios présentent des futurs dans lesquels des trajectoires sont infléchies par des ruptures dans le positionnement des acteurs ou dans les chaînes de valeur.

⁸ Lien à l'étude : [Habiter en Normandie en 2040 | Ceser Normandie - https://ceser.normandie.fr/contribution-letude-acces-la-sante-des-normands-en-2050-innovation-en-sante-sante-numerique-et-https://ceser.normandie.fr/contribution-letude-acces-la-sante-des-normands-en-2050-emploi-formation-queelles-perspectives-en](https://ceser.normandie.fr/contribution-letude-acces-la-sante-des-normands-en-2050-innovation-en-sante-sante-numerique-et-https://ceser.normandie.fr/contribution-letude-acces-la-sante-des-normands-en-2050-emploi-formation-queelles-perspectives-en)

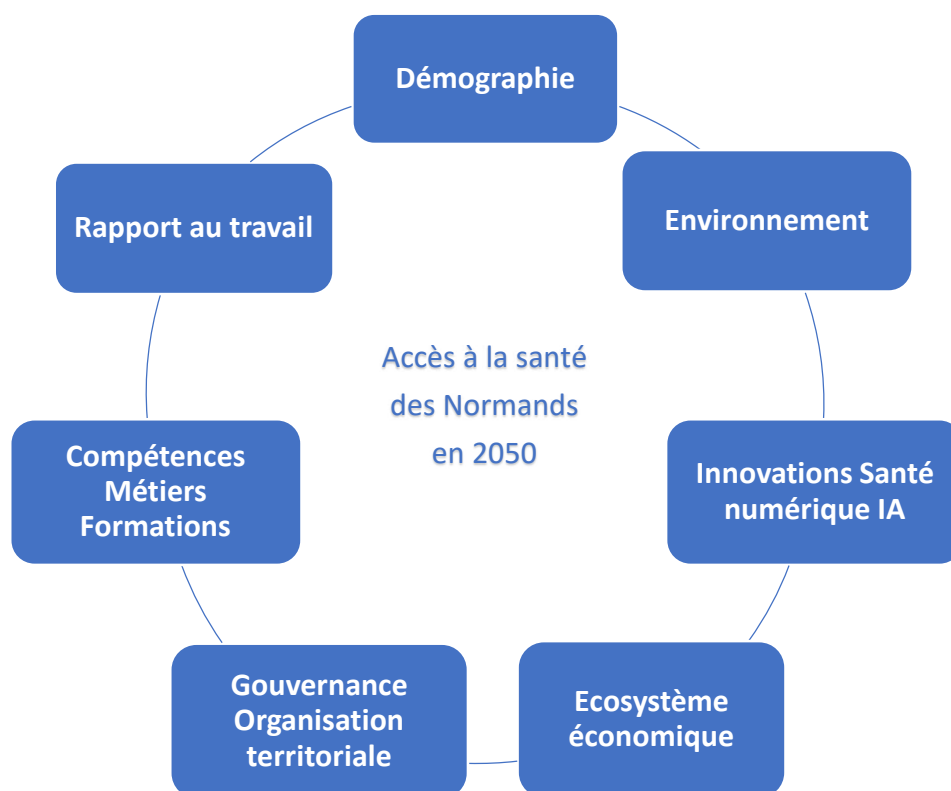
Le scénario le plus sombre, au-delà du trouble lié au caractère anxiogène de l'avenir, décrit les angoisses afin de reconstruire des récits plus positifs.

3. La base prospective

Présentation des variables clés

Les fiches variables des chapitres suivants, retracent l'analyse rétrospective de chacune d'entre elles ainsi que les enjeux et questionnements ayant conduit à la formulation des hypothèses.

Le système étudié et ses composantes



Le système global (©CESER Normandie)

La définition de leur contour est donnée ici à titre indicatif. Si elle a présenté l'utilité d'organiser le déroulement de la réflexion rétrospective et prospective tout au long des travaux, elle doit s'effacer au profit de l'appréhension de l'effet systémique produit par les interactions qui s'opèrent entre variables. Très succinctement, elle se résume ainsi :

- Au cœur du système : l'accès à la santé des Normand et la caractérisation des grands indicateurs sanitaires régionaux. Les individus en tant qu'usagers du système de santé ainsi que leurs besoins sont placés au cœur du système ;
- Démographie : elle caractérise la composition de la population du territoire et illustre les différentes modalités d'accès à la santé qui jalonnent les parcours de vie des individus. Même lentes, les dynamiques démographiques suivent des

trajectoires marquées et pèsent à long terme dans l'équilibre global du système de santé ;

- Environnement : il regroupe les impacts sur la santé provenant à la fois des conditions environnementales liées à l'écosystème naturel et ses perturbations éventuelles, notamment sous l'effet des pressions anthropiques qu'il subit, ainsi que des conditions sociales et des comportements de vie des individus en société, qu'ils soient choisis ou subis ;
- Compétences, métiers, formations : c'est la variable dédiée à part entière aux professionnels de santé et à l'exercice de leur métier. Elle concerne l'ensemble des professionnels, quel que soit leur statut ou le type d'employeur, qui constituent la ressource fondamentale du système de santé.
- Innovations, santé numérique, IA : les progrès en matière de santé sont porteurs d'espoir, ils sont envisagés ici sous l'angle non pas de la prospective des techniques et connaissances médicales, mais au regard de leur contribution à l'accès de tous à la santé ;
- Rapport au travail : il influence de manière plus exogène les modalités d'accès à la santé à l'époque de la vie dite « active », que l'on soit au travail ou éloigné du travail ;
- Écosystème économique de la santé : il s'agit des secteurs ou des filières normandes dans le domaine de la santé, de la recherche, du médicament, etc. Leur existence, l'organisation ou les modèles économiques sous-tendent pour partie les conditions d'accès à la santé en général et/ou en particulier pour les Normands ;
- Gouvernance : elle regroupe les aspects de financement du système de santé, l'organisation territoriale des différentes échelles d'intervention et les marges de manœuvre des acteurs institutionnels, notamment les acteurs locaux dont le pouvoir d'agir est en constante évolution, ainsi que des citoyens, tous usagers en santé et positionnés en tant qu'acteurs de leur propre santé.

PARTIE 1 : Les scénarios

1. Scénario 1 : En 2050, si rien ne change, un scénario tendanciel

DEMOGRAPHIE

Normandie 2050, vieillissement accéléré et fragilisation démographique

La Normandie connaît depuis les années 2020 un déclin démographique marqué par une baisse de population et un vieillissement accéléré. Cette baisse n'est compensée ni par la natalité, ni par des arrivées, et les inégalités territoriales se poursuivent. En 2050, la population a baissé de -16% dans l'Orne, -13% dans l'Eure, - 9% dans la Manche, - 5% en Seine Maritime, - 3% dans le Calvados⁹. Le vieillissement est prononcé : un tiers de la population a plus de 60 ans et le nombre des plus de 85 ans a doublé. Cette évolution pèse sur les équilibres budgétaires notamment en raison de la hausse des besoins en soins et la nécessité d'accompagnement alors que le temps médical diminue.

Les moins de 20 ans ne représentent que 1/5 de la population et subissent des problèmes de santé mentale. La population active diminue fortement, on compte jusqu'à 17 % d'actifs de moins qu'en 2025. La santé des Normands reste fragile avec une espérance de vie à la naissance et une espérance de vie sans incapacité inférieures à la moyenne nationale.

Les inégalités et les vulnérabilités sociales perdurent, notamment chez les moins de 30 ans et les familles mono parentales, les solidarités reposant essentiellement sur les familles aidantes. La prise en charge coordonnée des populations sensibles isolées est insuffisante, aggravant les problèmes de santé, physique et mentale.

En 2050, la Normandie fait face à un déclin démographique profond, marqué par le vieillissement et la fragilisation des solidarités. L'affaiblissement de la population active, la hausse des besoins en soins et les inégalités persistantes menacent les équilibres sociaux et sanitaires de la région.

ENVIRONNEMENT

Normandie 2050, vulnérabilités sanitaires face au dérèglement climatique

Le dérèglement climatique, tendance lourde, affecte la santé humaine aggravant les maladies chroniques et la mortalité chez les plus vulnérables. Les actions pour limiter ses effets sont souvent tardives et insuffisantes. Le système de santé sait gérer des crises sanitaires ponctuelles, (notamment certains types de zoonose), mais pas leur répétition. Dans un contexte de concurrence internationale, aucune réelle culture du risque n'a pu s'imposer : les mesures de prévention et de protection de l'environnement face aux risques industriels et technologiques anthropiques, sont soumises à des effets de balancier, les normes ont été de plus en plus contestées par crainte des répercussions économiques, augmentant les dangers

⁹ L'Orne perdrait 44 200 habitants, l'Eure 79 400, la Manche 46 200, la Seine-Maritime 61 600, le Calvados 21 300.

sanitaires. La ressource en eau et son traitement sont sous tension, avec une tarification différenciée pouvant créer une discrimination faute d'une tarification sociale appropriée. La pollution de l'air reste élevée et impacte inégalement la santé selon les territoires. L'accès à la nature, bénéfique pour la santé, est inégal, favorisant les catégories sociales aisées. La baisse des rendements agricoles et la pression sur les importations provoquent de l'inflation sur les produits alimentaires, rendant difficile l'accès à une alimentation équilibrée et de qualité pour tous les Normands. La perception collective des enjeux environnementaux oscille toujours entre déni et conscience des réalités, teintée d'anxiété, freinant l'application des mesures sanitaires et environnementales. La prévention encourage les comportements sains mais les inégalités environnementales de santé se creusent, accentuant les disparités d'espérance de vie et l'atteinte de la santé globale.

En 2050, le dérèglement climatique fragilise durablement la santé des Normands, révélant l'insuffisance des politiques de prévention et l'amplification des inégalités environnementales et sociales.

EMPLOIS, MÉTIERS, COMPÉTENCES ET FORMATIONS

Pénuries, formation en crise et perte d'attractivité des métiers du soin

La crise du recrutement et de la formation dans le secteur de la santé, amorcée bien avant 2025, s'est installée durablement jusqu'en 2050. En l'absence de régulation, les pénuries de soignants, les déserts médicaux et les disparités territoriales persistent. Ils restent une préoccupation majeure d'autant que des métiers du lien social, mal reconnus, sont insuffisamment pourvus malgré les besoins liés au vieillissement.

Les innovations technologiques ont amélioré la productivité sans libérer de temps pour la relation soignant-patient. Les conditions de travail et l'usure précoce des professionnels restent un obstacle majeur à l'attractivité des métiers, dont la pratique, freinée par un cadre rigide, n'a pas évolué faute d'avancées sur la répartition des tâches entre professionnels de santé, ou sur la reconnaissance des « patients-experts ».

L'embolie des urgences génère davantage d'erreurs médicales.

Le risque de judiciarisation bloque les initiatives médicales.

Les formations en santé souffrent de réformes successives, d'inégalités d'accès, d'une offre peu lisible et d'un éloignement entre les sites de formation et les lieux de vie des personnes en formation.

La féminisation des emplois en santé est marquée par des stéréotypes persistants, le salariat des médecins et l'exercice mixte progressent, mais la réduction du temps médical disponible aggrave les tensions.

Face à l'inadéquation des moyens et à l'inefficacité des réformes, des collectifs d'usagers tentent de s'organiser pour peser sur les décisions et défendre leurs droits à l'accès aux soins, sans grand succès.

En 2050, la santé normande reste fragilisée par des pénuries de soignants, des formations inadaptées et une reconnaissance insuffisante des métiers du lien. Faute de réformes

structurelles et de régulation, l'accès aux soins demeure inégal, et la qualité de la prise en charge s'érode dans un système à bout de souffle.

INNOVATIONS NUMERIQUES EN SANTÉ ET E-SANTÉ

Accélération technologiques et gouvernance fragmentée

En 2050, les accélérations technologiques continuent, notamment en intelligence artificielle (IA). Elles, qui représentent une opportunité majeure pour la santé, ont fait d'énormes progrès, notamment sur les usages numériques en santé « préventive » et en santé « prédictive ». Ces usages restent sous contrôle d'une validation humaine, cependant, l'IA et la télémédecine vont plus vite que les instances de régulation éthique : la réglementation demeure un défi pour les acteurs de la gouvernance en E-santé qui sont dans une logique de réaction face aux accélérations rapides, sans anticipation, ni pro-action, ni moyens de vigie. La cybersécurité, cadre pourtant indispensable à la transition vers la E-santé, demeure une préoccupation, avec la persistance des cyberattaques. Les pouvoirs publics, conscients de l'intérêt de réguler les effets environnementaux du développement des datacenters ne sont pas allés jusqu'à prioriser le traitement des données de l'IA dédiées à la E-santé, pourtant d'intérêt vital.

L'IA évite l'errance médicale, la redondance d'examen et facilite le diagnostic des professionnels de santé, néanmoins souvent livrés à eux-mêmes pour s'adapter aux mutations rapides faute de formation suffisante. Malgré quelques améliorations portées par la E-santé dans la fluidité des parcours de soins, les opportunités d'accès plus équitable à la santé ne sont pas au rendez-vous pour tous les Normands. Par ailleurs, les inégalités territoriales d'accès au système de santé numérisé n'ont été résolues que dans les territoires ayant déployé le « aller vers », provoquant quelques mouvements de colère.

En 2050, le système de santé est toujours traversé par des inégalités et des tensions que les innovations en E-santé n'ont pas contribué à résoudre, la gouvernance du système de la E-santé demeurant fragmentée.

En 2050, malgré les avancées spectaculaires de l'IA et de la E-santé, les inégalités territoriales et la fragmentation de la gouvernance persistent. Les innovations n'ont pas suffi à garantir un accès équitable aux soins, ni à rendre la transition numérique réellement humaine et maîtrisée.

RAPPORT AU TRAVAIL

Inégalités, stress et déshumanisation des relations professionnelles

En 2050, les conditions et l'organisation du travail restent très inégales selon les lieux de travail, avec une qualité de vie au travail souvent disparate et une prévention stagnante, les risques de santé qui y sont liés sont très divers. La maltraitance institutionnelle, notamment en raison de pénurie de moyens et de personnels en médecine du travail, génère du stress, en particulier pour les professionnels de santé. Les risques psychosociaux (RPS) demeurent difficiles à prévenir, surtout dans les petites entreprises et pour les intérimaires. Le sens donné au travail évolue avec une recherche d'équilibre vie privée/vie professionnelle favorisant les comportements comme le « quiet quitting ». La robotisation, l'individualisation dont le télétravail et l'auto-entrepreneuriat, ainsi que le développement de l'IA, ont généré anxiété et troubles de santé en déshumanisant les relations au travail en 2050.

L'inclusion dans les rapports sociaux et dans le travail des personnes en situation de vulnérabilité (handicap, monoparentalité, ruptures de parcours ...) a progressé lentement. L'espace de travail diminue au profit de la rentabilité, et la GEPP (Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels) accentue l'individualisation et les RPS. Le dialogue social s'est dégradé avec la disparition des comités hygiène et sécurité, tandis que le vieillissement des actifs et l'allongement de la vie professionnelle ont posé des défis non résolus.

En 2050, le travail s'est profondément transformé, mais au prix d'une montée du stress, d'une déshumanisation des relations et d'inégalités persistantes. L'absence de prévention réelle et l'affaiblissement du dialogue social ont fragilisé les travailleurs, laissant s'installer un climat d'anxiété et de désengagement durable.

ECOSYSTEME ECONOMIQUE DE LA SANTÉ

Économie mondialisée et fragilité industrielle de la santé

À l'horizon 2050, la Normandie s'inscrit toujours dans une économie largement mondialisée dans laquelle navigue l'écosystème économique de la santé. Les start-ups et innovations issues de la recherche locale continuent d'émerger, soutenues par un écosystème régional dynamique et un fonds de soutien maintenu. Cependant, la majorité des pépites finissent absorbées par des capitaux étrangers, faute d'outils de protection suffisamment puissants face à la sophistication des investisseurs internationaux. Les politiques de protection économique, mises en place par l'État et la Région, peinent à enrayer la fuite des innovations.

La réindustrialisation reste timide, freinée par une acceptabilité sociale mitigée et des investissements publics limités. Dans le secteur industriel du médicament, la gestion des pénuries échappe à l'échelle locale. Les prix continuent d'augmenter, sous l'effet de la dépendance aux chaînes d'approvisionnement internationales. Dans le même temps, en France, les incidences des politiques de prise en charge du 100 % santé instaurées sur certains soins (dentaire, audition), qui peuvent avoir une incidence sur la formation des prix, n'ont pas été évaluées, et faute d'avoir fait évoluer le conditionnement des médicaments, les habitudes de surconsommation de médicaments ancrées chez les usagers persistent.

En 2050, l'économie normande de la santé reste dépendante des marchés mondiaux et vulnérable à la captation des innovations locales. La réindustrialisation peine à s'imposer, tandis que la dépendance aux chaînes globales et la faiblesse des régulations entretiennent la fragilité structurelle du système.

GOUVERNANCE EN SANTÉ

Fragmentation, financiarisation et inégalités croissantes

Parallèlement, on observe une généralisation de la financiarisation du système de santé. Après les établissements de soins, l'imagerie et les laboratoires, des segments (téléconsultation, services à domicile, dispositifs médicaux connectés) sont passés sous contrôle de fonds d'investissement, souvent étrangers. Les pouvoirs publics, toujours démunis face à la complexité des montages financiers, peinent à réguler ce phénomène. La judiciarisation croissante du secteur devient le principal garde-fou, sans pour autant enrayer les effets délétères sur l'accessibilité et la qualité des soins.

Les pouvoirs publics n'ont pas pris la pleine mesure du vieillissement accéléré de la population. Les départements continuent de défendre leurs compétences sur la dépendance mais les moyens manquent pour une politique ambitieuse d'accompagnement au vieillissement. Ce sont les familles et les acteurs privés qui pallient les carences, creusant les inégalités territoriales et sociales.

L'État conserve la main sur la définition des politiques de santé, mais les collectivités territoriales prennent des initiatives, notamment pour améliorer l'accès aux soins sans toutefois disposer de moyens financiers suffisants ou d'un cadre de coordination suffisamment abouti pour répondre territorialement aux demandes. Quand elles contribuent, c'est selon leur moyens, accentuant alors les inégalités territoriales.

La parole des usagers est par ailleurs peu prise en compte dans les décisions effectives.

Si le financement du système de santé reste majoritairement public (cotisations sociales, impôts, contributions de l'État et des collectivités), la demande croissante creuse les déficits chaque année. Le régime obligatoire d'assurance maladie demeure le socle du système, mais son champ d'intervention s'étant réduit progressivement, ce sont les complémentaires santé qui assurent le relais couvrant un spectre croissant de dépenses. Devant leur capacité limitée à absorber ce transfert de charges, des hausses régulières des cotisations individuelles ont rendu l'accès à la couverture santé de plus en plus inégal selon les ressources des usagers qui supportent des restes à charge sur les prestations santé, des dépassements d'honoraires et des cotisations de plus en plus importants.

En l'absence d'un contrôle étatique renforcé, le secteur privé lucratif s'est implanté progressivement dans le champ sanitaire, médico-technique et médico-social. Cette financiarisation de l'offre de soins a favorisé l'émergence d'un système à deux vitesses réservant l'accès à certains soins de qualité aux usagers capables de payer des dépassements d'honoraires ou des organismes d'assurances complémentaires. Parallèlement, le maintien des mécanismes de tarification à l'acte et à l'activité favorise la logique de volume au détriment de la pertinence des soins.

Dans le contexte de pénurie médicale aggravée, l'accès aux soins d'urgence et palliatifs est difficile, les dispositifs d'aide à domicile sous-financés, la coordination des parcours de soins insuffisante, et très chaotique pour les personnes âgées ou isolées sans proche aidant.

En dehors des actions mutualistes et associatives, les efforts de prévention stagnent faute de financements supplémentaires et d'une véritable coordination interministérielle. Les actions menées restent ponctuelles et peu structurantes, limitant leur impact sur la santé publique à long terme.

Le secteur médicosocial prend une part importante croissante mais subit d'autant plus la perte d'attractivité des professionnels médicaux ou paramédicaux pour répondre aux besoins spécifiques des publics vulnérables. Il joue un rôle préventif et d'accompagnement, mais souffre d'un manque chronique de moyens et de reconnaissance.

En 2050, la gouvernance de la santé s'est fragmentée sous l'effet de la financiarisation et du désengagement public. Les collectivités et les usagers, privés de moyens réels d'action,

subissent un système à deux vitesses où l'accès aux soins dépend de la solvabilité, accentuant les fractures sociales et territoriales au cœur du modèle normand.

Les dynamiques à l'œuvre dans chacun des domaines se nourrissent mutuellement pour accroître une spirale de vulnérabilités et d'inégalités. Les pressions sur le système de santé déjà fragilisé sont accrues alors que la pénurie des professionnels et la crise structurelle dans les métiers réduisent les capacités de réponse, sans qu'un relais efficace des innovations pourtant prometteuses en santé numérique ou des solidarités familiales déjà sollicitées à l'extrême ne suffisent à rompre cette spirale. Une médecine à deux vitesses est installée et les inégalités sociales et territoriales de santé se creusent.

2. Scénario 2 : La Normandie se confronte aux défis

DEMOGRAPHIE

Vers un Normandie solidaire et préventive (vers une santé inclusive et apaisée)

En 2050, la Normandie dispose d'un système de santé et d'une organisation sociale profondément renouvelés grâce à la prévention et à une solidarité devenue un pilier central au service des Normands.

Dès la périnatalité et la petite enfance, la prévention et le dépistage ont montré leur efficacité. Les suivis précoces limitent aujourd'hui le développement de maladies chroniques, tandis que la santé des jeunes profite d'un intérêt continu grâce notamment au renforcement de la médecine scolaire et une profonde transformation de l'aide sociale à l'enfance. Une attention inédite a été portée à leur santé mentale ce qui a fait reculer de manière significative le taux des suicides.

Après le pic du vieillissement observé dans les années 2040, la pyramide des âges s'est stabilisée. Le nombre de personnes âgées a atteint un plateau qui permet une prise en charge plus équilibrée. Les structures médicalisées conservent des moyens solides et l'accompagnement à domicile s'est largement développé. Dans le même temps, la mortalité prématurée avant 65 ans a nettement diminué. Campagnes de prévention contre l'obésité et les addictions, dépistages systématisés et outils d'intelligence artificielle en santé ont permis d'anticiper et de traiter plus efficacement ces risques. Mais l'espérance de vie des habitants des quartiers populaires reste inférieure à la moyenne, les conditions de vie sont dégradées et la mixité sociale corrige faiblement la situation.

Cependant, la Normandie continue de subir un déficit démographique. Si la baisse du nombre d'actifs est compensée en partie par la technologie, de nombreux jeunes diplômés formés ailleurs choisissent de ne pas revenir, creusant un manque de compétences qui pèse sur le dynamisme et l'attractivité du territoire. Pour compenser, la région s'appuie sur les flux migratoires de travailleurs saisonniers et travailleurs spécialisés. Ces arrivées, facilitées par un climat social favorable et des politiques d'intégration structurées, assurent le maintien des services essentiels, également dans le domaine de la santé et de l'accompagnement des plus fragiles.

La solidarité intergénérationnelle est devenue un levier majeur d'organisation sociale. Les besoins d'entraide sont pris en charge par des réseaux collectifs où les métiers d'accompagnement — aides-soignants, infirmiers, auxiliaires de vie — sont pleinement valorisés. Mieux reconnus socialement et mieux rémunérés, ces professionnels se voient désormais reconnaître une place importante et stabilisée au sein de la société.

Les inégalités territoriales en matière de santé, très marquées au début du siècle, se sont atténuées. La mise en réseau des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux a permis de renforcer la coordination et d'assurer une offre plus équitable entre zones rurales, périurbaines et urbaines. Les actions de prévention menées au plus près des territoires garantissent une prise en charge plus homogène et adaptée.

La Normandie affiche ainsi une santé globale renforcée, un vieillissement mieux maîtrisé et des dispositifs collectifs solides. Si le déficit de jeunes actifs reste une faiblesse structurelle, l'équilibre entre technologies de santé, migrations organisées et solidarité communautaire permet d'assurer la soutenabilité du système et d'améliorer la qualité de vie des générations présentes comme futures.

ENVIRONNEMENT

La Normandie en 2050, entre santé et résilience¹⁰ climatique

En 2050, la Normandie s'est imposée comme un territoire où la santé et l'adaptation au changement climatique progressent. Bien que la région reste exposée à des événements climatiques récurrents, elle a su grâce à l'aménagement du territoire, développer des stratégies d'adaptation et d'atténuation qui lui permettent d'assurer une relative soutenabilité et un cadre de vie protecteur à ses habitants.

Les infrastructures sanitaires ont été largement repensées pour faire face aux risques climatiques. Face à des événements majeurs, les hôpitaux et centres de soins, conçus selon de nouveaux standards architecturaux résilients, sont sous surveillance et s'appuient également sur des dispositifs technologiques de gestion de crise. Grâce à la prévention, aux systèmes d'alerte performants et à la coordination des secours, le nombre de victimes liées aux catastrophes climatiques a fortement diminué.

Le système de santé, de son côté, a élargi ses capacités pour répondre à l'évolution des pathologies liées au climat : maladies respiratoires, exposition accrue au stress thermique ou encore maladies, pathologies ou épidémies. Toutefois, malgré ces avancées, des inégalités persistent avec des aléas locaux. Les politiques de mixité sociale n'ont que partiellement réussi à réduire ces écarts, mais l'installation des établissements de proximité et le rôle actif des associations de soins ont amélioré l'accès à la santé des plus fragiles.

Les pollutions industrielles et technologiques héritées du passé continuent de peser sur la biodiversité et sur la santé humaine. Cependant, depuis les années 2040, avec une prise de conscience collective, de vastes programmes de dépollution ont permis d'améliorer la qualité de l'air et de l'eau. Un consensus fort s'est établi entre agriculteurs, industriels, collectivités

¹⁰ Capacité d'un écosystème à retrouver un état d'équilibre après un événement exceptionnel.

et citoyens pour réduire les rejets et développer des pratiques plus respectueuses de l'environnement. Grâce au maintien d'une sécurité consolidée des sites nucléaires nombreux en Normandie, la protection des installations et des populations est affermie.

Le désengagement initial des assureurs face aux risques environnementaux a été corrigé par des dispositions européennes et a permis de restaurer la couverture à des tarifs soutenables.

La résilience territoriale demeure contrastée. Certains espaces, n'ayant pas pleinement recours aux Solutions Fondées sur la Nature, restent plus vulnérables. Pourtant, face à ces disparités, les habitants ont su s'organiser. Des réseaux de solidarité appelés "grappes" jouent un rôle crucial : ils réunissent associations, mutuelles et organismes de prévoyance pour accompagner les plus exposés et maintenir un accès équitable aux soins.

Le climat tempéré de la Normandie en a fait une terre d'accueil pour des populations migrantes, permanentes ou saisonnières, dès les années 2030. Ces arrivées ont créé des tensions sur le logement mais ont aussi favorisé l'émergence de modèles urbains plus inclusifs et durables.

L'alimentation constitue désormais une dimension essentielle de la santé de même que l'activité physique. En misant sur la diversification agricole, la permaculture et les jardins partagés, la région a réduit les risques nutritionnels tout en renforçant l'autonomie alimentaire des habitants. Cette transformation a également contribué à la promotion d'une alimentation saine, plus diversifiée et plus végétale. Elle a permis de limiter les maladies chroniques liées à l'alimentation et à renforcer la sécurité sanitaire face aux aléas climatiques.

Depuis les années 2040, la législation environnementale s'est affirmée avec plus de vigueur. Mieux comprise et acceptée par la population, elle est devenue un levier de protection et de bien-être. Ce qui était autrefois perçu comme des contraintes se traduit désormais par un ensemble de normes partagées et soutenues par une pédagogie efficace et une évolution des mentalités.

En 2050, la Normandie illustre une trajectoire de résilience imparfaite mais durable. La santé est désormais indissociable de la qualité de l'environnement, de pratiques alimentaires plus sobres et d'un tissu de solidarité locale actif. Certes, des fragilités subsistent, mais le système s'est stabilisé, permettant d'offrir une meilleure qualité de vie pour la majorité de ses habitants et d'avancer dans un écosystème vers une soutenabilité globale.

EMPLOI, MÉTIERS, COMPÉTENCES, FORMATION

Compétences, coopérations et éthique : la nouvelle architecture de santé en 2050

En 2050, le paysage des métiers de la santé en Normandie s'est profondément transformé. Depuis les années 2030, des concertations régulières entre professionnels de santé, technologues et institutions ont abouties à de profondes transformations organisationnelles.

Evolution des pratiques médicales et coopération

La coopération a rendu possible une délégation de tâches plus efficace a contribué à dégager du temps médical. Débarrassés d'une partie des charges administratives grâce aux assistants médicaux et aux outils numériques, les médecins consacrent aujourd'hui l'essentiel de leur

temps aux patients, tandis que la prévention s'est renforcée, notamment par une logique proactive de « aller vers ».

Le médecin traitant est le pivot des parcours de soins. Il ne se contente plus d'adresser des patients vers des spécialistes : il coordonne, évalue, et suit sur la durée, avec un accès facilité à des plateaux techniques mobiles, des outils de télémedecine intégrés et des services sociaux collaboratifs. La médecine a vu sa rémunération évoluer : les actes techniques ne dominent plus. La tarification à l'acte a été progressivement remplacée par une rémunération indexée sur des objectifs de santé publique, intégrés dans les conventions nationales avec la CNAM. Ce changement met en avant la valeur du suivi global des populations, de la gestion proactive des maladies chroniques et de la prévention, plutôt que la seule intervention curative.

Nouveaux métiers, formations et reconnaissance professionnelle

Cette transformation s'est accompagnée d'une véritable explosion de nouveaux métiers et de formations innovantes. Les soignants sont désormais formés dans un esprit collectif, intégrant prévention, soins ambulatoires, accompagnement à domicile, éducation à la santé, médiation et même management. Ces évolutions n'ont pas été simples à mettre en place : chaque corps professionnel a défendu longtemps ses prérogatives, et il a fallu des années pour aboutir à un équilibre. En dépit des avancées, les métiers du suivi des patients à domicile demeurent le parent pauvre et les travailleurs essentiels – auxiliaire de vie, aide-soignant, éducateur – restent malgré tout invisibles socialement et toujours en quête de reconnaissance. L'évolution du vieillissement à domicile reste donc une préoccupation majeure.

Le rôle central du patient et la gestion du temps médical

Une nouvelle vision des missions confiées aux professionnels de santé a émergé. Les usagers occupent désormais une place centrale dans le système, avec la reconnaissance du rôle et du statut du « patient expert », qui dispose désormais d'un réel statut, interface précieuse entre soignants et usagers.

Le métier de médiateur en santé s'est développé au profit d'une amélioration de la qualité de la prise en charge. Cela permet de créer du lien entre professionnels et usagers, de même qu'entre pairs. Les controverses se raréfiant au profit d'une relation plus équilibrée et fondée sur le temps d'écoute, condition indispensable pour permettre à chacun d'être acteur de sa santé.

Les spécificités de la E-santé et de l'IA sont prises en compte. La coopération entre établissements et la gestion du temps médical sont améliorées. Depuis 2030, les concertations entre professionnels ont de fixer les contours de la délégation de tâches.

L'amélioration de la qualité de vie au travail porte ses fruits. Le secteur hospitalier a entamé une réflexion sur l'organisation du travail.

Les efforts en prévention ont réduit les besoins de soins. Les collectivités territoriales participent aux adaptations des pratiques.

Adaptation des formations et politiques démographiques

La sélection à l'entrée des études suit l'adaptation des métiers et des formations aux enjeux de la santé. Les étudiants en formation paramédicale sont reconnus comme étudiants à part entière. Les spécialités "gériatrie" et "psychiatrie" ont bénéficié d'une attention particulière. Les masters en pratique avancée à l'université sont mis en œuvre. Les parcours antérieurs des professionnels sont reconnus.

Sur le plan démographique, le vieillissement des soignants a été partiellement compensé par des politiques ciblées, même si les retards n'ont été rattrapés qu'après 2045. L'Observation régionale (CARIF-OREF) a permis d'éclairer les décideurs sur une vision claire et d'adapter les priorités, notamment sur la démographie médicale et territoriale. L'ouverture du Schéma Régional des Formations à de nouveaux opérateurs a stimulé la diversification des parcours, et les Départements ont participé activement à la définition des besoins, en lien avec les politiques sociales.

Tensions et défis persistants dans le médico-social

Le financement du médico-social demeure une question sensible. La réduction drastique des moyens alloués par les ARS a transféré la charge financière sur les aidants familiaux, entraînant une pression accrue sur leur vie professionnelle et personnelle. Le débat sur le cinquième risque — la prise en charge de la dépendance — a mis en évidence la nécessité d'une solidarité intergénérationnelle repensée, capable d'intégrer cette charge dans un cadre durable.

Une organisation collective fondée sur 3 piliers stratégiques

Malgré ces tensions, la Normandie érige un modèle combinant responsabilité locale, mutualisation des moyens et intégration du privé comme force complémentaire. La cohésion de ce système repose sur trois piliers stratégiques :

1. Prévention systémique (des politiques pensées pour agir en amont sur la santé publique)
2. Proximité des réponses (structures et professionnels au plus près des citoyens)
3. Coordination territoriale (mutualisation et gouvernance partagée).

Fragilité des métiers hospitaliers et médico-sociaux et gestion des ressources humaines

La tension reste également forte sur les métiers liés au secteur hospitalier. La question des reconversions professionnelles est devenue centrale, permettant d'orienter de nombreux actifs vers des métiers en tension, notamment dans l'accompagnement des personnes dépendantes à domicile. Toutefois, ces métiers demeurent fragilisés par une faible attractivité, des rémunérations modestes et une féminisation persistante, limitant la constitution d'un vivier solide.

Les moyens mis sur les priorités régionales résolvent les problématiques : démographie du vieillissement, vieillissement des professionnels de santé, aménagement de fin de carrière, démographie médicale et inégalités de territoires.

Les organisations de santé elles-mêmes ont engagé une réflexion sur leurs modes de gestion RH. Le travail en réseau, la mutualisation des moyens et la gestion prévisionnelle des emplois

(GEPP) se sont développés. Mais ce n'est qu'après 2045 que la coopération entre établissements est devenue pleinement effective, permettant une meilleure gestion du temps médical et paramédical. Grâce à une concertation renforcée, les collectivités locales ont joué un rôle essentiel en soutenant les politiques nationales et en menant des expérimentations ciblées sur la rémunération ou l'installation médicale.

Impact de l'IA et de la e-santé sur les compétences et l'éthique

L'essor de l'intelligence artificielle et de la e-santé a entraîné des évolutions notables dans les compétences attendues. Les professionnels ont dû adapter leurs pratiques et leur éthique aux usages de ces technologies. Si la normalisation de l'IA est aujourd'hui largement intégrée, elle continue à susciter des débats et réflexions, notamment sur la répartition des responsabilités en matière de prescriptions et sur la judiciarisation des conflits qui persistent.

En 2050, la Normandie a donc réussi à renforcer ses compétences, à diversifier les parcours de formation et à transformer ses métiers de santé pour mieux répondre aux enjeux démographiques et technologiques. Malgré les progrès, certaines fragilités demeurent, mais le système repose désormais sur une organisation plus collective, plus inclusive et plus adaptée aux réalités sociales et sanitaires du territoire.

INNOVATIONS, NUMÉRIQUE EN SANTÉ, IA

Un numérique en santé éthique et humain

En 2050, la Normandie et plus largement la France se sont pleinement approprié les innovations en santé, tout en maintenant une vigilance éthique forte. Chartes et régulations garantissent la place centrale des compétences humaines dans un système de qualité qui combine technologie et soin personnalisé.

L'IA est utilisée pour les tâches fréquentes. La télémédecine a transformé l'accès aux soins, particulièrement dans les zones autrefois qualifiées de « déserts médicaux ». Grâce à elle, le parcours des patients est amélioré et ils disposent de diagnostics rapides et précis, et bénéficient de traitements mieux adaptés, aux effets secondaires réduits. Le numérique en santé a aussi permis de limiter considérablement les erreurs médicales, notamment celles liées aux interactions médicamenteuses.

Les innovations s'inscrivent dans une logique de sobriété environnementale. De nouvelles technologies, moins consommatrices d'énergie et d'eau, sont développées. L'évaluation des impacts de l'intelligence artificielle en fonction des usages guide les choix des décideurs vers des modèles économiques énergétiques plus sobres et durables.

La question des données en santé est devenue un enjeu majeur. Les acteurs du système en assurent la maîtrise ; le stockage et la transmission des données sont hautement sécurisés tout au moins en ce qui concerne les cyberattaques. Le système de santé numérique est accessible aux citoyens et leur garantit la protection. Les patients eux-mêmes disposent de leviers d'action : recours juridiques, appels au boycott, ou participation aux débats publics. Le numérique en santé est conçu pour être inclusif et compréhensible par tous. Chaque innovation est évaluée et ajustée à partir de l'écoute des besoins réels des usagers.

L'intelligence artificielle est désormais « sous contrôle » car toujours validée par l'expertise humaine et jamais totalement autonome. Cette approche a renforcé la confiance citoyenne. Elle apporte de la fluidité et permet aussi de libérer du temps médical pour ce qui compte vraiment : la relation humaine, le face-à-face patient-professionnel, des soins plus personnalisés et humains. Les soignants consacrent plus de temps aux patients, déchargés des tâches administratives. Elle facilite la répartition des tâches entre soignants, optimise la gestion des ressources humaines et fluidifie l'organisation des parcours de soins.

Au niveau institutionnel, les pouvoirs publics soutiennent fortement la recherche en santé. Des investisseurs publics et privés soutiennent prioritairement les innovations, permettant à terme de réduire les coûts tout en renforçant l'efficacité des traitements. Un Conseil éthique veille aux orientations, aux bons usages, garantissant un équilibre entre innovation, sécurité et éthique.

La e-santé, devenue familière, est pleinement appropriée par la population. Les formations à la e-santé sont accessibles aussi bien aux professionnels qu'aux citoyens pour réduire les inégalités numériques.

Toute la chaîne du numérique en santé fonctionne en synergie en Normandie : recherche fondamentale, recherche appliquée, valorisation et industrialisation.

Ainsi, en 2050, le système de santé numérique conjugue efficacité, humanité et équité. Les innovations technologiques ne remplacent pas les soignants, mais augmentent leurs capacités, sécurisent les parcours. La santé numérique est devenue un levier de solidarité, de durabilité et de confiance collective.

RAPPORT AU TRAVAIL

La santé au travail, socle du bien-être collectif

En 2050, la Normandie a profondément transformé son rapport au travail et à la santé. Les entreprises comme les institutions publiques considèrent désormais la santé au travail comme un pilier central du bien-être collectif et de la performance.

La sensibilisation des branches de la Sécurité sociale sur les risques de santé au travail, les mesures de prévention à mettre en œuvre et les pratiques de gestion paritaire en entreprises ont permis la diminution des accidents et des maladies professionnelles et ont abondamment réduit les coûts. L'accompagnement social et la reconnaissance de ces risques ont permis aux actifs dont le nombre a considérablement baissé en Normandie, d'être mieux protégés et d'affirmer leurs droits, spécialement dans le respect vie privée, vie professionnelle. Les obligations de protection des travailleurs en intérim ou des entreprises en sous-traitance se sont renforcées. La médecine du travail veille à sécuriser ces catégories de travailleurs précaires. Les aides publiques aux entreprises sont désormais conditionnées au respect d'exigences sociales et sanitaires, encourageant une véritable culture de la santé au travail, partagée de manière collective.

Des politiques de prévention ciblées ont permis le recul des accidents du travail et des maladies professionnelles, en particulier les troubles musculosquelettiques qui touchaient fortement certains métiers. Ces dispositifs de protection se sont étendus aux risques environnementaux au travail. Dans le même temps, les risques psychosociaux, autrefois une source majeure de souffrance jusqu'aux suicides, ont été largement réduits grâce à une mobilisation en Normandie des acteurs de la santé mentale dans les années 2030. Cette mobilisation s'est appuyée sur les initiatives garanties par le développement d'une solide prévention et d'actions de dépistage précoce financées par l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

Cette avancée s'accompagne d'une véritable évolution culturelle : on ne parle plus seulement de *Qualité de Vie et Conditions de Travail (QVCT)* mais de *Qualité de Vie et Santé au Travail (QVST)*. Ce glissement met en évidence la place centrale donnée à la santé physique et mentale des salariés. Même si des différences persistent entre petites et grandes structures, les obligations légales ont progressé dans tous les secteurs. Les conditions de travail des soignants, en particulier, ont été améliorées, ce qui renforce l'attractivité de professions longtemps fragilisées.

Les nouvelles formes d'organisation du travail jouent un rôle important dans cette transformation. De nombreuses structures se sont engagées en tant qu'« entreprises à mission », donnent du sens au travail et favorisent l'auto-organisation en équipe. L'intégration du numérique et de l'intelligence artificielle dans le travail, d'abord perçue comme anxiogène, a été évaluée et est désormais utilisée pour alléger les tâches pénibles ou répétitives. L'ubérisation et la « plateformes », qui avaient bouleversé le monde du travail, ont été régulées et encadrées, limitant leurs effets négatifs sur la santé des travailleurs.

La santé au travail ne se limite plus au lieu de travail. Les trajectoires individuelles sont prises en compte tout au long de la vie professionnelle : hommes et femmes peuvent interrompre leur carrière sans pénaliser leur avenir professionnel. Un retour au travail après une période de convalescence ou de sédentarisation est encouragé ; il est soutenu et considéré comme bénéfique. En ce qui concerne les aidants, ils bénéficient d'un accompagnement pour articuler vie familiale et emploi.

Cette transformation est portée par le dialogue social et une volonté de réduire les inégalités. Les disparités territoriales et sectorielles, encore marquées dans les années 2020 et 2030, ont progressivement diminué. Les entreprises, quelle que soit leur taille, investissent dans des parcours personnalisés de santé au travail, et en fin de carrière, des programmes de tutorat permettent aux salariés de transmettre leurs compétences dans des conditions adaptées.

Enfin, la prévention bénéficie de moyens renforcés grâce à l'affectation des excédents de la branche « Accidents du Travail et Maladies Professionnelles ».

En 2050, la Normandie illustre ainsi une évolution vers un monde du travail plus humain et équilibré. Les progrès continus en matière de prévention et d'accompagnement ont permis non seulement de réduire les risques pour la santé, mais aussi de redonner du sens au travail. L'équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle est devenu une règle sociale largement

admise, et la santé au travail, une composante essentielle de la soutenabilité globale du territoire.

ECOSYSTÈME ÉCONOMIQUE DE LA SANTÉ

Quand la santé devient souveraine et solidaire

En 2050, la Normandie s'est affirmée comme un territoire d'innovation technologique et industrielle dans le domaine de la santé et de l'e-santé.

L'articulation recherche/industrie est effective en Normandie, soutenue par l'UE, la Région et l'État. L'articulation recherche fondamentale / appliquée, valorisation et industrialisation fonctionne également en synergie.

Les investissements soutenus par l'intervention publique ont un caractère éthique certain.

L'UE est le chef de file d'une politique de maintien des industries stratégiques en santé et e-santé. La Normandie est repérée comme territoire d'innovation technologique et industrielle. Ses initiatives se sont conjuguées à celles de l'État et de la Région, positionnant la Normandie comme un espace pionnier dans ce domaine. Ce dynamisme repose sur une collaboration étroite entre hôpitaux, professions médicales et paramédicales, industrie pharmaceutique et numérique. Les laboratoires privés et publics travaillent ensemble, sous la coordination conjointe de l'État en région et de la collectivité régionale, afin de garantir que les investissements restent porteurs de valeurs éthiques et de confiance.

La gestion des pénuries de médicaments a pris une dimension internationale. L'indépendance régionale ne suffit pas, et c'est à l'échelle européenne, voire mondiale, que les réponses sont organisées. Dans ce contexte, la souveraineté de l'offre est devenue un critère essentiel de gestion. Les coûts, plutôt que les volumes, constituent la variable d'ajustement : leur maîtrise se négocie avec l'industrie pharmaceutique. La prévention occupe désormais une place beaucoup plus importante dans les parcours de soins, faisant du médicament un outil encore central mais moins systématique, et dont les coûts relatifs ont été réduits. Le marché, régulé dans son ensemble, évite les excès de la financiarisation grâce à des solutions hybrides comme la location-vente d'investissements.

Parallèlement, une forme de service public dédié spécifiquement aux personnes âgées s'est mise en place. Bien qu'elle n'influe pas directement sur l'ensemble du système de soins, elle garantit des solutions adaptées aux besoins croissants liés au vieillissement de la population.

L'investissement individuel dans la santé s'organise désormais en fonction des revenus et des assurances personnelles, mais il conserve une dimension collective. La générosité des Normands reste vive et permet de compléter l'investissement au travers de dons orientés vers la santé et l'accompagnement des plus fragiles. La solidarité repose sur le rôle clé d'associations reconnues d'utilité publique, dont les financements ont été pérennisés pour sécuriser leurs actions.

Ces associations s'articulent avec les familles et les quartiers, mobilisant des initiatives locales pour offrir un hébergement et un soutien aux plus démunis. Le cadre juridique permet aussi aux actifs de bénéficier de « congés aidance », facilitant l'accompagnement des proches en situation de dépendance ou d'aide pour conjuguer vie professionnelle et aidance.

En 2050, la Normandie donne ainsi l'image d'un territoire où l'innovation technologique, l'intervention publique, la régulation internationale et la solidarité citoyenne s'entrecroisent pour bâtir un système de santé plus résilient, éthique et durable.

GOUVERNANCE

intégrée et coordonnée

En 2050, les politiques publiques ont dû s'adapter durablement aux évolutions démographiques, sociales et technologiques dans un contexte de profond changement climatique. La Normandie dispose dorénavant d'un système de santé et d'action sociale profondément réorganisé, où l'évaluation permanente des politiques publiques est devenue un outil clé pour éclairer les décisions et garantir une utilisation optimale des ressources. La Région joue un rôle moteur dans cette animation, tandis que les intercommunalités nouent des conventions de mutualisation thématiques qui favorisent la coopération et l'innovation locale. Les collectivités, désormais légitimées dans leur mission de coordination, ancrent leur action sur une observation fine des besoins des populations et parviennent à mobiliser efficacement les acteurs autour d'objectifs communs et concertés.

Sous la contrainte des équilibres budgétaires, et pour financer la solidarité nationale, une recherche constante d'équilibre entre recettes et dépenses est recherchée. Le système a évolué avec une profonde refondation de la Sécurité sociale adoptée dans la décennie 2030. Cette réforme vise à stabiliser les financements et à garantir l'universalité des droits, couvrant à la fois l'assurance maladie et la prévention. La gestion de la Sécurité sociale s'ouvre largement, outre les représentations exclusives des corps traditionnels, elle fait la place à une gouvernance paritaire où les usagers, reconnus comme acteurs légitimes, siègent désormais aux côtés des élus, des professionnels de santé et des partenaires sociaux. Cette inclusion active des citoyens dans les instances de gouvernance reflète une nouvelle démocratie sanitaire, où les décisions ne peuvent plus être prises sans concertation systématique.

Concernant la couverture des risques, deux trajectoires ont structuré le débat : celle d'une Sécurité universelle, conduisant à une couverture totale pour une partie de la population et celle d'une concertation – contractualisation avec les complémentaires santé. Le principe d'une solidarité minimale maintenue au niveau national reste une constante.

Au niveau régional et local, la gouvernance, toujours organisée autour d'instances de santé territoriales, est désormais dotée d'une vraie capacité décisionnelle. En Normandie, ces instances réunissent élus, professionnels, représentants des usagers en plus grand nombre, services de l'État et organismes de sécurité sociale. Elles évaluent les besoins spécifiques des territoires, formulent des propositions adaptées et soumettent des bilans aux autorités responsables. La loi impose désormais à l'État et aux collectivités d'expliquer et de motiver leurs décisions quand elles divergent des avis émis par ces instances. Ce nouveau cadre renforce la transparence et la responsabilité démocratique.

La Région Normandie joue un rôle de chef de file, en particulier dans la prévention qui occupe désormais une place centrale. Longtemps éclatés et insuffisants, les financements qui lui sont consacrés ont été regroupés, garantissant des budgets stables et efficaces. Les gaspillages et

le saupoudrage budgétaire ont été supprimés, permettant de faire de la prévention un véritable levier pour limiter la progression des dépenses curatives.

La Région intègre pleinement les enjeux environnementaux dans sa politique de santé, anticipant les effets du dérèglement climatique sur la santé publique. La qualité de l'air, la gestion des risques naturels (inondations, tempêtes) et la politique alimentaire locale deviennent des priorités. Le département et le bloc communal, quant à eux, bénéficient d'un transfert de pouvoirs, permettant un ancrage territorial renforcé des politiques de santé.

Après un contexte mondial tendu, marqué dans les années 2030 par un nouvel équilibre économique mondial, l'État français a renforcé sa souveraineté sanitaire. La dépendance aux groupes pharmaceutiques étrangers a poussé à négocier des accords longs et complexes pour rapatrier la production de médicaments en Europe.

Le numérique et l'intelligence artificielle (IA) sous contrôle éthique européen révolutionnent les pratiques. Avec un accompagnement massif à la formation des professionnels, ils permettent un accès aux soins amélioré, notamment dans les déserts médicaux. La réduction des consultations physiques et le développement des téléconsultations assurent continuité et proximité. Par ailleurs, ces innovations facilitent des traitements mieux ciblés, réduisent les erreurs médicales et améliorent l'information et la prévention. Tous les acteurs – chercheurs, industriels, soignants, usagers – s'inscrivent dans un écosystème numérique intégré soutenu par la Région.

Sur le terrain, la gouvernance s'incarne aussi dans l'organisation nouvelle des métiers de la santé. La concertation entre soignants libéraux, hospitaliers et gestionnaires se structure : les tâches sont redéfinies et les professionnels libérés des charges administratives pour mieux se consacrer au soin direct et à la prévention. La formation continue, repensée dans ses contenus et ses méthodes, valorise les parcours antérieurs, favorise les reconversions et accompagne le vieillissement des professionnels. Le « patient expert » émerge comme un médiateur reconnu, participant à la relation soignant-usager dans un climat apaisé, marqué par l'écoute retrouvée.

Cette mobilisation collective se traduit par un déploiement soutenu des missions nouvelles : prévention, soins à domicile, éducation à la santé, médiation sociale. Le suivi à domicile, longtemps délaissé, connaît une montée en puissance forte dans les années 2030-2040, répondant à l'augmentation du nombre de personnes âgées et/ ou dépendantes.

La rémunération des médecins a également évolué. Les actes techniques sont moins valorisés au profit d'un suivi global des populations. La tarification à l'acte laisse progressivement place à une rémunération indexée sur des objectifs de santé publique définis dans le cadre des conventions CNAM. Cette évolution a renforcé le rôle pivot du médecin traitant, essentiel à l'articulation des parcours de soins et au suivi de proximité.

Un effort particulier a été porté sur le maintien en autonomie à domicile, avec un investissement accru dans la formation et l'amélioration des conditions d'emploi des professionnels du soin et de l'accompagnement. Des solutions d'habitat intermédiaire offrent également de nouvelles réponses adaptées aux situations de dépendance légère ou modérée.

La puissance publique reste en première ligne, mais de nouvelles initiatives privées se sont développées, plus spécifiquement orientées vers les personnes âgées (PA) et les personnes handicapées (PH), apportant une diversité de solutions.

L'avenir du financement du médico-social reste toutefois une question sensible. La réduction des moyens attribués par les instances régionales de santé a conduit à un report de charges sur les aidants, au détriment parfois de leur activité professionnelle et de leur qualité de vie. Le débat sur le « cinquième risque » a fait mesurer la nécessité d'une solidarité intergénérationnelle.

En 2050, le système régional et national est le fruit d'un équilibre subtil entre solidarité publique, régulation stricte des coûts et partenariat renforcé avec le secteur privé. Prévention, proximité, concertation et participation citoyenne sont devenues les piliers d'une gouvernance innovante, multiscalaire et intégrée. Les institutions ont su dépasser les corporatismes et mettre la démocratie sanitaire au cœur des politiques, pour répondre aux enjeux complexes d'une société vieillissante, numérisée, et concernée par les grandes transformations climatiques et géopolitiques

La Normandie a un système de santé profondément renouvelé, combinant prévention, solidarité et innovations technologiques pour répondre aux défis démographiques, sociaux et environnementaux, tout en réduisant les inégalités territoriales. Cette transformation s'appuie sur une coopération renforcée entre professionnels, usagers et institutions, garantissant ainsi une santé plus résiliente, éthique et accessible à tous.

3. Scénario 3 : Proximité renforcée pour la santé des Normands

DEMOGRAPHIE

Prévention et santé intégrée, des avancées sociétales depuis 2030

Depuis les années 2030, les conditions de vie se sont nettement améliorées et la santé globale est devenue un pilier central des politiques publiques. Grâce à une stratégie de prévention rigoureuse et à une organisation renforcée des soins périnataux, la baisse de la natalité a été enrayée. La mortalité infantile et le nombre de naissances prématurées ont fortement reculé, soutenus par les services comme les PMI qui disposent dorénavant de moyens efficaces. En outre la protection de l'enfance a fait l'objet de réformes profondes reconnaissant son importance dans la société. La prévention n'agit pas seulement sur les premières années de vie : elle a permis un allongement notable de l'espérance de vie en bonne santé. Cependant, le vieillissement progressif des générations entraîne une augmentation du nombre de personnes très dépendantes, ce qui a conduit les pouvoirs publics à adapter leurs politiques et leurs dispositifs d'accompagnement. Au quotidien, l'entraide familiale et de voisinage est complétée par des aides collectives reconnues et valorisées, qu'il s'agisse d'aides-soignants, d'infirmiers ou de dispositifs de maintien à domicile. Ces métiers sont aujourd'hui respectés et rémunérés à la hauteur de leur rôle social.

La question démographique a été également influencée par l'accueil et l'intégration progressive des migrants. La Région, forte de l'acceptabilité sociale développée au fil du temps, a fait de ces populations un levier indispensable pour maintenir le vivier d'actifs, notamment dans le domaine de la protection sociale. Leur présence assure la continuité et la vitalité du système, évitant un effondrement difficilement compensable.

Les politiques sociales et sanitaires se sont élargies à de nouveaux publics, élargissant le cadre du code de l'action sociale. Les familles fragilisées, les personnes vulnérables, en situation de précarité ou d'exclusion, bénéficient désormais de dispositifs spécifiques d'accompagnement et d'accès aux soins. Les réformes européennes ont permis de modérer l'évolution des tarifs d'assurances santé personnelles, évitant ainsi une spirale de renoncements aux soins et de mortalité accrue.

La santé ne se pense plus de manière isolée. Elle est devenue indissociable des autres politiques publiques : l'aménagement urbain, les transports, l'éducation, l'emploi, le logement, mais aussi la culture, les loisirs notamment de pleine nature et le sport. Ville et santé sont conçues ensemble, dans une logique intégrée où les acteurs coordonnent en permanence leurs projets. Les erreurs et expériences liées à la gestion du vieillissement dans les décennies précédentes ont conduit à des avancées majeures : accessibilité accrue des services, adaptation des temps d'attente, outils technologiques conçus pour les publics sensibles ou isolés, supports pédagogiques simplifiés. Les associations d'usagers et de familles, désormais reconnues et représentées, jouent un rôle central dans cette évolution.

La société s'affirme désormais autour d'un pacte sanitaire et social durable, garantissant à chaque génération des conditions de vie équitables et une prévention intégrée à toutes les politiques publiques.

ENVIRONNEMENT

Prévention et résilience face aux défis climatiques et sociaux

En 2050, les enjeux de santé sont désormais placés au tout premier plan des préoccupations publiques. La Normandie s'est adaptée aux nouvelles conditions de vie afin de prévenir les effets du changement climatique et des transformations sociales. Les politiques urbaines, industrielles et agricoles sont pensées en lien étroit avec la santé publique. Le système de santé intègre pleinement l'évolution démographique et les problématiques sanitaires régionales sont identifiées puis suivies dans le temps grâce à une surveillance active.

Les interactions entre le changement climatique, les dérèglements environnementaux induits par les activités humaines et leurs effets sur la santé humaine ont été de mieux en mieux comprises et admises. Cependant, la connaissance scientifique qui avait progressé vite dans les années 2020-2030 n'a pas été suivie rapidement par des décisions pour réduire les vulnérabilités des populations.

Malgré des politiques climatiques victimes des stop & go durant les 30 dernières années, l'aménagement du territoire a été repensé pour anticiper les chocs climatiques majeurs : variation des températures, interactions avec la pollution de l'air, modifications des précipitations et une fréquence accrue d'évènements climatiques extrêmes (vagues de

chaleur, multiplication des nuits tropicales, sécheresses et inondations, montée des eaux du littoral). Le système de santé, plus robuste peut désormais répondre à de nouveaux risques infectieux, tels que les maladies transmises par le moustique tigre. Plus agile, il peut faire face à des crises sanitaires soudaines, y compris de type « zoonose planétaire » qui mobilisent des ressources considérables en un temps réduit.

Des inégalités face à la vulnérabilité en santé se mesurent par les déterminants individuels mais aussi entre les hommes et les femmes qui ne présentent pas les mêmes risques de maladies et diffèrent dans la gestion du stress thermique, maladies chroniques, âges ...

La prévention est devenue la clé de voûte du modèle normand. Les risques liés à la pollution ou aux activités industrielles sont traités en amont. L'État et les collectivités accompagnent les entreprises pour réduire les rejets industriels, tandis que la sobriété des modes de transport et de chauffage améliore directement la qualité de vie, surtout dans les zones urbaines. Les plans d'urbanisme prennent en compte les problématiques d'environnement dans chaque projet d'aménagement et favorisent le contact avec la nature, notamment la création de trames vertes et bleues. Les villes se couvrent de végétation, ce qui favorise le bien-être et la santé des habitants. Les espaces naturels sont protégés avec force, tandis que la préservation globale des territoires compense la réduction des marges de choix en matière d'habitat.

La Normandie a su protéger ses ressources en eau, considérées comme un atout majeur. Une politique sobre et équilibrée a permis de maintenir durablement cette richesse, grâce aussi à de nouveaux procédés de traitement et de gestion des eaux usées. L'accès à une eau saine est garanti, renforçant la prévention des problèmes de santé.

Grâce à l'amélioration des connaissances locales, l'implication de la recherche multidisciplinaire dans la compréhension des phénomènes, la population normande vit désormais avec une culture du risque intégrée. Elle favorise la résilience collective, en donnant aux habitants, aux acteurs de santé et aux institutions la capacité d'anticiper et de se préparer aux crises, puis de rebondir. Le système de santé, bien organisé, sait encaisser les chocs. Les analyses de risques sont mises à jour régulièrement, et la priorité reste toujours la protection des personnes, en particulier des plus vulnérables.

L'accent est mis sur la prévention par les comportements. La consommation responsable est encouragée, sans qu'il soit nécessaire de recourir à des interdictions strictes : les habitudes ont changé d'elles-mêmes, guidées par une meilleure compréhension du lien entre santé et environnement. Le sport et l'activité physique sont devenus des piliers pour lutter contre la sédentarité et améliorer la condition physique des Normands. L'alimentation saine est désormais reconnue comme un bien commun. Des chartes partagées fixent les repères de qualité, et une Sécurité sociale de l'alimentation¹¹ a vu le jour, garantissant un accès universel et équitable à une nourriture suffisante et nutritive. Les équilibres entre productions locales

¹¹ La sécurité sanitaire de l'alimentation peut être définie comme « les processus visant des aliments sans danger pour le consommateur et les programmes de protection, de la responsabilité des pouvoirs publics ».

et importations assurent la stabilité alimentaire, et des normes exigeantes, mais cohérentes, garantissent à la fois quantité et qualité.

Les compagnies d'assurance ont intégré les risques environnementaux dans leurs modèles. Ces risques ne sont plus considérés comme imprévisibles : ils sont anticipés dans leur modèle économique et couverts à des tarifs acceptables, offrant une nouvelle sécurité aux habitants. Les comportements individuels ont profondément évolué. Chacun reconnaît l'interdépendance entre la santé humaine et celle des écosystèmes. Cette conscience générale facilite l'adaptation des modes de vie et réduit la pression sur le système de santé. Tous les acteurs, publics comme privés, partagent cette vision et acceptent les contraintes qui en découlent, dans un esprit d'unanimité et de responsabilité commune.

En 2050, la Normandie fonde une société où la santé, indissociable de l'environnement et du développement durable, est résiliente, consciente et solidaire face aux défis climatiques.

EMPLOI, MÉTIERS, COMPÉTENCES, ET FORMATION

Des parcours fluides et attractifs au service d'une santé collective durable

En 2050, la compétence, les métiers et les parcours de formation en santé ont profondément évolué, soutenus par une observation renforcée des besoins et une expertise reconnue. Les priorités régionales ont orienté les moyens disponibles : la démographie du vieillissement, la gestion des fins de carrière, la restauration de la démographie médicale et la correction des inégalités de territoires sont désormais mieux prises en compte. Les maisons de santé et les pratiques collaboratives généralisées ont facilité l'installation des médecins dans les zones auparavant sous-dotées, tandis que des pools de remplaçants contribuent à la continuité des soins.

L'intelligence artificielle accélère les pratiques interprofessionnelles et améliore la collaboration avec les patients, tout en offrant aux collectivités un rôle d'interface sur la logistique et les formalités. La prévention, appuyée sur de nouveaux outils numériques, a permis de réduire dès 2030 certaines pathologies lourdes, et les débats sur l'éthique de l'IA en santé ont été tranchés en faveur d'un usage encadré. Les personnels de santé sont désormais formés à la prise en charge de la précarité, tandis que les délégations de tâches, accompagnées de décrets de reconnaissance des compétences, facilitent l'exercice quotidien des professions.

Les carrières évoluent dans un cadre plus attractif. Les rémunérations sont réévaluées et les nouvelles fonctions comme les infirmiers en pratique avancée (IPA), les coordinateurs, évaluateurs, régulateurs, e-conseillers-patients ou encore les patients experts bénéficient d'une reconnaissance fonctionnelle et financière. L'anticipation des besoins en effectifs et en formation, grâce à une notamment au travers de la Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels -), est désormais efficace. Le droit à la formation est mieux garanti, les passerelles entre emplois et formations se multiplient, et l'accompagnement individualisé des professionnels en établissements a levé les freins au départ en formation.

Les conditions d'études sont améliorées, les stages mieux organisés, et la vie sociale des étudiants intégrée dans les cursus, limitant ainsi les ruptures de parcours. L'articulation entre

curus paramédicaux et universitaires est consolidée, donnant plus de fluidité aux trajectoires, tandis que les pédagogies innovantes favorisent la transversalité et l'approche « one health » centrée sur les parcours de santé.

Les études médicales et paramédicales, elles aussi, sont repensées. Le dialogue permanent entre les institutions, les lieux de soins et les étudiants aboutit à des solutions adaptées aux attentes des populations comme à celles des soignants. Les cursus de formation ont intégré des modules sur les changements sur la santé des Normands, notamment des connaissances sur l'écologie de la santé, la santé environnementale et une approche de la santé mondiale axée sur la santé des populations.

Les conditions de travail dans les établissements se sont améliorées, devenant plus sécurisées et moins contraignantes. La mixité des métiers progresse, et la fidélisation des personnels est renforcée par la construction de vrais parcours professionnels. Le développement des coordinateurs, des maîtres de stage et des interfaces de dialogue entre santé et numérique facilite le déploiement de la e-santé et enrichit la formation continue tout au long de la vie.

La recherche s'est organisée pour étayer les effets sociaux, économiques, sociétaux et territoriaux impactant la santé afin qu'ils soient mieux appréhendés par les décideurs et vers les populations les plus vulnérables. L'approche a été multidisciplinaire et les professionnels de santé ont appris à collaborer avec différents partenaires : urbanistes, responsables locaux, organisations non gouvernementales, entreprises, géographes, aménageurs et services météorologiques pour la compréhension des phénomènes climatiques et environnementaux.

Enfin, une charte de l'éthique stabilise les règles et clarifie les responsabilités. La judiciarisation est contenue, et la reconnaissance des missions partagées entre professionnels crée un climat de confiance. L'éducation thérapeutique, portée par des patients experts formés et rétribués, renforce le rôle de l'utilisateur acteur de sa santé.

L'ensemble de ces évolutions a permis d'améliorer la qualité de vie au travail, l'attractivité du secteur et d'assurer une réponse durable aux besoins de santé de la population.

La structuration des parcours, la reconnaissance des nouveaux métiers et la montée en compétences collectives font de la Normandie un territoire modèle d'équité, d'innovation et de durabilité dans l'emploi en santé.

INNOVATIONS, NUMÉRIQUE EN SANTÉ ET IA

L'innovation sous contrôle humain au service du bien commun

En 2050, l'éthique est devenue la pierre angulaire de toutes les innovations en intelligence artificielle appliquées à la santé. Les progrès numériques permettent un suivi en continu de la santé populationnelle grâce à des outils performants et accessibles. Si les grandes plateformes mondiales détiennent le monopole des données, leur usage reste sous le contrôle des professionnels médicaux et paramédicaux, mais aussi des citoyens. Le consentement éclairé est la règle, et un label « datacenter de santé » garantit transparence, protection des données et cybersécurité renforcée.

La médecine est désormais prédictive. L'IA détecte précocement certaines pathologies comme des cancers avant même qu'ils ne soient visibles biologiquement. Les patients les plus fragiles sont suivis directement à domicile grâce aux objets connectés, ce qui allège les structures traditionnelles. En cas de pandémie, les capacités de modélisation et d'expérimentation accélèrent la mise au point de nouvelles molécules et traitements. Ces innovations s'accompagnent d'une vigilance environnementale : la e-santé tend vers la neutralité carbone et les datacenters de santé intègrent des technologies durables. La santé, considérée comme un bien commun, a sanctuarisé l'usage éthique de l'IA.

Les usagers ont pris une place centrale. Ils ne sont plus de simples patients mais de véritables acteurs de prévention, organisés en collectifs, et capables d'influer sur les décisions, ou plus simplement avec l'usage de *serious game*. Leur rôle de « lobby citoyen » a renforcé leur pouvoir face aux institutions et aux entreprises privées. L'IA reste « sous contrôle », chaque décision validée par l'intervention humaine. Les professionnels de santé y trouvent un appui pour limiter les erreurs de diagnostic et se concentrer sur la relation humaine avec les patients.

La Région, moteur sur le plan de la recherche publique, garantit la protection des données face à l'appétit des acteurs privés. Elle finance des projets d'innovation et ouvre la voie à des collaborations internationales qui renforcent la télémédecine et l'accès universel aux soins spécialisés. Les dispositifs de transparence sur les innovations en santé ont permis une appropriation rapide par les usagers, et la diffusion à l'international des modèles normands assure un rayonnement global.

La recherche bénéficie de moyens renforcés, en particulier dans les phases d'amorçage. L'expérimentation et la duplication des modèles d'apprentissage accélèrent les découvertes et la formation des chercheurs. Ces avancées, portées par une vigilance permanente aux valeurs éthiques, placent l'innovation en santé au service du collectif et au bénéfice partagé de la société.

Enfin, le numérique en santé s'est imposé. Adopté par la grande majorité de la population, il a permis une meilleure anticipation des besoins et une prise en charge plus fluide. Il ne se limite pas à un outil technique : il illustre une nouvelle culture de la santé, partagée et proactive, qui contribue à maintenir un équilibre dans une société de plus en plus marquée par l'allongement de la vie.

Les avancées technologiques et l'éthique de l'IA consolident un modèle normand d'innovation responsable, garantissant la souveraineté des données et l'accès équitable aux bénéfices du progrès médical, dans un environnement sécurisé.

RAPPORT AU TRAVAIL

Santé au travail, vers une société résiliente, préventive et inclusive

En 2050, la santé au travail est devenue un pilier central de la qualité de vie en Normandie et ailleurs. La prise en compte de la santé globale a transformé durablement l'organisation et les pratiques professionnelles. Les très fortes chaleurs ne rendent plus pénibles l'activité physique et les travaux dans les bâtiments grâce à des mesures efficacement appliquées. La

branche Accident du travail/Maladie professionnelle, autrefois menacée, a non seulement été préservée mais consolidée. Les suicides liés aux conditions de travail sont désormais pleinement reconnus, et la pénibilité fait partie intégrante de l'évaluation des emplois. La prévention primaire, dans toutes les entreprises, quelle que soit leur taille, est devenue une réalité.

L'observation des risques psychosociaux s'est améliorée dans l'ensemble des secteurs, permettant d'identifier les signaux faibles et de mettre en place des actions correctives. La responsabilité sociale des entreprises n'est plus une simple déclaration d'intention : elle est pratiquée et mesurée. La médecine du travail garantit les mêmes droits aux agents du public qu'aux salariés du privé, et même les indépendants disposent d'un suivi médical spécifique. Des métiers nouveaux, centrés sur la prévention santé-sécurité au travail et la qualité de vie au travail, ont émergé, soutenus par des formations en prévention et en premiers secours en santé mentale.

Malgré la montée d'une organisation du travail de plus en plus individualisée, l'isolement des actifs est combattu par des dispositifs de soutien et de reconnaissance. Le dialogue social est enrichi, les salariés participent à la gouvernance des entreprises et les espaces de travail sont co-construits avec eux. Les conditions de travail s'adaptent aux situations individuelles : handicap, jeunes entrants, salariés en fin de carrière, aidants, retraités actifs. La rémunération des aidants est reconnue et l'implication des retraités dans la vie collective est valorisée.

Le modèle des « permaentreprises¹² » progresse, intégrant les objectifs du développement durable et l'équilibre entre performance, inclusion et respect des environnements humains et naturels. La baisse du nombre d'actifs a poussé les employeurs à renforcer le bien-être au travail et à garantir une équité de traitement, y compris dans les plus petites structures, accompagnées par des mesures spécifiques. Le rôle des préventeurs dans les organisations est reconnu.

La prévention est au cœur du financement : les excédents de la branche AT/MP sont affectés à des programmes de réduction des risques professionnels, installant progressivement une bascule d'une culture du risque vers une culture santé au travail. La Région joue un rôle moteur à travers des actions de formation tout au long de la vie, et l'Agence Nationale en charge de l'amélioration des conditions de travail est pleinement mobilisée dans la prévention et la médiation. Le renouveau et le développement d'une médecine du travail permet la prévention et le suivi des travailleurs, et libère du temps médical disponible pour répondre à leurs besoins. Des assurances prévoyance obligatoires complètent la protection de base et assurent une couverture solide pour tous.

Ce système cohérent, fondé sur la prévention et la qualité de vie au travail, permet aux revenus des salariés d'assurer des conditions de vie décentes, tout en renforçant la place centrale de la santé au travail comme facteur essentiel de société résiliente et solidaire.

¹² Inspirée des préceptes de la permaculture, la permaentreprise est un modèle d'entreprise combinant performance financière, responsabilité sociale, management inclusif, bien-être des collaborateurs et respect de l'environnement.

En plaçant la prévention et la qualité de vie au cœur de la production, la Normandie a fait de la santé au travail un pilier de société solidaire et durable, conciliant bonnes conditions de travail, inclusion et efficacité économique.

ÉCOSYSTÈME ECONOMIQUE DE LA SANTÉ

Reconquête pharmaceutique et émancipation face aux dépendances numériques

En 2050, l'État, la Région et les professionnels de santé animent ensemble un vaste réseau d'acteurs publics et privés mobilisés autour d'investissements d'intérêt général. La souveraineté de l'offre est désormais l'un des critères majeurs de gestion du médicament, mais cette orientation a longtemps été fragilisée par la priorité donnée à la maîtrise des coûts. Après le départ massif de l'industrie pharmaceutique européenne vers les États-Unis, la Chine et l'Inde, la France et l'Europe ont fini par réagir à partir de la fin des années 2030, avec une politique volontariste de souveraineté. Cette stratégie, marquée par de longs conflits juridiques, a permis de relocaliser la production de médicaments essentiels sur le continent européen. La régulation s'est construite à ce prix, et elle est aujourd'hui consolidée grâce à l'acculturation des prescripteurs et à l'adhésion des patients aux prescriptions raisonnées.

Le financement de la dépendance repose sur un équilibre entre solidarité collective — impôts, Assurance maladie, organismes complémentaires — et participation des personnes âgées disposant de revenus suffisants.

En Normandie, le Conseil Régional a joué un rôle moteur pour adapter les infrastructures aux grands chantiers nucléaires de Penly et de Beaumont-Hague. L'arrivée de plusieurs milliers de salariés sur ces territoires a mis en lumière l'insuffisance des moyens de prévention et de soins dans les années 2020, ce qui a justifié des investissements massifs pour redimensionner le système local de santé.

À l'échelle internationale, l'Europe n'a toutefois pas su affirmer de véritable souveraineté numérique. L'accord de 2025 entre l'Union Européenne et les États-Unis a consacré la domination des GAFAM, étouffant les velléités de sursaut économique européen. En 2050, le numérique et l'intelligence artificielle sont aux mains de deux géants, les États-Unis et la Chine. Certes, l'IA est présente dans le système de soins européen, mais cette présence s'accompagne d'une dépendance structurelle aux plateformes privées qui fragilise durablement la souveraineté. Les tentatives européennes de reprise en main n'ont pour l'instant qu'un effet limité.

Face à ce double héritage, la gouvernance de la santé évolue dans l'idée d'une sortie progressive de la financiarisation. Après des décennies où la pharmacie et les grands groupes étaient avant tout guidés par des logiques financières, une nouvelle doctrine cherche à replacer l'intérêt général, la souveraineté et la coopération entre acteurs publics et privés au centre du système. Cette bascule reste lente et fragile, mais elle incarne une volonté partagée d'émanciper progressivement la santé des seules dynamiques de marché.

À la fois par le développement d'une culture du risque industriel et par une prise de conscience que la prévention du risque n'est pas qu'une contrainte générant des coûts supplémentaires, mais au contraire est facteur de croissance économique, la prévention est désormais

considérée comme étant un élément de développement économique, parmi d'autres. Cette approche a particulièrement bénéficié au secteur des énergies et en tout premier lieu, le nucléaire. Il en a même fait sa marque de renommée avec une Agence de Sûreté Nucléaire particulièrement efficace dans ses alertes et ses contrôles.

L'ancrage territorial des politiques industrielles, la relocalisation des filières et la coopération public-privé ont restauré une économie de la santé au service de l'intérêt général et de la résilience européenne

GOUVERNANCE EN SANTÉ

Gouvernance sanitaire fondée sur la proximité et la participation citoyenne

En 2050, le contexte politique national, marqué un temps par un libéralisme économique exacerbé et un protectionnisme international, avait provoqué des crises profondes : pénuries de médicaments, surcoûts massifs liés aux importations, effacement des politiques de prévention, exclusion d'une partie de la population des soins et financiarisation accrue de la santé. Face à cette dérive, un virage décisif a été opéré au début des années 2030, avec pour objectif le retour des services publics et le renforcement de la proximité dans l'accès aux soins.

Ce changement a conduit à l'affirmation d'un modèle d'économie mixte en santé, où coexistent un service public renforcé et une offre privée encadrée. Le privé lucratif reste présent mais doit respecter certaines obligations du service public, comme la permanence des soins. Le financement du système repose sur une solidarité nationale diversifiée — impôt, assurance maladie, complémentaires et assurances privées obligatoires — et sur un contrôle étroit par l'État, qui associe désormais les usagers à la régulation. Une loi pluriannuelle de programmation sanitaire fixe le cadre d'action à moyen terme, tandis qu'une loi de financement annuelle ajuste les trajectoires de dépenses en tenant compte du vieillissement démographique et de la pertinence des soins.

Une nouvelle phase de décentralisation, amorcée par la loi de 2034, a scellé un pacte sanitaire entre l'État et les collectivités territoriales. Les Régions, dotées d'un pouvoir réglementaire, de ressources fiscales propres et d'une enveloppe annuelle issue de l'Assurance Maladie, disposent d'une capacité accrue d'initiative. Des objectifs régionaux de santé sont établis, déclinés parfois à l'échelle infrarégionale, et pilotés dans un cadre contractuel entre l'État, les Régions et les collectivités locales. Ce modèle a permis une meilleure prise en compte de la proximité dans les parcours de soins et un véritable continuum sanitaire à partir des années 2040.

La gouvernance s'est transformée en profondeur. Les usagers, organisés non seulement par pathologie mais aussi géographiquement, ont acquis un rôle central. Les citoyens et tout particulièrement les jeunes générations sont engagés et développent des comportements adaptés. Ces implications ont nécessité de penser des dispositifs de gouvernance en articulant les différents acteurs et en les confrontant aux inégalités territoriales. Leur expertise d'usage est reconnue, avec un droit de veto sur certaines décisions et la possibilité de déclencher des référendums régionaux. Ils siègent au CESE et au CESER, dont les avis sont désormais obligatoires pour valider les lois et les contrats de santé régionaux. Les associations d'usagers,

devenues des acteurs de gouvernance à part entière, légitiment leur parole au niveau régional comme local.

Cette gouvernance renouvelée s'appuie sur des politiques de prévention confiées aux Régions et mises en œuvre localement, ainsi que sur un rééquilibrage de la démographie médicale en volume et en répartition territoriale. La volonté partagée entre l'État, les Régions et l'Europe est d'assurer à la fois maîtrise des coûts, pertinence des soins et solidarité accrue en faveur des publics les plus vulnérables. En 2050, la construction progressive d'un système de santé décentralisé, solidaire et coconstruit avec les usagers, a remplacé la proximité et l'intérêt général au cœur de la politique sanitaire.

En 2050, dans le cadre d'une gouvernance sanitaire fondée sur une organisation décentralisée et une prévention qui diminue le nombre de malade et allonge l'espérance de vie, en bonne santé, la santé est en Normandie un des leviers majeurs d'une société équilibrée, capable d'harmoniser innovations, dynamiques territoriales et respect des équilibres humains et naturels pour construire ensemble un avenir durable et inclusif.

4. Scénario 4 : En 2050, une situation hors de contrôle, le scénario noir

Normandie, 2050 : Le crépuscule de la santé solidaire

En 2050, la Normandie n'est plus que l'ombre d'un territoire solidaire. Le déclin démographique, la précarité sociale, la marchandisation et la financiarisation de la santé et l'effondrement environnemental s'entrelacent pour dessiner un paysage sanitaire sinistré, où l'accès aux soins est devenu un privilège réservé à une minorité. Les guerres, les crises sanitaires majeures pourraient entraîner une mortalité élevée et noircir davantage ce scénario.

DEMOGRAPHIE

Fragmentation et abandon

La population normande a poursuivi son déclin dès 2025. Le nombre de plus de 60 ans augmente tandis que l'espérance de vie diminue, notamment celle sans incapacité. Le nombre de jeunes (3-18 ans) a chuté de 25%, et ce sans renouvellement. La jeunesse, abandonnée et stigmatisée, s'est révoltée : troubles, violences, décès, creusant des fractures sociales irréparables. Les inégalités territoriales de santé se sont aggravées : dans les zones à faible mobilité résidentielle, la mauvaise santé est la norme. Toute tentative de coordination territoriale a échoué, chaque collectivité agissant isolément.

L'espérance de vie sans incapacité varie fortement selon le lieu et le milieu social. Les plus vulnérables, privés de revenus suffisants, sont laissés pour compte, notamment lors des catastrophes naturelles qui provoquent une mortalité massive. Les financements publics ne permettent plus la prise en charge du plus grand nombre : l'individualisme règne, les assurances privées ne profitent qu'à une élite. L'écart d'espérance de vie se creuse, la solidarité a disparu, et la logique économique dicte l'implantation des structures de soins. Les

modes de vie se dégradent : alcool, drogues, hygiène négligée, ignorance de l'environnement, alimentation dégradée.

La tension sur les volumes de main d'œuvre disponibles des actifs engendre de l'absentéisme au travail et des baisses de productivité mais l'augmentation des flux migratoires pour les pallier n'est pas acceptée par la population normande.

La Normandie s'enfonce dans une crise démographique et sociale profonde, marquée par l'effondrement de la solidarité, la fragmentation territoriale et le recul durable de la santé publique.

ENVIRONNEMENT

Crise permanente, santé sacrifiée

Le dérèglement climatique est subi : canicules, tempêtes, incendies, inondations rythment la vie normande. Les maladies infectieuses (zoonoses, tuberculose ...) resurgissent, de nouvelles pathologies apparaissent. Le système de santé, sous-dimensionné, pratique le tri des patients, réduisant l'espérance de vie. L'immigration climatique, non anticipée, accroît la pression sur des infrastructures déjà fragiles.

L'économie prime sur l'écologie : les normes environnementales sont sacrifiées au nom de la compétitivité. Les crises économiques et géopolitiques relèguent l'environnement au second plan. Les pollutions de l'eau et de l'air explosent, les accidents industriels sont gérés par des indemnisations négociées, sans reconnaissance des préjudices. L'eau, devenue un bien marchand, est rare et de très mauvaise qualité, source de nouvelles maladies ; les conflits d'usage se multiplient lors des pénuries, fréquentes et étendues. Les sols deviennent inertes d'où une baisse drastique des rendements ce qui renforce les prix de l'alimentation.

La pollution de l'air, aggravée par la dérégulation, provoque une explosion des maladies respiratoires et de nouvelles pathologies. La biodiversité s'est effondrée, les maladies mentales progressent, l'alimentation est soumise à la seule loi du marché : malnutrition, obésité, diabète, manipulation de l'information nutritionnelle par les industriels. Le principe de précaution a disparu, l'alimentation saine n'est plus à l'ordre du jour.

Le complotisme et la défiance généralisée minent la confiance dans le système de santé. Le coût de la santé explose, les métiers du soin deviennent insoutenables. Toute mesure corrective est impossible : la société, frappée d'amnésie environnementale, accepte la succession des crises et la mortalité qui en découle. Les solidarités ont disparu, des grappes parfois violentes émergent lors des pénuries alimentaires. Les assureurs se désengagent, la prévention est abandonnée, l'information sur les risques n'est plus dispensée.

Les disparités environnementales et sanitaires s'accroissent : les territoires les plus favorisés sont réservés à une élite. Le système de santé s'adapte à cette sectorisation, accentuant les inégalités.

La Normandie vit sous le poids d'un effondrement écologique et social durable, où la santé publique, l'égalité et la mémoire environnementale ont cédé face à la logique marchande et à la résignation collective.

EMPLOI, METIERS, COMPÉTENCES, FORMATIONS

Pénuries et chaos

Les métiers du sanitaire et du social sont en crise permanente, la pénurie de professionnels est majeure. Les innovations testées lors des épidémies passées n'ont jamais été généralisées. Les services d'urgence ferment, provoquant l'embolie du système. Personne ne prend le relais. L'intérim, devenu mercenariat, accentue la désorganisation. Les médecins étrangers, non reconnus, quittent la région ou pratiquent le « quiet quitting ».

La médecine à deux vitesses s'est installée : honoraires libres, accès rapide pour les plus riches, attente ou renoncement pour les autres. Les aides à la recherche sont réduites, déconnectées des besoins de la population. Les nouveaux métiers disparaissent, les généralistes sont peu ou mal considérés, la sélection dans les formations demeure, les réformes successives des études médicales n'ont apporté aucune amélioration. Les stages manquent, les étudiants désertent les formations en santé, les spécialités les moins attractives (gériatrie, psychiatrie, pédiatrie) disparaissent.

Les disparités entre universités s'accroissent, les formations privées délivrent des qualifications non reconnues, la formation continue est absente et payante, les départs en formation impossibles faute de remplaçants. La concurrence entre territoires pour attirer les professionnels amplifie les inégalités. La violence des usagers et le risque professionnel explosent, surtout à l'hôpital. Les métiers restent majoritairement féminins et invisibilisés, le mal-être accélère les ruptures professionnelles.

Le risque de judiciarisation s'amplifie et bloque totalement les initiatives médicales. Les tensions sur la démographie médicale s'aggravent, les contentieux judiciaires se multiplient, au détriment des établissements, de l'État, de la Région et des professionnels.

La crise du sanitaire et du social révèle un affaiblissement profond des compétences : formations déstructurées, savoir-faire perdus, carrières brisées. L'absence de reconnaissance et de transmission a vidé le système de ses forces vives, fragilisant durablement la qualité et la continuité des soins.

INNOVATIONS, NUMÉRIQUE EN SANTÉ ET IA

Ubérisation et perte de contrôle

L'IA a bouleversé la santé, mais sous le règne de la marchandisation et de la financiarisation non régulées. L'e-santé, à deux vitesses, est réservée aux plus fortunés : services individualisés, check-up à tarifs prohibitifs, pilotés par quelques organismes lucratifs étrangers qui concentrent les données de santé. Les datacenters low-cost, vulnérables, sont la cible de hackers et de groupes terroristes, qui prennent en otage ou perturbent grandement les infrastructures de santé.

La santé est devenue une marchandise, la prévention a disparu, seuls les segments rentables sont visés. Des systèmes de « bonus-malus » comportementaux discriminent l'accès aux soins. Les médecins sont relégués au rang de vassaux de l'IA, les soins sont automatisés, aucune validation humaine n'est requise. L'ubérisation de la santé s'est généralisée : la télésanté pallie les carences, le métier de généraliste est profondément interrogé. La formation à l'IA

est minimale, limitée à l'utilisation des outils. L'exigence éthique et scientifique de garder une dimension humaine a disparu.

La sphère publique est impuissante, la souveraineté sanitaire a disparu, la régulation échappe totalement aux acteurs régionaux.

La santé est dominée par une IA sans éthique ni régulation, où la marchandisation efface la prévention et la souveraineté. Les compétences humaines se dissolvent dans un système automatisé, déshumanisé et profondément inégalitaire.

RAPPORT AU TRAVAIL

Précarité, violence, effondrement

Entre 2035 et 2040, l'assurance maladie a été supprimée, sous prétexte de compétitivité et de pouvoir d'achat. Cela a provoqué l'effondrement du système de santé. La fonction publique, la médecine du travail, la prévention, la répression des fraudes ont disparu. Tout est privatisé, la rentabilité est la seule priorité.

Les rythmes de travail s'intensifient, les métiers pénibles sont désertés, les arrêts maladie explosent, le mal-être s'installe. La santé mentale se dégrade, sans aucune action de prévention. Les vulnérabilités sont ignorées, les aidants abandonnés. L'éducation et la formation, devenues payantes, accentuent la précarisation et le recul des qualifications. Les salaires sont nivelés par le bas, la flexibilité est la norme, la pénibilité niée.

Le salariat décline : auto-entrepreneuriat, ubérisation, précarité généralisée, économie souterraine. Les actifs sont pressurés, les personnes éloignées de l'emploi reléguées. La distance domicile-travail s'accroît, aucun espace personnel au sein de l'entreprise n'est garanti, le management est autoritaire, le dialogue social n'existe plus. Les risques au travail ne sont plus reconnus, la santé au travail n'est plus prise en charge.

La collectivité régionale est impuissante : aucun système compensatoire d'assurance santé n'a pu être mis en place.

Le monde du travail s'est transformé en un espace de précarité et de violence sociale. Privé de protections collectives et de reconnaissance, il génère isolement, mal-être et dégradation de la santé mentale. La disparition des cadres publics et de la prévention a effacé toute solidarité, laissant les travailleurs seuls face à la pression économique et à l'effondrement du sens même du travail.

ÉCOSYSTEME ECONOMIQUE DE LA SANTE

Domination du marché

L'économie de la santé est entièrement soumise à la logique de marché. Les financements publics sont en recul, seuls les plus solvables accèdent à une offre complète. Les assureurs privés, confrontés à l'ampleur des risques, se désengagent, laissant une part croissante de la population sans couverture. Les investissements se concentrent sur les segments rentables, accentuant la médecine à deux vitesses.

Les industriels soumis à leurs actionnaires, en position dominante, orientent la production de soins, la recherche et l'innovation vers la rentabilité immédiate, au détriment de la santé publique et de la souveraineté nationale. Les territoires les plus favorisés captent l'essentiel des ressources, accentuant la sectorisation de l'offre. Des pénuries peuvent être suscitées, au-delà du strict intérêt commercial des entreprises, par des Etats et ce dans le cadre d'un rapport de force mondial.

La santé est devenue un marché à part entière, où la logique financière prime sur l'intérêt public. Le désengagement de l'État et la domination des acteurs privés ont creusé les inégalités et fragilisé la souveraineté sanitaire, transformant le soin en produit de consommation.

GOVERNANCE EN SANTE

Impuissance, fragmentation, fatalisme

La gouvernance du système de santé est éclatée, fragmentée entre une multitude d'acteurs sans coordination réelle. Les collectivités, dont le Conseil régional, voient leur marge de manœuvre réduites à néant par le désengagement de l'État et la montée en puissance des logiques privées. Toute tentative de concertation échoue, faute de moyens et de volonté politique. Les crises successives ont installé un fatalisme généralisé : chacun gère l'urgence dans son périmètre, sans vision d'ensemble.

Le Conseil régional n'a plus aucune capacité d'action : il subit la concurrence entre territoires, la pénurie de professionnels, la pression des acteurs privés et la fragmentation des politiques publiques. Les usagers, confrontés à la dégradation de l'offre, se tournent vers des solutions individuelles ou des réseaux informels, accentuant l'atomisation du système.

La gouvernance du système de santé s'est désintégrée, prisonnière de la fragmentation et du désengagement public. Privées de coordination, les collectivités et les citoyens agissent en ordre dispersé, illustrant l'effondrement d'un modèle collectif autrefois garant d'équilibre et de solidarité.

L'accès à la santé et aux soins en Normandie en 2050 est le fruit d'un enchevêtrement de crises : déclin démographique, inégalités territoriales, effondrement environnemental, précarisation du travail, pénurie de compétences, marchandisation de la santé, fragmentation de la gouvernance. Chaque variable aggrave les autres : la pénurie de professionnels accentue les inégalités, la dégradation environnementale accroît la vulnérabilité notamment des plus précaires, la perte de solidarité mine la capacité d'action collective.

La régulation de l'offre de soins, le soutien à la prévention, la coordination des politiques publiques, l'investissement dans la santé environnementale sont rendus impossibles par le manque de moyens, la domination du marché et la perte de cohésion sociale.

En 2050, la Normandie est devenue le théâtre d'une santé à deux vitesses, d'une solidarité disparue, d'un système de soins marchandisé et fragmenté. Les inégalités se sont creusées, la précarité s'est généralisée, la santé est un luxe réservé à une minorité. Ce scénario noir n'est pas une prédiction, mais l'exploration cohérente d'un avenir possible : celui d'une évolution sans inflexion majeure, où chaque crise nourrit la suivante, et où l'accès à la santé et aux soins n'est plus un droit, mais un privilège.

Conclusion générale

Comment conclure une étude de prospective dont l'objet est de dessiner des scénarios ? Les tendances lourdes vont-elles perdurer et comment vont-elles affecter les politiques publiques ? Il sera évidemment pertinent de requestionner les variables que nous avons repérées, de revisiter nos hypothèses pour les compléter, les enrichir, et créer de nouveaux scénarios. Oui, nous sommes lucides, malgré notre vigilance, beaucoup de thèmes peuvent encore être développés, des précisions peuvent être apportées et des objections restent légitimes.

La prospective n'est pas de la prévision et nos scénarios ne se réaliseront certainement pas, nous le savons, et espérons-le pour certains ! Mais dans chacun, nous avons vu émerger des indices du présent, signaux faibles, *terreau du futur*. Le résultat final incite à la curiosité, que peut-il advenir en 2050 ? Et il pointe des questions d'enjeux qui nous concernent tous collectivement, sans réponses « toutes faites » mais avec le désir de montrer la complexité, d'y faire face, avec des débats, voire des controverses, pour produire des visions exploratoires marquées tantôt de dépit, tantôt d'utopie.

La santé globale, objet de notre étude, est une préoccupation qui rassemble toutes les femmes et tous les hommes dans notre société à tous les points de vue et pour toujours. Chaque instant, ce sont des histoires personnelles, des besoins de ressources économiques différentes et de contraintes de tous ordres (familiales, territoriales, sociétales, physiques ou mentales) qui concernent les habitants de notre région dans leur vie quotidienne.

La santé globale, c'est aussi une multitude de décisions et de régulations passées et diverses prises à l'échelon national ou local mais avec de nouvelles décisions qui en réaction vont entraîner d'autres situations, décisions et régulations. Et une question essentielle : comment concilier proximité, équité sociale et territoriale et cohérence et équilibre financier des politiques de santé.

D'ici 2050, l'avenir sera émaillé de multiples réformes qui composeront de nouvelles géographies sanitaires et médico-sociales, de nouveaux mécanos de gouvernance, de nouvelles équations budgétaires mais qui devront éviter toute contradiction entre l'ambition demandée et les moyens qui lui sont accordés. Là, intervient a posteriori, une autre mission du CESER, celle de l'évaluation des politiques publiques.

L'enjeu est profondément humain. Il interroge notre possibilité pour chacun d'avoir accès à ses droits dans le respect des besoins et celui de la dignité.

Si nous sommes impuissants face au passé, nous participons dans nos actions quotidiennes à bâtir cet avenir que nous cherchons à deviner. Citons le message laissé par Gaston Berger « Préparer l'avenir ce n'est pas y rêver c'est choisir dans le présent ce qui est capable d'avenir ».

5. Présentation détaillée des questionnements et hypothèses

La présentation qui suit permet de mettre en exergue de façon résumée les principales dynamiques repérées dans les analyses successives des variables influençant l'accès à la santé des Normands en 2050 à l'issue des états des lieux et des auditions menées. L'identification de ces dynamiques, des grandes tendances à l'œuvre, des principales ruptures et des enjeux et défis à relever, a conduit à déterminer un corpus de questionnement à poser d'ici 2050 pour y apporter des réponses sous forme d'hypothèses contrastées. Sont ensuite présentées les hypothèses émises sur chacune des variables, dont l'agencement entre elles a conduit aux scénarios présentés plus haut. Enfin, un tableau synthétique de l'ensemble des faits prospectifs repérés sur toutes les variables conclut la présentation.

5.1. Variable Démographie

5.1.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

Il s'agit d'une variable transversale à l'ensemble de l'étude. Si certaines sous-variables se prêtent à des hypothèses contrastées, comme la natalité ou le nombre des actifs, la sous variable « vieillissement de la population » constitue en revanche une tendance lourde des dynamiques démographiques normandes ; elle contraint le reste du système. Le pic du vieillissement sera atteint en 2040 en Normandie et se poursuivra en plateau jusqu'en 2070. Dans un contexte de baisse de la population normande et de pénurie de professionnels de santé, il faut redouter l'effet ciseau entre les besoins du vieillissement et du grand âge et les ressources en professionnels de santé. La façon dont le système de santé et de soins aura pu trouver les ressources pour accompagner tous les Normands, y compris les plus vulnérables, ou aura été essoré jusqu'en 2040, impacte fortement l'évolution de la situation sanitaire régionale et les scénarios à 2050 d'accès à la santé des Normands.

Les questionnements relatifs à la démographie

DEMOGRAPHIE	
Dynamiques démographiques - L'horizon du défi du vieillissement ?	
	Démographie vieillissante - La rupture de 2040 et l'accès à la santé des Normands ?
	Petite enfance - La prise en compte de la spécificité des besoins de santé d'une classe d'âge devenue minoritaire ?
	Répartitions territoriales très inégales - Des réponses de santé territorialisées ? Planifier la géronto-géographie ?
	Baisse de la population active - Un sursaut des migrations économiques en Normandie ?
Population et état de santé - Quelle persistance du tableau clinique défavorable face à la dette de santé publique accumulée ?	
	Espérance de vie - Gain, stagnation, régression à 2050 ?
	Inégalités sociales de santé - Baisse des précarités et de la vulnérabilité sociale ?
	Accompagnement des vulnérabilités sociales en santé - Les solidarités (familiales, sociales) en 2050 ?
	Populations sensibles isolées - Qualité de la prise en charge ?

5.1.2. Hypothèses relatives à la démographie

DEMOGRAPHIE Tendance lourde : démographie déclinante La population normande baisse dès 2025. Cette baisse s’amorce au plan national qu’après 2045				
Sous variable 1 : Dynamiques démographiques - L’horizon du défi du vieillissement ?				
	H1 Tendance	H2 La N^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée pour la santé des Normands	H4 Noir
Démographie vieillissante rupture de 2040 et accès à la santé des Normands ?	Après 2040, le nombre des seniors atteint un plateau En 2050, un tiers de la population aura plus de 60 ans. D’ici 2050, le nombre des plus de 85 ans a doublé L’équilibre n’est pas atteint par une hausse de la natalité La demande de soins augmente alors que le temps médical diminue avec le départ en retraite des médecins. D’ici 2050, il faudra toujours 2,4 médecins pour en remplacer 1 cessant son activité.	Après le pic du vieillissement observé dans les années 2040, la pyramide des âges s’est stabilisée. Le nombre de personnes âgées a atteint un plateau qui permet une prise en charge plus équilibrée.	La baisse de la natalité est enrayée par de meilleures conditions de vie et la prise en compte de la santé globale depuis les années 2030.	La politique du maintien à domicile sans médecin disponible ni coordination de soins a fait reculer l’espérance de vie
Petite enfance et jeunesse Prise en compte de la spécificité des besoins de santé d’une classe d’âge devenue minoritaire ?	En 2050, 1/5^{ème} de la population a moins de 20 ans. Les jeunes sont particulièrement touchés par des difficultés de santé mentale dont l’éco-anxiété	La prévention et le dépistage au moment de la périnatalité et la petite enfance sont efficaces. La prise en charge de la santé mentale des jeunes a permis une baisse significative de leurs suicides. Le déficit constaté du retour des jeunes après leurs études dans d’autres régions ne permet pas de combler les postes vacants. De plus le manque de jeunes diplômés sur le territoire contribue au manque d’attractivité du territoire.	La robustesse de la politique de prévention, l’organisation et le suivi des soins pendant la période périnatale a limité le nombre de prématurés et la mortalité infantile. L’aide sociale à l’enfance, dont les PMI, sont devenues une priorité et des moyens permettent son efficacité de protection.	D’ici 2050, le nombre des 3/18 ans qui a baissé de 25%, n’est pas compensé. Les jeunes, abandonnées ou stigmatisées se révoltent et déclenchent des émeutes qui provoquent des décès et de nouvelles fractures sociales.

Répartitions territoriales très inégales Des réponses de santé territorialisées ? Planifier la géronto-géographie ?	En 2050, la baisse de la population (-16% : Orne ; -13% : Eure ; - 9% : Manche ; - 5% : Seine-Maritime ; - 3% : Calvados) n'est pas compensée par des arrivées. Les inégalités territoriales se renforcent. Les disparités de situations de départements face au poids du vieillissement et aux classes d'âge des plus jeunes menacent leurs équilibres budgétaires.	Le pic du vieillissement s'amenuise après 2040. La pyramide en est modifiée et en 2050, le nombre de seniors a atteint un plateau. Cela permet une amélioration de la prise en charge des personnes vieillissantes en institution et à domicile avec des moyens maintenus. La mortalité prématurée avant 65 ans est endiguée grâce à la prévention contre l'obésité, les addictions et de meilleurs dépistages notamment avec l'IA. Les inégalités territoriales en matière d'équipement sont partiellement corrigées. Le travail en réseau est possible grâce à une meilleure coordination. Les actions de prévention sont développées spécifiquement par les services sociaux et médico-sociaux.	Les politiques de santé sont mieux articulées avec les autres politiques publiques : ville, transport, éducation, emploi, logement, culture, loisirs, sport, dès la conception des plans et opérations d'urbanisme. Les acteurs en charge de l'implantation des équipements se coordonnent en permanence. La prévention systématique permet un allongement de l'espérance de vie en bonne santé. Le nombre croissant de personnes très dépendantes¹³ est pris en compte dans les politiques publiques.	Vivre dans un lieu où la mobilité résidentielle est faible augmente la probabilité de déclarer une mauvaise santé. Avec l'impossibilité de mettre en place des démarches territoriales concertées entre les différentes collectivités. Les inégalités territoriales de santé s'accroissent.

¹³ 30 000 centenaires en 2024, plus de 200 000 en 2070 selon les projections de l'Insee.

Baisse de la population active Un sursaut des migrations économiques en Normandie ?	En Normandie, la baisse de la population active est 10 fois plus importante que la moyenne nationale. En 2050, il y aura jusqu'à 17% d'actifs de moins qu'en 2025 Baisse potentielle du nombre d'aidants.	La baisse du nombre des actifs est compensée en partie par les progrès technologiques. Dans les secteurs serviciels, le besoin des volumes d'emplois à pourvoir engendre une augmentation des flux migratoires. La Région, en s'appuyant sur l'acceptabilité sociale, attire des travailleurs non normands de façon ponctuelle ou saisonnières, et maintient le vivier de ressource de ces actifs, notamment ceux qui seront indispensables pour faire fonctionner le système de santé. Les besoins d'entraide solidaire sont pris en charge par des aides collectives qui permettent le recours à l'accompagnement à domicile, aux aides-soignants, aux infirmiers alliant prévention et soins. Ils sont reconnus tant d'un point de vue social, professionnel que de rémunération.	La Région en s'appuyant sur l'acceptabilité sociale intègre des migrants de façon permanente et maintient ainsi le vivier de ressources de ces actifs, notamment ceux qui seront indispensables pour faire fonctionner le système de santé. Les tarifs des assurances personnelles ont été modérés par des dispositions européennes, le risque étant une augmentation incontrôlée des tarifs entraînant une augmentation tendancielle des décès.	La tension sur les volumes de main d'œuvre disponibles des actifs engendre de l'absentéisme au travail et des baisses de productivité. L'augmentation des flux migratoires n'est pas acceptée par la population normande.
Sous-variable 2 : Population et état de santé : Quelle persistance du tableau clinique défavorable face à la dette de santé publique accumulée ?				
Espérance de vie Gain, stagnation, régression à 2050 ?	Une espérance de vie à la naissance et une espérance de vie sans incapacité reste toujours en retrait	La mortalité prématurée avant 65 ans est endiguée grâce à la prévention contre l'obésité, les addictions et de meilleurs dépistages notamment avec l'IA.	La prévention permet un rallongement de l'espérance de vie en bonne santé.	L'espérance de vie sans incapacité reste disparate selon les lieux et les conditions de vie et d'habitat.

Inégalités sociales de santé Baisse des précarités et de la vulnérabilité sociale ?	Taux de pauvreté des – de 30 ans Situation des familles mono parentales est dégradée..	La prévention, clé de voute du système de santé a permis de prendre en charge des publics plus nombreux grâce aux dépenses moindres. Les publics vulnérables ne sont pas stigmatisés et les situations personnelles sont considérées grâce à des programmes individualisés par l'IA. Les difficultés liées aux crises sont traitées par l'ingéniosité des grappes à trouver des solutions.	Les autorités ciblent des publics plus larges que ceux concernés par le code de l'action sociale : les personnes ou familles fragiles, vulnérables, en situation de précarité, de pauvreté ou d'exclusion, au travers de dispositifs spécifiques d'accompagnement social, bénéficient d'un accès amélioré ou équitable au système de santé.	Les financements ne permettent plus de prise en charge au plus grand nombre. Le rapport aux autres laisse complètement indifférent. C'est l'ère de l'individualisme et du chacun pour soi. Les assurances privées profitent à quelques-uns.
Accompagnement des vulnérabilités sociales en santé Les solidarités en 2050 ?	Les solidarités reposent essentiellement sur les familles qui assument le rôle d'aidants, quelques fois en même temps, vis-à-vis de leurs parents et leurs enfants en études ou en quête d'emploi.	La solidarité s'organise autour de l'investissement individuel ou familial permis par les revenus de chacun et des assurances personnelles. Des dispositifs permettent aux actifs des « congés aidance » pour venir en aide à leurs familles.	En complément des solidarités de voisinage, familiales, les besoins d'entraide solidaire sont pris en charge par des aides collectives qui permettent le recours à l'accompagnement à domicile, aux aides-soignants, aux infirmiers alliant prévention et soins.	Les plus vulnérables, surtout face aux crises environnementales sont laissés pour compte. La mortalité prématurée est gigantesque.
Populations sensibles isolées	La qualité de la prise en charge n'est pas satisfaisante. Toutes les personnes sont sujettes à différents problèmes de santé qui sont aggravés par un manque de prise en charge coordonné.	La prise en compte de groupes hétérogènes est reconnue. Les inégalités territoriales en matière d'équipement sont corrigées. Une meilleure coordination des acteurs permet un travail en réseau. Les actions de prévention sont développées spécifiquement par les services sociaux et médico-sociaux.	L'expérience de la gestion du vieillissement durant les décennies précédentes engendre des progrès d'accessibilité et d'adaptation des services par l'aménagement des modalités d'accueil, des temps d'attente, l'adaptations des technologies aux populations sensibles isolées et des supports pédagogiques dédiés. Les associations des familles d'utilisateurs sont représentées et reconnues. Le numérique en santé, compris et adopté par une grande majorité, permet une meilleure anticipation de la prise en charge des personnes.	Les personnes vulnérables ne disposent pas de revenus suffisants pour subvenir à leurs besoins de vie et de santé et les incidences des catastrophes naturelles provoquent une mortalité importante.

5.2. Variable environnement

5.2.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

La tendance lourde du changement climatique va s'imposer aux autres variables du système avec ses impacts inéluctables sur la situation sanitaire repérés dans le scénario tendanciel. Le réchauffement est une tendance lourde constante et transversale. Il faut s'interroger sur le niveau contrasté de prise en compte de la transition écologique à opérer tant dans les politiques publiques, notamment en santé, que dans les comportements individuels.

Avec le changement climatique, le risque de dégradation de certaines ressources vitales est important. L'accélération des épisodes extrêmes récurrents, qui peuvent affecter les hommes et les infrastructures, dont celles de santé, tout comme la survenue de nouvelles crises sanitaires de type pandémies, sont désormais des certitudes et la possibilité de réassurance des risques n'est aucunement garantie.

L'horizon 2050 est celui nécessaire pour se préparer correctement à ces situations en apprenant des crises passées pour anticiper au mieux les effets sanitaires potentiels sur les Normands, population et territoires caractérisés par une forte hétérogénéité en termes de conditions de vie, de particularités socioéconomiques, ou de situations de vulnérabilité.

Les questionnements relatifs à l'environnement

ENVIRONNEMENT	
Facteurs environnementaux qui affectent la santé humaine - Intégration des pressions environnementales en santé ?	
	Changement climatique - Le réchauffement, une tendance lourde - Quel niveau d'adaptation pour l'accès à la santé ?
	Risques naturels - Des risques plus récurrents et intenses amplifiés par le dérèglement climatique : quelle anticipation ?
	Risques industriels et technologiques anthropiques, pollutions - Quelles répercussions sur la santé ?
Qualité et accès aux ressources vitales – Tensions et vulnérabilités sur les ressources vitales ?	
	Ressource en eau – Qualité et régulation des conflits d'usage ?
	Qualité de l'air – Une ambition à hauteur des enjeux sanitaires ?
	Biodiversité et rapport à la nature – Sources de santé ? Vers une permaculture humaine ?
	Sécurité alimentaire – Accès égal à une alimentation saine ?
	Sécurité sanitaire de l'alimentation – Régulation de la qualité des productions et des offres de consommation ?
Conditions de vie et relations sociales - Évolution des inégalités environnementales de santé ?	
	Vulnérabilités sociales et inégalités sociales de santé – Quelles innovations sociales/ quelle corrélation en 2050 ?
	Modes de vie / Comportements individuels – Quel curseur entre liberté individuelle et santé publique ?
	Inégalités environnementales de santé – Evolution de la prévalence des risques environnementaux dans la population ?

Acceptabilité sociale des exigences environnementales et résilience – Perception des enjeux et contraintes du changement ?	
	Perception collective des enjeux environnementaux – Rapport et responsabilité collective au futur ?
	Acceptation des contraintes environnementales – De la volonté à la faisabilité d'imposer des normes environnementales pour une meilleure santé ?
	Acceptation des risques environnementaux – Quel niveau de mesure pour couvrir un potentiel risque environnemental ?
	Quelle prévention et culture du risque ?

5.2.2. Hypothèses relatives à l'environnement

ENVIRONNEMENT				
Tendance lourde : dérèglement climatique et réchauffement des températures				
Sous variable 1 :				
Facteurs environnementaux qui affectent la santé humaine				
	H1 Tendance	H2 La N^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée	H4 Noir
DEREGLEMENT CLIMATIQUE : réchauffement climatique	Une volonté d'agir pour limiter les effets du dérèglement climatique parfois contesté, avec la mise en œuvre d'actions timides, implique une augmentation des maladies chroniques et des décès dans les publics vulnérables par manque de moyens dédiés au système de soin. Les aléas sont récurrents.	Face au dérèglement climatique, il y a un retournement tardif des esprits après 2030 qui a freiné l'anticipation dans l'aménagement du territoire. Les infrastructures sont sous surveillance mais restent impactées lors d'aléas (montées des eaux, tempêtes, nuits tropicales...). Les flux de blessés et de décès sont de moins en moins importants, la gestion est rendue efficace car les infrastructures sanitaires bénéficient de dispositifs adaptés aux risques.	Une prise de conscience rapide en 2030 a permis une sensibilisation accrue des élus locaux. La Normandie s'adapte aux nouvelles conditions de vie afin de prévenir des effets sur la santé : aménagements urbains, normes industrielles, politique agricole. Le système de santé s'adapte et intègre l'évolution démographique liée au changement climatique. Les problématiques de santé les plus fortes en Normandie sont atténuées.	Le réchauffement étant subi, le nombre de pathologies augmente, notamment les zoonoses, les nouvelles pathologies et/ou chroniques et la résurgence de maladies éradiquées (tuberculose). Le système de santé n'est par ailleurs pas dimensionné en conséquence, conduisant au tri des patients. Cela implique une diminution de l'espérance de vie. Par ailleurs, une immigration « climatique » non anticipée augmente la tension sur le système de santé.

DEREGLEMENT CLIMATIQUE : Risques naturels, des aléas plus récurrents et intenses amplifiés par	L'aménagement du territoire et le système de santé savent répondre à des crises sanitaires occasionnelles (liées à des événements climatiques ou zoonose), mais il n'est pas en mesure de gérer la fréquence des répétitions.	Les enjeux environnementaux ont fait l'objet de tergiversations ce qui a retardé l'amélioration de la santé des normands. En revanche, le système de santé s'est adapté à l'évolution des pathologies et a augmenté ses capacités de prises en charge. La Normandie subit un réchauffement climatique moindre que les autres régions et dès les années 2030, a su accueillir des flux migratoires saisonniers ou permanents mais a créé des déséquilibres en termes d'habitat.	L'aménagement du territoire évolue pour anticiper les aléas climatiques forts (montée des eaux, nuits tropicales). Le système de santé sait s'adapter, y compris pour répondre à des crises sanitaires de type « zoonose planétaire » demandant des besoins importants sur de courts temps.	Avec l'absence d'anticipation dans l'aménagement du territoire. Les infrastructures sont fortement impactées lors d'aléas (montées des eaux, tempêtes, nuits tropicales...). Face à des flux de blessés et de décès importants, leur prise en charge est rendue difficile, les infrastructures sanitaires étant également touchées.
Risques industriels et technologiques anthropiques	Dans un contexte de concurrence internationale, les mesures de prévention et de protection de l'environnement, soumises à des effets de balancier, diminuent le statu quo sur la politique des normes de plus en plus contestée. La culture du risque est prise en compte de façon cloisonnée et seulement à la suite d'évènements indésirables ce qui entraîne une moindre prévention et davantage de risques pour la santé.	Les risques industriels et technologiques impliquent la nécessité de dépolluer, dépollution dont les coûts de traitements curatifs n'ont été massivement supportés que depuis les années 2040. Les habitants des quartiers les plus populaires, par leurs conditions de vie, ont une espérance de vie inférieure à la moyenne des Français et des conditions dégradées impactent leur santé. Les politiques visant à développer la mixité sociale ne font que faiblement corriger la situation.	La politique de prévention en matière de pollution et de risque industriel permet de limiter les traitements curatifs coûteux. Le risque industriel est pris en compte dans sa globalité et facilité par les pouvoirs publics. Les normes permettent la régulation et une vigilance est prise pour assurer la compatibilité entre elles.	La nécessité de dépolluer induit des coûts de traitement curatifs difficilement supportables. Cette priorité prend le dessus sur les enjeux de santé relayés au second plan.

Sous-variable 2 : Qualité et accès aux ressources vitales				
	H1	H2	H3	H4
Ressource en eau	La ressource en eau est sous tension, son coût de traitement curatif en fait un bien précieux. Une certaine régulation s'est imposée en 2050, via la tarification différenciée, ce qui la rend de plus en plus inaccessible en particulier pour certaines catégories sociales qui bénéficient de la solidarité via une tarification sociale de l'eau appropriée.	La biodiversité est altérée du fait de l'usage de l'eau et de l'absence de traitement des eaux usées suffisamment poussé face à de nouvelles molécules (process industriels ou médicaments).	Une gestion équilibrée et sobre de la ressource eau est mise en œuvre. Le traitement curatif est mis en œuvre du fait des pollutions antérieures. Une politique de prévention améliore la qualité.	L'eau est devenue un bien marchand dont la perte de qualité est source de nouvelles pathologies. Le traitement curatif de l'eau est coûteux restreignant l'usage et augmentant les conflits. La fréquence et l'extension sur le territoire des épisodes de pénurie d'eau potable augmentent les conflits. La fréquence et l'extension sur le territoire des épisodes de pénurie d'eau potable augmentent.
Qualité de l'air	Des mesures permettent de limiter l'impact sur la qualité de l'air mais la pollution plus présente en agglomération affecte la santé de façon inéquitable sur le territoire normand.		Le traitement préventif des rejets industriels et la sobriété dans les modes de transport et de chauffage permet d'améliorer la qualité de vie des normands. Une attention particulière est portée aux zones urbaines.	La réduction des normes aggrave la pollution de l'air : cela affecte la population par l'augmentation de maladies respiratoires et détériore la qualité des sols. De nouvelles pathologies apparaissent.
Biodiversité, Rapport à la nature	Les acteurs normands sont conscients que la biodiversité et la présence de la nature améliorent la santé mais l'accès à la nature reste sectorisé : elle est plus accessible aux catégories sociales élevées au détriment des autres.	La biodiversité reste altérée du fait des mesures qui ont tardé à bénéficier de nouveaux process. Le traitement curatif des pollutions antérieures est mis en œuvre. Une politique de prévention améliore la qualité. Après les années 2030, la problématique de la qualité de l'air fait l'objet d'un consensus et d'une prise en compte, notamment par les industriels.	Les aménagements et les plans d'urbanisme sont conditionnés à des règles permettant de disposer de trames vertes et bleues. L'urbanisation est soumise à de la végétalisation permettant de favoriser le maintien en bonne santé des normands. Des espaces naturels sont fortement protégés.	Absence de régulation et la réduction des normes d'aménagement conduisent à un recul de la biodiversité. Les effets sur la santé se font ressentir avec l'augmentation de nouvelles maladies mentales et de nouvelles pathologies.

Sécurité alimentaire	La baisse des rendements et la pression internationale sur les importations provoquent une inflation sur l'alimentation. Les Normands ont des difficultés à disposer d'une alimentation accessible financièrement et de qualité.	La promotion d'une alimentation saine est d'actualité limitant l'accès à une consommation préjudiciable à la santé.	Des chartes partagées sur une alimentation « bien commun », une sécurité sociale de l'alimentation, l'équilibre production / importation et une politique exigeante de normes permettent qualité et quantité de l'alimentation.	En l'absence de politique en matière d'alimentation. Les approvisionnements répondent à la loi du marché (baisse de la production normande) et une partie de la population n'arrive plus à se nourrir convenablement.
Sécurité sanitaire	La qualité des produits bruts (pollution) comme celle des plats cuisinés participent à une dégradation de la santé.	L'adaptation des cultures et des écosystèmes, l'anticipation du réchauffement climatique, les jardins partagés et la permaculture sont favorisés au regard de la sécurité sanitaire.	Un fort accent est mis sur la prévention et les dispositifs pour une consommation responsable permettant de limiter naturellement son empreinte sur l'environnement et sur sa santé (sans mise en œuvre de loi par exemple pour interdire le tabac), et ce notamment via l'activité (et tout autre dispositif lié au sport). Un fort accent est mis sur les dispositifs favorisant toutes les activités physiques pour lutter contre la sédentarité.	Les industriels contribuent à manipuler l'information nutritionnelle Avec la fin du principe de précaution dans la production, la réduction des normes y compris sur les importations, des maladies, le diabète ou obésité, augmentent en Normandie. La promotion pour une alimentation saine et contre la « mal bouffe » est stoppée.
Sous-variable 3 :				
Acceptabilité sociale des exigences environnementales et résilience				
	H1	H2	H3	H4
Perception collective des enjeux environnementaux	Un statu quo résulte d'une population partagée entre un déni et une perception trop anxiogène. Cette situation ne génère pas de baisse et accroît la pression sur le système de santé.	La certitude de la survenue des risques environnementaux, dont la nature n'est plus imprévisible, inévitable et insurmontable, a conduit les assureurs à se désengager au cours des années 2026-2035 mais des dispositions européennes sont venues corriger les excès et la couverture des biens et des personnes a été restaurée à des tarifs supportables.	Les enjeux environnementaux ne font pas l'unanimité mais l'impact sur la santé des Normands est pris en compte. Le système de santé s'adapte à l'évolution des pathologies et augmente ses capacités de prises en charge.	Un sentiment de complotisme accru, une défiance générale y compris envers le monde de la santé se développent ; ce phénomène inscrivant dans un contexte mondial rendant plus difficile d'en sortir. Cette situation aggrave la pression sur le système de santé (augmentation du coût de la santé lié à l'augmentation des prises en charge curatives) et rend difficile l'exercice des métiers de soins.

Acceptation des contraintes environnementales	Les contraintes environnementales ne sont pas comprises, donc difficilement appliquées en l'absence de « bénéfice » à court terme, donc absence de bénéfice sur le système de santé.	Les citoyens s'organisent pour maintenir un degré de couverture santé adapté et organiser la résilience au sein de leur grappe d'appartenance. Les associations et les organismes de prévoyance œuvrent en faveur des plus vulnérables.	La prise de conscience des enjeux environnementaux, y compris les répercussions sur la santé, facilite la mise en œuvre de mesures. Par la sanctuarisation des ressources naturelles, « Santé / Nature » devient un bien commun	Le déni des évolutions environnementales et des répercussions sur la santé n'entraîne aucune évolution possible des règles, la pression sur le système de santé est non anticipée.
Acceptation des risques environnementaux	Chaque aléa fait souvent l'objet de normes et règles dans l'émotion de l'évènement, mais la protection face au risque est freinée par la crainte des répercussions économiques.	La promotion d'une alimentation saine est d'actualité limitant l'accès à une consommation préjudiciable à la santé. L'adaptation des cultures et des écosystèmes, l'anticipation du réchauffement climatique, les jardins partagés et la permaculture sont favorisés au regard de la sécurité sanitaire.	La priorité est donnée à la protection des personnes, la prévention de mise évitant la succession de crise, y compris sur l'apparition de zoonose. L'approche est systémique ET localisée. Le système de santé est en mesure d'encaisser et d'anticiper. Des analyses de risques sont régulièrement mises à jour et permettent l'anticipation.	Faisant preuve d'amnésie environnementale, la société accepte globalement la succession de crises, y fait face dans la limite de ses moyens et accepte les décès liés à ces évènements. Mais parallèlement certaines « grappes » agissent comme des milices lors des épisodes de pénuries alimentaires ou disettes (marché noir).
Culture du risque	La certitude de la survenue des risques environnementaux, dont la nature n'est plus imprévisible, inévitable et insurmontable, a conduit les assureurs à se désengager.			
	Le régime obligatoire est maintenu et les complémentaires santé de type « mutualiste » continuent de couvrir les risques santé tout en développant l'information et la prévention. Les pouvoirs publics contribuent à documenter les risques territorialisés en Normandie.	Les citoyens s'organisent pour maintenir un degré de couverture santé adapté et organiser la résilience au sein de leur grappe d'appartenance. Les plus vulnérables n'ont pas cette possibilité La législation évolue vers plus de règles en faveur de l'environnement. Elle s'accompagne de plus d'acceptation que dans les années précédentes grâce à de la pédagogie, à une meilleure prise de conscience et un meilleur bien être. La soutenabilité de l'ensemble de l'écosystème est améliorée.	L'anticipation des risques fait l'objet d'une approche systémique et localisée. La culture du risque est intégrée dans la vie de la population. Elle constitue un vecteur de la résilience en plaçant le territoire, ses habitants (dont les plus vulnérables ou démunis) et les acteurs de santé, en capacité d'anticiper, de se préparer aux crises sanitaires, et de rebondir.	Le préventif est abandonné au profit du curatif. Une partie de la population décroche faute de moyens pour assurer sa couverture santé complémentaire. Les populations sont insuffisamment informées sur les risques territorialisés faute de moyens.

Sous-variable 3 : Conditions de vie et relations sociales				
	H1	H2	H3	H4
Vulnérabilités sociales et inégalités sociales de santé	Face à l'augmentation des inégalités sociales, les politiques publiques maintiennent un fonctionnement solidaire mais de plus en plus limité aux besoins vitaux. On constate une médecine à deux vitesses selon ses capacités financières	Avec la perte de mixité sociale dans les lieux de vie, l'habitat, dans le quartier ou la ville conditionne espérance de vie et santé.	Une politique de solidarité permettant de répondre aux besoins de tous, dont les personnes vulnérables, est mise en œuvre avec un financement public.	Les inégalités sociales s'amplifient en lien à une perte de sens de la solidarité, on constate une augmentation de l'écart d'espérance de vie selon le milieu social. Le système de soin répond à une logique économique qui se traduit également par un déséquilibre d'implantation.
Modes de vie / Comportements individuels	La prévention invite à un comportement préservant sa santé pour éviter l'accès aux soins. Les Normands restent libres de leurs choix.	La législation évolue vers plus de règles en faveur de l'environnement ou limitant l'accès à une consommation préjudiciable à la santé. Mais la difficulté d'acceptation reste assimilée à une perte de liberté.	Les comportements individuels ont évolué avec une reconnaissance de l'interdépendance entre santé humaine et écosystème. Ce contexte facilite l'évolution des modes de vie et réduit la pression sur le système de santé. La crainte de procréer est levée.	Notre mode de vie évolue selon le groupe ou la catégorie dans laquelle nous souhaitons appartenir avec une appréhension différente de l'hygiène de vie (augmentation d'alcool, augmentation du narcotrafic, absence de prise en compte de l'environnement dans son mode de vie...).
Inégalités environnementales de santé	Même si des efforts sont faits pour limiter la pollution en milieu urbain, on constate une différence d'espérance de vie avec le milieu rural.	La Normandie subit une immigration climatique liée au réchauffement climatique et une pollution accrue de la région parisienne. Cette évolution n'est pas anticipée et aggrave l'écart entre catégories sociales en Normandie.	Les territoires sont globalement préservés ce qui contrebalance le non-choix de l'habitat du plus grand nombre.	La Normandie présente des disparités en matière d'environnement et donc de santé, et les secteurs les plus favorables sont occupés par une catégorie favorisée. Le système de santé se plie à cette sectorisation en termes d'implantation.

5.3. Variable Emploi, métiers, compétences, formation

5.3.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

Le secteur de la santé dans toutes ses dimensions est caractérisé en Normandie par la pénurie de professionnels : l'accroissement attendu des besoins, non satisfaits aujourd'hui ou de façon très hétérogène sur le territoire, va se heurter aux fortes tensions au recrutement et aux difficultés à maintenir en emploi des professionnels au regard des conditions de travail particulièrement difficiles entretenues par cette situation de pénurie. C'est dans ce contexte qu'ils doivent faire face, par ailleurs, aux évolutions technologiques considérables qui parcourent la santé, allant de la prévention au soin, en passant par l'accompagnement des usagers.

La manière dont les décideurs, les professionnels eux-mêmes et les acteurs de l'emploi, de la formation, de l'information vont s'employer à adapter les conditions d'exercice des métiers actuels et en devenir, reconnaître les compétences, gérer les ressources, inscrire les usagers au cœur de leur parcours de santé, doit être interrogée. Elle déterminera la capacité, d'une part, à répondre aux attentes fortes des usagers soucieux du maintien d'un rapport de proximité avec les professionnels et de confiance dans leur système de santé, et d'autre part, à améliorer les conditions de travail et de santé des professionnels eux-mêmes.

Les questionnements relatifs aux emplois, métiers, compétences, formations en santé

EMPLOIS, METIERS, COMPETENCES, FORMATIONS	
Evolution des emplois, besoins en compétences, pratique des métiers - Résolution des tensions actuelles et anticipation des besoins ?	
	Évolution des emplois - Quelles tensions au recrutement dans le secteur ? Métiers d'aide aux personnes ?
	Pénurie de médecins et professionnels - Contrer la baisse de densité et améliorer la répartition géographique ?
	Vieillesse des professionnels - Quelle adaptation des parcours en emploi (<i>lien variable travail</i>)
	Pratique des métiers - Quel nouvel équilibre entre compétences ? Quelles innovations interprofessionnelles ?
	Métiers en devenir - Quelle adaptation face aux défis posés à la santé ? (Démographie, technologie, usagers...)
Formations - Levier au service d'une réponse appropriée aux besoins, et à un « parcours santé » individualisé ?	
	Formations en santé - Quelles initiatives pour infléchir la portée des réformes ? Quels contenus ?
	Universitarisation des formations - Quelle réelle adaptation des compétences aux enjeux ?
	Richesse de l'offre de formation - Exploiter toutes les possibilités de parcours et de voies de formation ?
	Interface avec les acteurs vieillissement, autonomie, enfance, solidarités - La voix des infra-territoires ?
Attractivité du secteur - Quelles améliorations pour garder et attirer les professionnels ?	
	Maintien des publics en emploi - Entre ancienneté des professionnels, évolution en emploi, reconversions ?
	Reconnaissance des compétences - Quel levier pour adapter les compétences aux défis de santé ?
	Qualité de vie au travail - Quelles améliorations ? (<i>lien variable travail</i>)
	L'accès aux formations et la FCTLV formation continue des professionnels de santé
Gouvernance juridique des emplois et compétences : quel levier pour des évolutions au profit de la santé de tous ?	
	Cadre juridique d'exercice des professions ? La responsabilité des actes de soins et de santé ?
	Rapports usagers/acteurs ? Quelle tendance à la judiciarisation ?

5.3.2. Hypothèses relatives à l'emploi, métiers, compétences, formation

COMPETENCES				
Sous variable 1 : Evolution des emplois, besoins en compétences, pratique des métiers				
	H1 Tendance	H2 La N ^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée	H4 Noir
Tendance avérée entre 2019 et 2030 : poids du vieillissement, perte d'autonomie, dépendance, situations de précarité • 4 des 10 métiers à forts besoins en recrutement sont des professions du sanitaire et social : aides à domicile, aides-soignants, infirmiers et assistants maternels. Importantes difficultés à recruter pour assistant éducatif petite enfance (= auxiliaire de puériculture). • 3 métiers (aide à domicile, assistant maternel, aide-soignant) font partie des 10 métiers où les déséquilibres potentiels sont les plus importants en Normandie (besoins non couverts par les ressources en main d'œuvre -ressources humaines)				
Évolution des emplois Quelles tensions au recrutement dans tout le secteur ? Métiers d'aide aux	Contexte : Depuis 2026 les PP ont engagé une réforme du système de santé à la hauteur de la prévention des crises sanitaires majeures et des zoonoses .		Métiers toujours en tension. La pénurie reste majeure.	
	La situation reste très tendue. Pénurie de soignants et les déserts médicaux durent à minima jusqu'en 2040 , continuant de susciter une grande inquiétude chez les usagers. La pyramide des âges ne commence à se rééquilibrer globalement qu'après 2045 , mais avec des impacts très disparates sur les infra-territoires.	Observation CARIF-OREF contribue à maintenir un niveau fin d'appréhension des besoins L'efficacité du GPEC et la coopération entre établissements ont favorisé une meilleure gestion du temps médical et paramédical. Les retards ont été rattrapés après 2045 .	Les moyens ont été mis sur les priorités régionales, notamment la démographie du vieillissement.	Les pratiques à tirer des précédentes épidémies n'ont pas été déployées.
Pénurie de médecins et professionnels Contrer la baisse de densité et améliorer la répartition géographique ?	Les efforts en prévention ont réduit besoins de soins		La fermeture de services d'urgence, faute d'effectifs, amplifie leur encombrement provoquant l'embolie du système qui ne dispose d'aucun relais par les cliniques privées ou les médecins libéraux.	
	Les métiers les plus tendus d'aide à la personne sont occupés par des publics en insertion traditionnellement éloignés de l'emploi. Les généralistes sont les pivots de l'accès aux soins primaires. La ROSP s'est développé mais de fortes inégalités perdurent. Les installations de médecins ne sont pas régulées.	Les organisations évoluent : salariat de médecins, groupements de proximité, maisons de santé, sous-tendu par Med'Install qui a gagné en efficience. Les collectivités participent aux évolutions des pratiques de rémunérations. « connexes » pour répondre au mieux aux besoins de leurs populations, accompagnant des mesures nationales de régulation sur les installations.	Les moyens ont été mis sur les priorités régionales : démographie médicale restaurée, inégalités de territoires corrigées. La généralisation de pratiques collaboratives (maisons de santé) a permis une meilleure installation des médecins sur les territoires.	Les nouvelles formes de rémunération n'ont pas passé le stade expérimental et les incitations diverses n'ont produit aucun effet. La régulation de l'installation des médecins reste impossible.

Vieillesse des professionnels Quelle adaptation des parcours en emploi ? <i>(lien variable travail)</i>	Pas d'amélioration en termes d'usure professionnelle, elle intervient toujours avant 50 ans.	Les conditions de travail sont mieux prises en compte.	Les moyens ont été mis sur la priorité régionale en termes de vieillissement des professionnels de santé. L'aménagement de fin de carrière est traité.	De nombreux départs à la retraite sont non remplacés. Les professionnels ont été essorés pour répondre aux demandes liées au vieillissement.
Pratique des métiers Quel nouvel équilibre entre compétences ? Quelles innovations interprofessionnelles ?	Le recours à l'intérim en nette hausse a de lourdes conséquences financières. La réglementation reste un frein à l'évolution. Le pluri-professionnalisme, clé de l'attractivité, ne s'est pas réellement déployé, générant seulement quelques améliorations. Les freins à la répartition de tâches entre médecins et autres professionnels de santé (IPA, assistants médicaux...) et l'absence de reconnaissance ont perduré. Les gains de temps liés aux innovations et aux nouveaux outils, notamment l'IA, se sont traduits par des gains de productivité mais n'ont pas libéré de temps ni pour la relation professionnels /patients, ni pour l'amélioration des conditions d'exercice	La relation professionnel / usager, se normalise avec du temps d'écoute restauré, condition essentielle pour être acteur de sa santé. Les délégations de tâches entre soignants permettent d'augmenter le temps médical. Déchargés des démarches administratives par les assistants médicaux, les médecins consacrent plus de temps aux patients. Des démarches coordonnées entre soignants et développeurs technologiques se concrétisent. La prévention se développe grâce au développement du « aller vers ».	Des formes innovantes de pratiques interprofessionnelles accélérées par l'IA permettent une plus grande collaboration avec les patients usagers. Les collectivités assurent l'interface entre professionnels de santé notamment sur la question des formalités et de la logistique. Des pools de remplaçants s'organisent au profit des territoires sous-dotés.	Le recours à l'intérim s'est généralisé en mercenariat et a augmenté la désorganisation. Les médecins étrangers ne sont toujours pas intégrés faute de reconnaissance et/ou de formation qualifiée. Les PADHUE, ostracisés depuis 2025 ont adopté le quiet quitting, au mieux, ou ont changé de pays. Médecine à 2 vitesses : les honoraires libres se développent pour accélérer l'accès rapide aux soins.

Métiers en devenir Quelle adaptation face aux défis posés à la santé ? (Démographie, technologie, usagers...)	Le rôle pivot des généralistes peu relayé par des compétences annexes ou par une meilleure coordination. Les nouveaux métiers (IPA, assistants médicaux...) faute de reconnaissance, n'ont pas trouvé leur place et ont disparu. Les métiers du « lien social », dont les besoins sont accrus avec le vieillissement, ne sont pas correctement pourvus. et peinent à trouver leur place dans l'organisation des parcours de santé TLV.	De nouveaux métiers apparaissent notamment grâce à la formation des soignants au « collectif » : prévention, ambulatoire, soins à domicile, éducation à la santé, médiation : incontournable pour prévenir et résoudre les conflits face aux injonctions à être acteur de sa santé. Ensemble des besoins de professionnels induits par le suivi des patients à domicile n'est toujours pas couvert.	Prévention, appuyée sur l'IA, et métiers de la prévention deviennent un véritable levier de la politique de Santé. La maîtrise des usages permet le lien aux patients par des plateformes d'intermédiation numérique. Dès 2030, certaines pathologies lourdes ont reculé Les débats autour de l'éthique ont été tranchés. Les professionnels sont formés à la prise en charge de la précarité.	Les aides à la recherche sont réduites ou soumises aux AAP et AMI, et sont déconnectées des besoins de la population. Les nouveaux métiers sont détournés de leurs objectifs.
Sous variable 2 : Formations				
	H1	H2	H3	H4
Contexte : une offre complexe - un panorama, des modalités d'accès et de financement peu lisibles				
Formations en santé : quelles initiatives pour infléchir la portée des réformes ? Quels contenus ?	Effets retardés du <i>numerus apertus</i> : ils se produisent à partir de 2030 au lieu de 2025. Les réformes des études de santé continuent à se succéder. Les réflexions sur les modalités d'intégrer les évolutions de contenus piétinent. Des inégalités dans l'accès aux études de santé ne sont pas corrigées. CAE et Med'Install n'ont fait que légèrement bougé les lignes.	Le <i>numerus apertus</i> suit l'adaptation des métiers et des formations aux enjeux de la santé qui ont été anticipés. Les évolutions sont de mieux en mieux intégrées : les formations sont conçues « autrement » que par empilement de nouveaux contenus. La capacité d'accueil des universités bride le nombre de places pourvues. La sélection des étudiants reste encore très forte en PASS. Les professionnels sont formés au management.	Solutions issues d'un dialogue permanent, sur des objectifs connus et partagés, les formations respectent les besoins de la population, des lieux de soins (hôpitaux), et les aspirations légitimes des futurs soignants. Les étudiants sont mieux préparés et accompagnés dans les nouveaux parcours : il sort « plus de diplômés » à même volume de places.	L'approche sélective dans les formations en santé demeure Les effets du <i>numerus apertus</i> se sont heurtés à l'absence de terrains de stages. Le goulot d'étranglement perdure, il y a de moins en moins d'étudiants qui s'engagent dans les formations de santé. Les spécialités médicales les moins attractives (ex : gériatrie, psychiatrie, pédiatrie) disparaissent suite à l'ouverture totale des places au libre choix des étudiants. La longévité moyenne en emploi qui plafonnait à 7 ans régresse dans certains métiers. Les décideurs n'intègrent pas le turn-over des métiers de santé dans le calibrage de l'offre. La dimension lucrative l'emporte.

Universitarisation des formations Quelle réelle adaptation des compétences aux enjeux ?	Le processus Parcoursup (ou son remplaçant) amplifie les difficultés dans les parcours des élèves et étudiants. Les difficultés sur la pérennisation des recrutements perdurent. Il a freiné les effets escomptés du <i>numerus apertus</i>. Les freins pédagogiques liés à l'universitarisation ne sont pas totalement levés. L'espoir est toujours latent d'une plus grande coopération entre professionnels médecins et paramédicaux.	L'État garde la main sur les programmes pédagogiques mais fait le deuil de la formation des médecins : l'État et la Région s'accordent pour unifier les formations de médecins et paramédicales Les conditions d'accueil à l'université améliorées Les étudiants en formation paramédicale sont reconnus comme étudiants à part entière Un travail entre acteurs du territoire a permis l'amélioration concrète de leurs conditions d'exercice avec la prise en compte des spécificités de la E-santé et de l'IA.	L'articulation entre cursus paramédicaux et universitaires est consolidée par une meilleure reconnaissance des parcours et des poursuites d'études. Les conditions de stages s'améliorent. Les ruptures des parcours de formation se minimisent par un meilleur accompagnement des étudiants (en stage et vie sociale).	Une déconnexion préoccupante perdue entre décideurs, privilégiant les ajustements comptables, et besoins du terrain et réalités hospitalières. Les disparités entre les universités perdurent (critères de sélection, modalités d'évaluation).
Richesse de l'offre de formation Exploiter toutes les possibilités de parcours et de voies de formation ?	La lisibilité de l'offre est toujours problématique malgré les efforts de pilotage. La « conférence des financeurs » a permis des améliorations pour l'accès à la formation des actifs et demandeurs d'emploi et les VAE, malgré des freins persistants. Les initiatives multiples des différents niveaux de collectivités territoriales pour rapprocher les formations des usagers sont peu cohérentes. La proximité, condition indispensable pour améliorer les chances de réussite en formation, notamment en IFAS, n'est pas restaurée.	Des formations aux nouveaux métiers et aux métiers intermédiaires, masters en pratique avancée à l'université sont mises en œuvre. Les spécialités « gériatrie » et « psychiatrie » bénéficient d'une attention particulière au vu des besoins. Le SRFSS normand ouvert à de nouveaux opérateurs sous-tend la diversification et l'individualisation des parcours.	L'approche globale de l'observation des besoins a progressé. Les structures de formation ont su mettre en œuvre des transformations pédagogiques. La transversalité entre disciplines au profit de l'approche « <i>one health</i> » et « parcours santé » se concrétise.	Le décalage entre les compétences requises par les employeurs et celles dont disposent les personnes en recherche d'emploi alimente les tensions. Les AAP régionaux auprès des opérateurs de formation brouillent la lisibilité et déstabilisent l'offre. On constate une cacophonie amplifiée par les modalités d'ouverture des formations du SRFSS .

Interface avec les acteurs vieillissement, autonomie, enfance, solidarités La voix des infra-territoires ?	La voix des Départements et EPCI/Communes « organisée » dans les instances pilotées par l'ARS est entendue. Les mesures en faveur de la répartition territoriale des formations sont peu efficaces.	Les Départements sont associés en tant qu'acteur des politiques sociales (PA PH enfance vulnérabilités...) aux discussions du CREFOP, et à l'identification des besoins (tant en volume qu'en contenu ou répartition des formations)	Par des partenariats noués et renforcés avec les infra-territoires, ceux-ci prennent une part active dans la résolution des tensions pour assumer pleinement leurs compétences.	C'est la cacophonie et la concurrence entre territoires dans un contexte de persistance de pénurie et entre les différents secteurs sanitaire, social,, médicosocial concurrents sur certaines compétences.
Sous variable 3 : Attractivité du secteur				
	H1	H2	H3	H4
Tendance avérée : Le nombre des actifs de moins de 65 ans diminuerait le plus fortement en Normandie d'ici à 2050				
Maintien des publics en emploi Entre ancienneté des professionnels, évolution en emploi, reconversions ?	Des bourses de formation assorties d'engagement à servir sur une durée contractualisée existent, mais l'absence d'évolution positive sur les conditions de travail ne permet pas d'améliorer la durée d'occupation des emplois. Les carences généralisées et la crise de recrutement provoquent la fuite (ou la disparition ?) de nombreux professionnels.	Les besoins des établissements en effectifs et en formation sont anticipés par la GEPC développée en RH.	Construction de vrais parcours pro permet le maintien en emploi.	L'attractivité du secteur n'est toujours pas rétablie. Le mal-être et la souffrance au travail ont accéléré les ruptures professionnelles.
Reconnaissance des compétences Quel levier pour adapter les compétences aux défis de santé ?	Les missions d'information sur les métiers et formations contribuent à affiner les représentations sur les métiers. S'ils n'améliorent pas directement l'attractivité du secteur, ils améliorent la lisibilité des « attendus » pour les candidats.	Les parcours antérieurs des professionnels, les tâches déléguées et/ou réparties entre soignants sont prises en compte. Les capacités professionnelles à déployer en E-santé sont reconnues dans le statut pour les candidats.	A la réévaluation des carrières et des rémunérations s'ajoute les équivalences emploi/formation ainsi que la reconnaissance financière des nouvelles missions des soignants (IPA), et des nouveaux métiers de la coordination (coordinateur, évaluateur, régulateur, e-conseillers patient...) et des patients experts.	Les enjeux majeurs de revalorisation n'ont pas été suffisamment appréhendés, notamment dans le travail social. C'est la disparition des nouveaux métiers (PA). Les gains de temps générés par l'IA n'ont servi qu'à améliorer la productivité. On a une aggravation majeure de l'équilibre de notre cohésion sociale.

	Les capacités professionnelles à déployer en E-santé sont exigées. L'observation des nouveaux métiers et des pratiques aboutit à un constat d'échec faute de reconnaissance des compétences à tous les niveaux (financière, professionnelle, juridique)			La question de la rémunération reste la 2^{ème} cause la plus citée dans les difficultés de recrutement d'aide-soignant et d'infirmier (après la pénurie de candidats).
Qualité de vie au travail Quelles améliorations ?	La féminisation des emplois demeure la règle, avec son lot de stéréotypes. Les efforts ne sont pas à la hauteur des discours en faveur de la mixité. Le salariat des médecins est de plus en plus apprécié, il se développe tout comme l'exercice mixte libéral/salarié. Les risques professionnels et tous les facteurs de pénibilité sont de plus en plus appréhendés, anticipés. Néanmoins, en 2050, on constate l'absence d'évolution positive sur les conditions de travail.	L'amélioration de la qualité de vie au travail a permis de produire un travail de qualité. Le secteur hospitalier a entamé une réflexion sur les contraintes d'une organisation du travail très verticalisée. La tension est forte sur ces métiers, restant fortement féminisés. L'absence de vivier liée à la faible mixité a été un levier d'amélioration des conditions d'exercice.	Des conditions de travail sont moins contraignantes. Organisations et environnements de travail ont été sécurisés. La mixité des emplois s'est améliorée.	La violence des usagers, risque professionnel grandissant, s'est amplifiée surtout à l'hôpital. Elle pèse sur la QVCT des emplois restés majoritairement féminins, invisibilisés.

L'accès aux formations et la FCTLV formation continue des professionnels de santé	La Région reste un acteur majeur des formations en santé. Mais elle n'a pas pris les mesures pour renforcer la proximité des formations IFAS sur les territoires, et les effectifs de formés chutent. L'évaluation renforcée de l'effort sur l'environnement des formations est couteuse pour les décideurs mais utile pour <i>améliorer la territorialisation</i> de l'offre. Les abandons en cours de formation sont en baisse grâce la mobilisation conjointe financeurs/ structures de formation Les stages en zone sous-dotées progressent.	L'accès au droit à la formation et le développement des passerelles s'améliorent. L'accompagnement individualisé dans les établissements lève les freins au départ en formation des agents. Le nombre de coordonnateurs et des maîtres de stage augmente, les apprenants poursuivent leur cursus.	Des interfaces de dialogue sont mis en place en FCTLV entre professionnels de santé et du numérique, facilitant les apports de la e-santé pour tous.	La formation continue est absente et payante. Les départs en formation sont impossibles en raison de l'absence de remplaçants.
Sous variable 4 : Gouvernance juridique, emplois et compétences				
	H1	H2	H3	H4
Tendance lourde : la déontologie au cœur des professions de santé (empathie, intérêt général + serment d'Hippocrate)				
Cadre juridique d'exercice des professions	On constate une évolution des « actes » des professionnels de santé freinée par l'immobilisme du cadre de responsabilités.	Le cadre de responsabilité est discuté et s'adapte à la marge, dans le respect de l'éthique en santé. Les possibilités de prescription évoluent.	La reconnaissance des missions partagées entre professionnels s'appuie sur un cadre juridique clarifié, éthique, respectueux des compétences.	La responsabilité médicale est un « alibi » à toute évolution des compétences et des emplois, empêchant la délégation des tâches et le partage des missions. La démographie médicale subit toujours une hausse des tensions entre territoires. C'est la concurrence entre collectivités pour attirer les professionnels et les disparités accrues entre territoires se font au profit des plus riches et au détriment de ceux souffrant déjà de désertification.

Rapports usagers/ acteurs : quelle tendance à la judiciarisation ?	Devant l'inadéquation des moyens face aux besoins, les grappes d'usagers s'organisent. Le « patient expert » formé mais n'est toujours pas reconnu.	Le « patient expert » joue un rôle d'interface utile entre l'utilisateur et le professionnel. Les tensions sont apaisées de « pairs à pairs ».	L'éducation thérapeutique, appuyée sur les « patients experts » reconnus et rémunérés, est développée. L'utilisateur a les moyens d'être acteur. La judiciarisation est contenue.	Les actions de groupe et les contentieux se développent au détriment des établissements, de l'État et de la Région.

5.4. Variable Innovations, numérique en santé et IA

5.4.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

La tendance au développement technologique et en particulierité de l'IA, intelligence artificielle, présente de fortes opportunités dans le domaine de la santé dans l'ensemble de ses dimensions prédictives comme curatives, en permettant le développement d'un large bouquet de services de E-santé, ou santé numérique, porteur d'espérance pour un meilleur accès de tous les Normands à la santé globale.

La rapidité vertigineuse du rythme de ces déploiements technologiques questionne pourtant sur la capacité que sauront déployer tous les acteurs, pouvoirs publics, professionnels, usagers, à maîtriser les conditions d'une E-santé éthique, équitable, responsable. Une interrogation légitime porte en effet sur la réalité du temps libéré pour les professionnels et sur la mise à profit de ce temps pour améliorer réellement la relation humaine avec l'utilisateur et la coordination de son parcours en santé. Il en est de même sur la potentielle segmentation entre usagers selon l'aptitude ou la volonté dont ils auront fait preuve de recourir à la E-santé ou de se conformer aux protocoles proposés.

Par ailleurs, le maintien de la souveraineté sur l'usage des données de santé, nouvel or-gris potentiellement sujet à des convoitises de la part de géants du numérique, sur la sécurité des systèmes, ainsi que sur la garantie d'une réelle équité pour tous de la fiabilité, de la qualité et de la pertinence des solutions proposées, représente un défi majeur.

Les questionnements relatifs aux innovations, numérique en santé et IA

INNOVATIONS, NUMERIQUE EN SANTE ET IA	
Innovations et développements technologiques - Opportunités en e-santé, maîtrisées, au service de l'humanité ?	
	Incertitude des progrès de l'IA - Quelle régulation pour une IA au service de tous ?
	E-santé au profit d'une santé populationnelle – médecine 5P - Leurre ou réalité ?
	Les DATA - Quel potentiel de « l'or gris » en santé ?
	La cybersécurité - Cadre indispensable à cette transition vers la e-santé ?
E-santé et sobriété environnementale - Quelle anticipation des risques par les pouvoirs publics ?	
	Régulation des effets environnementaux du développement de la e-santé - Anticipation des décideurs ?

	Usages de l'IA en santé, d'intérêt général - Quelle priorisation sur d'autres usages plus récréatifs/mercantiles ?
	Eco-conception des datacenters, ceux de santé en particulier - Application du principe ERC ?
	Citoyens et patients - Opportunités d'accès à la santé équitable pour tous ?
	Influence des usagers/citoyens - Quel poids dans la régulation de la e-santé ?
	Numérisation du système de santé - Les inégalités d'accès à la santé ?
	Usages numériques en santé « préventive » - Entre liberté et obligation ?
	Usages numériques en santé « prédictive » - Risques d'un « féodalisme » technologique ?
	E-santé et offre des professionnels de santé - Quel temps libéré pour quelles finalités ?
	Amélioration des conditions d'exercice des professionnels - Finalités du temps libéré ?
	Coordination des parcours de soins sur les territoires - Fluidité ou médecine à 2 vitesses ?
	Télésanté - Quel temps professionnel pour cet usage ?
	Formation - Quels moyens, et pour quelle coordination ?
	Gouvernance de la e-santé - Innovations « responsables » et « éthiques » ?
	Stratégies publiques d'accélération des innovations en santé numérique - Moyens et place de l'éthique ?
	Télé médecine et éthique - Quelle régulation ?
	Acceptabilité des innovations en e-santé - La e-santé éthique au service de la santé participative ?
	Acteurs mobilisés pour les innovations - Quelles motivations ?

5.4.2. Hypothèses relatives à Innovations, numérique en santé et IA

INNOVATIONS NUMERIQUE IA				
Sous variable 1 : Innovations et développements technologiques : opportunités maîtrisées ?				
	H1 Tendance	H2 La N ^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée	H4 Noir
Tendance lourde : ampleur de la révolution IA (1970-2017) / accélération depuis IA générative (2023) Fait avéré : IA est une formidable opportunité en santé (prévention, traitements, médicaments, robotique...)				
Incertitude des progrès de l'IA : quelle régulation pour IA au service de tous ?	La science probabiliste a fait d'énormes progrès. La régulation reste à la traîne, elle ne fait que « suivre ».	Chartes et régulation éthiques se maintiennent Les compétences humaines ont leur place dans le système « qualité ».	L'éthique est à la base de tous les progrès de l'IA.	Développement de l'IA sous le règne de la marchandisation.
E-santé au profit d'une santé populationnelle – médecine 5P : leurre ou réalité ?	L'IA « forte » a difficilement pénétré quelques domaines. L'IA « faible » reste le modèle dominant en santé, dans un cadre défini par l'homme.	Grâce à la télé médecine, l'accès aux soins est amélioré notamment dans les déserts médicaux. Les patients bénéficient de traitements mieux adaptés, plus efficaces, réduisant les effets secondaires grâce à l'apport du numérique en santé. Les erreurs	Des outils performants de suivi de la santé en continu sont mis en place au profit de la santé populationnelle.	Une E-santé à 2 vitesses, n'est disponible que pour les plus fortunés (services individualisés et payants, check-up à tarifs élevés).

		médicales et notamment les interactions médicamenteuses sont réduites.		
Les DATA : quel potentiel de « l'or gris » en santé ?	Les pouvoirs publics tentent de réguler le traitement de l'information. Le consentement est contraint et opaque	Le contrôle de la donnée par les acteurs de la santé protège les citoyens.	Si l'IA est totalement dominée par les GAFAM, qui détiennent le monopole des données, les personnels médicaux et para médicaux en maîtrisent l'usage. Les DATAS sont régulées, maîtrisées, y compris par les citoyens. Le consentement de ceux-ci est éclairé.	Les DATA sont concentrés entre les mains de quelques organismes lucratifs étrangers.
La cybersécurité : cadre indispensable à cette transition vers la e-santé ?	La cybersécurité n'a pas abouti en 2050. Black-out et cyberattaques continuent, avec des conséquences parfois moins problématiques car les data centers sont doublonnés.	Le stockage et la transmission de DATA sont sécurisés.	Le label « datacenter de santé » repose sur des technologies et une protection renforcées en termes de cybersécurité.	Les datacenters « low cost » sont vulnérables en raison de failles de sécurité. Ils n'ont pas de contraintes sécuritaires. Les groupes de hackers deviennent non maîtrisables. Des groupes terroristes prennent la main sur les infrastructures de santé. On assiste à une perte de contrôle potentielle sur les robots et les outils de santé.
Sous variable 2 : E-santé et sobriété environnementale : quelle anticipation des risques ?				
	H1	H2	H3	H4
Régulation des effets environnementaux du développement de la e-santé anticipation des décideurs ?	La recherche de solutions environnementales se poursuit sans mesures radicales, incitatives ou contraintes.	En termes de sobriété environnementales, de nouvelles possibilités moins gourmandes en énergie et en eau sont développées.	La balance environnementale de la e-santé, tend vers la neutralité. Les effets environnementaux régulés. Les datacenters visent à devenir neutres sur l'environnement. L'usage de l'IA est sanctuarisé au motif que la santé est un « bien commun ».	Les mesures des impacts environnementaux sont abandonnées.

Usages de l'IA en santé, d'intérêt vital : quelle priorisation sur les usages récréatifs ?	Il n'y a pas de priorisation entre les différents usages de l'IA.	L'évaluation des impacts IA selon les usages outille les décideurs dans leurs choix.	Les usagers sont incontournables dans les décisions et les évolutions et représentent un vrai lobby. Leur rôle se renforce. Le mutualisme est une force. L'IA est « sous contrôle » d'une validation humaine. Les usagers sont des consommateurs éclairés et acteurs de leur prévention.	L'e-santé devient un bien de consommation banalisée et non régulée.
Eco-conception des datacenters : application du principe ERC ?	On réutilise la production de chaleur.	De nouveaux modèles économiques en énergie voient le jour.	La balance environnementale de la e-santé, tend vers la neutralité. Les effets environnementaux régulés. Les datacenters visent à devenir neutres sur l'environnement. L'usage de l'IA est sanctuarisé au motif que la santé est un « bien commun ».	Dans une logique de recherche de profit, les services les plus rentables sont priorités sur ceux de la santé dans l'usage des data.
Sous variable 3 : Citoyens et patients : opportunités d'accès à la santé équitables pour tous ?				
	H1	H2	H3	H4
Influence des usagers : quel poids dans la régulation de la E-santé ?	Quelques grappes d'usagers agissent.	Les actions des usagers (juridiques, boycott...) se structurent. Le système de santé numérique leur est accessible. Les innovations sont conçues pour être accessibles et utilisables par tous. L'écoute des besoins est retenue. L'IA est « sous contrôle » d'une validation humaine. L'autonomie de choix d'utilisation de l'IA est laissée aux usagers.	Les usagers sont incontournables dans les décisions et les évolutions et représentent un vrai lobby.	Côté usagers, l'individualisme est sans limite. C'est l'échec du collectif. Les usagers n'ont aucune capacité à peser dans la régulation de la E-santé.
Numérisation du système de santé : des inégalités d'accès à la santé ?	C'est le temps de la personnalisation. La problématique de cumul des « éloignés » des usages du numérique et des « isolés » de l'accès physique au numérique s'est améliorée,	L'IA apporte la fluidité et dégage du temps pour le face à face avec les patients pour des soins plus personnalisés et plus humains. La répartition des tâches des soignants et la gestion RH sont facilitées. L'IA coordonne	Les usagers sont des consommateurs éclairés et acteurs de leur prévention.	C'est l'inégalité. La Santé est une « marchandise » comme une autre.

	uniquement là où l'« aller-vers » s'est développé.	et améliore le parcours des patients et optimise les soins. La télé santé est appropriée par les usagers. Les formations sont adaptées pour être accessibles tant par les professionnels que les usagers.		
Usages numériques en santé « préventive » : entre liberté et obligation ?	Les innovations se poursuivent.	L'aide à la recherche et à l'innovation est renforcée par les pouvoirs publics. Un conseil éthique européen est mis en place. L'appropriation des soignants et des usagers à la e-santé est accompagnée.	Le mutualisme est une force.	La prévention est discriminée, concentrée sur des segments réceptifs et rentables. Des « bonus-malus » comportementaux sont introduits pour discriminer l'accès aux soins.
Usages numériques en santé « prédictive » : risque d'un féodalisme technologique ?	L'IA est « sous contrôle » d'une validation humaine			Les médecins deviennent des vassaux de l'IA et les professionnels sont effacés par les machines. Sans contrôle par la validation humaine, la pertinence de la prédiction se monnaie. Il y a de gros risques pour la santé des usagers liés à l'absence de pertinence des décisions générées par une IA « médiocre ».
	L'IA est « sous contrôle » d'une validation humaine.	L'autonomie de choix d'utilisation de l'IA est laissée aux usagers.	L'IA est « sous contrôle » d'une validation humaine.	
Questions éthiques autour de la prévention : prédiction → prévention, peut-elle rendre l'utilisateur responsable de la survenue d'une pathologie pour laquelle il aurait refusé la prévention ?				
Sous-variable 4 : E-santé et offre des professionnels de santé : quel temps libéré pour quelles finalités ?				
	H1	H2	H3	H4
Amélioration des conditions d'exercice des professionnels : finalités du temps libéré ?	L'IA apporte des données factuelles en amont pour assister les diagnostics et alléger les professionnels.	L'IA apporte la fluidité et dégage du temps pour le face à face avec les patients pour des soins plus personnalisés et plus humains. La répartition des tâches des soignants et la gestion RH sont facilitées.	L'IA apporte l'assistance aux professionnels pour éviter les erreurs de diagnostic.	On assiste à une défiance des professionnels envers l'IA et la E-santé.

Coordination des parcours de soins des patients : fluidité ou médecine à 2 vitesses ?	L'IA est un outil de rationalisation des parcours (fluidité) L'errance diagnostic est évitée, ainsi que la redondance examen.	L'IA coordonne et améliore le parcours des patients et optimise les soins.	Davantage de soutien à la mise en place, à la régulation, et à la vigilance aux valeurs éthiques est inscrit dans les stratégies publiques.	C'est le règne de l'automatisation des soins en remplacement de l'humain : l'IA trace le parcours en assurant les pré diagnostics. L'ubérisation est la norme, la télésanté palie une carence.
Télésanté : quel temps professionnel pour cet usage ?	L'outil est utilisé par les professionnels, là où il existe un minimum de coordination territoriale des professionnels paramédicaux. Les usagers sont accompagnés par ces professionnels.	La télé santé est appropriée par les usagers.	La Région, financeur de la recherche publique, a su protéger les données publiques risquant d'être exploitées par les acteurs privés. L'ouverture aux compétences internationales reconnues est possible en termes de télémédecine. La transparence sur le service rendu par les innovations en e- santé facilite l'appropriation.	L'IA a fini par remplacer les généralistes. Les médecins sont des spécialistes.
Formation : quels moyens et pour quelle coordination ?	Les professionnels sont livrés à eux-mêmes. Il existe un « léger » soutien en termes de stratégies publiques. Il y a une logique de « réaction » face aux accélérations rapides, sans anticipation, ni « pro action », ni moyens de vigie.	Les formations sont adaptées pour être accessibles tant par les professionnels que les usagers	L'expérimentation et la duplication des modèles d'apprentissage permettent des progrès spectaculaires tant en recherche, d'autant que les chercheurs bénéficient de moyens, qu'en formation.	Il faut une formation minimum pour faire fonctionner le matériel.

Sous-variable 5 : Gouvernance de la e-santé : innovations responsables et éthiques ?				
	H1	H2	H3	H4
Les stratégies publiques d'accélération des innovations en santé	L'IA va vite, plus vite que les instances de régulation.	L'aide à la recherche et à l'innovation est renforcée par les pouvoirs publics.	Davantage de soutien à la mise en place, à la régulation et à la vigilance aux valeurs éthiques est inscrit dans les stratégies publiques.	En termes de stratégies publiques, il n'existe aucune règle. C'est la concentration du marché, les oligopoles établissent la gouvernance en lieu et place des stratégies publiques impuissantes.

Télémédecine et éthique : quelle régulation ?	On avance en marchant.	Un conseil éthique européen est mis en place.	L'ouverture aux compétences internationales reconnues est possible en termes de télémédecine.	La télémédecine échappe au contrôle européen. C'est le règne de l'automatisation des soins, de l'exploitation sauvage des données de santé.
Acceptabilité des innovations en e-santé : la e-santé éthique au service de la santé participative ?	Chacun fait comme il peut et comme il veut.	L'appropriation des soignants et des usagers à la e-santé est accompagnée	La transparence sur le service rendu par les innovations en e- santé facilite l'appropriation.	Une partie des usagers subissent une perte de chances en matière de santé, les soignants une perte de compétences.
Acteurs mobilisés pour les innovations : quelles motivations ?	Le soutien public des start-up agissant en santé (Fonds mutuelles) se poursuit.	Des investisseurs publics et privés soutiennent prioritairement la recherche en santé ce qui permet à terme de réduire les coûts.	L'Innovation en santé est développée au profit de la collectivité à l'international, grâce aux compétences, notamment normandes.	Le profit immédiat surexploite les implications en santé et dicte le sens des innovations en dehors de toute éthique. Règne alors une perte de pertinence dans les innovations santé pour l'utilisateur.

5.5. Variable Rapport au travail

5.5.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

L'impact du rapport au travail sur la santé des Normands durant la période de leur vie active, qu'ils soient en emploi ou éloignés de l'emploi, dépend de tout un ensemble de risques professionnels, physiques ou psychosociaux, et des modalités de prévention mises en place pour empêcher la survenue du risque ou limiter ses effets pour la santé. Il découle aussi des conditions de l'inclusion, du maintien ou du retour en emploi des personnes physiquement ou socialement vulnérables ou vieillissantes, présentant des fragilités de santé accrues.

Dans le contexte démographique normand de baisse et de vieillissement de la population et des actifs, et d'évolution progressive au fil du temps des constructions sociales autour du travail et des temps de vie, le marché du travail est soumis d'ici 2050 à de fortes tensions au recrutement qui touchent en premier lieu le secteur de la santé et du social. Parallèlement, des formes de travail davantage individualisées se sont développées, isolant parfois les actifs. Leur accès à la santé résultera de la façon dont la culture de la santé au travail sera prise en

compte par l'ensemble des acteurs normands, et de la capacité des individus à prendre une part active dans le dialogue social en général et dans les lieux de décision consacrés à la qualité de vie au travail et aux conditions de travail en particulier.

Les questionnements relatifs au rapport au travail

RAPPORT AU TRAVAIL	
Rapport au travail et santé - Constructions sociales autour du travail, source de bien-être ?	
	Rapport au travail et sens donné au travail - Nouveaux temps de vie, nouveaux sens et rapport au travail ?
	Évolution des formes de travail et des organisations (grandes ruptures tech/IA + écologie) - Nouveaux risques face à des transformations émergentes et anxiogènes ?
	Vulnérabilités au travail - Quelle inclusion des personnes vulnérables au travail ?
	Retour à l'emploi et actifs éloignés – Quelles améliorations ?
	Approche genrée santé au travail - Quelle approche des spécificités de genre ?
	Habitat et fonctionnalité des espaces - Multifonctionnalité des espaces et qualité de vie ?
Conditions de travail et santé au travail / risques professionnels - Lieu de travail, lieu de bonne santé en 2050 ?	
	Risques AT MP classiques - L'atténuation des spécificités normandes ? Quelle prévention en 2050 ?
	Risques psycho-sociaux élargis (rythmes, surcharge et pénibilité / suicide) - Des RPS mieux appréhendés ?
	Nouveaux risques/risques émergents
	– Violence des usagers - Vers un apaisement dans la relation professionnelle avec les clients/usagers ?
	– Climat - D'une logique d'exception à une approche structurelle des risques du climat sur la santé au travail ?
	Obligations des employeurs - De la QVCT à la QVST ?
	Médecine et inspection du travail - Les moyens au service du respect des exigences ?
	Actions de prévention - Effectivité de la prévention primaire, dans toutes les tailles d'entreprises ?
Processus RH - De la RSE à la « permaentreprise » ?	
	Management RH - Glissement de la santé au travail vers le « bien-être » et responsabilité de l'employeur ?
	Dialogue social - Lieu du dialogue et équité sectorielle et territoriale en QVCT ?
	Accompagnement des parcours professionnels – Des parcours en santé TLV ? Quelle prise en compte de l'âge et du vieillissement dans l'emploi ?
Gouvernance santé au travail - Vers une « culture de la santé » des actifs partagée par tous les acteurs ?	
	Ressources et équilibre de la branche AT MP - Résistance des partenaires sociaux et défense de la branche AT-MP ?
	Culture du risque - Connaissance et diffusion de l'information - D'une « culture du risque » vers une « culture de la santé » au travail ?
	Rôle de la Région au regard de ses compétences AT et développement économique – Quel conditionnement QVST des interventions de droit commun de la Région ?

5.5.2. Hypothèses relatives au rapport au travail

TRAVAIL				
Sous variable 1 : Conditions de travail et santé au travail				
	H1 Tendance	H2 La N ^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée	H4 Noir
Risques liés aux CT et organisations du travail (rythme, pénibilité...) Risques psycho-sociaux élargis (surcharge et pénibilité / suicide) Nouveaux risques - Violence des usagers - - Climat	De grandes disparités de situations existent entre les lieux de travail et perdurent en 2050. Dans nombre de cas, la QVST est une mystification-menterie La prévention ne progresse pas.	Les accidents du travail, maladies professionnelles, Troubles Musculo Squelettique (TMS) notamment pour certaines catégories ont fait l'objet d'une attention particulière.	La prise en compte de la santé globale a eu des incidences sur la qualité de la santé au travail. La défense de la branche Accident du travail (AT)/Maladie Professionnelle (MP) a permis d'assurer sa pérennité, un temps menacée dans les décennies précédentes. La reconnaissance réelle des suicides liés aux situation de travail est appliquée. La pénibilité au travail est prise en compte. La prévention primaire, dans toutes les tailles d'entreprises, est devenue effective.	Pour réduire les cotisations sociales (ou suite à conflit armé), pour redonner des marges aux employeurs et du pouvoir d'achat aux salariés, l'assurance maladie est progressivement supprimée entre 3035 et 2040. Le système de santé s'effondre. Par la suppression de la fonction publique et du statut fonctionnaire protecteur, les services publics disparaissent : tout le système de santé est privatisé. Avec une exigence de productivité accrue, l'augmentation des rythmes et leurs effets sur la santé, notamment pour les métiers les plus pénibles (GC).
	Les relations avec les clients sont source de stress, notamment pour les professionnels de santé face aux usagers mécontents. Les différences entre public et privé se sont accentuées, et les pénuries de moyens récurrentes, notamment dans les services publics ou délégués, ont amplifié la maltraitance institutionnelle.	Les Risques Psycho-sociaux (RPS) sont réduits grâce à une meilleure prévention. Les actifs sont accompagnés dans leurs droits à la reconnaissance en maladies professionnelles. Il y a une meilleure intégration des risques environnementaux aux risques professionnels.	L'observation des Risques Psychosociaux (RPS) a été améliorée dans tous les secteurs et a permis la mise en place d'actions correctives. La Responsabilité Sociale des Entreprises est une réalité prise en compte.	Certains professionnels désertent leur poste (AP). Les AT MP RPS, du mal-être au travail explosent.
Obligations des employeurs Médecine et inspection du travail	L'obligation des employeurs est de réduire, prévenir et éviter les risques basiques pour améliorer les conditions de travail. La pénurie de moyens et de personnels en médecine du travail perdure. Les RPS sont toujours les plus difficiles à éviter.	On passe de la QVCT Qualité de Vie et Conditions de Travail à la QVST Qualité de Vie et Santé au Travail.	Les citoyens réclament de maintenir des exigences élevées. Les indépendants bénéficient d'un suivi médical au travail. La répartition des médecins sur le territoire est effective, le temps médical mis à disposition des usagers également.	Les employeurs laissent s'installer la dégradation de la santé, notamment la santé mentale, en raison d'un stress excessif. Avec la disparition de l'inspection du travail, de la médecine du travail de la médecine de prévention, et de la répression des fraudes les problématiques de santé au travail explosent.

Actions de prévention	Soutenues par la CARSAT et l'ARACT, les actions de prévention restent concentrées sur les risques professionnels classiques Accidents du travail/Maladies Professionnelles.	L'écart entre les niveaux de réglementations et d'obligations légales (Document Unique d'Evaluation des Risques Psychosociaux DUERP) persiste selon la taille des entreprises. Des règles nouvelles s'imposent tant dans le public que le privé. En 2050, la prévention des risques en santé au travail a progressé pour tous les types de risques et quelle que soit la taille des entreprises. Les mesures continues ont amélioré les conditions de travail ceci en passant par le respect de l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle.	De nouveaux emplois ont vu le jour autour de la prévention SST + QVST La santé au travail s'améliore comme la santé globale des Normands Les formations à la prévention et aux premiers secours en santé mentale sont systématisées. En matière de médecine du travail, les agents du service public ont les mêmes droits que les salariés du secteur privé.	Aucune action de prévention n'est déployée.
	Les difficultés dans les TPE PME persistent, ainsi que pour les salariés en intérim.			
	La responsabilité des donneurs d'ordres d'accompagner les sous-traitants, souvent sur les métiers les plus exposés, s'exerce diversement et difficilement.			
Sous-variable 2 : Rapport au travail et santé				
	H1	H2	H3	H4
	Tendance lourde : baisse de la population active et tensions au niveau du recrutement Rupture avérée : prévalence de recherche d'équilibre vie privée/vie professionnelle			
Rapport au travail et sens donné au travail	Avec la perte de sens donné au travail : Le « quiet quitting » ou le sens du minimum, est adopté pour l'équilibre de vie.	Les conditions de travail des personnels de santé se sont améliorées et permettent de meilleures conditions d'emploi et plus largement de vie.	Malgré un investissement au travail de plus en plus individualisé, des mesures ont été prises pour éviter l'isolement des actifs. La reconnaissance du travail est effective. Les revenus du travail permettent des conditions de vie décentes.	Les logiques comptable (privé et public) priment Les crises économiques anxiogènes se succèdent, les conditions de travail se détériorent.
Evolution des formes de travail et des	Automatisation avec disparition du libre arbitre, auto-entrepreneuriat et individualisation augmentent le sentiment de dépendance au travail	Des mouvements sur la santé au travail se diffusent pour lui donner du sens. Des initiatives ont été trouvées telles que l'entreprise à missions,	Les objectifs du Développement Durable sont intégrés. Les formes de travail évoluent vers la « Permaentreprise ¹⁴ » Les conditions de travail et	Le recul des qualifications professionnelles avec l'éducation et la formation payantes, accroît la précarisation.

¹⁴ La permaentreprise est définie comme un modèle d'entreprise économiquement viable pour un futur viable, où le développement associe les enjeux des 3 piliers économiques, sociaux et environnementaux. Elle incarne sous un autre nom les bases de la RSE responsabilité sociétale des entreprises, en associant 3 notions :

- prendre soin des humains, au regard de l'employabilité des salariés, leur bien-être physique et mental, la réduction des écarts de salaires, un management plus horizontal,
- préserver la planète en ayant une contribution nette positive sur les émissions de GES, et fixer des limites, partager plus équitablement les richesses entre actionnaires, salariés et société civile.

	et la charge mentale augmente. Les ruptures liées à l'IA ne sont pas préparées, sont anxiogènes et provoquent des troubles de santé. Les relations avec les clients sont source de stress, notamment pour les professionnels de santé face aux usagers mécontents. Les différences entre public et privé se sont accentuées et les pénuries de moyens récurrentes, notamment dans les services publics ou délégués, ont amplifié la maltraitance institutionnelle.	l'auto-organisation en équipe. L'IA et le numérique sont utilisés pour les tâches répétitives et/ou pénibles et deviennent moins anxiogènes. Les mouvements de permaentreprise sur le pilier santé au travail se diffusent. Les incidences de l'intégration du numérique dans les nouvelles formes et organisations du travail (ubérisation, télétravail, plateformes) d'évaluation et l'impact réel sur les conditions de travail et la santé des actifs a été atténué. L'irruption de l'IA et ses effets anxiogènes ont été réduits au cours des précédentes décennies et les nouvelles vulnérabilités engendrées ont été accompagnées.	l'inclusion sont adaptées selon les besoins individualisés (notamment le handicap). La situation des salariés tout au long de la vie professionnelle est prise en compte (dont les jeunes et les personnes en fin de carrière).	Le nivellement des salaires par le bas succède à l'effet d'aubaine de suppression des cotisations sociales. Avec l'individualisation totale des rapports au travail, les violences entre travailleurs apparaissent en raison des mises en concurrence. La flexibilité est la norme, la notion de pénibilité au travail est volontairement gommée. Le salariat décline au profit de l'auto-entrepreneuriat, de l'ubérisation et des situations précaires : c'est la fin du suivi médical au travail. La dépendance devient anxiogène. L'IA dirige le monde du travail.
Vulnérabilités au travail : quelle inclusion de tous dans 25 ans ?	L'inclusion dans les rapports sociaux et dans le travail a progressé lentement, dans toutes les situations de vulnérabilité (handicap, monoparentalité, ruptures de parcours) et face à tous types de discriminations et violences... Les retraités sont impliqués dans la vie en société et maintiennent leur état de santé.	Les aidants sont accompagnés dans leurs choix de vie. Autant les hommes que les femmes peuvent interrompre leurs parcours professionnels sans incidence sur leur carrière.	La rémunération des aidants est prise en compte. L'implication des retraités actifs dans la vie de la société est valorisée. Les espaces sont co-construits avec les salariés.	Le chacun pour soi est devenu une réalité. Les vulnérabilités ne sont pas prises en compte. Aucune facilité n'est accordée aux aidants.
Retour à l'emploi et actifs éloignés	Le relais est pris par les entreprises d'insertion avec un processus d'amélioration de santé.	Le retour au travail et ses difficultés, après une sédentarisation (pour raisons de santé ...), est accompagné car considéré comme salubre.	L'implication des retraités actifs dans la vie de la société est valorisée. Les espaces sont co-construits avec les salariés.	Les éloignés de l'emploi et les actifs sont surpressurés, ce qui dégrade les conditions de santé.

Approche genrée santé et travail	La prise en compte est lente.	Les périodes de menstruation sont prises en compte.		Pas de politique genrée
Habitat et fonctionnalité des espaces	La mono-fonctionnalité des espaces perdure. L'espace de travail diminue pour augmenter la rentabilité.			La distance lieu d'habitat et travail continue à s'accroître Aucun employé n'a d'espace personnel.
Sous-variable 3 : Processus RH				
	H1	H2	H3	H4
Management RH	La GEPP s'est imposée. Il existe une amplification de l'individualisation des rapports au travail qui augmentent les RPS.	Le management a complètement intégré la prévention.	Le rôle des préventeurs dans l'organisation au travail est consacré.	Le management autoritaire prime.
Dialogue social	Malgré l'accentuation de la dérégulation avec la fin des CHS, les partenaires sociaux font de la résistance. La situation se dégrade en termes de conditions de travail.	Les partenaires sociaux ont œuvré pour limiter de fortes disparités territoriales et sectorielles en termes de QVCT.	En 2050, la baisse du nombre des actifs a incité les employeurs à favoriser l'accès à une qualité de vie au travail et le dialogue social est dynamique. En ce qui concerne les plus petites entreprises, elles sont accompagnées par des mesures spécifiques qui permettent de nuancer les pratiques afin de consacrer une équité de traitement pour les travailleurs.	Le dialogue social n'existe plus.

Accompagnement des parcours professionnels TLV	Tendance lourde à 2050 : allongement du temps en activité et vieillissement des actifs			
	Les difficultés du vieillessement en emploi persistantes (fins de carrière).	Un accompagnement individualisé des parcours « santé » tout au long de la vie professionnelle et d'activités de tutorat en fin de carrière est proposé.	Des assurances prévoyance sont obligatoires en plus de celles de base.	Il n'existe que des perspectives médiocres sur les accompagnements santé.
Sous-variable 4 : Gouvernance santé au travail				
	H1	H2	H3	H4
Ressources et équilibre de la branche AT MP	Les arbitrages financiers conduisent à la ponction des excédents de la branche AT MP contre la volonté des partenaires sociaux.	L'affectation des excédents de la branche AT/MP, au renforcement de la prévention, fait diminuer les risques professionnels.		Corolaire de la faillite du système de santé, les prises en charge de la santé au travail baissent drastiquement.
Culture du risque Connaissance et diffusion de l'information	La culture du risque professionnel n'est pas ancrée. Il n'y a pas de culture santé au travail.	Les obligations sont renforcées pour l'intérim « itinérant » et la sous-traitance.	On passe d'une culture du risque professionnel à une culture santé au travail. Le processus est partagé.	Le travail n'est plus « à risque » : juridiquement tous les risques au travail sont remis en cause.
Rôle de la Région au regard de ses compétences Aménagement du Territoire et Développement Economique		Le concept d'aides aux entreprises et la culture santé/bien-être au travail se développent. Des socio-conditionnalités apparaissent dans les cahiers de charges. Les déplacements sont facilités.	La Région est moteur de la QVST au travail dans le cadre des actions de formation tout au long de la vie.	La Région ne peut mettre en place un système compensatoire d'assurance santé.

5.6. Variable Ecosystème économique de la santé

5.6.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

Le poids de la filière économique en santé et santé numérique et de l'industrie pharmaceutique est important en Normandie, et peut constituer un facteur d'attractivité économique du territoire. Pour autant, l'écosystème du médicament et de l'offre de services et produits de santé répond à des logiques économiques relevant davantage de l'échelle nationale et internationale, qu'il s'agisse de la souveraineté en matière de disponibilité de l'offre, en quantité et en qualité, et de la maîtrise des coûts, ainsi que de la logique de fixation des prix qui entre en résonance avec le système de couverture sociale spécifique à la France.

La posture des acteurs locaux, est toutefois importante en matière de recherche et de transfert de technologie. Leur veille et leur connaissance de l'émergence des atouts normands, l'accompagnement et leur soutien aux projets, pèsent sur le maintien de la souveraineté globale de l'offre et des capacités de développement de la filière dont les avancées bénéficient aux Normands, même indirectement.

Outre la privatisation des établissements de santé et d'accueil, la tendance à la financiarisation de l'offre de santé se déploie dans de nombreux secteurs, via des rachats d'établissements ou de service par des investisseurs privés, dont des fonds de pension de plus en plus présents, dans une logique de rentabilité et de profit, d'autant plus opportunément que le marché s'étend largement avec le vieillissement de la population. Dans ce contexte, il s'agit d'interpeller la capacité des pouvoirs publics, nationaux et régionaux associés dans la gouvernance en santé, à s'organiser pour définir une politique d'adaptation au vieillissement, et à peser sur les choix de régulation à opérer sur la filière dont le modèle économique est alimenté par le financement public de couverture du risque santé et dépendance.

Les questionnements relatifs à l'écosystème économique de la santé

ECOSYSTEME ÉCONOMIQUE DE LA SANTE	
Filière normande en santé et en santé numérique - Un atout pour l'accès à la santé des Normands ?	
	Innovations et développements technologiques en santé et en e-santé - Un vrai écosystème recherche/économie et la valorisation de la recherche ?
	Rôle de la Région et autres financeurs publics/privés dans le soutien à la filière - Veille et connaissance de l'émergence des atouts normands ?
	Garantie du caractère « éthique » des investissements - Motivations pour la mobilisation des acteurs ?
Industrie du médicament - Quelle souveraineté dans la disponibilité de l'offre à des coûts maîtrisés ?	
	Attractivité du secteur, porteuse pour toutes les professions de santé
	Souveraineté dans la disponibilité de l'offre, à des coûts maîtrisés - Quel rôle des pouvoirs publics dans la maîtrise des prix du médicaments et du matériel médical ?
	Avance possible en matière de santé populationnelle en Normandie ?
Financiarisation du système de santé - Quelle observation pour comprendre et anticiper les risques ?	
	Acceptabilité et régulation ? Quel rôle des pouvoirs publics ? Des Régions ?
Economie du vieillissement - Quelle place public/privé dans l'économie de la longévité ?	
	La prévention et les politiques d'adaptation au vieillissement - Quel positionnement affirmé ?
	Les offres de service aux PA - Quelle éthique et quelle bienveillance ? Quelle territorialisation ?
	Contribution à la vie économique - Reconnaissance du poids des seniors et lutte contre l'âgisme ?

5.6.2. Hypothèses relatives à l'écosystème économique de la santé

ECONOMIE				
Sous-variable 1 : Filière normande en santé et en santé numérique : un atout pour l'accès à la santé des Normands ?				
	H1 Tendance	H2 La N ^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée	H4 Noir
Tendance lourde : poursuite de la mondialisation, sous ses différentes formes (du libéralisme au mercantilisme)				
Innovations et développements technologiques en santé et en e-santé : vers un écosystème recherche/Industrie ?	La recherche fondamentale existe en Normandie. Des pépites émergent régulièrement. La Région a maintenu son fonds régional de soutien aux start-up, elles sont repérées et suivies. Mais les start up sont absorbées régulièrement par des capitaux étrangers. La recherche appliquée est soumise aux aléas économiques internationaux.	L'articulation recherche fondamentale / appliquée, valorisation et industrialisation fonctionne en synergie en Normandie.	La souveraineté de l'offre est devenue un critère de gestion du médicament. La maîtrise des coûts n'est pas assurée et se fait au détriment de la souveraineté.	Une forme de désillusion heureuse s'est installée dans la population. La Recherche a quitté la Normandie. On subit les décisions des grands groupes internationaux. Les unités de production ont quitté la Normandie et ont été délocalisées. L'impact est direct sur les pénuries dans un contexte concurrentiel exacerbé. La Normandie qui était bien placée, a perdu tous ses atouts. Le développement de l'IA sans régulation entraîne également une concentration industrielle renforçant l'isolement de la Normandie.

Rôle de la Région et autres financeurs publics/privés dans le soutien à la filière : veille et connaissance de l'émergence des atouts normands ?	Les aléas géopolitiques ont provoqué une prise de conscience de protection économique en France et en Normandie mais hors de toute logique européenne. L'Etat et la Région ont mis en place des outils économiques et financiers pour intervenir et garantir le maintien sur le territoire d'innovations et de développements technologiques. Mais la réindustrialisation est encore attendue ou timide, son acceptabilité par la population reste parfois difficile. La Région accompagne les projets locaux de santé et les pôles de santé.	L'UE est le véritable chef de file d'une politique de maintien des industries stratégiques dont celle des innovations et de développements technologiques en santé et en e-santé. Se sont conjuguées des interventions de la Région et de l'État. La Normandie est repérée comme territoire d'innovation technologique et industrielle.	État, Région et professionnels animent le réseau des acteurs privés et publics qui s'engagent en faveur d'investissements d'intérêt général.	Les déclarations de protection des innovations sont restées velleitaires. Les acteurs publics restent dispersés et impuissants face aux acteurs industriels internationaux. La Normandie a vu disparaître au fil des années les établissements de production et de recherche privés. Les orientations politiques de la Région dans le domaine de la recherche fondamentale et de la formation-qualification se poursuivent mais sans assise industrielle de proximité. Au fil de l'eau, l'université est déconnectée du tissu industriel et le terreau de formation se trouve asséché par le départ des étudiants vers des établissements plus attractifs dans d'autres régions françaises ou à l'international. Ceci est renforcé par la frilosité de l'université avec le secteur privé.

Garantie du caractère « éthique » des investissements Quelles motivations pour la mobilisation des acteurs ?	A l'image du soutien par le CESER de Normandie sur les centres anticancéreux, les projets d'innovations les plus emblématiques sont mis en valeur et soutenus par la Région.	Les investissements soutenus par l'intervention publique ont un caractère éthique certain. C'est d'autant plus crédible que l'Etat en région et la Région animent le réseau des acteurs de concert : hôpitaux, professions médicales et paramédicales, industrie pharmaceutique et numérique notamment. Laboratoires privés et publics collaborent.	L'industrie pharmaceutique qui était jadis installée sur le territoire européen est partie vers les USA, la Chine et l'Inde. L'Europe et la France ont exprimé le choix d'une politique de souveraineté volontariste à la fin des années 2030 et parviennent à modifier les stratégies de l'industrie pharmaceutique des médicaments autrefois fabriqués sur le continent européen, et, sont à nouveau européens, au prix de conflits majeurs devant les tribunaux. C'est à ce prix que la régulation s'est construite.	L'intervention publique est réduite à du sauvetage de dernière minute en fonction de la pression des marchés. Après une période d'ambivalence autour du « besoin » d'éthique, il a été considéré que le recours à l'éthique produit des effets délétères et nuit objectivement à la création d'emplois. Le caractère éthique des investissements est très relatif. La corruption et la contrebande se développent.
Sous-variable 2 : Industrie du médicament				
	H1	H2	H3	H4
Constat : l'échelle de traitement des pénuries de médicaments n'est pas régionale mais internationale, <i>a minima</i> européenne				
Attractivité du secteur, favorable à l'économie régionale	La recherche d'une industrie forte, satisfaisante pour l'économie et l'attractivité de la région, est contradictoire avec une nécessaire maîtrise de la consommation. Le conditionnement n'a pas évolué et constitue un vecteur de consommation non contrôlée.			La surconsommation de médicaments se poursuit. Les pénuries de médicaments sont subies et la Normandie est impuissante pour réagir efficacement. L'attractivité du secteur est d'autant plus mise en cause que le vieillissement accéléré de la population fait qu'on manque de bras.

Souveraineté dans la disponibilité de l'offre, à des coûts maîtrisés : quel rôle des pouvoirs publics dans la maîtrise des prix du médicament et du matériel médical ?	La disponibilité de l'offre dépend essentiellement de l'industrie internationale du médicament.	La souveraineté de l'offre est devenue un critère de gestion du médicament.		La recherche de la « souveraineté » reste du registre du « discours ».
	Les coûts ne sont que très partiellement maîtrisés. L'incidence des prises en charge à 100% n'a pas été évaluée.	L'échelle de traitement des pénuries de médicaments n'est pas régionale mais internationale, a minima européenne. La souveraineté de l'offre est devenue un critère de gestion du médicament. Les coûts sont la variable d'ajustement. La maîtrise des coûts est négociée avec l'industrie du médicament.	Les crises internationales, les impacts sur la crise institutionnelle de l'Union Européenne, ont eu raison sur la capacité européenne d'une souveraineté numérique. « L'accord » de 2025 entre l'Union Européenne et les Etats-Unis laissant sous silence les services numériques assurés par les GAFAM, réduit à néant toute velléité de sursaut économique de l'Europe en la matière. Désormais, deux Etats-continentaux, dominant le numérique et par conséquent l'IA, les USA et la Chine. Si l'IA est réellement présente dans le système de soins, la dépendance au numérique rend vulnérables les pays européens vis-à-vis des GAFAM de plus en plus autonomes malgré des tentatives épisodiques de contrôle.	Le marché international dicte les coûts et la répartition des stocks à l'échelle planétaire. Il y a une gestion permanente des pénuries de médicament. On a des actes de piraterie en contexte de crise. Un marché noir du médicament se développe par le canal d'un marché sur le <i>dark web</i> avec la multiplication de la corruption et des risques économiques afférents à la mainmise de réseaux maffieux sur l'offre de santé. L'assurance maladie ne peut suivre l'inflation probable des prix du médicament, aucune réforme de la vente au détail des médicaments n'ayant pu être introduite à temps. Le système de santé français est remis en cause.

Avance possible en matière de santé populationnelle en Normandie	Les pratiques de surconsommation de médicament restent la règle chez les usagers. Les addictions médicamenteuses perdurent.	La prévention prend plus de place dans les parcours. Le médicament, bien que toujours présent, a une place relative en quantité et en coût.	Les prescripteurs s'acculturent et les patients adhèrent à la pertinence des prescriptions.	La prévention reste la portion congrue de la médecine et du soin. La surconsommation de médicaments, et son corollaire leur prescription, est la norme absolue. Le mécanisme des « franchises » à charge des patients est inefficace en termes de santé publique. Les inégalités sociales s'accroissent concernant les recours aux technologies au service de la santé (imagerie, analyse biologique, chirurgie).
Sous-variable 3 : Approche économique Financiarisation du système de santé				
	H1	H2	H3	H4
Acceptabilité ?	La financiarisation se développe au fil de l'eau via des offres de rachat offensives d'établissements de soins, de centres d'imagerie, de laboratoires d'analyse, émanant de groupes financiers privés, souvent des fonds de pension et financements étrangers.			Seuls les financements privés interviennent. L'offre de soins se restreint dangereusement par effet mécanique.

Régulation ou laisser faire ? Quel rôle des pouvoirs publics ? des Régions ?	Le marché est partiellement régulé. Seule la judiciarisation croissante fait office de régulateur. Les pouvoirs publics, conscients des problèmes posés par la financiarisation, ne sont pourtant pas outillés face aux subtilités des montages financiers pour les déjouer.	On assiste à des locations ventes des investissements pour contrer la financiarisation. Le marché est régulé sur l'ensemble des médicaments.	Les pouvoirs publics et en premier lieu, le Conseil Régional de Normandie, mobilisent le système de santé et de soins pour accompagner les salariés des grands chantiers nucléaires (EPR de Penly, centrale de retraitement de Beaumont Hague). C'est au total l'arrivée de quelques milliers de salariés sur ces deux territoires qui impactent directement l'accès à la prévention et aux soins, après avoir constaté un sous-dimensionnement des infrastructures et des personnels de soin dans les années 2025.	En l'absence de régulation mise en place à temps pour encadrer le phénomène, le marché est totalement dérégulé.
Sous-variable 4 : Economie du vieillissement				
	H1	H2	H3	H4
Prévention et politiques d'adaptation au vieillissement ?	Ni l'Etat, ni le Conseil régional n'ont pris en compte les enjeux du bouleversement démographique que pose le vieillissement de la population dont l'augmentation sans précédent des personnes de plus de 75 ans. En conséquence, les pouvoirs publics n'anticipent pas et ne définissent que des politiques publiques timides et plus au coup par coup que pérennes.	Une forme de service public se développe en direction des personnes âgées spécifiquement. Mais n'a pas d'effet sur le système de santé et de soins.	Le financement de la dépendance est partagé entre la solidarité collective interventionnelle (impôt, financement de l'assurance maladie, participation des OCAM, etc.) et les personnes âgées elles-mêmes (lorsqu'elles disposent de revenus suffisants).	Le virage de la prévention est manqué pour toute la population. C'est la marchandisation de la vieillesse. Les vieux riches, socialement ou culturellement favorisés, ont un carnet d'adresses et se soignent. Les pauvres subissent et décèdent 10 à 15 ans avant les plus aisés. Globalement l'espérance de vie diminue.

Contribution à la vie économique	L'âgisme est un sentiment qui demeure ancré dans les consciences.	L'investissement individuel est modulé par les revenus de chacun et les assurances personnelles. La générosité des Normands reste importante au travers de leurs dons. La solidarité s'organise autour d'associations reconnues d'utilité publique dont les ressources sont pérennisées. Elles facilitent l'investissement familial ou celui des quartiers repérés pour héberger les personnes les plus démunies. Des dispositifs permettent aux actifs des « congés aidance » pour venir en aide à leurs familles.	La financiarisation du secteur de la santé (pharmacie, groupes) a été contré.	Un indicateur alternatif mesurant l'apport des seniors à la richesse nationale a été mis en place.

5.7. Variable Gouvernance en santé

5.7.1. Dynamiques, tendances et ruptures principales

À l'échelle nationale et européenne, le contexte de pression budgétaire exercée sur la réduction des dépenses publiques s'impose aux dépenses sociales et peut impacter l'équilibre économique du système de protection sociale et le modèle de couverture sociale actuel, qui fait face par ailleurs à des besoins qui vont aller croissant avec le vieillissement de la population, ainsi que la prévalence des pathologies lourdes et des affections chroniques notamment en Normandie.

Pour parvenir à maintenir et faire progresser l'accès équitable de tous à la santé sur l'ensemble du territoire régional, la question des marges de manœuvre des pouvoirs publics se pose, aux différents échelons : national, avec un État qui pèse sur la gouvernance financière du système de santé, mais qui n'a pas montré jusqu'alors sa capacité à résoudre les difficultés d'accès à la santé, et local car la demande qui s'exprime sur le territoire, tant des citoyens que des élus, appelle des réponses de proximité.

Les pouvoirs publics doivent par ailleurs composer avec les acteurs professionnels de l'offre de santé et de soins et les usagers en santé, auxquels il est demandé d'être acteur de leur propre santé. Le constat d'une société favorisant le fonctionnement en grappes d'individus réunis autour de caractéristiques communes qui se constituent au gré d'intérêts ou des vulnérabilités partagés, même si elles sont souvent éphémères, est toujours vrai. Ces

situations sont même exacerbées par rapport à la notion décrite en 2017 dans l'étude prospective Normandie 2040. Aussi, le degré plus ou moins fort en 2050 d'acceptabilité sociétale (collective) ou sociale (individuelle) de telle ou telle situation, de l'injonction à être acteur de sa santé sans en avoir toujours les moyens, pourront provoquer des télescopages entre acteurs, selon les intérêts divergents des grappes d'individus plus ou moins organisés, ou de lobbies financiers ou professionnels. Se pose alors la question des moyens à disposition des décideurs et des marges d'autonomie des usagers, dont la place accordée à la prévention en santé.

Un des risques forts en 2050 est de ne plus rien maîtriser tant les phénomènes de grappes rendront illisibles les prévisions et anticipations.

Les questionnements relatifs à la gouvernance en santé

GOUVERNANCE	
Gouvernance globale de santé et de soin - Qui fait quoi et quelles modalités d'organisation des compétences en santé ?	
	Centralisation des politiques de santé - Quelle évolution du système ?
	La place des collectivités territoriales - Quel rôle dans le défi du meilleur accès à « santé » ?
	L'évolution du système de santé - La part public/privé ? Quelles évolutions ?
	Place des usagers et pouvoir des citoyens – L'utilisateur « acteur » de sa santé ? Poids des grappes informelles ?
Capacités financières de mise en œuvre des politiques publiques et Financement du système de santé – D'où proviennent les ressources du système de santé ?	
	Contexte européen – Quelles règles en matière de déficits publics ?
	Organisation du financement de la politique de santé – Comment financer l'accès à la santé ? Qui, comment ?
	Modèle de couverture du risque santé - Quels choix nationaux en termes de socialisation du risque ?
	Tarification des actes des professionnels
	Financiarisation du système de l'offre de santé - Acceptabilité et régulation ?
Organisation territoriale en santé et accès aux soins – Quelles modalités et quels acteurs ?	
	Proximité et parcours de soins des usagers - Consécration des territoires, espérance dans la santé de proximité ?
	Coordination de l'offre en proximité - L'efficacité des collectifs territoriaux ?
	Moyens au service de la territorialisation - Quel rattrapage en Normandie ? Quel équilibre entre territoires ?
Place de la prévention – Vers un réel continuum des parcours santé de tous ?	
	Usagers et prévention - Vers un réel continuum des parcours santé pour tous ?
	Financement de la prévention - À la hauteur des enjeux de bascule du système ?
Place du médicosocial et des publics vulnérables - Garantir leur accès à la santé, pour tous publics ?	

5.7.2. Hypothèses relatives à la Gouvernance

GOUVERNANCE				
Sous-variable 1 : Gouvernance globale du système de santé : qui fait quoi ?				
	H1 Tendance	H2 La N ^{die} se confronte aux défis	H3 Proximité renforcée	H4 Noir
Centralisation des politiques de santé : quelle évolution du système ?	Statut quo, l'Etat garde la main sur les politiques de santé et de soins Les collectivités territoriales sont les cautions d'un partenariat local.	Un épisode accru de déconcentration de l'Etat vers les collectivités territoriales permet une plus grande proximité entre les usagers, les professionnels et les dispositifs de santé.	De nouvelles phases de décentralisation ont donné à la Région le rôle de coordinateur des différents intervenants en matière de santé.	L'Etat s'enfoncé dans la dette publique, les moyens financiers se réduisent, les soins se dégradent. On assiste à la suppression de la souveraineté de chaque pays et le nivellement par le bas par l'Etat.
		Un travail d'évaluation des politiques publiques a été un moyen de garantir l'utilisation optimale des ressources et d'éclairer la décision.	Duo citoyens/élus territoriaux. Notion de « développement social local » avec la formation des élus au rôle d'animation du territoire C'est la Région qui porte l'organisation des concertations.	Les collectivités territoriales sont sans moyens et capacités d'intervention. La sécurité sociale est supprimée.
La place des collectivités territoriale : Quel rôle dans le défi du meilleur accès à « santé » ?	EPCI et Région « montent » en puissance, notamment sur leurs compétences de gestion .	Des intercommunalités fusionnent sur des mutualisations thématiques sont portées par l'animation de la Région.	Les initiatives citoyennes animent le territoire. Des parcours articulés entre hôpitaux spécialisés, domicile et hôpitaux de proximité avec une coordination territoriale se systématisent.	Suppression des Départements.
		Les collectivités deviennent inventives et légitimées dans l'observation des besoins, dans le rôle/compétence d'animation et dans la coordination des acteurs.		

Système de santé : quelles évolutions ?	La part du privé lucratif se développe insidieusement dans le sanitaire, le médico technique et le médico-social sans un vrai contrôle de l'État ; un système de soins à 2 vitesses s'inscrit progressivement dans le paysage sans débat collectif.	La part du privé se développe sur certaines parties du système, les plus lucratives.	La part privée du système est contrôlée et doit accepter quelques contraintes (permanence des soins notamment)	Le système d'assurance et de soins est totalement privatisé. Un système à deux vitesses est installé dans le paysage. La prévention recule. Les listes d'attente s'allongent et les pertes de chance sont fortes. C'est le règne des lobbies.
Place des usagers et pouvoir des citoyens : l'usager acteur de sa santé ? poids des grappes informelles ?	Les usagers, petit à petit, prennent une place de mieux en mieux reconnue, au sein de l'ARS mais seulement de l'ARS. La CRSA lieu de rencontre « organisé » des acteurs santé, limitée par les décisions ministérielles appliquées par les ARS et la non-implication des collectivités reste une instance « alibi » de démocratie sanitaire en raison de la faible prise en compte de la parole de l'usager. Faute d'être entendus, les usagers ne peuvent s'exprimer.	L'ESS trouve la voie pour mobiliser les jeunes générations à s'impliquer dans la gouvernance en santé.		Sans moyens, l'humain prend le pouvoir et s'auto-organise : le poids des « grappes » est important.
			Le patient partenaire : participation à la gouvernance des établissements et aux décisions partagées. La pair-aidance et les experts d'usage se développent	La démocratie sociale est ignorée des pouvoirs publics. Les usagers sont otages de la financiarisation de la santé.
Sous-variable 2 : Capacités financières de mise en œuvre des politiques publiques et financement du système de santé : d'où proviennent les ressources du système de santé ?				
	H1	H2	H3	H4
Contexte européen	Le C'est le statut quo, l'Etat garde la main sur les politiques de santé et de soins.	Les conséquences de l'évolution du poids des contraintes de réduction des déficits sur les dépenses sociales et le système de santé modifient le modèle.		On assiste à la suppression de la souveraineté de chaque pays et le

	Les collectivités territoriales sont les cautions d'un partenariat local.	Vers un modèle « Offre privée ET dépense publique ». Baisse/arrêt des pressions budgétaires sur la réduction des dépenses publiques.	Vers un modèle « Offre privée ET dépense privée ». Baisse, à termes, des besoins de santé. Conséquences de l'évolution du poids des contraintes de réduction des déficits sur les dépenses sociales et le système de santé.	nivellement par le bas des Etats.
Organisation du financement de la politique de santé : Comment financer l'accès à la santé ?	Le financement de la santé est majoritairement le fait des cotisations sociales, des impôts et taxes affectées (CSG, CRDS...), des contributions de l'Etat et des collectivités territoriales.	Le partage des données au niveau régional, national, permet de faire évoluer la prise en charge des patients vers le développement de la pratique ambulatoire et le renforcement de la démocratie sanitaire.		L'Etat s'enfoncé dans la dette publique, les moyens financiers se réduisent, les soins se dégradent. Les collectivités territoriales sont sans moyens et capacités d'intervention. Le système d'assurance et de soins est entièrement privatisé.
	Le PLFSS est adopté chaque année, sans combler la demande continuant de croître à un rythme élevé : le déficit se creuse au même rythme.			
	Les collectivités territoriales contribuent financièrement selon leurs moyens.			Les collectivités territoriales auxquelles aucune responsabilités opérationnelles ne sont confiées, ne sont plus en capacité d'intervenir financièrement.
Modèle de couverture du risque santé : quels choix nationaux en termes de socialisation du risque ?	Maintien de la socialisation du risque (+ ou -)			Le système est définitivement sous l'emprise de la privatisation voire de la financiarisation. L'Etat est impuissant à conduire un retour en arrière.

	Les interventions du régime obligatoire de l'Assurance maladie diminuent (même sur les IJ) avec le transfert de dépenses aux complémentaires santé (Mutuelle ou assurance privée) qui elles-mêmes ne peuvent pas faire face à ce supplément d'obligation sauf en augmentant les cotisations individuelles aux assurés ou en augmentant les franchises. Le système économique libéral continue à contraindre la part de protection sociale en France.	Les services déconcentrés de l'Etat montrent une attention soutenue en faveur de la santé des Normands. L'assiette des recettes est élargie et/ou les exonérations supprimées. La Sécurité sociale universelle remplace au fur et à mesure les complémentaires santé. Les populations les plus vulnérables n'ont plus de complémentaire santé et seulement une couverture partielle.	Des phases de décentralisation ont donné à la Région un rôle primordial de chef de file. Un travail d'évaluation des politiques publiques a été un moyen de garantir l'utilisation optimale des ressources et d'éclairer la décision. Une couverture alimentaire est financée et, à terme, les besoins de santé baissent.	
Tarification des actes des professionnels	L'actuelle T2A (tarification à l'Acte-médecins), tarification à l'Activité (Etablissements) se poursuit. La part du privé lucratif se développe insidieusement dans le sanitaire, le médico technique et le médico-social sans un vrai contrôle de l'État ; un système de soins à 2 vitesses s'inscrit progressivement dans le paysage sans débat collectif.	Évolution de la tarification à l'acte des médecins avec la réduction de la rémunération des actes techniques au profit d'un suivi de population sur des objectifs de santé publique dans le conventionnement CNAM.	Les nouvelles missions des soignants et nouveaux métiers obtiennent des reconnaissances financières. Les changements se mesurent à partir d'indicateurs humains, sociaux et environnementaux, dans la recherche d'un développement durable pour tous et non à partir de seuls indicateurs financiers.	Tarification à l'acte est généralisée. La part du privé se développe sur certaines parties du système, les plus lucratives.

Financiarisation du système de l'offre de santé	La financiarisation de l'offre se poursuit : achats par des groupes financiers privés d'établissements de soins, de centres d'imagerie, de laboratoires d'analyse. Indirectement, les cotisations du système de soins profitent aux acteurs strictement financiers pour lesquels la santé est un produit spéculatif. Son financement garanti par l'AM et les OCAM, en fait un secteur particulièrement solvable.	« Offre privée et dépense publique » Les pressions budgétaires sur la réduction des dépenses publiques diminuent. La construction d'une régulation de l'offre, en concertation avec les professionnels de santé, les collectivités territoriales, favorise l'émergence de modèles alternatifs de financement.	Les changements se mesurent à partir d'indicateurs humains, sociaux et environnementaux, dans la recherche d'un développement durable pour tous et non à partir de seuls indicateurs financiers.	Le système est définitivement sous l'emprise de la privatisation voire de la financiarisation. L'Etat est impuissant à conduire un retour en arrière. La financiarisation est totale.
Sous-variable 3 : Organisation territoriale en santé et accès aux soins : quelles modalités et quels acteurs ?				
	H1	H2	H3	H4
Tendance lourde : déficit de la démographie médicale				
Proximité et parcours de soins (ENTREE USAGERS) : consécration des territoires, espérance dans la santé de proximité ?	Personnes Agées Personnes Handicapées La place de l'HAD (offre de soins) et le maintien à domicile (préoccupation inclusive) restent les parents pauvres. Le rôle des aidants demeure peu soutenu. Les usagers, petit à petit, prennent une place de mieux en mieux reconnue, au sein de l'ARS mais seulement de l'ARS. L'errance des urgences perdure.	Le financement du 5^{ème} risque est assuré en partie par le patrimoine. Les dépenses PA PH sont fusionnées en fonction de la dépendance	Le maintien en autonomie à domicile (y compris en formation et conditions d'emploi) ainsi que les solutions intermédiaires d'habitat bénéficient de nouveaux investissements. Le patient partenaire participe à la gouvernance des établissements et aux décisions partagées. La pair-aidance et les experts d'usage se développent.	La mise en œuvre d'un parcours de soins en proximité a disparu. Les aidants agissent seuls pour accompagner et s'épuisent en recherchant des solutions. Sans moyens, les citoyens sont dépourvus : le poids des « grappes » est important.

	La CRSA lieu de rencontre « organisé » des acteurs santé, est limitée par les décisions ministérielles appliquées par les ARS et la non-implication des collectivités. Reste une instance « alibi » de démocratie sanitaire en raison de la faible prise en compte de la parole de l'utilisateur. Faute d'être entendue, la parole des usagers n'est pas prise en compte.			
Coordination de l'offre en proximité (ENTREE OFFRE) : efficacité des collectifs territoriaux ?	L'HAD et les soins palliatifs dans l'offre de soins restent les parents pauvres. Le rôle des aidants est peu soutenu. La préoccupation inclusive dans le maintien à domicile des patients âgés n'est pas satisfaite. Les périmètres actuels sont déconnectés des « usages » (ex Groupement Hospitalier de Territoire).	Le parcours de soin coordonné simplifié et flexible avec le financement de la coordination et son financement définit le rôle des IPA : coordonnateur, évaluateur, régulateur. Le rôle pivot du médecin traitant se renforce.	L'entrée « parcours du patient » est privilégiée dans l'offre de soins avec la prise en charge au plus près du domicile. Le parcours de soin coordonné simplifié et flexible avec le financement de la coordination définit le rôle des IPA : coordonnateur, évaluateur, régulateur. La gradation des soins devient efficace.	Coordination impossible car mésentente entre acteurs. Concurrence accrue entre public et privé.
Gradation des soins	Le rôle pivot du « généraliste » demeure mais l'obligation de garde des médecins libéraux n'est pas assurée. La gradation des soins est difficile, les CHU gèrent tous les niveaux de recours.	L'organisation de soins de premiers recours de proximité conventionné se répartit sur les territoires. Les compétences spécialisées des centres de 3^{ème} recours sont maintenues.	L'organisation de soins de premiers recours de proximité conventionné se répartit sur les territoires. Les compétences spécialisées des centres de 3^{ème} recours sont maintenues.	Avec la diminution des centres spécialisés de 3 ^{ème} recours, les listes d'attentes s'allongent et une sélection des pathologies s'installe.

Moyens au service de la territorialisation : quel équilibre entre territoires ?	Il y a une insuffisance d'investissement des départements sur les services domicile PA PH par rapport aux besoins.	Des filière de diagnostics rapides / collaboration entre médecine de ville et hôpitaux de proximité se concrétisent.	Les CTS permettent et financent des expérimentations locales d'organisation entre professionnels de santé, médico-sociaux...	Le rôle de la puissance privée s'accroît ainsi que les disparités territoriales extrêmes.
	Les parcours des personnes isolées sans proche-aidant restent chaotiques	Les CPTS entre professionnels couvrent les territoires. Des initiatives de puissance privée en faveur des PA PH apparaissent.	Les représentants des collectivités territoriales à l'ARS et à la CRSA participent aux décisions prises. Des filière de diagnostics rapides / collaboration entre médecine de ville et hôpitaux de proximité se concrétisent. Les CPTS entre professionnels couvrent les territoires.	

Sous-variable 4 :

Place de la prévention : vers un réel continuum des parcours santé de tous ?

	H1	H2	H3	H4
Usagers et prévention	L'aller-vers se poursuit « mollement », mais l'absence d'interministérialité de la prévention continue à la détricoter.	La prévention passe devant le soin. Elle prend une place de plus en plus importante* : Son financement est devenu suffisant et n'est plus éclaté entre de multiples origines et intervenants ; les gaspillages ont été résorbés et les saupoudrages supprimés.	La prévention est le véritable levier de la politique de Santé. Elle s'est développée en lien avec les applications d'intelligence artificielle omniprésentes dans la vie quotidienne des personnes.	La prévention n'existe pas.
Financement de la prévention	La prévention ne prend appui que sur des progrès techniques et des initiatives individuelles et représente 2,3% des dépenses de santé en 2023.	La prévention passe devant le soin. Elle prend une place de plus en plus importante : son financement est devenu suffisant et n'est plus éclaté entre de multiples origines et intervenants ; les gaspillages ont été résorbés et les saupoudrages supprimés.	La prévention est le véritable levier de la politique de Santé. Elle s'est développée en lien avec les applications d'intelligence artificielle omniprésentes dans la vie quotidienne des personnes.	La prévention n'existe pas. Introduction d'une taxation des « mauvais comportements » individuels (tabac, alcool, addictions), voire une taxation selon l'âge, forme d'eugénisme est introduite.

Sous-variable 5 :

Place du médicosocial et des publics vulnérables : garantir leur accès à la santé ?

	H1	H2	H3	H4
Place du médicosocial et des publics vulnérables	Le médicosocial à la française prend une place de plus en plus importante pour compenser les manques mais aussi par une prise de conscience que le médical ne se suffit pas à lui-même. Il est aussi « préventif », notamment pour les publics vulnérables.	Les aidants, reconnus par les collectivités, sont accompagnés par des professionnels de santé dédiés et des aménagements renforcés de leurs conditions de travail (salaires, progressions...). Accompagnement médicosocial inclusif ou en institution est adapté aux besoins des personnes et financé à hauteur des enjeux. Aide et répit pour les aidants limitent l'impact sur leur vie. La question du maintien ou pas des financements publics pour le médicosocial a été réglée.	Le médico-social s'adapte aux besoins des personnes avec un accompagnement individualisé, en favorisant l'inclusion lorsque c'est l'intérêt de la personne, et le maintien de structures adaptées. Les aidants, reconnus par les collectivités, sont accompagnés par des professionnels de santé dédiés et des aménagements renforcés de leurs conditions de travail (salaires, progressions...). L'accompagnement médicosocial inclusif ou en institution est adapté aux besoins des personnes et financé à hauteur des enjeux. Aide et répit pour les aidants limitent l'impact sur leur vie.	Le financement exclusif du médicosocial se fait par les familles (il n'est plus rattaché à la santé). Les personnes vulnérables meurent prématurément.
Les publics PA PH et les autres publics vulnérables relèvent de logiques différentes. Pour tous les publics la question centrale est celle de la dignité des personnes dans leur parcours de santé tout au long de la vie.				

***La prévention** : prévention primaire pour diagnostiquer et éviter l'apparition de la maladie ; prévention secondaire pour détecter la maladie à son stade le plus précoce et appliquer un traitement rapide et adapté ; prévention tertiaire pour réduire les complications, séquelles, invalidités ou rechutes.

6. Tableau synthétique des faits prospectifs

Le tableau synthétique ci-dessous présente quels sont, d'ici 2050, les **tendances** à l'œuvre (qu'est-ce qui bouge), les **ruptures** passées, repérées ou acceptées, les **enjeux** clés ou défis majeurs, les jeux **d'acteurs**, qui sont-ils et quels sont leurs intérêts divergents, les **marges** de manœuvre ici, en Normandie, les **incertitudes** majeures.

D'ici 2050	Tendances	Ruptures	Enjeux	Jeu d'acteurs	Marges de manœuvre	Incertitudes ?
Démographie	Baisse de la population normande Dette de santé publique Inégalités sociales de santé Fortes inégalités territoriales de santé	Déserts médicaux 17 % d'actifs en moins, manque de main d'œuvre Baisse nombre de praticiens Stagnation/baisse espérance de vie Aggravation des vulnérabilités sociales	Prise en charge du vieillissement, grand âge et dépendance Pathologies ALD Maintien des activités économiques / RH Promotion santé Santé mentale et handicap	Rôle des différentes collectivités dont les départements Coût des prises en charge / ressources financières	Equité territoriale Habitat Rôle des aidants	Développement de la prévention de proximité Part des jeunes Evolution taux de pauvreté Horizon du défi du vieillissement Persistance du tableau clinique actuel et espérance de vie Migrations internationales subies
Environnement	Normandie exposée aux risques naturels et anthropiques Hausse Températures, réchauffement climatique, GES, CO2 Submersion, retrait du trait de côte Précarité énergétique Prévalence des risques corrélée aux situations sociales	Dégradations : Ressource en eau, qualité de l'air, qualité des aliments Baisse des rendements agricoles Crises sanitaires (dont COVID) Surmortalité prématurée, Perte d'espérance de vie	Maintien espérance de vie en bonne santé Gestion des risques naturels, industriels et technologiques Préservation de la biodiversité Maintien des activités économiques et résidentielles Intégration des pressions environnementales en santé Zoonoses Antibiorésistance	Acceptabilité sociale des enjeux environnementaux Maintien des activités économiques / acceptation des contraintes Régulation du foncier, prix et disponibilité Problématiques sociales d'égalité d'accès à une alimentation saine Régulation	Préservation ou restauration des ressources vitales SRADDET Politique de sécurité sanitaire de l'alimentation Nature + Biodiversité, sources de santé Nutrition / modes de vie Politiques environnementales d'adaptation au changement climatique et santé	Nouvelles crises sanitaires, accélération récurrence des crises Nouveaux microbes - zoonoses Acceptabilité sociale des exigences environnementales Egal accès à l'alimentation saine Eco-anxiété individuelle/ adaptation collective
Emploi, Formation	Tension sur les métiers, dont ceux liés au vieillissement Pénurie de médecins et de professionnels y compris dans le médico-social. Vieillissement des professionnels	Nouvelles répartitions des actes médicaux Tensions de recrutement Rapports usagers/acteurs Education thérapeutique et patients experts	Équilibre offre demande Contrer la baisse de la densité de professionnels et améliorer la répartition géographique Répondre aux besoins en compétences importants sur les métiers santé-social, Féminisation/âge et vulnérabilité en emploi Evolution des pratiques	Lobbies professionnels Pouvoirs publics : prévention, régulation, condition d'emploi, qualité de vie santé au travail Financeurs de formation Soignants / patients Rôle des Départements sur médico-social	Parcours et perspectives pour les actifs du secteur, en complémentarité du programme régional de formation Reconnaissance Lisibilité et meilleur accès à l'offre de formation Adaptation parcours en emploi	Adaptation du cadre juridique d'exercice à l'évolution des métiers Evolution du rapport usagers/ acteurs vers un nouveau cadre juridique

D'ici 2050	Tendances	Ruptures	Enjeux	Jeu d'acteurs	Marges de manœuvre	Incertitudes ?
			Plan urgence/Rattrapage	Infra-territoires (compétences solidarités)		
Innovations, IA et E-santé	Fortes opportunités pour la santé Ampleur de la révolution IA intelligence artificielle Objectifs de « santé populationnelle »	Plans « santé numérique » et les bouquets de services Des priorisations entre usages de l'IA Recherche de solutions environnementales	Maîtrise des conditions d'une e-santé éthique, équitable, responsable Eviter les menaces sur souveraineté, sécurité et éthique IA et numérique sont une « opportunité » en santé	Régulation sur data de santé face aux GAFAM Concentration des data par quelques organismes lucratifs Acceptabilité e-santé par citoyens et professionnels	Influence des usagers en matière d'éthique et de régulation Sécurisation du stockage et transmission de data Littératie en santé numérique	Rythme déploiement IA et place de la e-santé Usagers sont devenus incontournables dans les décisions et les évolutions La Santé, une « marchandise » comme une autre E-santé éthique et équitable
Travail	Baisse population active Tensions au recrutement Constructions sociales autour du travail évoluent AT MP (accidents du travail maladies professionnelles) en hausse Vieillessement des actifs	Baisse du temps de vie au travail RPS risques psychosociaux insuffisamment traités Délitement du dialogue social Ubérisation/invisibilisation Risques émergents Santé au travail perdante des réformes du dialogue social et instances de représentants du personnel IRP Baisse rôle des partenaires sociaux dans les branches	Qualité de vie au travail Usages des outils technos Rôle des préventeurs dans l'organisation du travail RPS De la qualité de vie et conditions de travail à qualité de vie santé au travail Accompagnement parcours tout au long de la vie professionnelle (séniors) Inclusion en emploi	Vers une « culture de la santé » des actifs partagée par tous les acteurs Pilotage algorithmique des travailleurs provoque l'isolement Responsabilités employeur Dialogue social et IRP Revenus du travail et conditions de vie	Moyens prévention santé au travail Analyse des AT, RPS et suicides dans les instances <i>ad hoc</i> Amélioration de l'observation des RPS et tous les secteurs Prise en compte des actifs aidants	Vers bien-être au travail Effectivité de la prévention primaire, dans toutes les tailles d'entreprises Prise en compte âge du vieillissement en emploi Défense branche AT/MP Levée des freins à la prévention des RPS Approche structurelle risques climat au travail
Economie	Augmentation des coûts Vieillessement démographique et dépendance Importance de la filière santé et santé numérique en Normandie Financiarisation de l'offre	Financiarisation des offres de soins, pharmaceutiques et de recherche Rupture de souveraineté de l'offre et de la disponibilité des produits, dérive des coûts Baisse du nombre d'actifs. Recours à l'immigration	Coûts de l'innovation médicale et pharmaceutique Place de l'industrie du médicament Gestion des risques environnementaux, industriels et techno Promotion santé pour augmenter l'espérance de vie en bonne santé	Industriels, groupes financiers, lobbies et pouvoirs publics Irruption des fonds de pension Prise de pouvoir des GAFAM Régulation sur l'offre	Gestion par des organismes éthiques, mutualité, ESS Protection des données de santé Soutien recherche normande Objectiver poids économique des seniors	Acceptabilité de la privatisation de profits générés par couverture socialisée du risque santé

D'ici 2050	Tendances	Ruptures	Enjeux	Jeu d'acteurs	Marges de manœuvre	Incertitudes ?
		Pénuries ou inadaptation aux risques de pandémies	Maîtrise des coûts Lutte contre l'âgisme			
Gouvernance	Augmentation des dépenses Besoins de santé déconnectés des financements Pressions budgétaires européennes Gouvernance financière prise en main par l'État Territorialisation de la réponse santé	Acceptabilité sociale des coûts de santé Forte hausse du reste à charge des ménages Hausse de la pauvreté Rébellion LFSS (loi de financement SS) + ONDAM (objectif national dépenses assurance maladie) Irruption des usagers + démocratie sanitaire	Prévention pertinente Eviter le creusement des écarts dans la population Prise en charge de la dépendance Prise en compte des publics vulnérables et des familles mono parentales Financement de l'accès à la santé Coordination des soins, virage ambulatoire	Coordination des acteurs de la prévention Réelle concertation des contributeurs : financiers, soignants, usagers Acceptation de l'injonction à être acteur de sa santé Rôle des usagers dans les choix des pouvoirs publics	Acceptabilité de l'injonction à être acteur de sa santé Coordination entre les pouvoirs publics en région Rôle des usagers dans les choix des pouvoirs publics	Place des publics vulnérables Choix de modèle de socialisation de la couverture sociale (dont maladie)

PARTIE II : La base prospective

Le travail prospectif entamé supposait la connaissance commune et partagée d'un certain nombre de données de cadrage, essentielles pour appréhender le contexte de la réflexion.

En tout premier lieu, il s'agit de la situation sanitaire actuelle en Normandie. Comme il a été rappelé en introduction du rapport, l'approche en a été grandement facilitée par l'existence du rapport du CESER de 2020 qui en dresse un panorama très complet d'indicateurs¹⁵. L'objet ne consistait pas à les actualiser, bien que certains l'aient été dans différents rapports régionaux, mais ce sont les évolutions en tendance sur le temps long qui sont les plus éclairantes à la réflexion prospective. Afin d'aborder la santé dans sa double dimension sanitaire et sociale, le choix a été fait de présenter ici quelques-uns des éléments les plus significatifs en les organisant en référence au cadre des indicateurs synthétiques de développement durable, IDD. Pour mémoire, ces IDD permettent d'évaluer l'atteinte des objectifs de développement durable, ODD, définis par les Nations Unies, ONU, dès 2015 dans le cadre du programme mondial pour le développement durable à l'horizon 2030. Parmi eux figurent plusieurs indicateurs de « bonne santé et de bien-être » des populations dans leur dimension sociale, économique ou environnementale. Lorsque qu'ils sont régionalisés, ils permettent ainsi de compléter le tableau clinique du territoire.

En second lieu, il s'agit d'éléments de contexte de l'environnement global qui s'imposent et impactent profondément le rapport à la santé des Normands : les nouveaux défis de santé publique, en lien avec l'évolution des pathologies dans le monde, soumis à la tendance lourde du dérèglement climatique, dans un contexte particulier de vieillissement de la population normande et d'évolution de comportements individuels et collectifs en rapport à des exigences citoyennes dont la santé et le bien-être.

Les fiches variables des chapitres suivants retracent l'analyse rétrospective de chacune d'entre elles ainsi que les enjeux et questionnements ayant conduit à la formulation des hypothèses.

Données de cadrage

1. État de santé en Normandie

Il est à la fois une résultante des conditions d'accès à la santé des Normands, et une composante essentielle du système de santé au regard de la situation actuelle particulièrement défavorable notamment sur la majorité des indicateurs de la dimension sanitaires de la santé. La Normandie se caractérise en effet par des retards importants de l'évolution positive de l'état de santé de la population, ainsi que par des difficultés pour

¹⁵ L'annexe 2 regroupe une synthèse des indicateurs disponibles dans le rapport qui peut être consulté intégralement en ligne ici : [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#).

accéder aux soins, déserts médicaux, corrélées avec une situation de pénurie globale de l'offre de soins, générant de fortes inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé globale.

Parmi les 17 ODD définis par l'ONU, 4 d'entre eux concernent la santé ou s'y rapportent directement. Dans la transposition nationale adoptée par la France, ce groupe de 4 indicateurs constitue la dimension « sociale » de la définition du corpus des 10 nouveaux indicateurs de richesse établis comme alternative au seul PIB comme mesure de la richesse de la nation. 2 autres dimensions, économique et environnementale, la complètent. Ces 10 indicateurs font l'objet de mesures sur le plan national par l'INSEE et de comparaisons avec l'Union Européenne, UE. Ils trouvent leur transcription dans une déclinaison régionale au travers de mesures similaires ou approchantes retenues comme pertinentes à cette échelle, telle que la dernière mise à jour intégrée à l'édition 2024 du « portrait de territoire » dressé par l'INSEE Normandie¹⁶.

Les 17 ODD de l'ONU



1.1. Bonne santé et bien-être



L'ODD 3 « Bonne santé et bien-être » vise à « réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et à promouvoir la santé mentale et le bien-être :

Sur le plan national, il est mesuré par l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité, EVSI¹⁷, et par la satisfaction dans la vie, notée depuis 2010 à chaque enquête « Statistiques sur les ressources et conditions de vie », SRCV¹⁸.

¹⁶ IDD régionalisés disponibles sur le site Insee - [Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires](#)).

¹⁷ EVSI : espérance de vie sans incapacités, indique l'âge à partir duquel les individus sont potentiellement atteints par une pathologie.

¹⁸ SRCV : l'indicateur « satisfaction dans la vie » est calculé depuis 2010 à partir de questions inscrites dans l'enquête SRCV, notées de 1 à 10 (Site Insee.fr - [L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie | Insee](#)).

Au niveau régional, il est mesuré par l'espérance de vie à la naissance, des indicateurs de bien-être multi sources traités par la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du ministère de la Santé), et par les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA.

- **Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles en France**

Cet indicateur est particulièrement en retrait en Normandie. En 2023, elle se situe à l'avant dernier rang, derrière les Hauts-de-France. Les Normands peuvent espérer vivre :

- pour les **femmes : 84,9 ans**, contre 85,8 ans en France métropolitaine
- pour les **hommes : 78,9 ans**, contre 80,1 ans en France métropolitaine

Le volume de décès moyens annuels supplémentaires observé en Normandie, toutes causes et tous âges confondus, est de + 9 % chez les hommes et + 3 % chez les femmes par rapport au nombre de décès attendus si la région avait le même taux de mortalité par âge qu'en France métropolitaine. (Source : diagnostic régional santé environnement du PRSE4)

Globalement depuis une dizaine d'années, la hausse de l'espérance de vie stagne régionalement et nationalement après des gains importants sur longue période, soit environ 3,2 ans sur 20 ans. La France se situait en 2017 au 2^{ème} rang européen mais se place désormais au 5^{ème} rang, tout en conservant la 1^{ère} place pour l'espérance de vie à 60 ans.

Par ailleurs, des écarts d'espérance de vie significatifs sont observés entre départements.

Espérance de vie à la naissance en 2021 (en années)

	Hommes		Femmes	
	Espérance de vie à la naissance	Ecart entre l'espérance de vie du territoire et la France métropolitaine	Espérance de vie à la naissance	Ecart entre l'espérance de vie du territoire et la France métropolitaine
Calvados	78,6	-0,8	84,8	-0,7
Eure	78,2	-1,2	84,4	-1,1
Manche	78,1	-1,3	85,2	-0,3
Orne	77,7	-1,7	84,9	-0,6
Seine-Maritime	78,0	-1,4	84,3	-1,2
Normandie	78,2	-1,2	84,6	-0,9
France métropolitaine	79,4		85,5	

Source et exploitation : Insee

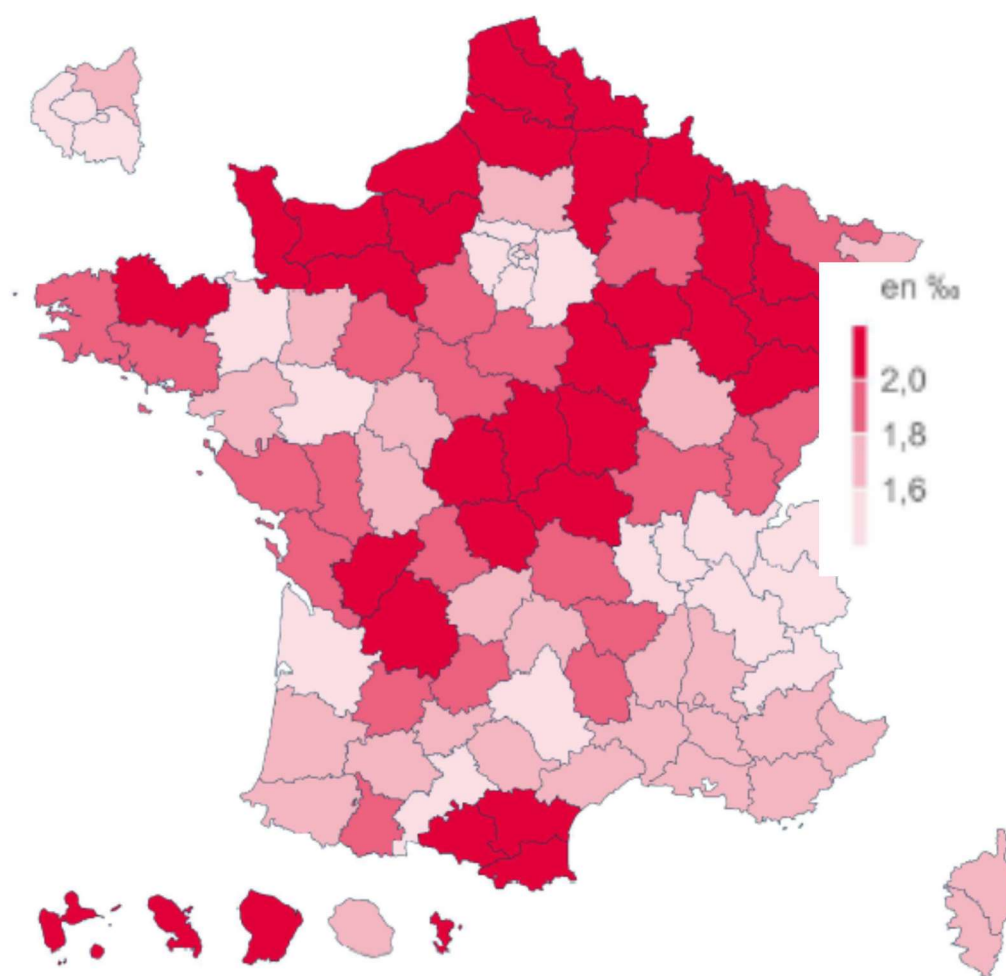
(Source : diagnostic régional santé environnement du PRSE4)

- **Une surmortalité importante, toutes causes, tous âges, et une surmortalité prématurée importante corrélée à la faible espérance de vie**

La Normandie est la 2^{ème} région de France la plus fortement touchée par la surmortalité prématurée avant l'âge de 65 ans, avec un taux moyen entre 2 ‰ et 2,1 ‰ contre 1,7 ‰ pour la France métropolitaine¹⁹.

¹⁹ Quelques spécificités normandes : + 8 % de cancers du poumon (jusqu'à + 18 % en Seine-Maritime), +6 % de différentiel de mortalité pour les cancers, jusqu'à + 17 % pour les mélanomes et + 46 % pour le mésothéliome,

Taux de mortalité prématurée en 2023



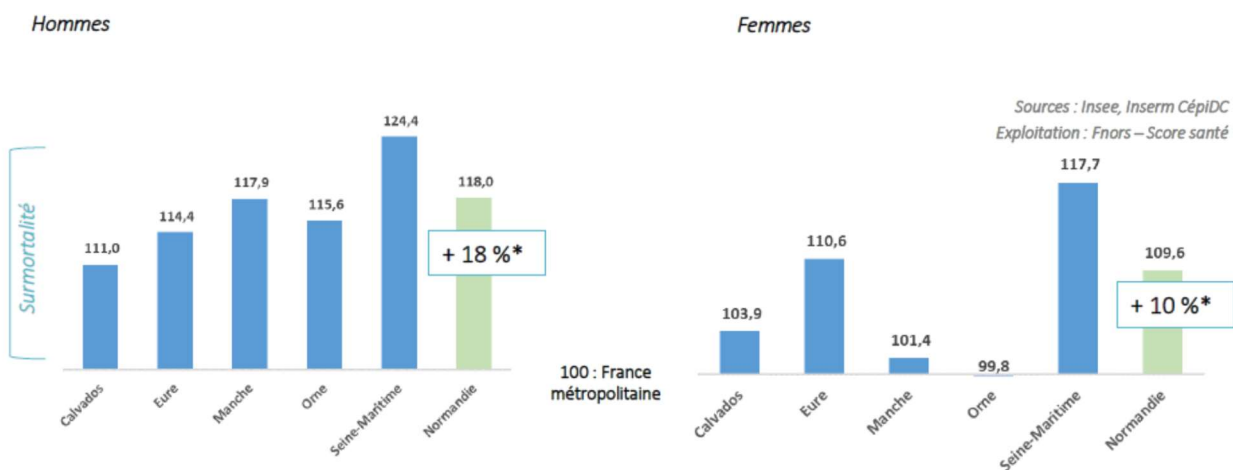
(Source : INSEE.fr – Taux de mortalité prématurée en 2023 - Territoires - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE)

L'indice comparatif de mortalité, ICM,²⁰ calculé avant 65 ans, présente des écarts importants entre les sexes, quasiment du simple au triple entre les femmes et les hommes, et par départements, la Seine-Maritime étant la plus touchée.

cancer de l'amiante (jusqu'à + 96 % en Seine-Maritime), + 6 points et + 8 points de taux de prise en charge pour les maladies respectivement de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire ([Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 • Association ORS-CREAI Normandie](#)).

²⁰ ICM : indice comparatif de mortalité est le rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux nationaux.

ICM- Indice comparatif de mortalité prématurée avant 65 ans – 2015-2017



(Source : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023)

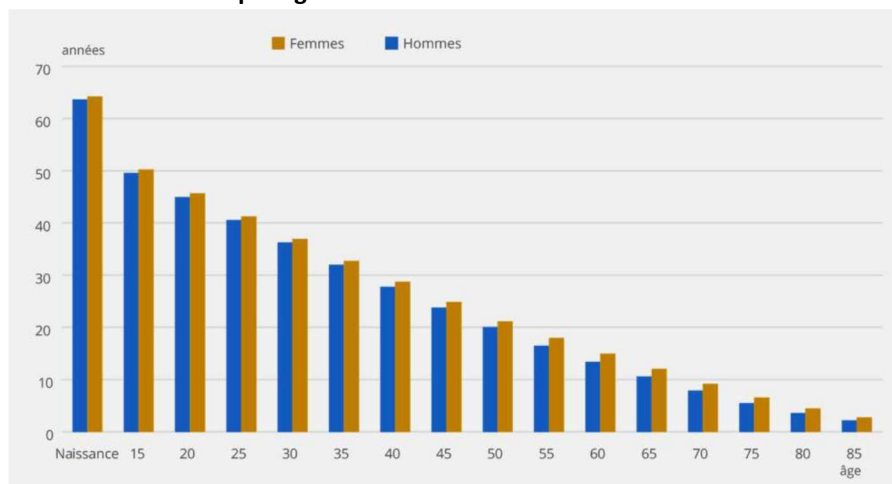
• Une espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité, EVSI²¹

Elle représente l'âge moyen à partir duquel les individus sont potentiellement atteints par une pathologie, et peut également être représentée par le nombre d'années d'écart avec l'EV à la naissance. Au niveau national, l'EVSI ainsi que le nombre d'années durant lesquels des soins sont potentiellement nécessaires sont en moyenne :

- pour les **femmes** : **65,3 ans**, ce qui représente 20,5 années d'écart (9^{ème} rang en UE)
- pour les **hommes** : **63,8 ans**, ce qui représente 16,3 années d'écart

Aux différents âges de la vie, il s'établit ainsi :

ESVI par âge des femmes et des hommes en 2023



(Source : site blog.insee.fr - [Vivre vieux, vivre mieux : que dit l'espérance de vie sans incapacité ?](#))

Sur longue période, au-delà de 65 ans, le nombre d'années à vivre sans incapacité, soit en 2023 de 10,5 ans pour les hommes et de 12 ans pour les femmes, a légèrement augmenté, d'environ 1 an et 10 mois, mais pas dans une proportion équivalente à celle des gains

²¹ Les données de l'EVSI sont issues de l'enquête SRCV. La limite de cet indicateur réside dans la sensibilité des personnes répondantes au regard de la limitation de leurs capacités à accomplir les activités quotidiennes.

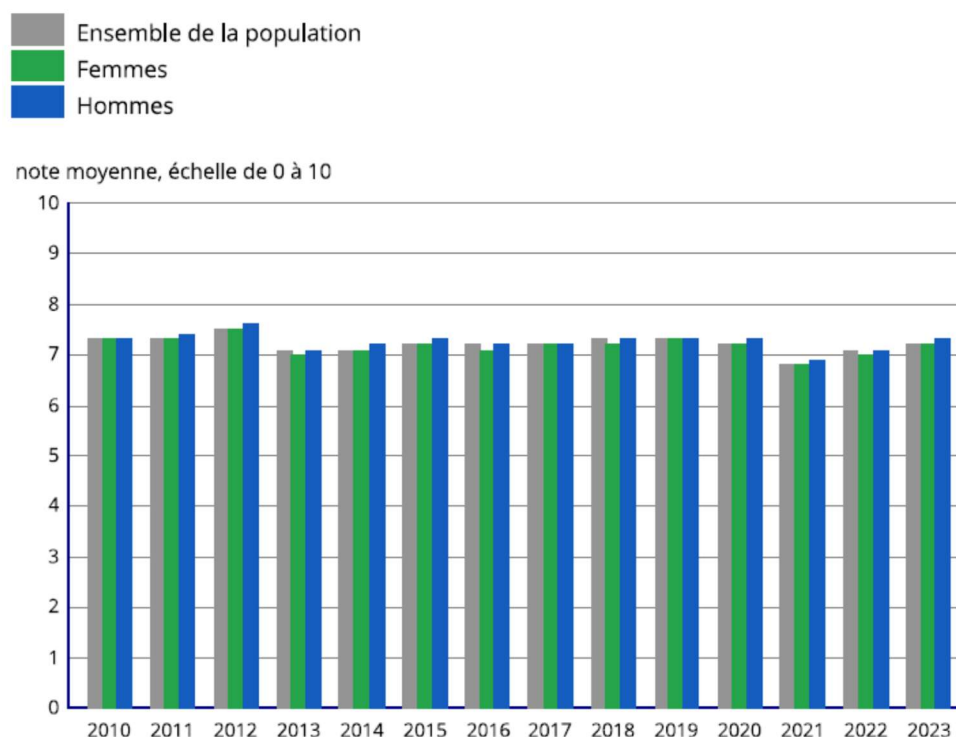
d'espérance de vie. Cela illustre l'allongement du nombre d'années de vie totale où le recours au système de soins serait appelé à répondre à des pathologies liées à l'âge.

Cet indicateur s'est imposé comme référence pour mesurer le caractère « durable » des politiques dans le domaine de la santé, dans la mesure où il permet d'apprécier le bénéfice en qualité de vie des années de vie additionnelles gagnées. Il faut cependant noter qu'il n'a pas été possible d'en trouver de chiffrage régionalisé. Il serait pourtant éclairant au regard des besoins réellement exprimés auprès du système de soins par la population vieillissante particulièrement en progression en Normandie.

- **Autres mesures de satisfaction dans la vie ou de bien-être**

Au niveau national, l'indicateur « satisfaction dans la vie » est calculé depuis 2010 à partir de questions inscrites dans l'enquête SRCV (note de 1 à 10). En 2022, le niveau retrouve celui précédant la crise sanitaire, soit la note de 7,1 conforme à la note moyenne de l'UE.

Satisfaction dans la vie des + de 16 ans



(Source : site Insee.fr – indicateurs pour le suivi national des ODD - [Objectif n° 3 - Santé et bien-être – Indicateurs pour le suivi national des objectifs de développement durable | Insee](#))

À noter que globalement, la satisfaction diminue avec l'âge : ainsi elle décroît de 7,7 pour les 16-24 ans, à 7,3 pour les 25-34 ans, 7,1 pour les 35-49 ans, 6,9 pour les 50-64 ans, 7 pour les 65-74 ans, puis tombe à 6,7 pour les +75 ans.

Au niveau régional, l'appréciation de cette dimension du bien-être de la population repose sur le mix d'indicateurs suivants :

Indicateurs	Normandie	France métropolitaine
Nombre de tués par accident de la route en 2023	158	3 167
- Évolution 2013-2023 (%)	- 7,1	- 3,1
- Évolution 2005-2013 (%)	- 43,0	- 38,1
Nombre de blessés par accident de la route en 2023	2 980	64 674
- Évolution 2019-2023	1,7	- 8,3
Part de la population éloignée des soins de proximité* en 2023 (%)	0,5	0,8
Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes de moins de 65 ans en 2022	3,2	3,3

(Source : site [Insee.fr](https://www.insee.fr) - IDR - [Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires](#))

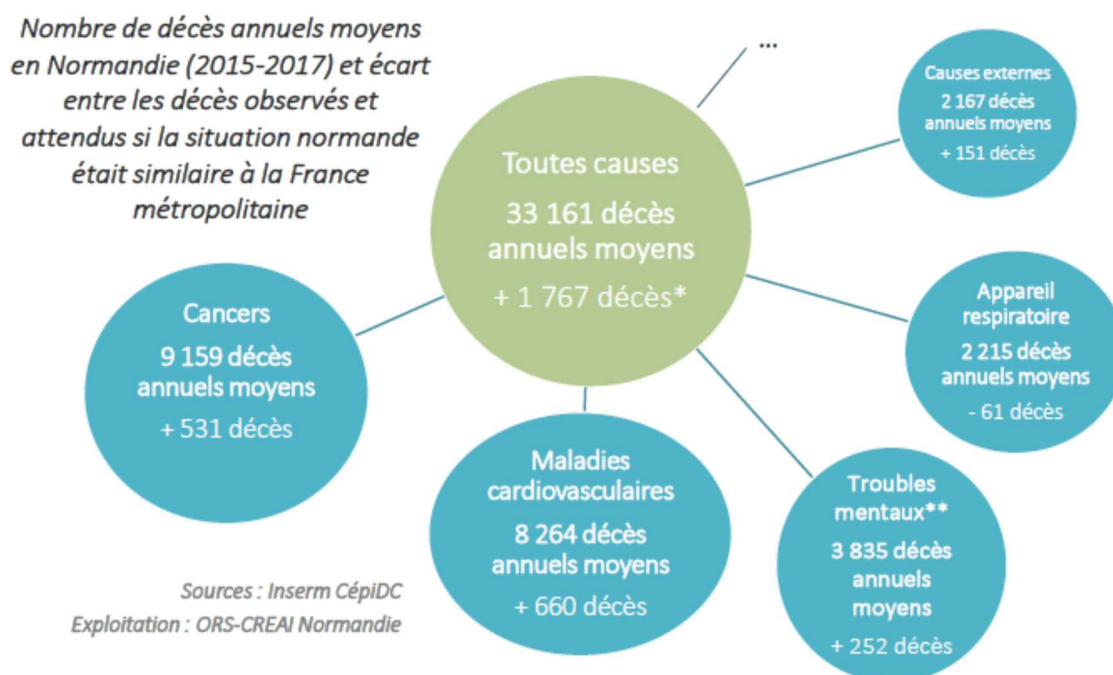
La position par rapport à la moyenne de la France métropolitaine est variable selon les indicateurs. On note que la part de la population éloignée des soins de proximité, qui correspondent à ceux situés à moins de 20 minutes (comportant les pharmacies, médecins généralistes, kinés, dentistes et infirmiers), augmente de 0,3 % de la population en 2022 à 0,5 % en 2023.

Le dernier indicateur de mesure du bien-être retenu en Normandie est la **proportion de bénéficiaires de l'APA** parmi les personnes de + de 75 ans. Elle se situe à 21,1 % en Normandie, contre 19,4 % en moyenne en 2022 (Source : DREES – enquête aide sociale 2022).

- **Quelques indicateurs sanitaires sur les spécificités normandes**

Quelques indicateurs sanitaires complémentaires permettent d'expliquer en partie l'importance de la surmortalité prématurée en Normandie. Toutes causes et tous âges confondus, celle-ci est de + 9 % chez les hommes et de + 3 % chez les femmes, avec une sur incidence de certaines causes de décès constatée dans la région.

Causes de décès en Normandie et écart par rapport à la situation attendue (2015-2017)



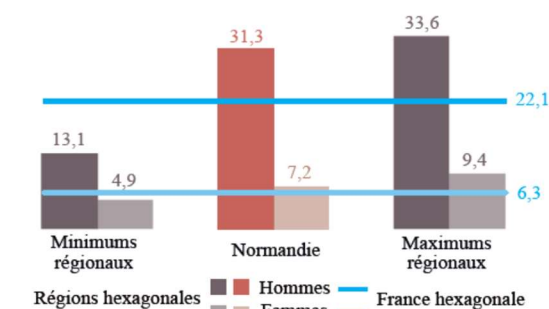
(Source : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023)

Les causes principales des décès sont les cancers et les maladies cardiovasculaires. La Normandie présente une spécificité pour les cancers dus à l'amiante, ainsi que pour les cancers du poumon avec un taux moyen de + 8 % par rapport à la France métropolitaine et qui atteint + 14 % dans l'Eure et + 18 % en Seine-Maritime. Mais l'incidence régionale principale concerne les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques, atteignant respectivement 85,6 ‰ habitant contre 79,9 ‰ en moyenne métropolitaine, et 62,6 ‰ contre 54,6 ‰ en moyenne métropolitaine.

La Normandie se distingue également par un important taux de suicide²² : entre 2019-2021, on y a dénombré 608 suicides (478 hommes et 130 femmes) en moyenne annuelle, soit la 2^{ème} région de France hexagonale présentant le plus fort taux standardisé de mortalité par suicide, derrière la Bretagne. La surmortalité normande par suicide est de +35 %, et les séjours hospitaliers pour tentative de suicide sont également plus nombreux en Normandie qu'en France. Une recrudescence de cette cause de mortalité est constatée depuis la crise sanitaire de 2020, affectant en particulier la population des jeunes adultes.

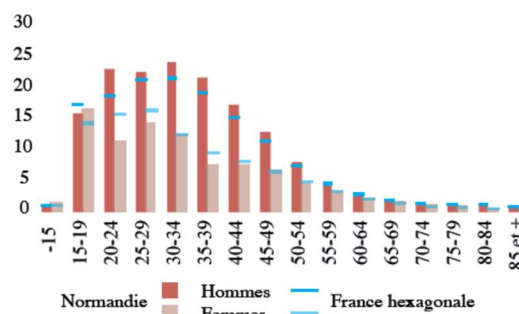
²² Cf étude sur la santé mentale en Normandie.

Mortalité par suicide, selon le sexe, en 2019-2021



* taux standardisé suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes
Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation : OR2S

Part de décès par suicide, selon le sexe et l'âge en 2015-2021



* pour 100 décès du groupe d'âge des hommes ou femmes
Source : CépiDc Inserm - Exploitation : OR2S

(Source : « le suicide en Normandie » - ARS/OR2S – septembre 2024 - [Le suicide en Normandie - Septembre 2024](#))

Entre 20 et 35 ans, près d'1/4 des décès chez les jeunes hommes est le fait d'un suicide (contre 1/5 dans l'Hexagone), il est la 1^{ère} cause des décès entre 15 et 34 ans, et chez les jeunes femmes, la part des décès par suicide est maximale et atteint 1/6 entre 15 et 19 ans.

Enfin les causes comportementales restent importantes dans les affections dominantes en Normandie. Ainsi, selon les chiffres clés du PRS 2023-2028 présenté par l'ARS en 2023, « la Normandie est la 3^{ème} région française concernant l'usage quotidien de tabac chez les jeunes de 17 ans et se situe au 2^{ème} rang des régions françaises quant à la prévalence de l'usage régulier d'alcool (enquête escapade 2017) », et elle « enregistre une surmortalité prématurée liée à une consommation d'alcool et de tabac + 33 % et + 12 % par rapport à la France métropolitaine ». Par ailleurs au regard des comportements alimentaires et de la sédentarité, « la Normandie est la 3^{ème} région la plus touchée par l'obésité (19,8% de la population touchée) ».

• Une offre de santé et de soins en retrait et une démographie médicale vieillissante

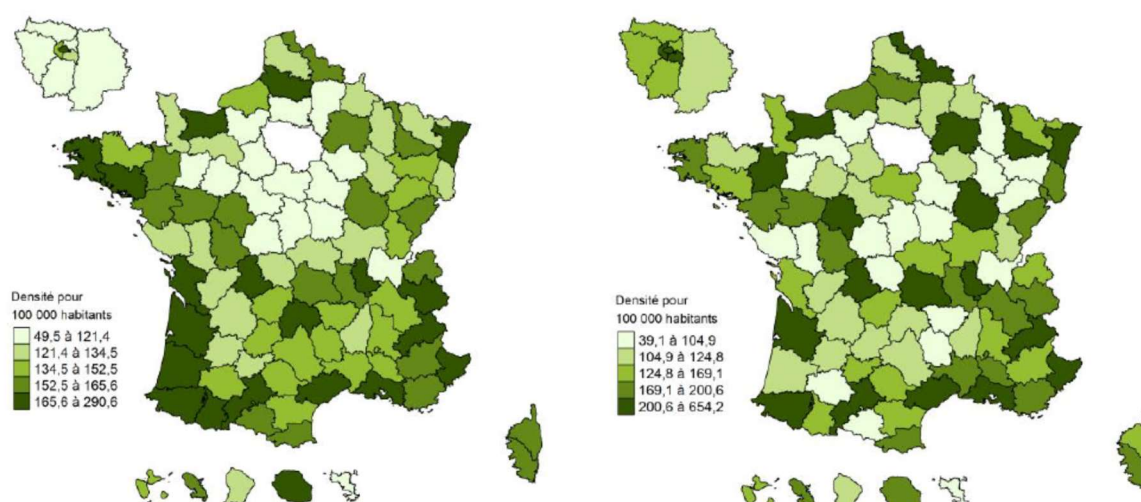
Il est globalement fait usage du terme de « pénurie » de professionnels de santé, ou de « déserts médicaux » pour qualifier la situation en Normandie. La région connaît effectivement une situation alarmante maintes fois dénoncée et pointée du doigt comme une des difficultés d'accès des Normands à la santé, notamment par le CESER dans son rapport de 2020 et dans l'ensemble de ses avis relatifs à la santé, dans la mesure où le système repose sur une approche essentiellement curative portée par le système de soins.

Les enjeux liés à cette situation seront développés dans les chapitres suivants en Partie II du rapport, mais quelques données sont présentées ici pour cerner la situation. En France, la densité de médecins, notamment des généralistes qui restent le pivot dans le parcours santé, s'élève à 339 médecins pour 100 000 habitants en 2023²³, mais avec de forts déséquilibres persistants dans leur répartition géographique affectant l'organisation des soins sur le

²³ Source : « REPSS rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2023, annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale » - Annexe 1 Maladie - [Rapports d'Evaluation des Politiques de Sécurité Sociale \(REPSS\)](#).

territoire national. Si globalement, selon les chiffres clés du PRS 2023-2028 présenté par l'ARS en 2023, ce sont 56 % des Normands qui vivent dans un territoire ciblé « prioritaire » pour l'installation de médecins généralistes, au regard de la densité actuelle, il convient d'apprécier les disparités territoriales. En Normandie, l'Eure est particulièrement en retrait.

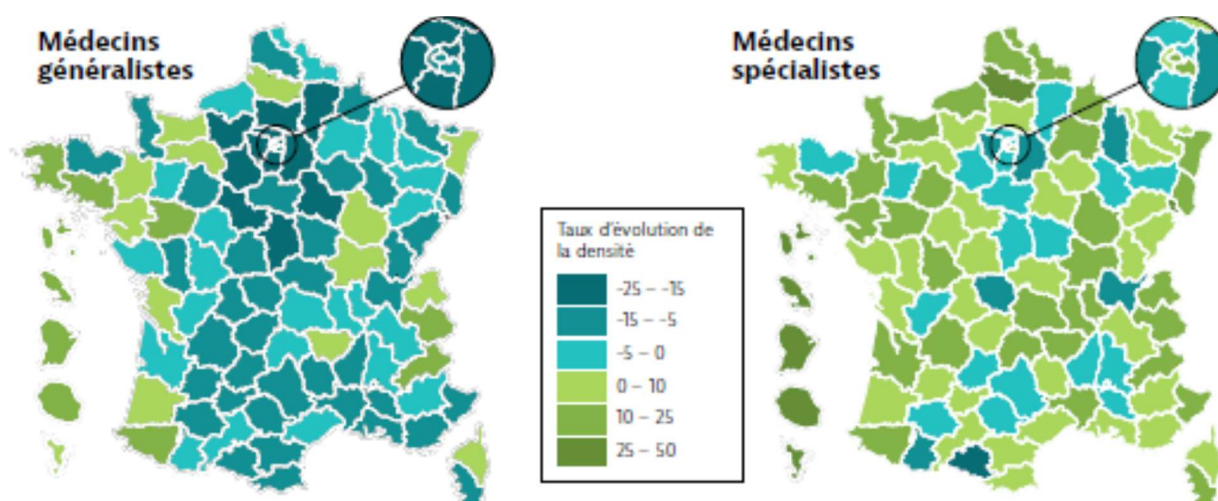
Carte des densités de médecins en 2023
Généralistes Spécialistes



Sources : RPPS 2023, ASIP-Santé ; estimations de population 2023, Insee ; traitements Drees. ©IGN 2022

(Source : REPSS rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2023, annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale » - Annexe 1 Maladie - [Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale \(REPSS\) / PQE](#))

Evolution des densités entre 2012 et 2022



Source : ministère des Solidarités (2023). Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - Maladie.

(Source : profil de santé par pays de l'UE en 2023 – France - [Profil de santé sur la France \(Country health profile\) / L'Assurance Maladie](#))

Sur longue période, les variations de densité sont orientées à la baisse dans l'ensemble de la Région notamment pour les médecins généralistes, et estimées à $-2,4\%$, au profit de l'installation de davantage de spécialistes, sans pour autant permettre à la Normandie de se placer dans la moyenne.

Densité de professionnels en 2022

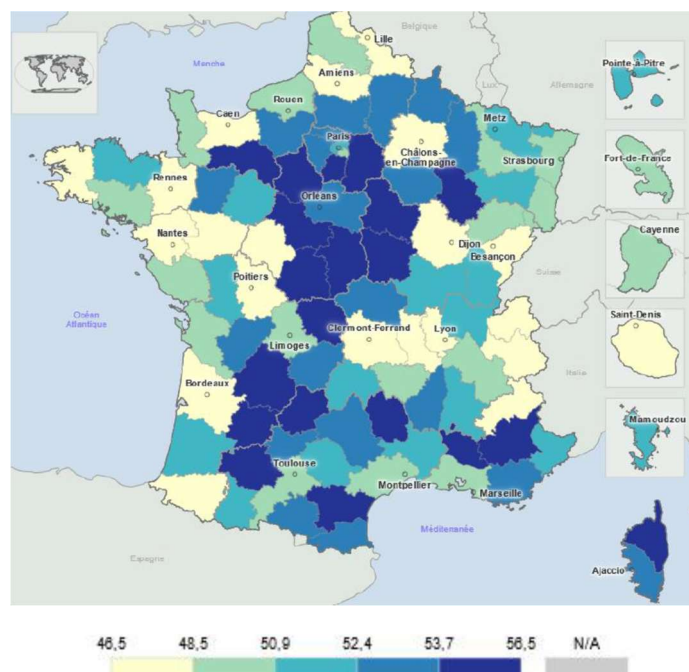
Pour 100 000 habitants	Normandie	France métropolitaine
 Médecins généralistes libéraux (*RPPS 2022)	76,9	83,9
 Infirmiers libéraux (**ADELI 2022)	124	153
 Masseurs-kinésithérapeutes libéraux (*RPPS 2022)	74	114
 Chirurgiens-dentistes (*RPPS 2022)	43	65

*RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé **ADELI : Automatisation des listes

(Source : ARS -PRS 2023-2028 -p41 - [Projet régional de santé 2023-2028 : 12 priorités d'action pour améliorer la santé des Normands](#) | [Agence régionale de santé Normandie](#))

Par ailleurs, la démographie médicale est vieillissante comme en témoigne la moyenne d'âge des professionnels sur le territoire, qui s'élève en moyenne à 57,6 ans en France métropolitaine. L'Orne est le département normand particulièrement vieillissant²⁴.

Age moyen des médecins en activité par département en 2024

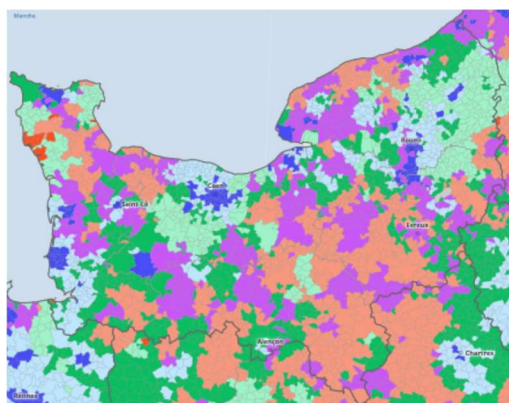


(Source : CNOM Conseil National de l'Ordre des Médecins - atlas de la démographie médicale 2024 - [Les analyses de l'Ordre sur la démographie médicale](#))

²⁴ L'outil C@rtoSanté renseigne sur la démographie médicale en Normandie [C@rtoSanté Normandie](#) | [Agence régionale de santé Normandie](#).

Enfin, en combinant les critères d'accessibilité et de besoin des territoires, l'INSEE présente la proportion de population par classe d'accès aux soins et à la santé de proximité sur le territoire :

Praticiens de santé de proximité



Part de la population par classe		
Classe d'accès aux soins	Normandie	France
1 - Moins bonne accessibilité aux soins	0,3	0,8
2 - Faible accessibilité, désertification, forts besoins	10,1	3,7
3 - Faible access. soin prox. mais favorisée socio-sanitaire	9,9	6,2
4 - Bonne access. Médecins, faibles aux autres	7,9	5,3
5 - Bonne access., désertification, forts besoins	32,1	14,5
6 - Bonne accessibilité et favorisée socio-sanitaire	12,7	31,4
7 - Meilleure accessibilité aux soins	27,0	38,2

Source : Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)

(Source : INSEE – audition au CESER – septembre 2024)

La disponibilité des professionnels de santé est complétée par l'offre des structures de soins présentes sur le territoire, avec un taux d'équipement sanitaire en proportion identique en Normandie et en France, un maillage hospitalier dense, mais une dispersion qui reste importante et qui génère des disparités territoriales dans l'accès aux soins en premier recours.

Au regard de la situation normande, les acteurs en santé sont fortement mobilisés autour de dispositifs au cœur du PRS, projet régional de santé, visant à faire évoluer la coordination de l'offre disponible pour mieux adapter les réponses aux besoins et, *in fine*, faciliter les parcours santé.

Ce panorama de l'état sanitaire en Normandie va être enrichi maintenant par des indicateurs significatifs de la dimension sociale de l'accès à la santé. Cette dimension regroupe les circonstances dans lesquelles vivent les individus, leurs conditions de vie sociale, environnementale, culturelle, etc. susceptibles d'affecter l'accès à la santé aux différents âges de la vie et de produire des **inégalités sociales de santé**. Elles se développent, et dans la plupart des cas s'accroissent, tout au long du parcours de vie des individus, au détriment des plus vulnérables, le constat étant que « plus on est dans une situation socio-économique défavorable, moins on est en bonne santé ».

1.2. Inégalités réduites



L'ODD 10 « Inégalités réduites » entre pays et en leur sein vise à « adapter les politiques et législations et à adopter des politiques, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de la protection sociale, afin de parvenir progressivement à une plus grande égalité ».

L'INSEE a conçu un indicateur²⁵ permettant de rapprocher « espérance de vie à la naissance » et « milieu social », et de donner un éclairage sur l'impact de la réduction des inégalités en

²⁵ Source : site Insee - [Niveau de vie - Espérances de vie par milieu social - Insee](#).

termes d'accès à la santé. Cette espérance de vie à la naissance est systématiquement inférieure à la moyenne pour les hommes des catégories « ouvrier » et « employé », et pour les femmes de la catégorie « ouvrier ». Par ailleurs, autour d'un revenu de 1 000 € mensuel, les hommes ont une perte d'espérance de vie à la naissance de 3,8 années par rapport à la moyenne, et les femmes de 2,4 années ; cette perte atteint respectivement 7,3 et 5,2 années si le revenu chute à 500 € mensuel.

Sur le plan national, les inégalités sont mesurées par la dispersion des revenus (rapport inter-quintile des niveaux de vie). *En France*, après redistribution, 20% des plus aisés ont un niveau de vie 4,5 fois plus élevé que le niveau de vie des 20% les plus pauvres (chiffres 2021).

Au niveau régional les inégalités sont mesurées par la dispersion des revenus (rapport interdécile des niveaux de vie) et par le niveau de vie médian. Ainsi en Normandie, la médiane du niveau de vie, séparant en deux moitiés les personnes ayant les revenus les plus bas et les plus élevés, est plus basse, soit 22 480 € (contre 23 080 € en France). La région compte également une sur-représentation d'ouvriers, soit 24,7 % contre 19,6 % en France métropolitaine et d'employés, soit 28 % contre 27 % (Source : Dossier Région Normandie - données locales - INSEE RP 2021 - [Dossier complet – Région de Normandie \(28\) | Insee](#))

1.3. Pas de pauvreté



L'ODD 1 « Pas de pauvreté » vise à « *réduire de moitié au moins la proportion d'individus de tous âges souffrant d'une forme ou autre de pauvreté* ».

L'importance accordée à cet indicateur réside dans les coûts induits par la pauvreté pour l'ensemble de la collectivité, notamment en termes de santé. Selon une étude du collectif « ALERTE »²⁶, les transferts sociaux (allocations, accompagnements) mis en œuvre par la puissance publique pour traiter la pauvreté et maintenir la cohésion sociale sont estimés à 51 Md€. Au-delà, la pauvreté résiduelle générerait des externalités négatives en matière de santé, de justice, d'éducation de l'ordre de 39 Md€, et représenterait une perte de recettes fiscales de l'ordre de 28 Md€. Dans le domaine de la santé, les plus vulnérables sont aussi les plus fréquemment touchés par la maladie, exposés en premier aux conséquences du dérèglement climatique et aux multiples transitions, faute de pouvoir répondre aux diverses injonctions à manger sainement, à se chauffer, ou éprouvent tout simplement pour certains des difficultés pour recourir à leurs droits.

Sur le plan national, l'indicateur de mesure retenu est le taux de pauvreté en conditions de vie des plus de 16 ans, intégrant une estimation des privations matérielles et sociales²⁷. Il est de 12,3 % et a eu tendance à croître ces dernières années, pour s'établir à un niveau supérieur à la moyenne européenne. À noter que la pauvreté en conditions de vie affecte davantage les enfants, les jeunes de 16 à 24 ans (15,3 %) ainsi que les familles monoparentales, contrairement aux + 65 ans qui sont moins touchés (9,8 %). En France, les causes financières

²⁶ Voir l'analyse du collectif « Alerte » « lutter contre la pauvreté : un investissement social payant » - Oct.2024.

²⁷ Issue de l'enquête SRCV.

sont invoquées par 34 % des personnes, et 44 % des jeunes, ayant déclaré renoncer à recourir aux soins²⁸.

Privations matérielles et sociales en France (en %)



Note : Privation matérielle et sociale : privé d'au-moins 5 items sur 13

(Source : INSEE – nouveaux indicateurs de richesse – chiffres détaillés 2025 [Indicateurs de richesse nationale | Insee](#))

Rappelons que selon le collectif « les morts dans la rue », l'âge moyen de décès des personnes sans-abris est de 48 ans, et selon la Fédération des Acteurs de la Solidarité, auditionnée à l'Assemblée Nationale dans le cadre du groupe d'étude sur la santé mentale en mai 2024, il y a une surreprésentation des troubles psychiques au sein de la population en grande précarité, touchant jusqu'à 30 à 40 % des personnes sans-abris.

Au niveau régional, l'indicateur de mesure retenu est le taux de pauvreté par tranche d'âge en pourcentage de la population du même âge. Ainsi, en Normandie, la situation pourrait paraître plutôt favorable, puisque le taux de pauvreté est moins important qu'en moyenne, de 13,3 % (contre 14,8 % en France métropolitaine). On constate également un rapport interdécile du niveau de vie légèrement moins élevé, soit 3,3 (contre 3,4 en France métropolitaine).

Les taux moyens cachent en revanche d'importantes disparités territoriales. Selon les comparaisons faites en 2019, la situation est nettement moins favorable dans l'Orne, où le taux de pauvreté monte à 15,1 %, et en Seine-Maritime, où il est de 14,8 %, ce département étant celui où le taux de chômage est par ailleurs le plus élevé de la région. Les situations les plus favorables se trouvent dans l'Eure, 12,5 %, dans le Calvados, 12,1 % et dans la Manche, 11,4 %.

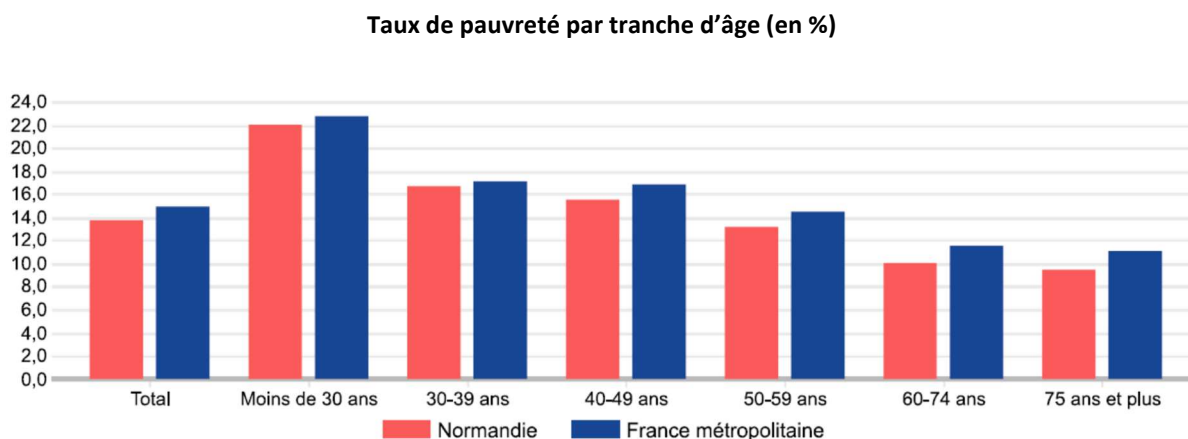
Par ailleurs, le revenu moyen par an est globalement plus faible en Normandie de – 9,3 %, toujours avec des situations contrastées allant de – 6 % dans le Calvados à – 18,4 % dans l'Orne. Dans ce département, on peut également mesurer l'importance de la précarité énergétique qui connaît les taux les plus élevés dans ses 2 composantes que sont :

- la « précarité énergétique logement » : l'Orne compte 23,2 % de ménages vulnérables contre 17,6 % en Normandie, 5^{ème} région de France métropolitaine la plus touchée (14 % en France)

²⁸ Source : Mutualité française « Carnet de santé France » – édition 2024 - [Le Carnet de santé de la France 2024](#).

- la « précarité énergétique mobilité » : l'Orne compte 18,8 % de ménages touchés contre 16 % en Normandie (13,8 % en France)²⁹

Enfin, les jeunes de moins de 30 ans sont les plus touchés par la pauvreté en Normandie comme en France.



Source : Insee, Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) - 2021

(Source : site Insee.fr - IDR - [Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires](#))

Sur le plan régional, une des composantes du PRS, le PRAPS Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins, vise à apporter des réponses adaptées aux personnes les plus démunies et à prendre en charge les situations de précarité. Le CRPA Conseil Régional des Personnes Accueillies/Accompagnées, quant à lui, dans son rapport d'activité 2023, alerte sur les problématiques de discrimination vécues dans l'accès à la santé et au soin qui se surajoutent aux difficultés propres à la précarité, dont peut être saisi le défenseur des droits. Il peut s'agir de difficultés d'écoute ou de stigmatisation dans la prise en charge de ces publics par les personnels soignants ou accompagnants, faute de formation ou d'outils appropriés, ou par méconnaissance de ces publics. À l'extrême, ces discriminations se matérialisent parfois par des refus d'accès aux soins pour les bénéficiaires de la PUMA, Protection Universelle Maladie – ex-CMU, couverture maladie universelle -, de la CSS, Complémentaire Santé Solidaire, ou de l'AME, Aide Médicale d'État.

1.4. Éducation de qualité



L'ODD 4 « Éducation de qualité » vise à « *garantir à chacun une éducation de qualité dans des conditions d'équité et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie, permettant de disposer des compétences, notamment techniques et professionnelles, nécessaires à l'emploi, à l'obtention d'un travail décent et à l'entrepreneuriat* ».

Dernier ODD significatif de la dimension sociale de l'accès à la santé, l'éducation figure au rang des déterminants qui impactent l'accès à la santé. Le niveau d'éducation est fortement corrélé aux trajectoires d'emploi et aux catégories socioprofessionnelles, et déterminant dans l'accès

²⁹ Source : INSEE Analyse n°69 - « la vulnérabilité énergétique touche un ménage normand sur six » - oct. 2019.

à l'information, l'accès à l'autonomie et la citoyenneté, l'accès aux droits en général et aux droits en santé en particulier. Il est également important dans le contexte actuel de responsabilisation accrue des individus face à leur propre santé, qui en appelle à leur capacité à acquérir la « littératie » en santé nécessaire pour se repérer dans l'ensemble complexe et technicisé du système de santé et de soins.

Sur le plan national, la progression dans l'objectif se mesure par le taux de sorties précoces du système scolaire des jeunes de 18-24 ans sans diplôme et qui ne sont plus ni en formation ni en emploi. Il est de 7,6 %, soit 9,2 % pour les hommes et 6 % pour les femmes en 2022. Il baisse légèrement depuis quelques années après une longue période de stabilité depuis 2014.

Au niveau régional, 2 indicateurs de mesure sont retenus. D'une part, les difficultés de lecture des jeunes de 16 à 25 ans mesurées lors des Journées Défense et Citoyenneté, sont plus importantes en Normandie qu'en moyenne, soit 12,2 % de jeunes touchés en 2023 (contre 10,8 %). D'autre part, la proportion des 20-24 ans sortis non diplômés est équivalente en Normandie à la moyenne en 2021, soit 15,6 % des jeunes, mais les évolutions en points, constatées à la baisse sur longue période entre 2010 et 2021, y sont plus lentes dans la région, soit - 4,9 pts (contre - 5,2 pts en moyenne en France métropolitaine).

Voilà ainsi dressé un panorama élargi des indicateurs de développement durable en rapport avec l'accès à la santé et au bien-être au sens de la définition de l'OMS, invitant à la vigilance tant sur les disparités territoriales, que sur les problématiques de vulnérabilité qui touchent les jeunes en particulier. L'ARS rappelle dans le Projet Régional de Santé qu'en 2022, le taux de non-recours aux soins sur les territoires les plus défavorisés est de 16,4 %, soit 3 points de plus que pour les territoires les plus favorisés.

L'action sur la source des inégalités sociales de santé, à laquelle la Région peut participer, constitue une des voies d'atténuation possible des difficultés d'accès à la santé, partout et pour tous, en complément de l'ensemble des dispositifs d'adaptation mis en place en direction des plus vulnérables.

2. Contexte sanitaire global : les enjeux pour les populations

Il convient de replacer l'approche de l'état sanitaire de la population normande dans un contexte plus global, au regard des grands enjeux ou défis de santé publique actuels ou à venir qui s'imposeront à toutes les échelles.

2.1. Structuration de la santé publique au fil du temps : la place de la prévention³⁰

« *La nature est le médecin des maladies* » (Corpus hippocratique, *Épidémies*) : dès les origines de la médecine, Hippocrate fait le lien entre l'apparition des maladies et les éléments de

³⁰ Source : CAIRN.INFO - [L'évolution des champs de la santé publique : quelques éclairages historiques | Cairn.info](https:// Cairn.info).

l'environnement physique. En l'absence des connaissances anatomiques et biologiques suffisantes, l'hygiène a constitué la base de la pensée en matière de santé publique qui pouvait constituer un rempart contre la maladie.

La santé publique, que l'on pourrait définir comme la préoccupation des autorités publiques envers la santé globale d'une population, a évolué au cours du temps en fonction des *« connaissances médicales mais également des attentes sociales, des comportements face à la santé et à la maladie, de l'organisation du système de santé, des contextes socio-économiques et politiques. »*

Son existence et son affirmation ont été historiquement rythmées par la survenue d'événements sanitaires affectant une large partie de la population. Ainsi, elle s'organise au Moyen Âge, à la survenue de la peste de 1347, premier épisode sanitaire de type épidémique qui a conduit à des mesures sanitaires collectives pour l'endiguer. Elle a poussé les bien portants à s'isoler de la vie sociale, les mesures organisées jusqu'alors étant les léproseries, isolant les malades pour protéger la communauté.

Au fil du temps, les mesures de prévention et d'hygiène associées aux modes de vie ont accompagné les progrès de la connaissance des causes d'apparition des maladies. Mais paradoxalement, les progrès thérapeutiques associés à la couverture sociale généralisée depuis 1945 ont permis le développement considérable et efficace du « curatif », pouvant laisser croire à la fin des épidémies, parce que le système les a « absorbées »³¹.

Dans les années 80, l'apparition du VIH³² a rebattu les cartes, et d'autres épisodes de crise sanitaire aigues, à l'échelle nationale ou internationale, ont laissé des traces³³.

Des mesures ont peu à peu renforcé la place de la prévention : parmi les objectifs de la loi relative à la santé publique du 9 août 2004, figure la réduction de la mortalité et morbidité évitables en particulier celles des populations fragilisées, et des inégalités de santé. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 et la création de Santé publique France, placé au service de la santé des populations, visent quant à elles *« la surveillance de la santé des populations et l'observation épidémiologique, la mise en place d'actions de prévention ou d'interventions en cas de situation sanitaire exceptionnelle, la promotion et l'éducation pour la santé, mais surtout la veille sur les risques sanitaires menaçant les populations, la préparation et la réponse aux menaces, alertes et crises sanitaires et le lancement de l'alerte sanitaire »*.

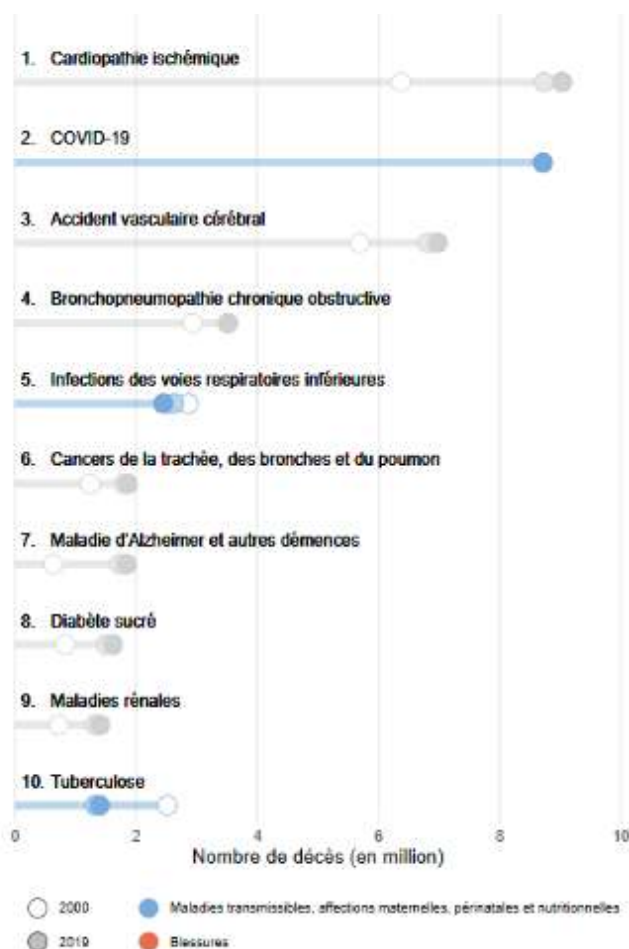
³¹ Deux pandémies grippales en 1957 (virus H2N2 ; 100 000 morts en France) et en 1968 (virus H3N2 ; 40 000 morts en France) sont presque passées inaperçues sur le moment (Source : CAIRN.INFO - [L'évolution des champs de la santé publique : quelques éclairages historiques | Cairn.info](#)).

³² VIH : Virus de l'immunodéficience humaine, qui cause le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA).

³³ Contamination au VIH des personnes transfusées, crises de la vache folle, scandale de l'amiante, hécatombe liée à la canicule, nouveau virus de la grippe H1N1.

Les 10 principales causes de mortalité dans le monde (2021)

Les lois successives prévoient de faire de la prévention le socle du système de santé français.



(Source : OMS - [Les 10 principales causes de mortalité](#))

2.2. Les nouveaux enjeux sanitaires³⁴

2.2.1. Des pathologies qui évoluent

Aujourd'hui, 60 % des maladies humaines infectieuses émergentes ont une origine animale et l'activité humaine a un rôle majeur dans leur propagation. Les changements climatiques sont un facteur aggravant³⁵, qui sera développé plus loin dans ce rapport.

En 2021, l'OMS dresse le panorama des principales causes de décès à l'échelle mondiale, avec une classification en 3 catégories : les maladies transmissibles (maladies infectieuses et parasitaires et affections maternelles, périnatales et nutritionnelles), les maladies

non transmissibles (chroniques) et les traumatismes.

En 2021, sept des 10 principales causes de mortalité dans le monde étaient des maladies non transmissibles, représentant 38 % de tous les décès enregistrés et 68 % des décès provoqués par les 10 principales causes de mortalité.

Mais bien entendu selon le pays et son niveau de revenu, les situations sont très différentes : plus on monte dans l'échelle des revenus, moins les causes principales de décès sont attribuables à des maladies transmissibles.

³⁴ Source : OMS - [Les 10 principales causes de mortalité](#).

³⁵ Source : CAIRN.INFO - [L'évolution des champs de la santé publique : quelques éclairages historiques | Cairn.info](#).

- Dans les pays à haut revenu, seules 2 des 10 principales causes de décès sont des maladies transmissibles, avec l’irruption de la COVID 19 qui a fait son entrée comme deuxième cause de mortalité à l’échelle mondiale.
- La situation est complètement inversée dans les pays à faible revenus, où 8 des 10 principales causes de décès sont des maladies transmissibles.

En France, les tumeurs sont la 1^{ère} cause de décès, représentant un quart des décès en 2022, la 2^{ème} cause sont les maladies cardio-neurovasculaires. Les enjeux relatifs à la progression des maladies chroniques (non transmissibles) y sont largement partagés, tout comme ceux de la lutte contre l’antibiorésistance, qui a d’ailleurs conduit à la définition d’un nouvel indicateur des ODD mesurant les septicémies causées par la résistance d’organismes aux antimicrobiens. Il en est de même pour les questions de santé mentale, avec une situation très dégradée voire alarmante notamment chez les jeunes, en France et plus particulièrement en Normandie et qui s’est encore significativement aggravée depuis la crise sanitaire. En revanche, dans un contexte d’échange mondialisé des flux de population et de **dérèglement climatique**,

La prévention et la protection des populations contre les épidémies et les pandémies virales récurrentes ou les risques épidémiologiques inconnus à l’heure actuelle, dont le développement est une quasi-certitude, constitue un des principaux défis à venir pour les pays développés.

2.2.2. La tendance lourde du dérèglement climatique³⁶

Il est important de rappeler dans les données de cadrage l’état actuel de nos connaissances en matière de dérèglement climatique, largement documentées notamment par les travaux du GIEC³⁷ à l’échelle internationale, et du GIEC normand à l’échelle de notre région.

Le GIEC qualifie l’évolution « d’une rapidité sans précédent, et avec des causes anthropiques sans équivoque ».

Les défis posés sont placés depuis de nombreuses années au cœur de l’ensemble des politiques publiques. Celle de la santé ne saurait y échapper et les conséquences actuelles et potentielles seront détaillées plus loin dans une partie du *Chapitre 2* dédié à l’environnement.

Les pouvoirs publics ont ainsi adapté les réglementations en vigueur et le cadre d’intervention des différentes politiques pour atteindre un objectif collectif de lutte contre le dérèglement climatique. Il s’agit d’une ambition internationale discutée et partagée lors des COP successives, COⁿférences des Parties de la CCNUCC Convention Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques.

À cet égard, la COP21 s’est traduite par « l’accord de Paris » de 2015, premier traité international juridiquement contraignant qui prévoyait d’entrer dans une trajectoire de limitation du réchauffement climatique à un maximum de + 2°C en 2100, en référence à l’ère

³⁶ Description figurant dans le rapport du CESER de 2023 « habiter en Normandie en 2040 », à partir des sources extraites du rapport du CESER de 2020 « enjeux climatiques : comment les collectivités territoriales peuvent agir », et des travaux du GIEC normand (accessibles depuis le site Région [GIEC normand | Région Normandie](#)).

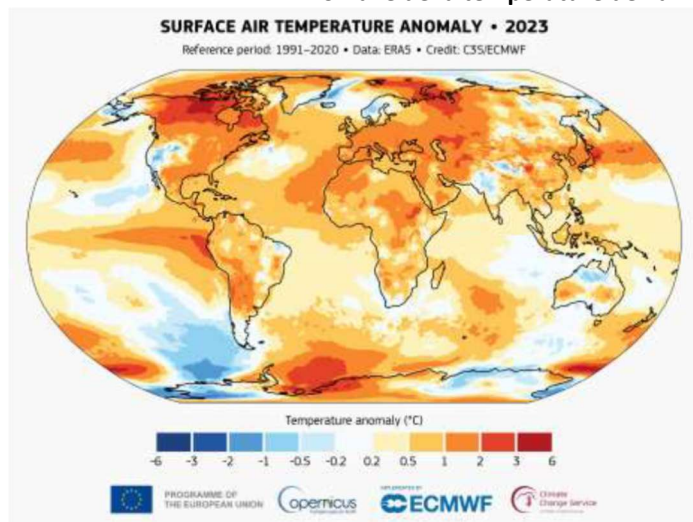
³⁷ GIEC : Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Évolution du Climat.

préindustrielle. En ligne de mire, l'objectif intermédiaire était d'atteindre la neutralité carbone en 2050, soit l'équilibre entre les GES, Gaz à Effet de Serre, émis et absorbés, leur concentration dues aux émissions d'origine anthropique étant la source du réchauffement. Les objectifs ont été fixés pour permettre aux décideurs d'envisager immédiatement les mesures conjointes d'atténuation et d'adaptation appropriées à chaque situation de chaque territoire. En Europe, cet accord a été transposé dans le « green deal », pacte vert européen, et en France, les lois adoptées successivement depuis 2015 sur l'énergie, les transports et la mobilité, et la loi « climat et résilience » de 2021, sont venues compléter les orientations déjà adoptées dans les stratégies nationales et régionales pour la biodiversité pour lutter contre son déclin, et restaurer les écosystèmes essentiels dans l'équation de la neutralité carbone. Le respect de la trajectoire intermédiaire de neutralité carbone à 2050 est une des composantes essentielles de ce scénario dit « optimiste ». Néanmoins, les COP qui se succèdent font le constat du retard pris collectivement sur cette trajectoire.

- **Des prévisions mondiales de réchauffement climatique revues à la hausse**

Pour mémoire, la décennie 2011-2020 a été la plus chaude, avec un excédent de température de + 1,09°C par rapport à la température moyenne pour la période 1850-1900, dont + 1,07°C du réchauffement est directement attribuable aux activités humaines. Cela s'accompagne d'une augmentation de la fréquence et de l'intensité des épisodes météorologiques et climatiques extrêmes partout dans le monde (vagues de chaleur, précipitations, sécheresse, cyclones tropicaux, etc.).

Anomalie de la température de l'air en surface pour 2023



Source : GIEC Normand 2 – « Changement climatique et aléas météorologiques en Normandie » - avril 2025 - [GIEC normand | Région Normandie](#)

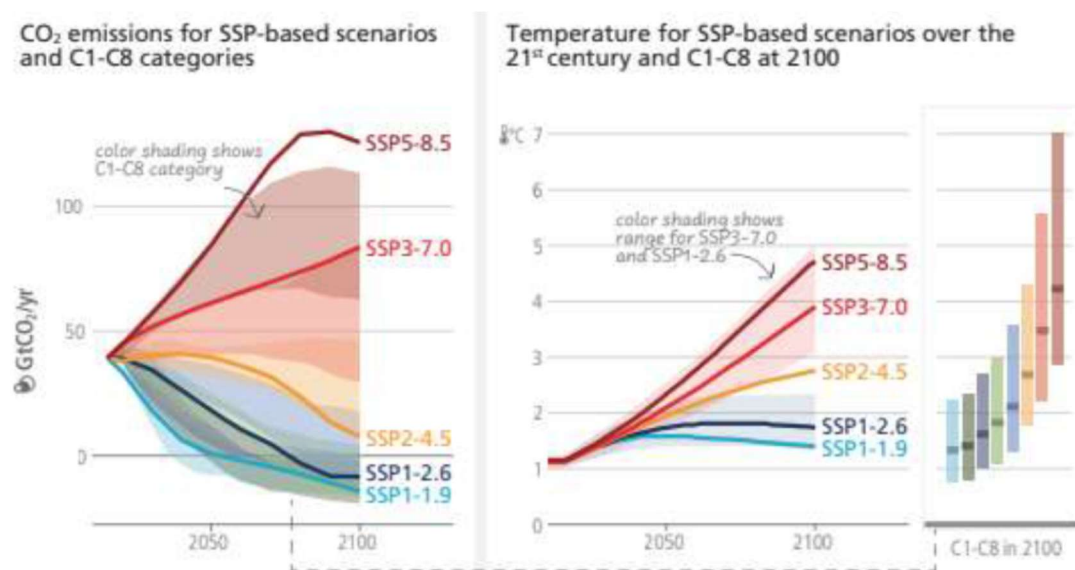
Le GIEC est ainsi amené à réviser régulièrement ses prévisions. Les estimations « probables » des élévations de température sont désormais révisées à la hausse quel que soit le scénario envisagé, et la probabilité d'atteindre le scénario

intermédiaire se réduit. Aujourd'hui, les scénarios pessimistes de départ deviennent désormais les scénarios les plus réalistes.

La nouvelle fourchette du réchauffement des températures se situe entre + 2,7°C, estimation envisagée, à + 3,5°C, estimation la plus probable en 2100 pour le scénario intermédiaire (SSP2).

Le scénario extrême (SSP5) va quant à lui jusqu'à une fourchette comprise entre + 4,4°C, estimation envisagée, et + 5,7°C, estimation la plus probable en 2100.

Scénarios comparant réduction des GES et élévation de températures



Source : GIEC Normand 2 – « Changement climatique et aléas météorologiques en Normandie » - avril 2025

- **Un contexte international de plus en plus incertain**

L'absence d'engagement politique sur la trajectoire initiale de la part de grandes puissances mondiales très émettrices de GES est une donnée qui pèse lourdement dans la prise en compte de ce défi du XXI^e siècle. Les récentes décisions prises par les Etats-Unis de remettre en cause de façon radicale tout engagement en faveur du climat ou de la protection de l'environnement marquent une rupture importante³⁸. Elles vont vraisemblablement réduire encore davantage les probabilités de contenir l'élévation des températures dans les fourchettes estimées. Par ailleurs, ses positions diplomatiques et commerciales rebattent les équilibres internationaux et pèsent sur les économies mondiales. Les deux phénomènes conjugués présentent le risque de voir reculer les ambitions de lutte contre le changement climatique d'autres pays contraints d'arbitrer entre les priorités de politiques publiques et économiques, voire tentés de céder aux sirènes d'un climato-scepticisme décomplexé.

- **L'adaptation du PNACC à un réchauffement de + 4°C en 2100**

La version 3 du PNACC, Plan National d'Adaptation au Changement Climatique, actuellement en vigueur pour la période 2024-2028, vise désormais à préparer la France à un réchauffement de + 4°C, avec des paliers jusqu'en 2100. L'ancienne version tablait sur un réchauffement maximum de + 2°C.

³⁸ Décisions traduites par le retrait de l'Accord de Paris, des partenariats pour une transition énergétique juste aidant les pays à sortir de l'énergie carbonée, réduction des programmes de recherches des scientifiques sur le climat, retour arrière sur les normes en matière d'émissions polluantes des automobiles, annonce d'un retrait de la CCNUCC, rejet des ODD, etc.



(Source : ministère de la Transition écologique -2025 - [Un nouveau plan national pour s'adapter au changement climatique](#) / [Centre de ressources pour l'adaptation au changement climatique](#))

Le PNACC, avec des actions immédiates pour préparer 2030, ne propose pas de renoncer à l'atténuation, mais de se préparer de façon réaliste et lucide à supporter le réchauffement par des adaptations, à appliquer dans tous les documents de politique publique nationaux et les schémas régionaux, vers des trajectoires sur 30 ans et des options à 2100. À l'échéance de notre étude en 2050, la valeur du réchauffement prise en compte dans le plan, soit + 2,7°C, se situe au-delà du scénario pessimiste de départ.

Les impacts seront inévitables en matière de santé publique. Aussi, dans le cadre de cette nouvelle trajectoire, le PNACC annonce le lancement d'une « *étude sur les conséquences du changement climatique sur notre système de santé et les moyens pour l'adapter et assurer la continuité de l'offre de soin sur l'ensemble du territoire* ».

Il s'agit de préparer le passage d'une situation actuelle, où les connaissances sur les effets directs ou indirects du changement climatiques sont répertoriées, à une situation future où ces effets seront conjugués avec certitude à ceux de la survenue cyclique de macro-dérèglements sanitaires.

- **La Normandie impactée par le dérèglement climatique³⁹**

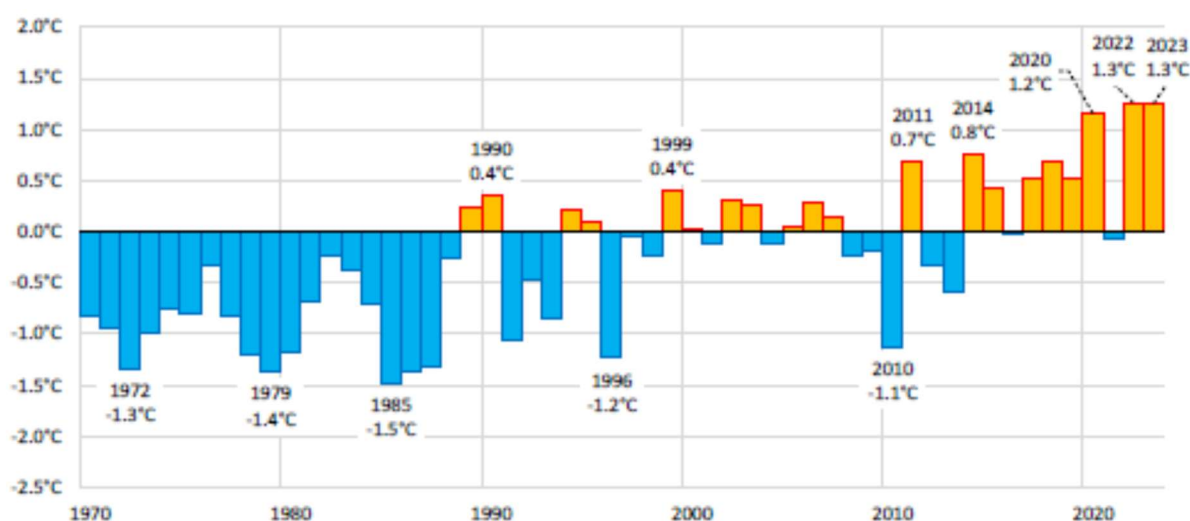
La Normandie fait figure de région « fraîche » dans un pays au climat lui-même tempéré. S'il est vrai que sa situation géographique la préserve des fortes élévations de températures, relativement à d'autres régions métropolitaines, les vecteurs de risques sanitaires n'en sont pas moins présents, et se manifestent localement de façon différenciée.

— Sur une longue période, le réchauffement se confirme par les écarts constatés :

On est passé d'une situation de stabilité relative entre 1970 et 1988, avec une tendance moyenne de + 0,05°C, à une période de réchauffement entre 1989 et 2023 avec une tendance moyenne de + 1,05°C. Globalement, la tendance moyenne est de l'ordre de + 2°C, avec une intensité nuancée, plus forte dans l'est de la région, recouvrant une hausse du nombre de jours de *chaleur* ($\geq 25^{\circ}\text{C}$), de *forte chaleur* ($\geq 30^{\circ}\text{C}$) et de *très forte chaleur* ($\geq 35^{\circ}\text{C}$), et une baisse du nombre de jours de *froid* ($\leq 0^{\circ}\text{C}$), de *grand froid* ($\leq - 5^{\circ}\text{C}$) et de *très grand froid* ($\leq - 10^{\circ}\text{C}$).

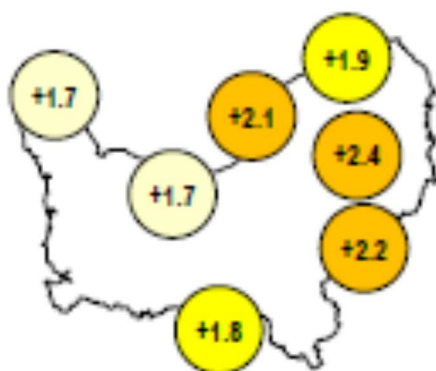
³⁹ Source : GIEC Normand 2 – « Changement climatique et aléas météorologiques en Normandie » - avril 2025.

Ecart à la moyenne 1991-2020 de la température moyenne régionale

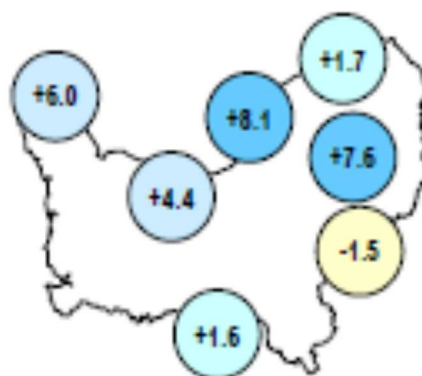


Élévation des températures entre 1970 et 2023 – Variation des précipitations entre 1971 et 2020

Tendance (°C) des températures sur la période 1970-2023



Evolution (%) du cumul entre 1991-2020 et 1971-1990



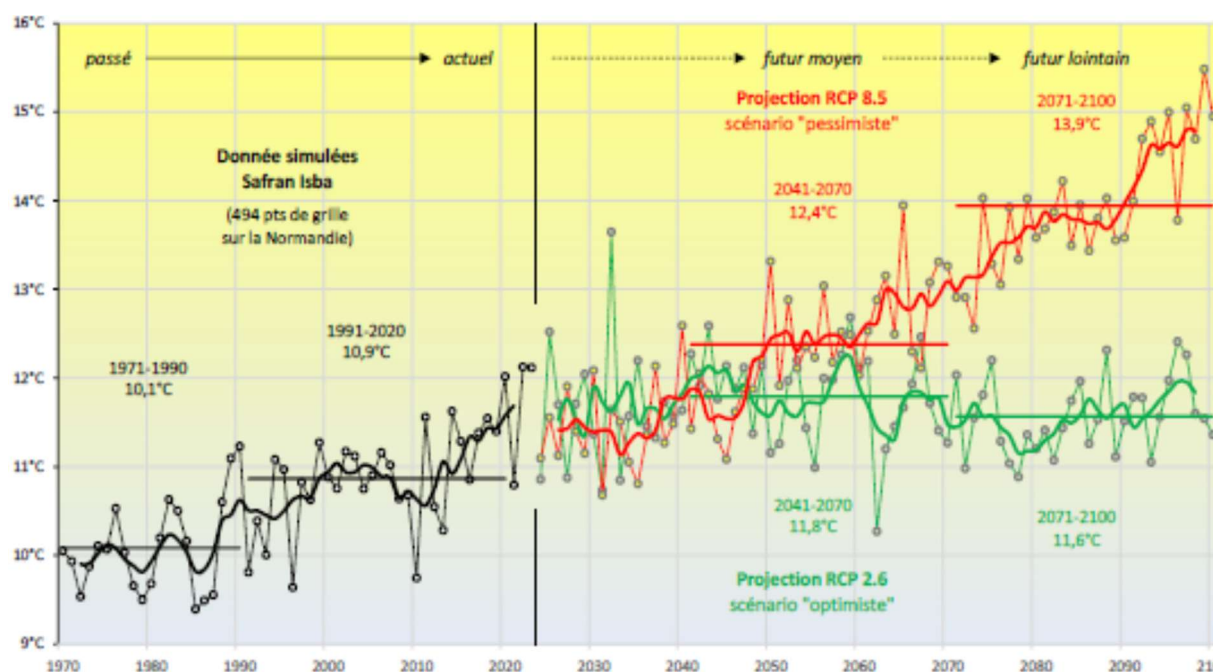
Source : GIEC Normand 2 – « Changement climatique et aléas météorologiques en Normandie » - avril 2025

– Des évolutions de température revues à la hausse :

Le GIEC normand et ses partenaires ont pu approfondir des scénarios par une déclinaison régionale du « réchauffement global », montrant une importante sensibilité à la température d'ici 2050, évoquée ici par quelques indicateurs dans les graphiques suivants, et dans une moindre mesure aux autres paramètres météorologiques (précipitations, vent, ensoleillement) dont les effets interviendraient après 2050.

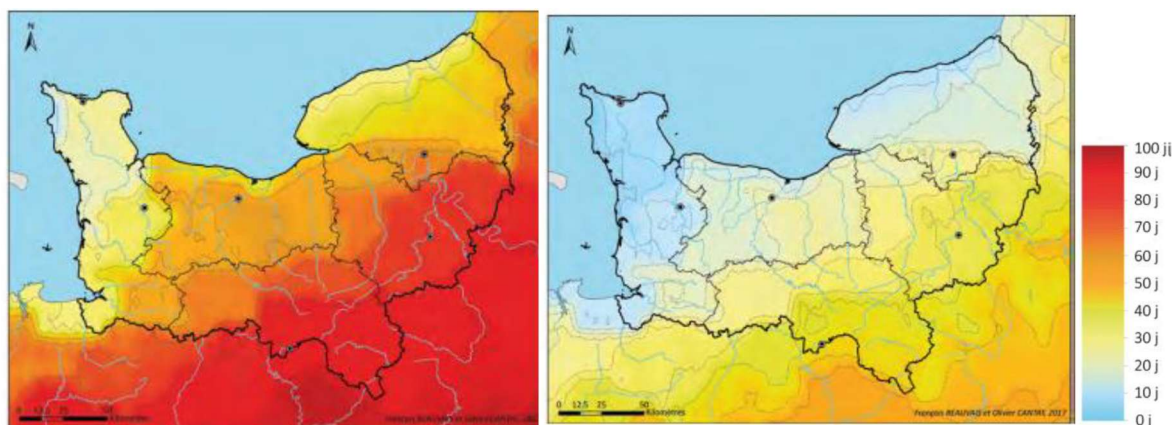
La réactualisation du scénario global du GIEC est transposable à la Normandie, avec l'abandon du scénario optimiste qui reposait sur l'application immédiate des mesures de l'accord de Paris, pour un scénario à environ +3,5°C en hypothèse haute, soit légèrement moins qu'en moyenne en France métropolitaine. Les scénarios s'écartent à partir de 2045 et se différencient nettement après 2060.

Evolution des températures moyennes régionales passées, actuelles et futures selon 2 scénarios du GIEC

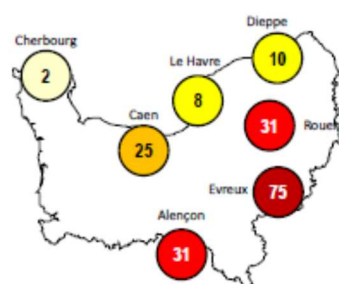


Les conséquences sur le territoire de ces évolutions, mesurées en nombre de jours annuels de chaleur ($\geq 25^{\circ}\text{C}$) seraient les suivantes :

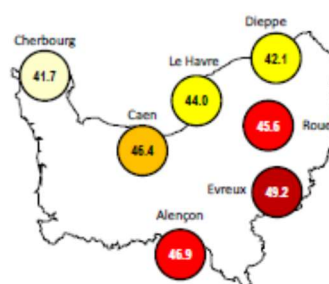
Scénario pessimiste à + 3,5°C sans politique climatique **Scénario optimiste à + 1°C avec politique climatique**



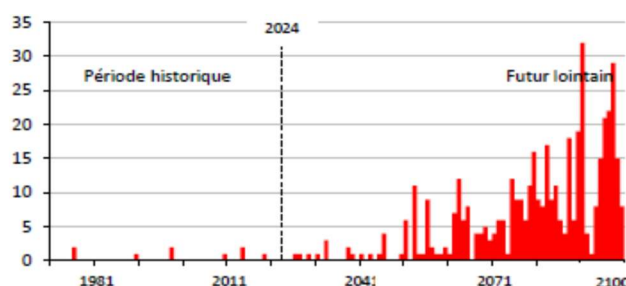
Par rapport à la période de référence, dans le scénario pessimiste, on passerait en moyenne par an de 16 à 50 jours de chaleur ($\geq 25^{\circ}\text{C}$), avec de fortes disparités territoriales. Quant aux épisodes de fortes chaleurs ($\geq 35^{\circ}\text{C}$), ils pourraient se reproduire jusqu'à 50 jours (contre 4 en moyenne aujourd'hui). Les jours de forte chaleur et l'intensité des températures pourraient varier fortement entre le nord-ouest ou le littoral et le sud-est du territoire, qui s'approcherait du climat du domaine méditerranéen français actuel. Ainsi, entre 2071 et 2100, les nombres de jours de chaleur et les températures maximales rencontrées pourraient être les suivantes :

Nombre de fois/an $\geq 40^{\circ}\text{C}$ 

Température maximale absolue



Evolution prévisible du nombre de nuits tropicales à Caen jusqu'en 2100 (scénario pessimiste)



Dans ces conditions climatiques, l'aménagement des espaces, et notamment des espaces urbains, jouera un rôle important pour le ressenti des fortes chaleurs par la population, selon la proportion entre les IFU, îlots de fraîcheur urbains, et les ICU, îlots de chaleur urbains. À titre d'exemple, on a relevé à Caen lors d'une nuit caniculaire de juillet 2022, une différence de température jusqu'à $+6^{\circ}$ entre les 2 types de zones, l'IFU de La Prairie ($19,2^{\circ}$) et l'ICU de la place Bouchard ($25,2^{\circ}$).

Ce panorama nous a conduit à considérer le dérèglement climatique et ses diverses traductions comme une tendance lourde dans notre étude au regard de l'aggravation des risques qu'il fait peser sur la santé humaine, parfaitement localisables et diversifiés en Normandie.

2.2.3. Le vieillissement de la population

Nous aborderons dans le chapitre spécifique dédié à la démographie (*chapitre 1*) les données propres au vieillissement de la population normande.

Le vieillissement et le grand-âge en particulier entraînent des besoins spécifiques de santé et de soins en lien avec les pathologies qui se développent, ainsi que des besoins d'accompagnement pour palier la progression du manque d'autonomie dans les gestes de la vie quotidienne, avec des degrés variables dans la dépendance. De plus en plus fréquemment, ce vieillissement se déroule au domicile, ce qui correspond majoritairement au souhait des personnes. En tout état de cause, les besoins d'accompagnement qui vont croître seraient difficilement couverts par les capacités d'accueil en structures adaptées, de sorte que le « virage domiciliaire » est devenu un défi auquel il faut se préparer collectivement.

Les questions posées par le vieillissement et le grand-âge apparaîtront donc en récurrence dans chacune des variables développées par la suite sous différents angles.

Chapitre 1 : Démographie

Il s'agit du premier sujet à faire l'objet d'une présentation en raison du poids déterminant qu'il occupe dans toutes les sphères de la vie économique et sociale. La grande majorité des indicateurs utilisés ici sont issus des travaux de l'INSEE, Institut National de la Statistique et des Études Économiques, et de leur mise à jour régulière qui stabilise au temps T les situations, en corrigeant les prévisions basées sur des hypothèses. Bien que considérées comme lentes, les transitions démographiques sont bien réelles sur le temps long. Ainsi, ce thème est traité en préambule de toutes les études prospectives exploratoires ou stratégiques menées par le CESER de Normandie, moyennant une mise à jour des données et l'adaptation de leur présentation au sujet de l'étude en cours.

1. Définition

La démographie peut se définir comme l'ensemble des données numériques caractérisant les évolutions d'une population dans un espace donné et sur une période de référence. C'est également l'ensemble des méthodes dédiées à l'étude et à l'analyse quantitative et qualitative des populations et de leur dynamique.

2. Les principaux indicateurs de la démographie

Le volume de la population : mesuré à l'aide du recensement régulier de la population, il est disponible à différentes échelles de territoire et éclaire sur la répartition entre les différentes tranches d'âge ainsi que sur les densités de peuplement. Ses évolutions observées sur longue période, renseignent sur les dynamiques démographiques et les typologies de population présente sur les territoires, ainsi que sa structure par classe d'âge et par genre.

Les dynamiques démographiques : elles s'appréhendent à partir de 3 principaux indicateurs. D'une part, le solde naturel représenté par l'écart entre les naissances et les décès domiciliés dans un espace, et d'autre part les flux migratoires, dont le solde migratoire représenté par l'écart entre les arrivées et les départs.

Les naissances renseignent sur la capacité à assurer le renouvellement des générations, et sont appréhendées principalement par le taux de natalité, qui rapporte le nombre de naissances à la population totale de l'année, et par l'indicateur conjoncturel de fécondité, mesurant le nombre d'enfant qu'aurait une femme dans sa vie si le taux de fécondité à chaque âge de l'année de référence restait inchangé.

L'espérance de vie à la naissance ou à un âge donné : à partir de ces données, le calcul de l'espérance de vie représente le nombre moyen d'années qu'une personne peut s'attendre à vivre si les conditions de mortalité observées dans l'année se maintenaient. Cet indicateur est en lien immédiat avec l'état de santé de la population, lui-même dépendant largement de facteurs exogènes socio-économiques, culturels, comportementaux, et les modes de vie en général qui impactent également les comportements de fécondité.

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et enjeux en Normandie

3.1. Dynamiques démographiques : une situation atone, dépendante des flux migratoires

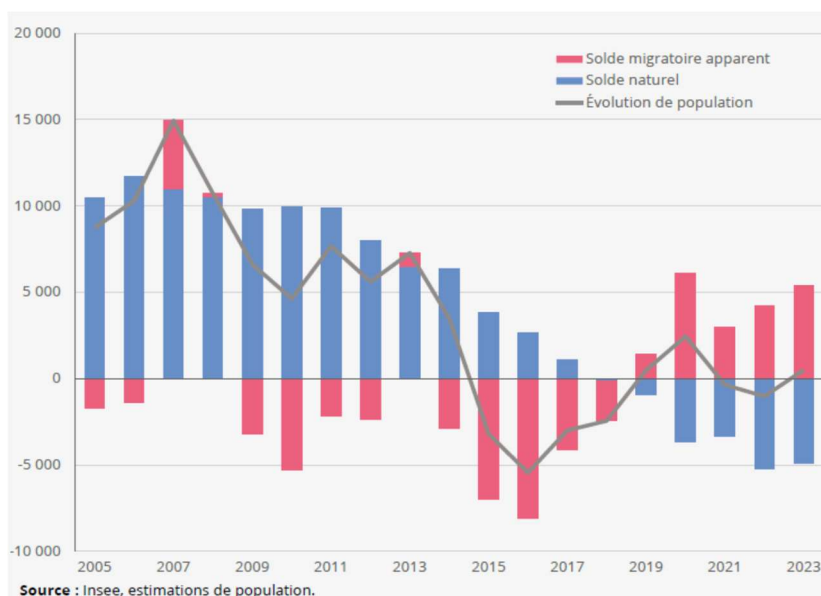
- **La démographie déclinante en Normandie : une inversion des courbes dès 2018⁴⁰**

Avec ses **3 327 000 habitants** au 1^{er} janvier 2024, la Normandie représente 5 % de la population et se situe au **10^{ème} rang** des 13 régions métropolitaines, totalisant 66 142 900 habitants.

Désormais la population normande a tendance à décliner.

La Normandie a longtemps connu un solde naturel positif qui compensait encore le déficit migratoire. Mais depuis 2018, cette situation s'est inversée, puisqu'on observe des dynamiques démographiques qui affichent désormais un solde migratoire positif alors qu'il ne l'a été que rarement par le passé. Nous avons encore peu de recul pour parler de tendance.

Solde naturel, solde migratoire apparent et évolution de la population en Normandie depuis 2005



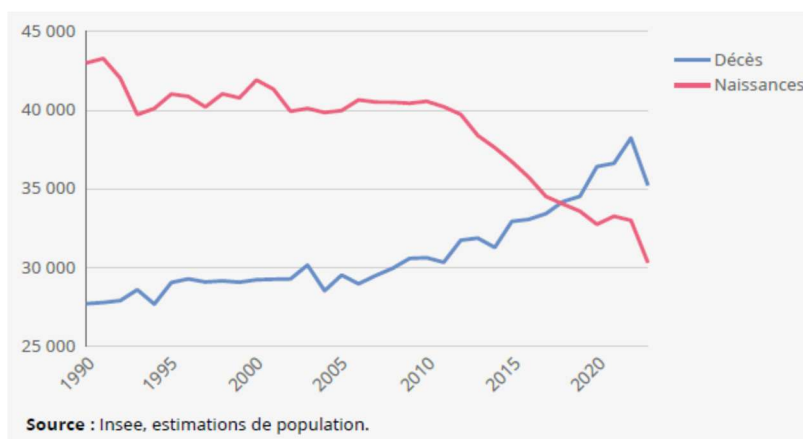
(Source : INSEE Analyses Normandie - n° 122 - Avril 2024)

Ces flux de migration constituent un facteur discriminant des dynamiques démographiques en Normandie.

Cependant, le solde migratoire positif ne compense pas le solde naturel négatif. Le croisement des courbes des décès et naissances observé vers 2018 en Normandie ne s'est pas encore produit à l'échelle de la France métropolitaine où le solde naturel, bien que s'amenuisant fortement aux mêmes dates, reste encore positif en 2023.

⁴⁰ Cet état des lieux a été réalisé à partir des productions disponibles début 2025, soit des données 2024.

Naissances et décès en Normandie de 1990 à 2023



(Source : INSEE Analyses Normandie - n° 122 - Avril 2024)

- **Un volume de femmes en âge de procréer et des indices conjoncturels de fécondité en baisse**

Le nombre de naissances est une des composantes essentielles des dynamiques démographiques. Aujourd'hui, le nombre d'enfants par femmes ne permet plus le renouvellement des générations, qui s'établit au seuil théorique de 2,05 enfants par femme. L'INSEE a observé un indicateur conjoncturel de fécondité normand historiquement bas en 2023, de 1,68 enfant par femme, même s'il reste légèrement au-dessus de la moyenne nationale (1,64). Par ailleurs, l'observation de la pyramide des âges croisée avec la baisse amorcée de population en Normandie entraîne mécaniquement une diminution effective du nombre de femmes en âge de procréer, sur la tranche des 15-49 ans.

Comme rappelé plus haut, cet indicateur est également soumis à l'évolution des modes de vie. Au-delà du recul de 5 ans de l'âge du 1^{er} enfant, observé depuis 2014, soit 31 ans en Normandie contre 30 ans en France métropolitaine, ce recul est susceptible d'altérer les conditions de fertilité. Par ailleurs, le regain d'incertitude face à l'avenir peut amplifier l'anxiété de procréer, dans une société où l'individualisation croissante des valeurs valorise le libre arbitre.

- **Une très légère recrudescence de la mortalité infantile ⁴¹**

Il s'agit d'un signal faible mais d'ores et déjà perceptible : en forte baisse sur longue période, une légère hausse du taux de mortalité infantile est constatée depuis 2015 alors qu'il continue de diminuer en Europe, il s'établit à 4,0 ‰ en 2023. La Normandie affiche toutefois un taux moindre (3,6 ‰ en 2022), le plus élevé étant en Seine-Maritime (3,8 ‰). Les explications sont multifactorielles, néanmoins le facteur le plus discriminant est celui des grossesses multiples (taux de mortalité infantile de 16,70 ‰). Cette tendance pourrait s'accroître sous l'effet cumulé du recul de l'âge du 1^{er} enfant et de la proportion de grossesses multiples enregistrées

⁴¹ Mortalité infantile : enfants nés vivants et décédés à moins d'1 an - Source : « Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France » - INSEE Première – n°2048 – avril 2025.

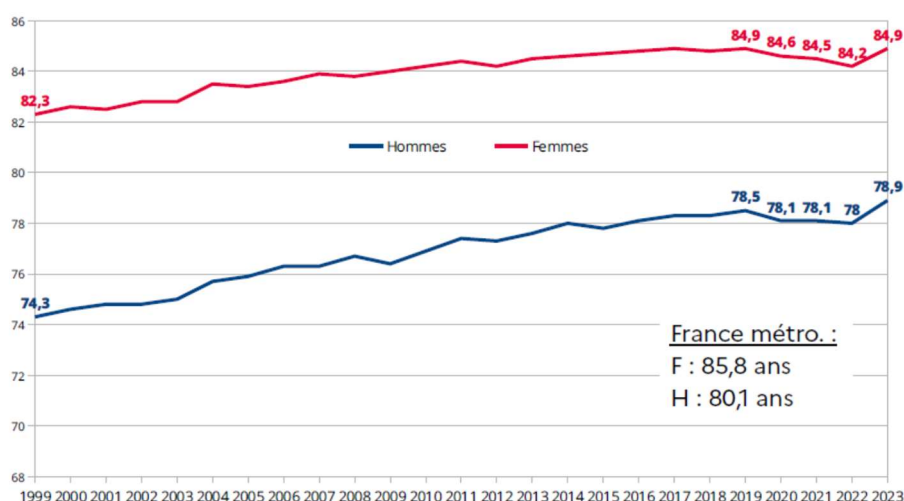
au-delà de 38 ans. La hausse spectaculaire de près de 80 % du taux de gémellité observée depuis le début des années 1970⁴² est imputée pour 1/3 au retard de l'âge de la maternité, et pour 2/3 aux traitements contre la stérilité (stimulations hormonales, assistance médicale à la procréation).

- **Une espérance de vie toujours en retrait malgré sa progression**

Les données de cadrage présentées en introduction de la Partie II donnent un éclairage complet sur la situation sanitaire de la Normandie. En matière de démographie, les variations de l'espérance de vie entrent en ligne de compte dans le rythme et le volume projeté des décès.

Si cet indicateur a connu une courte période de stagnation, voire de baisse en lien avec la crise sanitaire COVID, il est reparti ensuite à la hausse en 2023 rejoignant la tendance croissante sur longue période. Toutefois, il reste bien en retrait sur la moyenne nationale. La Normandie est en effet la 2^{ème} région la plus fortement touchée par la mortalité prématurée avant 65 ans.

Espérance de vie à la naissance en Normandie



(Source : INSEE – Audition au CESER – sept. 2024)

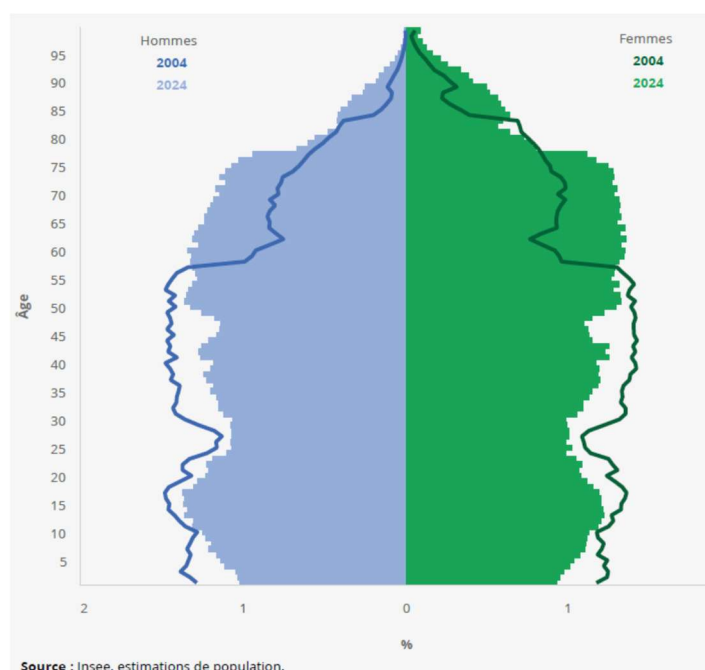
- **Le vieillissement, une tendance lourde et une accélération rapide**

La pyramide des âges en Normandie montre une proportion de la tranche d'âge des plus de 65 ans désormais plus élevée que celle des jeunes de moins de 20 ans.

La Normandie reste moins âgée que la moyenne de la France de province, mais elle connaît un vieillissement très rapide, avec des dynamiques de vieillissement plus fortes en zones rurales et littorales. Elle présente en 2023 un indice de vieillissement plus élevé que la moyenne, soit 102 personnes âgées de plus de 65 ans pour 100 jeunes âgés de moins de 20 ans (contre 94,5 en France métropolitaine).

⁴² Source : INED – Site « [Le boom des jumeaux - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques](#) ».

Pyramide des âges de la population normande aux 1^{er} janvier 2004 (trait) et 2024 (plein)



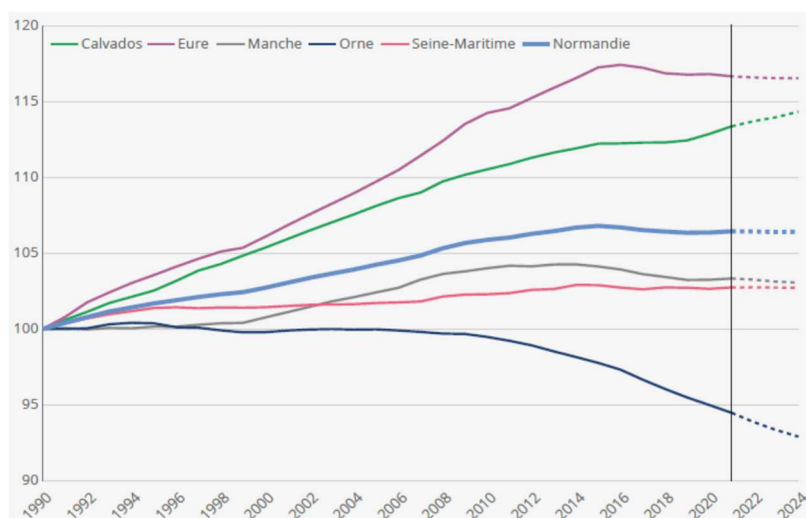
(Sources : INSEE Analyses Normandie - n° 122 - Avril 2024)

3.2. Des situations infra-territoriales contrastées

• Des dynamiques démographiques variables selon les départements

La composition démographique et les équilibres par tranche d'âge sur les infra-territoires sont importants à observer, car révélateurs de besoins de santé différenciés appelant des prises en compte distinctes selon les segments d'âge de la vie. Sur le long terme, les dynamiques démographiques ont été très contrastées selon les départements.

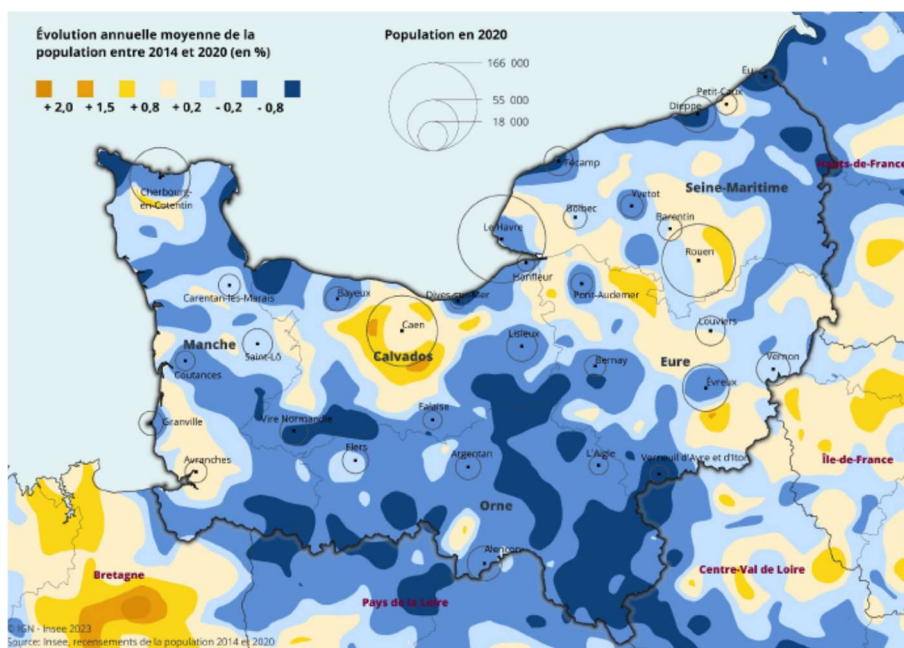
Evolution annuelle de la population normande De 1990 à 2020 - Base 100 en 1990



(Source : INSEE Analyses Normandie - n° 122 - Avril 2024)

27
14
N^{ie}
50
76
61

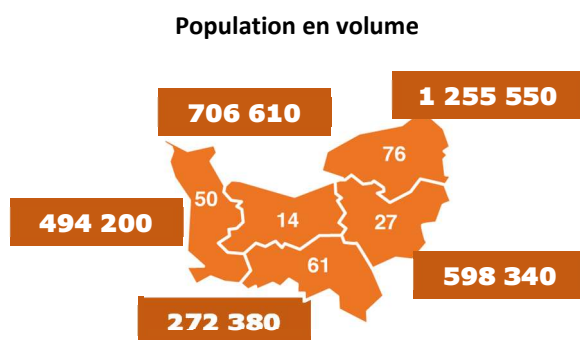
Entre 2014 et 2020 (en %)



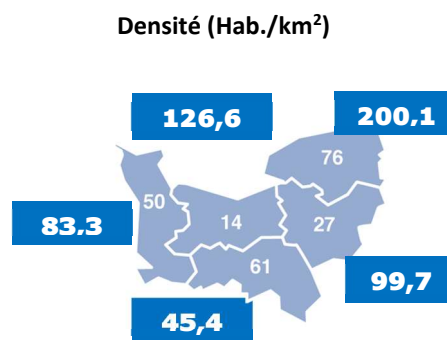
(Source : INSEE – Audition au CESER – sept. 2024)

L'Eure et le Calvados affichent des évolutions supérieures à la moyenne régionale, et ce, depuis 1962, alors qu'elles sont en retrait dans la Manche, la Seine-Maritime et surtout dans l'Orne. La baisse démographique s'étend désormais sur une grande partie de la région, les poches de croissance démographiques restent concentrées au pourtour des grandes agglomérations et vers les franges franciliennes.

- Aujourd'hui, des départements diversement peuplés



(Source : INSEE – estimations démographiques 2024)

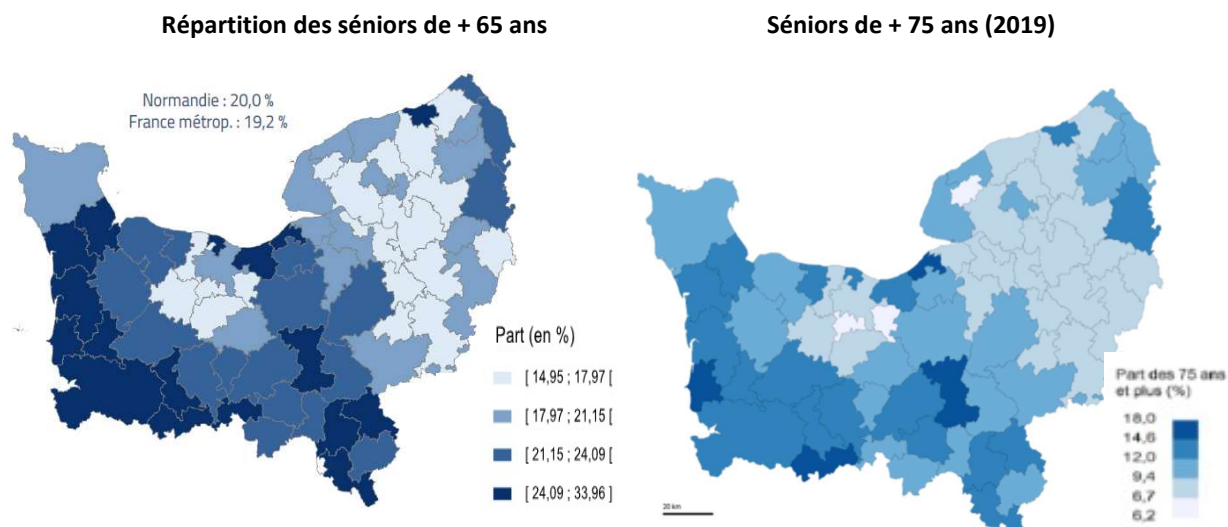


Site INSEE.fr – population par département

La densité moyenne est de 111 habitants au km², légèrement inférieure à la France métropolitaine (116 hab./km²) mais supérieure à celle de la France de province (96 hab./km²). Le département de Seine-Maritime concentre à lui seul 37,8 % de la population normande. L'évolution des besoins en santé de la population sera donc à rapporter au volume d'habitants et à leur répartition géographique sur le territoire, où ¼ de la population vit en zone rurale.

- **Des territoires inégaux face au vieillissement**

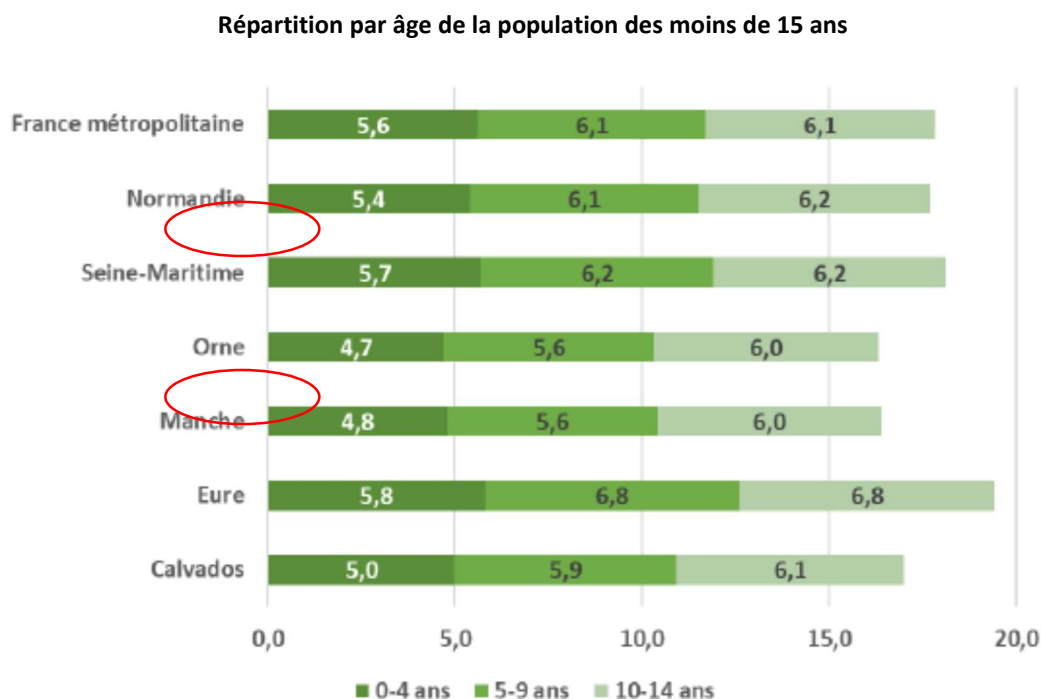
Au regard de l'indice de vieillissement de 2023, les situations sont contrastées. Seuls les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime présentent plus de jeunes que de seniors.



(Sources : INSEE -- RP 2019 -- exploitation ORS CREA pour actualisation diagnostic du PRSE4)

- **Une jeunesse inégalement répartie sur le territoire**

La classe d'âge des moins de 15 ans qui constituera le vivier des jeunes actifs à l'horizon de l'étude présente également des besoins de santé spécifiques, de la petite enfance à l'adolescence. Elle est particulièrement sensible aux vulnérabilités sociales qui touchent les familles, et prédomine dans l'Eure et la Seine-Maritime.



(Source : actualisation diagnostic du PRSE4 -Exploitation ORS-CREA Normandie des données RP 2019 de l'INSEE)

4. Que peut-il advenir ? Analyse prospective à 2050

L'état des lieux qui précède met en exergue des tendances de fond :

- une dynamique démographique qui dépend de plus en plus des flux migratoires,
- une population qui décline globalement et qui vieillit,
- des situations territoriales très contrastées au regard de la répartition des classes d'âge.

Les problématiques démographiques posées à 2050 dépendront en partie de la mutation de ces tendances. Le modèle OMPHALE⁴³ de projection de population de l'INSEE propose divers scénarios à 2070, qui sont basés sur la photographie de départ de la démographie en région ainsi que sur des hypothèses d'évolution des indicateurs de fécondité, de mortalité et de migration. Les résultats varient entre une fourchette basse et haute autour d'un scénario central, présenté ici, prenant pour hypothèse la prolongation des tendances récentes.

On peut légitimement se poser la question de la pertinence à envisager ou pas des scénarios compte tenu du poids des tendances de fond et du peu de marge de manœuvre des acteurs locaux pour peser sur les indicateurs propres à la démographie. Leur évolution sur le territoire reste largement dépendante des situations contrastées qui peuvent se rencontrer en 2050 sur les autres variables déterminantes dans l'accès à la santé et dans l'amélioration de l'état sanitaire de la population, ainsi que des profils migratoires des territoires qui découleront pour partie de leur attractivité et des mesures particulières prises pour la renforcer.

Néanmoins, l'analyse présentée tente de mettre en lumière les points de vigilance à observer en Normandie à partir des poursuites de tendances du scénario central de l'INSEE, dont les hypothèses nationales sont appliquées aux données de population normande, et de pointer d'éventuelles hypothèses en rupture. Les données de cadrage ont mis en lumière un tableau clinique particulièrement défavorable, qu'il s'agisse des indicateurs de santé dans leur dimension clinique liée aux pathologies ou à l'accès aux soins, ou plus largement de la dimension sociale d'accès à la santé et au bien-être.

4.1. Les projections de population de l'INSEE⁴⁴

Pour illustrer les problématiques démographiques essentielles qui impacteront l'accès à la santé des Normands en 2050, nous avons choisi de mettre en relation 3 tendances issues des projections : le volume de population, son vieillissement, au regard des demandes de la population envers le système de santé, et le volume des actifs normands dont font partie les professionnels de santé.

⁴³ OMPHALE Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Élèves (modèle 2022 basé sur le recensement de 2018).

⁴⁴ Les données présentées dans ce paragraphe sont issues du modèle Omphale 2022, présentées lors de l'audition au CESER en septembre 2024. Les projections sont basées sur la situation stabilisée du recensement de 2018.

- **En volume, toujours moins de Normands**

Avec une courbe en baisse constante, la Normandie perdrait presque 250 000 habitants d'ici 2050, et passerait en dessous du seuil des 3 millions en 2070. Ce ralentissement ne s'observe en France qu'aux alentours de 2045, puis la baisse s'amorce seulement après 2050.

Évolution de la population entre 2018 et 2070 (base 100 en 2018) – Normandie et par département



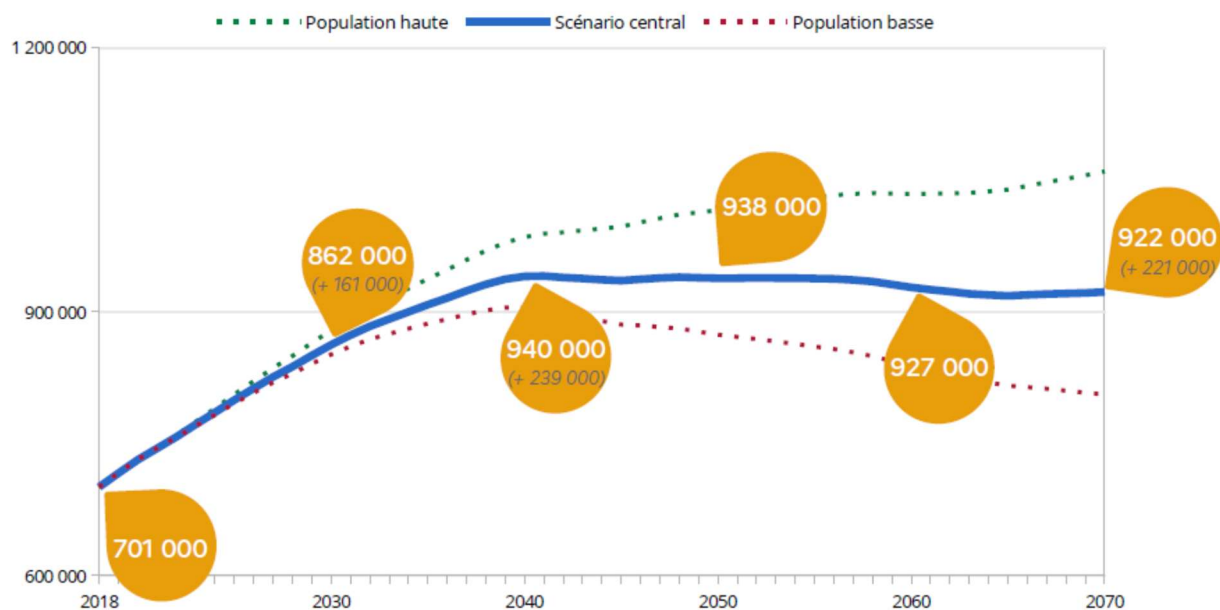
- **Des Normands toujours plus âgés**

Si les séniors de plus de 65 ans représentaient 20,6 % de la population en 2016, l'INSEE estime cette part à 30 % en 2050, soit la 2^{ème} plus forte croissance de France. Néanmoins la trajectoire va comporter deux grandes périodes. En effet, le pic sera atteint en 2040. Puis avec la disparition progressive de la génération des babyboomers, la courbe suit un plateau jusqu'en 2050 avant d'amorcer une baisse progressive.

Dans la mesure où l'on estime actuellement que 80% des dépenses de santé interviennent après l'âge de 60 ans et dans la dernière année de vie, le système de soins sera lourdement

impacté par le poids de cette classe d'âge dans la population et ce, de façon croissante jusqu'à 2040. De 2040 à 2050 au moins, il devra absorber un volume quasi identique d'utilisateurs.

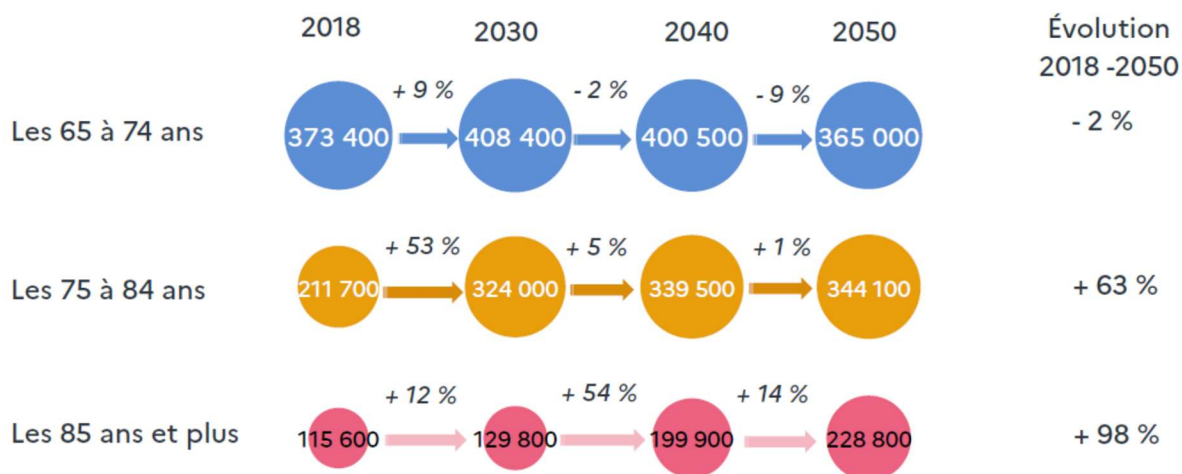
Évolution de la population des séniors (+ 65 ans) entre 2018 et 2070



(Source : INSEE - Omphale 2022 - Audition au CESER – sept. 2024)

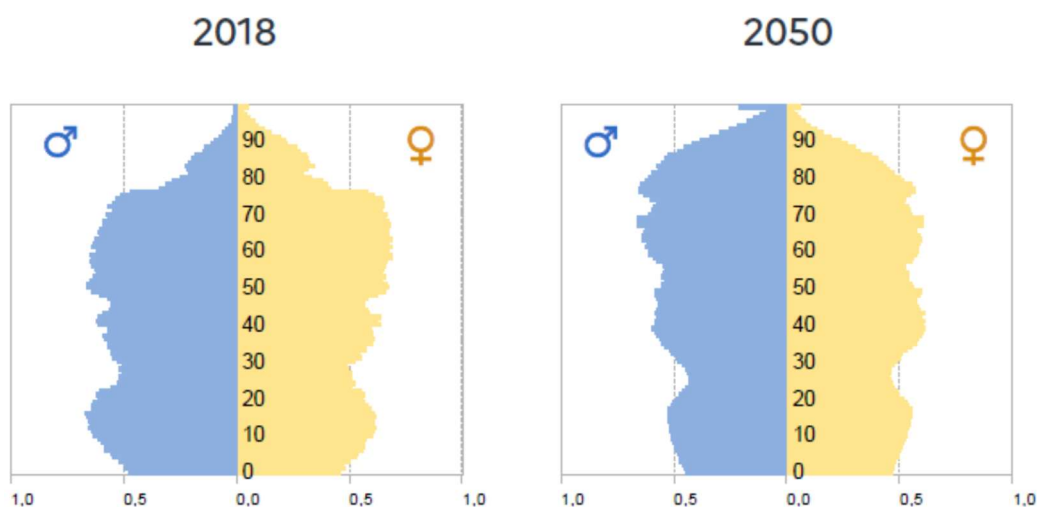
Les évolutions par tranche d'âge des séniors seraient quant à elles les suivantes, avec un doublement des séniors de plus de 85 ans d'ici 2050 :

Evolution des séniors par tranche d'âge en Normandie jusqu'en 2050



Globalement, le scénario de projection central conduirait à une déformation de la pyramide des âges entre 2018 et 2050 qui serait la suivante :

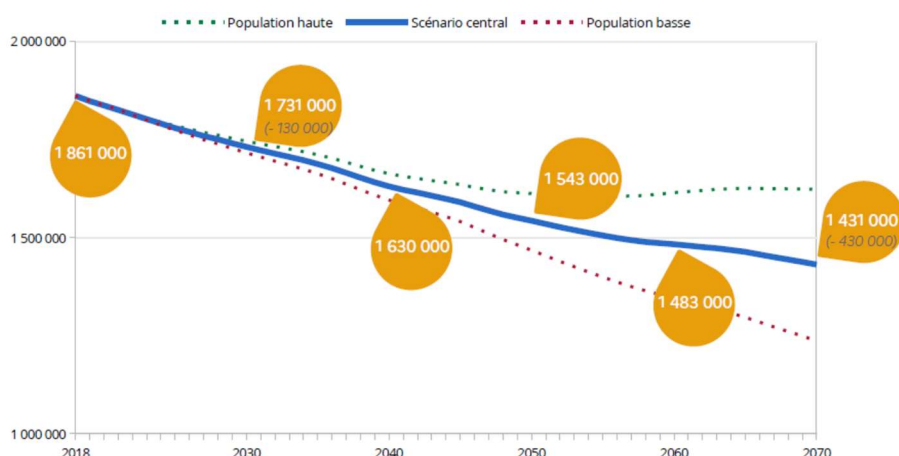
Structure par âge de la population normande



- **Des actifs de moins en moins nombreux**

Inévitablement, le volume de la classe d'âge des actifs est impacté par les effets de la baisse du volume de population, de son vieillissement, et de la baisse de la natalité. Ainsi, la population active diminuerait de 13 %, soit un volume d'environ 200 000 actifs de moins, correspondant à la plus forte baisse des régions métropolitaines. À l'échelle nationale, cette baisse d'actifs n'interviendrait qu'à partir de la décennie 2040-2050 et se limiterait à – 1,3 %, soit 10 fois moins qu'en Normandie.

Projection de population active en Normandie



(Champ de population active âgée de 14 ans et plus)

Voici les principales dynamiques démographiques estimées à 2050, que les acteurs devront prendre en compte s'ils souhaitent infléchir le tableau clinique et l'accès à la santé des Normands.

4.2. Les enjeux des dynamiques démographiques au regard de l'accès à la santé des Normands en 2050

C'est l'effet combiné des trois dynamiques évoquées qui représente un défi pour l'accès à la santé des Normands en 2050. La Normandie cumulera d'ici 2050 une démographie en baisse et vieillissante, avec potentiellement des besoins qui croissent avec l'âge, auxquels le système de santé et de soins devra trouver les ressources pour répondre.

Du point de vue des ressources financières, le système de protection sociale actuel repose sur le principe de la solidarité nationale alimenté en grande partie par les cotisations sociales, patronales et syndicales, liées au travail avec un volume des actifs qui va se réduire. Les modalités de maintien d'un niveau de ressources du système de santé compatible avec les besoins devront être explorées⁴⁵.

Du point de vue des ressources humaines, il faudra des professionnels de santé pour répondre aux besoins de l'ensemble de la population tout au long de la vie, toutes classes d'âge confondues, des plus jeunes aux plus âgés avec leurs besoins spécifiques de santé. Il s'agit notamment du nombre nécessaire des intervenants accompagnant le vieillissement des personnes à domicile, dans un contexte où le virage domiciliaire est largement engagé. Pourtant, l'accessibilité aux alternatives offertes en structures d'accueil désirables est restreinte et des formes d'habitat alternatif sont encore peu développées pour l'instant.

Parallèlement, le système de santé devra puiser dans un vivier de main d'œuvre potentiel de plus en plus réduit, avec un risque mécanique de frein au renouvellement des professionnels, alors que la région souffre déjà maintenant d'une pénurie ne permettant pas de mettre en adéquation la demande et l'offre.

Ainsi, un véritable effet ciseaux va se produire sous la double contrainte de l'avancée en âge et de la baisse globale de la population active attendue en Normandie.

Les conditions de travail ainsi que l'attractivité des formations et des emplois⁴⁶ de l'ensemble des professionnels de santé, y compris des intervenants auprès des personnes âgées, conditionnent également la capacité à maintenir un vivier approprié aux besoins.

4.3. Les infléchissements possibles pour la Normandie

Après avoir dressé un état des lieux et pointé les principaux enjeux, la question se pose des éventuelles ruptures ou marges de manœuvre en matière de démographie pouvant avoir des incidences sur l'accès à la santé à l'horizon 2050. Ces réflexions alimenteront un nombre relativement restreint d'hypothèses qui devront être croisées et agencées avec celles issues de l'analyse rétrospective et prospective menée dans la suite du rapport sur l'ensemble des autres variables du système.

⁴⁵ La question des ressources du système de santé est développée dans le *chapitre* consacré à la variable « Gouvernance en santé ».

⁴⁶ Les phénomènes à l'œuvre dans le domaine des emplois et des formations sont approfondis dans les *chapitres* consacrés aux variables « Emploi, métiers, compétences, formations » et « Rapport au travail ».

La question du volume de la population et de la proportion entre les classes d'âge peut être interrogée.

Seul le scénario « population haute » de l'INSEE permettrait de stabiliser la population normande. Il table sur l'hypothèse d'une augmentation de la natalité sous l'effet d'une hausse de l'indicateur de fécondité de 1,8 enfant par femme à 2, au moins jusqu'en 2030, d'une progression de l'espérance de vie de 3,5 ans supplémentaires pour les femmes et les hommes par rapport au scénario central⁴⁷ et enfin d'une augmentation des migrations avec l'étranger.

Notre région connaît des retards récurrents sur le plan des indicateurs sanitaires, de la prévalence des pathologies lourdes et des affections chroniques, et présente de fortes inégalités sociales et territoriales de santé. L'enjeu porte sur un gain d'espérance de vie en bonne santé, sans invalidité ni dépendance évitant de recourir au système de santé ou d'accompagnement. Aussi, il est légitime de s'interroger sur la manière dont la dette de santé publique, construite et cumulée au fil des ans, amplifiée depuis la crise COVID, va persister. Dans un contexte de grandes difficultés d'accès aux professionnels de santé, cette dette risque de peser sur les potentiels gains d'espérance de vie aujourd'hui intégrés au modèle. L'impact du volume de seniors, la progression du « grand âge » et des centenaires et leur accompagnement mériteront d'être évalués.

À l'opposé, dans la pyramide des âges, la natalité est marquée par le nombre de naissances en baisse ; en 2022, il a été le plus faible depuis la fin de la Seconde Guerre mondiale. Les causes en sont multiples, liées à des facteurs économiques, sociaux, culturels, environnementaux. Les projets parentaux sont freinés par des difficultés d'accès au premier emploi, au logement dans un contexte d'augmentation du coût de la vie et de restrictions financières. Ainsi de plus en plus de femmes privilégient la stabilité, la progression professionnelle tout en poursuivant des aspirations personnelles, ce qui retarde l'âge de la première maternité. Sur le plan sociétal, des parents déclarent qu'ils auraient plus d'enfants si les exigences croissantes en matière d'éducation, la pression parentale étaient moins fortes et si, au quotidien, l'organisation était simplifiée avec par exemple plus de facilités de garde d'enfants. En outre, la peur liée à l'avenir climatique, l'éco-anxiété et les préoccupations écologiques influencent le désir d'enfants.

Enfin, les fortes incertitudes et les tensions géopolitiques mondiales peuvent faire naître un fort sentiment d'insécurité au sein des jeunes générations. Elles découvrent des vulnérabilités dont elles pensaient être préservées, au risque de contrarier leur désir de procréation, avec pour conséquence de plutôt voir régresser l'indicateur conjoncturel de fécondité alors qu'il est maintenu constant à 1,8 enfant par femme dès 2023 dans le scénario central de l'INSEE, valeur déjà supérieure à celle constatée plutôt aux alentours de 1,6 en Normandie.

D'autres incertitudes planent à l'échéance de 2050, qu'elles soient économiques, climatiques ou géopolitiques. Tout d'abord, sur le plan international, la question des ressources vitales sera de plus en plus au cœur des conflits. Les tensions environnementales ou géopolitiques

⁴⁷ Dans le scénario central, l'augmentation de l'espérance de vie est de 4,6 ans pour les femmes et de 8 ans pour les hommes.

risquent de désorganiser la démographie mondiale, en accroissant la part des migrations en provenance essentiellement des zones devenues inhabitables. Les zones qui demeureront habitables notamment en Europe, seront probablement soumises à des pressions migratoires, des flux migratoires, des migrations nationales ou internationales à anticiper. Le débat porte sur leur intégration à ce qui peut constituer une des réponses au vieillissement et à la baisse démographique qui touchera l'ensemble de l'Europe.

Sur le plan national, la Normandie se situe en marge du croissant ouest des régions les plus attractives, et à l'horizon 2050, le scénario tendanciel d'évolution de population de l'INSEE la place même en avant-dernière position des régions métropolitaines. Son solde migratoire légèrement positif est lié aux migrations résidentielles davantage constituées de seniors que de jeunes qui renforcent le vieillissement, comme l'a constaté l'INSEE en 2018. Le regain d'attractivité qui lui serait nécessaire notamment pour maintenir le vivier de ressource de ces actifs, et notamment de ceux qui seront indispensables pour faire fonctionner le système de santé et accompagner les Normands vieillissants, supposera que les efforts adéquats déployés le soient suffisamment tôt. En effet, la fenêtre de tir pour agir n'est pas extensible puisque la population nationale sera elle-même en déclin à compter de 2045-2050, et avec elle le vivier national des actifs. Tout mouvement entre régions placées en concurrence, se fera pour les unes au détriment des autres. À cet égard, la relative fraîcheur du climat normand pourrait constituer un atout.

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « démographie » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Une démographie déclinante : baisse de la population normande – Vieillissement en accélération rapide – Dette de santé publique et inégalités territoriales et sociales de santé
Ruptures majeures	– Baisse des actifs – Pénurie de professionnels de santé
Enjeux	– Effet ciseaux entre les besoins du vieillissement et du grand âge et les ressources en professionnels de santé
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Rôle des collectivités et des acteurs économiques dans l'attractivité du territoire régional
Ruptures possibles	– Migrations internationales subies
Incertitudes majeures	– Espérance de vie : gain, stagnation, régression à 2050 ? – Défi du vieillissement, quelle proportion et à quel horizon en Normandie ?

	– Un baby-flop mondial dans les pays développés, la part des jeunes ? – Quelles migrations économiques interrégionales et/ou, internationales en Normandie pour contrer la baisse des actifs ?

Ils peuvent donner lieu à une série d’hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau (*Partie I – 2.1. « présentation détaillée des hypothèses »*) :

Les questionnements relatifs à la démographie

DEMOGRAPHIE	
Dynamiques démographiques - L’horizon du défi du vieillissement ?	
	Démographie vieillissante - La rupture de 2040 et l’accès à la santé des Normands ?
	Petite enfance - La prise en compte de la spécificité des besoins de santé d’une classe d’âge devenue minoritaire ?
	Répartitions territoriales très inégales - Des réponses de santé territorialisées ? Planifier la géronto-géographie ?
	Baisse de la population active - Un sursaut des migrations économiques en Normandie ?
Population et état de santé - Quelle persistance du tableau clinique défavorable face à la dette de santé publique accumulée ?	
	Espérance de vie - Gain, stagnation, régression à 2050 ?
	Inégalités sociales de santé - Baisse des précarités et de la vulnérabilité sociale ?
	Accompagnement des vulnérabilités sociales en santé - Les solidarités (familiales, sociales) en 2050 ?
	Populations sensibles isolées - Qualité de la prise en charge ?

Chapitre 2 : Environnement

1. Définition

La définition retenue pour caractériser la variable « environnement » dans le système étudié est large, en référence à celle de « santé globale » donnée par l'OMS et retenue pour le contour de l'étude. De la même façon, l'OMS définit la santé environnementale : *« elle comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement »*. Cette définition a été étendue depuis la conférence d'Helsinki de 1994 pour concerner *« également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures »*.

Ainsi, les différentes sous-variables retenues dans notre analyse regroupent les impacts sur la santé provenant à la fois

- des conditions environnementales liées à l'écosystème naturel et au milieu de vie, et à leurs perturbations éventuelles, notamment sous l'effet des pressions anthropiques qu'ils subissent,
- de leurs conséquences sur notre cadre de vie en Normandie,
- ainsi que des conditions sociales et des comportements de vie des individus en société, qu'ils soient choisis ou subis.

Il s'agit en effet de tenir compte des répercussions des vulnérabilités sociales sur la santé, ainsi que des éventuels impacts des perturbations du milieu sur le renforcement de ces inégalités sociales d'accès à la santé et aux soins.

2. L'observation du lien environnement-santé

2.1. La santé environnementale à travers les âges

Les problématiques de santé environnementale remontent à l'Antiquité, époque à laquelle Hippocrate (460-477 Av JC) écrivait *« quiconque désire étudier la médecine devra considérer les rapports entre les saisons de l'année, les vents, les eaux, la santé et la maladie »*. Quant à la pollution, elle a été définie dès le XIIe siècle à partir de réalités multiformes identifiées au cours du moyen âge, comme les excréments, les déjections animales, les fumées et vapeurs issues des ateliers artisanaux mais aussi les mauvaises odeurs, la pollution hydrique et les dépôts de gravats, de déchets qui polluent à terme les ressources en eau potable, la pollution sonore, etc. La concentration d'habitants dans les villes contribuait à accentuer les pollutions faute de service de ramassage des déchets, de collecte des eaux polluées et d'assainissement introduits seulement au XIXe siècle. Des pathologies caractéristiques du travail du plomb ou de la pierre étaient également repérées. Enfin la malnutrition et les famines étaient des facteurs aggravants expliquant pour partie la virulence de certaines pandémies.

La nature des pollutions a évolué depuis le moyen âge mais elles génèrent toujours des effets délétères sur notre santé. Les activités de production ou les mobilités, nécessitant de l'énergie encore en grande partie d'origine carbonée, sont globalement vecteur d'émissions de polluants ou de GES, gaz à effet de serre. La chimie a permis de développer de très nombreux produits grâce à la découverte de matières actives et si certaines permettent de nous soigner, d'autres constituent des menaces pour l'atmosphère, la biodiversité ou notre alimentation.

2.2. Santé-environnement : le besoin d'objectivation par l'observation

Le lien entre santé et environnement étant multifactoriel, l'enjeu des politiques de santé environnementale est de mieux connaître, comprendre, agir pour limiter les impacts néfastes de l'environnement sur la santé, et de diffuser cette connaissance pour favoriser les comportements individuels et collectifs les mieux adaptés.

L'exposome⁴⁸ est un concept développé dans les années 2000, complémentaire au génome qui désigne notre patrimoine génétique héréditaire et ses éventuelles mutations (exome). L'exposome vise à approfondir la science des expositions et leur rôle dans les pathologies. Il désigne le cumul des expositions à des facteurs environnementaux que subit notre organisme, tout au long de la vie, dont les effets sur notre santé ou notre espérance de vie viennent s'ajouter ou interagir avec ceux inhérents à notre génome, en se gardant de tout systématisme. Cela permet une meilleure compréhension des facteurs qui influencent les maladies ainsi que la mise en place de politiques de prévention plus efficaces, en agissant directement sur ces facteurs. Depuis 2012, des moyens de recherche importants y sont consacrés : ce concept est désormais couramment employé et a été introduit dans la loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016⁴⁹.

Avec l'ensemble des observations, mesures, données, études, qui se sont développées au fil du temps, il est permis d'aborder avec davantage d'éléments d'objectivation, et donc de sérénité, les impacts de l'environnement sur la santé, même si dans de nombreux cas des limites persistent et invitent à rester prudent et modeste sur le lien « environnement-santé » nécessairement multifactoriel et échappant, de fait, à tout schéma déterministe direct. Cette connaissance a pu contribuer à la prise de conscience du besoin de réduire les impacts environnementaux au niveau individuel et collectif.

Parallèlement, l'observation des données environnementales caractérisant l'impact de phénomènes naturels ou anthropiques sur le milieu s'est déployée et des mesures existent à des échelles de territoire de plus en plus fines.

⁴⁸ Cf. recherches de l'Institut de recherche en santé, environnement et travail (Université de Rennes et EHESP Ecole des Hautes Études en Santé Publique) – [L'Exposome | Ecole des hautes études en santé publique \(EHESP\)](#).

⁴⁹ Loi n° 2016-41 2016 de modernisation du système de santé français – Art. L. 1411-1.- « La Nation définit sa politique de santé.../... elle comprend : « 1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine .../... ».

Nombre des indicateurs qui suivent sont extraits du diagnostic régional « santé-environnement » actualisé à l’occasion de l’adoption du PRSE4⁵⁰ normand 2023-2028, Plan Régional Santé Environnement. Ce plan est l’un des 3 grands plans territoriaux dédiés à la santé, avec le PRS, Projet Régional de Santé et le PRST, Plan Régional Santé au Travail. Ce diagnostic régional :

- dresse le contexte démographique, socioéconomique et sanitaire de la Normandie : pour mémoire, nous avons choisi de le développer plus haut dans les données de cadrage figurant en tête de la Partie II ainsi que dans le *Chapitre* consacré à la démographie⁵¹,
- présente le contexte environnemental au travers de plusieurs rubriques qui seront **évoquées tout à tour sous l’angle des risques spécifiques à la Normandie et de leurs impacts potentiels sur la santé**, au regard tant des caractéristiques naturelles que des fortes pressions anthropiques qui s’exercent sur le territoire et ses habitants.

Dans les domaines retenus par le CESER au terme de son analyse, la présentation a pour objet de repérer les tendances et les points de ruptures qui se sont opérés dans la prise en compte de l’environnement ou dans la maîtrise des facteurs de risques environnementaux sur la santé, ainsi que les incertitudes de nature à affecter ou à faciliter l’accès à la santé de tous les Normands à l’horizon de l’étude.

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et enjeux en Normandie

3.1. Les risques naturels et anthropiques sur la santé humaine

La Normandie se caractérise par une exposition aux risques environnementaux naturels ou d’origine anthropique particulièrement élevée. La composante industrielle de son activité génère une consommation énergétique importante, la production de déchets et la présence de risques technologiques localisés autour de nombreux sites. Y sont également développés, l’agriculture, avec une part de production intensive, les transports avec un réseau routier dense et la présence de ports, portes d’entrée des flux de marchandises, générant un trafic de transit significatif, est-ouest vers l’Île de France et les régions de l’est, ou nord-sud. Malgré une densité de population hétérogène selon les zones, l’urbanisation y est dense, autour des cœurs métropolitains, urbains et des villes relais, et importante sur le littoral et l’axe Seine, avec les problématiques de concentration urbaine et d’artificialisation des espaces dont le rythme, particulièrement soutenu en Normandie, affecte les espaces naturels et les terres

⁵⁰ Le PRSE4 a fait l’objet d’un avis du CESER en décembre 2023 approuvant l’avis favorable proposé par la Région à son adoption (pilotage Préfecture DREAL/SGAR – ARS – Région). Ses 4 axes visent la réduction des expositions, le renforcement des actions des collectivités, la prévention des risques liés aux zoonoses et aux espèces nuisibles, et l’information des publics pour agir sur leur environnement et leur santé au quotidien, intégrant la démarche « une seule santé », les principes d’adaptation au changement climatique et la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé.

⁵¹ Cf. *supra* – Données de cadrage – 1.1 : État de santé en Normandie // *Chapitre* « Démographie ».

agricoles. C'est dans ce contexte qu'il convient d'appréhender les risques environnementaux de santé auxquels ses habitants sont exposés⁵².

3.1.1. Tendances lourdes au dérèglement climatique

• L'accroissement des risques pour la santé humaine

Les risques sanitaires liés au dérèglement et au réchauffement climatiques deviennent une menace importante pour la santé humaine au regard des tendances lourdes avérées de ce dérèglement. Pour mémoire, les conséquences actuelles du réchauffement climatique en Normandie, et les projections scénarisées par le GIEC à l'horizon 2050-2100, ont été présentées plus haut dans les données de cadrage⁵³.

Le dérèglement climatique comporte des risques sanitaires intrinsèques, en augmentant la fréquence d'un large répertoire de pathologies (respiratoires, cardiovasculaires) par l'effet de hausse des températures, de la pluviométrie ou de la perturbation du cycle de l'eau, ou en augmentant la fréquence et la récurrence d'épisodes climatiques extrêmes affectant notre cadre de vie (canicules, catastrophes naturelles). Mais il provoque également des macro-dérèglements sanitaires en exacerbant indirectement d'autres risques localisés.

Exemple de risques climatiques pour la santé

Hausse des températures	Pluviométrie – Température des eaux - Perturbation du cycle de l'eau	Impact direct sur la santé humaine
Épisodes récurrents extrêmes		• Mauvaise récupération physiologique • Inconfort thermique et accroissement potentiel de la mortalité • Ensoleillement → Pathologies associées (cutanées, oculaires...) • Pollutions → Allergies et maladies chroniques
		• Canicules - concentration d'ozone et de particules fines → Saturation des urgences et hospitalisation (troubles du rythme cardiaque, respiratoires, maux de tête / crampes musculaires, enflures des mains, fatigue, déshydratation, confusion, convulsions, détresse psychique/psychologique accrue, etc.) • Tempêtes, submersion, inondations, ruissellement → Blessures ou mortalité • Incendies → Blessures ou mortalité • Qualité de l'eau dégradée → Maladies infectieuses • Pathologies psychiques → Post traumatiques - suicides
		• Perte de biodiversité, disparition ou déplacement d'espèces • Émergence maladies infectieuses, nouveaux microbes → zoonoses • Épidémies et pandémies = défis de santé publique
Macro-dérèglements sanitaires		Impact indirect sur la santé humaine
	• Dégradation ressource en eau (quantité et qualité affectées - acidification) • Qualité de l'air (impact sur les pollutions atmosphériques) • Qualité des aliments (vulnérabilité des productions agricoles et marines, qualité et quantité des aliments)	

⁵² Les risques spécifiques aux activités professionnelles sont traités dans le *chapitre* « Rapport au travail ».

⁵³ Cf. *supra* – Données de cadrage – 2.2.2 : La tendance lourde du dérèglement climatique.

Selon certains spécialistes⁵⁴, si ce sont les activités humaines dégradant l'environnement qui ont aujourd'hui le plus d'impact sur la santé, notamment les pollutions, le réchauffement climatique risque de devenir l'une des plus grandes menaces pour la santé humaine dans les trente prochaines années. D'autant que la temporalité, la récurrence et la gravité des risques majeurs restent une incertitude.

Le défi majeur réside dans la conjonction de la certitude de l'amplification du dérèglement climatique et de ses effets directs et indirects avérés sur la santé.

- **Les mesures pour contrer le phénomène**

Comme on l'a vu dans la présentation des données de cadrage, les trajectoires internationales et nationales adoptées pour lutter contre le dérèglement et le réchauffement climatique sont difficiles à tenir. Sans renoncer aux objectifs d'atténuation, les politiques publiques se concentrent de façon réaliste sur les adaptations les mieux à même de ne pas trop dévier des trajectoires intermédiaires d'ici 2050.

Néanmoins, des effets de balancier se succèdent au gré des pressions auxquelles les politiques publiques de lutte contre le changement climatique sont soumises.

L'objectif de convergence vers la neutralité carbone, avec ses jalons intermédiaires que sont le ZEN, Zéro Emission Nette, le ZAN, Zéro Artificialisation Nette, ainsi que la préservation de la biodiversité dont le maintien est essentiel dans l'équation, pose des défis importants depuis plusieurs années à la Normandie, en raison de sa configuration spatiale et de ses caractéristiques économiques.

Les excès d'artificialisation des sols⁵⁵ et d'émissions de GES présentent de fortes nuisances sur la santé, en termes de qualité de vie, de qualité de l'air et de l'eau, de risques climatiques liés à l'imperméabilisation des sols et aux ruissellements dramatiques, d'inconfort thermique dans les villes dû aux îlots de chaleur, de pertes de biodiversité. Malgré ces nuisances,

- la réduction de moitié de l'artificialisation des sols inscrit dans l'outillage législatif et réglementaire depuis l'adoption de la loi Climat et Résilience de 2021 est une trajectoire difficile à tenir. Elle est exigeante pour tous et modifie les termes du dialogue entre la collectivité régionale en charge du SRADDET, Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires, et les EPCI ;
- les objectifs de sobriété énergétique et de décarbonation de l'économie et des mobilités, sont eux aussi complexes dans une région à dominante industrielle, énergétique, et traversée par d'importants flux logistiques. L'aménagement de l'espace, la répartition des fonctions, la faiblesse du réseau ferroviaire, les besoins

⁵⁴ Cf Le Monde - [Jean-David Zeitoun : « Le réchauffement climatique exacerbe les risques sur la santé humaine »](#).

⁵⁵ L'artificialisation en Normandie a fait l'objet de nombreuses productions du CESER. En référence à la période 2008-2018, la Normandie est la 4^{ème} région par son rythme d'artificialisation, et parmi les deux régions métropolitaines les plus consommatrices d'espace au regard de son évolution démographique (artificialisation cinq fois plus rapide que sa croissance démographique).

de mobilité individuelle y révèlent souvent des situations de dépendance contrainte à l'automobile.

Aussi, la recherche de sobriété collective, foncière ou énergétique, en appelant à la responsabilité de tous, est encore perçue comme une injonction et son acceptation compliquée, faute d'en percevoir immédiatement les effets bénéfiques sur la qualité de vie et la santé⁵⁶.

3.1.2. Des risques naturels spécifiques à la Normandie

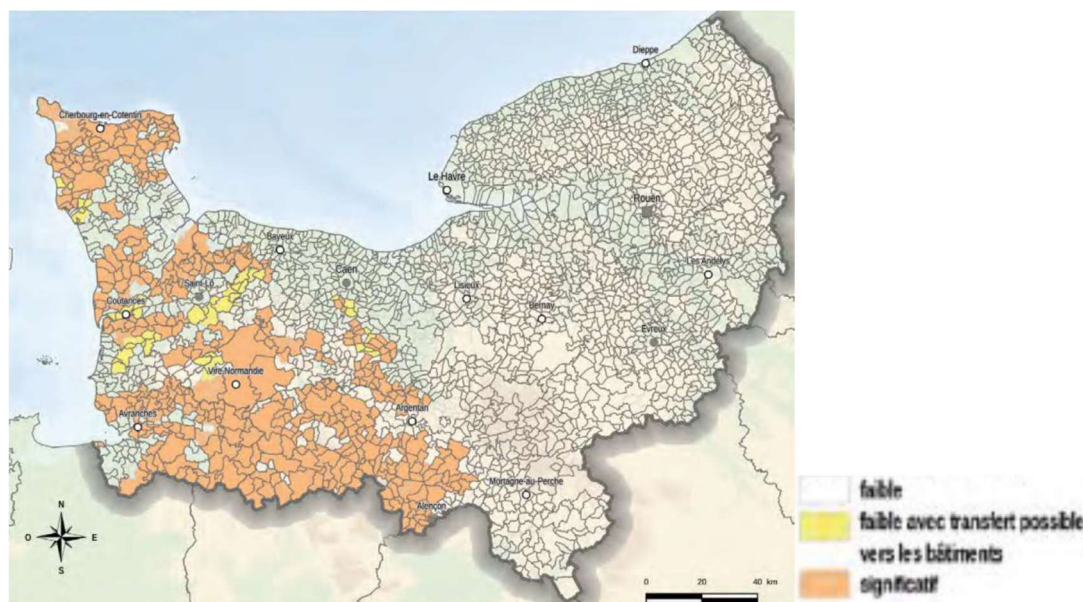
La configuration géologique du territoire est différente entre la Normandie de l'Ouest, avec ses sols granitiques typiques du Massif armoricain, et la Normandie de l'Est, composée de sols karstiques calcaires.

Les risques naturels les plus spécifiques que l'on rencontre en Normandie avec des enjeux sur la santé sont liés à la fois à la géologie du territoire et à son occupation. Parmi ces risques, on en retiendra 3 dont les effets en santé peuvent être notables.

- **Le potentiel « radon », plutôt à l'Ouest**

En Normandie, 19,8 % des communes sont classées en zone 3 à potentiel « radon » significatif (19,4 % en France métropolitaine) et sont concentrées à l'Ouest du territoire, où les habitants sont donc davantage exposés au risque de développer un cancer imputable à la concentration dans l'air intérieur de ce gaz radioactif naturellement présent dans les sols et susceptible de pénétrer les habitations, sachant que 1,2 % des cancers sont attribuables au facteur radon.

Potentiel radon des communes normandes



(Source : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023)

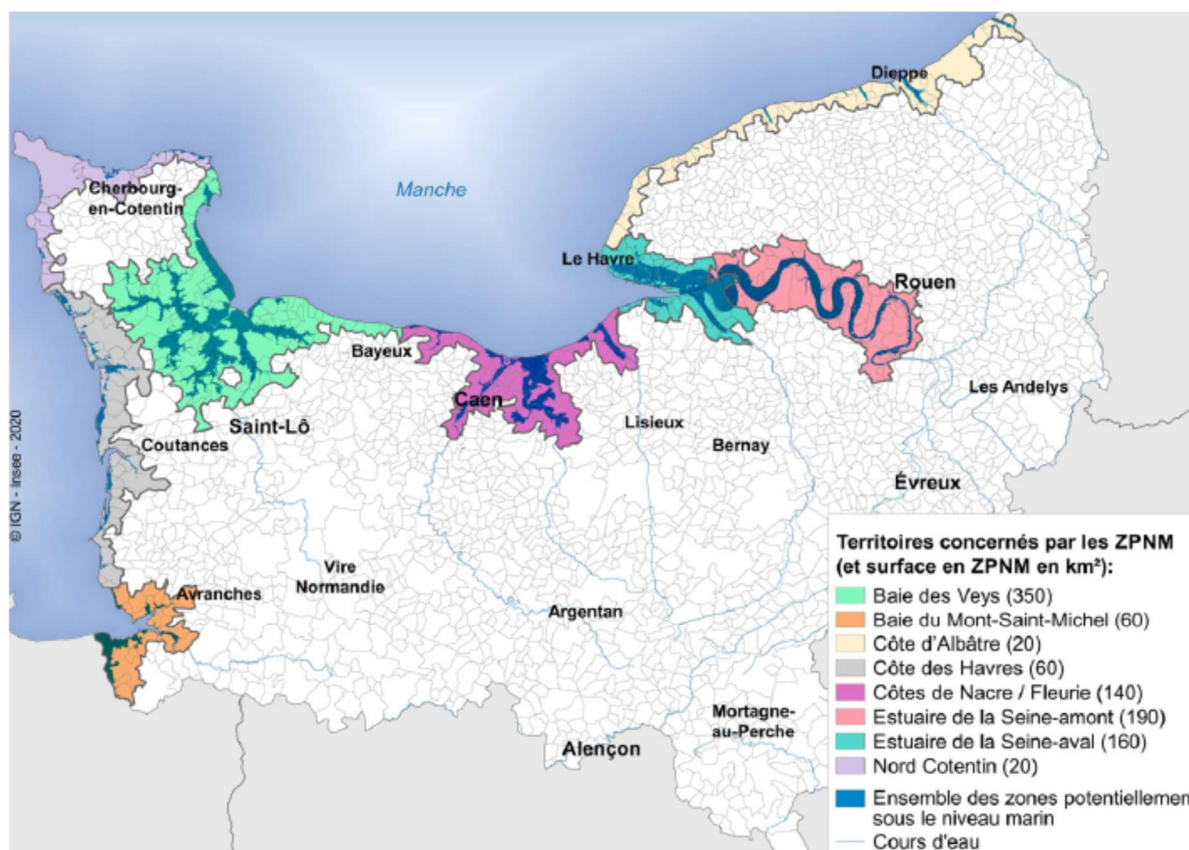
⁵⁶ Rapport du CESER de Normandie – « Habiter en Normandie en 2040 » - avril 2023 - [Habiter en Normandie en 2040 | Ceser Normandie](#). On peut y retrouver une présentation détaillée des enjeux « climat » propres à l'atteinte des trajectoires de neutralité carbone dans l'ensemble des domaines liés à l'habitat des Normands.

- **Cavités souterraines, plutôt à l'Est**

Les sols présents à l'Est sont en revanche davantage propice au développement de cavités creusées par les circulations d'eaux souterraines, dites karst et bétoires d'origine naturelle. Par ailleurs, de nombreuses cavités ont été creusées par l'homme pour ses activités agricoles avec la pratique des marnières qui a connu son apogée au XIXe siècle, où la craie extraite servait à l'amendement des champs. Non répertoriées à l'époque, la localisation de ces cavités est difficile alors qu'elles présentent un risque d'effondrement. Dans l'Eure, 93 % des communes sont concernées par la présence de marnières, et 84 % en Seine-Maritime, contre 57% dans le Calvados, 45 % dans l'Orne et 25 % dans la Manche (*Source* : DREAL – risques naturels - [Prévention des risques naturels | DREAL Normandie](#)). Globalement, c'est 85 % de la population régionale qui vit dans une commune exposée à un risque de mouvements de terrains de tous types en 2021 (cavités, glissements, chutes de blocs, rétractation des argiles).

- **Crues, submersion, inondation, sur l'ensemble des littoraux et vallées**

Enfin une grande partie du territoire est soumis à d'importants risques de crues, submersion, inondation, ces risques étant considérablement renforcés par le changement climatique. En 2021, 81 % de la population régionale vit dans une commune exposée à un risque inondation.



Source : IGN, Modèle Numérique de Terrain LIDAR 2017 - exploitation Dreal

Ensembles territoriaux incluant des ZPNM et surfaces concernées

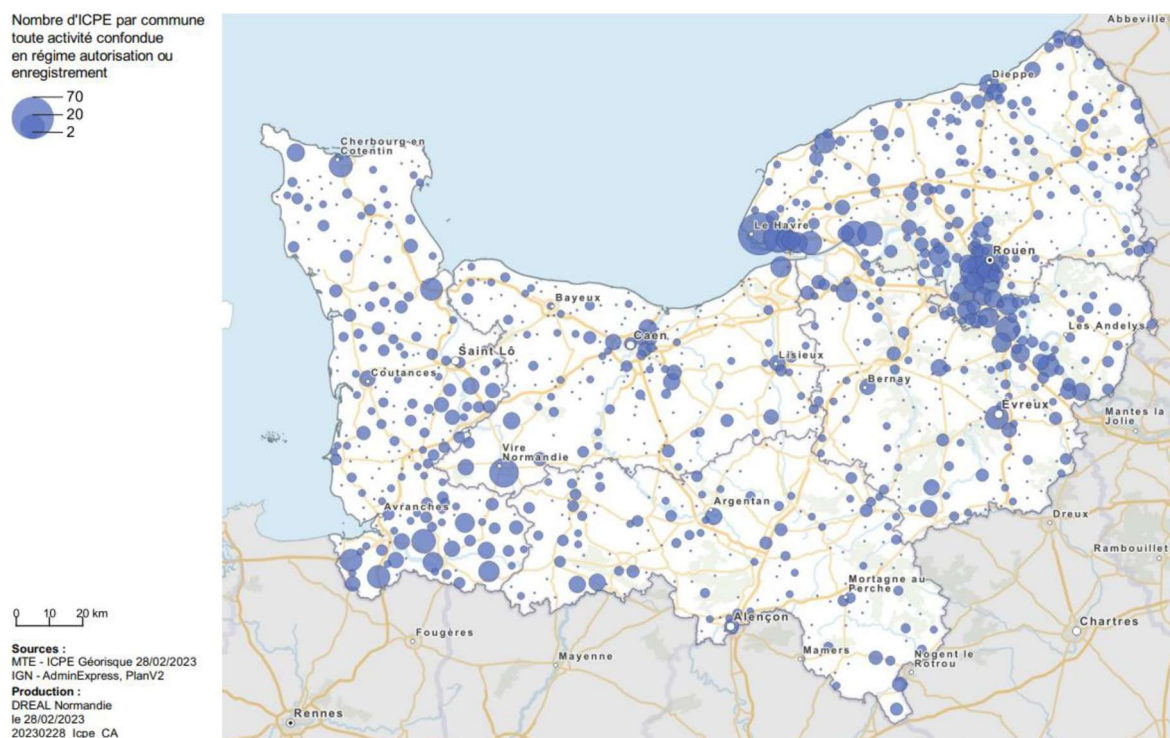
(Source : INSEE Analyses Normandie – n°87 – décembre 2020 - [Plus de 100 000 résidents, logements et emplois concernés par le risque de submersion marine en Normandie - Insee Analyses Normandie - 87](#))

Les activités humaines, habitat ou activités économiques, concentrées dans les zones dites ZPNM, zones potentiellement sous le niveau de la mer, présentent des vulnérabilités. Le littoral normand est particulièrement exposé, principalement sur des activités résidentielles, agricoles ou touristiques dans le Calvados et la Manche, et sur les activités de grands établissements industriels ou logistiques dans l'estuaire Seine-aval, zone classée TRI, territoire à risque très important d'inondation de niveau national en 2019. (*Source : INSEE Analyses Normandie – n°87 – décembre 2020*). Selon l'INSEE, 1 emploi sur 10, 15 % de la richesse régionale dégagée, voire 50 % dans la zone de l'estuaire Seine-aval sont particulièrement exposés, ainsi que 6 % du parc de logements normands, essentiellement des résidences principales dans la vallée de Seine.

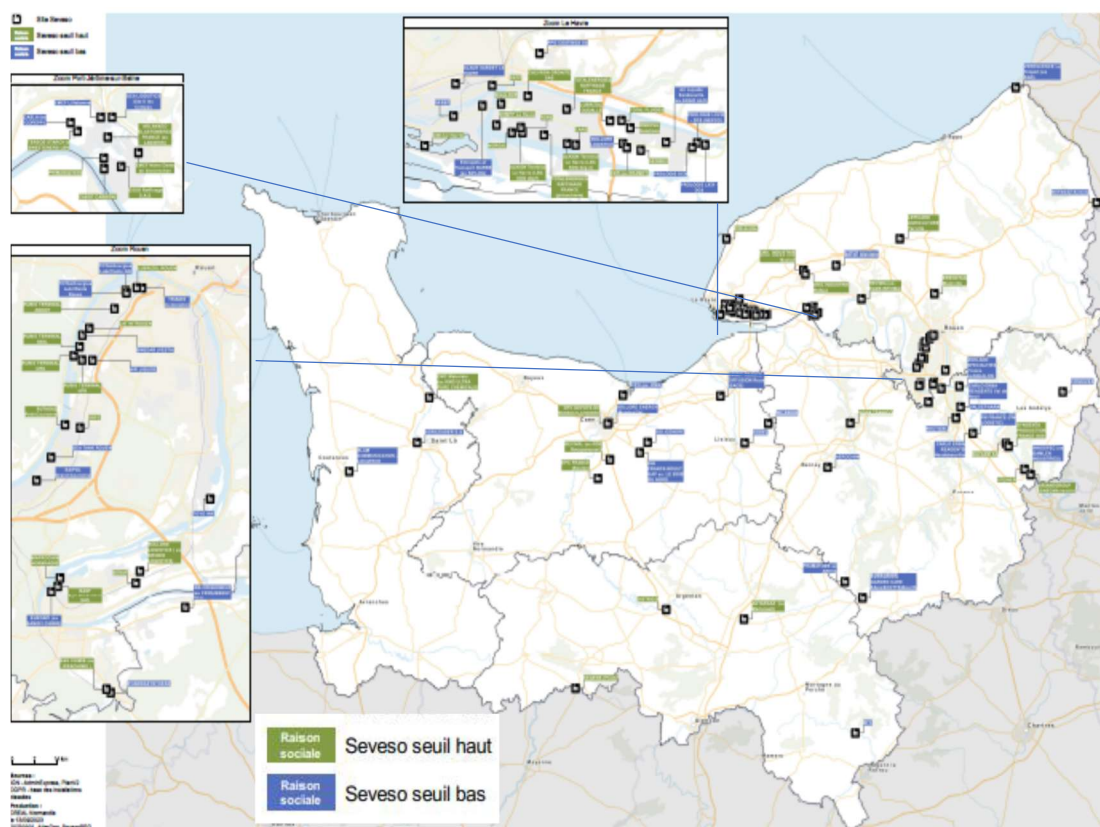
3.1.3. Des risques industriels et technologiques concentrés en Normandie

Les risques industriels et technologiques, d'origine anthropique, sont très présents en Normandie, surtout dans certaines zones très industrialisées, et répartis sur quasiment l'ensemble du territoire bien que particulièrement concentrés le long de la vallée de la Seine et autour des grandes agglomérations. En 2023, la région comptait 1573 installations industrielles classées pour la protection de l'environnement, ICPE relevant d'une obligation d'enregistrement ou d'autorisation. 107 sont des sites Seveso, dont 58 classés à haut risque, qui produisent ou stockent des substances qui, en cas d'accident, peuvent être particulièrement dangereuses pour l'homme et son environnement ou s'avérer polluantes.

Etablissements soumis au régime des ICPE (2023)



Sites Seveso en Normandie



(Source : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023 – Production DREAL)

Quant aux incidences potentielles pour la santé humaine les expositions environnementales régulières aux divers substances chimiques, rejets, perturbateurs endocriniens, présentent un certain nombre de risques, notamment différents types de cancer, maladies cardiovasculaires, neuro dégénératives, tout comme les expositions en milieu professionnel qui sont à la source de 3,6 % des cancers (source diagnostic du PRSE4 – travaux du CIRC Centre international de recherche sur le cancer).

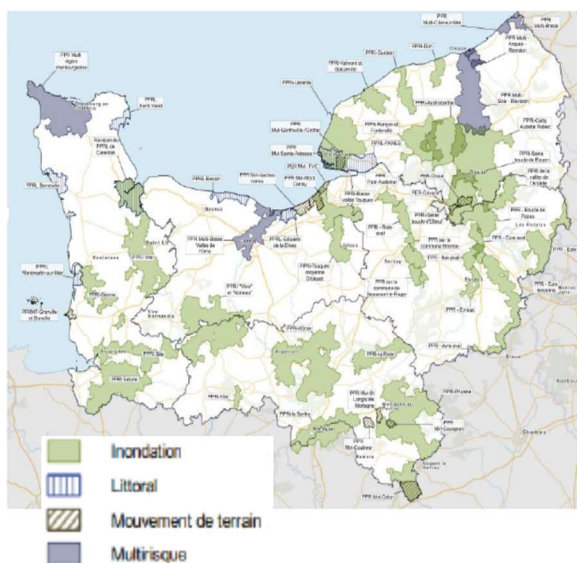
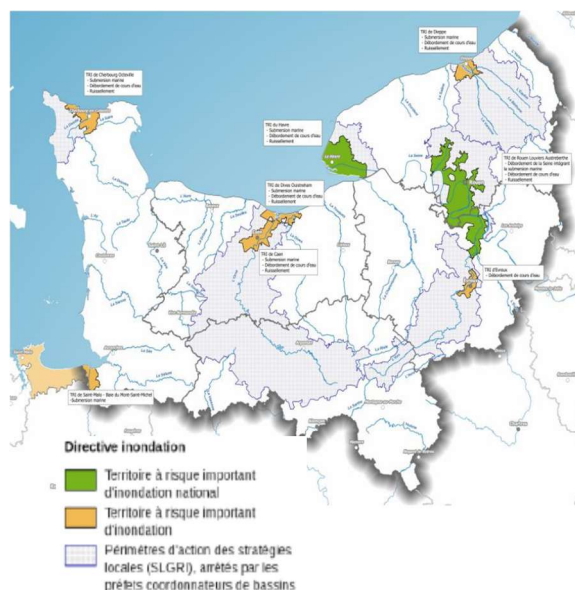
Concernant les installations nucléaires et les activités nucléaires, qui ne relèvent pas des ICPE mais sont sous le contrôle de l'ASNR, autorité de sûreté nucléaire et de radioprotection, elles sont également particulièrement présentes en Normandie. La région compte notamment 9 réacteurs avec le dernier en date, l'EPR de Flamanville, répartis sur 3 sites, et 2 en projet à Penly, ainsi qu'une usine de retraitement du combustible nucléaire et un centre de stockage des déchets radioactifs. À noter que sur le domaine militaire, la base navale de Cherbourg fait partie également des sites donnant lieu à prévention des risques nucléaires.

On notera que le PRSE de son côté ne donne pas d'exemple d'impacts directs ou indirects des installations et des activités nucléaires sur la santé humaine.

[illegible]

3.1.4. Des mesures de protection pour la santé des habitants

Les PPRN, plans de prévention des risques naturels, concernent tous types de risques naturels, et sont plus fréquemment présents en Seine-Maritime, avec 43 % des communes concernées. Quant aux problématiques d'inondation, elles sont depuis 2007 encadrées par une directive européenne, et dès 2012, 7 TRI et 2 TRI nationaux ont été identifiés pour la Normandie et disposent d'une stratégie locale en cohérence avec le plan de gestion des risques adopté en 2015.

PPRN approuvés en Normandie (2022)**TRI Territoires à risque important d'inondation (2019)**

(Source : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023)

Les risques industriels et leur prévention sont également régis par des PPRT, plans de prévention des risques technologiques, avec vocation à protéger les populations présentes dans les périmètres avoisinant, plus ou moins larges, souvent très urbanisés. Une grosse part de la population normande est exposée : 68 % au risque technologie « transport de matière dangereuse », 32 % au risque « industriel », 5 % au risque « nucléaire », et au total, 18 % des logements sont concernés par un PPRT. À ce jour, les 21 PPRT prescrits par la DREAL en Normandie sont tous approuvés. Les sites nucléaires sont soumis à des procédures particulières : les PPI, plans particuliers d'intervention, relatifs à la protection des populations dans les communes aux abords des exploitations, qui font l'objet de distribution de comprimés d'iode en cas d'accident susceptible d'avoir des répercussions à l'extérieur des sites, et les PUI plans d'urgence interne, dédiés à la sécurité des personnels des sites lors d'incidents internes.

PPRT approuvés en Normandie (2019)**PPI et PUI risque nucléaire**

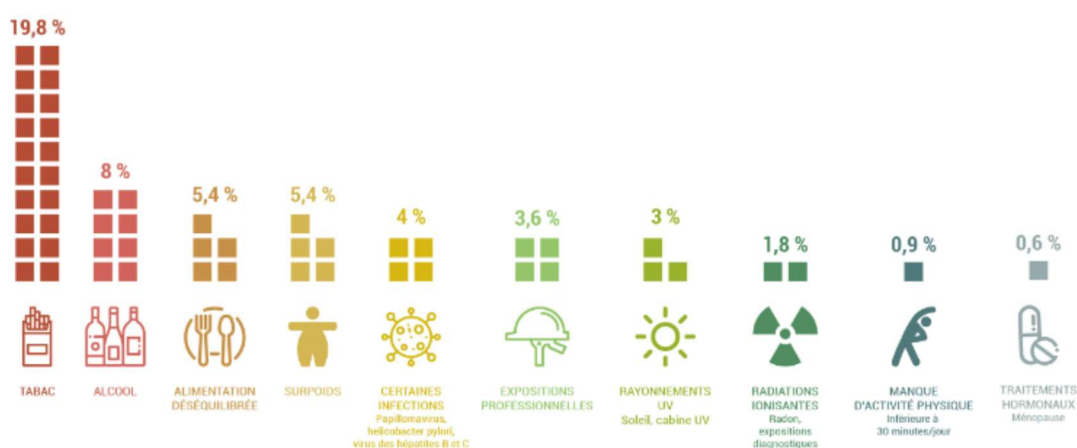
(Sources : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023 - [Campagne de distribution de comprimés d'iode stable autour des installations nucléaires | Santé.fr](https://www.santefr.fr/campagne-de-distribution-de-comprimés-d-iode-stable-autour-des-installations-nucléaires))

À noter que l'accueil de populations durant les grands chantiers industriels a révélé et accru les failles du système de soins. La question se pose du dimensionnement et des investissements massifs nécessaires dans l'offre de santé sur les territoires amenés à accueillir des flux importants d'actifs, notamment lors de grands chantiers, comme sur les sites nucléaires autour de Dieppe et Cherbourg.

À la suite de l'incendie de Lubrizol survenu en 2019, les laboratoires de recherche universitaires ont été sollicités par l'Université Rouen Normandie et la Région Normandie pour développer une analyse pluridisciplinaire et un projet dans le but de répondre aux problématiques posées par cet incendie. Ce projet COP HERL fédère une centaine de personnels et vise à caractériser non seulement les risques physico-chimiques, environnementaux et sanitaires mais aussi la perception sociétale de ces risques et le développement d'outils permettant d'améliorer la résilience du territoire⁵⁷. Cet incendie a par ailleurs donné lieu à un renforcement des procédures d'alerte, puisqu'un système d'alerte et d'information des populations via les téléphones portables a depuis été déployé partout en France. Enfin, toutes les communes concernées par un risque majeur doivent se doter d'un DICRIM pour garantir le droit à l'information des citoyens.

- **Rappel pour mémoire des incidences sanitaires liées aux différents risques environnementaux naturels ou anthropiques**

Zoom sur les travaux du CIRC⁵⁸ : il examine la cancérologie éventuelle d'agents chimiques, physiques, biologiques et comportementaux et propose la répartition suivante des cancers attribuables aux mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. Près de 1 000 agents sont classés. Il estime que l'on peut prévenir 40 % des cancers grâce à des changements de comportement, de modes de vie ou d'exposition à des facteurs environnementaux :



(Source : ORS CREAI – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023 – Exploitation rapport du CIRC)

⁵⁷ Pour mémoire, le CERREVE, centre de recherche risques et vulnérabilités de l'Université de Caen, aborde et étudie les risques dans les sociétés contemporaines dans une approche également interdisciplinaire.

⁵⁸ Lien à l'étude du CIRC : https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf - Près de 1 000 agents sont classés, de cancérogènes « avérés » 121 agents en tout, à « probant » 93, « possible » 320, « inclassable » 501.

- **Rappel des indicateurs sanitaires significatifs et association aux facteurs environnementaux**

Indicateur significatif	Facteur de risques environnementaux
• Espérance de vie parmi les plus faibles • Surmortalité toutes causes tous âges • Surmortalité prématurée (surtout en 76), liée aux cancers, maladies appareil circulatoire et suicides	
Cancers : incidence régionale non significativement différente/ FM, sauf différentiel de mortalité de + 6 %, • Poumon : + 8 % (+ 18 % en 76) • Mélanomes : + 17 % (+ 28 % dans le 61) • Amiante : incidence régionale élevée et mortalité + 46 % (+ 96 % en 76) La hausses des cas perdurent depuis 1990	Poumon : <i>tabagisme (n°1) + polluants de l'air (particules fines, ozone), Radon, agents carcinogènes professionnels (produits chimiques dangereux, tels que l'amiante, l'arsenic, les hydrocarbures)</i> Mélanome : <i>rayons UV du soleil ou UV artificiels (lampes à bronzer)</i> Autres types de cancers : <i>radiations ionisantes, benzènes, pesticides, solvants industriels, infections chroniques virales, champs électromagnétiques de radiofréquences, stéroïdes, perturbateurs endocriniens, traitements hormonaux</i>
Appareil circulatoire : 2 ^{ème} cause de décès, taux de prise en charge + 6 pts	<i>Pollution de l'air, bruit, température + styles de vie (sédentarité, alimentation déséquilibrée, tabagisme)</i>
Appareil respiratoire : taux de prise en charge + 8 pts, ALD + 4 pts	<i>Tabagisme, pollution atmosphérique intérieur-extérieur (particules fines, oxydes d'azote, ozone), allergènes (pollens, moisissures, produits à usage domestique, acariens...), poussières ou substances chimiques (pesticides, silice, poussières de charbon ou végétales...)</i>

3.2. La qualité et l'accès aux ressources vitales

3.2.1. La biodiversité et le rapport à la nature, sources de santé

La Normandie est un territoire qui présente une grande diversité d'aménités naturelles et paysagères, importantes pour le cadre et la qualité de vie des habitants. Parmi les liens positifs établis entre la présence d'espaces naturels, la qualité de la biodiversité et la santé humaine, on peut relever par exemple la baisse de la fréquence cardiaque, des diabètes de type II, des problématiques de santé mentale, d'obésité, ainsi que des effets positifs en termes de développement comportemental.

En tant que 2^{ème} région agricole par l'étendue de son territoire dédié à ces activités, comme on l'a vu dans le paragraphe précédent consacré aux risques liés au dérèglement climatique, la région est sensible aux pressions climatiques et anthropiques. Elle subit une exposition aux risques naturels amplifiés par le dérèglement et une forte pression à l'artificialisation des sols, en lien avec son modèle d'aménagement de l'espace, d'urbanisation et de concentration d'activités économiques et résidentielles très impactant pour la nature. Ces pressions s'accompagnent d'une banalisation des paysages, la disparition d'espèces végétales et animales avec la suppression de prairies et de haies, qui sont autant de réservoirs de biodiversité susceptibles de faire défaut dans le maintien d'un cadre et d'une qualité de vie propice à une bonne santé.

Forts de ces constats, les pouvoirs publics ont adopté des plans stratégiques de reconquête et de maintien de la biodiversité, visant à préserver notamment des trames vertes et bleues assurant la continuité écologique des paysages. En adoptant en 2022 la SRB stratégie régionale de la biodiversité « Normandie 2030 » en déclinaison de la stratégie nationale, l'objectif vise à mieux préserver et restaurer des fonctionnalités des milieux naturels. La SRB constitue aussi un des leviers déterminants de l'atteinte de la neutralité carbone, essentielle à la lutte contre le changement climatique, au même titre que la lutte contre l'artificialisation et que la réduction des émissions de GES, traduites dans les stratégies ZAN et ZEN, Zéro Emission Nette.

Cette stratégie doit associer l'ensemble des acteurs régionaux, habitants, collectivités, acteurs économiques aux objectifs de maintien de la qualité des ressources naturelles, de reconnaissance et de restauration des services écosystémiques rendus par la nature.

Or, si le rapport à la nature est globalement reconnu comme important pour la santé, considérer la biodiversité comme une ressource indispensable à la vie et une véritable source de santé n'est ni évident, ni nécessairement admis.

3.2.2. La vulnérabilité de la ressource en eau

La majeure partie du territoire normand est située sur le bassin hydrographique Seine-Normandie, mais une partie sud de la Manche (bassin du Couesnon) et de l'Orne (bassins de l'Huisne, de la Sarthe-Amont et de la Mayenne) se trouve sur le bassin Loire-Bretagne. La ressource en eau a un impact important sur la santé et ses effets potentiels s'apprécient au regard des quantités disponibles, avec des risques liés au stress hydrique éventuel, aux conflits d'usage, et à la qualité de la ressource, dont l'insuffisance peut provoquer des risques sanitaires directs, dus à l'eau potable (turbidité, contamination microbiologiques, polluants), ou indirectement par le biais de contamination des sols et des ressources alimentaires.

- **Des améliorations en quantité et qualité, mais des risques qui demeurent**

Le PRSE distingue dans son diagnostic la quantité et la qualité des masses d'eaux souterraines (aquifères, liées à l'infiltration des eaux de pluie, nappes phréatiques), et la qualité chimique des différentes eaux de surface, littorales, de baignade, ou potable.

Or, la vulnérabilité de la ressource vitale pour la santé qu'est la ressource en eau⁵⁹ est forte en Normandie. Par exemple, certains territoires du bassin Seine-Normandie commencent à souffrir de sécheresse, même si les difficultés sont assez localisées, alors que l'impact du changement climatique à venir sera important sur la raréfaction de la ressource et son acidification. Par ailleurs, en dépit des progrès observés sur la qualité des eaux, le bassin fortement peuplé, urbanisé, artificialisé, industrialisé, avec des surfaces agricoles importantes, un littoral largement anthropisé, rassemble des substances polluantes historiques, particulièrement concentrées dans l'estuaire de la Seine. Les deux phénomènes, récurrence de sécheresses et qualité des eaux se cumulent et vont accentuer la fragilité du territoire.

Les principaux polluants des aquifères sont les nitrates et pesticides ayant pour origine l'activité agricole. L'état chimique de ces masses d'eaux souterraines est médiocre en majorité, même s'il s'est amélioré entre 2015 et 2019, puisque 30 % seulement sont considérés en bon état. Quant aux eaux de surface, leur état chimique lié à la concentration de substances dangereuses est stable sur la période, soit 32 % de cours d'eau en bon état, et leur état écologique est bon pour 42 % mais en baisse de 2 points entre 2019 et 2022.

Les eaux de baignade et du littoral sont plutôt en bon ou très bon état, excepté quelques problématiques concentrées sur les estuaires ou certaines dégradations ponctuelles localisées. Après traitement, l'eau potable reste conforme aux normes à 99 % pour la concentration de nitrates. En revanche, la conformité n'est que de 84 % pour les pesticides. Les dépassements des seuils autorisés touchent donc 16 % de la population normande.

- **Des mesures d'amélioration encadrées**

Les schémas directeurs d'aménagement et de gestion des eaux (SDAGE) 2022-2027 des deux bassins de référence en Normandie, Seine-Normandie et Loire-Bretagne, approuvés en 2022, arrêtent le programme pluriannuel de mesures volontaristes. Elles visent à conserver et améliorer la qualité des milieux aquatiques et des eaux souterraines, face au changement climatique, au déclin de la biodiversité et à l'accroissement des pressions des activités économiques et résidentielles. Les objectifs d'amélioration se sont accompagnés d'un renforcement des règles du SDAGE Seine-Normandie. Néanmoins, les ambitions restent mesurées :

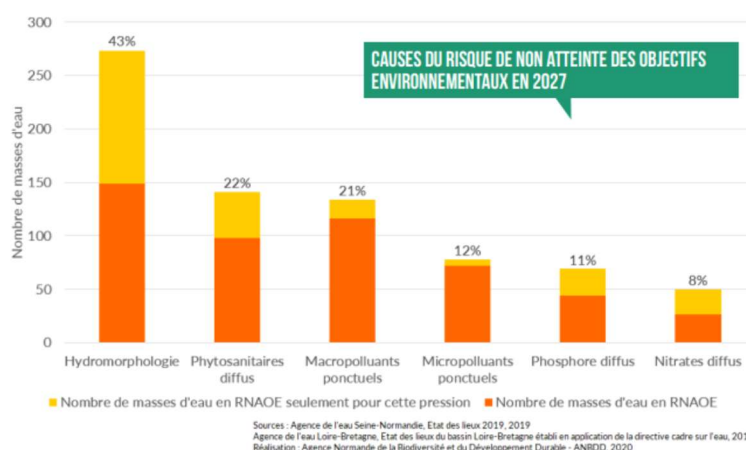
- l'état projeté en 2027 est de 30 % des masses d'eau normandes en bon état écologique,
- des masses d'eau aujourd'hui en bon état écologique deviendraient en revanche des masses d'eau « en risque 2027 » à cause du maintien ou de l'accroissement de l'effet des pressions,

⁵⁹ Rapport du CESER de Normandie - « L'eau en Normandie » - avril 2023 - [L'eau en Normandie, enjeux d'une gestion durable de la ressource | Ceser Normandie](#).

- 55 % des masses d’eau à risque pour 2027 sont susceptibles de ne pas atteindre l’objectif environnemental du fait de la seule pression hydromorphologique (sur les rivières et zones humides).

Un des dispositif phare du SDAGE porte donc sur la reconstitution de 150 à 200 % des surfaces de zones humides détruites.

Causes du RNAOE risque de non atteinte des objectifs environnementaux en 2027



(Source : ORS CREA – diagnostic régional santé environnement du PRSE4 – mars 2023)

Des recherches récentes viennent donner l’alerte sur de nouvelles causes de pollution néfastes à la santé. Il s’agit des PFAS. Les alkyls perfluorés et poly fluorés (PFAS) sont un groupe incluant plus de 4 700 produits chimiques d’origine anthropique largement utilisés qui s’accumulent au fil du temps chez l’être humain et dans l’environnement. Ils sont connus sous le nom de « produits chimiques éternels » (*forever chemicals*), car ils sont extrêmement persistants dans notre environnement et dans notre corps. Ils peuvent entraîner des problèmes de santé tels que des lésions hépatiques, des maladies thyroïdiennes, de l’obésité, des problèmes de fertilité et des cancers. Dans le but de protéger la santé humaine et l’environnement, la base scientifique de l’évaluation des risques chimiques va être renforcée pour faciliter la transition de l’UE. Une action normande devra y être attentive.

3.2.3. La qualité de l’air

En ce qui concerne la qualité de l’air, le CESER rappelait dans son rapport « Habiter en Normandie en 2040 » : « La Normandie présente des fragilités dans les équilibres entre les émissions de GES, gaz à effet de serre et ses capacités de captation dans les écosystèmes. C’est en effet une région de flux avec le 3^{ème} plus dense maillage en infrastructures routières de France métropolitaine avec des conséquences sur le volume des émissions de GES ainsi que sur la qualité de l’air et la santé publique. Il est estimé que 9 % de la mortalité régionale est constituée par les décès prématurés liés à la pollution de l’air, soit 2 600 enregistrés en moyenne par an (Source : bilan de mise en œuvre du SRADDET - Région Normandie - décembre 2021), avec des risques concentrés dans les grandes agglomérations qui regroupent à elles seules plus de 1 million d’habitants et le long de la vallée de Seine, où les émissions de GES dues aux transports occupent une place significative. »

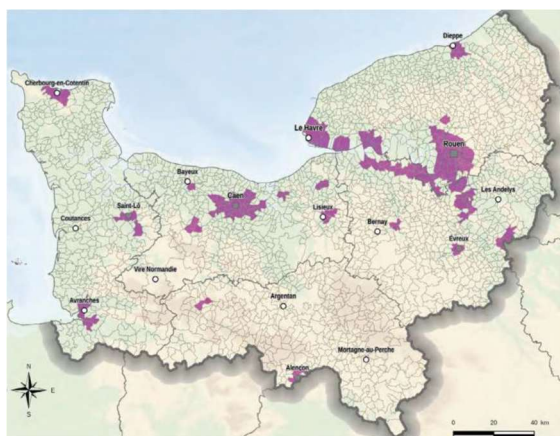
Sur le plan national, les 40 000 décès prématurés attribuables aux particules fines émises dans l'atmosphère engendreraient une perte globale de 8 mois d'espérance de vie, selon Santé Publique France.

Le territoire normand affiche des disparités d'exposition puisque les grandes agglomérations présentent régulièrement des concentrations supérieures aux recommandations de seuils de dépassement défini par les normes OMS ou européennes, voire parfois supérieures aux valeurs limites (exemple de Rouen en 2021). La mise en place des ZFE, zones à faible émission, remises en cause depuis peu, visait l'amélioration de la situation dans l'ensemble des grandes agglomérations. Tous les composants émis sont, *a minima*, irritants pour les voies respiratoires et facteurs aggravant des maladies respiratoires, et présentent d'autres effets :

- NO₂ dioxyde d'azote : effets cardiovasculaires,
- PM₁₀/PM_{2,5} particules fines : maladies cardiovasculaires, cancers, suspicion de maladies neurologiques, endocriniennes,
- Ozone : irritant oculaire, altérations pulmonaires
- Pollens : allergisant.

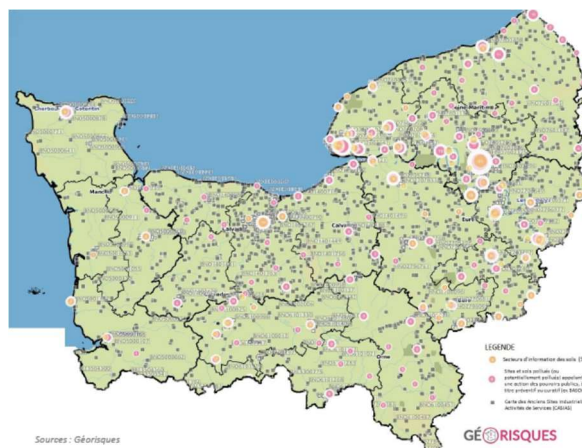
Enfin les diverses pollutions affectent potentiellement la qualité des sols, avec un impact global sur l'ensemble de la chaîne alimentaire, donc sur la santé, soit par ingestion directe de polluants, soit par leur présence dans les sols cultivés et donc dans les produits alimentaires, soit par infiltration dans les eaux souterraines. La qualité des sols est également dépendante de la politique de gestion des déchets pour lesquels les pratiques ont fortement évolué dans le temps vers davantage de sobriété dans leur production et de traitement différencié dans leur stockage, élimination ou recyclage.

Zones sensibles à la qualité de l'air (cartographie ATMO)



(Source : ORS CREAI – diagnostic régional du PRSE4)

Cartographie des sites et sols pollués



Il est également important de rappeler le rôle de la qualité de l'air intérieur des habitations sur la santé, sachant que des problématiques de salubrité des logements existent en Normandie qui compterait, selon un recensement de la DREAL déjà ancien de 2016, environ 5 % des logements de son parc privé, soit 58 000 habitations, classés « potentiellement indignes » exposant ses habitants à des risques dus à une dégradation forte du bâti.

3.2.4. L'alimentation : sécurité alimentaire et sécurité sanitaire

La première fonction de l'alimentation est d'assurer le bon fonctionnement physiologique du corps humain, avec une qualité et des quantités adéquates. La nutrition, façon de se nourrir et d'utiliser la ressource alimentaire, est donc un facteur primordial de prévention d'un bon état général de santé, qui contribue à la santé humaine mais peut aussi l'altérer significativement si elle est inappropriée.

- **Une sécurité alimentaire globalement assurée, mais des problématiques de nutrition**

La sécurité alimentaire, qui peut être définie comme « *l'accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive permettant de satisfaire ses besoins et mener une vie saine et active* »⁶⁰ est globalement garantie en France, ce qui est loin d'être le cas dans de nombreux pays du globe.

Il existe cependant des situations particulières à risque. C'est le cas de la dénutrition chez certaines personnes âgées, ou de situations d'insuffisance quantitative et qualitative, par manque de ressources, qui ont tendance à se développer dans les périodes de forte inflation. Elles touchent désormais davantage de catégories de population, telle que la classe d'âge des jeunes, notamment les étudiants.

Les risques émergents d'insécurité alimentaire sont davantage liés à l'environnement. Ainsi, dans les 30 prochaines années, la perspective est forte de voir se reproduire des années de tension ou de baisse des rendements agricoles, comme en 2024, en raison de conditions climatiques défavorables à l'échelle locale et mondiale. Les conséquences s'en font immédiatement sentir sur les disponibilités alimentaires et les ressources halieutiques. La baisse de la qualité nutritive des aliments et le renchérissement des produits affectent très directement les populations économiquement et socialement les plus précaires.

On peut souligner ici le poids des comportements alimentaires et des choix individuels de nutrition sur la santé. La qualité des produits industriels ultra transformés, est également pointée du doigt, et des réglementations ou des initiatives visant à renforcer l'information des consommateurs sur l'importance de la qualité nutritionnelle des aliments se sont largement développées. Les produits ultra transformés génèrent par ailleurs une mécanique d'addiction chez les consommateurs, notamment les plus jeunes, avec des stimuli sensoriels de plaisir liés aux apports de sucres bien au-delà des besoins nutritionnels journaliers.

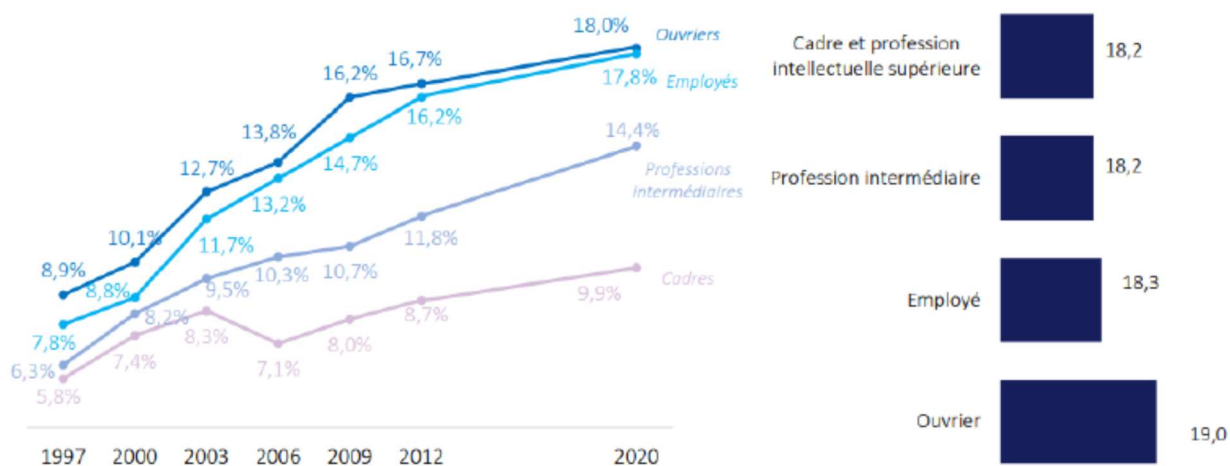
Outre le développement des pathologies spécifiques liés à une nutrition sous-optimale et à la sédentarité, comme les cancers et les maladies cardiovasculaires qui représentent plus de 55 % des décès annuels en France, une mauvaise nutrition amplifie fortement les risques de surpoids et d'obésité.

⁶⁰ Référence à l'étude du CESER de Bretagne « L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société ? » - 2021 - [L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société ? - CESER Bretagne](#).

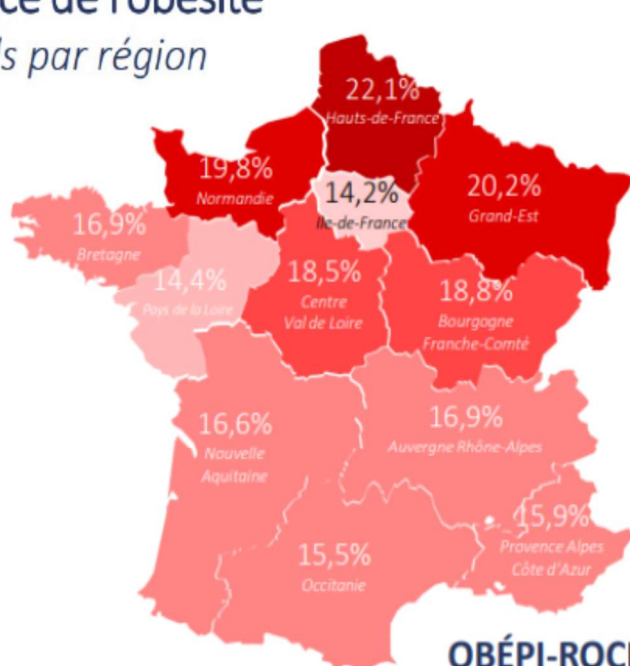
France : Prévalence de l'obésité

selon la catégorie socio-professionnelle

des enfants de 2 à 17 ans selon situation des parents



Prévalence de l'obésité en Normandie

Prévalence de l'obésité
détails par régionPrès de 8 points d'écart
entre les Hauts-de-France et l'Île-de-France**% OBÉSITÉ**

Résultats nationaux : 17,0%

OBÉPI-ROCHE 2020

Enquête Obépi (2020)

(Sources : ORS CREA – rendez-vous santé en QPV)

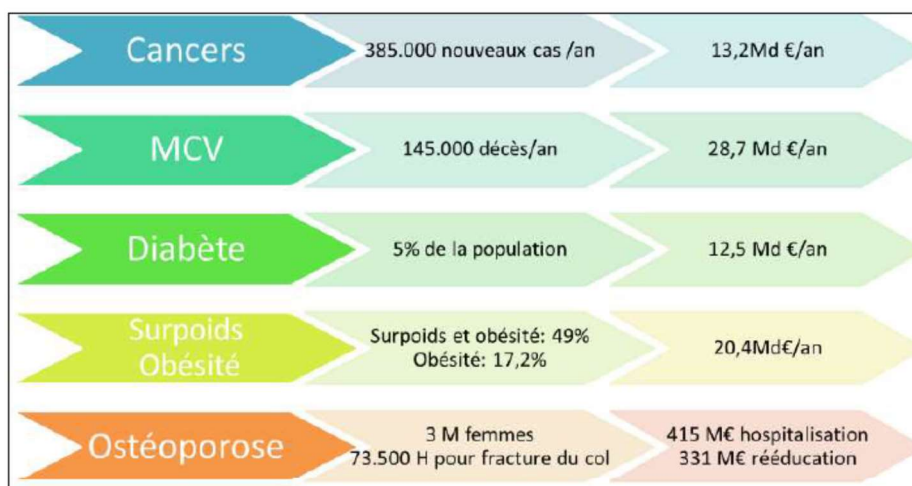
Les courbes mettent clairement en évidence l'existence d'un gradient social de l'obésité (cf. *infra* 3.3.2), et l'on constate que les situations de surpoids et d'obésité qui, bien que plus fréquente dans la population adulte, se développe à un rythme important chez les jeunes enfants et jeunes adultes, chez qui on observe par ailleurs un recul des activités physiques et de la pratique sportive et une hausse de la sédentarité.

La Normandie se situe au 3^{ème} rang, avec presque 20 % de sa population en obésité, contre 17 % en France métropolitaine.

Les conséquences sur la santé sont bien identifiées : le développement de maladies chroniques, notamment le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et respiratoires, les atteintes articulaires sources de handicaps et certains cancers, ou encore sur la qualité de vie et sur les liens sociaux et amicaux. En effet, le surpoids et l'obésité peuvent développer des troubles de l'estime de soi, générant de l'isolement, de la stigmatisation au regard des codes sociaux autour de la représentation d'un idéal corporel, voire des ruptures du lien social et des problématiques de santé mentale.

Au regard de l'ensemble de ces incidences, il est estimé en 2050 que le surpoids et l'obésité représenteront un coût social avoisinant celui de l'alcool ou du tabac, avec une équivalence de diminution de 3,3 % du PIB par habitant⁶¹.

Coût comparé de l'impact des maladies en France



Source : Michel Chauliac, Ministère de la Santé et des Solidarités

(Source : CESER de Bretagne « L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société – 2021 »)

- **Une sécurité sanitaire de l'alimentation sous contrôle, mais des risques émergents**

La sécurité sanitaire de l'alimentation, qui peut être définie comme « *les processus visant des aliments sans danger pour le consommateur et les programmes de protection, de la*

⁶¹ Source Lettre Trésor-Eco « Obésité : quelles conséquences pour l'économie et comment les limiter ? » - 2016 – Extrait du rapport du CESER de Bretagne « L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société » - 2021.

responsabilité des pouvoirs publics », est également globalement atteinte ou en forte progression en France. La protection des consommateurs s'appuie sur des réglementations sanitaires et des normes visant les procédés de production agricole, de fabrication, de distribution ou de conservation des produits alimentaires.

De nombreuses substances sont réglementées, voire interdites, en raison de leurs effets néfastes sur la santé, à l'exemple des produits présentant une toxicité avérée ou des perturbateurs endocriniens. Néanmoins, ces réglementations sont évolutives en fonction des connaissances acquises ou du caractère plus ou moins avéré des effets sur la santé, qui peuvent faire débat, et peuvent varier d'un pays à l'autre, y compris au sein de l'Union Européenne. L'actualité récente met en exergue les problématiques des importations alimentaires et des différences normatives qu'elles peuvent comporter. Ainsi elles mettent non seulement en cause les équilibres économiques de nos modèles de production soumis à des exigences de qualité protectrices pour le consommateur, mais également les chances d'accès pour tous à ces produits de meilleure qualité.

Si des crises sanitaires très médiatisées ont parfois présenté une menace pour la santé publique à large échelle, soit par tromperie volontaire soit par altération de la qualité liée à l'environnement de production, elles demeurent fort heureusement rares. En revanche, à long terme, c'est davantage la manière de produire notre alimentation qui pourra constituer des risques pour la santé humaine. L'intensification des productions, de culture ou d'élevage, présente des risques d'appauvrissement ou de pollution des sols liés aux besoins accrus en eau et en alimentation animale à satisfaire. On peut y ajouter le recours aux intrants phytosanitaires, à des additifs lors des productions, ou encore aux remèdes vétérinaires destinés à lutter contre des épizooties dans les cheptels animaux et susceptibles d'augmenter l'antibiorésistance chez les animaux comme chez l'homme, etc.

Enfin des risques à caractère diffus sur longue durée, émergents, sont de mieux en mieux documentés : les PFAS. Ces polluants éternels, résidus de nanoparticules de microplastiques ou de divers composants chimiques⁶², sont accumulés dans l'environnement et leurs effets se feront sentir sur la santé des générations à venir.

3.3. Les conditions de vie : impact en santé des vulnérabilités sociales et des modes de vie

3.3.1. Vulnérabilités sociales et environnementales de santé plus marquées en Normandie

- **Des difficultés très différenciées selon les territoires**

Pour mémoire, le CESER a choisi de compléter la revue de l'état sanitaire en Normandie, présenté de façon détaillée dans les données de cadrage, par des indicateurs significatifs de la dimension sociale de l'accès à la santé. Ils permettent de décrire les conditions de vie sociale

⁶² Les alkyls perfluorés et poly fluorés (PFAS) sont un groupe incluant plus de 4 700 produits chimiques d'origine anthropique largement utilisés qui s'accumulent au fil du temps chez l'être humain et dans l'environnement.

et d'éclairer sur les inégalités sociales de santé qui sont particulièrement importantes dans la région et documentées par l'INSEE au travers des indicateurs de développement durable complémentaires à celui sur la bonne santé et le bien-être. Rappelons-les succinctement :

- Les pertes d'espérance de vie selon la catégorie socio-professionnelle, et selon la faiblesse des revenus, allant jusqu'à 3,8 ans pour les hommes disposant d'un revenu mensuel autour de 1 000 €, et 7,3 ans autour de 500 € mensuels,
- La surreprésentation d'ouvriers et d'employés dans la région présente une médiane du niveau de vie normand⁶³, autour de 22 480 €, inférieure à la moyenne en France, et un revenu moyen annuel plus faible de – 9,3 % par rapport à la moyenne,
- L'accès à l'éducation reste plus fortement corrélé qu'ailleurs aux caractéristiques socio-économiques et aux catégories socio-professionnelles en Normandie, et les gains observés au regard de l'évolution des sorties sans diplôme sont moins rapides,
- Des données socio-économiques moyennes cachent de très fortes disparités régionales entre les départements normands et certains infra-territoires particulièrement exposés comme l'Orne. Ce département présente un taux de pauvreté de 15,1 % au-delà de la moyenne régionale et un revenu annuel moyen en retrait de – 18,4 %. La Seine-Maritime affiche également un taux de pauvreté de 14,8 % et un chômage plus élevé.

Globalement en France, les privations matérielles mesurées par enquête de l'INSEE, après avoir légèrement fléchi en 10 ans, ont retrouvé en 2023 un niveau supérieur à celles de 2013, et supérieur à la moyenne européenne, affectant davantage les enfants, les jeunes, les familles monoparentales.

• **Le non-recours aux soins des plus précaires**

Une des traductions concrètes et directe de ces situations de précarité sur la santé est le renoncement aux soins auquel sont contraints les personnes, les familles, et de plus en plus de jeunes. L'ARS estime l'écart du taux de non-recours à 3 points entre territoires favorisés et défavorisés dans lesquels il s'établit à 16,4 % de la population, et ce, malgré les dispositifs de couverture santé universelle mis en place envers les plus démunis (PUMA, protection universelle maladie et CSS, complémentaire santé solidaire).

Une répartition très hétérogène des populations sensibles ou isolées est également constatée sur le territoire normand. Sont concernés notamment les seniors de plus de 75 ans pour lesquels, quel que soit le niveau de revenus, la faiblesse du lien social devient problématique pour leur santé, et ce d'autant plus s'il se double d'un isolement géographique.

Par ailleurs, le niveau de revenu ou d'éducation est déterminant dans l'accès à l'information, à l'autonomie et à la citoyenneté, aux droits en général, et le devient d'autant plus dans le

⁶³ Le niveau de vie médian, montant pour lequel la moitié des personnes touche moins et l'autre moitié davantage, est mesuré après impôts et prestations sociales, et représente le montant disponible pour vivre.

contexte où les pouvoirs publics en appellent à la responsabilisation individuelle de chacun à être acteur de sa propre santé. Les freins rencontrés dans la transmission des informations d'éducation en santé contrecarrent l'efficacité des messages de prévention et génèrent des coûts sur l'ensemble du système de santé.

3.3.2. Conditions de vie sociale : une exposition accrue aux autres risques environnementaux

Enfin, les conditions de vie sociale et les modes de vie ont des impacts sur les vulnérabilités environnementales susceptibles d'affecter l'accès à la santé tout au long de la vie. Si les plus vulnérables sont plus fréquemment touchés par la maladie, ils sont également exposés aux conséquences du dérèglement climatique et des risques environnementaux évoqués plus haut. Leur prévalence est corrélée aux situations sociales contraintes, faute pour les individus d'être en mesure de pouvoir répondre aux différentes injonctions ou aux messages de prévention destinés à prémunir son propre capital santé, comme :

- **Celle de se loger décentement**

En Normandie, la précarité énergétique touche 1 ménage sur 6 en 2019⁶⁴, faisant de la lutte contre la précarité énergétique un véritable enjeu d'ordre social. Elle est définie au regard de la part des revenus des ménages consacrés aux dépenses énergétiques de leur habitat en général, c'est-à-dire au logement, ce que retient la loi dans sa définition, mais en parallèle à leurs déplacements. La Normandie se situe au 5^{ème} rang des régions pour la précarité liée au logement, avec 17,6 % des ménages (14 % en France métropolitaine) engageant un effort au-delà du seuil du taux d'effort énergétique fixé par l'INSEE à 8 % des revenus. La précarité énergétique liée aux transports touche quant à elle 16 % des ménages normands (13,8 % en France métropolitaine), l'INSEE ayant considéré que le seuil serait de 4,5 % des revenus en 2013.

Ces taux d'efforts amputent d'autant les ressources disponibles pour les autres postes de dépenses de la vie courante, notamment pour les ménages les plus précaires, dont le poste alimentation et santé.

Par ailleurs, en ce qui concerne le logement social, le volume de l'offre disponible est en apparence satisfaisant, puisque le parc social représente 1/5^{ème} du parc total et accueille 1/6^{ème} de la population (en 2020), plaçant la Normandie en position plutôt favorable. Ce constat doit cependant être relativisé dans la mesure où ce sont au total 3/5^{ème} des Normands qui seraient en théorie éligible au logement social en fonction de leurs revenus.

Ce parc évolue peu et le taux de vacance y est significatif indiquant un probable défaut d'adaptation à la demande, il est concentré à 48 % sur le seul département de la Seine-Maritime, et à plus de 25 % dans les 62 QPV, quartiers politique de la ville, ce qui montre des situations de tension spécifiques existant sur de nombreux autres infra-territoires. La précarité des personnes empêchées d'accéder au parc social a des répercussions sur leurs

⁶⁴ Source : INSEE Analyses n°69 « Vulnérabilité énergétique touche 1 ménage normand sur 6 » - octobre 2019.

conditions de vie, une partie se retrouvant logée dans le parc privé dont on sait que les conditions du bâti peuvent être fortement dégradées.

Enfin, la réalité d'accès des publics les plus défavorisés au logement social est souvent complexe, en lien avec les modalités et la coordination des parcours fréquemment chaotique du sans-abrisme ou du mal logement jusqu'au logement décent, et ce, malgré les plans « logement d'abord ». Il faut souligner que l'âge moyen de décès des femmes sans-abris est de 46 ans, et de 50 ans pour les hommes.

- **Celle de manger plus sainement**

Les comportements nutritionnels sont dans bien des cas contraints ou subis car largement corrélés avec l'appartenance aux catégories sociales les moins favorisées. Celles-ci ont en effet moins facilement accès ou sont empêchées d'accéder aux produits alimentaires les plus qualitatifs, aux produits frais, ou encore aux produits issus de l'agriculture biologique, souvent plus onéreux. On a d'ailleurs pu noter l'extrême volatilité des pratiques de consommation de produits biologiques en période de forte inflation chez l'ensemble des consommateurs, indiquant que le facteur « prix » conserve un poids important dans les choix alimentaires. Or, il est ensuite souvent difficile d'enrayer des habitudes alimentaires surtout si elles sont installées dès le plus jeune âge.

Par ailleurs, l'offre alimentaire de produits ultra-transformés, sur-enrichis en graisses et sucres, calories et additifs, n'est pas réellement régulée sauf au moyen d'affichages préventifs, de type « Nutri-score », qui en appellent au libre arbitre de chacun et à la volonté des industriels ou des marques, dont les lobbies sont puissants, de faire évoluer les plus médiocres, souvent avec des incidences sur leur prix final. Ces messages atteignent difficilement les plus précaire dont la priorité est de se nourrir avant tout.

Les choix alimentaires contraints se traduisent également dans la propension plus forte au surpoids et à l'obésité dans les catégories sociales les plus défavorisées, témoignant d'un réel gradient social de l'obésité. Selon la HAS Haute autorité de santé (*source : site [ameli.fr](https://www.ameli.fr) Prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant | ameli.fr | Médecin*), les disparités sociales sont visibles dès la grande section de maternelle : les enfants d'ouvriers sont ainsi 4 fois plus touchés par l'obésité que les enfants de cadres. À noter que ce gradient social tend à s'accroître avec le temps essentiellement du fait que l'on constate une amélioration dans les classes plus favorisées au contraire des groupes moins favorisés.

- **Celle d'opter pour un cadre d'habitat propice à son bien-être**

Les choix d'habitat sont également souvent contraints pour une large part en raison des conditions économiques d'accès au logement.

Dans son rapport « habiter en Normandie en 2040 », le CESER soulignait une forte contradiction qui perdure entre l'aspiration à disposer d'un habitat individuel et les nuisances qu'il génère. Dans les territoires où la spécialisation fonctionnelle des espaces domine, les résidents, s'ils veulent satisfaire leur besoin d'espace et de nature, sont contraints de

s'éloigner des centres urbains où se concentrent les lieux de travail ou de consommation faute de pouvoir disposer de ce type d'habitat à des prix raisonnables en proximité. Cela génère de la dépendance à l'automobile, des flux pendulaires importants, de la pollution, du stress, de nature à contrarier fortement les gains espérés en qualité de vie.

Enfin, les aménagements des zones très urbanisées évoluent depuis peu de temps, et de façon encore parcimonieuse, vers des modèles qui laissent davantage de place à la végétalisation des surfaces. Ils visent à aider les résidents à s'adapter aux changements de température, tout en permettant de recréer une proximité avec la nature dans des zones qui en étaient dépourvues et de contribuer à satisfaire ce besoin vital pour la santé dont tout une partie de la population se trouve éloignée.

C'est la combinaison entre l'adaptation de dispositifs d'accès à la santé envers les plus vulnérables et l'action à la source sur la résorption des inégalités sociales qui peut ouvrir la voie à l'atténuation des difficultés d'accès des Normands à la santé. En effet, pour toute une partie de la population, la problématique des choix contraints se conjugue avec celle de la liberté des choix individuels pour tout un chacun.

3.3.3. L'évolution des modes de vie : des effets parfois délétères sur la santé

Pour mémoire, selon la représentation de Lalonde présentée en introduction, les habitudes de vie comprenant les comportements alimentaires, les choix de mobilité, les addictions, les pratiques sportives ou la sédentarité, détermineraient pour 10 % notre état de santé.

- **La sédentarité compensée par des pratiques sportives en développement**

Parmi les principaux modes de vie dont les effets immédiats sur la santé sont avérés et documentés, citons l'augmentation de la sédentarité dont l'évolution est une tendance lourde. De multiples causes en sont à l'origine, bien que la numérisation de la société et le développement du temps passé sur les écrans, notamment par les jeunes, soit souvent la principale cause citée. Paradoxalement, l'accélération des rythmes et des temps de vie rendu possible par le développement d'outils de communication de plus en plus performants, qu'ils soient physiques ou numériques, a contribué à cette sédentarisation, avec des conséquences qui peuvent être importantes sur la santé et sur l'apparition ou l'aggravation de certaines pathologies.

Pour prévenir ces situations, les pouvoirs publics ont mis en place d'importantes campagnes d'information et de promotion du sport-santé. S'il est difficile d'en mesurer les effets directs, l'observation des pratiques d'activités physiques et sportives permet de dresser un constat plutôt optimiste : cette sédentarisation des modes de vie s'accompagne d'une hausse assez significative de la pratique sportive régulière ou occasionnelle, largement portée depuis les dernières années par les femmes, les seniors et les bas revenus.

Ainsi, selon le baromètre national des pratiques sportives publié par l'INJEP, en 2022⁶⁵, « 60 % des Français de 15 ans et plus pratiquaient une activité physique et sportive régulière (en

⁶⁵ Source : site de la Banque des Territoires - [La pratique sportive se démocratise en France](#).

moyenne au moins une fois par semaine au cours des douze derniers mois), soit une hausse de 6 points par rapport à 2018, et 72 % avaient une pratique occasionnelle, voire 81 % si l'on prend en compte la mobilité douce (déplacements du quotidien à pied, à vélo ou en trottinette) ». En définitive, « seuls 19 % des Français étaient sédentaires en 2022 et n'ont pratiqué aucune activité physique et sportive même pour se déplacer au quotidien, alors qu'ils étaient encore 25 % en 2018 ».

La manière de pratiquer a également évolué : les pratiques se sont largement démocratisées et surtout individualisées : pour 47% des Français, la pratique est solitaire et non pas au sein de clubs. L'accès et la vitalité des Maisons sport-santé restent à renforcer.

Les marges de progression résident encore dans la recherche d'un meilleur équilibre des pratiques entre les femmes et les hommes, ou entre les territoires ruraux et urbains.

• **Les addictions**

La prévalence de certaines addictions comportementales, ou leur multiplication à un âge de plus en plus précoce, est une des autres caractéristiques de nos modes de vie. De nombreuses politiques publiques s'attèlent à informer les populations quant aux effets néfastes sur la santé, identifiés de longue date. On constate néanmoins que les effets de ces politiques de prévention sont en demi-teinte. En effet, selon les données du CIRC (cf. *supra* 3.1.4.), les deux principales addictions que sont le tabac et l'alcool sont à l'origine respectivement de 19,8 % et de 8 % des cancers. En ce qui concerne la Normandie, cette situation est particulièrement alarmante puisqu'il est estimé que le taux de mortalité liée aux comportements addictifs est supérieur de 20 % à celui de la France métropolitaine, soit +33 % pour l'alcool et +12 % pour le tabac. Elle se situe, pour mémoire,

- en 3^{ème} position pour l'usage régulier du tabac chez les jeunes de 17 ans, et le tabac est le 1^{er} facteur de mortalité évitable touchant 34,4 ‰ de la population contre 27,3 ‰ en moyenne en France,
- au 2^{ème} rang quant à la prévalence de l'usage régulier d'alcool, qui est le 2^{ème} facteur de mortalité évitable touchant 126 ‰ de la population contre 117,1 ‰ en moyenne en France⁶⁶,

Enfin, la consommation de produits stupéfiants est un fléau pour la santé, et à long terme pour celle des jeunes qui s'y adonnent de plus en plus tôt.

• **Accroissement de l'éco-anxiété**

Les urgences écologiques gagnent peu à peu du terrain dans la conscience des populations et modifient sensiblement les comportements des usagers dans de nombreux domaines. Néanmoins, le sentiment d'impuissance individuelle à contribuer à leur atténuation peut générer une forme de culpabilité écologique, voire d'angoisse qualifiée d'« éco-anxiété » ressentie face aux menaces qui pèsent sur l'environnement, liées en particulier au

⁶⁶ Source : rapport santé du CESER – 2020.

dérèglement climatique et à la multiplicité de catastrophes environnementales. Ces réactions peuvent altérer les équilibres nécessaires au bien-être individuel, comme toute forme de stress sous l'influence du milieu de vie, et perturber notablement la vie quotidienne et les relations sociales des individus soucieux pour eux-mêmes et pour les générations futures.

Selon une analyse de la Fondation Jean Jaurès, ce terme commence à être largement médiatisé à partir de l'année 2019 à la suite de l'enchaînement d'épisodes caniculaires⁶⁷, et plusieurs études successives tentent de mesurer le phénomène.

- Celle réalisée en 2021 auprès 10 000 jeunes européens de 16 à 25 ans :

Elle montre que pour 74 % des jeunes Français interrogés, l'avenir est effrayant. Le baromètre sur la perception des risques de l'IRSN, institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, indique quant à lui que la préoccupation du dérèglement climatique touche désormais 17 % des Français qui n'étaient que 2 % à classer ce sujet dans leurs premières préoccupations en 2004. Globalement selon les diverses enquêtes d'opinion, l'éco-anxiété toucherait entre 17 % et 29 % de la population, et davantage les jeunes, les femmes, les citadins, les diplômés, les CSP+, les parents de familles de 3 enfants ou plus, ainsi que les scientifiques qui travaillent sur le climat ou la biodiversité ou les militants de la cause écologique.

- L'étude la plus récente est celle de l'ADEME⁶⁸ :

Elle précise les degrés d'éco-anxiété de quelques 42 millions de Français de 15 à 64 ans, allant de « pas du tout » éco-anxieux, pour 75 % des personnes, à « moyennement » pour 15 %, à fortement pour 5 % et « très fortement » pour 5 %. Les moins touchés sont les retraités et les plus touchés sont les diplômés bac+3, ainsi que les 25-34 ans, bien davantage que les plus jeunes, pouvant présenter, pour une petite part, des symptômes nécessitant un suivi psychologique afin de préserver à terme leur santé mentale (difficultés de sommeil, isolement, voire ostracisation de l'entourage, idées noires ou suicidaires).

Continuum des 3 états en santé mentale



Figure 1 : Continuum des 3 états en santé mentale

(Source : ADEME – éco-anxiété en France – rapport mars 2025)

⁶⁷ Source : [Eco-anxiété : analyse d'une angoisse contemporaine - Fondation Jean-Jaurès](#).

⁶⁸ Source/ ADEME [Éco-anxiété en France](#) – mars 2025.

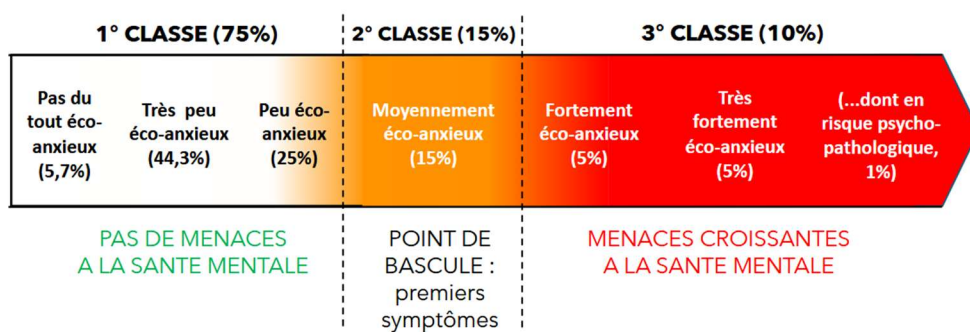


Figure 2 : Catégories d'intensité d'éco-anxiété et classes de résultats

Catégories d'intensité mesurées

Quant aux scientifiques qui travaillent sur le climat ou la biodiversité ou les militants de la cause écologique, leur incrédulité s'exprime au travers de tribunes ou de manifestes. À moyen ou long terme, face à l'inaction climatique, beaucoup pourraient être gagnés par le souhait de recourir à des actions plus radicales.

L'éco anxiété met l'accent sur l'importance de traiter collectivement ces difficultés afin de limiter l'énergie négative néfaste à la santé individuelle et indirectement redonner de la capacité à agir collectivement face aux urgences environnementales.

3.4. Acceptabilité sociale des exigences environnementales

La place et le rôle des usagers par rapport à la relation environnement-santé sont cruciaux dans l'évolution de l'accès à la santé, en termes de perception des enjeux et d'acceptabilité de changement et des contraintes qu'elle comporte.

- **Progression de la sensibilité aux problématiques environnementales**

Comme le CESER le souligne régulièrement dans ces rapports, la sensibilité aux problématiques environnementales liées principalement aux effets du changement climatique se développe et modifie sensiblement les comportements. La médiatisation autour de ces enjeux est en forte progression de même que les efforts des spécialistes pour les faire connaître du grand public, notamment pour vulgariser les alertes émises par le GIEC.

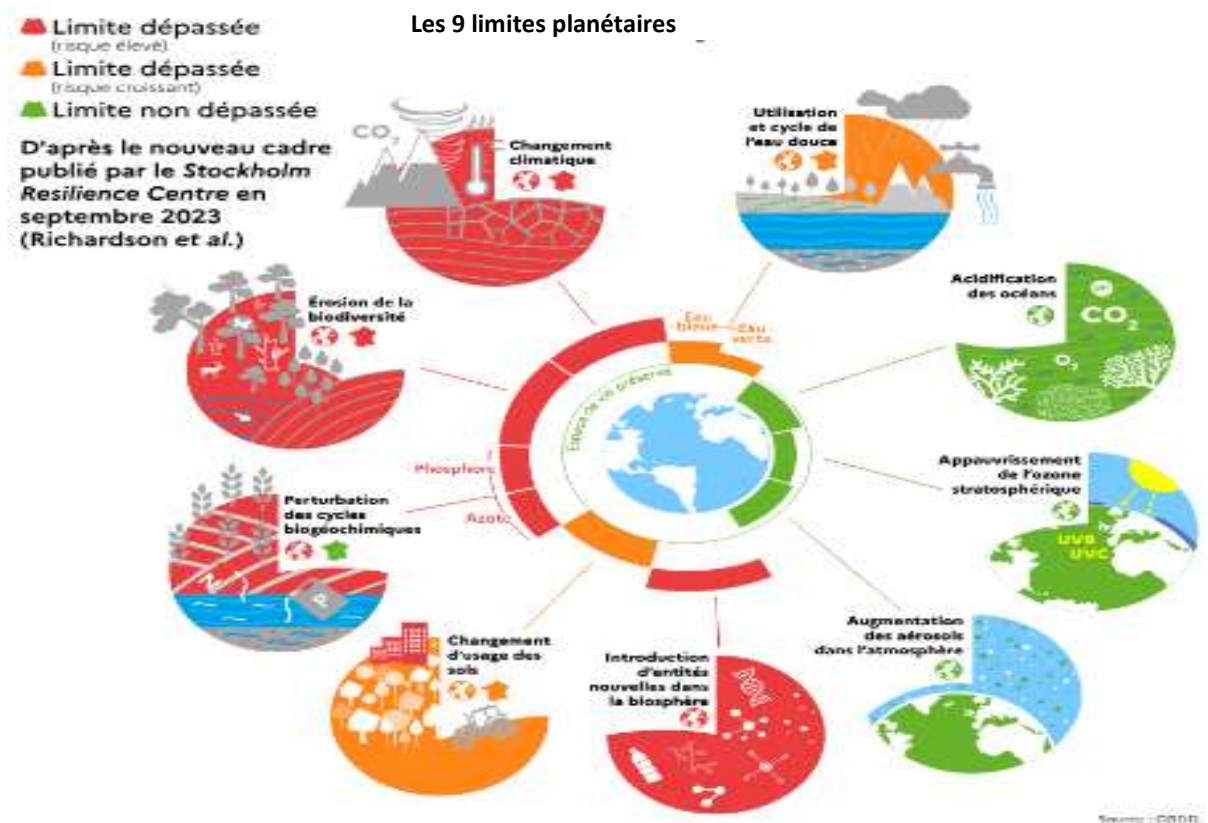
On peut compléter ces constats par ceux issus d'un sondage « observatoire des perspectives utopiques » de l'Obsoco réalisé en 2022⁶⁹, portant sur l'ensemble des systèmes de valeurs. Il en ressort que sur les 17 propositions évoquant « *ce qui manque à notre époque* », le choix se porte sur « le respect de la nature et les limites de la planète » (44 %), devant « la solidarité entre les hommes » (38 %), « l'égalité » (34 %) et « le respect de la loi » (33 %), témoignant aussi d'un attachement aux solidarités humaine et sociale.

⁶⁹ Source : L'ObSoCo / ADEME, BPI France Le Lab, février 2022 [L'Observatoire des perspectives utopiques - Vague 3 - L'ObSoCo](#).

Néanmoins, certains concepts sont encore confidentiels alors qu'ils participeraient pleinement du maintien de l'habitabilité sur terre et de la survie de l'espèce humaine.

- Celui du dépassement de 6 des 9 limites planétaires

Il est peu connu et assimilé à ce jour, malgré les alertes qu'il pose quant à la capacité de maintenir voire de restaurer les écosystèmes vivants dont l'homme fait partie intégrante, dans un état et un délai compatibles avec la sauvegarde de nos habitats et un fonctionnement sûr pour l'humanité sur la Terre,



- Celui des services écosystémiques rendus par la nature

Ces services représentent les bénéfices offerts aux sociétés humaines par les écosystèmes, est peu approprié, malgré la forte dépendance des sociétés humaines à la santé des écosystèmes pour préserver directement ou indirectement leur bien-être et leur propre santé,

- Le concept de permaculture humaine qui en découle

Il s'inspire du fonctionnement du vivant pour permettre aux communautés humaines de vivre ensemble de manière soutenable et résiliente. Il englobe 3 notions fondamentales que sont le respect et le soin apporté à la terre, aux sols, aux paysages et aux corps, le soin accordé aux personnes dans une approche éthique, et le partage équitable des ressources entre les individus.

- **Acceptation des contraintes et freins à l'action**

Le GIEC normand a entamé une seconde phase de ses travaux, intitulée « GIEC 2 »⁷⁰ consacrée à l'analyse des mécanismes d'action individuels et collectifs mis en œuvre en faveur de la lutte contre le changement climatique et à l'identification des freins potentiels à lever pour passer de la prise de conscience des enjeux à l'action. Plusieurs laboratoires régionaux de recherche en sciences humaines sont donc désormais associés aux travaux menés par les spécialistes du climat. Ils ont ainsi investigué les champs juridiques, économiques, sociologiques et psychologiques, pour éclairer les décideurs dans les voies à emprunter pour associer pleinement l'ensemble des acteurs économiques, dont les citoyens, aux politiques publiques.

Ils dressent notamment le constat, qualifié de « green-gap », du décalage entre la conscience individuelle des enjeux climatiques, croissante, et le passage à l'action qui reste limité, en raison de nombreux freins psychologiques qui entravent l'engagement : croyances favorisant le déni, conflits entre aspirations personnelles et exigences environnementales, besoin de conformité sociale, sentiment d'impuissance ou encore méconnaissance des moyens d'agir. Paradoxalement, ces freins restent forts malgré

- l'observation et l'exposition aux risques qui progresse et touche progressivement de plus en plus d'individus : en effet, 44 % de la population a déjà pu observer directement les conséquences du changement climatique en 2023 alors que ce chiffre était limité à 27 % en 2015 (*Source : présentation des travaux du GIEC 2 – décembre 2024 - Ademe et Boy, 2023*),
- la perception économique du risque qui est de plus en plus tangible, notamment en raison des difficultés assurantielles auxquelles sont confrontés les usagers individuellement ou les collectivités locales.

Parmi les constats, le GIEC documente la fragilité accrue des populations les plus vulnérables face aux risques climatiques, et alerte sur la question trop souvent oubliée des inégalités face à ce type de risques.

Les travaux rappellent et démontrent également que s'il y a nécessité à agir individuellement, en plus de l'action collective, il est contreproductif de faire porter la responsabilité des urgences climatiques sur les individus en l'absence d'engagement collectif parallèle. En l'absence d'ambition socialement partagée et suffisamment robuste pour porter l'engagement individuel, le risque est de renforcer le sentiment d'éco-anxiété et les risques pour la santé qu'il comporte.

À cet égard, les périodes de retour-arrière sur des engagements affichés dans les politiques publiques sont particulièrement déstabilisantes, dès lors que, appuyés sur des textes législatifs, ces engagements ont été largement diffusés et expliqués lors de campagnes de communication, ainsi que relayés par des dispositifs d'accompagnement. Plusieurs sont à l'œuvre, concernant les engagements pour le climat ou les normes environnementales, à

⁷⁰ L'ensemble des synthèses des travaux du « GIEC 2 » est accessible sur le site de la Région Normandie [GIEC normand | Région Normandie](#).

l'échelle mondiale, européenne, voire nationale⁷¹. Quelle qu'en soit la raison invoquée, idéologique ou économique, retours arrière ou *stop and go*, les individus reçoivent difficilement les injonctions qui leur sont faites d'y adhérer et d'en devenir des acteurs à part entière. C'est d'autant plus le cas s'ils sont eux même affectés par des vulnérabilités sociales ou économiques et en butte à des conflits entre leurs nécessités immédiates et des gains généraux et différés perçus comme hypothétiques.

Le risque inhérent à ces revirements est de voir monter la défiance des citoyens, à minima d'effriter leur confiance, dans les sollicitations qui leur sont adressées à être acteurs de leur propre santé.

- **L'éducation en santé-environnement**

Enfin, l'éducation à la santé, la prévention et la promotion de la santé, sont de nature à soutenir l'évolution des comportements et des usages les plus appropriés à la préservation de l'environnement et de son capital santé. À cet égard, l'éducation à la santé, quand elle existe, n'intègre pas nécessairement les enjeux environnementaux. La nécessité de faire connaître les enjeux en santé-environnement aux populations, de les impliquer dans la compréhension des phénomènes pour qu'ils adoptent des gestes et des comportements plus responsables et respectueux pour leur santé, repose sur l'accroissement de la connaissance des vulnérabilités épidémiologiques locales et régionales. Or celles-ci sont jusqu'alors peu développées, y compris dans les travaux du GIEC malgré l'existence d'un rapport régional sur les risques sanitaires émergents⁷² liés au climat. Cela permettrait le renforcement des formations des professionnels de santé et l'adaptation du système de soin normand à ces particularités.

4. Que peut-il advenir ? Les infléchissements possibles

Les dynamiques à l'œuvre depuis une dizaine d'années présentées dans l'analyse rétrospective qui précède montrent que la relation santé-environnement n'est toujours pas vertueuse malgré les améliorations signalées. Elles rappellent aussi la fragilité de nombre de mesures environnementales que l'on pensait admises et interrogent sur notre capacité collective à maintenir des trajectoires favorables à l'environnement et à la santé.

Néanmoins, le degré de maturité et de prise de conscience régionale de multiples acteurs est désormais suffisant pour aborder, sous l'angle prospectif, le lien entre l'environnement, les risques naturels et industriels, l'accès aux ressources vitales, la sobriété des modes de vie, les conditions de vie et la santé des populations. Il est possible d'interpeler les marges de manœuvre des acteurs à l'échelle locale en santé-environnement et leur articulation avec toutes les politiques publiques dont celle de l'habitat⁷³.

⁷¹ Retrait des Etats-Unis de l'accord de Paris, simplification de normes adoptées dans le cadre du Pacte vert européen, arrêt ou report d'échéances sur des dispositifs nationaux (Loi Climat et résilience - ZAN et ZFE, décarbonation mobilités, performance énergétique logements - Loi d'orientation agricole).

⁷² Cf. notes GIEC 1 – santé, disponible sur le site de la Région Normandie [GIEC normand | Région Normandie](#).

⁷³ Cf. « Habiter en Normandie en 2040 » : aménagement, transport, santé, emploi, éducation, culture, sport, etc.

Les interrogations à 2050 portent sur la réalité des adaptations et des régulations environnementales, économiques ou sociales pour intégrer et atténuer les pressions environnementales et adopter une culture du risque santé en Normandie.

Les innovations introduites pour parfaire sa robustesse globale, y compris en termes de financement du système de santé, de prévention, seront essentielles pour contenir l'exposition locale de la santé des Normands à des risques potentiellement inédits générés par des ruptures environnementales à plus grande échelle.

- **En matière de risques naturels et anthropiques :**

L'approche de la santé globale par les déterminants de santé date de plus d'un demi-siècle. La progression dans la documentation et l'objectivation des effets des risques climatiques, naturels et industriels pour la santé humaine est indéniable. Des efforts ont pu être déployés pour réduire les expositions, avec des réglementations appropriées définies en référence à des seuils de tolérance. Ils caractérisent la norme « acceptable » à un moment donné, évoluent avec les connaissances accumulées et posent la question de leur contrôle et des moyens afférents. Si l'existence de normes vise avant toute chose la protection des individus, leur acceptabilité suscite de plus en plus de débats en raison des contraintes qu'elles représentent. L'efficacité de toute réglementation des risques est donc conditionnée par les moyens mis en œuvre pour la faire respecter, tout autant que par les mesures d'information et de communication des dangers auprès des populations, et ce d'autant plus dans le contexte de nouvelles pressions climatiques qui surajoute des risques en termes d'accès à la santé.

À 2050, la question posée est celle du degré d'intégration de ces pressions environnementales en santé propres à la Normandie et à ses habitants.

L'ensemble des forces en présence est concerné : pouvoirs publics, acteurs économiques, aménageurs, citoyens, avec leur responsabilité respective dans la prise en compte et dans la régulation des impacts des pressions, dans la prévention comme la gestion de la survenue des risques au sein d'un système de santé qui soit approprié aux spécificités des risques normands.

- **En matière de ressources vitales**

Les ambitions stratégiques pour atteindre des objectifs de préservation ou de restauration des ressources vitales et de la biodiversité existent, des améliorations légères ont pu être observées mais leur progression est lente, et des vulnérabilités persistent, qu'il s'agisse de la ressource en eau, de la qualité de l'air, de la biodiversité, ou de la qualité de l'alimentation.

À 2050, la question posée est celle du degré de tension sur ces ressources vitales à la santé en Normandie.

Elle interroge les efforts des politiques publiques en matière de surveillance et de régulation quantitative et qualitative de toutes ces ressources. Ils seront fonction du degré d'importance accordé à la reconnaissance des services écosystémiques rendus par la nature ainsi qu'à la valorisation du vivant en général comme ressource pour la santé. La priorité, les moyens

accordés et les limites posées collectivement à la préservation et à l'évolution des règles et des comportements de sobriété à l'égard du vivant seront des données de l'équation.

Il en est de même de la prise en compte des problématiques sociales d'égal accès à une alimentation saine pour tous les Normands. La nutrition est en effet essentielle dans l'accès des Normands à la santé, et ses effets dépendront de l'évolution des comportements alimentaires individuels, des politiques de prévention nutrition-santé, ainsi que de la régulation de la qualité des productions, des importations et de l'offre de consommation de produits alimentaires, soulevant la question des normes dans les accords internationaux d'importations alimentaires.

- **En matière de conditions de vie sociale**

On a pu souligner la corrélation forte qui tend à perdurer entre les conditions de vie et de vulnérabilité sociale et les inégalités sociales de santé. Le poids des modes de vie et des comportements individuels est lui aussi prégnant, et « subi » dans de nombreux cas.

À 2050, la question posée est celle de l'évolution des inégalités sociales et environnementales de santé.

Elles dépendront notamment de la capacité collective à agir sur les sources des inégalités sociales et le volume de la population vulnérable, et à limiter les situations de choix contraints, qui limitent souvent la portée des politiques de prévention et de promotion en santé et sont préjudiciables à l'accès à la santé des plus défavorisés.

- **En matière d'acceptabilité des contraintes environnementales**

Malgré une prise de conscience acquise du besoin de réduire les impacts environnementaux au niveau individuel et collectif, et du poids de l'environnement comme déterminant de santé, de vraies difficultés sont constatées pour en atténuer la portée. Elles tiennent en partie à la complexité des mécanismes d'acceptabilité sociale mêlant conscience individuelle et collective des enjeux environnementaux et de leurs liens avec la santé.

À 2050, face à la matérialité des enjeux environnementaux de plus en plus palpable, les interrogations portent sur l'évolution de la perception des contraintes au changement. La possibilité de construire un rapport et une responsabilité collectifs au futur est indispensable pour soutenir les comportements individuels.

La nature plus ou moins vertueuse du lien entre environnement et santé dépend de la place qui sera accordée à la reconnaissance de la limitation des ressources naturelles, de leur dégradation, et de l'interdépendance entre l'humain et les écosystèmes. La manière dont vont perdurer ou non des formes d'éco-anxiété entretenues et développées par un excès d'appel à la responsabilisation individuelle sera ou non un frein aux changements.

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « environnement » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Une Normandie exposée aux risques naturels et anthropiques – Dérèglement climatique et réchauffement des températures – Une prévalence des risques corrélée aux situations sociales
Tendances avérées	– Elasticité de la politique des normes – Désassurance des risques environnementaux
Ruptures majeures	– Dégradations irréversibles et fortes inerties provoquées par les atteintes environnementales
Enjeux	– Intégration des pressions environnementales en santé
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Rôle des pouvoirs publics dans la régulation environnementale, la préservation des ressources, les politiques de sobriété – Politiques sociales et lutte contre les vulnérabilités – L'individuel et le collectif, forces motrices de l'acceptabilité sociale des enjeux environnement-santé
Ruptures possibles	– Nouvelles crises sanitaires et zoonoses, plus ou moins létales – Vulnérabilités inédites et aggravation de la surmortalité prématurée
Incertitudes majeures	– Accélération/réurrence des crises sanitaires ? – Nouvelles pathologies ? – Egal accès à l'alimentation saine ?

Ils peuvent donner lieu à une série d'hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau (Cf. *Partie I – 2.2. « présentation détaillée des hypothèses »*) :

Les questionnements relatifs à l'environnement

ENVIRONNEMENT	
Facteurs environnementaux qui affectent la santé humaine - Intégration des pressions environnementales en santé ?	
	Changement climatique - Le réchauffement, une tendance lourde - Quel niveau d'adaptation pour l'accès à la santé ?
	Risques naturels - Des risques plus récurrents et intenses amplifiés par le dérèglement climatique : quelle anticipation ?
	Risques industriels et technologiques anthropiques, pollutions - Quelles répercussions sur la santé ?
Qualité et accès aux ressources vitales – Tensions et vulnérabilités sur les ressources vitales ?	
	Ressource en eau – Qualité et régulation des conflits d'usage ?
	Qualité de l'air – Une ambition à hauteur des enjeux sanitaires ?

	Biodiversité et rapport à la nature – Sources de santé ? Vers une permaculture humaine ?
	Sécurité alimentaire – Accès égal à une alimentation saine ?
	Sécurité sanitaire de l'alimentation – Régulation de la qualité des productions et des offres de consommation ?
	Conditions de vie et relations sociales - Évolution des inégalités environnementales de santé ?
	Vulnérabilités sociales et inégalités sociales de santé – Quelles innovations sociales/ quelle corrélation en 2050 ?
	Modes de vie / Comportements individuels – Quel curseur entre liberté individuelle et santé publique ?
	Inégalités environnementales de santé – Evolution de la prévalence des risques environnementaux dans la population ?
	Acceptabilité sociale des exigences environnementales et résilience – Perception des enjeux et contraintes du changement ?
	Perception collective des enjeux environnementaux – Rapport et responsabilité collective au futur ?
	Acceptation des contraintes environnementales – De la volonté à la faisabilité d'imposer des normes environnementales pour une meilleure santé ?
	Acceptation des risques environnementaux – Quel niveau de mesure pour couvrir un potentiel risque environnemental ?
	Quelle prévention et culture du risque ?

Chapitre 3 : Emploi, métiers, compétences, formation

L'accès à la santé des Normands s'avère de plus en plus complexe en raison des tensions multiples qui s'expriment à la fois dans les données de l'offre de santé et de soins, dans les parcours des usagers, et dans les témoignages des professionnels. À l'horizon 2050, cette question ne pourra être dissociée de celle de l'emploi, des métiers, des compétences du secteur santé dans toutes ses composantes sanitaire, sociale, médico-sociale, mais aussi de la formation et de leur potentiel d'attractivité respective. C'est à l'intersection de ces trois dimensions que se joue en partie la capacité du territoire à garantir à chaque Normand la possibilité d'être soigné, accompagné, écouté, et ce, indépendamment de son lieu de résidence, de son âge ou de sa situation sociale.

Pour mémoire : la **commission 1 « Emploi – Formation »** a produit une contribution⁷⁴ qui aborde de façon détaillée ces thématiques, à laquelle le lecteur peut se reporter pour approfondir chaque aspect de la réflexion. Les développements de l'analyse rétrospective qui suivent seront appuyés sur cette contribution, dans le champ des secteurs d'activités qu'elle a étudiés, et retiendront les principales tendances, enjeux et ruptures à l'horizon 2050 alimentant la réflexion prospective.

1. Définition

Dans le système étudié, cette variable est LA variable dédiée aux professionnels de santé, qui constituent la composante principale de l'offre de santé et de soins sur le territoire avec les infrastructures de santé, qu'ils font fonctionner.

- **Le champ couvert : secteurs d'activité et formations**

C'est celui du secteur santé dans toutes ses composantes : sanitaire (médicale et paramédicale), sociale, médico-sociale, correspondant à la définition de la « santé globale ».

L'emploi, les métiers et les compétences⁷⁵, ainsi que les formations initiales ou continues qui permettent d'acquérir les qualifications et d'exercer, recouvrent un très large domaine de professionnels.

En premier lieu, les métiers du secteur médical et paramédical, dédiés aux soins, sont régis par le code de la Santé publique⁷⁶. Ils comportent, d'une part, les professions médicales traditionnellement regroupées sous le sigle MMOP, médecine (générale et spécialités), maïeutique (sage-femme), odontologie (chirurgien-dentiste), pharmacie. Ils incluent

⁷⁴ Contribution de la commission 1 « Emploi-formation » du CESER « panorama santé emploi-formation : quelles perspectives en territoires normands ? ».

⁷⁵ Le terme générique de « compétence » est celui retenu dans la contribution de la commission 1 pour désigner les qualifications et leur mise en application en emploi.

⁷⁶ Code de la Santé publique [Quatrième partie : Professions de santé \(Articles L4001-1 à L4444-3\) - Légifrance](#)

également toutes les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.⁷⁷), ainsi que les métiers du soin et de l'accompagnement (aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, assistants dentaire, assistants de régulation médicale). Ces deux ensembles sont souvent regroupés sous le vocable « professions paramédicales ».

Parallèlement, pour avoir une vision complète de l'ensemble des emplois et métiers, il est nécessaire de dépasser le registre couvert par le code de la Santé publique et d'avoir une entrée par les secteurs d'activité dans lesquels exercent d'autres professionnels, tels que ceux du travail social ou de l'accompagnement social ou médicosocial, intervenant auprès de publics qui présentent des fragilités ou des besoins particuliers, comme par exemple les personnes âgées, les plus jeunes enfants, les personnes en situation de handicap.

Tous ces professionnels exercent des compétences correspondant autant à des actes techniques (actes de soin, gestes médicaux, maîtrise des protocoles), qu'à des compétences transversales (communication, travail en équipe, gestion de crise, gestion des coûts, utilisation des outils numériques, capacité d'adaptation). Pour bon nombre, elles sont validées par des DE, diplômes d'État sans lesquels il est impossible d'exercer.

Enfin, elles font écho aux prérogatives de la Région en matière d'organisation et de gestion des formations sanitaires et sociales transférées depuis août 2004. Le SRFSS, schéma régional des formations sanitaires et sociales de Normandie 2023-2028 couvre l'ensemble des formations paramédicales et maïeutique (dispensée dans les instituts de formation normands).

- **Des métiers exercés sous différents statuts**

L'étude recouvre tous les personnels intervenant dans les parcours de santé, quel que soit leur employeur ou leur statut, y compris sur des fonctions déléguées ou externalisées dans les structures publiques vers des intervenants privés. En Normandie, l'ensemble des professionnels du médical et du paramédical exercent pour les 3/4 en milieu hospitalier, public et privé, et pour 1/4 en libéral.

2. L'observation des métiers de santé normands : une offre en deçà des besoins

Comme on vient de le voir dans la définition, le croisement de plusieurs nomenclatures⁷⁸ est donc nécessaire pour appréhender le tissu professionnel dense et diversifié répondant à la demande de santé globale des Normands. On se référera à 2 grands groupes : d'une part celui

⁷⁷ Professions d'auxiliaires médicaux : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes, orthésistes, diététiciens. (4^{ème} partie - Livre III – art. L 4301-1 à L 4394-5 du code de la Santé publique).

⁷⁸ PCS, professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE, portant sur le périmètre des professions sanitaires et sociales, NAF, nomenclature des activités françaises, portant sur le secteur santé humaine et action sociale, ROME, répertoire opérationnel des métiers et des emplois 4.0.

des professions médicales (MMOP), d'autre part celui des professions du secteur SASO, sanitaire et social, permettant d'aborder les questions de démographie médicale. Ils évoquent ainsi la richesse de l'ensemble des professions mais aussi les tensions des emplois auxquels ils sont soumis en Normandie⁷⁹.

La démographie des professionnels de santé en Normandie est un facteur déterminant de l'accès à la santé et aux soins. Quelques-uns des principaux indicateurs ont été présentés succinctement dans les données de cadrage introductives (1.1.) relatives à l'état de santé en Normandie. Ils mettent en évidence un état sanitaire dégradé et un contexte de difficultés persistantes pour accéder aux soins, notamment aux médecins, brièvement rappelés ici :

- la Normandie est la 2^{ème} région de France métropolitaine qui présente les indicateurs de densité médicale les plus défavorables (source Ségur santé 2021)
- une situation de pénurie de professionnels de santé, avec des cartes montrant l'évolution à la baisse de la densité de médecins sur 10 ans, et une situation en 2023 en retrait sur la moyenne nationale,
- 56 % des Normands vivent dans un territoire ciblé « prioritaire » pour l'installation de médecins généralistes, selon les chiffres clés du PRS 2023-2028, avec de fortes disparités et une situation particulièrement délicate dans le département de l'Eure,
- des densités de généralistes à la baisse au profit de davantage de spécialistes, sans toutefois placer la Normandie dans la moyenne,
- des densités inférieures aux moyennes pour l'ensemble des autres professions de santé, notamment les infirmiers libéraux, les chirurgiens-dentistes,
- une démographie médicale vieillissante, surtout dans le département de l'Orne
- un taux d'équipements sanitaire dans la norme mais une répartition de l'offre créant de fortes inégalités territoriales d'accès aux soins de premier recours.

Si nombre de ces problématiques ont une ampleur particulière en Normandie, elle n'est pas la seule région à rencontrer des difficultés. Malgré les compétences des Régions en matière de formations sanitaires et sociales, l'investissement parmi les plus importants des Régions métropolitaines que la Normandie consacre à la santé, et les efforts réalisés par tout un ensemble d'acteurs locaux, les dynamiques de résolution piétinent. Les évolutions restent au cœur de décisions de niveau national, dans un contexte réglementaire et financier prégnant.

Rappelons que les tensions supportées par les professionnels de santé sont anciennes, exacerbées lors de la crise du COVID. Nombre de situations vécues sont traitées dans le *chapitre* « Rapport au travail ». Elles ont été au cœur du Ségur de la santé qui a suivi la crise sanitaire de 2020 et débouché sur un plan visant, entre autres, l'amélioration du quotidien des personnels paramédicaux intervenant dans les établissements.

⁷⁹ La commission « emploi-formation » a pu s'appuyer sur un ensemble de données très complètes issues de l'étude commandée par l'État (DREETS) et la Région au Carif-Oref de Normandie, visant à identifier les besoins en emploi et à disposer d'une photographie complète de l'appareil de formation dans la région ([Les besoins en professionnels du sanitaire et social Normandie - Carif-Oref de Normandie !](#) – avril 2023).

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux

L'analyse qui suit va aborder les évolutions repérées en termes d'emplois, de compétences, de pratique des métiers ou de formation, ainsi que les impacts envisagés ou les ruptures susceptibles d'intervenir sur l'offre de l'ensemble des professionnels de santé.

3.1. Évolution des emplois, besoins en compétence et pratique des métiers

3.1.1. Présentation succincte du poids de l'ensemble du secteur et des professions ⁸⁰ : un secteur féminisé et vieillissant

En Normandie, l'emploi en santé se caractérise par une forte prégnance du secteur public hospitalier, mais aussi par la vitalité d'un réseau de structures privées, associatives et libérales, qui irriguent l'ensemble du territoire, jusque dans ses zones les plus rurales.

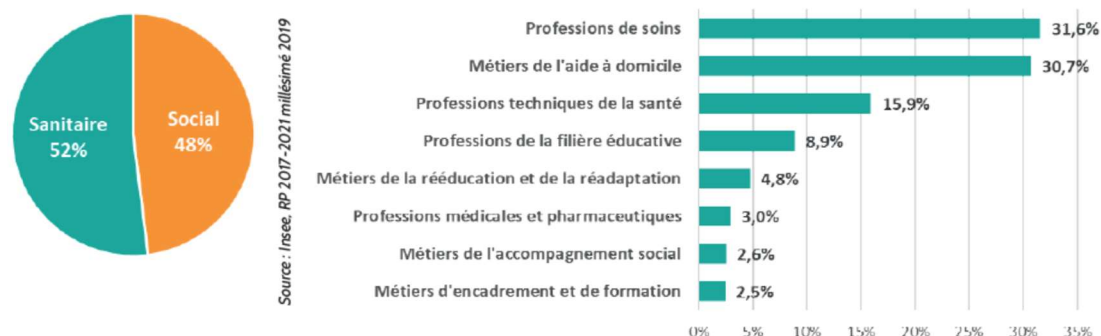
- **Un poids du secteur sanitaire et social dans l'emploi plus élevé qu'en moyenne**

Globalement, le secteur employait en 2021 environ 199 500 personnes, il représente environ 15,7 % de l'emploi total normand, contre 13,7 % en moyenne nationale. Ce poids demeure stable depuis 2013, mais il est proportionnellement plus élevé dans des secteurs géographiques, allant jusqu'à près de 20 % dans le sud de l'Orne et la Manche.

- **Des professionnels exerçant des métiers du sanitaire et social diversement répartis**

Ils sont de l'ordre de 169 300 personnes, représentant 13,3 % des actifs régionaux en emploi. La répartition des professionnels par famille de métiers et entre les grandes activités du sanitaire et du social est la suivante, avec un poids du sanitaire qui reste encore majoritaire malgré une diminution de – 4 points entre 2013 et 2019 :

Professionnels du secteur sanitaire et social et familles de métiers



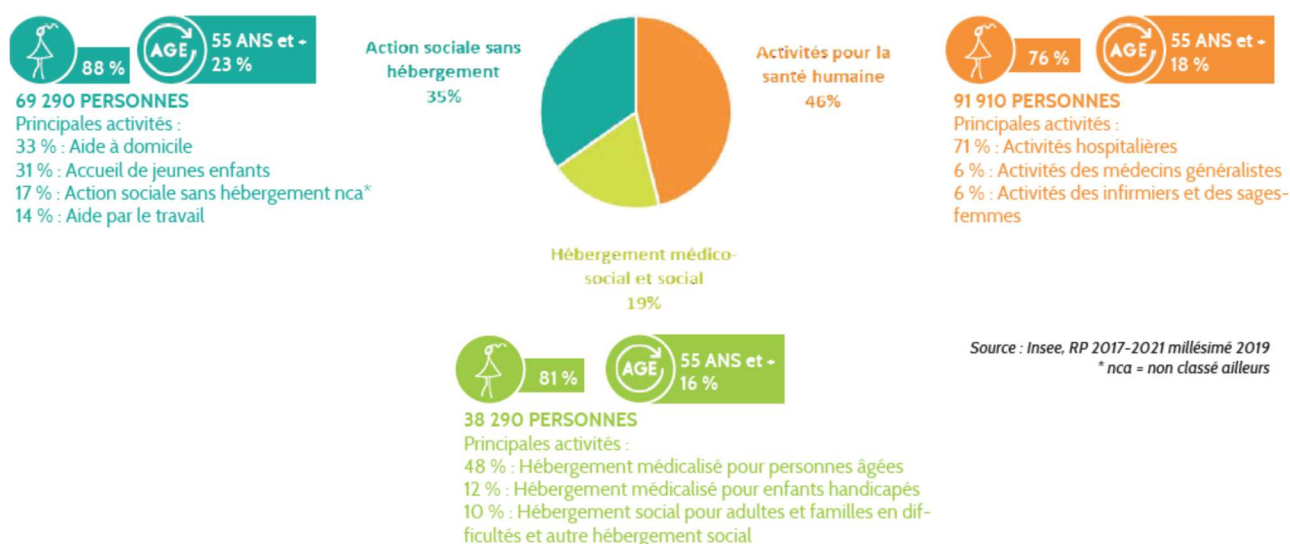
(Source : contributionC1 - étude CARIF-OREF – avril 2023 – les professions médicales concernent les sage-femmes et les préparateurs en pharmacie uniquement)

⁸⁰ Sont évoquées ici les emplois du secteur sanitaire et social, hormis les professions de santé MMOP qui ne rentrent pas dans les mêmes logiques de le marché du travail. Les sources sont celles sources de l'étude du CARIF-OREF utilisées dans la contribution de la Commission 1 « emploi-formation ».

Pour près de la moitié des professionnels, 46 %, ils se concentrent sur les arrondissements urbains de Rouen, Caen et Le Havre, laissant certains territoires ruraux, comme Bernay, Les Andelys ou Dieppe, en déficit notable de main-d'œuvre. Les plus faibles densités régionales se remarquent notamment pour les aides-soignants et les infirmiers ; rappelons pour ces derniers que la Normandie est largement sous-dotée, avec 15,4 infirmiers pour 10 000 habitants, contre 19,1 en moyenne en France.

Les grandes caractéristiques que l'on retiendra sont d'une part, la forte féminisation de ces professions avec 80 % de femmes contre 49 % tous secteurs professionnels confondus et d'autre part, le vieillissement des professionnels, puisque globalement 48 % des actifs sont considérés comme « séniors » (au-delà de 45 ans), contre 44 % tous secteurs professionnels confondus, avec une proportion globale de 20 % d'actifs de plus de 55 ans prochainement en fin de carrière, soit un volume de 39 200 personnes.

Les effectifs du secteur sanitaire et social par grandes activités



(Source : contributionC1 - étude CARIF-OREF – avril 2023)

3.1.2. Évolution des emplois : de fortes tensions au recrutement

• Des tensions au recrutement sur l'ensemble du secteur

À l'image de la situation relative à la densité médicale, évoquée plus haut, l'évolution des emplois dans le secteur de la santé en Normandie depuis la dernière décennie se caractérise par des tensions croissantes sur le marché du travail. Elles s'inscrivent dans un contexte de transformation démographique et en parallèle, d'augmentation des besoins de la population et de mutation des organisations soignantes.

En 2022, 22 330 offres d'emploi dans les métiers du sanitaire et social ont été diffusées par Pôle Emploi, devenu depuis France Travail, soit 23% de l'ensemble des offres régionales, avec une progression de 13% par rapport à l'année précédente et une hausse marquée des offres durables (+31% pour les CDI ou CDD de plus de six mois). Cependant, malgré un volume important, de l'ordre de 14 %, de demandeurs d'emploi qui se positionnent sur une recherche

de poste dans le domaine sanitaire et social, 76 % des projets de recrutement dans ces métiers sont jugés difficiles par les employeurs, un taux parmi les plus élevés de tous les secteurs d'activité.

Les tensions se sont accentuées sur l'ensemble des métiers, en particulier ceux exercés majoritairement par des femmes (87,4% des effectifs), et des niveaux de tension élevés à très élevés ont ainsi été repérés, avec des facteurs variables et résumés dans le tableau suivant :

Tensions sur le marché du travail en 2021 dans les professions du secteur sanitaire et social en Normandie

MÉTIERS (selon FAP 225)	FRANCE	NORMANDIE	CALVADOS	EURE	MANCHE	ORNE	SEINE MARITIME
Aides à domicile et aides ménagères	3 - 5	3 - 5	3 - 5	3 - 5	3 - 5	3 - 5	3 - 5
Assistantes maternelles	4 - 6	6	6	6			
Agents de services hospitaliers	3 - 4 - 5						
Aides-soignants	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5	2 - 3 - 4 - 5	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5
Infirmiers	2 - 3	2 - 3 - 4	2 - 3 - 4	2 - 3	2 - 3 - 4		2 - 3
Sage-femmes	2 - 3 - 5 - 6						
Techniciens médicaux et préparateurs	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5	2 - 3 - 5			2 - 3 - 5
Spécialistes de l'appareillage médical	1 - 2 - 3 - 5	2 - 3 - 6					2 - 3 - 6
Autres professionnels paramédicaux	1 - 2 - 3	1 - 2 - 3					1 - 2 - 3
Éducateurs spécialisés	2 - 3	2 - 3		2 - 3	2 - 3	2 - 3	2 - 3
Professionnels de l'action sociale	2 - 3	2 - 3		2 - 3	2 - 3		2 - 3

Niveaux de tension	Facteurs de tension
 Tension très élevée	1 Intensité d'embauches
 Tension élevée	2 Lien formation emploi
 Moyenne tension	3 Manque de main d'œuvre disponible
 Faible tension	4 Non durabilité de l'emploi
 Pas de tension	5 Conditions de travail contraignantes
 Indicateur non disponible	6 Inadéquation géographique

Guide de lecture :
 En 2021, en Normandie, le métier d'aide-soignant est considéré comme un métier en tension très élevée, les principaux facteurs potentiels à l'origine de cette situation se trouvant dans le décalage existant entre la formation et le métier, le manque de main d'œuvre disponible et des conditions de travail contraignantes.

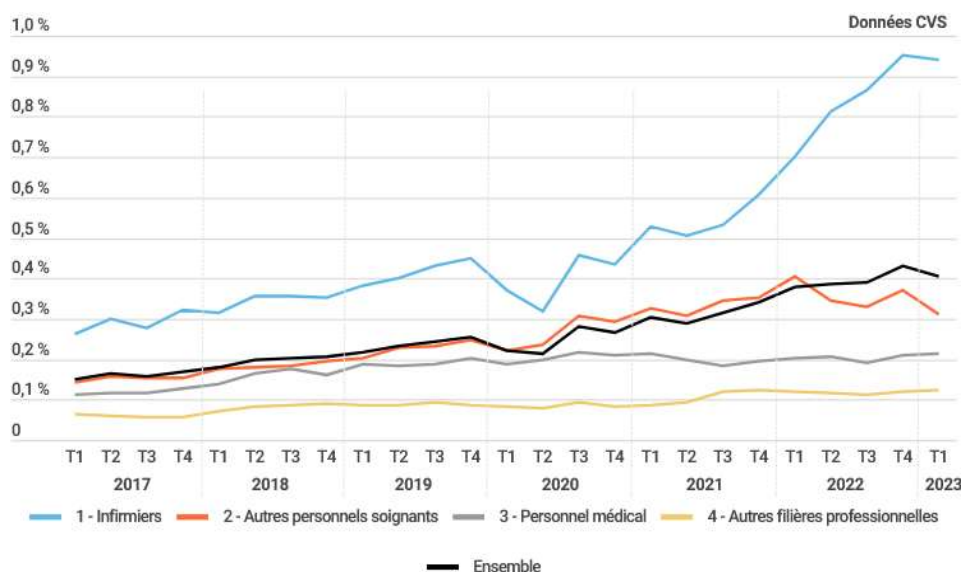
(Source : contribution C1 - étude CARIF-OREF – avril 2023)

À noter que le principal facteur récurrent de tension est le manque de main d'œuvre disponible, pour 44 occurrences sur 56, suivi d'une problématique emploi-formation, 36 occurrences, traduite par les opérateurs par un manque de candidats qualifiés notamment dans les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie sociale et d'assistant maternel, enfin des conditions de travail contraignantes, avec 22 occurrences.

• L'alternative du recours à l'intérim, un pis-aller coûteux

Les établissements publics normands affichent un des taux les moins élevés de personnels médicaux en poste, soit 7,3 %, avec de nombreux postes vacants. Le recours à l'intérim médical dans les établissements de santé, bien que relativement faible dans ce secteur (0,3% dans le public, 0,8% dans le privé, contre 1,7 % dans l'ensemble du secteur tertiaire), est en augmentation, notamment pour les infirmiers intérimaires.

Evolution du recours à l'intérim à l'hôpital



(Source : contribution C1 – données DARES-INSEE)

Cette évolution traduit à la fois le manque d'attractivité des postes permanents, la pénurie de personnel et la recherche de flexibilité par les établissements de santé. Malgré les tentatives de régulation, telles que le plafonnement des dépenses d'intérim (loi de janvier 2016) ou encore la fixation d'une durée minimale de 2 ans d'exercice avant tout recours à l'intérim (décret du 24 juin 2024), l'efficacité de ces mesures reste limitée, les sanctions incertaines, et la tendance pourrait se poursuivre à l'horizon 2050 si les conditions d'exercice ne sont pas significativement améliorées, avec des conséquences sur la gestion financière ou la désorganisation des établissements.

- **Des tensions particulières sur les métiers de l'aide à domicile, malgré des besoins qui vont croître**

Les métiers de l'aide à la personne, en particulier, concentrent une part importante des tensions. La définition des SAP, services à la personne, recouvre de multiples interventions exercées à domicile et destinées à répondre aux besoins des particuliers, à l'exclusion des soins relevant d'actes médicaux. L'assistance aux familles, aux enfants, en font partie, mais une grande majorité des professionnels assistent les personnes dans les actes quotidiens de la vie ou pour maintenir les relations sociales, notamment les personnes âgées, handicapées ou atteintes de pathologies chroniques, présentant une invalidité temporaire, ou encore familles fragilisées.

Avec les métiers d'aide-soignant, d'auxiliaire de vie sociale et d'assistant maternel, les aides à domicile sont parmi les plus recherchés, avec des déséquilibres persistants entre l'offre et la demande. Les aides à domicile représentent aujourd'hui 31 % des professionnels du secteur, mais leur nombre a diminué de plus de 7 % entre 2013 et 2019, alors même que les besoins liés au vieillissement de la population s'accroissent.

- **Des projections de besoins alarmantes, dans un contexte de baisse des actifs normands**

Les projections à 2030 indiquent que près de 59 000 emplois seront à pourvoir dans les métiers du sanitaire et social en Normandie, soit 15% des besoins régionaux, dont 79% liés à des départs en fin de carrière. Un déséquilibre structurel est anticipé, avec environ 1 200 postes restant non pourvus chaque année sur la période 2019-2030, principalement dans les métiers d'aide à domicile, d'assistant maternel et d'aide-soignant

La situation actuelle résulte de plusieurs ruptures : la croissance démographique des séniors, la multiplication des pathologies chroniques, l'augmentation des situations de dépendance et la transformation des besoins d'accompagnement à domicile.

Par ailleurs, face aux défis posés au système de santé normand, celui-ci devra puiser dans une réserve d'actifs de plus en plus réduite (cf. *Chapitre « Rapport au travail »* - 2.2.), ce qui affectera inévitablement le renouvellement des professionnels de santé.

En tout état de cause, ces tensions actuelles et leur persistance vont représenter un frein important dans le contexte du virage domiciliaire qui caractérise le vieillissement de la population de plus en plus souvent choisi ou subi. C'est un enjeu d'importance notamment pour les Départements, qui financent la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie organisée sur le terrain avec des structures qui emploient le plus souvent ces professionnels. En effet, selon les projections de l'INSEE, plus de 162 000 séniors seraient en situation de dépendance d'ici 2030, soit 14% des 60 ans et plus. Ces tensions se cumuleront par ailleurs avec celles touchant les professionnels de l'accompagnement social dont les besoins peuvent s'amplifier au regard de l'intensification des situations de précarité dans la population normande.

En synthèse, la Normandie fait face à une tension structurelle sur l'emploi en santé, exacerbée par le vieillissement de la population, ainsi que par d'autres facteurs comme la faible attractivité de certains métiers et la difficulté à fidéliser les professionnels en poste, qui seront évoqués plus loin.

À l'horizon 2050, la question centrale sera celle de la capacité du système régional à renouveler ses effectifs, à attirer de nouveaux professionnels et à adapter les emplois aux besoins émergents de la population, dans un contexte de pénurie persistante et de fortes disparités territoriales.

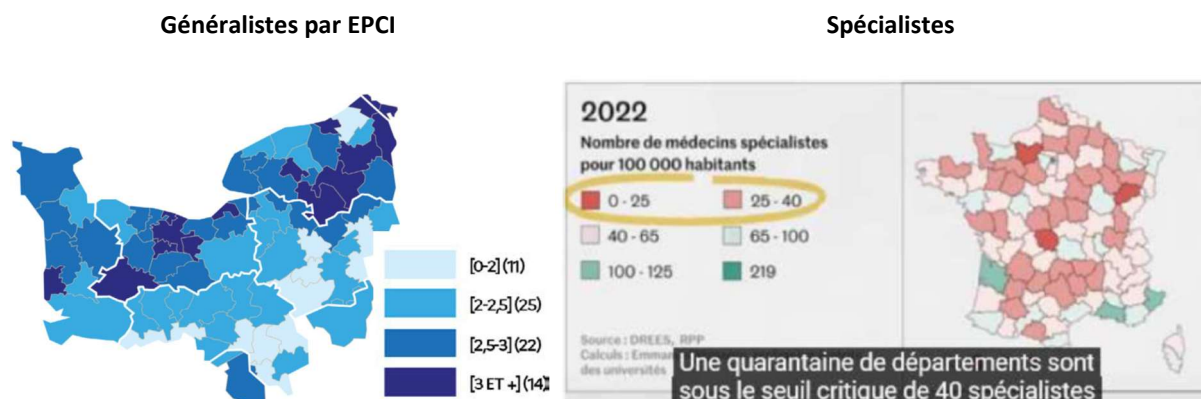
3.1.3. Les pénuries de médecins

- **La pénurie de médecins en Normandie, une problématique ancienne**

Les données de la démographie médicale rappelées plus haut (2.) révèlent l'état de la pénurie actuelle en Normandie. En 2023, la densité régionale s'établit à 29,2 médecins pour 10 000 habitants, contre 33,8 au niveau national, toutes spécialités et modes d'exercice confondus (*source : Région-Ségur santé 2021*). Pour les seuls médecins généralistes libéraux, la Normandie en compte 7,5 pour 10 000 habitants, contre 8,2 en moyenne (*source :*

C@rtoSanté), et respectivement 7,7 et 8,4 si on étend l'observation aux généralistes qui mixent leur activité entre libéral et hospitaliers. Les départements de l'Eure et de l'Orne sont particulièrement touchés, cumulant faible densité médicale et population vieillissante.

Accès aux médecins en Normandie



(Source : contribution commission 1 « emploi-formation – Ségur santé 2021 »)

Cette problématique ancienne a été aggravée par la conjonction de trois phénomènes : le vieillissement des praticiens, une répartition géographique défavorable, ainsi que par l'héritage du principe du « *numerus clausus* ». Adopté en 1970, il vise à limiter le nombre d'étudiants admis en faculté de médecine, ce volume a par ailleurs été réduit dans les années 1990 et ses effets d'inertie se feront ressentir au moins jusqu'en 2030 sur les cohortes de médecins diplômés, compte tenu de la durée des études médicales, et ce malgré les premières mesures correctives adoptées en 2020, et toujours en évolution à ce jour.

Par ailleurs, la répartition inégale des médecins sur le territoire s'est accentuée malgré les dispositifs incitatifs, comme le « zonage médecin » de l'ARS, qui encourage l'installation dans les zones sous-dotées.

- **Le développement du recours aux PADHUE**

Face à la pénurie de médecins, le recours aux praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE) s'est développé, nombre d'entre eux faisant fonction d'internes dans les hôpitaux. La réforme de leur statut, intervenue fin mai 2025, vise à sécuriser leur parcours et à garantir une homogénéité des compétences, en introduisant un double système d'évaluation des compétences, notamment par voie interne pour les praticiens déjà en exercice, reconnaissant l'expérience acquise sur le territoire national. L'absence de recul ne permet pas d'évaluer à quelle échéance elle aura résolu les questions de reconnaissance, d'équivalence des diplômes et de conditions d'exercice, ni si l'objectif de stabilisation des effectifs médicaux sera atteint, en particulier dans les zones en tension. Bien qu'ils représentent une ressource indispensable pour pallier les déficits, leur intégration demeure une solution temporaire, qui ne peut remplacer, à terme, la capacité à former et à fidéliser des professionnels diplômés en France et en Europe.

L'ensemble de ces situations interrogent les acteurs en santé sur leur capacité à organiser l'offre médicale et de santé différemment d'ici 2050. Le risque existe de voir perdurer des alternatives insatisfaisantes, pour les praticiens comme pour les usagers, en guise de palliatif à la baisse ou à la mauvaise répartition géographique des moyens.

3.1.4. Le vieillissement en emploi des professionnels de santé

Le vieillissement des professionnels de santé en Normandie est un phénomène préoccupant, affectant diversement les professions, mais qui impacte directement la capacité du système à répondre aux besoins de la population.

- **De forts enjeux de renouvellement**

Malgré une moyenne d'âge des généralistes en Normandie actuellement moins élevée qu'en France, l'effet « vieillissement des professionnels normand » va percuter rapidement l'effet « pénurie ».

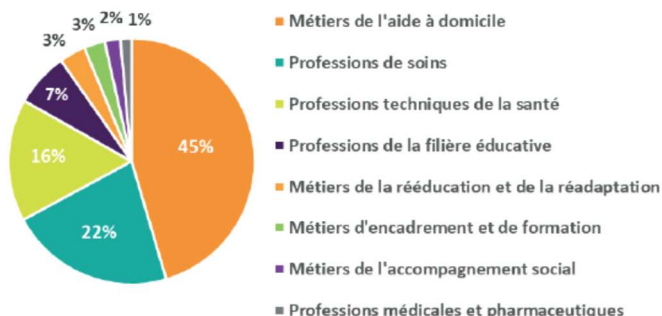
Ces évolutions vont se produire en outre dans un contexte (décrit au *Chapitre 1*, 4.1. et 4.2.) de baisse du volume de population et de vieillissement plus rapide en Normandie, accompagné d'un accroissement mécanique des besoins de santé. Ce vieillissement atteindra son apogée vers 2040, sollicitant d'ici-là fortement le système de soins, avec un volume identique de personnes âgées et très âgées maintenu au moins jusqu'en 2050.

Médecins généralistes par tranche d'âge

	Nombre		%	
	Normandie	France	Normandie	France
Moins de 40 ans	722	14 983	28,8	27,1
40 à 49 ans	523	10 755	20,9	19,5
50 à 54 ans	236	5 099	9,4	9,2
55 à 59 ans	325	7 187	13,0	13,0
60 ans et plus	697	17 185	27,8	31,1
Total	2 504	55 253	100,0	100,0

Source : FNPS - 2024

Professionnels du sanitaire et social de 55 ans et +



(Sources : ARS / C@rtoSanté portrait 2024 et étude CARIF-OREF avril 2023)

En 2030, plus de 30 % des médecins normands auront atteint l'âge de la retraite et le renouvellement des effectifs formés localement ne suffira pas à combler les départs. En outre, selon la DARES et France Stratégie, 29 % de l'emploi actuel de l'ensemble du secteur sanitaire et social sera à renouveler. Les départs de « fin de carrière » constituent la principale cause des besoins de renouvellement (79 % cf. *supra* 3.1.2.), et représentent 18,4 % des effectifs du secteur sanitaire et social. Trois métiers sont particulièrement concernés : aides à domicile (28 % de plus de 55 ans), assistantes maternelles (27 %) et agents de service hospitaliers et aides-soignants (30 % dans certains arrondissements).

Dans le seul secteur de l'emploi à domicile, où interviennent entre autres, les assistants de vie et employés familiaux aux côtés des plus âgés, l'observatoire de la branche des particuliers

employeurs estime les besoins de renouvellement dus aux fins de carrière à près de 40 000 personnes, soit plus de la moitié des effectifs actuellement employés, et entre 59 % et 62 % pour les assistants de vie auxquels s'ajouteront les nouveaux besoins d'accompagnement de la population vieillissante.

La pyramide des âges des professionnels, notamment ceux accompagnant les plus âgés, est donc particulièrement déséquilibrée.

- **De forts enjeux de maintien et d'adaptation des parcours en emploi des seniors**

Les départs massifs à la retraite, conjugués à une faible capacité de renouvellement, risquent d'amplifier les tensions sur le marché du travail, intervenant dans des métiers où l'usure professionnelle apparaît très tôt dans les carrières. Cette usure se manifeste par des turn-over importants, à l'exemple des infirmiers où la moyenne d'ancienneté en emploi se situe aux alentours de sept ans seulement, ou par des complications de santé, accidents du travail ou maladies professionnelles.

Le *chapitre* consacré au « Rapport au travail » (cf. 3.2.1.), souligne la proportion plus importante d'AT-MP dans le secteur du « travail temporaire, action sociale, santé et nettoyage ». Malgré le manque de chiffrage régionalisé et les difficultés à observer et prévenir efficacement les risques professionnels dans les activités exercées en milieu diffus, comme dans les métiers intervenant à domicile, il ressort également des constats que les salariés de la fonction publique cumulent des problématiques de vieillissement au travail et de conditions éprouvantes pour le métabolisme, surtout dans la FPH fonction publique hospitalière. Parallèlement, nombre de ces métiers, très féminisés, peu qualifiés, peu rémunérés, qu'ils soient exercés en établissement ou auprès des particuliers, ne leur assure pas la reconnaissance à la hauteur des services qu'ils rendent aux usagers. Enfin, les activités hospitalières dépassent largement les autres secteurs en termes de risques psychosociaux liés tant à la pénibilité, à l'organisation ou aux relations dans le travail.

L'adaptation des parcours professionnels pour les seniors en emploi est d'autant plus impérative dans ces conditions, afin de faciliter leur maintien en emploi par la prévention de l'usure professionnelle et la valorisation des compétences acquises. Les politiques de gestion des ressources humaines devront intégrer les questions de l'accompagnement des fins de carrière, de l'adaptation des parcours, de la diversification des modalités d'exercice, de la reconversion et de la formation continue, afin de préserver la santé des professionnels et d'assurer la transmission des savoirs.

À l'horizon 2050, la capacité à anticiper et à gérer le vieillissement des professionnels de santé sera un facteur clé de résilience pour le système régional.

Au-delà de l'accompagnement des seniors, c'est l'ensemble des améliorations dans l'exercice de ces métiers, quel que soit l'âge des professionnels, qui en renforcera l'attractivité pour garantir la continuité et la qualité des soins dans un contexte de raréfaction des ressources humaines.

3.1.5. La pratique des métiers de la santé en évolution

- **Le pluri professionnalisme dans l'exercice des métiers**

La pratique des métiers de la santé en Normandie évolue sous l'effet de la transformation des organisations, de la montée en puissance du pluri professionnalisme et de l'émergence de nouveaux modes de coopération entre professionnels, notamment entre médecins et autres professionnels de santé leur venant en assistance. En effet, au fil des ans et des réformes successives du système de santé, les formes de coopération et de collaboration entre professionnels ont été promues, soutenues, encouragées par la HAS, Haute autorité de santé, dans le but affiché d'améliorer la qualité du système de santé et les délais de l'accès aux soins⁸¹. Pour autant, les débats ne sont pas clos quant aux motifs de ces évolutions, entre nécessité imposée par le contexte de pénurie de professionnels, surtout de médecins, par les décisions relatives au « virage ambulatoire » engagé en France, et l'attente impérieuse d'une réponse en santé de meilleure qualité à la fois pour les professionnels et les usagers du système de santé.

En tout état de cause, les pratiques interprofessionnelles sont présentées aujourd'hui comme un principe fondamental, visant à décroiser les métiers tout en respectant les compétences et les responsabilités propres à chaque profession, qui restent totalement réglementées. Leur mise en œuvre se heurte pourtant à des réticences qui vont au-delà de l'incertitude sur les effets d'amélioration dans les territoires sous-dotés, portant :

- sur les équilibres entre les compétences, malgré les clarifications de la réglementation,
- sur la capacité de ce mode de fonctionnement à réellement introduire des innovations professionnelles dans les pratiques,
- enfin et surtout sur la réalité du temps médical libéré par ces pratiques et de son usage au profit d'une amélioration des relations entre professionnels et patients.

C'est autour de ces questions et de leur résolution, à terme, que les effets sur l'amélioration de l'accès à la santé pourront se mesurer.

- **Zoom sur le cas des IPA, infirmiers en pratique avancée**

La loi de modernisation du système de santé a posé le cadre de la « pratique avancée » pour les auxiliaires médicaux, avec une première mise en œuvre pour les infirmiers. L'IPA, infirmier en pratique avancée, incarne cette évolution : professionnel expérimenté, titulaire d'un master, il intervient sur des activités d'orientation, d'éducation, de prévention, de dépistage, d'évaluation clinique et de prescription dans quatre domaines (pathologies chroniques, oncologie, psychiatrie et urgences). Le déploiement des IPA vise à améliorer l'accès aux soins primaires, en répondant notamment aux besoins spécifiques des territoires sous-dotés, à réduire la charge de travail des médecins et à diversifier les parcours professionnels.

⁸¹ En Normandie, 8 territoires prioritaires, cumulant faible densité professionnelle et vulnérabilité sociale ont ainsi été identifiés pour des actions collectives.

Plus récemment, avec la loi du 27 juin 2025 relative à la profession d'infirmier, c'est l'ensemble du rôle des infirmiers qui a été redéfini, consacrant les consultations et le diagnostic infirmiers, sur des actes qui ne visent pas à concurrencer la consultation médicale⁸². Un pouvoir de prescription autonome et général sur les produits et examens complémentaires nécessaires aux soins infirmiers est envisagé, selon une liste qui n'est pas encore validée, puisqu'elle requiert l'avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine.

Un recul sera nécessaire pour évaluer les fruits de l'évolution de cette profession, sachant que les IPA rencontrent toujours des difficultés de reconnaissance et d'intégration dans les équipes. Ces obstacles soulignent la nécessité d'accompagner le changement culturel et organisationnel au sein des structures de santé et le besoin de promouvoir une culture de la collaboration interprofessionnelle.

À l'horizon 2050, les questions posées portent sur les nouveaux équilibres qui auront pu être trouvés dans la répartition des compétences et sur les effets de l'adaptation des pratiques aux besoins des usagers sur l'ensemble du territoire normand.

3.1.6. Les métiers en devenir

L'évolution des pratiques se déroule effectivement dans un contexte où la capacité à innover dans l'organisation du travail pourrait s'avérer déterminante pour intégrer les profondes mutations démographiques, technologiques et sociétales qui vont traverser les métiers⁸³.

Elles interviennent dans un contexte de complexité croissante et de ressources limitées :

- les avancées technologiques en santé, notamment le développement du numérique et de l'intelligence artificielle (qui sont traités dans le *chapitre* « Innovations, numérique en santé et IA »).
- la prise en compte de l'écologie et de la raréfaction des ressources, mais aussi la progression dans les connaissances des interactions environnement-santé et la nécessité d'accroître leur prévention,
- la régulation du système de santé, et ses effets induits sur le management des professionnels dans des organisations soumises à des exigences de coordination,
- l'évolution des comportements des usagers en santé, en général, et des patients pris en charge au sein du système de soins en particulier, en tenant compte de leur avancée en âge.

Ainsi des nouveaux métiers émergents devraient voir le jour, liés à la gestion des plateformes numériques, à l'exploitation des big data et de l'IA, à la robotique chirurgicale, ou à l'accompagnement des parcours à domicile. Le responsable de plateforme d'intermédiation numérique, l'e-conseiller patient, le référent éthique ou l'attaché en données cliniques sont autant de fonctions en devenir, appelées à jouer un rôle croissant dans l'organisation des

⁸² Un stade expérimental intermédiaire est prévu pour tester l'accès direct des patients aux consultations infirmiers permettant d'obtenir le remboursement des soins par l'assurance maladie.

⁸³ Référence à une étude de l'observatoire de l'OPCO Santé « prospective des métiers à l'horizon 2040 » - 2020 - [La prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040 - OPCO Santé](#).

soins. Ces missions nécessiteront de développer la capacité à dialoguer entre les professionnels du domaine médical et ceux des technologies du numérique et de l'IA.

Mais au-delà des compétences techniques, la nécessité d'une vision plus globale du parcours de santé remet en cause l'actuelle hyper-fragmentation des métiers qui devra évoluer pour intégrer davantage de compétences de coordination, de travail en équipes inter disciplinaires de prévention et de relationnel dans le rapport aux usagers, appelés à être acteurs de leur propre santé. Elles devront également répondre aux besoins accrus en coordination des parcours qui intégreront les actes de prévention et d'accompagnement des publics fragiles.

L'avenir de l'accès à la santé des Normands dépendra donc en partie des évolutions effectives dans l'ouverture aux coopérations, à la coordination des métiers de la santé, ainsi que sur leur capacité à relayer les étapes des parcours de santé tout au long de la vie des Normands dans leur diversité,

D'ici 2050, à mesure que le système de santé se complexifie et que les parcours de soins se fragmentent, il s'agira d'observer comment les compétences s'adaptent pour répondre aux défis de la prévention en santé, de l'accompagnement induit par les virages ambulatoire et domiciliaire, et des évolutions technologiques qui les accompagnent.

3.2. Les formations, levier d'une réponse appropriée aux besoins

Malgré les écarts de densités de professionnels avec les moyennes nationales, abordés plus haut (3.1.), et le gap qu'ils provoquent sur les conditions d'accès à la santé des Normands, il ne s'agit pas ici de donner une quelconque réponse chiffrée à l'adéquation du volume des formations aux besoins de la Normandie. Les interrogations prospectives portent en revanche sur l'effet levier de l'ensemble de l'offre de formation en santé régionale, au service d'une réponse appropriée à des besoins évolutifs des métiers que l'on vient de décrire, et à un parcours santé « individualisé » tout au long de la vie des Normands à 2050, quel que soit leur territoire de vie.

3.2.1. Panorama synthétique : une offre de formations en santé riche et diversifiée en Normandie⁸⁴

L'offre de formation en santé en Normandie s'appuie sur un réseau dense et diversifié d'instituts de formation, d'universités, d'écoles spécialisées, et sur une offre de formation professionnelle tout au long de la vie, couvrant un large spectre de parcours dans les champs médical et paramédical. Dans ce dernier, la Région en charge de la compétence d'organisation et de gestion des formations sanitaires et sociales, se montre soucieuse de l'enjeu structurant que représente l'adéquation entre la formation initiale et continue et les besoins du terrain. Elle a su développer une palette de formations initiales, continues, en alternance et par la VAE, validation des acquis de l'expérience, permettant d'accueillir chaque année plusieurs milliers d'étudiants et de professionnels en reconversion. Elle a également pesé sur

⁸⁴ La contribution de la C1 comporte une présentation très détaillée de l'ensemble de l'offre à laquelle on peut se reporter pour approfondir la vue d'ensemble résumée ici.

l'ouverture de filières médicales, avec les ouvertures universitaires récentes de filières d'odontologie ou d'orthoptie, en engageant un effort financier important notamment en équipement, témoignant d'une volonté d'adaptation aux besoins locaux et de réduction des déficits historiques, notamment en chirurgie dentaire.

3.2.2. Les évolutions récentes les plus marquantes dans le calibrage et l'accès aux formations

Le panorama de l'offre que l'on peut dresser aujourd'hui reflète un certain nombre d'évolutions notables intervenues sous l'effet des réformes nationales et des initiatives régionales visant à mieux adapter l'offre aux besoins du territoire. Les principales sont rappelées ici :

- **Dans le domaine médical, la rupture majeure de la réforme des études en santé⁸⁵**

Elle a consisté en l'abandon du *numerus clausus* au profit du *numerus apertus*, qui fixe des objectifs d'admission en 2^{ème} cycle des études médicales, par une modulation régionale du nombre d'étudiants admis en fonction des capacités de formation et des besoins en professionnels du territoire. Elle ouvre la voie à un nouveau calibrage de l'accès aux formations de santé qui a nécessité un temps indispensable à une nouvelle organisation pédagogique et matérielle.

En Normandie, l'objectif a été fixé à 4 022 étudiants sur la période 2021-2025, soit une hausse de 12,5 % par rapport à l'ancien *numerus clausus*. Cette augmentation vise à pallier la pénurie de médecins, pharmaciens, dentistes, sage-femmes, globale en Normandie mais particulièrement marquée dans certains départements comme l'Eure et l'Orne.

Par ailleurs, elle a diversifié les voies d'accès aux études médicales avec le PASS, parcours d'accès spécifique santé, et la LAS, licence accès santé, permettant une orientation progressive et une meilleure prise en compte des compétences transversales. Cette réforme a pour objectif de réduire les inégalités d'accès, à renforcer la diversité des parcours et à mieux préparer les étudiants aux réalités des métiers de la santé

Enfin les efforts de formation et d'accueil de nouveaux internes contribuent à contenir la densité médicale globale, mais le nombre de places d'internat reste encore mécaniquement très sensible (comme ça a été constaté à la rentrée 2024) aux résultats des affectations intervenant en aval dans les différentes spécialités, au risque de contrarier les effets souhaités de la réforme, et d'accentuer la charge de travail des accompagnants pédagogiques et des praticiens en poste.

- **Une offre de formations médicale renouvelée**

⁸⁵ Référence : loi du 24 juillet 2019 OTSS relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Les formations médicales, historiquement concentrées sur les filières de médecine, maïeutique, odontologie et pharmacie, ont bénéficié d'une offre renouvelée, notamment avec l'ouverture récente d'une faculté d'odontologie à Caen et Rouen, appuyés par des investissements forts de la Région. La Normandie se caractérise en effet par la faiblesse criante de la densité de chirurgiens-dentistes qui s'élève à 4,2 pour 10 000 habitants en Normandie contre 6,3 au niveau national, tous types d'exercice confondus, et respectivement de 3,7 contre 5,5 pour les dentistes libéraux⁸⁶.

- **L'universitarisation des formations paramédicales**

Amorcée depuis plusieurs années, elle s'est accélérée avec l'intégration des diplômes d'État au grade licence et la création de parcours de master, notamment pour les IPA, infirmiers en pratique avancée. Cette dynamique doit favoriser le développement de compétences de haut niveau, la mobilité professionnelle et l'adaptation aux évolutions technologiques, organisationnelles et sociétales.

Elle inscrit l'intégration des formations paramédicales et sociales dans l'enseignement supérieur, dans le but de favoriser la diversification des profils d'étudiants et l'élévation du niveau de qualification. Et elle s'est accompagnée de la réforme du dispositif Parcoursup qui a provoqué de nombreuses problématiques.

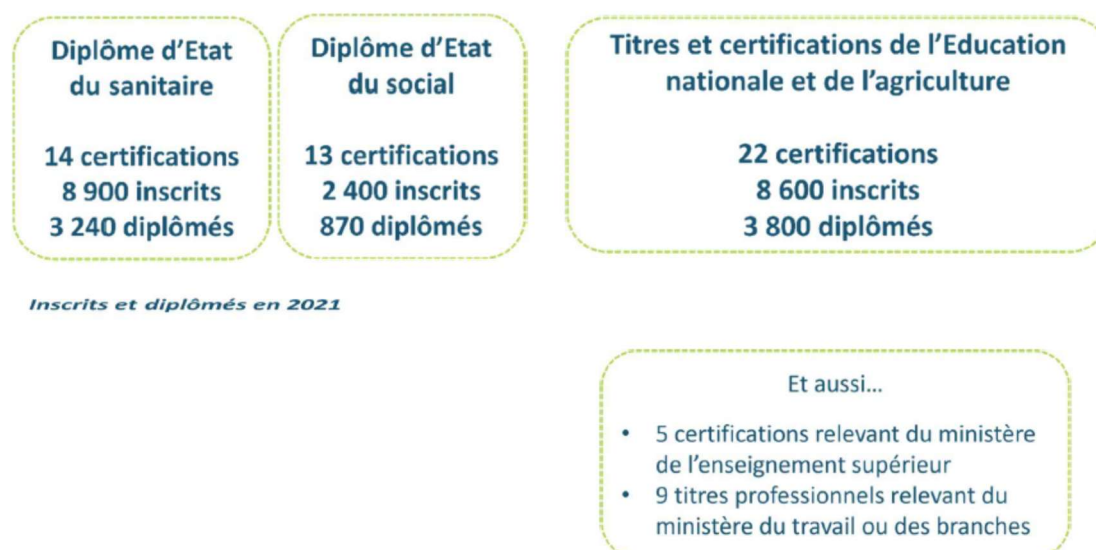
- **Des capacités augmentées dans les formations paramédicales**

La Région Normandie a augmenté les capacités de formation dans ses instituts, de + 5 à + 10 % de places en IFSI, et un doublement des entrées en formation d'aides-soignants est annoncé à échéance de 2025. Au total entre 2019 et 2021, le volume d'inscrits a augmenté de 4 %, et le volume de diplômés de 2 % dans les DE du sanitaire, avec toutefois des diminutions pour les diplômés infirmiers (- 17,8 %) malgré une très faible diminution du nombre d'inscrits (- 2,6 %).

⁸⁶ Source contribution C1 – ORS-CREAI – Note ressources « les formations en santé » - janvier 2023, et portrait de territoire C@rtoSanté 2024 - [C@rtoSanté Normandie](#) | [Agence régionale de santé Normandie](#)

La situation était la suivante en 2021 dans les principales formations sanitaires et sociales, toutes voies de formation confondues :

Inscrits et diplômés en 2021 dans les formations paramédicales en Normandie



(Source : contribution C1)

• **Une grande diversité des voies d'accès**

Cette diversité constitue un autre atout majeur de l'offre normande. Outre la formation initiale, la VAE, validation des acquis de l'expérience, est particulièrement dynamique dans les DE du social, soit + 80 % de validations entre 2019 et 2021, pour un volume de 542 personnes ; elles sont en revanche beaucoup plus faibles pour les DE du sanitaire (87 validations en 2021). *L'apprentissage*, longtemps marginal dans ces secteurs, enregistre une croissance notable, avec 313 apprentis inscrits en 2021 (+167% par rapport à 2019), principalement dans les filières d'aide-soignant et d'accompagnant éducatif et social.

Les *demandeurs d'emploi* bénéficient également d'un accès renforcé à la formation, avec 3 250 sortants d'une formation sanitaire et sociale en 2021, soit 10 % de l'ensemble des sorties de formation, principalement des assistants de vie aux familles, des aides-soignants et des infirmiers avec un taux d'accès à l'emploi de 65 %, bien supérieur à celui des autres demandeurs d'emplois sortants (50 %).

La diversification des modalités de formation contribue au rééquilibrage de l'offre en facilitant les reconversions, la montée en compétences et l'adaptation des professionnels aux nouveaux besoins du système de santé. Les dispositifs de soutien financier les sous-tendent, tels que les bourses régionales ou la rémunération des stagiaires adultes, contribuant ainsi à sécuriser les parcours et à limiter les ruptures de formation.

Enfin la *formation continue universitaire*, portée notamment par les universités de Rouen et Caen, propose un large éventail de diplômes universitaires, de masters et de formations qualifiantes, favorisant l'adaptation des compétences tout au long de la vie professionnelle.

L'offre est ainsi riche et variée, et des réformes sont en cours pour apporter des solutions diversifiées à tout type de public, jeunes et moins jeunes, en formation initiale ou en reprise de parcours à tout âge, pouvant ainsi répondre aux tensions sur les métiers.

- **Des tensions qui vont persister mécaniquement**

Néanmoins, les effets de la réforme des études médicales, compte tenu de la durée des cursus entre 10 ans pour les généralistes et 12 ans pour les spécialistes, ne sont à attendre qu'à moyen terme, laissant perdurer le ressenti du décalage persistant entre l'offre de formation et les besoins réels du terrain. Par ailleurs, la persistance des tensions au recrutement dans les métiers paramédicaux, malgré les efforts d'ajustement régionaux, renforce les difficultés d'exercice vécues au quotidien par les professionnels et limite les efforts menés pour valoriser les métiers et les formations y conduisant.

À l'horizon 2050, l'enjeu majeur consistera à infléchir la portée de ces réformes et initiatives pour qu'elles contribuent pleinement à l'adaptation des compétences, à la réduction des inégalités territoriales et à la construction d'un parcours santé individualisé, en phase avec les attentes des usagers et les défis démographiques, technologiques et organisationnels qui façonneront l'accès à la santé des Normands.

3.2.3. Les limites face aux défis de 2050

Ce panorama étant dressé, il s'avère que l'offre de formation en santé demeure toutefois confrontée à des limites structurelles qui freinent l'effet levier qu'on en attendrait sur l'évolution des professionnels en Normandie. En voici quelques-uns des plus significatifs.

- La complexité et la lisibilité de l'offre : un frein à l'orientation et à l'accès

La multiplicité des voies de formation, des diplômes et des certifications, relevant de ministères et d'opérateurs différents, avec leurs propres réglementations, de même que les modalités d'accès via Parcoursup ou les passerelles entre voies techniques et opaques pour les publics, engendrent une complexité qui nuit à la lisibilité du système pour les publics concernés.

- La répartition territoriale inégale et l'inadéquation avec les besoins

Malgré l'augmentation globale des capacités de formation, la répartition territoriale des instituts et des places demeure inégale. Les grands pôles urbains (Rouen, Caen, Le Havre) concentrent la majorité des établissements et des effectifs, au détriment des territoires départementaux, ruraux et périurbains, qui souffrent d'un déficit d'offre et d'une moindre attractivité. Les pôles urbains secondaires des trois autres départements sont proactifs à faire évoluer la situation en leur faveur.

- Le calibrage de l'offre et la sélectivité persistante

Les réformes initiées en 2019 mettront du temps à résorber les déséquilibres entre le nombre de places offertes et les besoins réels du terrain. La capacité d'accueil des universités demeure un facteur limitant, la réforme maintenant une forte sélectivité à l'entrée et une pression sur

les parcours. De plus, certaines filières sanitaires et sociales restent structurellement sous-dotées, comme les métiers du grand âge, qui peinent à attirer suffisamment de candidats.

- Des conditions de stages et d’environnement des formations à améliorer pour lutter contre la rupture des parcours de formation

Le taux d’abandon en cours de formation reste préoccupant, atteignant 6,5 % dans les formations sociales et jusqu’à 14,3 % pour certaines filières. Les causes sont multiples : mauvaise représentation des métiers, difficultés à trouver des stages, conditions d’accueil parfois précaires, manque d’accompagnement et de sécurisation financière, en particulier pour les adultes en reconversion ou les publics éloignés de l’emploi. Ces ruptures fragilisent l’efficacité du système et limitent l’impact des efforts d’augmentation des capacités de formation.

- Des contenus et des modalités de formation qui peinent à anticiper pleinement les évolutions attendues dans l’exercice des métiers

Les formations restent encore largement centrées sur des compétences techniques traditionnelles. L’enjeu posé est celui de l’articulation entre compétences techniques et transversales dans les parcours de formation, pour répondre aux besoins émergents qui requièrent des profils hybrides. Ils doivent pouvoir évoluer dans des environnements complexes et en mutation rapide, et intégrer les dimensions prospectives de la santé, que ce soit en matière de coordination des parcours, de prévention, de gestion des données et de digitalisation, l’IA et la télésanté transformant les pratiques professionnelles et nécessitant une adaptation rapide, ou encore de relation avec les usagers. Des formations tout au long de la vie ainsi que la montée en compétence continue, sont indispensables pour répondre aux évolutions technologiques, organisationnelles et réglementaires du secteur.

Si la Normandie dispose d’une offre de formation en santé riche et diversifiée, cette richesse est aujourd’hui entravée par des limites de lisibilité, de répartition, de calibrage et d’adaptation aux besoins futurs. La question de la transformation structurelle et qualitative de cette offre se pose pour répondre aux enjeux d’évolution des métiers à l’horizon 2050, et de densité professionnelle garantissant l’accès équitable à la santé pour tous les Normands.

3.3. Attractivité du secteur professionnel

3.3.1. L’attractivité de l’offre de formation comme levier pour adapter les compétences aux défis de la santé de 2050

- **Des freins à l’attractivité de l’offre**

Comme on l’a vu, la région se distingue par une structuration riche de ses parcours de formation en santé, s’adressant potentiellement à un large public de jeunes en formation initiale, de demandeurs d’emploi et de professionnels en reconversion. Néanmoins cette offre reste entravée par les limites, rapidement énumérées ci-dessus, qui nuisent à son attractivité.

La lisibilité des parcours demeure complexe pour les publics, en raison de la multiplicité des voies d'accès, des diplômes et des certifications relevant de ministères différents⁸⁷. Cette complexité nuit à l'orientation et à l'information, malgré les efforts de l'Agence Régionale de l'Orientation et des Métiers et la mise en place de dispositifs tels que « Destination Métiers⁸⁸ » ou le portail « Med'Instal Normandie » destiné aux futurs professionnels.

Par ailleurs, les jeunes, notamment issus de milieux ruraux ou défavorisés, rencontrent des difficultés d'accès à l'enseignement supérieur en Normandie, accentuées par des freins à la mobilité, au logement. Ces mêmes difficultés d'accès pèsent également sur les publics visant certaines formations paramédicales de premier niveau, comme les aides-soignants, en formation initiale ou en parcours professionnalisant ou de reconversion. Ils ne s'engagent que si l'institut de formation, en l'occurrence l'IFAS, leur est accessible géographiquement.

La question du maillage géographique de l'offre de formation, avec une préoccupation liée au public accueilli, est donc un point de vigilance particulier de l'attractivité pour les métiers de l'accompagnement sanitaire et social en forte tension dont les besoins vont croître.

Notons, en ce qui concerne les problématiques de sous-densité médicale sur certains territoires, la dernière loi Valletoux de décembre 2023 portant sur l'amélioration de l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, encourage le rapprochement des professionnels et des étudiants notamment dans les zones sous-dotées. Elle encourage les formations ou stages dans ces zones, pour familiariser les professionnels avec les spécificités de ces territoires, les sensibiliser à la médecine de proximité et à l'exercice coordonné des métiers.

- **Les ruptures de parcours en formation**

Comme on l'a vu, ces ruptures fragilisent l'efficacité du système et appellent à un renforcement de l'ensemble de l'environnement qualitatif des formations, qu'il s'agisse de l'accompagnement, de la qualité de vie étudiante, et de la sécurisation financière des parcours, notamment pour les adultes en reconversion ou les publics éloignés de l'emploi.

À noter que l'important plan d'investissement de la Région Normandie aux côtés de l'État dans le cadre du Ségur de la santé permettra une accélération de la modernisation des locaux des différents instituts et écoles de formation dont elle a la responsabilité⁸⁹, et *in fine* les conditions d'accueil des étudiants.

Mais un des enjeux essentiels reste celui de la fidélisation des étudiants durant les parcours. En effet, il est tout aussi essentiel d'agir sur le nombre de places offertes que sur le nombre

⁸⁷ Santé, Travail, Éducation nationale, Agriculture.

⁸⁸ Plateforme régionale permettant de mettre en relation des Normands en activité professionnelle avec les publics en recherche d'information sur les métiers.

⁸⁹ Au total, 46 établissements de formation sanitaire et sociale, accueillant plus de 11 000 élèves et étudiants par an – Source : [Formations sanitaires et sociales | Région Normandie](#).

de diplômés en sortie de formation. Les taux de rupture peuvent être très importants, comme dans certaines filières du social, ou en formation infirmiers, à en juger par les évolutions comparées de 2019 à 2021 entre les inscrits dans cette filière, soit – 2,6 %, et le nombre de diplômés, soit – 17,8 % (cf. *supra*).

Les raisons invoquées en sont multiples, de la mauvaise représentation des métiers, aux difficultés à trouver des stages, mais le propre de ces formations professionnalisantes reste l'importante partie réalisée en alternance en emploi, où les conditions rencontrées durant les stages en milieu de travail peuvent être en grande partie à l'origine des décisions d'abandon.

La capacité à attirer et à fidéliser les apprenants, à diversifier les profils et à garantir des parcours sans rupture sera donc déterminante pour faire levier à l'attractivité globale des métiers de la santé, avec une attention particulière portée aux conditions de déroulement des stages et aux moyens pour accueillir les étudiants.

3.3.2. L'exercice des métiers comme levier de l'attractivité du secteur

Dans un contexte de pénurie persistante de professionnels, l'attractivité du secteur de la santé en Normandie repose en grande partie sur celle des métiers.

- **Exercice des métiers et conditions de travail dans le secteur de la santé**

Le *chapitre* consacré au « Rapport au travail » permet de dresser un panorama complet des enjeux de l'accès à la santé pour les travailleurs normands. Il esquisse aussi les incertitudes qui pèsent sur l'avènement d'une culture de la santé au travail, offrant à la fois les conditions de sécurité au travail, la prévention en termes d'accidents ou de maladies professionnelles nécessaire au maintien en bonne santé de tous les actifs, dont les plus vulnérables, tout comme les conditions d'organisation, la réduction de la pénibilité, ainsi que la juste reconnaissance du travail et du sens à donner aux soins.

Des données relatives au secteur et aux métiers de la santé en général jalonnent cette analyse, montrant l'importance du chemin à parcourir quant à la qualité de vie au travail et aux conditions de travail dans ces professions. Nombre d'entre elles sont régulièrement et largement représentées tant dans la survenue des accidents ou maladies professionnelles qu'au regard de la prégnance des risques psychosociaux. Par ailleurs, elles sont les plus sujettes à des organisations désynchronisées des temps de travail (travail de nuit). Les conditions de travail difficiles auxquelles s'ajoutent la charge émotionnelle liée aux métiers du soin et de l'accompagnement et les sous-effectifs chroniques, participent à l'usure professionnelle et à la démotivation. Pour certains, ils souffrent d'une image dégradée, comme ceux de l'aide à la personne, la faiblesse de leur reconnaissance étant inversement proportionnelle à leur utilité sociale, reconnue par tous.

Rappelons que ce secteur se caractérise par son taux élevé de féminisation des emplois, avec de faibles niveaux de qualification et de rémunération, et par la fréquence de temps partiels et fractionnés, qui représentent des contraintes particulières imposées aux professionnels et qui les fragilisent. C'est aussi celui où l'on trouve des pans entiers de professionnels vieillissants.

Il constitue pourtant le secteur dans lequel les renouvellements seront décisifs dans la capacité à faire face au défi démographique qui attend la Normandie d'ici 2050, et où la qualité de vie au travail demeure un levier essentiel d'attractivité.

C'est bien l'attractivité de l'ensemble des métiers de la santé en Normandie qui est aujourd'hui mise à rude épreuve avec des conditions de travail souvent difficiles, facteurs qui sont aggravés en Normandie par des tensions de recrutement persistantes⁹⁰ qui augmentent les difficultés des personnels en exercice.

Les questions posées portent sur la capacité des acteurs à poursuivre et amplifier les politiques d'amélioration des conditions de travail, de revalorisation salariale, au-delà du Ségur de la santé, et de soutien à la conciliation vie professionnelle/vie personnelle pour fidéliser les professionnels et attirer de nouveaux talents.

- **Le maintien en emploi des professionnels**

Les difficultés se rencontrent à deux niveaux :

- Le turn-over et la durée d'exercice des professionnels

Sous les effets combinés des fortes tensions sur les recrutements et des conditions d'exercice difficiles, générant des situations de mal-être voire de souffrance au travail, certaines professions sont soumises à un turn-over important. La durée moyenne en poste, par exemple pour les infirmiers, ne serait que de sept ans, soit une ancienneté faible. Ce chiffre est associé à un manque d'attractivité des postes permanents notamment dans le secteur hospitalier, ce qui s'est traduit parallèlement par une hausse très importante de la pratique de l'intérim pour la profession d'infirmier (cf. *supra* 3.1.2.), qui offre aussi l'avantage de négocier une rémunération en dehors des cadres habituels lié au statut des emplois permanents.

- Le vieillissement en emploi

Ce constat d'un vieillissement accéléré des professionnels a été dressé plus haut (cf. 3.1.4.) et constitue un défi structurel avec plus de 31 150 « fins de carrière » attendues dans les prochaines années, soit 18,4 % des effectifs du secteur. Compte tenu de la pénibilité de certains de ces métiers, notamment les aides à domicile, assistantes maternelles et agents de service hospitaliers, les dispositifs de maintien en emploi, de prévention de l'usure professionnelle, et de valorisation des parcours seniors s'avèrent plus que nécessaires, afin de préserver la santé des professionnels, et de réduire la pénibilité des métiers de tous les intervenants, quel que soit leur âge.

L'enjeu sera de créer un environnement professionnel soutenant, innovant et inclusif, capable de retenir les professionnels en place et d'attirer les vocations nouvelles, dans un contexte de ressources humaines contraintes et de besoins croissants.

⁹⁰ Pour mémoire, en 2022, 76 % des projets de recrutement dans les métiers du sanitaire et social étaient jugés difficiles par les employeurs, un taux parmi les plus élevés de tous les secteurs.

- **L'évolution en emploi et la reconnaissance des compétences**

Du fait d'évolutions régulières du contenu des métiers, de l'allongement des carrières et des modifications du rapport au travail, les parcours de formation et d'emploi des publics intègrent de plus en plus souvent des réorientations professionnelles et des reconversions.

Les métiers de la santé n'échappent pas à ces processus, et il n'est pas surprenant de rencontrer, ici comme ailleurs, des anciennetés dans la pratique d'un métier qui se réduisent. L'engagement professionnel et l'empathie associés dans l'inconscient collectif aux métiers de la santé, du soin et de l'accompagnement, s'ils sont toujours le ciment des professionnels, peuvent s'effriter eux-aussi. Ils s'exercent en effet dans un contexte où le rapport au travail a globalement évolué, où les conditions de travail se sont dégradées, et où le rapport quotidien d'interface avec les usagers s'est complexifié faute de réponse appropriée de la part du système de santé à leurs attentes légitimes.

Les organisations devront montrer leur capacité à construire des parcours avec les professionnels leur permettant des réorientations professionnelles et les reconversions en cours de parcours, à proposer des formations continues et l'accès à de nouvelles qualifications, ainsi qu'à assurer une progression professionnelle en activité.

Aussi, dans un contexte en mouvement permanent qui va prendre de l'ampleur avec la raréfaction des actifs dans les prochaines décennies, les organisations sont face à des enjeux d'adaptabilité des parcours professionnels et de capacité d'évolution personnelle.

Ces questions se posent avec d'autant plus d'acuité que le secteur de la santé intègre également de forts bouleversements technologiques, imposant de revoir les pratiques des métiers et d'aborder des innovations organisationnelles.

Ce secteur doit accorder une vigilance particulière aux conditions de la reconnaissance des compétences en mutation, notamment celles issues des évolutions réglementaires récentes, telles que la création des IPA, infirmiers en pratique avancée, visant à élargir les champs d'intervention et à valoriser l'expertise professionnelle, ou bien les nouveaux contours de la profession d'infirmiers. En effet, la reconnaissance effective de ces nouvelles compétences reste inégale, tant en termes de statut, de rémunération que d'intégration dans les équipes, face aux attentes des professionnels qui expriment un besoin fort de reconnaissance et de perspectives d'évolution.

Les politiques d'attractivité et de fidélisation des professionnels de santé, en Normandie, sont essentielles pour faire face aux enjeux du système de santé à 2050, qu'il s'agisse de la transformation profonde des conditions de travail, de la reconnaissance accrue des compétences ou d'une politique volontariste de valorisation des parcours professionnels.

En Normandie, il s'agit de repenser les transformations et les incitations, dont certaines comme les maisons de santé pluridisciplinaires, les primes à l'installation, l'accompagnement à la mobilité, peinent à compenser le déficit structurel de certaines zones. L'urgence est

motivée par la double contrainte de garder les professionnels en place pour endiguer la désertification médicale, notamment ceux qui souffrent d'isolement professionnel en zones rurales, voire de difficultés d'accès au logement et aux services pour eux-mêmes et leurs familles, et de résister à la concurrence interrégionale, d'autres territoires étant parfois plus attractifs en termes de rémunération ou de conditions de vie, et captent une partie des jeunes diplômés formés en Normandie.

3.4. La Gouvernance juridique des emplois et des compétences

Les évolutions juridiques du cadre d'exercice des emplois et des compétences en santé offrent également des marges de manœuvre possibles pour faciliter l'accès à la santé des Normands en 2050.

3.4.1. Synthèse des rôles principaux opérateurs institutionnels des formations en santé

- **Les principaux opérateurs**

Pour mémoire, le cadre juridique de répartition des compétences relatives aux emplois et aux formations repose sur une articulation complexe entre l'État, la Région et une pluralité d'acteurs institutionnels et professionnels. Cette organisation vise à garantir une réponse adaptée aux besoins du territoire, tout en assurant la cohérence des politiques publiques d'emploi, de formation et d'orientation.

L'État conserve la compétence sur l'organisation des formations médicales MMOP, la définition des diplômes d'État et la régulation des effectifs via le *numerus apertus*. Il fixe également les référentiels de formation et les conditions d'accès aux professions réglementées. La Région, quant à elle, est compétente pour l'organisation, le financement, la territorialisation et la carte des formations sanitaires et sociales. Elle élabore, en concertation avec le CREFOP, Comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles, le SRFSS, Schéma régional des formations sanitaires et sociales, qui définit la carte des formations, le volume de places et leur répartition territoriale. Ils participent tous deux au pilotage de l'ensemble du système, en lien avec l'ARS qui mobilise des dispositifs incitatifs pour la fidélisation des professionnels, et coordonnent ainsi l'adaptation de l'offre aux besoins du territoire en favorisant la concertation entre opérateurs.

Ceux-ci sont essentiellement les universités normandes, qui jouent un rôle moteur en dispensant la majorité des formations médicales, en portant l'universitarisation croissante des filières paramédicales, et en proposant des parcours de formation continue adaptés aux évolutions des métiers de la santé, ainsi que les instituts de formation spécialisés (IFSI, IFAS, etc.) et autres centres ou organismes de formation qui complètent le dispositif sur le champ paramédical et social, en formant en lien direct avec les besoins locaux. L'AROM, agence régionale de l'orientation et des métiers, les structures d'orientation, les branches professionnelles, coordonnent des actions visant à faciliter et accompagner les parcours professionnels des publics et à renforcer l'attractivité des formations et des métiers sur le territoire normand.

- **Le rôle des collectivités infrarégionales**

L'ensemble des acteurs mentionnés ci-dessus, par leur connaissance des professionnels et leur lien étroit avec les employeurs, accompagnent l'adaptation des qualifications et contribuent à la pertinence de l'analyse des besoins en compétences et de leurs évolutions.

Le rôle des Départements et autres collectivités territoriales mérite une attention particulière. Bien que dépourvus de compétence directe en formation initiale sanitaire et sociale, ils jouent un rôle déterminant en tant qu'employeurs majeurs de professionnels (aide à domicile, aides ménagères, assistants maternels, agents de service hospitaliers, etc.) et financeurs du secteur sanitaire et social, via le pilotage des politiques de l'autonomie, du vieillissement, de l'enfance ou des solidarités de proximité, la coordination des parcours d'insertion et l'accompagnement des publics fragilisés. Les Départements, intercommunalités et communes participent activement à l'accueil des stagiaires, à la création des conditions d'attractivité tant recherchées.

À ce titre, leur positionnement comme interface entre observation des besoins, ingénierie de formation et organisation des conditions d'exercice peut constituer un levier crucial pour ajuster l'offre à la diversité des territoires, en particulier face à la fragmentation régionale des besoins et à la fragilité des zones rurales ou vieillissantes.

Il apparaît que leur rôle de vigie sur l'évolution des besoins sociaux et médico-sociaux à l'horizon 2050 est fondamental dans l'observation et l'anticipation des besoins locaux de main d'œuvre, pouvant contribuer à accélérer l'adaptation des dispositifs et la lutte contre les inégalités d'accès à la formation, et à faciliter la territorialisation de l'offre pour fixer les professionnels au plus près des populations.

3.4.2. Le cadre juridique d'exercice des professions en santé

- **Le cadre juridique actuel et ses récentes refontes**

Le cadre juridique actuel encadrant l'exercice des professions de santé en Normandie structure la répartition des responsabilités, la reconnaissance des compétences et les relations entre professionnels et usagers. Il repose sur le code de la Santé publique, qui définit les professions médicales et paramédicales⁹¹, leurs champs d'intervention, et les conditions d'exercice et de responsabilité. Les actes de soins sont ainsi strictement encadrés, chaque professionnel intervenant dans le respect de son périmètre de compétences, sous la responsabilité propre ou déléguée selon le niveau d'autonomie reconnu.

⁹¹ Pour mémoire, extrait de la contribution de la C1 : « Le professionnel médical, titulaire d'un diplôme d'État, inscrit au CNOM, Conseil de l'Ordre National des Médecins, est habilité à établir des diagnostics et les prescriptions au moyen d'ordonnances. Il prête serment, le serment d'Hippocrate, l'obligeant à être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité (rétablir, préserver, promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques, mentaux, individuels et sociétaux, et à ne faire aucune discrimination face aux malades » - « le professionnel paramédical, titulaire d'un diplôme d'État ou d'une qualification, ne peuvent en règle générale (sauf certaines professions à statut spécifique : sage-femme, IPA) agir que si un médecin a fait une prescription, et ne délivrent pas d'ordonnance ».

Ces principes ont été réaffirmés dans les plus récents textes relatifs à la définition de la « pratique avancée », ou à la profession d'infirmiers. Cette dernière a toutefois été réformée par la loi du 27 juin 2025, de façon substantielle. Elle donne en effet une base légale nouvelle à des pratiques jusqu'ici encadrées de manière parcellaire ou contestée, en reconnaissant en droit un véritable statut législatif de l'infirmier⁹². Son article 1^{er} fonde la « consultation infirmière », en l'excluant explicitement du champ de l'exercice illégal de la médecine, dès lors qu'elle est réalisée dans des conditions définies par décret. Des textes d'application clairs, prévus sous forme de décrets dont la rédaction doit être soumise à l'avis de la HAS et du CNOM, sont en effet en attente pour éviter les conflits de compétence ou les zones grises dans le parcours de soins. Cette loi apporte ainsi une sécurisation juridique aux infirmiers, notamment libéraux, qui réalisaient déjà des consultations dans certaines structures sans fondement légal clair, et introduit un pouvoir prescripteur propre, jusqu'ici réservé aux professions médicales.

- **Fin de l'immobilisme du cadre juridique ?**

Les dernières décennies ont été marquées par des controverses et des avancées sur la reconnaissance et l'extension des missions partagées entre professionnels. La délégation et le partage de tâches, illustrés par le développement des IPA ou des protocoles de coopération, visent à optimiser l'utilisation des compétences disponibles et à pallier la pénurie de médecins, mais ont toutefois suscité des débats sur la responsabilité, la reconnaissance statutaire et la sécurisation des parcours professionnels.

La montée en puissance des pratiques interprofessionnelles impose une clarification continue du cadre juridique, afin d'éviter les zones grises et les risques de contentieux.

En effet, si chacun s'accorde à reconnaître l'importance de faciliter les parcours de soins, notamment de premier recours, toutes les professions concernées par ces évolutions de pratiques sont légitimes à revendiquer un cadre clair, surtout si elles sont amenées à se développer dans des domaines nouveaux, par exemple sous l'effet des mutations technologiques en santé.

Dans le cas d'espèce de la loi de juin 2025 relative à la profession d'infirmiers, les professions paramédicales concernées ont des attentes légitimes pour garantir juridiquement leurs pratiques, notamment dans un contexte où la judiciarisation des rapports avec les usagers constitue une tendance croissante, dans tous les domaines de la société. Parallèlement, les professionnels médicaux font valoir le contour des responsabilités qui sont les leurs dans le cadre de la définition de « l'exercice de la médecine », ce champ de compétences étant celui qui délimite également le volume de la patientèle répartie entre professionnels.

Au regard de la situation de pénurie de professionnels médicaux en Normandie, et de la sous-dotation de certains territoires, l'accès aux soins de premier recours encadré autour d'un

⁹² Source : site de l'Ordre national des infirmiers - [La loi du 27 juin 2025 : une reconnaissance législative majeure pour la profession infirmière](#) | Publications nationales | Publications | Ordre national des infirmiers.

consensus sur la délimitation des responsabilités respectives doit permettre d'envisager des améliorations à venir. En revanche, en l'absence de recul suffisant sur la mise en application de la loi de juin 2025, il est encore trop tôt pour évaluer les effets de la loi et la facilitation des parcours de santé des usagers, notamment en Normandie et dans ses territoires les plus sous-dotés, comme la Cour des comptes le souligne dans plusieurs publications.

Par ailleurs, il sera essentiel d'observer les problématiques soulevées par ces mises en application, dans la perspective d'éventuelles nouvelles évolutions dans les répartitions de compétences professionnelles.

- **Les usagers en santé, un rôle transformé face aux professionnels**

Le rôle des usagers en santé s'est considérablement transformé. L'éducation thérapeutique⁹³, la reconnaissance du patient expert⁹⁴ et l'injonction à devenir acteur de sa propre santé traduisent une évolution majeure des rapports entre professionnels et usagers du système de santé, et entre soignants et soignés.

Les usagers sont désormais invités à participer activement à leur parcours de soins, à s'informer, à prendre des décisions partagées et à s'impliquer dans la prévention. Cette responsabilisation s'accompagne d'une attente accrue de qualité, de proximité et de personnalisation des soins, promesse difficilement tenue en particulier en Normandie, au regard des situations de pénurie de l'offre de santé sur les territoires.

Cette invitation à être acteur de sa propre santé est perçue par beaucoup comme une injonction, sans moyens pour assumer pleinement le rôle qu'on leur demande de jouer.

Cette responsabilisation s'accompagne aussi d'une tendance à la judiciarisation des rapports, avec une augmentation des recours en responsabilité et des contentieux liés à la qualité des prises en charge.

Cette situation interroge la capacité du système à maintenir un climat de confiance et à garantir la sécurité juridique des pratiques.

Les professionnels expriment parfois leur appréhension face à la multiplication de l'encadrement des pratiques, qu'il s'agisse de répondre aux contraintes financières imposées pour réguler le système de santé ou d'assurer le respect des droits des usagers, des obligations de traçabilité, ou face aux risques de mise en cause que pourraient générer l'engagement dans de nouvelles pratiques collaboratives. Ces appréhensions sont légitimes mais peuvent aussi freiner l'innovation dans les pratiques.

⁹³ Selon la HAS, « l'éducation thérapeutique du patient est un processus continu, dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient ».

⁹⁴ Selon la HAS, « le patient-expert désigne celui qui a développé au fil du temps une connaissance fine de sa maladie et dispose ainsi d'une réelle expertise dans le vécu quotidien d'une pathologie ou d'une limitation physique liée à son état ».

Les usagers, quant à eux, formulent des attentes fortes envers le système, tant en termes de qualité, d'accessibilité que de respect de leurs droits. Ils attendent une prise en charge globale, coordonnée et respectueuse de leur autonomie, dans un contexte où la complexité des parcours et la fragmentation des interventions peuvent générer de l'insatisfaction, notamment du fait du reste à charge de plus en plus important, et un sentiment de perte de repères.

Aussi, afin d'adapter durablement les métiers et compétences en santé aux besoins qui seront ceux de la population normande à l'horizon 2050, il sera essentiel de s'appuyer sur un cadre juridique clarifié, évolutif et concerté, favorisant la coopération interprofessionnelle, la reconnaissance des compétences et la participation active des usagers.

4. Que peut-il advenir ?

Le passage en revue des conditions d'exercice des métiers dans le secteur de la santé, de l'accès et du déroulement des formations, a mis en lumière à la fois la complexité du tissu des professionnels intervenant dans les domaines médical et paramédical, la richesse de l'offre de formation en Normandie, ainsi que les problématiques essentielles relatives à l'attractivité de ce secteur professionnel.

Le contexte actuel en Normandie est caractérisé par des tensions importantes sur l'ensemble des métiers, particulièrement criantes sur certains territoires, et des perspectives à venir qui nécessitent de porter les évolutions en cours ou d'impulser de nouvelles dynamiques pour rompre avec les tendances actuelles et préparer une offre de professionnels compatible avec les enjeux de santé normands à 2050.

- **Des enjeux de renouvellement des professionnels et des pratiques**

Face aux tendances lourdes de baisse continue de la densité médicale, de vieillissement des professionnels de santé, il s'agit de préparer une offre qui devra intégrer des adaptations dans la pratique des métiers, dans un contexte où des ruptures ont impacté le paysage de l'emploi : pratiques coordonnées, développement de pratiques interdisciplinaires, nouvelles répartitions des tâches entre professionnels, montée des compétences transversales, au service de la coordination des parcours de santé et de l'amélioration d'accès aux soins de premier recours. Il s'agit également d'intégrer les nouvelles dimensions technologiques, renforçant le besoin de spécialisation, et organisationnelles qui façonneront l'accès à la santé des Normands en 2050.

Ces adaptations devront intervenir en tenant compte d'une tension globale sur le nombre d'actifs disponibles, d'un vieillissement des professionnels de santé, notamment dans les métiers de l'accompagnement pour lesquels les besoins de la population vont croître avec son vieillissement. Ils remettent en cause les conditions et la qualité de vie au travail des professionnels, ainsi que la reconnaissance qui leur est accordée tout au long de leur parcours d'activité, au risque de perdre définitivement ces compétences pour le territoire.

- **Des enjeux d'adaptation des formations**

D'importantes réformes ont modifié le paysage de l'offre de formation ces dernières années, dont les effets se feront sentir seulement à moyenne échéance, laissant les tensions persister mécaniquement. Par ailleurs, certaines évolutions n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité, au regard de plusieurs difficultés : des contraintes d'accès persistantes à une partie de l'offre, pourtant riche et diversifiée, des freins dans le déroulement des cursus provoquant encore souvent des ruptures de parcours, mais aussi des difficultés pour une partie des publics pénalisés par le manque de lisibilité de l'offre professionnelle ou par un maillage régional qui ne répond pas à leurs attentes.

L'enjeu réside dans la capacité des acteurs à structurer une offre de formation accessible et innovante, à transformer les conditions d'accès aux métiers, en rendant l'ensemble plus attractif pour les Normands, et notamment pour réussir à compenser le déficit structurel de certaines zones territoriales sur lesquelles les dispositifs actuels d'incitation n'ont pas eu les effets escomptés. Les perspectives restent néanmoins incertaines car les initiatives et les stratégies territoriales pour garantir une couverture sanitaire équitable et durable à l'horizon 2050 sont assujetties à des évolutions financières et réglementaires nationales sur lesquelles les acteurs locaux ont peu de prise.

- **Des enjeux d'évolution du cadre juridique**

À l'échelle normande, l'observation des besoins et l'adaptation de l'offre peut gagner en pertinence selon le degré de coordination avec les collectivités départementales et communales, qui, bien que dépourvues de compétences dans le domaine de la formation des professionnels, ont une connaissance des métiers de l'accompagnement qu'elles mettent en œuvre au travers de leurs compétences réglementaires.

Par ailleurs, le cadre d'exercice des métiers est amené à se développer en intégrant davantage de compétences partagées, entre professionnels ou entre professionnels et usagers. L'ensemble des acteurs est concerné, dans ses compétences propres, par le consensus à construire autour de la clarification des cadres d'exercice, afin qu'il ne soit pas un frein aux mutations des pratiques susceptibles d'améliorer les réponses aux attentes légitimes des Normands au regard de leur système de santé et de soins dans un contexte de défis démographique et technologiques inédits.

La résolution des tensions dans les zones sous-dotées et des inégalités territoriales d'accès aux soins dépendra de la capacité collective des acteurs à s'impliquer dans les adaptations des métiers et des formations, d'y intégrer les accélérations technologiques transformant les compétences requises ainsi que les modèles d'organisation.

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « Emploi, métiers, compétences, formation » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Situation installée de pénurie de médecins et de professionnels – Forts déséquilibres territoriaux dans l'offre de professionnels – La déontologie au cœur des professions de santé
Tendances avérées	– Tension sur les métiers, dont ceux liés au vieillissement de la population et à l'aide à la personne – Conditions de travail difficiles des professionnels – Vieillesse des professionnels, usure professionnelle prématurée – Difficultés d'accès aux formations
Ruptures majeures	– Évolution dans les pratiques, rôle de la coordination dans l'amélioration de l'offre de 1^{er} recours – Évolution de la répartition des tâches entre professionnels – Amorce de réouverture des places de formation
Enjeux	– Rééquilibrer l'offre de professionnels et la demande de santé – Adapter les métiers aux défis des transitions en santé : la prévention et l'éducation en santé, les mutations démographiques, technologiques, et sociétales
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Poids des pouvoirs publics dans la régulation de l'offre – Lobbies professionnels – Perspectives de parcours professionnels qualitatifs pour les actifs du secteur
Ruptures possibles	– Poids des usagers en santé, rôle des patients experts
Incertitudes majeures	– Adaptation du cadre juridique d'exercice à l'évolution des métiers – Usage du temps médical libéré et sa mise à profit de la relation entre professionnels et usagers.

Ils peuvent donner lieu à une série d'hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau (cf. *Partie I – 2.3. « présentation détaillée des hypothèses »*) :

Les questionnements relatifs aux emplois, métiers, compétences, formations en santé

EMPLOIS, METIERS, COMPETENCES, FORMATIONS	
Evolution des emplois, besoins en compétences, pratique des métiers - Résolution des tensions actuelles et anticipation des besoins ?	
	Évolution des emplois - Quelles tensions au recrutement dans tout le secteur ? Métiers d'aide aux personnes ?
	Pénurie de médecins et professionnels - Contrer la baisse de densité et améliorer la répartition géographique ?
	Vieillesse des professionnels - Quelle adaptation des parcours en emploi (<i>lien variable travail</i>)
	Pratique des métiers - Quel nouvel équilibre entre compétences ? Quelles innovations interprofessionnelles ?
	Métiers en devenir - Quelle adaptation face aux défis posés à la santé ? (Démographie, technologie, usagers...)
Formations - Levier au service d'une réponse appropriée aux besoins, et à un « parcours santé » individualisé ?	
	Formations en santé - Quelles initiatives pour infléchir la portée des réformes ? Quels contenus ?
	Universitarisation des formations - Quelle réelle adaptation des compétences aux enjeux ?
	Richesse de l'offre de formation - Exploiter toutes les possibilités de parcours et de voies de formation ?
	Interface avec les acteurs vieillissement, autonomie, enfance, solidarités - La voix des infra-territoires ?
Attractivité du secteur - Quelles améliorations pour garder et attirer les professionnels ?	
	Maintien des publics en emploi - Entre ancienneté des professionnels, évolution en emploi, reconversions ?
	Reconnaissance des compétences - Quel levier pour adapter les compétences aux défis de santé ?
	Qualité de vie au travail - Quelles améliorations ? (<i>lien variable travail</i>)
	L'accès aux formations et la FCTLV formation continue des professionnels de santé
Gouvernance juridique des emplois et compétences : quel levier pour des évolutions au profit de la santé de tous ?	
	Cadre juridique d'exercice des professions ? La responsabilité des actes de soins et de santé ?
	Rapports usagers/acteurs ? Quelle tendance à la judiciarisation ?

Chapitre 4 : Innovations, numérique en santé et IA

1. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'innovation en santé est définie comme « la création, la mise en œuvre de processus, de produits, de programmes, de politiques ou de systèmes novateurs qui transforment ou améliorent la santé et l'équité ». Mais on ne peut pas parler d'innovation au singulier mais plutôt d'innovationS en santé puisque sous ce vocable sont regroupées l'innovation thérapeutique, l'innovation technologique, l'innovation des pratiques médicales et l'innovation organisationnelle qui en découle. En ce sens, elles impactent différents publics : patients, professionnels de santé, organisations de santé, monde économique.

Le ministère de la Santé et de la solidarité, dans le cadre des Ateliers de Partage sur l'Innovation en Santé sur les Territoires (APIST) définit plus précisément les 3 champs de l'innovation en santé :

Innovation diagnostique et thérapeutique	Innovation technologique et numérique	Innovation organisationnelle et comportementale
Thérapies géniques	E-santé et objets de santé connectés dans le domaine de l'autonomie, du bien vivre, de l'information des patients	Nouveaux modes d'exercice et de prise en charge
Biotechnologies	Télésanté	Parcours de soins coordonnés
Thérapies ciblées cellulaire	Partage des données de santé et open data	Dossier médical partagé
Médecine de précision liée au séquençage de l'exome et du génome	Robotique chirurgicale	Plateformes de suivi à distance
Solutions thérapeutiques de e-santé	Imagerie en 3D	Éducation thérapeutique
		Patient connecté
		Solutions de e-santé ayant un impact sur l'organisation et les comportements

(Source : <https://gnius.esante.gouv.fr>)

2. Les composantes de l'innovation en santé

Nous allons développer principalement l'innovation ou les innovations en santé qui s'appuient sur trois services ou outils : la santé numérique, l'intelligence artificielle et les données qui nourrissent les deux premiers.

2.1. La santé numérique ou E-santé (ou *E-health*)

Elle désigne les services du numérique œuvrant au bien-être de la personne et que l'on retrouve à l'origine de ces innovations. Parmi ceux-ci, l'OMS met en avant :

- les *dossiers de santé électroniques* et les *normes* qui sous-tendent l'échange de données,
- les applications mobiles dites *m-santé* pour le suivi et la prévention,
- les portails de santé publique (comprenant le Dossier Médical Personnalisé),
- la *télémédecine* (donc l'utilisation des technologies numériques dans le domaine de la santé) qui comportent selon le code de la Santé publique :
 - la *téléconsultation* qui constitue un des actes de télémédecine et « *a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient [...]* ». Tout professionnel médical (médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme) peut recourir à la téléconsultation, indépendamment de sa spécialité, de son secteur d'exercice et de son lieu d'exercice. Celle-ci est remboursée depuis 2018,
 - le *télésoin* est « *une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences [...]* ». Les professions de santé autorisées à réaliser un télésoin sont les suivantes : infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pharmaciens, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes pour l'appareillage des personnes handicapées (i.e. orthoprothésistes, podo-orthésistes, ocularistes, épithésistes, orthopédistes-orthésistes), diététiciens. Seuls certains soins des 4 premiers font l'objet d'un remboursement (des évolutions sont en cours).
- les *outils d'aide à la décision clinique* dans les soins primaires (à l'aide d'un logiciel dans lequel un moteur d'interférence⁹⁵ met en correspondance les caractéristiques du patient avec une base de connaissances informatisée ou un algorithme d'apprentissage automatique pour proposer une évaluation des risques ou des préconisations),

⁹⁵ Un moteur d'interférence permet aux systèmes experts de conduire des raisonnements logiques et d'arriver à des conclusions à partir d'une base de connaissance.

- *la robotique : un robot médical* est un dispositif mécanique ou électronique qui est électronique qui est conçu pour aider les médecins et chirurgiens dans leurs tâches diagnostiques ou thérapeutiques,
- *la médecine personnalisée* correspond à un modèle médical où les soins médicaux sont faits sur mesure suivant le profil de chaque patient (en ayant recours aux technologies numériques), parfois appelée médecine 5 P (prédictive, préventive, personnalisée, participative, fondée sur des preuves et explicable et expliquée aux patients),
- *les nanotechnologies* correspondent à l'ensemble des techniques et des outils qui permettent d'étudier ou d'interagir avec les phénomènes particuliers qui existent au niveau du monde de l'infiniment petit (vaccin à ARN messager),
- *les objets connectés* (de la brosse à dent connectée à la montre en passant par le pèse-personne, le tensiomètre, etc.),
- *l'intelligence artificielle*.

2.2. L'intelligence artificielle

L'intelligence artificielle est définie dans la proposition de règlement européen, adopté par la France en février 2024, comme « *un logiciel développé aux moyens d'une ou plusieurs techniques telles que l'apprentissage automatique, les approches statistiques et celles fondées sur la logique et les connaissances et qui peut, pour des objectifs définis par l'homme, générer des contenus, des prédictions, des recommandations ou des décisions influençant l'environnement avec lequel il interagit* ».

L'OMS définit 3 types d'IA :

- l'IA faible, conçue pour accomplir une tâche spécifique, dans un seul domaine, de manière autonome mais sans conscience et dans un cadre défini par l'homme (par exemple, les assistants vocaux). Ce modèle est celui qui existe aujourd'hui,
- l'IA forte ou générale, dotée d'une intelligence comparable à l'être humain, est capable d'apprendre, de raisonner ou d'appliquer des compétences dans différents domaines (la voiture autonome bien qu'encore perfectible en serait un exemple). Ce modèle d'IA est encore très théorique,
- l'IA dite super-intelligente, censée dépasser les capacités humaines et améliorer elle-même ses propres capacités et ce dans quasiment tous les domaines.

Dans le modèle d'IA faible existant aujourd'hui, on peut différencier l'intelligence artificielle traditionnelle qui permet de faire des calculs complexes et difficilement réalisables par l'intelligence humaine et l'intelligence artificielle générative apte à générer des images, du texte, des vidéos, des contenus, de la musique et donc qui reproduit la capacité cognitive humaine en produisant de nouvelles données qui ressembleraient à celles créées par des humains. Cette IA utilise des modèles d'apprentissage automatique (*Machine Learning*-utilisation de réseaux de neurones) pour créer du contenu de façon autonome. *ChatGPT* en est un exemple. Le domaine de la santé est particulièrement concerné par l'IA générative

notamment dans le champ de l'aide au diagnostic, l'interprétation et l'analyse de données ou d'imageries.

En ce qui concerne l'innovation en santé liée à l'intelligence artificielle, l'article 17 de la loi française du 2 août 2021 relative à la bioéthique établit le principe d'une garantie humaine à savoir l'acceptation d'un certain niveau de risque dans l'innovation, sous la stricte condition d'un contrôle humain effectif, traçable et proportionné et d'une information des patients relative au recours à l'IA dans leur prise en charge. Ce principe est particulièrement important :

Art. L. 4001-3-I. du code de la Santé publique

« I.-Le professionnel de santé qui décide d'utiliser, pour un acte de prévention, de diagnostic ou de soin, un dispositif médical comportant un traitement de données algorithmique dont l'apprentissage a été réalisé à partir de données massives s'assure que la personne concernée en a été informée et qu'elle est, le cas échéant, avertie de l'interprétation qui en résulte.

II.-Les professionnels de santé concernés sont informés du recours à ce traitement de données. Les données du patient utilisées dans ce traitement et les résultats qui en sont issus leur sont accessibles.

III.-Les concepteurs d'un traitement algorithmique mentionné au I s'assurent de l'explicabilité de son fonctionnement pour les utilisateurs.

« IV.-Un arrêté du ministre chargé de la santé établit, après avis de la Haute Autorité de santé et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, la nature des dispositifs médicaux mentionnés au I et leurs modalités d'utilisation. »

La proposition de règlement votée le 13 mars 2024 par les députés européens et qui constitue la première loi sur l'IA dans le monde, encadre encore davantage le développement de l'IA en interdisant certaines pratiques. Cette proposition a pour objectif de garantir une innovation responsable en mettant en place des « bacs à sable réglementaires » sur l'IA, lesquels permettront de créer un environnement d'expérimentation contrôlé, de renforcer la sécurité juridique tout en accélérant la mise sur le marché des innovations. Dans le cadre de cette régulation pro-innovation, les acteurs auront ainsi la possibilité de tester une technologie ou un service innovant en s'allégeant temporairement des obligations réglementaires applicables normalement, et ce, pour une durée d'un an pour l'IA générative et de 2 ans pour l'IA en santé. Il est à noter que la Haute Autorité de Santé, en sus des obligations de la CNIL en ce qui concerne les données de santé, s'appuie sur ces bacs à sable réglementaires pour valider l'utilisation des innovations.

L'IA peut ainsi être utilisée, avec des niveaux de maturité différents, pour :

- la médecine prédictive afin de prévenir une pathologie ou/et son évolution
- la chirurgie assistée,
- la médecine de précision afin d'affiner un traitement ou un protocole de soins,

- la prévention (pour anticiper une épidémie ou pour surveiller la précision d'un médicament),
- l'aide à la décision pour le professionnel de santé (traitements, analyses d'imagerie),
- la robotique pour apporter une aide aux patients,
- l'homogénéisation des pratiques, la standardisation des soins grâce aux données - automatisation de comptes rendus médicaux par exemple-, l'OCDE estime que 36 % des activités sont automatisables dans les services de santé et les services sociaux⁹⁶,
- la réduction des coûts des recherches (et permettre de ce fait d'étudier des maladies rares plus coûteuses en recherche) et des médicaments.

L'ensemble de ces services du numérique concourent à un objectif commun, celui de santé populationnelle qui vise à améliorer l'état de santé d'une population entière et à réduire les difficultés grâce à l'apport de l'IA et de ses algorithmes.

2.3. Les données

En ce qui concerne les données utilisées en santé - sujet qui fait débat -, le RGPD, Règlement Général sur la Protection des Données européen de 2018 les définit comme une donnée qui renseigne sur la santé physique ou mentale d'un patient. On dénombre⁹⁷ ainsi :

- les informations relatives à une personne physique collectées lors de son inscription en vue de bénéficier de services de soins ou lors d'une prestation de ces services : numéro, symbole ou élément spécifique attribué à une personne physique pour l'identifier de manière unique à des fins de santé,
- les informations obtenues lors du test ou examen d'une partie du corps ou d'une substance corporelle, y compris à partir de données génétiques et d'échantillons biologiques,
- les informations concernant une maladie, un handicap, un risque de maladie, les antécédents médicaux, un traitement clinique ou l'état physiologique ou biomédical de la personne concernée.

En pratique, la CNIL propose une notion de données de santé plus large :

- celles qui sont des données de santé par nature et qui comprennent les 3 définitions ci-dessus,
- celles qui deviennent des données de santé via leur croisement avec d'autres données car elles permettent de tirer des conclusions (mesure de pas, apports caloriques, poids),

⁹⁶ OCDE, l'IA dans le domaine de la santé, un immense potentiel, d'énormes risques, 2024. <https://www.oecd.org/fr/sante/ia-en-sante-immense-potentiel-enormes-risques.pdf>.

⁹⁷ Site de la CNIL.

- celles qui deviennent des données de santé en raison de leur destination à savoir l'utilisation qui en est faite sur le plan médical.

On peut distinguer les données primaires (celles collectées à l'occasion de la prise en charge de patients), des données secondaires (qui vont faire l'objet d'une utilisation pour la recherche et l'innovation).

En ce qui concerne les bases de données utilisées par l'intelligence artificielle, le Gouvernement a recensé en 2021, 172 bases secondaires de données de santé en France⁹⁸ prises en charge par 79 gestionnaires dont la CNAM, caisse nationale d'assurance maladie et l'ANSM, agence nationale de sécurité du médicament. Le Système National des Données de Santé (SNDS)⁹⁹ est la base nationale qui compile ces données. Celles-ci ont fait l'objet de pseudonymisation (les noms, prénoms et ce qui permet de reconnaître une personne ont été retirés et remplacés par un identifiant). Néanmoins, ces bases de données sont très hétérogènes dans leur qualité.

L'INSERM, institut national de la santé et de la recherche médicale a comptabilisé comme *big data* (ou données massives), celles contenues dans le portail Epidémiologie-France¹⁰⁰ (soit plus d'un millier de bases) et qui constituent les bases de données médico-administratives qui concernent de larges populations. Le SNDS, système national des données de santé, comme vu précédemment, met à disposition un grand nombre de données en vue d'études, de recherches ou d'évaluations présentant un caractère d'intérêt public (pour définir les politiques de santé, améliorer la prise en charge ou la veille sanitaire). Le SNDS recense tous les remboursements effectués par l'Assurance maladie (en recensant les types de maladies, les professionnels consultés, les registres de morbidité pour les études sur les maladies), des enquêtes ponctuelles, des suivis de cohortes (nombreuses par exemple dans le cas de la Covid-19). Sont aussi comptabilisées les causes de décès, les données relatives au handicap. Ces données sont accessibles à certains organismes publics dans le cadre de leurs missions ou sur autorisation pour des personnes privées en vue d'un travail d'intérêt public. Au regard des enjeux liés aux données massives de santé et dans le cadre des suivis de cohortes, une structure nationale a vu le jour, France Cohortes, afin de mutualiser les données en créant un centre de ressources et en accompagnant les utilisateurs. Les objets connectés, utilisés à des fins médicales, font également l'objet de collecte de données (pacemakers, tensiomètres, balance, glucomètres, capteurs).

Se pose dans ce cas, la question de l'acceptabilité, de l'ingérence dans la vie privée et de la non-accessibilité de ces outils pour une partie de la population.

Il est à noter que les premières codifications et donc les premières bases de données datent des années 1970 en France. La dernière création en la matière est de 2019 avec la création de la plateforme des données de santé, le *Health Data Hub*. Celle-ci associe 56 partenaires dont

⁹⁸ « Inventaire des bases de données relatives à la santé », site internet de data.gouv.fr. D'après data.gouv.fr, on comptabilise 79 gestionnaires de bases de données en France.

⁹⁹ <https://www.snds.gouv.fr/>.

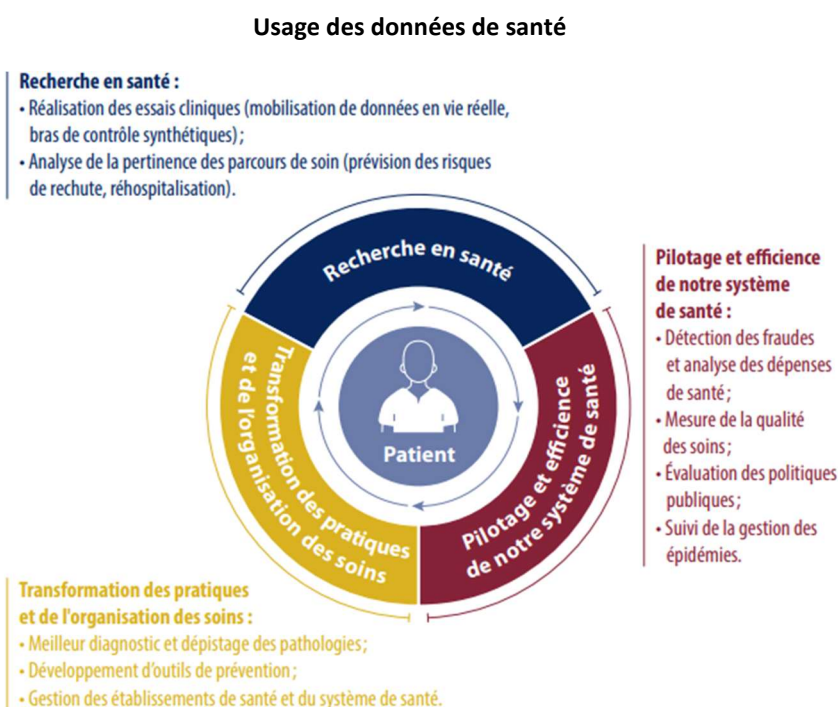
¹⁰⁰ <https://epidemiologie-france.aviesan.fr>.

les ministères, les caisses et organismes complémentaires d'assurance maladie, la recherche et l'enseignement, les industriels, les établissements et professionnels de santé ainsi que les usagers. Le fait que l'hébergement de cette plateforme ait été confié à la société Microsoft - les données restant hébergées sur des serveurs présents sur le territoire français -, n'est pas sans faire de débat. Cette décision avait été prise car la France ne disposait pas du degré de maîtrise technologique suffisant.

La plateforme ¹⁰¹ entend « garantir l'accès aisé et unifié, transparent et sécurisé, aux données de santé pour améliorer la qualité des soins et l'accompagnement des patients » et cite quelques cas d'usages :

- apporter des réponses aux patients atteints de pathologies graves,
- appuyer le professionnel de santé dans un contexte clinique qui se complexifie,
- prendre en charge les patients le plus tôt possible,
- prédire les trajectoires individuelles des patients et améliorer les actions de prévention,
- améliorer la compréhension et la transparence du système de santé,
- gagner du temps médical, améliorer le dépistage et réduire les délais de diagnostic,
- proposer aux patients les meilleurs traitements sur le long court.

L'institut Montaigne a réalisé un graphique sur l'usage qui est fait des données de santé.



(Source : Institut Montaigne– Note d'action « Données de santé : libérer leur potentiel » - Février 2024)

¹⁰¹ [HEALTH DATA HUB \(health-data-hub.fr\)](https://health-data-hub.fr).

S'il est acquis à l'heure actuelle que les données massives obtenues de différentes sources ont un intérêt majeur dans le domaine de la santé, il subsiste néanmoins des interrogations en ce qui concerne :

- la possibilité de disposer de capacités de stockage suffisantes et acceptables d'un point de vue environnemental,
- la standardisation des données (leur nature, leur format et leurs lieux de provenance sont hétérogènes) afin de les rendre exploitables,
- leur analyse et interprétation : à la vue de la masse de données à exploiter, notamment via l'IA, un collecteur d'analyseur de données (CAD) est en cours de développement,
- la protection des données des citoyens,
- les questions d'ordre éthique : quelles données exploiter ? Par qui ? Comment et pourquoi les conserver et les partager ?
- les risques d'appropriation par les GAFAM ou autres entités,
- la question de la protection de la vie privée,
- persistance de difficultés d'usage du numérique (illettrisme d'une partie de la population).

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux

3.1. Quelle santé numérique ?

3.1.1. La santé numérique vue par les Français : effet positif mais ...

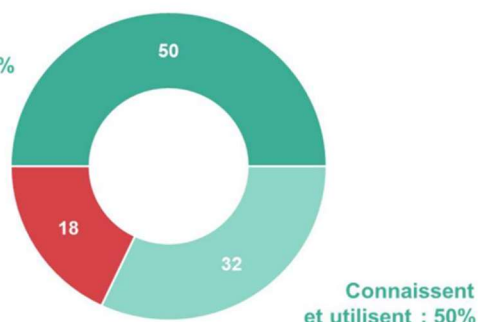
D'après l'enquête diligentée par le ministère du Travail, de la Santé et de la Solidarité et réalisée par *Harris interactive*, les Français ont déjà eu à 90 % recours à un outil ou un service numérique¹⁰², 74 % considèrent que le développement du numérique aura un effet positif sur la coordination des différents patients, 72 % estiment que le développement du numérique en santé aura un effet positif sur la fluidité des démarches administratives en santé, 82 % des Français connaissent le service « Mon Espace Santé¹⁰³ » et 50 % déclarent l'avoir déjà utilisé. Parmi ceux ne l'utilisant pas, 57 % seraient prêts à l'utiliser suivant la recommandation de leur médecin.

¹⁰² Prise de rendez-vous, récupération d'examens, téléconsultation, objets connectés, etc.

¹⁰³ On trouve dans le DMP, un « coffre-fort » des documents de santé (ordonnances, résultats, comptes rendus d'hospitalisation), le profil médical alimenté par l'utilisateur, une messagerie instantanée et un catalogue de service.



Connaissent : 82%



- Oui et vous l'avez déjà utilisée
- Oui, mais vous ne l'avez jamais utilisée
- Non, vous n'en n'avez jamais entendu parler

Détail selon le sexe

Hommes	50	29	21
Femmes	50	34	16

Détail selon l'âge

18-24 ans	38	38	24
25-34 ans	48	29	23
35-49 ans	48	29	23
50-64 ans	53	32	15
65 ans et plus	56	32	12

Détail selon la catégorie socio-professionnelle

Catégories aisées	50	29	21
Catégories populaires	47	31	22
Inactifs	52	34	14

(Source : enquête diligentée par le ministère du travail, de la Santé et de la solidarité)

Néanmoins ils font état de craintes face au développement du numérique en santé : 86 % considèrent que leurs données personnelles de santé sont des informations sensibles, 78 % redoutent qu'il en soit fait un usage commercial et un usage malveillant mais prêtent une attention différente selon leur âge aux pratiques de stockage (radios, résultats d'examens, Doctolib).

Une enquête européenne rapportée par Santé Publique France, souligne que 44 % des adultes français rencontrent des difficultés pour accéder, comprendre et s'appropriier les informations en santé ce qui ne serait pas sans conséquence sur leur comportement et leur état de santé. 71,8 % ont des difficultés pour accéder, appréhender et utiliser les informations de santé en ligne (il est dans ce cas évoqué le concept de *littératie en santé numérique*). Le niveau serait significativement associé à l'âge, au statut social, aux difficultés financières et à la formation dans le domaine de la santé. Les personnes âgées de 56 à 65 ans ou celles ayant des difficultés financières ont une plus forte probabilité d'avoir un niveau inadéquat de littératie en santé numérique. Cette enquête permet de mieux comprendre l'effet de la numérisation du système de santé sur les inégalités d'accès à la santé pour ce qui concerne la France.

Cette enquête incite donc les politiques publiques à prendre en compte les populations dans toute leur diversité notamment les plus faibles.

3.1.2. Santé numérique et politiques publiques : le virage est pris

Les plans en faveur du numérique se sont multipliés ces dernières années, plans à même de favoriser les innovations en santé. Le Ségur de la Santé¹⁰⁴, premier dispositif lancé, a déjà permis une réelle montée en puissance de la santé numérique spécifiquement dans le

¹⁰⁴ Le Ségur de la santé a été lancé en juillet 2020 avec un budget de 19 milliards d'euros, dont 2 milliards dédiés au numérique (1,4 milliards pour les professionnels de santé et les éditeurs de logiciels et 600 millions alloués au secteur médico-social).

domaine du médico-social, sur l'ensemble du territoire et ce, notamment au regard des moyens déployés (2 milliards d'euros).

- **La politique en santé numérique**

La feuille de route gouvernementale du numérique en santé 2023-2027¹⁰⁵ entend plus encore mettre le numérique au service de la santé. L'objectif est ainsi de mettre l'accent sur la prévention avec notamment l'utilisation de « Mon Espace Santé », libérer du temps pour les professionnels de santé au bénéfice du patient et permettre à tous d'accéder à la santé notamment au travers des dispositifs de e-santé. Pour ce faire, l'accent est mis sur l'éthique, la souveraineté et la durabilité :

- l'éthique, car le numérique en santé doit être inclusif et solidaire : chacun doit être maître des outils et de son parcours et le numérique ne doit pas accroître les inégalités mais au contraire renforcer l'accès aux soins pour tous. L'éthique est également garant de l'humanisme du numérique dans ses usages,
- la souveraineté, au travers d'un cadre réglementaire qui garantirait notre indépendance,
- la durabilité, au regard de l'impact environnemental des services et dispositifs numériques.

En associant les citoyens, les professionnels, les établissements et les acteurs économiques du numérique, la politique en matière de santé numérique se décline en 4 axes, 18 priorités et 65 objectifs¹⁰⁶.



¹⁰⁵ Sous l'égide de la DNS, Délégation ministérielle au Numérique en Santé. 2^{ème} du nom après celle de 2019.

¹⁰⁶ [La Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 | GENIUS \(esante.gouv.fr\)](https://esante.gouv.fr/la-feuille-de-route-du-numerique-en-sante-2023-2027).

- **Axe 1 : la prévention**

Elle passe par l'adhésion de tous à Mon Espace Santé afin d'avoir la main sur ses données personnelles et bénéficier d'une prévention personnalisée. Elle impose :

- d'utiliser *Mon Espace Santé* au quotidien pour gérer sa santé (les professionnels de santé adressent ordonnances, résultats et comptes rendus...),
- de développer une prévention personnalisée au travers des campagnes de prévention (vaccinations, bilans aux âges clés), d'anticipation d'impacts de facteurs environnementaux sur la santé humaine,
- de rendre chacun acteur de sa santé et maître de ses données : libre choix de récupérer les données collectées, de les partager avec le professionnel de son choix et possibilité de transmettre ses données pour la recherche,
- d'accompagner tous les citoyens pour qu'ils s'approprient la santé numérique : apporter une sensibilisation et une médiation à tous les citoyens via les relais locaux,
- de faire bénéficier à tous des innovations en santé numérique : en incitant à la co conception l'ensemble des acteurs, du professionnel à l'utilisateur avec deux grands défis (santé mentale et perte d'autonomie¹⁰⁷) et en accompagnant l'innovation jusqu'à la mise sur le marché.

- **Axe 2 : la prise en charge**

La prise en charge des personnes grâce au numérique impose de simplifier la vie des professionnels, de faciliter l'accès aux données et aux services et d'accompagner via la formation les professionnels :

- permettre aux professionnels d'accéder à l'historique de santé des patients qu'ils prennent en charge, rendre moins complexe l'accès aux ressources d'imagerie (que ce soient les professionnels ou les patients) et construire une vision européenne du numérique en santé en offrant les mêmes services à tous les citoyens,
- améliorer l'intégration et l'ergonomie des services socles dans les outils que les professionnels de santé utilisent au quotidien, en lançant un nouveau programme de financement du numérique dans les structures de santé et en simplifiant et en digitalisant les parcours administratifs à l'hôpital,
- déployer le bouquet de service aux professionnels afin de gagner du temps et d'accéder à un maximum de services (logiciels, solutions de télésurveillance, dispositifs numériques remboursés), permettre l'arrivée de l'ordonnance numérique,

¹⁰⁷ Le Gouvernement a lancé dans le cadre de son plan France 2030, et spécifiquement dans le cadre de sa stratégie d'accélération « Santé numérique », deux grands défis concernant les dispositifs médicaux portant sur les thématiques du bien vieillir et de la santé mentale. [Concertations du numérique en santé - Plan d'actions du Grand Défi « Dispositifs médicaux numériques et bien vieillir » - Présentation \(esante.gouv.fr\).](#)

- simplifier l’outillage de la coordination locale des parcours de santé en passant par une cartographie des services numériques régionaux¹⁰⁸, la possibilité d’offrir des solutions régionales de coordination (e-parcours) et des messageries sécurisées entre professionnels,
- renforcer la formation et l’accompagnement au numérique des professionnels de santé, du médico-social et du social.

- **Axe 3 : l’accès à la santé**

Le numérique doit apporter des réponses concrètes aux difficultés d’accès à la santé dans les territoires via l’information, la télé santé d’où la nécessité de :

- renforcer l’information des patients et des professionnels sur la santé et l’offre de santé dans les territoires et permettre de trouver les médecins accueillant de nouveaux patients,
- développer l’usage de la télésanté dans un cadre régulé et éthique,
- promouvoir et articuler entre elles les plateformes numériques de régulation médicale et de prise en charge urgente,
- diffuser largement l’appli carte vitale et l’Identité Nationale de Santé (INS) afin de permettre les remboursements de santé même en cas de perte et pour renforcer l’identitovigilance autour de l’Identité Nationale de Santé.

- **Axe 4 : un cadre propice**

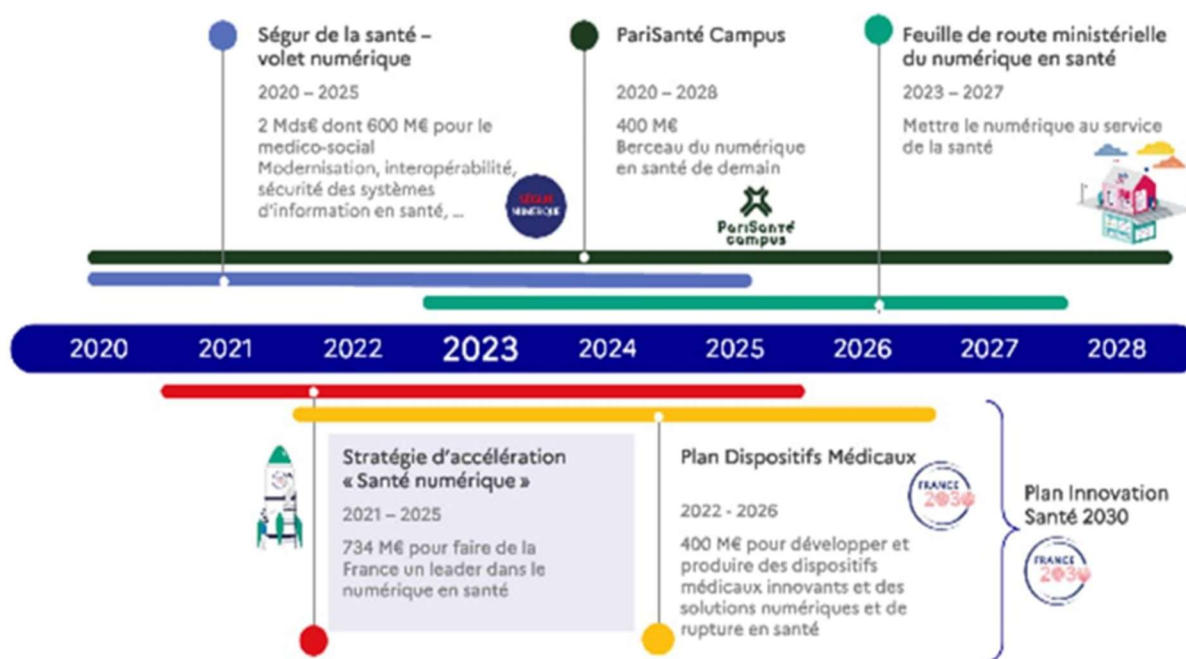
Le cadre doit être propice pour le développement des usages et de l’innovation numérique en santé face au risque de cyberattaque et donc de :

- renforcer massivement la cyber sécurité, la souveraineté sur l’hébergement et la résilience face aux futures crises sanitaires,
- systématiser la co-construction de référentiels d’exigences. Un observatoire transversal de la e-santé sera créé,
- attirer des talents du numérique vers la santé,
- développer la recherche en santé numérique.

- **Le Plan France 2030**

Doté de 718,4 millions d’euros pour la partie innovation santé, ce plan comporte quant à lui une partie consacrée à la santé numérique et aux dispositifs et solutions innovants.

¹⁰⁸ Feuille de route du numérique en santé 2023-2027.



(Source : santé.gouv.fr)

3.1.3. Santé numérique et politiques publiques dans les faits : peut mieux faire

D'après l'Académie nationale de médecine¹⁰⁹, les innovations en santé, dont un des objectifs qui existe depuis longtemps est l'aide au diagnostic et au choix du traitement, n'apportent pas les résultats à la hauteur des espoirs et ce malgré des investissements financiers très importants. Jusque-là, ces innovations sont surtout utilisées dans des secteurs spécifiques : analyse d'images, radiographie, scan, IRM ou anatomo-pathologie. Ainsi en 2023, l'organisation américaine en charge de la certification et de la mise sur le marché des médicaments - *Food and Drug Administration*- a recensé près de 700 dispositifs utilisant des technologies d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé dont 77 % relevaient de la cardiologie.

En ce qui concerne la téléconsultation, l'Assurance maladie¹¹⁰ indique que plus de 2 000 pharmacies ont proposé une assistance à la télé consultation (donc sont équipées de cabines) en 2022 et que 1 209 pharmacies se sont équipées en 2023. La téléconsultation, que ce soit en pharmacie ou non, a pris son envol pendant la crise sanitaire de la Covid-19, d'autant que l'ensemble des consultations étaient prises en charge pendant cette période. Le nombre de consultations est ainsi passé de 80 000 en 2018 à près de 18 millions en 2020. Si la courbe est descendante depuis, l'assurance maladie comptabilise 1 à 1,2 millions de consultations mensuelles remboursées (en majorité chez des généralistes - pour 71%- et avec des patients

¹⁰⁹ [Rapport 24-01. L'innovation en santé : une action volontariste de l'État face à la complexité de son organisation – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps \(academie-medecine.fr\).](#)

¹¹⁰ [Recommandations lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un téléssoin.pdf \(has-sante.fr\).](#)

jeunes - pour 54 % de 20 à 49 ans - et urbains - pour 66 % - et pour plus de la moitié, des professionnels déjà connus par le patient) soit environ 4 % de l'ensemble des consultations¹¹¹. Il est à noter que les professionnels sont actuellement limités quant à l'utilisation de la téléconsultation puisqu'ils n'ont pas le droit d'y consacrer plus de 20 % de leur temps (et doivent s'acquitter d'une certaine somme pour être abonné aux plateformes à l'image de Doctolib). Les trois quarts des médecins généralistes libéraux auraient déjà effectué une consultation depuis 2022 (5 % en 2019). De nombreuses plateformes se sont placées sur ce marché de la consultation depuis 2019, certaines mutuelles favorisant la consultation rapide 24 heures sur 24 et de nombreuses entreprises, start-ups ou investisseurs étrangers se plaçant sur le marché telles que Quare, Medadom ou Livi pour les consultations immédiates à la demande (avec des médecins salariés), les pharmacies, magasins d'optiques et même la SNCF avec l'annonce de l'installation de box de télé médecine assistée dans 300 gares d'ici 2028. Au regard des ponts d'or fait par certaines plateformes pour attirer des médecins – 2 700 euros brut pour 8 heures de consultations hebdomadaires - le risque est d'accentuer la difficulté d'obtenir une consultation en présentiel, là où déjà le manque de médecin se fait sentir.

La loi de financement de la sécurité sociale au travers de son article 53 et du décret relatif aux sociétés de téléconsultation qui salarient des médecins et proposent des téléconsultations (ne sont pas concernées celles qui proposent uniquement un outil de mise en relation, ni les accompagnements à la téléconsultation par un professionnel de santé) a créé un statut de ces sociétés à compter du 1^{er} janvier 2024 permettant un meilleur encadrement et favorisant « leur déploiement dans un cadre éthique, sécurisé et équitable ». L'agrément permettra aux sociétés d'obtenir le droit de facturer à l'Assurance Maladie les téléconsultations et donc aux patients d'être pris en charge. Pour les médecins, cela leur garantira que les sociétés ne les empêchent pas d'exercer dans le respect des règles déontologiques (notamment de publicité), qu'elles ne sont pas sous le contrôle des fabricants, des distributeurs de médicaments ou de dispositifs médicaux afin d'empêcher des prescriptions induites. Des comités médicaux seront mis en place au sein de chaque société de téléconsultation afin de donner leur avis sur la politique médicale et veiller à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à la formation continue des médecins salariés. Pour les patients, cet agrément serait la garantie d'une homogénéisation des prises en charge (comme avec un médecin libéral ou un établissement), le respect par la société d'un référentiel de bonnes pratiques édictées par la HAS, la prise en charge financière et sans dépassement d'honoraires. À l'heure actuelle, deux sociétés ont obtenu pour 2 ans l'agrément, les sociétés METADOM¹¹² (4 300 bornes sur tout le territoire et mobilisation de 80 médecins) et TESSAN MED¹¹³ (qui se dit créateur de la cabine de téléconsultation).

¹¹¹ [Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\).](#)

¹¹² [Cabine, console, App : les dispositifs de téléconsultation \(medadom.com\).](#)

¹¹³ [Qui sommes-nous – Tessan.](#)

3.2. Les innovations en santé et le territoire normand : de multiples acteurs mobilisés

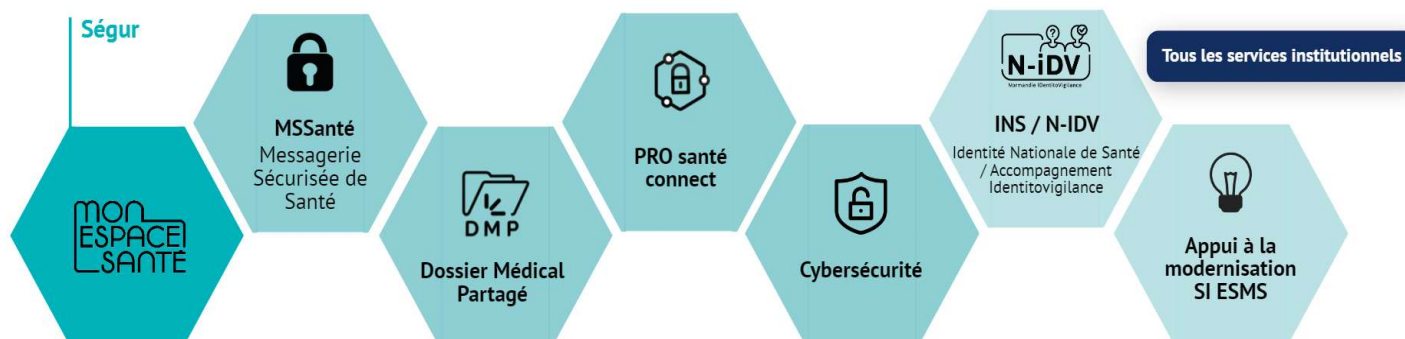
3.2.1. Les acteurs institutionnels

- **Les actions de la Région Normandie**

La feuille de route 2023-2030 de la Région Normandie en matière de santé met en avant 4 priorités : former et attirer les professionnels de santé de demain, accroître l'accès aux soins sur tout le territoire, inciter les normands à prendre soin de leur santé au quotidien et soutenir les acteurs de l'innovation et de la recherche au profit de la santé des normands et de l'économie régionale.

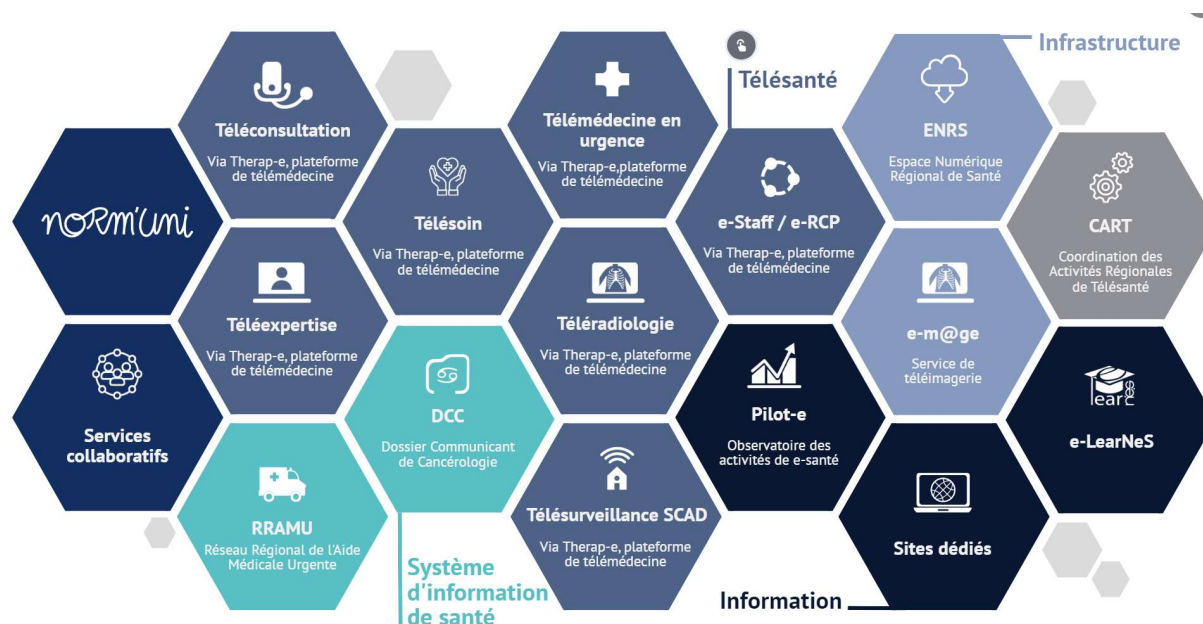
- **Les actions de l'Agence Régionale de Santé de Normandie**

Le Groupement de Coopération Sanitaire NeS, *Normand'e-Santé*, opérateur préférentiel de l'Agence Régionale de Santé de Normandie, est chargé de déployer la stratégie nationale et régionale en matière d'e-santé. Ainsi, il est offert à tout professionnel de santé normand la possibilité de se connecter aux services de santé numérique normand en toute sécurité :



(Source : normand esanté)

Les professionnels peuvent ainsi accéder à l'Espace Numérique Régional de Santé (ENRS), système d'information partagé et mutualisé¹¹⁴ :



(Source : normand esanté)

Plus de 10 000 professionnels normands utilisent ainsi la plateforme Therap-e qui permet de réaliser des actes de téléconsultation, téléexpertise, téléassistance, télésurveillance et téléssoin. Parmi ces actes, on note :



(Source : normand esanté)

- la téléradiologie : échange d'imagerie médicale et de documents, partage et manipulation d'imagerie médicale en temps réel et rédaction de rapports en un seul outil. Elle permet d'établir des télédiagnostics en l'absence d'un radiologue sur le lieu de réalisation de l'examen,
- la téléexpertise permet à un professionnel médical, para médical ou pharmacien de bénéficier de l'avis à distance d'un professionnel médical via les technologies de l'information et de la communication,
- la télésurveillance dite SCAD pour Suivi Clinique À Domicile des patients atteints de pathologies chroniques (sous anti coagulants ou atteints d'insuffisance cardiaque),

¹¹⁴ [Le bouquet de services régional \(normand-esante.fr\).](http://normand-esante.fr)

- la téléconsultation permet de réaliser des actes médicaux à distance par visioconférence. Le patient est à son domicile ou un lieu prévu à cet effet ou accompagné par un professionnel de santé (19 spécialités¹¹⁵ peuvent faire l'objet d'une téléconsultation en Normandie et 3 sont en développement) ; preuve s'il en est que la Normandie est bien rentrée dans l'ère de la santé numérique, la première téléconsultation sur le territoire ayant eu lieu en 2018.

3.2.2. Les acteurs de la recherche - formation

• L'Université de Caen

Parmi les projets retenus en Normandie, l'Université de Caen pilote 3 projets lauréats de l'Appel à Manifestation d'Intérêt (AMI) « compétences et métiers d'avenir » (CMA) :

- projet SATIN : ce projet Santé, Territoire, Innovation et Numérique a pour objectif de créer une culture commune entre les étudiants et les professionnels du numérique en santé. Le projet s'est structuré autour d'un consortium comptant la Région Normandie, l'ARS, le CHU de Caen, le Pôle Transactions Electroniques Sécurisées, l'Union régionale des médecins libéraux et l'institut du travail social. 2 actions sont ainsi prévues :
 - une en formation initiale et continue des professionnels de santé et médico-sociaux et des étudiants au numérique en santé,
 - la création d'un parcours « Intelligence artificielle, sciences des données et santé au sein du Master informatique de l'UFR de sciences.

Gageons que ces parcours répondent aux besoins déjà patents de *data scientists*, attachés en données cliniques (pour la collecte, l'utilisation et l'analyse des données) ou les métiers liés à la robotique en santé qui exigent une double culture numérique et santé. On peut noter que le territoire est dynamique pour faire face à ces enjeux qui sont déjà ancrés dans le présent.

- projet NORMANTHIA : il a pour objectif de créer une offre de formation pluridisciplinaire, territoriale, pour tous les niveaux (L,M,D) autour de l'intelligence artificielle, qui s'adresse aux spécialistes et non spécialistes,
- projet CYRCE Cybersécurité : il s'appuie sur le diagnostic établi dans le cadre de la stratégie nationale d'accélération pour la cybersécurité qui priorise la formation des plus jeunes et des professionnels aux métiers de la cybersécurité.

• Le Pôle Universitaire d'Innovation

Le PUI Normandie a vocation à faire le lien entre les acteurs de l'innovation et le monde socio-économique. Porté par Normandie Université, il rassemble, entre autres, les acteurs autour de Normandie Valorisation, Normandie Incubation, PEPITE Normandie, les Instituts Carnot et

¹¹⁵ [Téléexpertise \(normand-esante.fr\)](http://normand-esante.fr).

les Centres de Recherche Techniques. Parmi les 4 priorités ciblées par le PUI figurent les innovations en santé et le bien-être.

- **Le Campus Santé Rouen-Normandie**

Ce campus regroupe les membres hospitalo-universitaires (Université de Rouen, CHU Rouen Normandie, Centre Unicancer Becquerel, Centre Hospitalier du Rouvray), les collectivités territoriales (métropole de Rouen, ville de Rouen, Région Normandie et Seine-Eure agglo) et les principaux partenaires (Anider, Polepharma, Normandie incubation, Normandie Valorisation, l'État, l'ARS et l'IRIB, *Institute of research and innovation in biomedicine*).

L'objectif affirmé du centre est de « devenir l'une des portes d'entrée pour les porteurs de projet du territoire pour contribuer à structurer l'écosystème normand et rouennais en devenant plus lisible et plus accessible afin que notre territoire intègre pleinement la stratégie nationale d'accélération en santé numérique ». Ainsi, parmi l'ensemble des champs d'actions très étendus du campus figure la santé numérique et l'innovation, le campus souhaitant faire émerger des projets et entreprises sur le territoire en lien avec les domaines d'excellence des membres précités. Les objectifs clairement exprimés sont donc de :

- faciliter la coordination du parcours patient et garantir une meilleure prise en charge au travers des innovations,
- faciliter l'accès aux cohortes et aux données anonymisées dans un cadre sécurisé pour les porteurs de projets,
- contribuer à l'émergence d'une filière normande en santé numérique,
- renforcer la visibilité de la filière santé numérique à l'échelle nationale,
- favoriser la diffusion d'une culture recherche et numérique en santé,
- créer davantage d'interaction entre le monde entrepreneurial de la santé numérique et les acteurs du campus.

S'inscrire dans la stratégie d'accélération de la santé numérique passe en partie par la nécessité de former les futures générations de soignants. À cet effet, il importe de souligner l'importance du projet SaNuRN (Santé Numérique Rouen Nice) retenu dans le cadre de l'appel à manifestation d'intérêt Compétences et Métiers d'Avenir (CMA). Doté d'une aide de l'État de près de 4 millions d'euros (sur un total de 6,891 M€), ce programme vise notamment à former à la santé numérique les étudiants médicaux et paramédicaux dans 4 départements français dont la Seine-Maritime et l'Eure. 30 heures de formation seront ainsi dispensées aux étudiants relevant de l'université de Rouen, en premier cycle, avec un renforcement dans le second et le troisième. Environ 2 000 étudiants devraient être formés à la santé numérique en 2023, l'objectif étant d'accroître le nombre à 210 000 étudiants en 2027 (au sein de 36 universités). L'université de Rouen entend donc devancer l'obligation de proposer 28 heures de cours en santé numérique à la rentrée 2024.

Outre les actions précitées, le Campus Santé Rouen-Normandie organise « les rencontres normandes de la santé numérique »¹¹⁶. Les dernières ont eu notamment comme thématique « quels freins à dépasser pour construire le modèle de l'innovation en santé numérique de demain sur le territoire normand ? ». Ces rencontres ont montré l'intérêt de fédérer, coordonner l'ensemble des acteurs¹¹⁷ au sein d'un écosystème permettant de coordonner et faire se rencontrer les porteurs de projets, industriels, professionnels de santé, chercheurs et la nécessité de la part des institutionnels de bien définir la stratégie pour leur territoire, de prévoir les financements de projets et ce à tous les niveaux afin de conserver et développer les projets en santé numérique en Normandie. Aux dires des professionnels, le risque est grand que les innovateurs se tournent vers d'autres territoires davantage financeurs. Enfin, pour que la santé numérique se développe en Normandie « Il faut que les projets soient utiles, utilisables et utilisés ».

- **L'espace de réflexion éthique de Normandie**

En Normandie, l'Espace de Réflexion Éthique de Normandie (EREN)¹¹⁸ a participé à la sensibilisation et à la formation universitaire des professionnels, étudiants et chercheurs concernés par l'éthique en santé et sciences de la vie. C'est ainsi que sont nés, un Certificat Universitaire « Devenir un patient-une personne ressources » en vue de développer les compétences des usagers du système de santé et deux diplômes universitaires à Caen et Rouen depuis 2012. Le diplôme dispensé à l'université de Caen mobilise des connaissances professionnelles, universitaires et académiques de manière interdisciplinaires en créant des partenariats et collaborations tant avec l'université qu'avec des établissements sanitaires et médico-sociaux et des unités de recherche régionales. Celui de Rouen propose une formation interdisciplinaire associant des bases philosophiques, culturelles, juridiques applicables aux questions éthiques dans le champ de la santé et des soins éthiques. Dispensés en formation initiale et continue, ces deux diplômes pourront être accessibles aux professionnels. Le Master d'éthique en santé au sein de l'université de Caen¹¹⁹ a quant à lui pour but de développer les connaissances et les travaux fondés sur l'analyse des enjeux éthiques des pratiques professionnelles et de l'évaluation des parcours de soins sur des questions fondamentales (fin de vie, éthique en santé publique, etc.).

L'EREN a été également un des partenaires d'un projet EDeTeN (Enjeux du Développement de la Télémédecine en Normandie) financé par l'Union européenne. L'objectif était « d'accompagner la réflexion sur le développement de la télémédecine en Normandie en étant un outil d'aide à la décision des acteurs locaux » et ce avec deux sous objectifs :

¹¹⁶ [Retour sur les Rencontres Normandes de la Santé Numérique 2023 - Version Longue \(youtube.com\)](#).

¹¹⁷ [La santé numérique en Normandie : enquête audiovisuelle 2023 \(youtube.com\)](#).

¹¹⁸ Les espaces éthiques régionaux ont été instaurés par le législateur et sont des services publics qui ont pour mission d'aller auprès des citoyens et de débattre avec eux des questions éthiques dans le domaine de la santé soulevées par les innovations, modes de vie et cultures.

¹¹⁹ [ethique-normandie.fr](#).

- accompagner la politique d'aménagement du territoire et éclairer les acteurs locaux sur les leviers et les freins à la progression de la télémédecine sur le territoire normand,
- identifier les enjeux éthiques et réglementaires de la télémédecine en région Normandie, tenant compte des spécificités du territoire.

Ces travaux ont donné lieu à la rédaction d'une charte portant sur les enjeux éthiques que soulèvent les usages et le développement de la télémédecine en Normandie. En effet, en dépit des engagements des acteurs concernés et du cadre réglementaire et déontologique, il s'avère que certaines pratiques peuvent porter à caution voire ne pas respecter la réglementation en vigueur. Pour ce faire, la charte définit 5 principes pour rendre éthique la relation soignant-soigné dans la consultation :

- rendre possible l'identification des professionnels par le patient pour que l'échange s'intègre dans un parcours de soin coordonné,
- s'assurer de la pertinence de la consultation : celle-ci doit être adossée à un projet médical (accompagnement, suivi, traitement), intégré au Dossier Médical Partagé,
- informer le patient, et donc prendre le temps d'une information loyale, claire et appropriée,
- requérir le consentement libre et éclairé du patient à chaque téléconsultation,
- rendre possible la présence d'un accompagnant notamment pour les patients vulnérables ou âgés.

L'éthique selon l'Organisation Mondiale de la Santé

De son côté, l'Organisation Mondiale de la Santé énumère six principes éthiques fondamentaux : protéger l'autonomie de l'être humain (toutes les décisions ne sont pas laissées à la machine), promouvoir le bien être- la sécurité humaine et l'intérêt public, garantir la transparence, l'explicabilité et la compréhension de l'IA, favoriser la responsabilité et la responsabilisation, promouvoir une IA réactive et durable.

4. Que peut-il advenir ?

4.1. Pour le citoyen et le patient

4.1.1. Impacts-Intérêts

• Améliorations grâce au numérique en santé

- *Qualité et rapidité d'analyse* : L'IA permet une détection précoce des maladies, comme le cancer du sein, avant même l'apparition de tumeurs visibles.
- *Précision et personnalisation des soins* : Les traitements sont mieux adaptés, réduisant les effets secondaires et améliorant l'efficacité.

- *Télémédecine* : Accès aux soins amélioré, notamment dans les zones de déserts médicaux, permettant une meilleure répartition géographique des soins.

- **Autonomie et suivi à domicile**

- *Objets connectés et plateformes de santé* : Facilitation des soins à domicile, renforcement de l'autonomie et de l'implication des patients.
- *Médecine à domicile* : Suivi continu des patients fragiles grâce aux objets connectés, en complément des structures de santé traditionnelles

4.1.2. Enjeux et défis

- **Attractivité des zones médicalement désertées** : Risque d'aggraver la situation si la réponse numérique est privilégiée, créant une médecine à plusieurs vitesses.
- **Inégalités et fracture numérique** : Nécessité de surmonter la littératie en santé pour éviter l'exclusion d'une partie de la population. 72 % des personnes ont des difficultés à utiliser les outils numériques en santé. Nécessité d'avoir les moyens matériels (moyens de paiement).
- **Éthique et sécurité** : Problèmes liés à la protection des données, consultations en télécabines, et manque d'information pour les patients.
- **Acceptabilité et utilisation des données** : Pour le bien-être de la personne, à des fins mercantiles ?
- **Rôle des objets connectés** : Importance de l'acceptabilité des innovations et de la transparence sur l'utilisation des données de santé.

4.2. Pour le personnel soignant, administratif ou l'aidant

4.2.1. Le temps libéré grâce aux innovations numériques pourrait être utilisé de plusieurs manières

- **Personnalisation des soins** : Permettre aux soignants de passer plus de temps avec chaque patient pour des soins plus personnalisés.
- **Médecine préventive** : Développer des programmes de prévention et de suivi personnalisés pour éviter l'apparition de maladies.
- **Gestion des effectifs** : Optimiser la répartition des tâches et des ressources humaines pour une meilleure efficacité.
- **Organisation de la chaîne des soins** : Améliorer la coordination entre les différents acteurs de la santé pour une prise en charge plus fluide et efficace.
- **Réorganisation financière** : Réévaluer les coûts et les remboursements des actes réalisés par des machines par rapport à ceux effectués par des humains.

4.2.2. Mais pour ce faire, il faut

- **Allouer des ressources suffisantes à la formation** : Assurer que les 28 heures de cours pour les étudiants et les 21 heures de formation continue pour le personnel soignant soient réalisables financièrement et matériellement.
- **Surmonter les freins d'acceptabilité** : Travailler sur l'acceptation des nouvelles technologies par le personnel soignant en démontrant leur utilité et en les impliquant dans le processus de mise en place (utiles, utilisables et utilisées).
- **Eviter les risques de Déshumanisation** : Veiller à ce que l'usage des machines ne mène pas à une déshumanisation des soins. Les soignants doivent rester au cœur du processus de soin, en utilisant les technologies comme des outils pour améliorer leur pratique sans perdre le contact humain essentiel.
- **S'assurer que l'utilisation de l'IA ne soit pas une charge supplémentaire** : Les outils numériques peuvent rendre certaines professions plus attractives, notamment celles liées aux soins à domicile, grâce à l'usage des objets connectés. Cependant, il est crucial de s'assurer que ces outils ne créent pas une surcharge cognitive pour les soignants.
- **Préparer aux emplois futurs** : Les innovations numériques créeront de nouveaux emplois (opérateurs en IA, analystes de données de santé) et transformeront les rôles existants. Il est essentiel de préparer le personnel à ces changements par une formation adéquate et une gestion proactive des transitions professionnelles.
- **Contrôle des Résultats Produits par l'IA** : Les professionnels de santé doivent continuer à exercer un contrôle sur les résultats produits par l'IA et il est nécessaire d'harmoniser les systèmes d'infos. L'IA doit être vue comme un outil d'aide à la décision, et non comme un substitut au jugement clinique des soignants.

Ces réflexions montrent que les innovations numériques en santé ont un potentiel énorme pour améliorer les soins, mais elles doivent être mises en œuvre de manière réfléchie et inclusive pour maximiser leurs bénéfices tout en minimisant les risques.

4.3. La question des données

4.3.1. Facilitation des Parcours de Santé

- **Centralisation et Gestion des Données** : La centralisation des informations et la gestion des données de santé facilitent le parcours des patients, réduisent le temps consacré aux tâches administratives et libèrent du temps pour le personnel soignant.
- **Risques de Convoitises et Atteintes à la Vie Privée** : Les données de santé sont précieuses et peuvent attirer des convoitises pour des études de marché, des calculs d'adhésions ou des prêts bancaires, posant des risques de méemploi et de discrimination.

4.3.2. Fiabilité et Exploitation des Données

- **Exploitation des Données** : La fiabilité croissante des données permet d'exploiter un grand nombre de données médicales, administratives et issues d'objets connectés, orientant ainsi les politiques de santé publique.
- **Éparpillement des Bases de Données** : L'éparpillement des données peut freiner le développement de la santé numérique, d'où l'importance de plateformes comme le Health Data Hub. Cependant, des défis subsistent, notamment en matière de souveraineté des données et d'interopérabilité.

4.3.3. Réglementation et Responsabilité

- **Encadrement de l'IA** : La proposition de règlement votée par les députés européens en mars 2024 pour encadrer l'IA en santé est une avancée majeure. Elle vise à interdire certaines pratiques et à protéger les données sensibles.
- **Responsabilité Juridique** : La question de la responsabilité en matière de données de santé et d'IA générative est complexe. Qui serait responsable en cas de problème : le concepteur, le fournisseur ou le praticien ?

4.3.4. Cybersécurité

- **Prévention des Attaques Informatiques** : Le déploiement de la santé numérique impose aux établissements de santé de se prémunir contre les attaques informatiques. La cybersécurité devient un enjeu majeur, le secteur de la santé étant l'un des plus touchés par les cyberattaques.

Ces réflexions montrent que, bien que les innovations numériques en santé offrent de nombreuses opportunités, elles nécessitent une gestion rigoureuse des risques associés, notamment en matière de protection des données et de cybersécurité

4.4. L'environnement et la santé

4.4.1. L'Impact Environnemental du Stockage de Données

- **Pollution Environnementale** : Le stockage massif de données est une source majeure de pollution. La gestion de ces données doit être optimisée pour réduire l'empreinte écologique.
- **Pertinence des Soins** : L'utilisation exponentielle des outils numériques en santé doit être justifiée par des bénéfices clairs pour éviter une surconsommation inutile de ressources.

4.4.2. Consommation Électrique

- **Impact Énergétique** : La consommation électrique liée aux services en ligne, aux outils connectés, à la télémédecine et aux téléconsultations a un impact significatif sur l'environnement.

- **Gestion des Espaces de Stockage** : Il est crucial de gérer efficacement les espaces de stockage, par exemple en utilisant des datalabs pour produire de l'énergie, et de préserver les métaux rares nécessaires au développement des outils numériques.

4.4.3. Industrie Pharmaceutique et Environnement

- **Nouvelles Molécules** : L'IA peut aider à développer de nouvelles molécules qui sont moins nocives pour l'environnement, réduisant ainsi le rejet de substances toxiques dans l'eau.
- **Production Durable** : Il est important de promouvoir des pratiques de production durable dans l'industrie pharmaceutique pour minimiser l'impact environnemental.

4.4.4. Sobriété Numérique

- **Sensibilisation** : Depuis 2021, les professionnels de santé sont sensibilisés à la sobriété numérique, ce qui est essentiel pour réduire l'impact environnemental du numérique en santé.
- **Progrès Techniques** : Il est nécessaire de développer des technologies économes en ressources naturelles et en énergie dès leur conception. Pour durer, il faut économiser dès aujourd'hui.

4.5. Formation et recherche en santé : des défis à relever

4.5.1. Avancées en Recherche et Formation

- **Progrès Spectaculaires** : Les outils numériques et l'IA ont permis des avancées significatives en recherche et formation, facilitant l'expérimentation et la duplication des modèles d'apprentissage.

4.5.2. Défis pour les Chercheurs

- **Droit à l'Expérimentation** : En France, le droit à l'expérimentation est moins accepté et financé qu'à l'étranger, ce qui limite les possibilités pour les chercheurs de mener des projets innovants.
- **Moyens Adaptés** : Les chercheurs demandent des moyens plus adaptés, notamment lors des phases d'amorçage des projets, qui sont souvent sous-financées malgré les stratégies d'innovation nationales.
- **Délai d'Autorisation et Accessibilité aux Données** : Le temps moyen de délivrance des autorisations et d'accès aux données de santé est de 18 mois en France, ce qui ralentit les recherches et désavantage le pays en termes de compétitivité internationale.

4.5.3. Innovations Numériques en Formation

- **IA en Formation** : L'utilisation de l'IA en formation permet de dupliquer les modèles et les supports, multipliant ainsi les situations d'apprentissage. Le jumeau numérique est

un excellent exemple de cette innovation, offrant des simulations réalistes et interactives pour les étudiants.

4.5.4. Solutions et Perspectives

- **Amélioration des Processus** : Il est crucial d'améliorer les processus d'autorisation et d'accès aux données pour accélérer les recherches et de travailler en interdisciplinarités.
- **Soutien Financier** : Un soutien financier accru, notamment pour les phases d'amorçage, est nécessaire pour permettre aux chercheurs de mener à bien leurs projets innovants.
- **Collaboration Internationale** : Encourager la collaboration internationale peut aider à surmonter certaines des limitations actuelles et à bénéficier des meilleures pratiques mondiales.

4.6. Ethique et santé indissociables

4.6.1. Principes Éthiques de l'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a établi des principes clés pour l'utilisation de l'IA en santé :

- **Protéger l'autonomie de l'humain** : La décision médicale ne doit jamais être entièrement déléguée à une machine.
- **Promouvoir le bien-être et la sécurité** : Les IA doivent être conçues pour ne pas nuire et pour servir l'intérêt public.
- **Garantir la transparence et l'explicabilité** : Les systèmes d'IA doivent être compréhensibles et ne pas exonérer les humains de leurs responsabilités.
- **Assurer l'inclusion et l'équité** : Les IA doivent corriger les biais et ne pas être discriminatoires.
- **Promouvoir une IA durable** : Limiter l'impact environnemental des technologies d'IA (éthique dès la fabrication des médicaments)

4.6.2. Défis à Relever

- **Respect des Principes Éthiques** : Les innovations numériques doivent respecter ces principes pour éviter les biais et protéger les données sensibles.
- **Formation et Information** : Les fournisseurs de solutions numériques doivent former les utilisateurs, et les professionnels de santé doivent informer les patients, notamment dans le cadre des téléconsultations.
- **Humanisation des Soins** : Il est crucial de maintenir l'humain au centre des innovations numériques en santé.

- **Souveraineté des Données** : Utiliser des plateformes de conservation de données situées en France pour garantir la souveraineté nationale.

4.6.3. Sensibilisation et Régulation

- **Espaces de Réflexions Éthiques Régionaux** : Ces espaces, comme celui en Normandie, jouent un rôle clé dans la sensibilisation à l'éthique en matière de santé numérique et pour faire que l'IA soit éthique socialement et environnementale.
- **Réglementation Européenne** : La récente proposition de règlement européen encadrant l'IA en santé est une avancée majeure pour garantir l'éthique et la sécurité des technologies d'IA.

4.7. Tout dépend des pouvoirs publics

4.7.1. Financements et Stratégies

- **Initiatives Nationales** : Les financements dédiés à l'innovation numérique en santé, tels que la stratégie nationale pour l'intelligence artificielle, le Plan France 2030, le Ségur de la santé, et la création de l'Agence de l'innovation en santé, montrent un engagement significatif.
- **Insuffisance des Fonds** : Malgré ces initiatives, les financements restent insuffisants, surtout pour les premières phases de recherche. Les fonds privés complètent ces financements, mais ne suffisent pas toujours selon les chercheurs.

4.7.2. Importance de l'Engagement Public

- **Souveraineté Publique** : Un engagement fort des pouvoirs publics est crucial pour maintenir la souveraineté nationale en matière d'intelligence artificielle. Une dépendance à des puissances étrangères, comme pour le cloud, pourrait poser des risques stratégiques.
- **Action Volontariste** : Il est essentiel que l'action volontariste de l'État se traduise en actions concrètes et durables pour soutenir l'innovation.

4.7.3. Rôle des Collectivités Régionales

- **Attractivité Territoriale** : L'engagement des collectivités régionales, comme en Normandie, est important pour faire de la santé numérique un atout territorial. Une bonne prise en charge **de la santé peut devenir un élément différenciant et attractif pour la région.**

4.7.4. Perspectives et Solutions

- **Renforcement des Financements** : Augmenter les financements publics et privés, en particulier pour les phases d'amorçage des projets de recherche, est crucial.
- **Collaboration Public-Privé** : Encourager la collaboration entre les secteurs public et privé pour maximiser les ressources et les expertises disponibles.

- **Soutien Régional** : Les régions peuvent jouer un rôle clé en soutenant les initiatives locales et en créant des écosystèmes favorables à l'innovation en santé numérique.

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « Innovations, numérique en santé et IA » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Ampleur de la révolution de l'IA
Tendances avérées	– Fortes opportunités pour le secteur de la santé – Pas de priorisation entre usages de l'IA – Concentration des data
Ruptures majeures	– Mise en œuvre des plans de santé numérique et des bouquets de services
Enjeux	– Maîtrise des conditions d'une e-santé éthique, équitable, responsable – Eviter les menaces en termes de souveraineté – Concourir aux objectifs de santé populationnelle – Faire aboutir les solutions environnementales
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Rôle des pouvoirs publics et régulation de l'IA et de l'usage des data face aux GAFAM – Acceptabilité de la e-santé par les citoyens et les professionnels
Ruptures possibles	– Influence des usagers en matière d'éthique et de régulation
Incertitudes majeures	– Le rythme de déploiement de l'IA

Ils peuvent donner lieu à une série d'hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau (cf. *Partie I – 2.4. « présentation détaillée des hypothèses »*) :

Les questionnements relatifs aux innovations, numérique en santé et IA

INNOVATIONS, NUMERIQUE EN SANTE ET IA	
Innovations et développements technologiques - Opportunités en e-santé, maîtrisées, au service de l'humanité ?	
	Incertitude des progrès de l'IA - Quelle régulation pour une IA au service de tous ?
	E-santé au profit d'une santé populationnelle – médecine 5P - Leurre ou réalité ?
	Les DATA - Quel potentiel de « l'or gris » en santé ?
	La cybersécurité - Cadre indispensable à cette transition vers la e-santé ?
E-santé et sobriété environnementale - Quelle anticipation des risques par les pouvoirs publics ?	
	Régulation des effets environnementaux du développement de la e-santé - Anticipation des décideurs ?
	Usages de l'IA en santé, d'intérêt général - Quelle priorisation sur d'autres usages plus récréatifs/mercantiles ?
	Eco-conception des datacenters, ceux de santé en particulier - Application du principe ERC ?

Citoyens et patients - Opportunités d'accès à la santé équitable pour tous ?	
	Influence des usagers/citoyens - Quel poids dans la régulation de la e-santé ?
	Numérisation du système de santé - Les inégalités d'accès à la santé ?
	Usages numériques en santé « préventive » - Entre liberté et obligation ?
	Usages numériques en santé « prédictive » - Risques d'un « féodalisme » technologique ?
E-santé et offre des professionnels de santé - Quel temps libéré pour quelles finalités ?	
	Amélioration des conditions d'exercice des professionnels - Finalités du temps libéré ?
	Coordination des parcours de soins sur les territoires - Fluidité ou médecine à 2 vitesses ?
	Télésanté - Quel temps professionnel pour cet usage ?
	Formation - Quels moyens, et pour quelle coordination ?
Gouvernance de la e-santé - Innovations « responsables » et « éthiques » ?	
	Stratégies publiques d'accélération des innovations en santé numérique - Moyens et place de l'éthique ?
	Télémédecine et éthique - Quelle régulation ?
	Acceptabilité des innovations en e-santé - La e-santé éthique au service de la santé participative ?
	Acteurs mobilisés pour les innovations - Quelles motivations ?

Chapitre 5 : Rapport au travail

1. Définition

Sociologiquement, le travail recouvre plusieurs notions qui se cumulent, et les différentes significations auxquelles il renvoie peuvent être en décalage selon le point de vue duquel on se place¹²⁰. Si l'on privilégie la notion d'activité qui nécessite un effort, le travail évoque une pénibilité qui interfère directement avec la santé physique ou psychique et qui s'équilibre grâce au sens que l'on y trouve. Une quête de sens au travail fait désormais partie des attentes fortes des individus qui ne perçoivent plus le travail comme épanouissant « par nature ». Le travail désigne également la production qui découle de l'effort, il constitue alors un instrument de création de richesse. Il est enfin associé à l'emploi qui procure un revenu pour vivre avec des liens de subordination, des droits et des devoirs, ainsi qu'une forme d'autonomie en société, qui confère aux individus un statut et une identité sociale, dont la visibilité est effritée dès lors qu'on s'éloigne de l'emploi.

Le CESER pointait déjà en 2020 l'enjeu de santé publique que représente la santé au travail. Aussi dans cette étude prospective, il a retenu deux notions complémentaires des liens entre l'accès à la santé des Normands en 2050 et le travail : la santé AU travail, liée à l'emploi, d'une part, la santé ET le rapport au travail, d'autre part.

– La santé AU travail

Il s'agit d'évoquer les impacts sur la santé inhérents à l'emploi occupé, aux fonctions, aux conditions d'exercice du travail, globalement résumées sous le terme « conditions de travail ».

Dans son étude de novembre 2024, la DARES¹²¹ explore l'effet des conditions de travail sur la santé et le recours aux soins, et met en évidence qu'une exposition accrue aux risques physiques et psychosociaux des travailleurs¹²² est significativement associée à une détérioration de l'état de santé. Elle souligne par ailleurs l'ampleur des coûts sociaux, économiques et sociétaux associés aux mauvaises conditions de travail, tant en termes de détérioration de la santé et du bien-être qu'en termes de réduction de la productivité du travail et de hausse des dépenses de santé *in fine*.

¹²⁰ Sources : Marie Anne Dujarier « Troubles dans le travail, Sociologie d'une catégorie de pensée » (Presses Universitaires de France – 2021) – Dominique Méda « le travail, une valeur en voie de disparition ? » (Flammarion - Champs essais – 2021).

¹²¹ Étude DARES, Direction de l'Animation de la recherche, des Études et des Statistiques du ministère chargé du Travail, n°277 – nov.2024 « [L'effet des conditions de travail sur la santé et le recours aux soins / DARES](#) ». Elle explore 4 principaux facteurs de risques physiques ("vibrations, mouvements et postures douloureuses", "poussières et fumées", "bruits", "produits dangereux") et 11 principaux facteurs de risques psychosociaux ("intensité du travail", "temps de travail", "contraintes horaires", "autonomie", "épanouissement professionnel", "exigences émotionnelles", "rapports avec la hiérarchie", "reconnaissance au travail", "rapports avec les collègues", "violences au travail" et "conflits de valeurs").

¹²² Dans cet exposé, certains termes génériques seront employés : « travailleurs » désignant une personne qui travaille, quel que soit son statut, « entreprise » désignant l'entité qui emploie.

Liens entre conditions de travail et santé



(Source : La Lettre d'EVREST – n°11 – janvier 2024 - [Bienvenue sur le site EVREST - Evolution et relation en santé travail](#))

L'emploi peut donc exposer à des risques professionnels, et pour quelques actifs, le travail peut ne pas être systématiquement un gage de protection contre certaines formes de précarité sociale, dont les conséquences en santé ont été évoquées au travers de quelques indicateurs présentés dans les données de cadrage¹²³.

— La santé ET le rapport au travail

Il s'agit de prendre en compte les impacts en santé des formes d'organisation du travail, des cadres de l'activité, ainsi que de l'éloignement du monde du travail et de l'emploi. Ces impacts sont beaucoup moins documentés mais néanmoins tangibles.

Dans les deux cas, que l'on évoque le lien direct à l'emploi et aux conditions de travail ou bien le rapport au travail en général ou son éloignement, il existe des spécificités en région interférant inévitablement avec l'accès à la santé des Normands.

2. Observation du lien entre l'accès à la santé et le rapport au travail

2.1. Le public cible couvert par cette analyse rétrospective

Compte tenu de cette définition large du lien entre l'accès à la santé et le travail, les parcours de vie et de santé concernés sont ceux du public cible regroupant l'ensemble des actifs, quel

¹²³ NB : bien que la rémunération soit reconnue par tous comme un élément indissociable du travail et essentiel à la reconnaissance et au sens donné au travail, la question du débat sur le « juste niveau » des rémunérations, sur leurs évolutions ou leurs distorsions qui résulteraient des choix de modèles économiques, n'ont volontairement pas été traitées ici. Elles relèvent principalement du dialogue entre partenaires sociaux et des équilibres que les politiques publiques s'efforcent de mettre en place pour éviter les situations de précarité, qui n'épargnent effectivement plus toute une part de « travailleurs pauvres ».

que soit leur âge, qu'ils soient en emploi salariés dans le privé ou agents des services publics, indépendants, apprentis ou stagiaires rémunérés ou étudiants occupant un emploi, ou qu'ils soient demandeurs d'emploi, en période de retour à l'emploi après des ruptures de parcours, en insertion, et en transition ou formation professionnelle, périodes souvent caractérisées par une plus grande vulnérabilité sociale.

Rapport au travail des professionnels de santé : le *chapitre* dédié à la variable « Emploi, métiers, compétences » traite plus particulièrement du rapport au travail des professionnels de santé, déterminantes pour leur propre santé mais également pour l'attractivité des métiers de ce secteur professionnel. Cette relation à l'emploi a été développée largement par la commission compétente « emploi - formation » lors de sa contribution à l'étude prospective.

2.2. La typologie des actifs normands

Selon l'INSEE¹²⁴, dans la région fin 2020, les actifs représentent environ 1,5 million de Normands, soit un taux d'activité moyen de 74 % de la classe d'âge des 15 à 64 ans, correspondant au nombre d'actifs (occupés et chômeurs) rapporté à l'ensemble de la population correspondante. Parmi eux, 87,5 % des actifs sont effectivement en emploi.

- **Le vieillissement en activité augmente**

Ces chiffres conformes à la moyenne nationale cachent des particularités normandes, notamment sur les taux d'activité par classe d'âge,

- plus importants pour les moins de 25 ans, soit + 3,3 points par rapport à la moyenne nationale, les jeunes Normands poursuivent moins longtemps leurs études et la part du chômage des jeunes est plus importante,
- moins élevés chez les plus de 55 ans, soit – 4,8 points, ils traduisent une sortie de l'activité plus précoce qu'en moyenne, l'entrée en activité se faisant globalement plus tôt sur des emplois prédominants d'employés et d'ouvriers en Normandie ; les plus de 55 ans représentent 1 actif sur 6, et jusqu'à 1 sur 5 dans certains secteurs professionnels particulièrement vieillissants.

Par ailleurs, ces taux d'activité sont très hétérogènes selon les infra-territoires, plus faibles sur les zones d'emploi très urbaines et dans lesquelles sont localisés les établissements d'enseignement supérieur, Caen, Le Havre et Rouen, où les jeunes sont plus souvent étudiants en poursuite d'études plus longues, sachant que ces zones concentrent près de la moitié de la population active. Inversement, les zones d'emploi du sud de la région concentrent les actifs les plus âgés, posant de façon accrue des problématiques liées à l'adaptation des conditions de travail à l'avancée en âge.

¹²⁴ Source INSEE Analyses Normandie n°123 « 1,5 million d'actifs en Normandie » - juin 2024 - [1,5 million d'actifs, dont 235 000 âgés de 55 ans ou plus en Normandie - Insee Analyses Normandie - 123](#).

On constate une hausse des taux d'activité depuis 2009, soit + 15,4 points, portée par les femmes et les seniors dans la classe d'âge des plus de 55 ans, croissance imputable aux réformes des retraites successives.

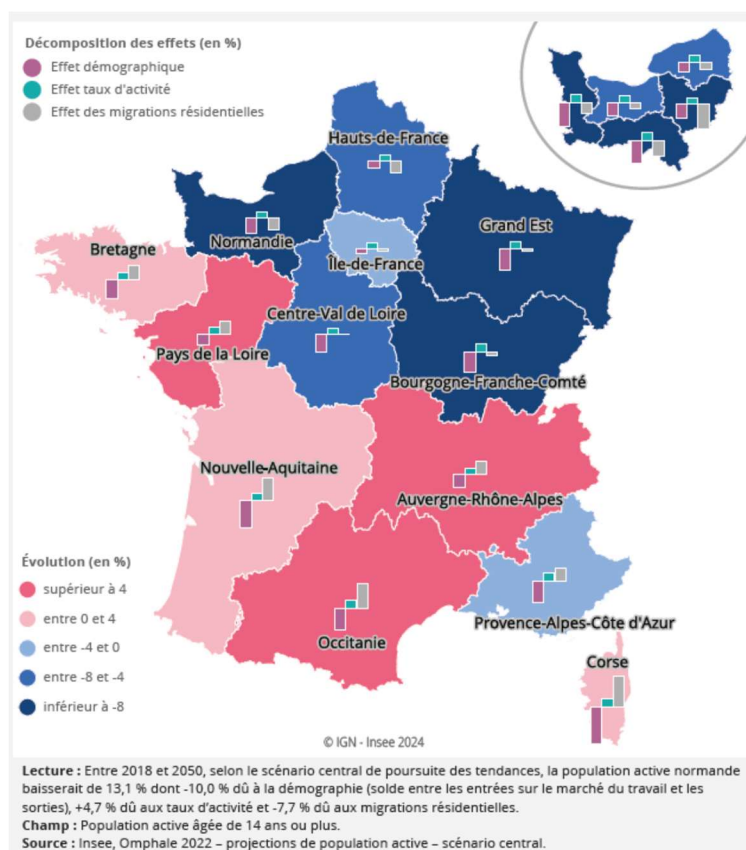
La part des seniors en activité, va soulever à terme la question de l'adaptation de leurs conditions de travail lorsqu'ils vieillissent en emploi afin de prévenir l'usure professionnelle et ses conséquences sur leur état de santé. Mais le risque de leur sortie de l'emploi avant de pouvoir prétendre à leur retraite doit aussi être examiné.

- **Une tendance lourde à la baisse des actifs : des tensions au recrutement accrues en 2050**

La Normandie, sera fortement impactée à l'horizon 2050 par la baisse de sa population active, déjà amorcée contrairement à l'ensemble de l'hexagone. Cette baisse est liée au vieillissement global de la population, la région vieillissant à un rythme plus élevé qu'ailleurs, ainsi qu'à l'effet des migrations résidentielles qui impacte négativement le volume de population des régions au nord de la diagonale Nord-Ouest/Centre-Est.

Ainsi, selon l'INSEE, la Normandie serait ainsi exposée à la plus forte baisse de population active des régions de la métropole. En fonction de l'évolution des taux d'activités, cette baisse varie entre – 11 %, soit - 168 000 actifs et – 17 %, soit – 260 000 actifs, le scénario central évoquant – 13 %, soit près de 200 000 actifs de moins qui passeraient de 1,5 à 1,3 million d'actifs.

Projection de population active par région métropolitaine et décomposition des effets à l'horizon 2050



(Source : INSEE Analyses Normandie n°124 – juin 2024 - [La population active normande pourrait diminuer de 200 000 personnes à l'horizon 2050 - Insee Analyses Normandie - 124](#))

Cette tendance lourde à la baisse des actifs est un élément de contexte majeur en Normandie, déterminant dans l'analyse relative aux relations au travail et aux conditions de travail et leurs impacts éventuels sur l'accès à la santé.

Les tensions potentielles que ces évolutions vont produire sur le marché du travail devront être prises en compte par les employeurs. Leurs stratégies managériales devront s'adapter pour composer avec un panel d'actifs disponibles de plus en plus restreint, avec une attention accrue aux conditions de travail proposées, à la fois aux jeunes à insérer ou aux seniors à maintenir dans l'emploi.

Ces tensions concerneront davantage les zones d'emploi les moins peuplées, et les plus vieillissantes, et risquent de s'amplifier à partir des années 2040 où l'ensemble de l'hexagone connaîtra, comme dans la Normandie de 2025, cette baisse de population active.

Pour faire écho à ces situations de tension, des scénarios de migrations économiques ont été tentés par l'INSEE : un apport potentiel de main d'œuvre, évalué entre 2 % à 10 % d'actifs nationalement, certes restreint, mais qui pourrait être non négligeable surtout pour les zones actuellement les plus vieillissantes. Dans leur analyse sur la mondialisation potentielle de la population active, les auteurs de « La France en perspectives, imaginons 2050 » rappellent toutefois qu'à l'heure actuelle, dans les pays de l'OCDE, la France est « l'une des destinations

les moins prisées » par les actifs contrairement aux idées reçues. Et même si les acteurs régionaux pourront peser sur les facteurs d'attractivité de leur territoire, les migrations internationales de tous types d'arrivants, actifs ou pas, seront largement dépendantes de stratégies et de décisions régaliennes nationales, européennes voire internationales.

- **Des spécificités sanitaires normandes aux âges d'activité entre 25 et 59 ans**

Le diagnostic PRST4, Plan régional santé au travail de Normandie 2021-2025, fait un zoom sur l'état de santé de la tranche d'âge des 25-59 ans où les taux d'activité sont les plus élevés. Il constate que :

- la surmortalité survenant aux âges d'activité est bien plus importante qu'aux autres âges de la vie, de 20 % pour les hommes et de 13 % pour les femmes,
- elle est imputable prioritairement aux cancers, notamment le mésothéliome¹²⁵,
- elle est imputable ensuite aux causes externes (accidents de la vie courante, de la circulation, suicides) affectant particulièrement les jeunes hommes, ces causes de mortalité dépassent de 11 % celle de la France,
- le différentiel de surmortalité par suicide, particulièrement important chez les hommes avec + 34 % à tous âges, s'élève jusqu'à + 37 % aux âges d'activité,
- enfin les pathologies liées à la consommation d'alcool représentent le 3^{ème} facteur significatif de surmortalité aux âges d'activité, avec 40 % des décès survenant avant 59 ans en Normandie.

Parallèlement, ces pathologies (cancers, alcool) comme d'autres pathologies lourdes, entraînent des ALD, affections de longue durée, susceptibles de peser aux âges d'activité sur le rapport au travail ou les conditions de travail des actifs en emploi. Elles perturbent le déroulement des parcours professionnels.

2.3. Les principaux indicateurs d'analyse, disponibles en santé AU travail

- **Un diagnostic territorial en santé au travail, appuyant le PRST4¹²⁶**

L'analyse rétrospective qui va suivre utilise largement les ressources du diagnostic territorial en santé au travail réalisé en 2021 dans le cadre de la définition du PRST4. Il a été adopté à la suite de la redéfinition des axes stratégiques du plan national PST4 couvrant la même période, qui s'achève prochainement. Les axes du PRST4 sont construits sur la base de ce diagnostic et du bilan du précédent plan. Animé par l'État, DREETS, ARS et DREAL, son élaboration a associé l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels, les partenaires sociaux, les organismes de contrôle et/ou de prévention en santé. Ils sont réunis au sein du CROCT, Comité régional d'orientation des conditions de travail, en charge de participer à l'élaboration

¹²⁵ La Normandie est la 1^{ère} région de France pour la prévalence du cancer de l'amiante, mésothéliome.

¹²⁶ Le PRST4 n'est pas soumis à l'avis de la collectivité régionale contrairement au PRS et au PRSE. Il comporte 12 objectifs et 40 actions pour la Normandie parmi lesquelles on relève notamment une attention particulière portée au développement de la culture de prévention dans les TPE/PME, à la prévention de certains risques prioritaires en Normandie, notamment les risques industriels, des accidents du travail graves et mortels, de la désinsertion professionnelle, ainsi qu'à l'amélioration de la santé au travail des femmes.

et au suivi des politiques publiques régionales en matière de santé au travail et de conditions de travail¹²⁷.

Ce diagnostic présente toutefois certaines limites au regard du contour de notre étude. Il répertorie un ensemble de données de santé au travail de la Normandie, qui, comme leur nom l'indique, sont concentrées sur le seul volet « santé au travail » et ne donnent qu'une vue partielle des problématiques d'accès à la santé au regard du contour plus général et du public retenus dans l'étude.

Par ailleurs, les modalités de recueil sont très détaillées et quantifiées sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (AT-MP), sur lesquelles les employeurs sont soumis à des obligations légales de déclaration. En revanche, l'objectivation des risques liés aux rythmes ou organisations de travail ainsi qu'aux risques psychosociaux (RPS), multifactoriels, est beaucoup plus difficile. Le seul outil utilisé par le PRST est l'enquête EVREST, évolutions et relations en santé au travail¹²⁸. Dans sa version 2017, déjà ancienne, elle recueille des données plus subjectives portant sur la perception des salariés de leurs conditions de travail, leurs expositions professionnelles, et leur santé, dans sa version 2017.

Enfin les données du diagnostic sont principalement issues de remontées statistiques de la CARSAT et de la MSA sur le champ des salariés et indépendants du régime général et agricole, donc partielles au regard de l'ensemble des actifs normands.

• Des compléments sur la fonction publique

Il a été nécessaire de compléter ce diagnostic par des données sur les conditions de travail des agents des trois fonctions publiques d'État, FPE, hospitalière, FPH, et territoriale, FPT. Néanmoins, on doit souligner l'absence d'analyse et d'observation régionalisée, car l'enquête « Conditions de travail »¹²⁹ constitue la seule source nationale permettant une comparaison entre les versants de la fonction publique et avec le secteur privé. Ces limites sont soulignées depuis de nombreuses années, tant par la Cour des Comptes¹³⁰ (dès 2004), que dans le rapport de la mission Lecocq, Coton, Verdier de 2019¹³¹ qui a débouché sur la mise en œuvre du 1^{er} plan Santé au Travail national 2022-2025, sur les 3 versants FPE/FPT/FPH. Contrairement aux préconisations qu'émettait le rapport de mission, les CROCT, adossés aux PRST, n'ont toujours pas de collègue représentant les employeurs publics, ni de regroupement des données qui

¹²⁷ Mission générale du CROCT définie par le code du Travail.

¹²⁸ EVREST est une initiative de veille en santé au travail, regroupée sous forme d'un GIS groupement d'intérêt scientifique, qui coordonne les remontées d'enquêtes menées sur la base de questionnaires diligentés lors des consultations de médecine du travail, portant sur les conditions de travail, le parcours professionnel, le mode de vie, l'état de santé. Site : [Bienvenue sur le site EVREST - Evolution et relation en santé travail](#).

¹²⁹ [Les accidents du travail et les maladies professionnelles – Édition 2024 | Le portail de la fonction publique](#).

¹³⁰ Le rapport de la cour des comptes de 2004 relatif « aux accidents de travail et les maladies professionnelles des fonctionnaires » met en exergue la forte dispersion du dispositif de couverture et de prévention du risque AT-MP (assurée par l'employeur lui-même dans la fonction publique contrairement au régime général), ainsi que les insuffisances dans son organisation et son pilotage qui ont pour corollaire une connaissance très partielle de l'importance des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que des coûts qu'ils génèrent.

¹³¹ [Rapport - Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance | info.gouv.fr](#).

permettrait de disposer d'une vision complète de l'ampleur des AT-MP dans les trois versants de la fonction publique.

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux

Les éléments présentés ont pour objet de percevoir les enjeux et les évolutions ou ruptures susceptibles d'affecter l'accès à la santé des actifs Normands au travers de leur rapport au travail en général, de leurs conditions de travail lorsqu'ils sont en emploi, ainsi que des rôles et des implications des acteurs concernés par le lien santé/travail.

3.1. Les constructions sociales autour du rapport au travail

3.1.1. Le rapport et le sens donné au travail dans l'équilibre et le bien-être dans la vie

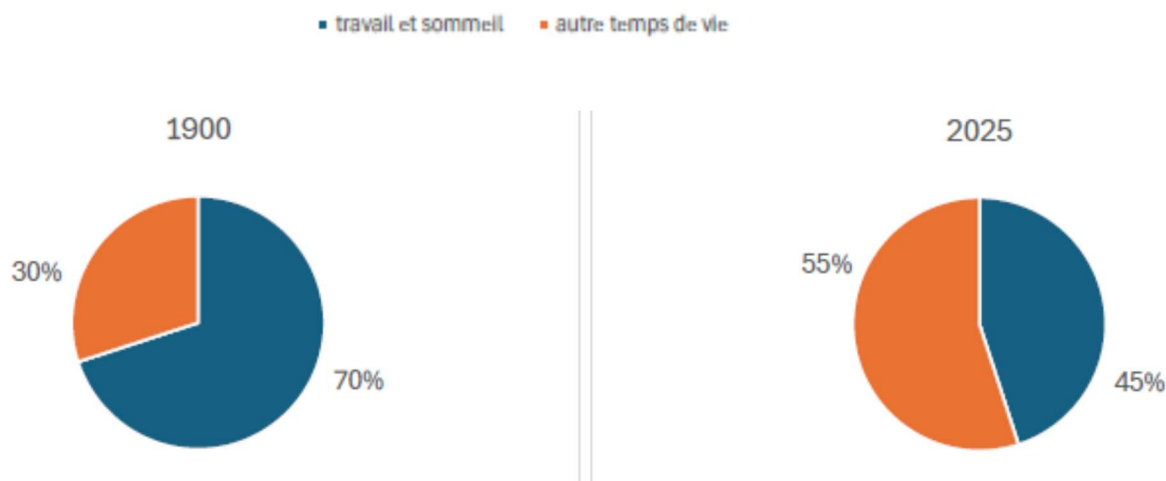
- **Une économie de « l'à-côté du travail structurant »**

Au regard de toutes les dimensions du travail rappelées en introduction, qu'il s'agisse des revenus qu'il procure pour vivre ou de la reconnaissance sociale et des rapports sociaux qu'il permet, de fortes attentes envers le travail ont toujours existé dans l'ensemble des tranches d'âge. Les Français se distinguent même des autres européens par l'importance qu'ils accordent à la valeur « travail » dans leur vie, selon les enquêtes sociologiques européennes sur les valeurs¹³², qui interrogent sur les préférences et les idéaux qui structurent les représentations. Elles établissent aussi une corrélation entre l'importance accordée au travail et le fait d'en être privé ou éloigné, celle-ci ayant tendance à être plus forte chez les personnes en situation de chômage ou employées à temps partiel.

Si l'intensité des attentes ne s'est pas altérée sur très longue période, de fortes évolutions dans l'organisation des temps de vie des individus, par contre, se sont traduites par des changements quant aux comportements individuels vis-à-vis du travail et dans le travail. En effet, en un peu plus d'un siècle, on a assisté à une très forte transformation de la société et des modes de vie¹³³ : avant, le travail dominait ; le XXe siècle a vu se jouer des batailles pour un partage plus égalitaire des temps de vie pendant que parallèlement l'espérance de vie augmentait de presque 25 ans. De sorte qu'en ce début de XXIe siècle, nous ne passons plus que 12 % de notre temps de vie au travail, contre 40 % en 1900 pour les classes populaires, et avons presque deux fois plus de temps libre, hors sommeil et travail, qu'il y a un siècle en moyenne.

¹³² Enquêtes EVS *European Values Studies*, mises en œuvre tous les 9 ans depuis 1981 - dernière vague 2017).

¹³³ Référence à Jean Viard « Nouveau portrait de la France – la société des modes de vie » - Ré-éd. 2019.



La société actuelle, davantage réglée par les modes de vie que par les rapports productifs, fait place à une économie de « l'à-côté du travail structurant ». C'est une rupture, mais ce n'est pas une société de l'anti-travail.

Les normes et valeurs qui sont devenues dominantes sont principalement celles des temps libres durant lesquels d'autres liens sociaux ou collectifs se tissent parallèlement à ceux tissés au travail. Ces évolutions se sont produites en même temps que la qualité de vie s'est peu à peu imposée face à la valeur de la richesse produite, avec la prise de conscience que la production pouvait engendrer des externalités négatives sur les ressources comme sur la santé. Elles se sont accompagnées du développement d'indicateurs de richesse alternatifs au PIB reposant sur la qualité de vie, que nous avons largement développés dans les données de cadrage.

Ces rapports entre les temps de vie continuent d'évoluer aujourd'hui. Selon le Baromètre des territoires¹³⁴, 87 % des Français et 90 % des Normands interrogés ont besoin que leur vie familiale prenne une place importante pour se sentir bien dans leur vie, 80 % des Français et 79 % des Normands pour la vie sociale, 76 % pour le travail en proportion identique. Et ce sont les équilibres que les individus tentent de construire entre le temps libre, personnel ou social, individuel et/ou collectif, et le temps professionnel, qui contribuent à leur santé globale, leur équilibre de vie et leur bien-être physique et psychique.

À terme, la question se pose de savoir si et comment ces équilibres de vie pourront être préservés et si les promesses d'un travail qui y contribue ou *a minima*, ne les compromette pas, se maintiendront.

- **L'émergence de signaux faibles dans les comportements au travail ?**

De plus en plus d'individus sont en quête d'une adéquation plus forte entre leur système de valeurs et le sens qu'ils trouvent au travail. Ils ne souhaitent pas vivre des conflits de valeurs ou d'éthique, des injonctions paradoxales dans l'exercice de leurs missions entre leurs buts

¹³⁴ Baromètre des Territoires éd.2025, publié par Elabe, l'Institut Montaigne et la SNCF - [\[Baromètre des territoires 2025\] - France désemparée en quête de tranquillité | Institut Montaigne.](#)

personnels et ceux de l'employeur. Déjà visibles, ces différends pourraient rapidement s'ancrer et se développer dans les jeunes générations qui constitueront les actifs de 2050, surtout dans un contexte où la main d'œuvre se sera raréfiée en offrant davantage d'opportunités d'emploi aux actifs :

- le phénomène dit de « grande démission », mesuré par la DARES au lendemain de la crise sanitaire, estimant qu'il toucherait 1 salarié sur 6 en France¹³⁵ ; s'il a toutes les allures d'un phénomène conjoncturel en 2022, il peut aussi constituer un signal faible susceptible de ressurgir à la faveur de périodes vécues comme difficiles au travail,
- le phénomène de « *quiet quitting* », ou "démission silencieuse", désignant une attitude où les employés se contentent de faire le strict minimum requis par leur contrat de travail, sans s'investir davantage, et qui peut progresser à la faveur d'un sentiment de déséquilibre dans la relation employeur / employé dans laquelle la reconnaissance de leur investissement est insuffisante. Un des indicateurs utilisés pour caractériser l'ampleur du phénomène est le refus des heures supplémentaires et d'éventuelles tâches qui ne relèveraient pas de leur mission. Environ 37 %¹³⁶ des Français en activité se retrouveraient dans le profil de ces personnes, et que deux fois plus d'actifs qu'il y a 30 ans, soit 48 %, ont l'impression d'être plutôt perdants dans cette relation.

Ces phénomènes éclairent en creux sur le mouvement de quête de sens au travail, et les attentes formulées sur un état de bien-être global dont le temps passé au travail ne peut être dissocié.

L'un comme l'autre de ces signaux doivent interpeler les employeurs sur la nécessité de maintien des conditions équilibrées entre investissement et reconnaissance du travail, pour garantir une qualité de vie au travail et préserver leurs ressources humaines.

¹³⁵ Source : DARES – MMO mouvements de main d'œuvre – « la France vit-elle une grande démission ? » - octobre 2022. Elle décrit la tendance à quitter volontairement son emploi s'il n'apporte pas les satisfactions attendues.

¹³⁶ Source : enquête IFOP.

3.1.2. Les évolutions des formes de travail et leurs impacts potentiels en santé

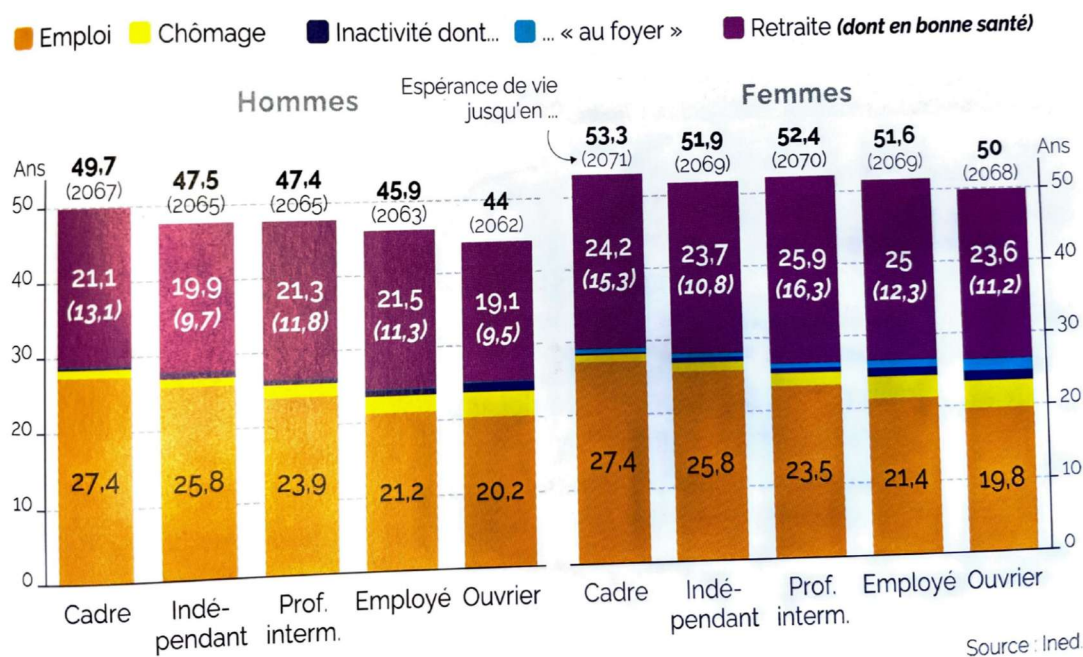
- **Spécificités de l'emploi et du marché du travail normands et vulnérabilités en santé**

Un emploi industriel et des CSP ouvriers/employés davantage représentées

Malgré un important mouvement de tertiarisation des emplois depuis plus d'une trentaine d'années, au détriment de l'emploi industriel, la Normandie reste au 3^{ème} rang pour le poids du secteur industriel dans l'emploi salarié total, soit 16,6 % contre 12,2 % en France métropolitaine. Au regard de la configuration de son système productif, la part des catégories professionnelles ouvriers et employés reste davantage représentée qu'en moyenne, même si elle décroît. Les CSP « ouvriers » sont des emplois plutôt masculins, les CSP « employés » plutôt féminins. Les effectifs de cadres et des professions intermédiaires progressent, mais moins rapidement qu'en moyenne, et se féminisent.

Ainsi une plus large part d'actifs normands relève des catégories socio-professionnelles souffrant d'importantes inégalités sociales devant la mort, qui dépassent largement celles entre les hommes et les femmes :

Répartition des années d'espérance de vie à 35 ans en 2018 selon le statut d'activité, par CSP



(Source : « La France en perspective, imaginer 2050 » - Ed. Autrement – Le Nouvel Obs – 2024)

Les proportions actuelles des CSP en Normandie sont certainement un des facteurs explicatifs parmi d'autres de la faiblesse de l'espérance de vie en Normandie qui, rappelons-le, est l'une des plus faibles de France métropolitaine.

L'existence de politiques correctrices de ces inégalités ou à défaut, l'évolution dans ces proportions à 2050 pourraient infléchir ces inégalités sociales devant la mort.

Le poids de l'intérim

Sur longue période, malgré des fluctuations très conjoncturelles ou saisonnières, la tendance au recours à l'emploi intérimaire est proportionnellement plus importante en Normandie, soit environ 4,2 % de l'emploi salarié total en 2024 contre 3,4 % en France (selon la DREETS et l'observatoire de l'intérim). Cette catégorie est composée essentiellement d'hommes, jeunes et ouvriers, davantage employés dans le secteur industriel en Normandie, pour 50 % d'entre eux et jusqu'à 71 % dans l'Orne. Elle constitue la composante de l'emploi salarié la plus sensible à la variation du climat économique, avec des conditions de travail et des rythmes d'alternance entre missions très spécifiques qui réduisent les marges de manœuvre des salariés et, lorsqu'il n'est pas choisi, engendrent une pressurisation. Par ailleurs, les intérimaires sont plus souvent éloignés des référents et des instances de représentation des salariés susceptible d'être à l'écoute de leurs conditions de travail. Cette proportion d'intérim est à relier au poids des secteurs industriels et de la construction desquels émane une plus forte demande et à la densité du tissu de TPE et PME.

Un tissu dense de TPE-PME¹³⁷, et poids de la sous-traitance

Dans la région, les TPE/PME représentent plus de 98 % des entreprises et emploient environ 1/3 des salariés. Celles-ci interviennent fréquemment en sous-traitance de plus grandes entreprises et ont besoin de la flexibilité qu'offre l'intérim pour répondre aux variations de la demande et aux exigences des grands donneurs d'ordre. Bien qu'étant des partenaires vitaux des grands groupes, les liens qu'elles entretiennent avec ces donneurs d'ordres sont souvent déséquilibrés et des pressions peuvent s'en ressentir sur les conditions de travail des dirigeants comme des salariés, permanents ou intérimaires. Enfin, au vu de leur taille, ces entreprises sont souvent les moins armées pour assurer la prévention et le suivi en santé au travail, malgré un contexte réglementaire adapté pour les plus petites d'entre elles.

La pérennité des dispositifs d'accompagnement mobilisés vers cette catégorie d'entreprise dans l'actuel PRST4 et destinés tant aux salariés qu'aux employeurs, indépendants, artisans, sera déterminante dans l'avenir.

Un chômage diversement réparti

Les situations d'éloignement de l'emploi et les vulnérabilités potentielles qui l'accompagnent ne sont pas réparties de façon homogène en Normandie. La région comptait 7,1 % d'actifs au chômage au 1^{er} trimestre 2025, chiffre quasiment stable sur un an, en légère baisse par rapport à fin 2024 et qui repasse sous la moyenne nationale, de 7,2 %. La Normandie demeure la 5^{ème} région la plus touchée par le chômage.

¹³⁷ Référence : étude du CESER Normandie « Les compétences des salariés dans les TPE/PME » - décembre 2019.

Taux de chômage au 1^{er} trimestre 2025 (en %) -

France métropolitaine	7,2
Calvados	6,7
Eure	7,0
Manche	5,3
Orne	7,0
Seine-Maritime	8,1

(Source : INSEE - [Taux de chômage localisés au 1^{er} trimestre 2025 | Insee](#))

Les fortes disparités territoriales sont en partie liées aux caractéristiques économiques et démographiques, avec un taux supérieur à la moyenne régionale et nationale en Seine-Maritime, département le plus peuplé, particulièrement dans les zones d'emploi du Havre et de Rouen qui concentrent activités industrielles et population jeune.

- **Des risques de santé liés aux grandes ruptures dans la nature du travail**

Les open-spaces reviennent en force avec le Flex Office

L'époque du recours aux open-spaces n'est pas révolue malgré les effets délétères sur les conditions de travail et la santé, et les débats nourris depuis plus de dix ans.

Télétravail, ruptures récentes et incertitudes

Il convient tout d'abord de rappeler le constat dressé à l'occasion du rapport « habiter en Normandie en 2040 », concernant les emplois télétravaillables en Normandie, moins nombreux qu'en moyenne. En effet, plusieurs études ou sondages réalisés à la suite des confinements successifs en 2022, indiquent que la part d'actifs dits « invisibles » occupant des métiers de 1^{ère} ligne et les emplois de la sphère présentielle et résidentielle, est particulièrement représentée en Normandie (plus de 45 %), selon la Fondation « travailler autrement »¹³⁸. Il s'agit majoritairement d'ouvriers, de femmes isolées ou fragilisées, soutiens ou soutenues par leur famille, à faible revenus et occupant des emplois plus précaires. Ces emplois présentent la caractéristique de ne pas être télétravaillables pour 75% d'entre eux, ce qui place la Normandie à l'avant dernière place des régions métropolitaines sur les pratiques de télétravail. À titre d'exemple, ces pratiques mesurées pendant les confinements¹³⁹ n'étaient que de 11 % alors que la moyenne en France s'élevait à 24 % des actifs.

¹³⁸ Enquête de la Fondation Travailler Autrement « Les invisibles : plongée dans la France du back-office de la société de services » - mars 2022 - <https://www.fondation-travailler-autrement.org/2022/03/13/invisibles-plongee-france-back-office-etude/>. Cartographie disponible dans le rapport « Habiter en Normandie en 2040 » - [Habiter en Normandie en 2040 | Ceser Normandie](#).

¹³⁹ Sources : sondage Odoxa - Institut Sapiens - Quel avenir pour le télétravail ? - mars 2021 – réalisé pour la Fondation Travailler Autrement - <https://www.fondation-travailler-autrement.org/2021/03/24/quel-avenir-pour-le-teletravail/>.

Par ailleurs, si la majorité de ceux qui pratiquent le télétravail le plébiscitent encore, on note que certaines entreprises procèdent à des ajustements après l'extension qu'il a connue pendant et à la suite des périodes de confinement sanitaires, au motif qu'il a distendu le lien social, ce que partagent également certains salariés.

En tout état de cause, son maintien doit s'accompagner d'une vigilance particulière sur les conséquences qu'il peut avoir en termes d'équilibre psychique et de satisfaction au travail.

Les postures à son égard dépendront aussi de la façon dont ses conséquences en santé seront prises en compte dans les accords actuels et futurs de télétravail, et dont on s'acheminera vers une définition d'un cadre générique équitement protecteur pour l'ensemble des salariés.

Ubérisation et plateformes du travail

De nouvelles formes de travail associées à la transformation économique et organisationnelle des entreprises par l'utilisation de plateformes numériques pour organiser et gérer l'ensemble des activités, dites de « plateformisation du travail », se sont étendues grâce au développement rapide et exponentiel des outils numériques. Elles remettent en question les modèles traditionnels de fonctionnement des entreprises et exposent les actifs à des nouvelles relations au travail. Elles se caractérisent en effet par l'externalisation des risques économiques et sociaux sur des travailleurs indépendants. Parmi ces formats, « l'ubérisation » du travail, qualifiée ainsi en référence à la société qui l'a développée dans les transports, repose sur la mise en relation directe des prestataires de services indépendants avec des clients.

Ces modèles apportent l'illusion de l'indépendance, mais la prise de contrôle par des algorithmes restreint de fait l'autonomie des travailleurs et la subordination existe bel et bien entre le donneur d'ordre et l'exécutant d'une mission. Ils sont soumis à de fortes pressions en termes de charge mentale et de rythmes de vie souvent assorties d'une forme de dépendance économique et de précarité d'emploi accrues. Or ce format d'emplois conduit à éloigner ces actifs de tout parcours d'accompagnement et de prévention des risques en santé au travail, et pose plus largement des questions sur les droits des travailleurs, exclus de fait du dialogue social et difficilement en capacité de négocier quant à la prise en compte de leurs besoins en général, parmi lesquels leurs besoins en santé.

Néanmoins le paysage juridique relatif à ce type d'emploi est en constante évolution vers davantage de protection des travailleurs : certains contrats ont pu bénéficier de la requalification en contrats « salariés » leur ouvrant des droits sociaux, et les obligations d'employeurs, qui doivent se conformer aux exigences du code du travail, ont été renforcées. Pour autant, le respect des droits dépend encore souvent d'actions intentées pour appliquer les jurisprudences.

Ces évolutions ne sont pas abouties, et méritent d'être surveillées et évaluées au regard de leurs incidences réelles sur les conditions de travail et la santé des actifs.

L'intraprenariat : agilité ou nouvelle forme de pression au travail ?

Ce concept ancien¹⁴⁰ est présenté comme une forme d'entrepreneuriat appliqué au sein d'une entreprise, mais sans faire supporter au salarié le risque associé à l'auto-entrepreneuriat, sachant que seuls 30 % de ces projets sont pérennes après 3 ans. Cette forme de collaboration participative offrirait la reconnaissance pour le salarié en lui permettant de développer librement son sens de l'initiative et un projet personnel, et d'améliorer ses compétences en gestion de projet et leadership profitables à sa carrière. Elle permettrait d'autre part, davantage de compétitivité pour l'entreprise qui innove et fidélise par la même occasion ses employés dans un contexte de grande volatilité de la main d'œuvre. Ce modèle risque néanmoins de se heurter aux nécessités économiques dès lors que la rentabilité ne serait pas au rendez-vous. Difficile d'avoir le recul nécessaire sur les effets en santé de ce type de culture d'entreprise et les impacts positifs ou négatifs en termes de santé mentale, selon qu'elle remplit la promesse de satisfaction personnelle et de bien-être général ou bien qu'elle génère pression accrue, injonctions contradictoires ou difficiles retours aux réalités.

La permaentreprise : le salarié au cœur d'un modèle durable ?

Elle est définie comme un modèle d'entreprise économiquement viable pour un futur viable, où le développement associe les enjeux des 3 piliers économiques, sociaux et environnementaux. Elle incarne sous un autre nom les bases de la RSE responsabilité sociétale des entreprises, en associant 3 notions :

- prendre soin des humains, au regard de l'employabilité des salariés, leur bien-être physique et mental, la réduction des écarts de salaires, un management plus horizontal,
- préserver la planète en ayant une contribution nette positive sur les émissions de GES, gaz à effet de serre,
- et fixer des limites, partager plus équitablement les richesses entre actionnaires, salariés et société civile.

• **Métiers en grande transformation : difficultés de projections dans l'avenir**

Enfin des nouveaux risques au travail ou dans le rapport et l'accès au travail peuvent émerger dans les domaines où de grandes transitions opèrent des mutations profondes des besoins en compétences.

Sur le plan des mutations de l'économie verte, les principaux secteurs économiques concernés sont présents en Normandie, région caractérisée par un volume important de son activité en lien avec les énergies, les transports, la construction, etc. Ces secteurs sont à l'œuvre depuis longtemps, dans le contexte d'urgence climatique qui s'intensifie, pour adapter leurs process et les qualifications des actifs. Des plans d'accompagnement des salariés et des indépendants pour faire évoluer les pratiques sont particulièrement nécessaires pour maintenir et

¹⁴⁰ Référence [Credit Agricole Lintrapreneuriat](#) - Livre blanc du Crédit Agricole « Voyage au cœur de l'intraprenariat » - 2014.

développer leurs compétences, la difficulté majeure restant d'arriver à toucher le tissu des TPE. Ces requalifications ou reconversions permettent de prévenir les nouveaux risques professionnels liés à l'évolution des techniques et des process ainsi que d'éviter la désinsertion dans l'emploi et les ruptures de parcours qui génèrent des risques de détérioration en santé.

Il en est de même pour la mutation des emplois qui s'opère sous l'effet de la transition numérique, ou de la digitalisation de la société et de la montée en puissance de l'intelligence artificielle. La question posée porte sur la réactivité nécessaire pour adapter les compétences des actifs dans leur ensemble à la rapidité des transformations et à l'arrivée d'outils sans cesse plus performants, et sur la capacité à lever les craintes de voir des pans entiers de métiers disparaître ou se transformer. Le cas du développement de la E-santé et de ses impacts sur les professionnels de santé sera développé plus loin.

L'enjeu à terme sera d'identifier et de préparer la transition vers ces transformations émergentes et potentiellement anxiogènes afin qu'elles ne génèrent pas de nouveaux risques professionnels.

3.1.3. Des vulnérabilités particulières face au travail

Certaines personnes présentant des fragilités individuelles en situation de travail sont exposées à des risques accrus pour leur santé. Le but n'est pas ici d'en dresser une liste exhaustive mais d'alerter sur leur existence et leur prise en compte. Signalons parmi les situations de vulnérabilité sociale identifiées comme les plus sensibles à 2050.

L'accès au travail et le maintien en emploi des personnes en situation de handicap

Ils ont progressé à la faveur des réglementations et dispositifs¹⁴¹ mis en place depuis une quarantaine d'années. Néanmoins, le taux de chômage des personnes en situation de handicap reste le double de celui de la population active générale, indiquant qu'il reste du chemin à parcourir pour l'inclusion dans l'emploi¹⁴². De surcroît, une logique de « case » dans l'emploi est bien souvent associée à la reconnaissance du handicap, et lorsqu'elles existent, les mesures d'accompagnement ne suffisent pas toujours à lutter contre les préjugés à l'égard des personnes afin d'améliorer cette inclusion et prévenir les risques de stigmatisation ou de discrimination qui accroissent, par leurs effets délétères, les difficultés liées à leur propre situation. Par ailleurs, les acteurs de la solidarité soulignent que malgré leur statut d'établissements médico-sociaux, les ESAT, établissements ou service d'aide par le travail, accueillant des personnes ne pouvant pas intégrer une entreprise ordinaire ou adaptée, sont

¹⁴¹ La réglementation d'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) depuis 1987, en milieu ordinaire (par différence avec les ESAT établissements ou service d'aide par le travail) impose aux entreprises de plus de 20 salariés d'employer au moins 6 % de travailleurs handicapés, et à défaut, de verser une contribution à l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées), chargée d'accompagner les employeurs par l'aménagement des postes de travail, des aides à l'embauche, des sensibilisation et formations pour favoriser l'inclusion des personnes handicapées dans le milieu professionnel. Le Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) est son corolaire pour les employeurs dans la fonction publique.

¹⁴² Source : [Insertion professionnelle des personnes en situation de handicap \(#LesCompétencesdabord\) | handicap.gouv.fr](https://insertion-professionnelle-des-personnes-en-situation-de-handicap-#LesCompétencesdabord).

souvent enfermés dans des logiques de rendement peu compatibles aux profils accueillis ou confrontés à des contraintes d'accessibilité ou d'adaptation des espaces de travail, au détriment de leur mission sociale auprès des employés.

Les vulnérabilités de santé

Les difficultés de santé de toute nature, physique ou mentale, certaines addictions, peuvent provoquer un mal-être dans le milieu de travail faute de soutien ou d'accompagnement. Elles sont parfois tues, et lorsque ce n'est pas le cas, les connaissances et la formation des employeurs ainsi que de l'ensemble de la chaîne des acteurs de l'emploi, de l'orientation et de la formation, sont bien souvent insuffisantes pour prévenir les situations de pénibilité, de discriminations, voire de harcèlement, générant de la souffrance au travail. Ces situations existent également dans des cas particuliers d'absence prolongée ou de ruptures de parcours professionnel pour raison de santé, à la suite desquelles les conditions du retour en emploi, même aménagées, peuvent s'avérer difficiles à vivre, si elles n'ont pas été préparées en amont.

Le développement de la « pair-aidance » au travail, définie comme une entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie ou atteintes d'un même handicap, peut constituer une alternative appropriée à l'accompagnement des personnes y compris à leur inclusion dans le travail.

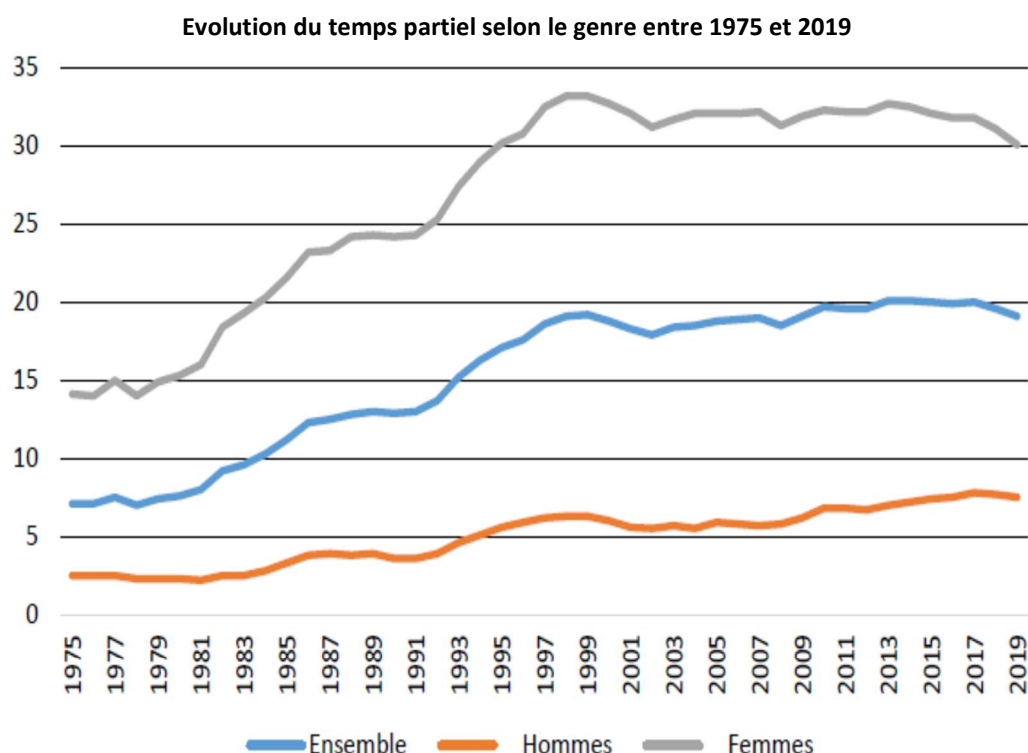
La situation des proches-aidants en activité

Ils sont également susceptibles de voir leur santé impactée dès lors qu'ils sont amenés à consacrer simultanément leur énergie à leur entourage. Selon les enquêtes Vie quotidienne et santé de 2021¹⁴³, tous les proches-aidants déclarent un état de santé général moins bon que la population de référence. Parmi les personnes déclarant une bonne et très bonne santé, l'écart de - 6 points chez les femmes, qui apportent le plus souvent à la vie quotidienne, et de - 10 points chez les hommes, qui apportent le plus souvent une aide financière. Cela traduit potentiellement l'impact que représente la charge mentale ou physique liée à la situation de proche aidant. Aujourd'hui, la proportion de personnes déclarant apporter une aide à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie, quelle qu'en soit la forme, serait de 14,8 %, soit 9,3 millions de personnes en France, et un peu moindre en Normandie avec 14,2 %. Elle monte à 16,9 % chez les plus de 18 ans, et ils seraient 10 % parmi les actifs. Ces situations nécessitent une attention particulière durant les temps d'activité, car elles seront amenées à l'avenir à croître inévitablement avec le vieillissement de la population attendu et les situations de dépendance associées, sachant qu'il sera plus important en Normandie.

Les temps partiels qui restent majoritairement féminins et non-choisis

¹⁴³ Source : étude DREES – n°1255 – février 2023 - [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.](#)

En 2023, 17,4 % des salariés¹⁴⁴ français, soit environ 4 millions de personnes, occupaient un poste à temps partiel. Fin 2024, selon une étude publiée par la Dares¹⁴⁵, 77 % des salariés à temps partiel sont des femmes, confirmant que la distribution de l'emploi à temps partiel est fortement genrée, et cette pratique est plus répandue chez les jeunes actifs et les seniors de plus de 55 ans.



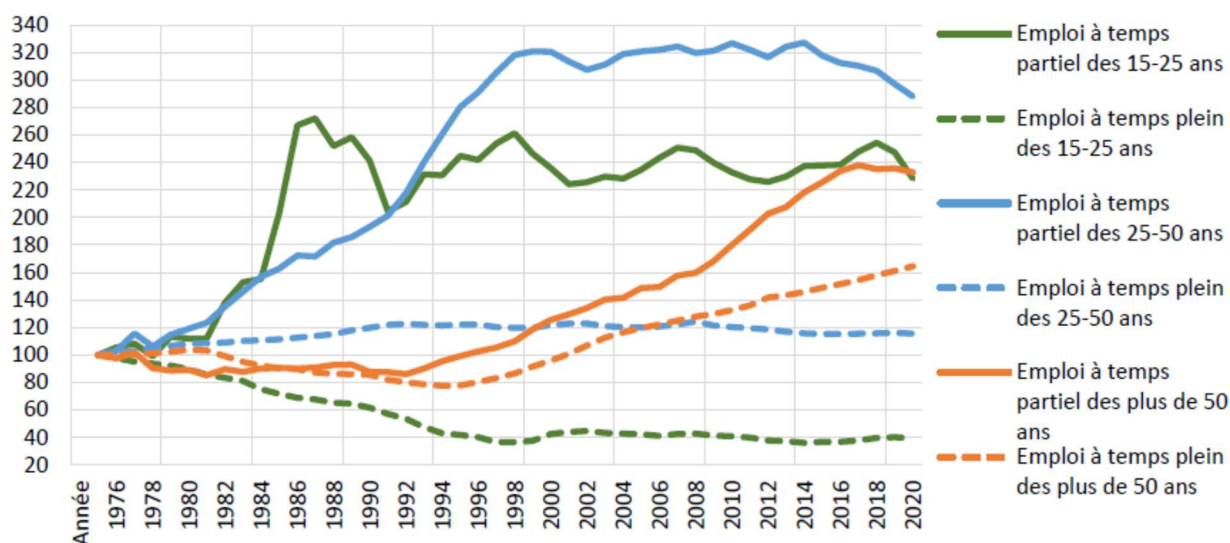
Note : données de 1975 à 2019, corrigées pour les ruptures de série.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes de 15 ans ou plus ayant un emploi salarié, hors contrats d'apprentissage.

¹⁴⁴ Les données présentées ici se cantonnent aux effectifs salariés pour des raisons de volumes et de comparaison avec l'échelle régionale, mais le temps partiel concerne aussi les non-salariés.

¹⁴⁵ Source : étude DARES Analyses « Quelle organisation du temps de travail pour les salariés à temps partiel ? » – n°74 – décembre 2024 - [Quelle organisation du temps de travail pour les salariés à temps partiel ? | DARES](#).

Evolution du nombre d'emplois au sens du BIT selon la quotité de travail et l'âge (base 100 en 1975)



Note : données de 1975 à 2020, corrigées pour les ruptures de série.

Champ : France hors Mayotte, population des ménages, personnes de 15 ans et plus.

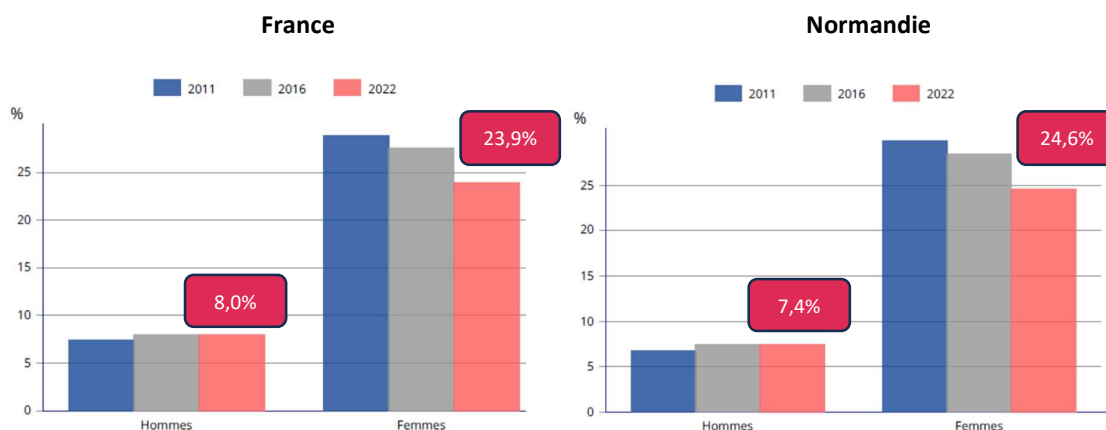
Source : Insee, enquêtes Emploi (calculs des auteurs).

(Source : DARES « travailler moins pour travailler mieux ? » – n° 275 – mai 2024)

Par ailleurs, cette situation serait subie pour ¼ des personnes, sachant que pour les femmes, la part dédiée à l'aide auprès d'un proche se cumule avec celle consacrée à la garde des enfants, et que sa fréquence tout au long de la carrière professionnelle contribue à accentuer les inégalités professionnelles et salariales. Enfin les actifs les moins qualifiés sont les plus concernés par les formes de temps partiel les plus précaires, avec des faibles volumes horaires, des horaires morcelés et des contrats courts. La précarité sociale se cumule donc avec la pénibilité des métiers fortement féminisés et peu qualifiés, notamment ceux de l'aide à la personne.

En Normandie en 2021, selon les données de recensement de l'INSEE, la part des salariés de 16 à 64 ans occupant un poste à temps partiel est un peu plus faible, soit 16,1 %, contre 16,4 % des salariés en moyenne la même année en France métropolitaine. Cette situation concerne en 2022, 24,6 % des Normandes, contre 23,9 % en moyenne, et seulement 7,4 % des Normands, contre 8 % en moyenne, mais 78,21 % des salariés à temps partiel sont des femmes, soit davantage qu'au niveau national.

Part des salariés de 15 ans ou plus à temps partiel, par sexe - 2022



(Source : INSEE données complètes locales et France – ACT G1 - [Dossier complet – Région de Normandie \(28\) | Insee](#) - [Dossier complet – France entière | Insee](#))

Dans une étude plus approfondie sur les liens aux conditions de travail, la DARES¹⁴⁶ relève que la réduction du temps est effectivement associée à une diminution des contraintes physiques, d'intensité du travail voire de charge émotionnelle pour les métiers de contact avec le public, surtout sur les plus faibles quotités (50 %). La soutenabilité du travail et la capacité à tenir jusqu'à la retraite, en serait améliorées.

En revanche, le temps partiel s'accompagne souvent de conditions d'emploi dégradées assorties de conditions de vie elles-mêmes dégradées. Ainsi, un moindre temps de travail ne réduit pas significativement le sentiment de dégradation dans les rapports sociaux, très peu les conflits de valeur, et n'améliore pas la reconnaissance sauf lorsque la réduction du temps est assortie de compensation salariale¹⁴⁷. Au contraire, dans de trop fréquentes situations de temps partiel à 80 %, le sentiment de moindre reconnaissance est associé à une charge de travail ou une intensité maintenues malgré la réduction salariale, voire à une baisse des chances de progression de carrière. Dans tous les cas, l'insécurité socio-économique est plus forte de même que peut s'accroître un sentiment de mise à distance générant celui d'insécurité professionnelle, qui conduit les personnes qui y sont contraintes, souvent les femmes, à qualifier le temps partiel « d'emploi partiel ».

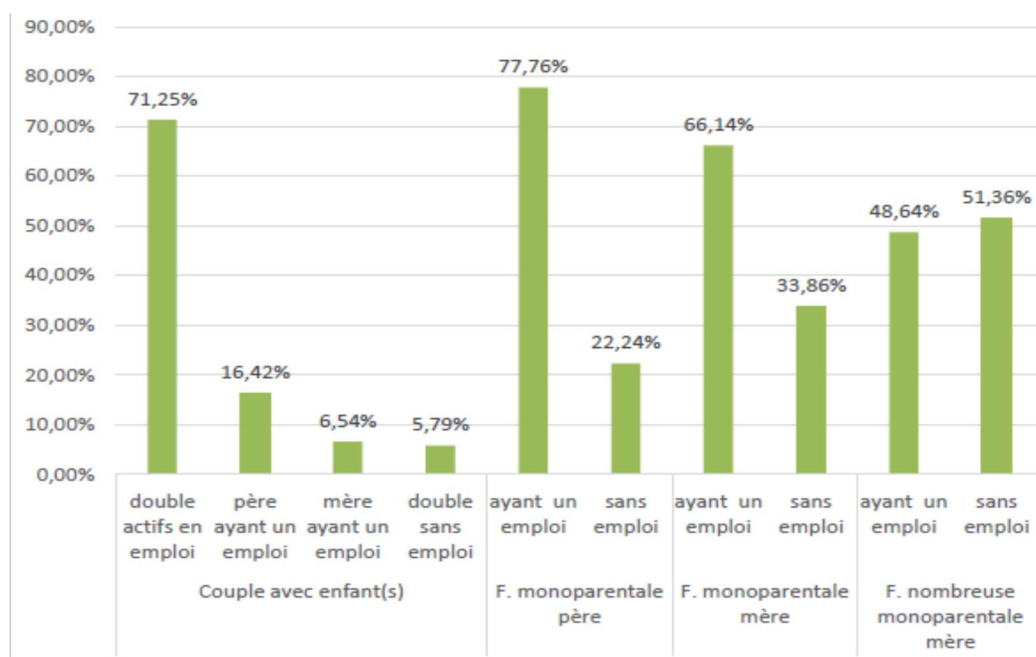
Monoparentalité

La situation des parents élevant des enfants au regard du travail et de l'emploi mérite également une attention particulière, surtout celle des femmes mères de famille dans les situations de monoparentalité. Elles assument seules les charges domestiques et sont contraintes, davantage que les hommes, à s'éloigner de l'emploi, comme l'indique l'exploitation 2020 du recensement 2017 de population de l'INSEE en Normandie.

¹⁴⁶ Source : document d'étude DARES « travailler moins pour travailler mieux ? » – n° 275 – mai 2024 - [Travailler moins pour travailler mieux ? | DARES](#).

¹⁴⁷ C'est le cas par exemple du temps partiel thérapeutique visant à accompagner une situation de dégradation de l'état de santé ou de rétablissement.

Activité des familles normandes selon le type de famille



Source : Insee, RP2017 exploitation complémentaire, géographie au 01/01/2020.

(Source : Préfecture- Étude cabinet Trezgo « lever les freins pratiques à l'insertion professionnelle des femmes » - mars 2021 - [Solutions innovantes pour lever les freins pratiques à l'insertion professionnelle des femmes / La préfecture et les services de l'État en région Normandie](#))

L'éloignement de l'emploi des mères de familles monoparentales est corrélé à un taux de pauvreté élevé qui est d'autant plus important que la famille est nombreuse. Il s'élève à 61,1 % pour ces familles, bien au-dessus de la moyenne située à 13,1 % et pèse inévitablement sur la qualité de vie au quotidien et les conditions d'accès à la santé de tous les membres de la famille. Sur l'ensemble du territoire, on note que la Seine-Maritime concentre dans sa population 40 % des familles monoparentales normandes, 26,8 % des familles étant dans cette situation dans ce département pour une moyenne de 25,3 % en Normandie.

Pour l'ensemble des raisons développées succinctement ci-dessus, un point de vigilance particulière doit être consacré à une approche genrée de la situation des femmes, au regard du rapport au travail en général et dans l'emploi en particulier. Une attention spécifique doit être notamment apportée aux métiers fortement féminisés, comme les professions de santé et de l'accompagnement. Rajoutons qu'à l'issue des travaux menés au sein de son groupe de travail, la commission « développement économique » a également pointé l'inquiétude autour des violences sexuelles et sexistes, sujet de préoccupation sociétale qui perdure. Il n'est pas non plus résolu sur les lieux de travail, malgré les efforts des employeurs sur la sensibilisation et les relais mis en place auprès des autorités conformément aux obligations de prévention du harcèlement sexuel mentionnées spécifiquement dans le code du travail depuis 2022¹⁴⁸.

¹⁴⁸ La loi d'août 2021 renforçant la prévention de la santé au travail à inclus aux obligations de l'employeur définies par le code du Travail (Art. L4121-1 et L11531), la prévention du harcèlement sexuel, constitué par des

L'ensemble des sujets de vulnérabilité, y compris ceux non traités ici, peuvent être des terrains avérés ou potentiels de discrimination qui amplifient les situations à risque de santé.

La problématique posée est celle de l'inclusion des personnes vulnérables au travail et de la prise en compte des particularités en santé qui sont les leurs pour que les situations qu'elles vivent n'exposent pas davantage leur santé globale.

Zoom sur la précarité étudiante : elle est un sujet de préoccupation pour l'accès à la santé en Normandie comme ailleurs en France. Selon le récent baromètre IFOP, les situations de précarité alimentaire sont ancrées : 1/3 des jeunes étudiants déclarent sauter un repas souvent ou parfois faute d'argent, soit 7 points de plus que la moyenne des Français. Cette proportion s'élève à 47 % *des étudiants qui travaillent en parallèle de leurs études*. En 2024, ils sont 18 % à avoir recours à l'aide alimentaire. Parallèlement, 1/3 des étudiants font face à des conditions de logement précaires, 58 % ont dû renoncer à des soins médicaux au cours des 12 derniers mois. Cette proportion serait moindre en Normandie, soit 1/3, mais 46 % déclarent sauter des repas, selon l'ORS-CREAI Normandie¹⁴⁹, qui diligente des enquêtes santé auprès des étudiants normands depuis 2021. Il souligne qu'1/5 d'entre eux se trouve en situation de fragilité socio-économique et 1/20 en grande fragilité socio-économique, ces derniers déclarant 1,6 fois plus de problèmes de santé que les autres. Il souligne également que les problématiques de santé mentale et de détresse psychologique dans la population étudiante normande, plus élevées que dans le reste de la population, le sont également par rapport à l'ensemble des étudiants du panel national de l'OVE observatoire de la vie étudiante, et que la fragilité socio-économique en est un des facteurs aggravants. Sur longue période, ces facteurs se sont considérablement dégradés, avec une rupture forte liée à la crise sanitaire COVID.

3.1.4. Le rôle des décideurs et aménageurs : des espaces de vie et de travail qualitatifs

Le sujet du lien entre la qualité de vie et l'aménagement des espaces et des mobilités, les fonctions représentées sur le territoire de vie des habitants, leurs conditions de logement et leur rapport au travail, a fait l'objet d'une étude à part entière du CESER « Habiter en Normandie en 2040 »¹⁵⁰ déjà citée. On y retrouve un ensemble de propositions tendant à l'amélioration du cadre et de la qualité de vie des Normands.

Parmi les enjeux à 2050, il convient de retenir l'importance à accorder à la recomposition de l'habitat dans toutes ses composantes et aux formes d'aménagement de l'espace plus qualitatives offrant à tous les actifs de meilleures conditions d'organisation de leurs temps de vie personnelle et professionnelle. Plusieurs leviers d'amélioration possibles ont été évoqués : une densification urbaine acceptable ; un accès facilité aux transports et des contraintes de

propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste, en alignement sur le code pénal, au même titre que tout autre risque professionnel.

¹⁴⁹ ORS-CREAI Normandie « enquête santé des étudiants normands » - janvier 2024 - [Enquête santé des étudiants normands - État de santé et comportements - Zoom sur la santé mentale - Résultats 2022-2023 • Association ORS-CREAI Normandie](#).

¹⁵⁰ « Habiter en Normandie en 2040 » - CESER Normandie - avril 2023 - [Habiter en Normandie en 2040 | Ceser Normandie](#).

mobilité réduites au sein d'espaces polyfonctionnels où l'offre de logements est accessible et abordable pour tous, y compris dans les zones tendues ; la promotion de la mixité sociale dans l'habitat, la qualité des interactions sociales et l'accès aux fonctions et services utiles quotidiennement, évitant de reléguer les actifs dans les périphéries éloignées où ils sont contraints à des trajets domicile-travail éreintants et coûteux.

Les choix et la capacité qu'auront les décideurs publics et les collectivités territoriales à repenser la manière d'occuper les espaces, ses fonctions, les déplacements, sont des leviers importants de l'amélioration de la qualité de vie et les conditions de travail des actifs normands.

3.2. Les conditions de travail et la santé au travail

Dans cette partie, nous allons aborder les risques professionnels inhérents à l'activité et susceptibles d'impacter la santé, largement documentés dans le diagnostic associé au PRST4, ainsi que les mesures et obligations des employeurs et des acteurs de la prévention des risques professionnels. Ceux-ci ont en effet pour mission de garantir que le lieu de travail soit un lieu « légal » de bonne santé évitant d'exposer les actifs en emploi, salariés ou non, aux risques générés par les situations de travail, par l'organisation ou par le management des entreprises.

Il s'agit en effet de protéger les actifs en emploi de la survenue de pathologies physiques ou psychiques ayant des conséquences pour leur santé individuelle, auxquelles s'ajoutent le coût économique et social des accidents du travail (AT), maladies professionnelles (MP) et risques psychosociaux (RPS) qui, au-delà du mal-être ressenti et des burn-out, conduisent parfois les individus jusqu'au suicide.

3.2.1. Les risques professionnels : typologie en Normandie et évolutions

Sont présentés ici quelques faits marquants tirés du diagnostic territorial en santé au travail sur lequel s'est adossé le PRST4 normand, auquel on peut se reporter pour davantage de détails¹⁵¹, dont la lecture doit se faire à la lueur des spécificités des formes et des vulnérabilités face au travail et à l'emploi en Normandie, développés plus haut (3.1.2. et 3.1.3.).

Les données du diagnostic relatives à la santé au travail sont présentées essentiellement au travers des AT-MP, abondamment chiffrés notamment dans le diagnostic du PRST4.

- **Quelques définitions**

- AT accident du travail (régi par l'article L.411.1 du code de la Sécurité sociale) :

« Accident survenu, quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail de toute personne [...] salariée ou travaillant à quelque titre que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ». Pour en écarter le caractère professionnel, il faut prouver qu'il n'a aucun lien avec le travail ou qu'il est survenu en dehors des temps où la victime est sous l'autorité de

¹⁵¹ Diagnostic territorial consultable ici : [Le diagnostic territorial en santé au travail Normandie - PRST Normandie](#). Pour mémoire, ces données sont partielles dans la mesure où elles ne concernent que les salariés et indépendants des régimes général et agricole.

l'employeur. Il peut donner lieu ou pas à un arrêt de travail pour incapacité temporaire de travail (ITT) ou incapacité permanente partielle (IPP) donnant lieu à réparation (indemnisation en cas d'arrêt pour ITT, capital ou rente viagère selon le taux d'IPP).

La notion englobe la notion d'« accident de trajet » (régi par l'article L.411.2 du code de la Sécurité sociale) survenu pendant le trajet entre le lieu de travail et les lieux de vie habituels, résidence ou lieu de restauration.

- MP maladie professionnelle (régie par l'article L.461.1 du code de la Sécurité sociale) :

« Maladie survenue en conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou qui résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle ET figure dans un des tableaux du régime général ou agricole de la Sécurité sociale ». Il n'y a donc pas de définition réglementaire des MP, mais une liste répertoriée dans un tableau permettant leur reconnaissance alors associée à une « réparation ». Il y a une liste de MP reconnues, et des reconnaissances « hors tableau » restent possibles dès lors qu'il est établi qu'une maladie est essentiellement et directement causée par le travail habituel et qu'elle entraîne une ITT, IPP ou le décès de la victime. La loi du 17 août 2015, relative au dialogue social et à l'emploi, mentionne expressément que les pathologies psychiques sont susceptibles d'être reconnues « hors tableau » en tant que MP.

Les tableaux servant de référence sont évolutifs, notamment en fonction des connaissances des impacts de certains agents nocifs sur la santé humaine. Ceci souligne l'importance des progrès de la science de l'exposome, dédiée aux liens entre la santé et l'environnement et décrite dans le *chapitre* « Environnement » (2.2.), ainsi que de l'étalonnage des normes et de la fixation des seuils de conformité pour l'ensemble des salariés dès lors qu'ils sont exposés ou manipulent substances ou rejets chimiques dont la toxicité doit être objectivée.

• Risques physiques dominants en Normandie

Ces risques dits « classiques » de sécurité au travail (AT-MP) sont globalement bien encadrés et prévenus dans les secteurs industriels dans lesquelles les conditions physiques de travail se sont nettement améliorées depuis l'ère industrielle et post-industrielle, malgré des différences pouvant exister en raison de la taille des entités. Les plus petites (TPE/PME), majoritaire en Normandie, ont en effet proportionnellement moins de moyens à y consacrer.

Les accidents du travail AT donnant lieu à arrêt de travail en hausse depuis 2015

Ils ont augmenté de + 5 %, après une baisse de presque ¼ enregistrée sur la décennie précédente. Ils s'élèvent à **32 910**, et ont touché 1 salarié sur 30 en 2019. La Normandie se caractérise par

- un taux de fréquence¹⁵² de 22,4, supérieur de 10 % à la moyenne nationale excepté en Seine-Maritime où il est équivalent, pour les salariés du régime général

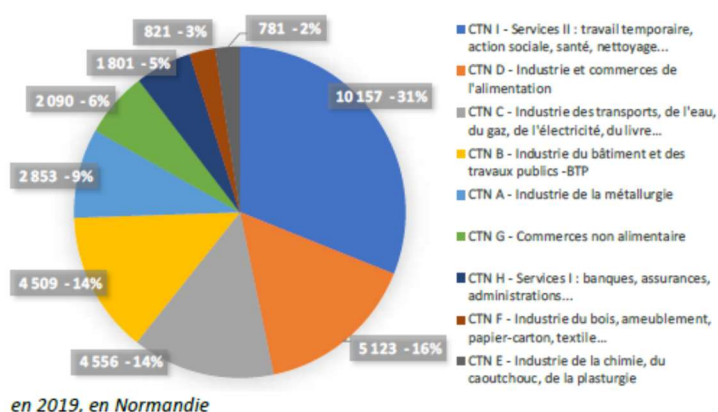
¹⁵² Le taux de fréquence se mesure en rapportant le nombre d'AT à 1 000 000 d'heures travaillées.

- par un taux de gravité¹⁵³ de 1,52, supérieur de 6 % à la moyenne nationale excepté dans la Manche et l’Orne, les indices de gravité les plus élevés affectant les salariés du BTP.

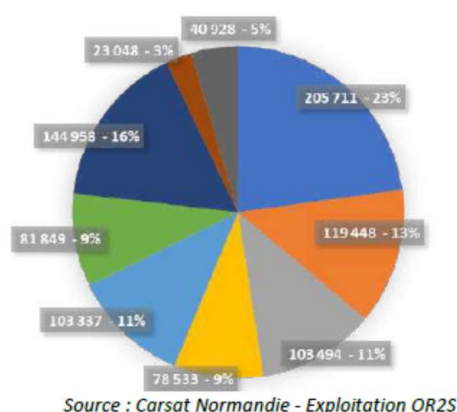
Dans le champ du régime général, 4 secteurs, soit 53 % des salariés, concentrent 74% des AT, imputable pour la moitié d’entre eux à des manutentions manuelles.

Part des AT par secteur en 2019, comparé au poids du secteur

Répartition des accidents du travail des salariés du régime général selon le secteur



Répartition des salariés selon le secteur



(Source : OR2S - Diagnostic 2021 PRST4– p57 – Champ : Régime général, hors agricole et 3 fonctions publiques - [Diagnostic territorial PRST4 Normandie](#))

On notera les plus forts écarts dans 2 secteurs, qui en soulignent la fragilité : d’une part, celui du travail temporaire, action sociale, santé et nettoyage, sachant que les intérimaires sont pour la moitié d’entre eux jeunes, hommes, ouvriers, et dans l’industrie, et d’autre part, celui du BTP.

Les plus gros écarts de gravité avec la moyenne nationale se concentrent sur les secteurs du commerce non alimentaire et des banques, assurances, administrations. Mais les taux de gravité les plus élevés concernent à nouveau les secteurs des activités de service, qui incluent les travailleurs en intérim, l’action sociale, la santé et le nettoyage, et du BTP. À noter qu’il est plus difficile de prévenir les AT des professions exercées en milieu diffus qui sont particulièrement accidentogènes, comme celles de l’accompagnement social avec des conditions de travail difficiles, notamment pour les auxiliaires de vie à domicile, à l’inverse des entités où les limites de lieu/espace-temps du travail sont bien circonscrites.

Dans ce contexte d’augmentation globale des AT constatée depuis 15 ans, les AT graves et mortels avaient diminué sur la même période, soit – 14 %, sachant qu’ils font l’objet d’un axe particulier du Plan national santé au travail. Néanmoins, la vigilance doit être renforcée à la suite des alertes lancées par les agents de contrôle de l’inspection du travail. Ils ont en effet constaté le quasi doublement des signalements d’accidents mortels entre l’année 2019 (16 au

¹⁵³ Le taux de gravité se mesure en rapportant le nombre de journées indemnisées à 1 000 heures travaillées.

total) et 2020 (31), principalement en Seine-Maritime, dont les causes sont presque pour moitié imputables à des malaises (13), loin devant les autres risques.

Enfin, le diagnostic est plus alarmant pour les salariés relevant du régime agricole. En effet, le taux de fréquence des AT, de 28,3, est supérieur mais proche de la moyenne nationale, et stable. Mais il est surtout très sensiblement plus élevé que pour les salariés du régime général, principalement chez les travailleurs forestiers, agricoles, artisans, apprentis où il dépasse 44, et avec des indices de gravité très supérieurs à la moyenne nationale et 3 fois supérieur à celui du régime général.

Les accidents de trajet, inclus dans les AT, sont quant à eux globalement stables depuis 2005, avec quelques fluctuations intermédiaires. Ils s'élèvent à **3 945** pour le régime général et **142** pour le régime agricole en 2019, sachant que la Normandie se caractérise par une moindre fréquence (2,7 contre 3) et moindre gravité (0,19 contre 0,22) de ces accidents. Dans presque 90% des cas, ils sont dus au risque routier.

Les maladies professionnelles MP en hausse également

En 2019, au total, **3 164** MP ont été reconnues pour le régime général et **214** pour le régime agricole, chiffres en hausse depuis 10 ans après avoir connu une période de baisse jusqu'en 2016, quel que soit le régime. Que ce soit au regard de leur taux de fréquence que de leur taux de gravité, la situation est nettement défavorable en Normandie :

- Selon le taux de fréquence enregistré, soit 2,2 contre 1,6 en moyenne, le risque de déclarer une MP reconnue par une ITT et indemnisée est supérieur de 37 % en Normandie. Il est supérieur de 49 % pour les MP entraînant une incapacité partielle permanente ;
- Le taux de gravité de 0,49 (contre 0,4) est quant à lui supérieur de 21 % à la moyenne nationale.

Dans le champ du régime général, 4 secteurs, soit 56 % des salariés, concentrent 72% des MP : les activités de services regroupant le travail temporaire, l'action sociale, la santé et le nettoyage, puis l'alimentation, la métallurgie, et le BTP.

Les pathologies prédominantes en Normandie sont les affections périarticulaires, autrement appelés TMS troubles musculosquelettiques, qui représentent 79 % des MP reconnues en 2019, puis les pathologies liées à l'inhalation de poussières d'amiante, les troubles auditifs. De très forts écarts avec les moyennes nationales sont repérés principalement sur les pathologies dues à l'amiante, la Normandie est la 1^{ère} région de France pour son incidence avec un différentiel de mortalité de + 46 % (et + 96 % en Seine-Maritime), les autres cancers, et les affections dites « hors tableau ».

MP - écarts significatifs Normandie/France

Maladies professionnelles en premier versement par pathologies*

	Nombre de MP	Indices de fréquence pour 1000 salariés		
		Normandie	France	écart Normandie / France
Affections périarticulaires	2 497	2,76	2,27	+21%
Affections liées à l'amiante	405	0,45	0,15	+204%
Atteintes auditives liées au bruit	49	0,05	0,03	+105%
Cancers hors amiante	35	0,04	0,02	+158%
Hors tableau	130	0,14	0,06	+131%
Autres	48	0,05	0,04	+25%
Ensemble	3 164	3,50	2,57	+36%

* Affections périarticulaires : tableaux 57A, 69A, 79A, 97A et 98A ; Affections liées à l'amiante : tableaux 30A et 30B ; Atteintes auditives liées au bruit : tableau 42A

en 2019

Source : Carsat Normandie - Exploitation OR2S

(Source : OR2S - Diagnostic 2021 PRST4– p79 – Champ : Régime général, hors agricole et 3 fonctions publiques - [Diagnostic territorial PRST4 Normandie](#))

Zoom sur les états anxieux prédominants dans le « hors tableau »

Lorsqu'une reconnaissance en MP concerne cette pathologie, ils sont répertoriés dans la ligne « hors tableau », dans laquelle ils prédominent très largement, puisque sur 156 avis favorables en reconnaissance de MP rendus par le Comité régional compétent en 2020, **111** concernent des états anxieux.

Des disparités territoriales

Elles émergent de ce tableau dressé rapidement, et peuvent amener les acteurs à renforcer la prévention. On relèvera que si la structure sectorielle de l'emploi en Normandie peut expliquer pour l'essentiel les différences dans les fréquences ou la gravité des accidents du travail, en raison de la plus forte concentration d'emplois dans des secteurs plus accidentogènes, le diagnostic PRST4 souligne que cette explication n'est pas probante pour les départements du Calvados et de l'Eure. Ils présentent des taux largement au-dessus de ceux qu'on devrait constater en fonction des emplois qui s'y trouvent, alors que la Seine-Maritime de même que la Manche et l'Orne, dans une moindre mesure, font figure d'exception inverse tant au regard de la fréquence que de la gravité des AT.

Quant aux maladies professionnelles, elles sont également plus fréquentes et plus graves, dans le Calvados, dans l'Eure ainsi que dans l'Orne, sans que la structure sectorielle des emplois ne l'explique, alors que cette explication est probante dans la Manche et en Seine-Maritime à l'issue du calcul de taux standardisés.

Connaître le risque, c'est permettre de le prévenir. Ces éléments de diagnostic sont essentiels pour que les employeurs, les salariés, et tous les acteurs de la prévention ciblent efficacement les efforts, condition nécessaire pour atténuer d'ici 2050 les spécificités normandes ou les disparités infra-territoriales qui affectent la santé au travail.

- **Un complément du diagnostic PRST4 : zoom national sur la fonction publique**

Comme on l'a souligné, la caractérisation des conditions de travail dans la fonction publique est beaucoup plus difficile à analyser en l'absence de remontées systématiques de données fiables et exhaustives, agrégées, harmonisées entre les trois versants de la fonction publique, et régionalisées¹⁵⁴. Le secteur de la FPT a cela de particulier qu'il regroupe un très grand nombre d'employeurs, plus de 50 000, qui rend les consolidations complexes. Pour autant, les employeurs publics ont les mêmes obligations que celles de « l'employeur » mentionné au code du Travail, notamment en termes de prévention des risques, auprès d'une population d'actifs importante, soit environ 1 sur 5. La part de l'emploi public dans l'ensemble de l'emploi salarié a été relativement stable depuis une trentaine d'années, avec une légère baisse récemment, elle est de l'ordre de 20 % en 2022, ce qui représente environ 5,7 millions d'agents publics. Ils sont répartis pour 45 % dans le FPE, pour 34 % dans la FPT, et pour 12 % dans la FPH^{155/156} (ces chiffres n'incluent pas les salariés du secteur hospitalier privé).

Quelques-unes des grandes caractéristiques des emplois publics est qu'ils sont davantage

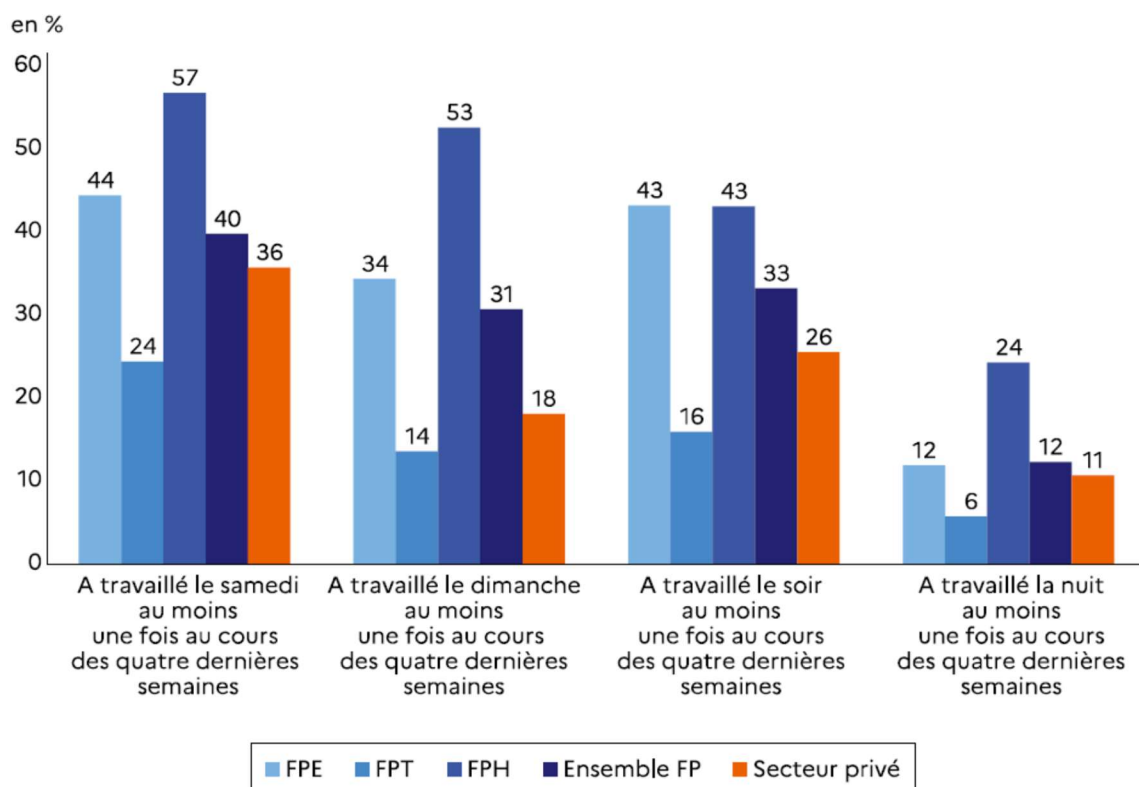
- occupés par des *femmes*, soit 63 % contre 46 % dans le secteur privé,
- à *temps partiel* pour 20 % des agents publics, contre 17,4 % des salariés en moyenne, soit 26 % des femmes, contre 25,5 %, et 9 % des hommes, contre 7,4 %,
- occupés par des *professionnels plus âgés*, puisque 35 % ont plus de 50 ans, contre 30 % dans le secteur privé, la part des moins de 30 ans étant proportionnellement plus faible, soit 15 % contre 20 % dans le secteur privé,
- soumis à des *spécificités d'organisation* des temps et des rythmes de travail, avec des temps fractionnés ou déstructurés, notamment dans la FPH astreinte au travail de nuit, du soir, en quart, ou le weekend.

¹⁵⁴ Cette insuffisance a été soulignée dans le rapport Lecocq, Coton, Verdier de 2019 (cf. *supra* 2.3.).

¹⁵⁵ Source : portail de la fonction publique « chiffres clés 2024 » - [Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2024 | Le portail de la fonction publique](#).

¹⁵⁶ Source : France Stratégie « travailler dans la fonction publique : le défi de l'attractivité » - décembre 2024 - [Travailler dans la fonction publique : le défi de l'attractivité | Haut-commissariat à la stratégie et au plan](#).

Organisation du temps de travail en 2023 selon le secteur



(Source : portail de la fonction publique - chiffres clés 2024 - [Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2024](#) | [Le portail de la fonction publique](#))

Ainsi la fonction publique cumule des problématiques de vieillissement en emploi avec des conditions éprouvantes pour le métabolisme surtout dans le FPH, liées à la déstructuration des temps de travail. Une attention particulière portée aux conditions de travail pourrait aussi constituer un des leviers potentiels de son attractivité face au défi du renouvellement des générations que va poser le vieillissement dans la fonction publique dans les années à venir, notamment dans les professions de santé.

Approche globale de la situation nationales au regard des AT-MP dans la fonction publique

Seule l'enquête « conditions de travail » permet d'approcher globalement la situation, qui se présente ainsi :

En 2019, 10 % des agents de la fonction publique, contre 11 % parmi les salariés du secteur privé, ont eu au moins un accident du travail dans l'année (proportion globalement plus élevée parmi les hommes, les plus jeunes et les ouvriers) :

- 7 % dans la fonction publique de l'État (FPE)
- 11 % dans la fonction publique territoriale (FPT),
- 15 % dans la fonction publique hospitalière (FPH).

En 2021-2022, les maladies professionnelles reconnues se sont élevées à :

- 600 dans la FPE
- 2 100 dans la FPT (sur 44 % des actifs territoriaux affiliés à la CNRACL)
- 1 600 dans la FPH (sur 24 % des actifs hospitaliers de la CNRACL).

En termes de conséquences sur l'organisation des missions, le rapport Lecocq, malgré la relative ancienneté des chiffres, souligne un taux d'absentéisme qui atteint 8,34 %, alors qu'il est de 4,72 % dans le secteur privé, le volume des journées d'absence pesant sur les budgets des structures et des collectivités.

- **Risques psychosociaux : un pan des conditions de travail à appréhender plus finement**

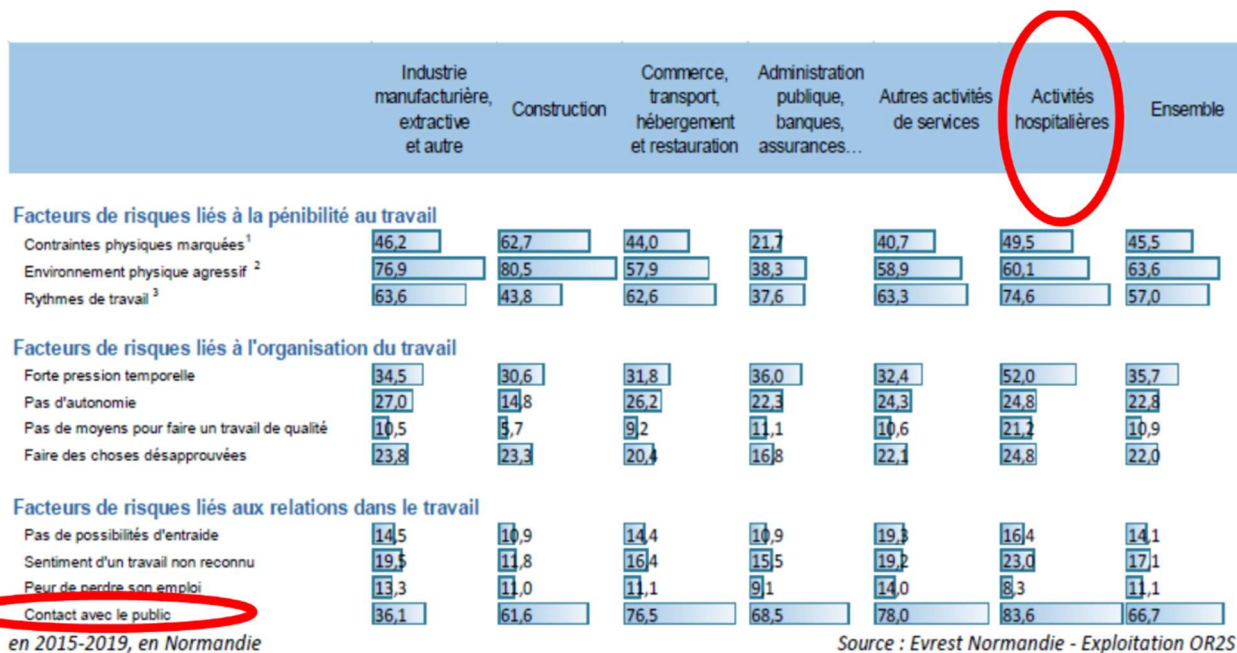
Le bilan global présenté en synthèse dans le diagnostic du PRST4 ne met pas en avant de faits marquants relatifs aux RPS, risques psychosociaux, malgré leur existence et leur prégnance soulignées dans les enquêtes déclaratives dont on dispose¹⁵⁷. Certes, ce pan de l'exposition au risque est particulier et compliqué à cerner en raison de la nature multifactorielle des risques, qui touche tout autant à la complexité grandissante des tâches, la réduction des temps de repos, l'individualisation du travail, le flou de la frontière entre temps de travail et de vie personnelle ou encore les exigences accrues de la clientèle. Néanmoins, l'influence du milieu de travail est établie dans les équilibres en santé et en santé mentale en particulier. Dans l'ensemble de la société, il existe par ailleurs une vraie problématique économique des burn-out tant pour les employeurs qu'au regard des tensions qui pèsent sur le modèle de couverture sociale.

Les risques psychosociaux se manifestent par différents troubles ou pathologies physiques ou psychiques, comme la fatigue, l'anxiété, la nervosité, les troubles du sommeil, le mal-être généralisé pouvant conduire au suicide dans des cas extrêmes. Ils peuvent créer ou amplifier largement des troubles physiques associés, notamment des troubles cardiovasculaires et des TMS. Ces derniers sont en effet davantage signalés par les salariés qui portent une appréciation négative sur leur travail, liée soit à l'absence de reconnaissance ou au manque d'épanouissement qu'il leur procure, soit aux conflits de valeur, soit à la pression temporelle ou psychologique à laquelle ils se sentent exposés.

¹⁵⁷ Enquêtes qualitatives déclaratives : EVREST (cf. *supra* 2.3.), avec un focus régional, annuelle, mais qui n'inclut ni la FPE, ni le secteur agricole, et SUMER, surveillance médicale des expositions de tous les salariés aux risques professionnels, nationale, pluriannuelle, la dernière édition datant de 2017 et la prochaine étant prévue en 2025.

S'ils peuvent donner lieu à de multiples classifications possibles, le PRST4 propose de les regrouper en 3 principaux items : pénibilité au travail, organisation du travail, et les relations dans le travail. La fréquence des expositions aux RPS présentée dans le diagnostic PRST4 est la suivante :

Facteurs de risques psychosociaux rapportés par les salariés selon les secteurs d'activité (en %)



¹ Effort, port de charges lourdes et/ou Postures contraignantes et/ou Exposition aux vibrations

² Exposition aux produits chimiques et/ou aux poussières, fumées et/ou au bruit et/ou à des températures extrêmes

³ Horaires alternés et/ou Travail de nuit et/ou gestes répétitifs

(Source : OR2S - Diagnostic 2021 PRST4- p90 - [Diagnostic territorial PRST4 Normandie](#))

Quelques enseignements complémentaires issus de l'enquête EVREST en Normandie, comparés à la situation moyenne nationale, corroborent ou complètent des constats déjà évoqués :

- Les personnes qui ont changé d'emploi depuis 1 à 2 ans sont moins nombreuses en Normandie mais l'on fait plus souvent pour des raisons médicales,
- Les salariés se déclarant à temps partiel travaillent moins souvent en journées normales sans horaires décalés, irréguliers ou de nuit, (- 4 %) et pratiquent moins le télétravail (- 6 %) ;
- Ils sont proportionnellement moins nombreux à éprouver des difficultés liées à la pression temporelle dans le travail (- 1,2 %), mais plus nombreux à juger leurs postures contraignantes ou les efforts de port de charges lourdes difficiles ou pénibles (+ 3 %).

À noter que ces enquêtes n'appréhendent pas directement les questions relevant d'éventuelles discriminations subies au travail, quelle qu'en soit la forme, ni celles des violences sexistes et sexuelles dans le travail, ce qui rend difficile d'estimer leur impact sur la

santé alors que cette problématique est régulièrement soulevée, inscrite au PRST4, et prise en compte par les employeurs dans leurs mesures de prévention.

Par ailleurs, le PRST4 rappelle l'importante surmortalité par suicides¹⁵⁸ en Normandie, notamment chez les hommes aux âges de la vie active où le différentiel à la moyenne nationale est de + 37 %, mais ne fait aucun rapprochement entre ce phénomène et les RPS au travail. Compte tenu de la sensibilité du sujet et des causes multifactorielles de ces décès, Santé Publique France a encadré la manière d'établir le lien entre suicide et activité professionnelle à partir de la jurisprudence¹⁵⁹, qui entraîne alors une qualification en AT ouvrant droit à des indemnisations. La caractérisation des suicides en accidents du travail est un exercice délicat, au cœur de la reconnaissance de la responsabilité de l'employeur. Mais en raison du manque de sensibilisation et de moyens des personnes qui mènent les enquêtes, les inspecteurs du travail, les gendarmes ou les membres du Parquet expliquent que le taux serait grandement minoré.

En synthèse, on notera 3 éléments significatifs qui interpellent sur le devenir de la prise en compte et du traitement de ces RPS à l'horizon 2050 pour favoriser l'accès à la santé de tous :

- Les RPS peuvent conduire à une reconnaissance en tant que maladie professionnelle, alors répertoriées dans le « hors tableau », dont on a vu qu'il était constitué à **72 %** en Normandie par des reconnaissances **d'états anxieux** en 2020.
- La fréquence des expositions aux RPS est surreprésentée dans quasiment toutes les rubriques pour les **activités hospitalières**, avec une particularité du facteur de risque associé au « contact avec le public » qui se manifeste de plus en plus par des tensions ou des agressions propices à créer un climat anxiogène pour les soignants.
- Enfin on relève une problématique particulière en Normandie de l'« **effet taille** » lié à la structure de son tissu économique, puisque les TPE/PME prennent des mesures de prévention des risques physiques pour la moitié d'entre elles, et pour un quart seulement en prévention des RPS, quand 90 % des grandes entreprises déploient des dispositifs sur les 2 types de risques¹⁶⁰.

L'amélioration de leur reconnaissance éviterait de faire perdurer l'invisibilisation des RPS, favoriserait leur prévention et permettrait de faire avancer la réflexion autour des liens de causalité qui amènent à leur reconnaissance en AT ou MP.

¹⁵⁸ Cf. *supra* – 2.2. et Données de cadrage – 1.1.

¹⁵⁹ Ce lien est établi si au moins une des situations suivantes était présente : se produire sur le lieu de travail, en tenue de travail même hors du lieu de travail, et quand le suicide se produit en dehors du lieu de travail, c'est à la famille d'établir le lien par la présence de témoignages ou de lettre mettant en cause ou mentionnant les conditions de travail de la victime, d'enquête invoquant un contexte de perte d'emploi, de conflit avec des collègues ou la hiérarchie, d'épuisement professionnel, de difficultés connues, les enquêtes de l'Assurance maladie étant encadrées par une charte de l'enquêteur. (Source Santé Publique France - [site santepubliquefrance.fr](https://santepubliquefrance.fr)).

¹⁶⁰ Source : DARES Analyse « Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? » - n°19 – mars 2024 - [Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? | DARES](#).

L'évolution de la prévention des risques psychosociaux au travail et l'efficacité des actions menées dépendront, à terme, de la levée de l'ensemble de ces freins tout comme de la capacité collective à identifier ces risques et à les intégrer aux diagnostics territoriaux.

- **Des risques émergents à intégrer en santé au travail à 2050**

Pour clore cette revue succincte des risques professionnels en Normandie, il est apparu important de mettre l'accent sur deux types de risques pour lesquels la situation pourrait être très sensiblement contrastée à 2050 selon qu'ils auront ou pas été pris en compte.

Les risques climatiques au travail

Le contexte du changement climatique, largement décrit dans les données de cadrage et au *Chapitre* « Environnement », s'impose dans la relation travail/santé. La prise en compte de cette problématique est toutefois récente, puisque c'est seulement en 2022, dans son 6^{ème} rapport, que le GIEC aborde les liens entre changement climatique et conditions de travail et de santé des travailleurs. Le PST4, Plan national santé au travail 2021-2025, dans son axe dédié à la promotion d'une approche partagée entre santé publique, santé au travail et santé environnementale, et relayé dans le PRST4, se concentre sur l'introduction des effets des « vagues de chaleur » sur la santé des travailleurs.

Dans son analyse de 2023, France Stratégie¹⁶¹ évoque l'impact du changement climatique sur la santé des travailleurs et notamment dans certains métiers les plus exposés : l'augmentation des températures – et ses autres conséquences environnementales en termes d'aléas ou de dégradation biologique et chimique des milieux - engendrerait des risques professionnels structurels et pas seulement cantonnés aux épisodes climatiques extrêmes.

Les risques professionnels spécifiques associés à la chaleur¹⁶² apparaissent en effet dès 28 ° pour des travaux physiques et dès 30 ° pour une activité sédentaire, et sont aggravés pour les travailleurs fragilisés par une pathologie. Ils le seront d'autant plus à l'avenir que les actifs en emploi vont vieillir. Et au-delà des menaces sur les capacités physiques et cognitives et sur la santé des individus, l'étude rappelle les effets économiques sur la baisse de productivité, mais qui sont encore mal documentés faute d'étude fiable, alors qu'ils vont s'accroître¹⁶³. L'ANSES quant à elle, évoque l'extension au monde du travail de l'éco-anxiété ainsi que des conflits de valeur environnementaux, représentant une nouvelle source de tensions en société, qui risquent tous deux d'accroître le mal-être au travail.

Les métiers les plus exposés concerneraient entre 14 % et 36 % des travailleurs sur le territoire national, soit entre 3,6 à 9,7 millions en 2019 et 2,5 points de plus qu'en 2013 (selon les

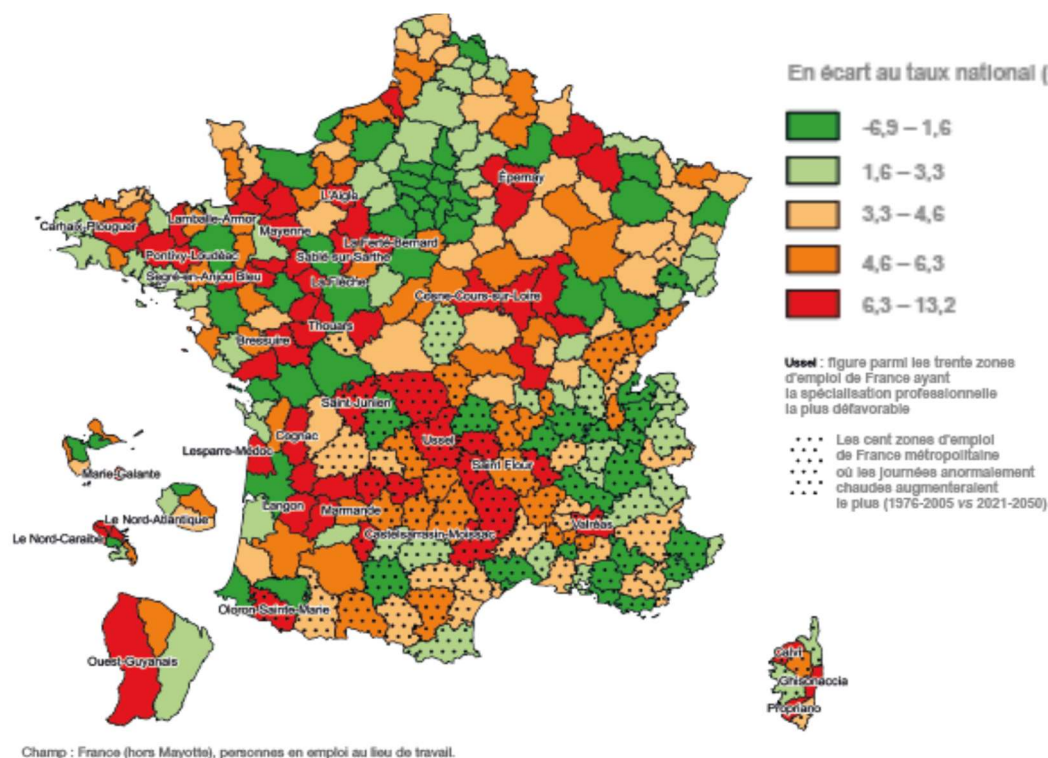
¹⁶¹ Source : France Stratégie « Le travail à l'épreuve du changement climatique » - Note d'analyse n°123 – juin 2023 - [Le travail à l'épreuve du changement climatique | Haut-commissariat à la Stratégie et au Plan](#).

¹⁶² Le stress thermique accroît les risques d'accidents de travail en provoquant la fatigue, l'épuisement, une moindre vigilance, des impacts sur l'humeur.

¹⁶³ Une étude européenne menée sur les vagues de chaleur passées avance une projection à 2055 pour la France d'une perte potentielle de productivité pouvant atteindre 1,5 % du PIB contre 0,3 % de perte observée sur la période étudiée de 1981 à 2010.

enquêtes SUMER et « conditions de travail »). Parmi ces métiers, certains sont très présents en Normandie notamment les secteurs du BTP, de l'agriculture et des industries de process.

Impact de la spécialisation professionnelle des zones d'emploi sur l'exposition des travailleurs à des températures élevées



(Source : France Stratégie « Le travail à l'épreuve du changement climatique » - Note d'analyse n°123 – juin 2023 - [Le travail à l'épreuve du changement climatique](#) / Haut-commissariat à la Stratégie et au Plan)

Or c'est par le prisme des épisodes climatiques extrêmes que les obligations de prévention et de protection des travailleurs sont définies à l'heure actuelle, tant pour l'exposition au froid qu'à la chaleur¹⁶⁴.

A 2050, la question posée est celle de la modification des dispositifs réglementaires actuels de prévention, insuffisants car inscrits dans une logique d'exception. Des incidences en santé au travail vont devenir chroniques et structurelles et vont nécessiter des stratégies plus structurantes dans le monde du travail et adaptées au changement climatique.

La violence des usagers

La violence des usagers est désormais repérée comme un facteur de risque professionnel. Les secteurs où les travailleurs sont en contact avec le public y sont tous soumis mais avec une très forte intensité dans le milieu hospitalier (cf. 83,6 % repèrent ce facteur de RPS selon l'enquête EVREST). L'accumulation de frustrations, à l'origine d'incivilités, s'exprime de plus en plus souvent par des actes d'autant plus violents que les attentes des usagers en santé sont

¹⁶⁴ L'employeur doit évaluer les risques des épisodes extrêmes et mettre en œuvre les protections adéquates, le travailleur dispose d'un droit de retrait en cas de danger imminent pour sa santé.

fortes face à des professionnels de la santé et de l'accompagnement médicosocial souvent empêchés d'exercer leur mission correctement. Ce risque révèle une certaine forme de maltraitance institutionnelle, qui se généralise dans la plupart des services publics, faute de moyens appropriés et de relations humaines suffisantes. Ces dernières se sont en effet distendues fortement avec la généralisation de la dématérialisation des services publics, heurtant les valeurs des professionnels et se doublant pour eux d'une souffrance morale au travail. Au regard du contexte particulier de pénurie de professionnels de santé en Normandie, elles ne peuvent qu'être exacerbées.

Une des interrogations importantes des années à venir portera sur la possibilité d'un apaisement des tensions dans les relations avec les usagers pour l'ensemble des professionnels en contact avec le public, et en particulier avec les usagers en santé.

3.2.2. Obligations légales de prévention et de protection contre les risques professionnels

Dès lors qu'on évoque le travail, la préservation de la santé n'est plus seulement une affaire individuelle et sociétale, mais engage la responsabilité des acteurs de la santé au travail et en particulier celle des employeurs. C'est un objet de discussion entre partenaires sociaux qui introduisent régulièrement et elles évoluent régulièrement des avancées collectivement partagées au gré des ANI, accords nationaux interprofessionnels.

- **Obligations des employeurs, un cadre légal**

Les employeurs doivent se conformer à des obligations légales d'assurer la santé et la sécurité au travail, inscrites au code du Travail qui en constitue le socle principal. L'amélioration de la condition de travail est d'ailleurs un des principes et droits fondamentaux reconnus par le BIT, Bureau International du Travail, énoncés dans la déclaration de 1998 de l'OIT, Organisation internationale du Travail relative aux principes et droits fondamentaux au travail.

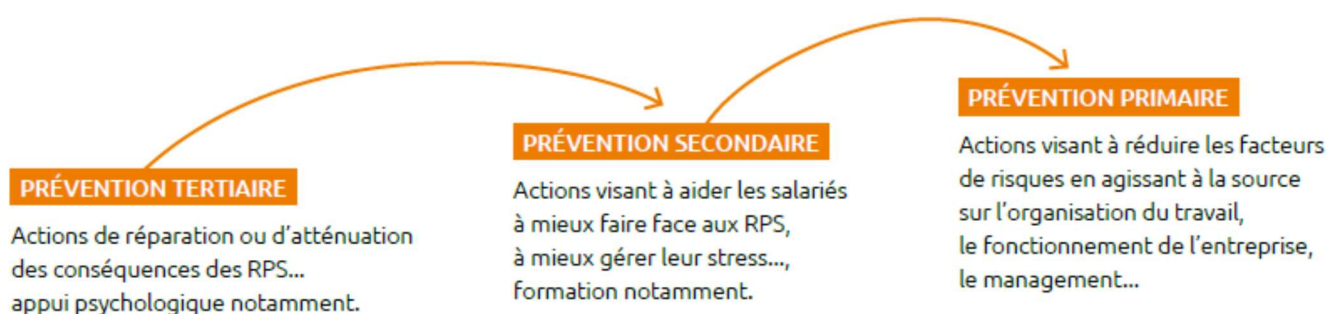
Aujourd'hui, la terminologie la plus souvent répandue est celle de QVCT, « *qualité de vie et condition de travail* ». Néanmoins, le contour de la qualité de vie au travail reste flou, a fortiori celui d'une notion émergente, présentée comme une tendance de fond mais encore moins palpable, celle de « *bien-être* » au travail. L'OMS définit ce dernier dès 1979 comme « *un état d'esprit dynamique caractérisé par une harmonie satisfaisante entre les aptitudes, les besoins et les aspirations du travailleur d'une part, et les contraintes et les possibilités du milieu du travail d'autre part* ». Néanmoins, elle ne fait l'objet d'aucune transposition réelle en termes d'obligations légales d'employeurs.

Selon l'article L.4121-1 du code du Travail, l'employeur a l'obligation de « *prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* », en organisant notamment des actions de prévention, d'information et de formation. Cet engagement global et continu d'assurer un environnement de travail protecteur de la santé des travailleurs s'articule autour des principes généraux de prévention, définis dans l'article L. 4121-2.

– La prévention

L'obligation de base est la prévention en santé et sécurité au travail, car même si le risque est inhérent à l'activité professionnelle, il est potentiellement évitable, en tout ou partie sous réserve d'y consacrer des moyens. L'OMS définit la prévention comme les « *mesures prises visant la promotion et le maintien du plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions, pour éviter /réduire les risques d'atteinte à l'intégrité physique et mentale dus à leurs conditions de travail ou résultant de facteurs préjudiciables à la santé* ».

Les 3 niveaux de prévention



(Source : ANACT-ARACT brochure [10 questions sur la prévention des risques psychosociaux](#) / Anact)

L'efficacité de la prévention repose sur la cohérence entre les mesures préventives de niveau *primaire* destinées à agir à la source pour réduire les risques, puis *secondaire* visant à s'adapter pour y faire face, et limiter ainsi les situations où s'imposent des mesures curatives, le niveau *tertiaire* correspondant aux réparation ou atténuation des conséquences causés. L'employeur a des obligations de moyens renforcés ainsi que des outils à sa disposition pour l'aider dans ses obligations.

Les moyens mis en œuvre peuvent toutefois être variables selon l'engagement plus ou moins proactif de l'employeur, selon la taille de l'entreprise ou la nature du dialogue social établi. L'investissement en matière de santé, de prévoyance, et de bien-être au travail est parfois perçu comme un des éléments fondateurs et déterminants des politiques RSE d'entreprise. Les employeurs le considèrent comme un élément déclencheur dans le recrutement, et le valorisent dans leur modèle économique.

Tous les employeurs, et notamment les plus petits disposant de peu de moyens en interne, peuvent recourir à un accompagnement auprès des services de santé au travail, auprès des organismes intermédiaires de branche, des réseaux consulaires ou professionnels, ou bien des organismes mutualistes de prévoyance ou spécialisés comme l'ANACT et ses ARACT, missionnés pour accompagner l'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail.

– L’obligation d’évaluer les risques

Selon l’article L. 4121-3 du code du Travail, l’employeur a l’obligation d’établir un DUERP¹⁶⁵, document unique d’évaluation des risques professionnels, obligatoire dans toutes les entreprises dès l’embauche du 1^{er} salarié, à défaut de quoi il s’expose à des sanctions. Le DUERP vise à recenser et évaluer les risques de toute nature présents dans l’entreprise, dont font partie intégrante les RPS, et à lister les actions de prévention et de protection mises en place. Les entreprises de plus de 50 salariés sont tenues d’y détailler un programme annuel de mise en œuvre. Il est révisé annuellement.

C’est donc l’outil essentiel de l’évaluation des risques et de la traçabilité des expositions¹⁶⁶, permettant à tous les acteurs de participer collectivement à la prévention des risques.

– Et enfin l’obligation d’informer et de former les salariés

Le cas des employeurs des 3 versants de la fonction publique : ils ont les mêmes obligations que celles de « l’employeur » mentionné au code du Travail, donc de prévention des risques et d’élaboration d’un DUERP, d’information et de formation¹⁶⁷. Contrairement au secteur privé, il n’y a pas de seuil minimal d’effectif pour l’élaboration d’un programme annuel de prévention des risques et d’amélioration des conditions de travail qui s’impose à tous.

La différence notable tient à la prévention tertiaire, l’action en réparation. En effet, le système assurantiel de couverture des risques AT-MP est propre à la fonction publique : l’employeur assure lui-même cette couverture avec un système d’auto-assurance, en dehors de la branche AT-MP de l’assurance maladie. La dispersion qui en découle constitue une vraie limite en termes de pilotage pour disposer d’une vision synthétique de l’ampleur des AT-MP et des actions de prévention.

• **Les évolutions récentes de la loi « santé au travail » de 2022 relatives à la prévention**

À son origine, en 2001, l’obligation légale de mise en place d’un DUERP et sa révision annuelle était universelle, mais la nouvelle loi « santé au travail » entrée en vigueur le 1^{er} avril 2022 l’a réformée en exemptant les entreprises de moins de 11 salariés de la mise à jour annuelle de l’inventaire. Cette mesure répond à un souci d’allègement des obligations pesant sur les plus petites entreprises qui ne sont pas nécessairement outillées en compétences ressources humaines pour y faire face, même si elles peuvent recourir à de l’aide extérieure.

Cette loi introduit en revanche la prévention de la désinsertion professionnelle et l’amélioration du suivi individuel et médical des salariés pour contribuer à leur maintien en emploi tout au long de leur carrière professionnelle et ainsi faire face aux enjeux du

¹⁶⁵ Le DUERP se double d’une obligation de mise en œuvre pour les entreprises de + 50 salariés, au travers d’un PAPRIACT, programme annuel de prévention des risques professionnels et d’amélioration des conditions de travail.

¹⁶⁶ Il existe des documents réglementaires spécifiques supplémentaires pour les risques chimiques, très présents en Normandie.

¹⁶⁷ Des décrets particuliers venant compléter le dispositif pour la FPE et la FPT.

vieillesse au travail. La loi met également un accent particulier sur la prévention des risques psychosociaux, en intégrant ces derniers de manière plus systématique et structurée dans le DUERP¹⁶⁸.

Parallèlement, les Services de Santé au Travail, autonomes ou interentreprises, deviennent des Services de Prévention et de Santé au travail.

D'autres évolutions notables ont été introduites au fil du temps, pour prendre en compte de façon plus globale les grands enjeux de santé au travail, comme l'intégration de la prévention et de la protection contre les violences sexuelles et sexistes au travail, mesure autour de laquelle le débat est posé sur les outils disciplinaires classiques de l'entreprise inadaptés au traitement de ces situations.

Dans un autre registre, les obligations des employeurs portent désormais sur l'offre de couvertures complémentaires santé avec une participation financière, dispositif qui n'est pas encore étendu dans toutes les sphères de la fonction publique.

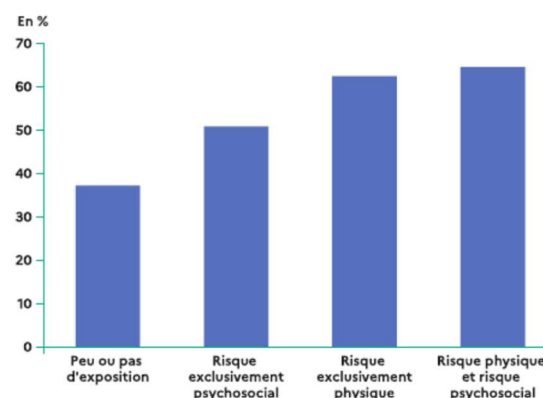
- **La réalité des pratiques de prévention : des situations contrastées**

La DARES a procédé en 2024 à une analyse¹⁶⁹ qui illustre les pratiques de prévention en entreprise sur le plan national.

TABLEAU 1 | Établissements disposant d'un document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) à jour en 2019, selon leur secteur d'activité

	Rédaction ou actualisation du DUERP	En % d'établissements Parmi les DUERP, part de ceux qui...	
		intègrent les risques psychosociaux	sont portés à la connaissance de l'ensemble du personnel
Secteur privé	46	47	77
Dont: Agriculture, sylviculture et pêche	59	18	82
Industrie	57	48	69
Construction	60	37	71
Services	43	52	78
Fonction publique	51	50	84
Dont: Fonction publique hospitalière	70	89	85
Fonction publique d'État	60	64	81
Fonction publique territoriale	46	39	86
Ensemble	46	48	77

GRAPHIQUE 2 | Part des établissements qui élaborent ou actualisent le DUERP selon l'exposition aux risques professionnels des salariés



(Source : DARES Analyse « Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? » - n°19 – mars 2024 - [Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? | DARES](#))

¹⁶⁸ Des mesures spécifiques pour identifier et évaluer ces risques dans le DUERP, en renforçant les dispositifs d'accompagnement et de formation pour les employeurs et les salariés pour comprendre et mieux gérer les RPS, ainsi que les services de santé au travail pour offrir un soutien plus complet en matière de prévention des RPS.

¹⁶⁹ Source : DARES Analyse « Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? » - n°19 – mars 2024 - [Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? | DARES](#).

Plusieurs enseignements à retenir :

- en 2019, moins de la moitié des établissements ont un DUERP à jour,
- les DUERP sont plus fréquents dans les entreprises où les salariés sont les plus exposés ainsi que dans les plus grandes entreprises, notamment du fait d’obligations légales activées ou renforcées au-delà de 50 salariées,
- 52 % des employeurs mettent en place des mesures de prévention des risques physiques, alors que seuls 33 % d’entre eux mettent en place des mesures de prévention des risques psychosociaux,
- la prévention est plus fréquente dans les entreprises ayant des instances de représentation du personnel¹⁷⁰. Celles-ci pèsent significativement sur la mise en place effective d’actions de prévention, sur le recours à des conseils en prévention d’organismes spécialisés, ou encore sur la création de postes de préventeurs.

Ces constats montrent les réalités plurielles dans les postures des employeurs et le déploiement inégal de la prévention primaire, laissant entrevoir les marges d’amélioration possible au profit d’un meilleur accès à la santé des travailleurs. Ils soulignent aussi l’importance et le poids du dialogue social en matière de conditions et de santé au travail.

Pour faire progresser à 2050 la prévention des risques en santé au travail, pour tous les types de risques et quelle que soit la taille des entreprises, la question cruciale de savoir si la mise en œuvre des mesures d’amélioration continue des conditions de travail sera considérée comme un investissement pour l’avenir au-delà d’une obligation qui a un coût et si les employeurs seront accompagnés dans l’évaluation pour améliorer sa pertinence.

L’enjeu à terme est double. D’une part, il s’agit que la prévention s’adapte aux risques émergents qui se profilent, et d’autre part, qu’elle se déploie plus équitablement, notamment auprès des travailleurs structurellement plus difficiles à toucher par les actions de formation et de sensibilisation : les travailleurs précaires ou non permanents, et plus généralement les non-salariés indépendants, exploitants agricoles, chefs d’entreprises.

- **Médecine du travail, ou comment faire face aux obligations**

Son rôle est exclusivement préventif et ses missions sont définies par le code du Travail¹⁷¹. Elle vise à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, grâce à la surveillance de leur état de santé, et toute atteinte à leur sécurité. Elle conseille l’employeur et les instances représentatives du personnel sur les améliorations possibles des conditions de travail. Elle est le garant de la prévention et de la protection de leur santé tout au long de leur parcours professionnel ainsi que de la conformité légale de l’employeur face à ses obligations en matière de sécurité et de conditions de travail.

¹⁷⁰ Pour mémoire, l’enquête est postérieure aux ordonnances de 2017 qui ont transformé et remplacé les anciens CHSCT comités hygiène, sécurité, conditions de travail.

¹⁷¹ Article L.4622-3.

Les supports de l'organisation du suivi de la santé au travail sont les SPST, service de prévention et de santé au travail, anciennement les SST, le « P » de prévention ayant été introduit par la loi « santé au travail » d'août 2021 sous l'effet de l'ANI de 2020 (cf. *infra* 3.3.2.). Ils assurent l'ensemble des visites individuelles préventives (réglementées et ponctuelles) et accompagnent employeurs, salariés et instances du dialogue social dans les entreprises. L'adhésion à ce type de service est obligatoire et ses modalités varient selon l'effectif salarié. En deçà du seuil de 500 salariés, l'adhésion à un SPSTI, service *interentreprises*, est obligatoire, et au-delà de ce seuil, l'employeur a le choix d'y adhérer à un SPSTI ou de mettre en place son propre service *autonome*, SPSTA. Les employeurs publics organisent leurs services de médecine préventive soit en interne, soit adhérent à un SPSTI.

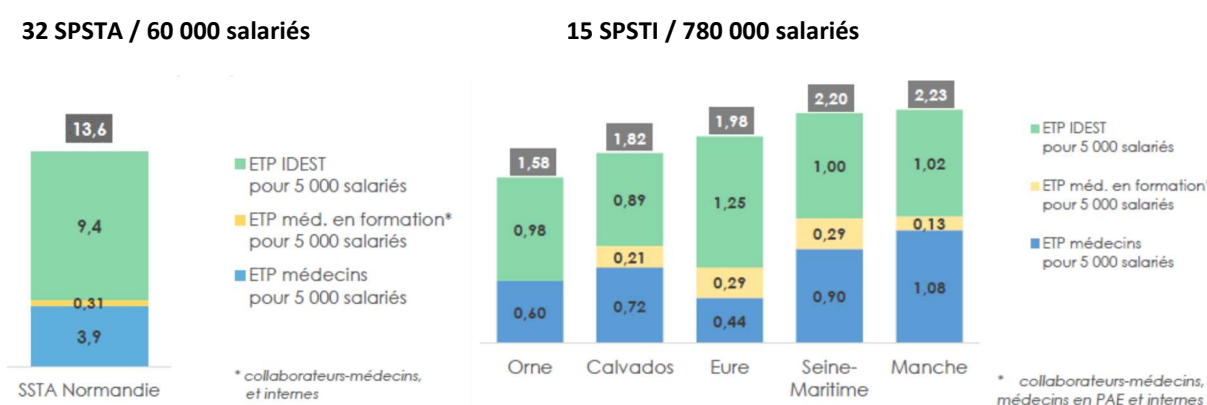
Ces services sont composés d'une équipe pluridisciplinaire de santé au travail comprenant des médecins du travail, des collaborateurs médecins ou internes en médecine du travail, des IPRP, intervenants en prévention des risques professionnels, des IDEST infirmiers diplômés d'Etat et des ASST assistants en santé au travail.

En Normandie, en 2020, selon les chiffres clés de la DREETS, on comptait 15 SPSTI pour 780 000 salariés suivis, et 32 SPSTA¹⁷² assurant le suivi de 60 000 salariés. La DREETS a analysé leur fonctionnement et les constats les plus significatifs sont les suivants :

- D'une part, de fortes disparités de suivi des travailleurs normands

Il existe des disparités fortes selon le type de service, autonome ou interentreprise, et dans la composition d'équipes pluridisciplinaire en leur sein. Dans les SPSTA, 1ETP médecin suit entre 400 et 3 264 salariés, alors que dans les SPSTI, les volumes suivis sont beaucoup plus importants et les écarts vont de 4 804 à 12 771 salariés suivis par 1 ETP médecin. Il y a par ailleurs des disparités de suivi dans les SPSTI selon les départements.

Nombre de professionnels de santé (ETP) pour 5 000 salarié suivi



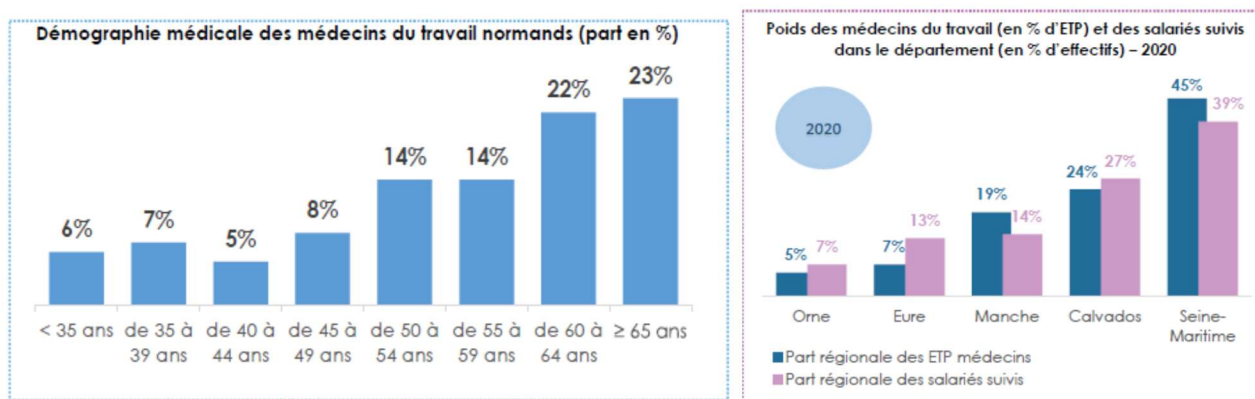
(Source : DREETS Normandie – Chiffres clés des SPST 2020)

¹⁷² La cartographie normande des SPSTI et SPSTA, ainsi que leurs données d'activité, sont disponibles dans le bilan de la DREETS Normandie « Chiffres clés des SPST 2020 » - [4ème édition des « Chiffres clés des services de prévention et de santé au travail » de Normandie - Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités \(DREETS\)](#).

- D'autre part, une forte baisse du temps de « médecin » dans le suivi médical

Depuis 2016, la charge des médecins du travail s'est alourdie, même si les effectifs des équipes de médecine du travail sont en légère augmentation. Au fil du temps, entre 2014 et 2020, la composition des équipes pluridisciplinaire a fortement évolué en faveur des IDEST (+ 68,2 %, soit 160,6 ETP), des IPRP (+ 34,4 %, soit 142,6 ETP), et au détriment des médecins (- 24,4 %, soit 127,6 ETP). Par ailleurs, en 2020, près de la moitié des médecins du travail normands avait 60 ans ou plus, et cette spécialité souffre d'un défaut d'attractivité.

Enfin, la répartition du temps médical est inégale selon les départements en faveur de la Manche et de la Seine-Maritime.



La médecine du travail a été réformée en application de la loi « travail » depuis 2017. La visite d'information et de prévention (VIP) remplace la visite d'aptitude à l'embauche : à réaliser dans les 3 mois d'une prise de poste, elle est centrée sur l'information des risques, et sa périodicité a été portée à 5 ans au lieu de 2 ans auparavant. Ne s'agissant plus de visite « d'aptitude », réservée aux salariés occupant des postes à risque, elle peut donc être réalisée par un des personnels des équipes pluridisciplinaires non-médecin. Les médecins concentrent leur temps sur le suivi individuel renforcé mis en place pour les postes à risques (listés réglementairement dans le code du Travail, ou considérés comme tels à l'initiative de l'employeur¹⁷³), et non plus sur l'ensemble des salariés malgré les problématiques particulières que peuvent poser l'âge, les pathologies préexistantes, les situations sociales, certaines organisations de travail. Cet assouplissement visait notamment à résorber globalement les stocks de visites en retard.

La notion d'aptitude au poste est donc recentrée sur les postes à risque, ainsi que sur les visites de reprise d'activité après une interruption liée à la maternité, une maladie professionnelle, ou tout arrêt de plus de 30 jours.

- Enfin, des moyens limités de l'inspection du travail,

Les moyens propres de l'inspection du travail chargée de contrôler l'application du droit du travail en matière de santé et de sécurité, de médecine du travail et de prévention des risques,

¹⁷³ Dans les entreprises de moins de 11 salariés, c'est l'employeur qui constitue la liste des postes présentant un risque particulier.

sous l'autorité des DREETS au niveau régional, ont été sujets d'ajustements au fil du temps, notamment la réduction des effectifs unitaires rapportés au volume des salariés, qui ont également limité sa capacité d'intervention.

L'incertitude à 2050 portera sur le volume et la nature des moyens disponibles, ainsi que sur le volontarisme, dont celui des employeurs, face aux faiblesses actuelles, pour respecter les exigences de prévention en santé au travail de manière équitable pour tous et éviter leur rétrogradation au détriment de l'accès à la santé des Normands.

3.3. Processus RH, organisation et santé au travail

L'analyse des évolutions passées et des tendances à l'œuvre dans les processus et le management des RH, ressources humaines, ainsi que dans les relations sociales dans l'entreprise, éclaire sur les ruptures potentielles en termes de qualité et de respect de la santé dans les parcours professionnels. Elle complète les deux parties précédentes, dédiées aux constructions sociales autour du rapport au travail (3.1.) et aux évolutions dans les conditions de travail (3.2.).

3.3.1. Le rôle des fonctions RH et les ruptures qui les percutent :

La fonction RH est la garante de parcours professionnels qualitatifs à plusieurs titres : en créant un environnement de travail favorable et attractif tenant compte des aspirations individuelles et des besoins de l'entreprise, en identifiant les besoins en compétences et en proposant des formations, en développant les stratégies de recrutement inspirées de la culture d'entreprise.

- **Un contexte particulier pour l'exercice de ces missions en Normandie**

Ces missions sont exercées à l'heure actuelle dans un contexte inquiétant en Normandie de recrudescence des accidents du travail et de hausse des maladies professionnelles. La gestion des RH est par ailleurs liée aux particularités de l'emploi en Normandie qui rendent la prévention en santé et sécurité au travail plus délicates, comme :

- les fortes expositions aux risques dans le secteur industriel ou le BTP, un poids important de l'intérim, notamment dans ces deux secteurs, un tissu dense de PME/TPE,
- des RPS pas toujours bien appréhendés, donc plus difficiles à prévenir, auxquels le secteur sanitaire et social est particulièrement soumis, avec un risque émergent et avéré des conflits avec les usagers et des agressions violentes.

Ces missions sont par ailleurs percutées par quelques tendances lourdes qui touchent les facteurs de risques propres à l'organisation du travail et aux relations sociales dans l'entreprise, comme :

- des attentes toujours fortes vis-à-vis du travail, mais une société davantage régie par les modes de vie en mutation que par les rapports productifs, avec une

dominance des temps libres et la recherche d'équilibre entre les temps de vie personnelle et professionnelle,

- la recherche d'une plus forte adéquation entre le travail et les valeurs individuelles, ainsi que l'importance accordée à la reconnaissance au travail, source d'une meilleure santé, qui s'accompagnent en écho de l'émergence de signaux faibles dans les comportements au travail, comme la « grande démission » ou le « *quiet quitting* »,
- des grandes ruptures dans la nature du travail dont les évolutions sont encore incertaines et qui peuvent distendre les rapports sociaux, comme le télétravail, voire invisibiliser des pans entiers de salariés dans le cas de la plateformesisation, ou l'uberisation.
- des grandes transformations sociétales, comme la transition climatique ou la montée en puissance de l'IA, intelligence artificielle, qui se transposent dans le monde du travail avec les craintes anxieuses qui s'y attachent,
- des situations individuelles de fragilités, de nature à accroître les vulnérabilités de santé au travail. Certaines sont pourtant encadrées par la réglementation mais toujours pas résolues, comme le handicap. D'autres appellent des évolutions dans la gestion RH pour que les situations de travail n'aggravent pas ces fragilités, notamment des proches aidants, des personnes en retour de graves maladies ou des femmes cumulant parfois seules charges de famille, aide familiale de proches en perte d'autonomie, temps partiel subi, etc.

Parallèlement, en Normandie, on assiste à des mouvements de centralisation des fonctions RH des grandes entreprises industrielles vers les centres de décision situés en dehors de la région, qui, de fait, éloignent des lieux de production les responsables qui en ont la charge.

• Des ruptures récentes dans les outils de gestion RH : la GEPP

Depuis les assouplissements de la loi Travail en 2017 visant à alléger des procédures au profit des entreprises et introduits au Code du travail, la GEPP, Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels¹⁷⁴, obligatoire pour les entreprises de plus de 300 salariés, a remplacé la GPEC, Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, qui datait de la loi de programmation pour la cohésion sociale de 2005. Dans leurs démarches stratégiques, les fonctions RH des entreprises cherchent à anticiper les besoins futurs en compétences et en effectifs au sein d'une organisation. L'outil GEPP a été défini pour les inciter à une démarche plus proactive et dynamique que l'ancienne gestion prévisionnelle des compétences, afin d'aligner les ressources avec les objectifs à long terme de l'entreprise, de favoriser la mobilité interne des employés et les aider à développer leurs compétences professionnelles, dans le cadre d'un parcours professionnel au sein duquel s'inscrit la formation.

¹⁷⁴ La GEPP, inscrite à l'article 14 du Code du Travail, s'applique principalement dans le secteur privé, où elle est obligatoire pour les entreprises de plus de 300 salariés, mais elle peut également être mise en œuvre dans le secteur public.

Concrètement, il y a désormais 2 types d'entretiens individuels : les entretiens professionnels, pratiqués à l'embauche, destinés à construire le parcours, et les entretiens annuels, fixant les objectifs à atteindre et évaluant la performance. La GEPP est soumise à une négociation avec les partenaires sociaux tous les 3 ans. Un débat s'est ouvert à la suite de cette réforme sur leurs effets en santé potentiels, notamment l'amplification des RPS qui pourraient être liés à une plus forte individualisation de la relation au travail et à la croissance d'injonctions contradictoires pesant sur les salariés quant aux résultats à atteindre, guidés par la compétitivité économique et la productivité.

- **Des évolutions naissantes qui dépassent la RSE**

Dès 2022-2023, face aux difficultés de recrutement et de fidélisation des salariés, les entreprises ont pris conscience de la nécessité d'améliorer les motifs de satisfaction au travail pour conserver les talents dans les entreprises. C'est le sujet n°1 des préoccupations signalées par les RH sur l'année 2023, correspondant à l'impact à retardement du phénomène de « grande démission » constaté après 2020 aux États-Unis.

Des mouvements œuvrant pour une croissance plus responsable, intégrant toutes les dimensions sociale, environnementale, économique, font écho à ces tendances, en proposant de dépasser les limites des démarches RSE¹⁷⁵ classiques, comme dans le modèle de permaentreprise développé plus haut, visant une performance plus juste, plus durable, plus humaine. Si ces modèles sont souvent inspirés d'expériences de l'ESS, économie sociale et solidaire, les entreprises de l'ESS ne sont pas, par essence, plus protectrices pour leurs salariés. Leurs contraintes économiques ou leur manque de moyens peuvent aussi conduire à des situations délétères en termes de conditions et de santé au travail.

En tout état de cause, ces nouvelles trajectoires sont des leviers possibles pour garantir une prévention accrue des risques professionnels ainsi que des conditions de travail améliorées et protectrices pour la santé des travailleurs. Ce sont autant d'opportunités pour les entreprises contraintes de s'armer face aux tendances lourdes de raréfaction des actifs et de leur vieillissement en emploi, qui vont s'intensifier, laissant poindre d'ici 2050 des difficultés de recrutement et des tensions à venir.

La question posée reste de savoir si ces trajectoires seront le support pertinent, à terme, d'un glissement vers une forme de bien-être au travail, partagé dans sa définition et reconnu collectivement par l'ensemble des partenaires de l'entreprise.

3.3.2. Évolution des outils du dialogue social : des ruptures récentes

Comme le soulignent les indicateurs sur la réalité des pratiques de prévention (cf. *supra* 3.2.2.), elles sont plus fréquentes dans les entreprises ayant des instances de représentation

¹⁷⁵ RSE, responsabilité sociétale des entreprises, définie comme concept dans lequel les entreprises intègrent les préoccupations sociales, environnementales, et économiques dans leurs activités et dans leurs interactions avec leurs parties prenantes, sur une base volontaire. La Commission européenne évoque de façon globale « *la responsabilité des entreprises vis-à-vis des effets que leurs décisions ou activités exercent sur la société* », et la France s'est dotée d'un cadre législatif et réglementaire qui prend notamment en compte le pilier environnemental de la RSE.

des personnels. Celles-ci participent au dialogue sur les conditions de travail, alors que l'organisation du travail reste la prérogative de l'employeur. Or ces instances ont été fondamentalement réformées à l'occasion de la loi Travail de 2017, dont la portée a des répercussions importantes sur les lieux de dialogue et sur les opportunités d'échange relatives aux conditions et à la santé au travail.

- **La QVT, qualité de vie au travail, et la santé au travail, éloignées des lieux du dialogue social organisé**

Historiquement, les différentes lois sociales depuis 1945, notamment les lois Auroux, avaient posé les bases de la conception du dialogue social en France autour des IRP, instances représentatives du personnel. Elles avaient renforcé et affirmé les rôles distincts des CE, comités d'entreprise, en charge du dialogue sur les affaires d'ordre économique et social (organisation de l'entreprise, finances, bilan social, salaires, œuvres sociales), d'une part, et des CHSCT, comités hygiène sécurité et conditions de travail, d'autre part, en charge du dialogue relatif aux conditions de travail et à la prévention (dans le cadre du lien avec la médecine et l'inspection du travail) ; les situations individuelles des salariés y étaient traitées, quant à elles, dans les réunions avec des délégués de personnel.

Or depuis la loi n°2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant des ordonnances Travail relatives au renforcement du dialogue social et de la négociation collective prises en 2017, dites « ordonnances Macron », les CE et les CHSCT ont été supprimés, et sont désormais fusionnés dans une unique instance représentative : le CSE, Comité Social et Économique, pour toutes les entreprises de plus de 11 salariés. Ainsi les CSE, dont les ordres du jour sont fixés en commun par les employeurs et organisations syndicales, traitent majoritairement de sujets d'économie et d'organisation d'entreprise, au détriment de sujets plus sociaux ou ayant trait à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail.

Avec des prérogatives élargies et la polyvalence des sujets à traiter, on constate une dilution de l'expertise qui était présente dans les CHSCT. Désormais, les représentants du personnel ont toutes les casquettes, y compris environnementales, et ils sont embolés par la diversité des sujets à évaluer. En outre, les moyens alloués ont diminué et on remarque un risque d'essoufflement des élus dans les IRP qui portent ces questions sensibles, voire des burn-out.

Cela fait de la santé au travail la grande perdante de cette réforme car il est illusoire de croire qu'un dialogue social riche peut exister avec des moyens insuffisants.

Le sujet de la santé/sécurité a toute légitimité pour être un sujet à part entière, notamment dans une région comme la nôtre. À terme, le traitement de la prévention des risques industriels et environnementaux, très présents en Normandie, antérieurement évoqués dans le CHSCT, pourrait en pâtir.

- **La négociation collective, un nouveau rapport entre entreprises et branches**

L'ordonnance relative au renforcement de la négociation collective, souhaitant favoriser les négociations au plus près des besoins de l'entreprise et des salariés, fait de la négociation

d'entreprise le socle de la négociation collective, au détriment des branches. Les accords d'entreprises prévalent sur les accords de branche en dehors d'une liste exclusive qui reste de son ressort (exemple des durées de travail ou de l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes), et éventuellement un bloc que la branche peut décider de verrouiller, si elle le souhaite (exemple des expositions aux facteurs de risques professionnels ou bien l'insertion et le maintien en emploi des travailleurs handicapés).

En fonction du rôle des partenaires sociaux qui aura pu être maintenu dans les branches et du poids des branches dans ce nouvel environnement, une rupture potentielle se profile à terme : celle de déboucher sur de fortes disparités sectorielles ou territoriales au détriment de l'équité de traitement entre salariés en matière de conditions et de santé au travail.

- **L'action correctrice de l'ANI de 2020 transposé dans la loi « santé au travail » de 2021**

Les accords conclus par les partenaires sociaux dans le cadre de l'ANI, accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020¹⁷⁶, relatif à la « prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail », entendent corriger les effets dérégulateurs des ordonnances de 2017 dont les effets laissaient prévoir un recul de la place de la QVCT et de la santé au travail dans le dialogue social.

L'ANI est également intervenu dans une période de tension sur le marché du travail, où une prise de conscience a été partagée par les partenaires sociaux sur l'important effet levier que l'amélioration des conditions de travail peut jouer à court et long terme pour résoudre les difficultés d'attractivité et la fidélisation des personnels.

L'ANI a donné une impulsion majeure pour améliorer la qualité de vie au travail comme facteur de santé pour les personnels et de performance pour les entreprises. Il a bénéficié de préconisation de la HAS, haute autorité de santé, et de l'ANACT. Ses principales mesures sont orientées sur le renforcement de la prévention primaire au sein des entreprises, sur l'encouragement du dialogue social continu entre employeurs, salariés et leurs représentants sur ces thématiques, ainsi que sur la modernisation des services de prévention et de santé au travail. L'objet est de renforcer globalement la culture de la prévention dans le monde du travail, articulée tout au long des parcours professionnels, notamment en veillant à anticiper les difficultés à tenir son emploi dans la durée pour contrer la désinsertion¹⁷⁷ professionnelle. Pour ce faire, elle prévoit d'intégrer la connaissance des risques professionnels dans la formation initiale et continue des professionnels dans tous les métiers. De même, grâce à une vision décloisonnée de la santé au travail et de la santé publique, ainsi qu'à des liens plus

¹⁷⁶ Il s'applique au secteur privé et a été signé par les organisations syndicales de salariés CFDT, FO, CFTC, CFE-CGC, et d'employeurs CPME, MEDEF, U2P. [Texte de base : Accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail - Légifrance.](#)

¹⁷⁷ Désinsertion au sens de l'ARACT : « fruit d'un processus qui peut impacter la capacité d'un salarié à tenir son emploi dans la durée. Ce processus est lié à des événements en lien avec le travail comme un changement de poste, un accident du travail, ou une réorganisation au sein de l'entreprise, qui peuvent être cumulatifs avec d'autres phénomènes comme le vieillissement ».

étroits entre la médecine du travail et les médecins traitants et conseils, elle entend favoriser une approche globale de la santé qui améliore le suivi individuel et médical des salariés.

Compte tenu de sa portée, l'ANI de 2020 a été transposé dans la loi « santé au travail » d'août 2021 sur le renforcement de la prévention au sein des entreprises¹⁷⁸. Elle introduit dans le code du Travail l'ensemble des mentions relatives à la QVCT en vigueur à l'heure actuelle, qui constituent l'état du droit mentionné tout au long de cette analyse rétrospective.

À l'horizon 2050, une veille attentive doit être maintenue sur l'environnement, les lieux et les conditions d'exercice d'un dialogue social qui reste propice à l'amélioration de l'accès à la santé globale des travailleurs.

3.3.3. Les enjeux de l'accompagnement des parcours professionnels tout au long de la vie

- **Être sénior en emploi, aujourd'hui et en 2050**

Dans la mesure où la notion de sénior n'est pas strictement définie dans le droit français, le public qu'elle recouvre peut être très variable. Alors que dans d'autres sphères de la société, les actions de prévention en santé sont graduelles et souvent déclenchées après 60 ou 65 ans, il est assez révélateur que dans le domaine du travail, la notion de « sénior » intervienne très tôt, vers 45 ans¹⁷⁹. Les raisons en sont multifactorielles, économiques, de productivité, héritées en partie d'époques de moindre tension sur les ressources humaines, mais elles renvoient directement à la problématique du vieillissement en activité et des enjeux en santé qu'il pose, de plusieurs ordres :

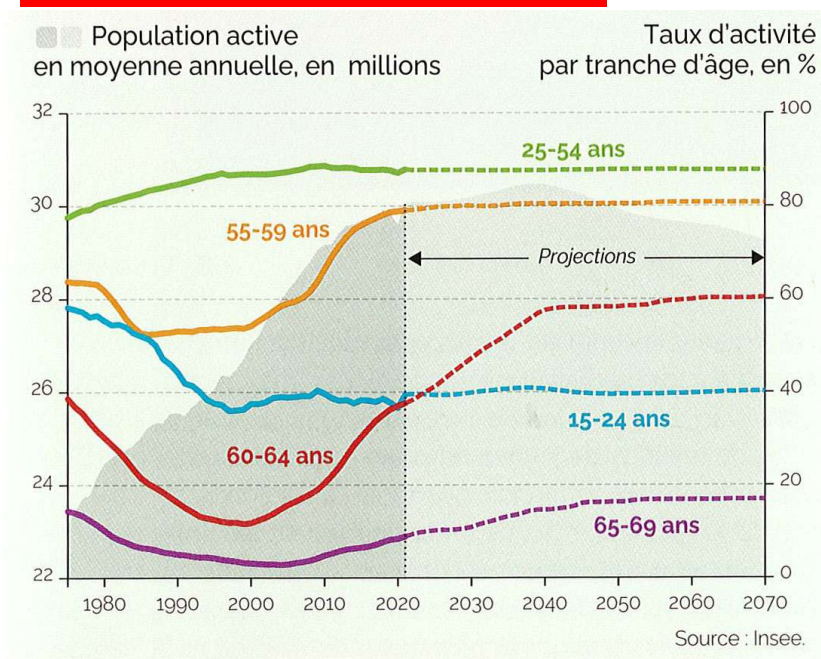
- les éventuelles dégradations des conditions de santé propres à chacun ou la présence de pathologies, nécessitant des adaptations ou pouvant provoquer des ruptures de parcours professionnel,
- les conditions de retour à l'emploi après des ruptures pour raison de santé,
- les risques inhérents au travail qui peuvent être amplifiés avec l'âge,
- voire les risques psychosociaux liés à l'ensemble de ces situations de vulnérabilité.

Dans ses hypothèses tendanciennes sur la projection des actifs à 2050, l'INSEE a intégré, le vieillissement en activité. La situation par tranche d'âge serait la suivante au plan national, sachant qu'elle sera d'autant plus défavorable en Normandie que la baisse de sa population globale et du volume de ses actifs intervient plus précocement :

¹⁷⁸ Loi « santé au travail » d'août 2021 entrée en vigueur en avril 2022.

¹⁷⁹ Un seuil partagé par les entreprises et France Travail

Taux d'activité par tranche d'âge en France en 2050

- DES SENIORS DE PLUS EN PLUS ACTIFS -

(Source : La France en perspective -imaginer 2050)

- **Accompagner les parcours : la lutte contre la désinsertion**

On évoque souvent le taux d'emploi peu élevé des séniors, encore plus prononcé en Normandie, qui témoigne de la faiblesse de la culture de leur maintien en entreprise. Ce contexte ne permet pas d'envisager sereinement aujourd'hui les poursuites d'activité plus longues. Or elles sont d'ores et déjà une réalité avec, d'une part, les souhaits ou la nécessité pour certains de cumuler un emploi et une retraite, d'autre part, le déport de l'âge de la retraite qui s'est déjà opéré, bien que les débats sur cette question soient toujours vifs et d'actualité. Il est donc essentiel de poursuivre les avancées sur les conditions du vieillissement en emploi, et plus particulièrement sur la problématique des conditions de travail et d'emploi des actifs les plus âgés au regard de la santé au travail.

Ces enjeux de l'accompagnement du vieillissement en emploi ont tenu une place à part entière dans le dernier ANI de 2020 transposé dans la loi « santé au travail » de 2021. Il consacre en effet une large part à la lutte contre la désinsertion professionnelle et à la prévention globale des risques en santé lié au vieillissement au travail. Il a été complété par l'ANI de 2024 (non encore transposé) dont une partie porte sur différentes mesures permettant de favoriser l'emploi et le maintien dans l'emploi des « salariés expérimentés ». À noter que les débats sur cette question introduisent un changement de vocabulaire par exemple, pour valoriser davantage le niveau d'expertise et d'expérience que l'âge d'une personne. Ces débats se sont accompagnés d'initiatives diverses, tels que des engagements sous forme de charte lancée à l'initiative de clubs de DRH et signées avec le ministère du Travail sur les « 50 + ».

Le constat est néanmoins encore pessimiste. Selon un sondage¹⁸⁰ réalisé lors du lancement de son « Initiative pour l'emploi des plus de 50 ans » par le ministère du Travail, la mise en place de mesures spécifiques d'accompagnement des salariés dès 45 ans est aujourd'hui peu fréquente dans les entreprises. Seules 26 % d'entre elles déclarant le faire, souvent les plus grandes.

Légalement, seules les entreprises de plus de 300 salariés sont soumises à des obligations de mettre en place des plans seniors, discutés avec les partenaires sociaux, et portant sur le recrutement, la gestion des carrières et l'aménagement des fins de carrière, l'adaptation des conditions de travail et de pénibilité aux contraintes physiques des seniors, l'accès à la formation, ou encore la transmission des savoirs et des compétences. Par ailleurs des outils spécifiques existent comme des contrats de travail spécifiques, des parcours professionnalisants ou des accès facilités en formation.

Plus globalement, ces questions impactent les régimes de la Sécurité sociale et leurs équilibres financiers. Toute transformation de notre système de protection sociale influence notre modèle social et il est probable qu'ils connaîtront différentes évolutions d'ici 2050.

Il est essentiel de s'assurer à l'avenir que ces initiatives s'apparentent effectivement à une autre prise en compte de l'âge et du vieillissement en emploi, respectueuse de la qualité de vie et de la santé au travail des actifs vieillissant en emploi, tout en répondant aux nécessités d'augmentation du taux d'emploi des seniors, motivées en partie par les tensions sur le marché du travail.

3.4. Gouvernance et moyens au service d'une culture de la santé au travail partagée par tous ?

3.4.1. – Le poids des partenaires sociaux dans les évolutions des équilibres de la branche AT-MP

La branche AT-MP (Accidents du travail – Maladies professionnels) est la composante de la branche « assurance maladie » de la sécurité sociale qui gère les risques professionnels auxquels sont confrontés les travailleurs des régimes du secteur privé, depuis la prévention des risques professionnels jusqu'à leur indemnisation. Financée par des cotisations, cette branche est excédentaire. Les partenaires sociaux ont réussi, jusqu'à présent, à défendre la nécessité des moyens ainsi dégagés face aux tentatives de ponction des excédents pour alimenter les autres branches déficitaires de la sécurité sociale, au motif qu'ils affectent ces moyens au renforcement de la prévention en santé et à la réduction, *in fine*, des risques pesant sur la santé au travail.

Des ruptures potentielles ne sont pas à exclure quant à la capacité de résistance des partenaires sociaux face à des enjeux de financements publics plus globaux.

¹⁸⁰ Étude Ipsos réalisée pour l'ANDRH et « Les entreprises s'engagent » en 2025.

Par ailleurs, leur pilotage de l'amélioration des conditions de travail et la santé des actifs en emploi se heurte aux limites soulignées au fil de la rétrospective, qui peuvent le contrarier si elles ne sont pas levées :

- la faiblesse des moyens d'action des services de santé au travail, qui se cumulent avec les situations de tension sur les professionnels de santé propres à la Normandie,
- les disproportions observées dans le suivi des personnels selon les secteurs, les territoires, la taille des entreprises,
- les questionnements sur la capacité des délégués à porter les conditions de travail et de santé au travail dans les instances du dialogue social dans les entreprises,
- les incertitudes inhérentes à la négociation collective entre les partenaires sociaux, principaux acteurs de la santé au travail, permettant de maintenir des parcours qualitatifs en santé au travail dans les parcours de vie des individus.

3.4.2. D'une culture du risque à une culture de la santé au travail

• Les bases de la culture du risque, à stabiliser

Comme dans tous les domaines où la survenue d'un risque existe, l'incitation à développer une « culture du risque » repose sur 2 éléments.

- D'une part qu'elle soit partagée par tous

En l'occurrence, les deux parties ont des intérêts réciproques : les employeurs, dirigeants, chefs d'entreprise, qui ont des exigences de productivité, ainsi que les employés, soucieux de ne pas altérer leur santé.

- D'autre part, qu'elle repose sur la connaissance et la sensibilisation aux risques

Celles-ci font partie intégrante des obligations de prévention de l'employeur qui doit y consacrer des moyens dédiés au sein de l'entité de travail, et dispose pour ce faire d'outils ou d'accompagnements. Mais il ne maîtrise pas tous les éléments puisque le recueil et le partage de connaissances en matière de risques professionnels et de santé de l'ensemble de l'écosystème de travail relève d'autres acteurs, observatoires, branches¹⁸¹, services publics, opérant souvent de façon cloisonnée.

On peut de fait souligner l'absence de robustesse de l'observation à un niveau plus global, pourtant nécessaire pour connaître et agir :

- l'information qu'elle délivre reste souvent parcellaire, calquée sur une typologie de risques qu'il conviendrait de faire évoluer, notamment en développant l'observation et la qualification des risques psychosociaux, d'une part, et d'autre part, en y introduisant de nouveaux axes autour de risques émergents identifiés en santé au travail,

¹⁸¹ L'ANI renvoie aux branches la responsabilité de partager la connaissance et la sensibilisation aux risques.

- le recueil de données ne permet pas un regard homogène entre secteurs privé et public,
- enfin, l’observation n’introduit pas de réelle ouverture sur une approche genrée de la santé au travail, et révèle difficilement les impacts en santé dans les diverses situations de vulnérabilité individuelle face au travail.

- **Vers une culture de la santé au travail ?**

Longtemps marquée par deux dominantes, la prévention des risques professionnels et l’amélioration des conditions de travail, la question de la santé au travail s’est peu à peu ouverte à la notion de qualité de vie au travail, reconnue globalement comme une exigence de base, et qui le sera probablement davantage dans un avenir bousculé, plus qu’aujourd’hui, par les enjeux de l’attractivité et de la fidélisation des ressources humaines.

Une architecture institutionnelle cloisonnée, autour de cercles d’acteurs en santé au travail œuvrant chacun dans leurs domaines de responsabilité propre, persiste. Cela ne facilite ni la production d’indicateurs efficaces, ni le dépassement de la notion de « risque professionnel » au profit de celle de « santé globale ».

Une approche davantage partagée entre santé publique, santé au travail et santé environnementale, permettrait d’améliorer l’accès à la santé globale des individus et de fonder une culture de la qualité de vie et de la santé au travail.

3.4.3. Un rôle pour la Région au regard de ses compétences annexes

Plusieurs textes permettent de structurer et de coordonner les efforts en matière de santé au travail au niveau régional. En vertu du code du Travail, la collectivité régionale n’a pas de rôle à proprement parler en matière de santé et sécurité au travail, de risques professionnels et d’amélioration des conditions de travail¹⁸². En revanche, elle peut s’impliquer indirectement dans le cadre d’autres de ses compétences.

- **L’orientation et la formation professionnelle tout au long de la vie**

Dans le domaine de la formation professionnelle tout au long de la vie¹⁸³, la Région occupe une place particulièrement active parmi les acteurs régionaux de l’EFOP, emploi, formation et orientation professionnelles.

Pour échanger sur les besoins de formation, elle côtoie les représentants de l’État, les branches professionnelles, ainsi que l’ensemble des partenaires sociaux réunis au sein de l’instance régionale qu’elle copréside, le CREFOP, comité régional de l’emploi, de la formation et de l’orientation professionnelles.

Les débats sont régulièrement alimentés par des analyses croisées sur l’évolution des emplois, basées sur des données d’observation des métiers et des compétences, au cours desquels sont inévitablement évoquées les difficultés particulières liées aux risques professionnels, aux

¹⁸² Code du Travail [Quatrième partie : Santé et sécurité au travail \(Art. L4111-1 à L4831-1\)](#).

¹⁸³ Code du Travail [Sixième partie : La formation professionnelle tout au long de la vie \(Art. L6111-1 à L6523-7\)](#).

conditions de travail, aux difficultés d'attractivité des métiers et des secteurs professionnels. Ses responsabilités en matière d'information sur les métiers lui permettent d'assurer également un relais auprès de l'ensemble des actifs à chaque étape de leur vie professionnelle. Enfin le contenu de l'offre de formation professionnelle continue à destination du public cible des demandeurs d'emploi intègre déjà ces questions de sensibilisation, de prévention des risques et de promotion de la santé. L'environnement des formations est également adapté à la prise en compte les particularités des publics fragilisés ou éloignés de l'emploi, notamment de leurs vulnérabilités sociales et de santé.

- **Les interventions en faveur du développement économique**

La Région dispose également de moyens d'action au travers de ses interventions dans le domaine du développement économique, et des dispositifs à destination des entreprises. Par cet intermédiaire, elle peut cibler son action auprès des TPE/PME qui constitue une composante importante du tissu économique normand. Elle a également la capacité, d'évoquer l'importance d'une approche globale de la santé au travail, de faire culture commune sur ce point, voire d'inciter ses partenaires, par les arbitrages qu'elle opère, à relever les exigences en santé au travail en contrepartie de ses interventions.

- **Son rôle en environnement et aménagement des espaces**

Nous avons déjà évoqué plus haut (3.1.4.) le rôle des décideurs et aménageurs dans la qualité des espaces de vie qui facilitent la qualité de vie au travail.

À ce titre, la Région est particulièrement impliquée dans l'ensemble des politiques de recomposition des espaces, au travers du pilotage du SRADDET, ainsi que des politiques de mobilité. Elles sont susceptibles de contribuer à rendre les espaces de vie et de travail plus qualitatifs, à faciliter l'organisation des temps de vie personnelle et professionnelle et à favoriser, par conséquent, une meilleure santé globale des Normands.

Ainsi la Région est en mesure de contribuer au partage d'une culture commune de la santé au travail, par le biais de ses différents champs d'attribution qui participent de l'attractivité économique des entreprises et du territoire qui aura besoin des actifs de 2050.

4. Que peut-il advenir ? Les dynamiques à observer

Le contexte socioéconomique et la typologie des emplois normands présentés dans la rétrospective met en exergue l'étendue et la spécificité des risques en santé qui touchent les actifs normands. Il relève également les disparités quant aux garanties d'accès à la santé équitables pour tous sur l'ensemble d'une vie professionnelle.

Des évolutions pourront être introduites par l'ensemble des acteurs de la santé, dont les employeurs, pour rompre avec ces tendances et faire que les périodes d'activité dans les parcours de vie contribuent à gommer ces disparités et améliorent globalement la santé.

- **De nouveaux paradigmes sociétaux**

En Normandie comme ailleurs, les évolutions des constructions sociales autour du travail et des temps de vie se feront sentir. D’ores et déjà, des signaux faibles se dégagent dans les comportements au travail qui appellent à la vigilance sur la manière de garantir des conditions équilibrées entre investissement au travail et reconnaissance du travail. Les ruptures et les transformations à l’œuvre dans les formes de travail, davantage individualisées et isolant parfois les actifs, sont susceptibles de cumuler des vulnérabilités à celles que rencontrent déjà bon nombre de travailleurs fragiles, au risque d’exposer davantage leur santé globale.

- **Des lieux de travail, lieux de bonne santé ?**

Les glissements dans le rapport au travail introduisent d’ores et déjà des débats dans la vision qu’on peut se faire des « obligations » des employeurs encadrées par le code du Travail. L’atténuation des spécificités normandes en santé au travail et la progression dans le respect des exigences de prévention dépendront de plusieurs facteurs : l’amélioration de la connaissance partagée des risques professionnels, des moyens adaptés dans toutes les tailles d’entreprises, la prise en compte des risques émergents, et des RPS plus difficiles à appréhender. À ce propos, il existe un véritable enjeu de transparence des indicateurs de mesure des RPS et de leur diffusion, tendant vers une harmonisation entre le secteur privé et le secteur de la fonction publique.

- **Posture des employeurs et poids du dialogue social en santé au travail**

Il est important de surveiller plusieurs aspects face aux évolutions possibles à 2050 :

- la posture des employeurs, leur capacité à adopter un management qui valorise le collectif et la reconnaissance, pour nuancer les pratiques qui individualisent le rapport au travail et portent des injonctions dommageables pour la santé
- leur responsabilisation en matière de qualité de vie au travail, la qualité du dialogue social qu’ils entretiennent,
- les mesures spécifiques destinées aux plus petites entreprises pour accompagner les changements

Elles seront d’autant plus déterminantes dans le contexte démographique normand : la population diminue et vieillit, ce qui rendra le recrutement difficile d’ici 2050. Cela nécessitera une attention renouvelée à la santé tout au long des parcours professionnels prenant mieux en compte l’âge et le vieillissement au travail.

L'accès à la santé pour les travailleurs normands dépendra de la manière dont tous les acteurs prendront en compte la culture de la santé au travail. Elle dépendra aussi de la capacité des individus et de leurs représentants à participer activement au dialogue social, notamment dans les discussions sur la qualité de vie et les conditions de travail.

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « rapport au travail » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Une Normandie exposée à des risques professionnels et des vulnérabilités en santé spécifiques – Evolution des constructions sociales autour du travail
Tendances avérées	– Baisse de la population en Normandie – Vieillesse des actifs – Tensions au recrutement – Hausse des accidents du travail et maladies professionnelles
Ruptures majeures	– Évolution des formes de travail - baisse du temps de vie au travail – Baisse de la population des actifs – Risques professionnels émergents
Enjeux	– Qualité de vie au travail favorable à la santé globale – Qualification des RPS et des nouveaux risques – Inclusion en emploi et accompagnement en santé des parcours professionnels tout au long de la vie – Poids des partenaires sociaux dans le dialogue social en santé au travail
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Employeurs et partenaires sociaux, acteurs du dialogue social et d'une culture partagée de la santé des actifs – Moyens de prévention et volontarisme des employeurs – Amélioration, homogénéisation, partage de l'observation – Rôle de la Région dans les domaines formation, économie, aménagement du territoire
Ruptures possibles	– Délitement du dialogue social et baisse du rôle des partenaires sociaux dans les branches
Incertitudes majeures	– Défense / maintien de la branche AT-MP de l'assurance maladie ? – Effectivité de la prévention dans toutes les tailles d'entreprises ? – De la QVCT à la QVST, de la QVST au « bien-être » au travail ?

Ils peuvent donner lieu à une série d'hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau (Cf. *Partie I – 2.5. « présentation détaillée des hypothèses »*) :

Les questionnements relatifs au rapport au travail

RAPPORT AU TRAVAIL	
Rapport au travail et santé - Constructions sociales autour du travail, source de bien-être ?	
	Rapport au travail et sens donné au travail - Nouveaux temps de vie, nouveaux sens et rapport au travail ?
	Évolution des formes de travail et des organisations (grandes ruptures tech/IA + écologie) - Nouveaux risques face à des transformations émergentes et anxiogènes ?
	Vulnérabilités au travail - Quelle inclusion des personnes vulnérables au travail ?
	Retour à l'emploi et actifs éloignés – Quelles améliorations ?
	Approche genrée santé au travail - Quelle approche des spécificités de genre ?
	Habitat et fonctionnalité des espaces - Multifonctionnalité des espaces et qualité de vie ?
Conditions de travail et santé au travail / risques professionnels - Lieu de travail, lieu de bonne santé en 2050 ?	
	Risques AT MP classiques - L'atténuation des spécificités normandes ? Quelle prévention en 2050 ?
	Risques psycho-sociaux élargis (rythmes, surcharge et pénibilité / suicide) - Des RPS mieux appréhendés ?
	Nouveaux risques/risques émergents
	– Violence des usagers - Vers un apaisement dans la relation professionnelle avec les clients/usagers ?
	– Climat - D'une logique d'exception à une approche structurelle des risques du climat sur la santé au travail ?
	Obligations des employeurs - De la QVCT à la QVST ?
	Médecine et inspection du travail - Les moyens au service du respect des exigences ?
	Actions de prévention - Effectivité de la prévention primaire, dans toutes les tailles d'entreprises ?
Processus RH - De la RSE à la « permaentreprise » ?	
	Management RH - Glissement de la santé au travail vers le « bien-être » et responsabilité de l'employeur ?
	Dialogue social - Lieu du dialogue et équité sectorielle et territoriale en QVCT ?
	Accompagnement des parcours professionnels – Des parcours en santé TLV ? Quelle prise en compte de l'âge et du vieillissement dans l'emploi ?
Gouvernance santé au travail - Vers une « culture de la santé » des actifs partagée par tous les acteurs ?	
	Ressources et équilibre de la branche AT MP - Résistance des partenaires sociaux et défense de la branche AT-MP ?
	Culture du risque - Connaissance et diffusion de l'information - D'une « culture du risque » vers une « culture de la santé » au travail ?
	Rôle de la Région au regard de ses compétences AT et développement économique – Quel conditionnement QVST des interventions de droit commun de la Région ?

Chapitre 6 : Écosystème économique de la santé

Note au lecteur concernant la présentation de la variable « **écosystème économique de la santé** » : l'état des lieux présenté a été alimenté au fur et à mesure des travaux réalisés sur les autres variables, sans faire l'objet de recherches particulières en parallèle. Il vise donc à mettre en lumière quelques-unes des interrogations soulevées par le poids de certains agents économiques et leur influence sur l'accès à la santé des Normands à l'horizon 2050.

1. Définition

- **Un ensemble structuré et interconnecté d'acteurs**

L'écosystème économique de la santé en Normandie peut être défini comme l'ensemble structuré et interconnecté des acteurs, infrastructures et filières qui participent à la production, à la recherche, à l'innovation et à la mise à disposition de services de santé. Il repose sur une synergie entre les secteurs industriels, la recherche et l'innovation, les services aux usagers.

Les infrastructures et les services constituent l'offre de santé de proximité, la qualité d'accès à cette offre dépendant largement de leur présence, de leur densité et de leur répartition équilibrée sur le territoire régional. Ils sont largement abordés dans les autres chapitres de ce rapport.

La présence sur le territoire régional des filières qui participent à la production, à la recherche, à l'innovation n'est pas immédiatement déterminante dans l'accès des usagers au parcours de santé. Néanmoins, quel que soit le lieu d'implantation de ces agents économiques, ces filières constituent autant de ressources indispensables au fonctionnement du système de santé et conditionnent le degré de souveraineté dont disposent les acteurs qui en assurent la gouvernance.

- **Un lien complexe entre santé et développement économique régional**

Les réflexions de la commission qui a examiné le lien entre les questions de santé et le développement économique régional conduisent à retenir l'existence d'une relation complexe et à double sens entre les deux, souvent contradictoire, qui nécessite la recherche permanente d'un équilibre entre bienfaits/risques. Penser l'un sans penser à l'autre peut générer des effets délétères ou redoutables, ce qui invite à rechercher comment s'inscrire dans un développement vertueux.

Quelques exemples simples permettent d'entrevoir ces contradictions : l'industrie pharmaceutique œuvre à améliorer la santé, mais c'est une production « à risque » qui peut avoir de lourdes conséquences en termes de santé humaine ; dans un tout autre registre, des initiatives sont nées du développement de la silver économie, qui questionnent parfois

l'adéquation entre l'offre et les besoins liés à l'âge et au vieillissement, et interpellent sur la nécessité d'une autre prise en compte par l'économie à même de répondre plus équitablement à l'ensemble de la population.

2. Ressources utilisées et objectif de l'état des lieux

- **Les ressources internes**

Pour illustrer cette approche par les agents économiques, le Comité d'étude et la commission se sont appuyés principalement sur les ressources apportées par les commissions mentionnées en introduction du rapport (cf. 2.3.1.) : la Commission 4 « développement économique »¹⁸⁴ et la Commission 5 « recherche – innovation – coopération ». Elles ont contribué à cette étude en engageant leur propre réflexion sur leur champ de compétence respectif, dans les contours qu'elles ont choisi de retenir. Seules quelques réflexions ont été poussées plus avant au gré des besoins de l'étude.

Enfin une audition du gérontopôle de Normandie a permis d'approcher la question de l'économie du vieillissement au regard des transitions démographiques attendues en Normandie.

- **Les sous-variables retenues**

Les développements ci-après s'attacheront à mettre en lumière les enjeux liés à la présence d'une filière normande de l'économie en santé et en santé numérique, dans le prolongement des enjeux évoqués dans le *chapitre* consacré aux « Innovations en santé, santé numérique et intelligence artificielle » (3.1.), au poids de l'industrie du médicament et des biens de santé en général (3.2.) et aux risques posés par les évolutions vers une financiarisation de l'offre de santé et de soins (3.3.) dans l'accès de tous à la santé face aux défis posés à la santé de demain, et enfin à la place de l'économie du vieillissement dans l'accompagnement des transitions démographiques (3.4.).

Le rôle de l'ensemble des acteurs de l'offre en santé, que sont les structures de santé en général et les professionnels de santé libéraux, sera quant à lui développé dans le dernier chapitre 7 « gouvernance en santé ». Leur rôle est analysé davantage au regard de la place qu'ils occupent en tant qu'acteurs et/ou opérateurs dans la gouvernance globale et dans les grands équilibres financiers¹⁸⁵ du système de santé dont ils sont les principaux rouages, plutôt qu'en tant qu'agents économiques bien que le poids de leur activité sous l'angle économique

¹⁸⁴ Pour mémoire, une grande partie des réflexions de la Commission 4 « développement économique » ont porté sur la santé au travail, évoquant le volet social dans le champ de l'économie. Une partie des réflexions a été intégrée au *chapitre* « Rapport au travail » pour ce qui concerne la manière dont les entreprises prennent en compte la santé, ses glissements sur le bien-être au travail et leurs conséquences pour les dirigeants, et les évolutions vers des modèles d'affaires des entreprises intégrant une approche holistique de trois principes indissociables du développement durable : « prendre soin des humains », « préserver la planète », « se fixer des limites et partager équitablement ». Une seconde partie a été intégrée au *chapitre* « Emploi, métiers, compétences, formation » pour ce qui concerne les conditions de travail des professionnels de santé.

¹⁸⁵ À titre d'exemple, le modèle hospitalo-centré, la coordination des professionnels de santé sur les territoires, ou encore les modalités de conventionnement des médecins libéraux, etc.

soit considérable¹⁸⁶. Ce dernier chapitre explorera en effet la question des enjeux du modèle social et économique structurant l'offre de santé, qui se pose avec acuité compte tenu des fortes inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux soins et à la santé des Normands.

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux

3.1. Filière normande de l'économie en santé et en santé numérique¹⁸⁷

3.1.1. Un poids important, notamment dans l'industrie pharmaceutique

La filière santé au grand complet



(Source : contribution de la Commission 5 – Site Région Normandie)

La Normandie est un acteur majeur dans le domaine de la santé, notamment en raison de son poids dans le secteur industriel. Elle compte en effet 180 industries, dont quatre grands groupes pharmaceutiques majeurs. Outre les géants de l'industrie comme Sanofi France, GlaxoSmithKline, ou Johnson & Johnson, elle a sur son territoire de nombreux leaders mondiaux, comme les laboratoires Gilbert, Aptar Pharma ou Eurapharma, tant dans les domaines de la pharmacie, des dispositifs médicaux, de la santé connectée ou de la radioprotection. La région emploie directement 10 000 personnes et indirectement 21 000, représentant un quart des emplois de l'industrie pharmaceutique en France, soit le 2^{ème} rang national pour la production de médicaments.

¹⁸⁶ Les CHU sont les 1^{ers} employeurs de Normandie : CHU de Rouen (1^{er} employeur régional tous secteurs confondus-10 285 personnes) et Caen (1^{er} employeur du Calvados- 7 468 personnes).

¹⁸⁷ Les données présentées sont issues de la contribution de la Commission 5 « recherche, innovation, coopération » intitulée « innovations en santé, santé numérique et intelligence artificielle », disponible en complément de l'étude sur le site du CESER.

Le territoire se distingue notamment en ce qui concerne la lutte contre le cancer, avec des centres renommés comme François Baclesse, à Caen, et Henri Becquerel, à Rouen, ainsi que de grandes structures de recherche comme le Cancéropôle Nord-Ouest, basé à Lille, Cyceron, plateforme d'imagerie biomédicale et Archade, à Caen, qui regroupe la recherche, le soin et l'innovation technologique en hadronthérapie¹⁸⁸ dans un même site.

3.1.2. Un appui sur un écosystème de recherche important

• Richesse de l'écosystème recherche/économie en santé et santé-numérique

En appui du secteur, la Normandie dispose de centres de recherche publique, forts de 3 200 chercheurs. Outre la cancérologie, des laboratoires sont spécialisés dans les neurosciences, en cardiologie, nutrition et biotechnologies, mais également sur les sujets liés à l'intelligence artificielle, à l'image du GREYC et du LITIS, regroupant des chercheurs reconnus au niveau international. Le Campus Santé Rouen Normandie comme le Science et Innovation Park EPOPEA sur Caen sont dédiés à l'innovation en santé et aux sciences du numérique.

Par ailleurs, les innovations autour de la santé numérique bénéficient d'un accompagnement particulièrement important par les structures qui leur sont dédiées, parmi lesquelles¹⁸⁹ :

- Normandie Incubation accompagne depuis 2000 les startups Normandes, notamment celles développant des projets sur les thématiques de santé ¹⁹⁰, de bien-être et de robotique. Cet accompagnement a permis de soutenir une soixantaine d'acteurs, dont 40 % de projets en santé numérique (e-santé, health tech, medtech, biotech, etc.) comme : BODYCAP (capteurs de monitoring physiologique), ROBOCATH (robotique pour le traiter les maladies vasculaires), KLODIOS (plateforme d'agrégation de contenus pour les professionnels de santé),
- L'ADNormandie, Agence de Développement Normandie complète l'offre de financement aux entreprises du territoire, et participe aux rencontres normandes de la santé numérique,
- Le Pôle Pharma, cluster rattaché à la filière industrielle pharmaceutique française, l'accompagne dans la structuration de son innovation, et vise à faire de la France le meilleur endroit au monde pour développer et produire des médicaments,
- Normandie Health Tech, réseau de dirigeants, facilite et accélère la croissance et l'influence des entreprises de la santé numérique.

¹⁸⁸ L'hadronthérapie est une forme de radiothérapie qui utilise des faisceaux de protons et d'ions accélérés pour traiter des tumeurs radio résistantes.

¹⁸⁹ À noter que le Pôle TES, pôle de compétitivité de transactions électroniques sécurisées, jusqu'en 2025, a été référent en matière d'innovation en haute technologie numérique, et a accompagné dans le domaine de la santé l'intégration de solutions numériques adaptées tout au long du parcours du patient : internet des objets, dispositifs de suivi des pathologies à domicile, IA d'aide au diagnostic et de suivi des données de santé, transformation numérique des établissements de soins.

¹⁹⁰ [La healthtech en Normandie ! - Normandie Incubation](#).

- **L'enjeu du maintien de cet écosystème**

Cet écosystème ancré en Normandie constitue une vraie richesse endogène du territoire, renforce sa structure industrielle et peut représenter un atout face aux mouvements de délocalisation ou aux tentatives de captation des outils de production par des géants mondiaux. Il peut être également un terreau propice à la conservation des startup normandes en région.

Par ailleurs, il est de nature à renforcer la souveraineté nationale en matière de disponibilité et d'offre de médicaments (cf. *infra* 3.2.) ou protocoles de soins, en quantité et en qualité, même s'il n'est pas un gage d'une meilleure faculté à en maîtriser les coûts dans une économie mondialisée.

Accessoirement, il peut contribuer renforcer l'attractivité économique du territoire grâce à la reconnaissance de l'expertise régionale en matière de santé, notamment auprès d'investisseurs mais aussi rendre la région attractive auprès des futurs actifs dans leur ensemble, dont les professionnels de santé qui font aujourd'hui défaut à la Normandie.

Les questions posées à terme portent sur la capacité des acteurs économiques et du monde de la recherche, de l'innovation et des transferts de technologies, à asseoir la dynamique de cet écosystème recherche/économie pour maintenir l'avance de la Normandie sur la filière santé en général, et santé-numérique en particulier, ainsi que pour résister face aux décisions de grands groupes internationaux et au risque de délocalisation des unités de recherche-développement et de production.

3.1.3. Le rôle des acteurs publics dans le soutien à l'écosystème

Qu'il s'agisse de la Région, déjà fortement impliquée dans les innovations en santé ainsi qu'au titre de sa politique de droit commun en matière de recherche ou de soutien à l'économie, ou bien des autres acteurs publics ou financeurs publics et privés, ils ont tous un rôle à jouer dans le soutien à la filière santé en général, santé numérique en particulier. Ils sont en position de créer les synergies entre les acteurs de l'innovation et le monde socio-économique. Bien qu'étant la 2^{ème} région productrice de médicament en France, le soutien national et régional est une condition sine qua non pour maintenir l'industrie pharmaceutique normande à son rang national et mondial, sachant que depuis 2002, selon le Pôle Pharma, la France est passée du 1^{er} au 5^{ème} rang des producteurs industriels européens faute d'investissements massifs.

Les décisions d'investissement dans les innovations sont pourtant impactées par le contexte ambiant de restrictions budgétaires et les incertitudes géopolitiques. Pourtant, la capacité des acteurs à se mobiliser sera déterminante à plusieurs titres : pour renforcer les soutiens à l'amorçage, pour s'affranchir si besoin du fléchage des fonds, indispensables mais parfois contraignant, dispensés par les AMI, appels à manifestation d'intérêt nationaux, afin de faire valoir des priorités régionales, ou encore pour soutenir le PUI Normandie, pôle universitaire d'innovation, pour donner réellement corps à la priorité « santé bien-être » inscrite parmi les quatre priorités stratégiques du pôle (cf. *chapitre* « Innovations, numérique en santé et IA » – 3.2.2.), et enfin pour veiller au caractère éthique des investissements et des développements.

Cette capacité repose, entre autres choses, sur une bonne connaissance par les élus des spécificités et de l'émergence des atouts normands. Il est nécessaire qu'ils s'en imprègnent pour guider leurs aides financières et affuter leur rôle d'animateurs de l'écosystème recherche publique, privée, établissements de production.

3.2. Industrie du médicament

Pour assurer un meilleur accès à la santé, les questions de financement et de gouvernance de la production du médicament et des dispositifs médicaux en général sont essentielles.

Néanmoins, dans la situation actuelle de régulation centralisée du système de santé, les marges de manœuvres régionales dans cette gouvernance sont inexistantes, quand bien même l'industrie du médicament y est fortement implantée, comme c'est le cas en Normandie.

Aussi, bien qu'il aurait été important d'approfondir la question des mécanismes économiques à l'œuvre, il n'a pas semblé réaliste de s'engager dans cette voie dans le délai imparti pour l'étude. Seules sont reprises ci-dessous certaines remarques soulevées au fur et à mesure des débats, qui appellent à la vigilance sur des points particuliers en lien avec l'accès à la santé des Normands, dans la mesure où elles pourraient faire l'objet de réflexions en fonction des ajustements de gouvernance pouvant se produire sur l'horizon temporel de l'étude.

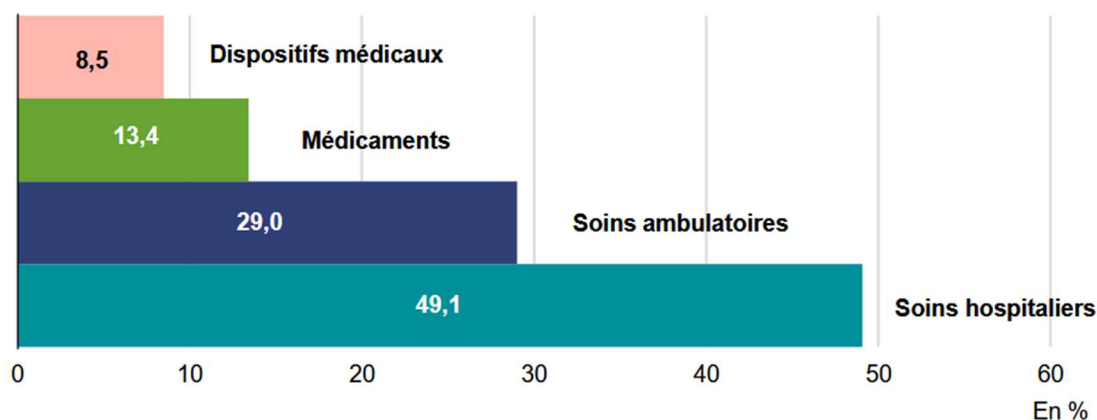
3.2.1. Accès au médicament au meilleur prix

- **Un renchérissement très segmenté des prix selon les dépenses de santé**

Le développement des molécules onéreuses et des protocoles complexes, notamment dans le domaine de l'oncologie, en forte croissance, a été souligné comme un facteur important de renchérissement du prix des médicaments et de la place qu'ils occupent dans les dépenses de santé¹⁹¹. Aujourd'hui, les médicaments représentent globalement 13,4 % de la CSBM, consommation de soins et de biens médicaux (ces ordres de grandeur seront largement détaillés dans le chapitre 7 « gouvernance en santé »).

¹⁹¹ La forte progression des dépenses est constatée dans quelques classes thérapeutiques spécifiques : les traitements du cancer, de la mucoviscidose, de la sclérose en plaques, de l'hypercholestérolémie, du diabète, ainsi que des traitements innovants.

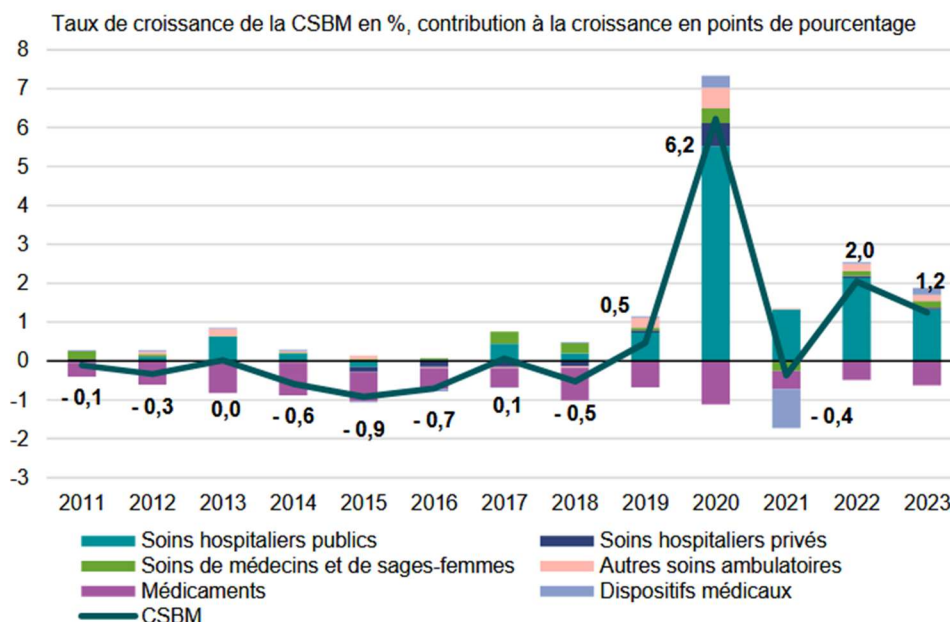
Structure de la CSBM en 2023

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2023

Source > DREES, comptes de la santé.

(Source : DREES – les dépenses de santé en 2023 - édition 2024 - [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024](#) | [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#))

En revanche, si la répartition des dépenses de médicaments se déforme effectivement en faveur de spécialités plus récentes et plus coûteuses, une analyse détaillée sur longue période montre que la contribution des médicaments à l'augmentation des dépenses de santé est soutenue par le dynamisme de leur consommation en volume (+ 7,8 %), et non par la dynamique des prix qui continuent de baisser (- 4,4 %).

Graphique 5 Contribution à la croissance de la CSBM en prix

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee et Statistique mensuelle de la CNAM pour les indices des prix.

[Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024](#) | [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#))

- **La fixation et la régulation des prix**

La force de l'industrie pharmaceutique française ne constitue pas à l'heure actuelle un gage d'accès au médicament pour les usagers dans un marché du médicament mondialisé¹⁹². Dans la mesure où son remboursement est assuré en partie par des financements publics, la régulation exercée par l'État qui tente d'en maîtriser le prix fait peser un risque de rupture d'approvisionnement dès lors que le marché est plus rentable ailleurs qu'en France, et que le prix est jugé trop faible au regard des modèles économiques des industriels. Selon le Leem, organisation professionnelle représentative des entreprises du médicament opérant en France, les prix du médicament sont plus bas que la moyenne européenne, de – 11 % pour les médicaments sans concurrence générique et de – 16 % pour ceux soumis à la concurrence¹⁹³.

Le poids de l'État dans la fixation des prix est en effet important en France. Ainsi, les diminutions de prix observés sont dues principalement à deux phénomènes conjugués :

- l'accroissement des remises conventionnelles¹⁹⁴, qui viennent minorer les dépenses finales pour l'État, correspondant au prix remisé, alors que le prix public de vente du médicament reste identique, permettant ainsi à l'État de maîtriser les dépenses de santé,
- la baisse tendancielle du prix de vente des médicaments.

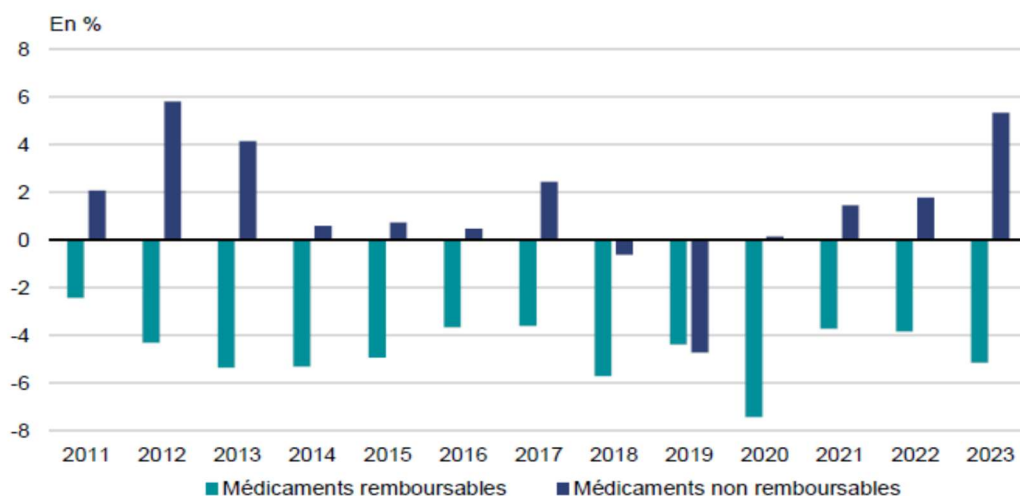
C'est ainsi que pour les médicaments remboursables, soit 90 % des dépenses, la baisse des prix a été importante, soit - 4,8 % par an en moyenne entre 2012 et 2022, alors que les médicaments non remboursables, dont les prix sont libres, ont fortement augmenté, notamment en 2023, avec une évolution de + 5,3 % après + 1,8 % en 2022.

¹⁹² Les exemples de produits indisponibles se sont succédé dans la période récente.

¹⁹³ Source : Leem - [L'industrie française, entre ambitions stratégiques et fragilités structurelles - actualités-Pharmaceutiques](#).

¹⁹⁴ La remise conventionnelle est une réduction de prix que les laboratoires pharmaceutiques s'engagent à accorder à l'Assurance maladie, dans le cadre d'une négociation. Calculée sur le chiffre d'affaires des laboratoires, elle est reversée *a posteriori* à la CNAM.

Evolution annuelle de l'indice de prix des médicaments remboursables et non remboursables (hors émises conventionnelles)



Note > L'indice des prix à la consommation est calculé chaque année par l'Insee à qualité constante. L'effet sur les dépenses de l'innovation, souvent coûteuses, n'y est donc pas retracé et fait partie de l'effet volume.
Lecture > En 2023, l'indice de prix des médicaments remboursables diminue de 5,2 %, celui des médicaments non remboursables augmente de 5,3 %.
Source > Insee ; calculs DREES.

(Source : DREES – les dépenses de santé en 2023 - édition 2024)

Enfin, certains professionnels de la filière soulèvent la question des délais de mise sur le marché et donc d'accès au médicament pour le grand public, très différenciés selon les réglementations internes des différents pays, au détriment du marché français où les délais sont parmi les plus longs d'Europe de l'Ouest¹⁹⁵. Cette régulation, à première vue protectrice pour l'utilisateur puisque motivée par l'éthique, la recherche de la qualité ou la transparence, comporte surtout une phase de négociation de fixation des prix importante liée à la volonté de maîtrise des dépenses de santé, avec des conséquences sur les stratégies industrielles des grands groupes¹⁹⁶.

• Cas particulier de certains dispositifs médicaux

Dans un autre registre, notamment celui du matériel médicalisé, il n'est pas rare de trouver des équipements, certes adaptés à une finalité médicale ou à un handicap, mais dont le prix de vente est injustement et fortement renchéri par rapport à leur prix de revient. Si leur prise en charge n'est pas intégrale, ces surcoûts ou leur reliquat, après intervention éventuelle

¹⁹⁵ Le « délai d'accès aux médicaments » recouvre une procédure complexe, parfois raccourcie grâce à des schémas d'accès dit « précoce » qui contribuent à réduire les délais d'accès aux médicaments. Plusieurs méthodologies de mesure existent, qui convergent néanmoins sur une durée plus importante en France :

* Le délai mesuré par la CNAM est celui entre l'évaluation de la HAS et le 1^{er} remboursement (Source : [Délais d'accès aux médicaments : comparaison européenne | L'Assurance Maladie](#)).

* Le délai mesuré par le Leem recouvre plusieurs étapes réglementaires et économiques entre l'AMM, autorisation de mise sur le marché, et la mise à disposition effective d'un médicament pour les patients. Il est essentiellement lié à la couverture socialisée du risque maladie, puisqu'il se compose de 2 évaluations (l'une du service médical rendu par la HAS, l'autre médico économique pour les médicaments à fort impact budgétaire), et d'une phase de négociation du prix qui conditionne son inscription au remboursement.

¹⁹⁶ Selon la même source (Leem – cf. *supra*), la filière a des « délais d'accès au médicament en France, parmi les plus longs d'Europe de l'Ouest, de 523 jours en moyenne en 2024, contre 567 jours en Espagne, mais 391 jours en Italie et 50 jours en Allemagne ».

d'une complémentaire santé, sont alors à la charge des usagers, et invite à la vigilance sur un la manière d'aligner les prises en charge sur les coûts réels. À cet égard, la Mutualité a indiqué ne pas être en position de rivaliser sur cette organisation du marché des produits et services de santé, malgré son panel d'offres, et en appelle à davantage de régulation.

- **Les risques de pénurie**

La question de la pénurie de médicaments est multifactorielle, les problématiques de prix s'ajoutant à celles de la délocalisation des laboratoires et de la production de médicaments. Elles entrent en ligne de compte dans l'érosion de la souveraineté d'approvisionnement, la France dépendant de plus en plus des importations¹⁹⁷. Par ailleurs, la croissance de la demande mondiale de médicaments¹⁹⁸ est importante, portée par la pression démographique et un meilleur accès à la santé dans certaines parties du globe, ou par le vieillissement de la population dans les pays occidentaux. Quoi qu'il en soit, l'industrie est face à des enjeux d'adaptation des volumes de production importants.

Néanmoins, l'impact de l'IA sur l'industrie pharmaceutique semble indéniable : ainsi en raison des gains de productivité de 50 %, le marché du médicament pourrait être multiplié par 10¹⁹⁹, pour autant qu'il ait accès aux ressources nécessaires à la fabrication de tels médicaments. À cela s'ajoute l'utilisation de l'IA pour prédire les propriétés pharmacologiques de nouvelles molécules.

Les risques de pénuries placent néanmoins les États en risque de concurrence ce qui appelle à la vigilance face au risque inhérent de pénaliser l'attractivité du marché pharmaceutique français.

3.2.2. Surconsommation, mésusage, conditionnement : des réflexions à mener

- **Le poids de la surconsommation**

La surconsommation de médicaments est régulièrement pointée du doigt et considérée comme un réel enjeu de santé publique. Elle donne lieu à des campagnes d'information récurrentes appelant à davantage de sobriété. Nécessaire d'une part pour protéger la santé des individus des risques de sur-médication ou de mésusage du médicament et prévenir la croissance de l'antibiorésistance²⁰⁰ et de la perte d'efficacité des médicaments, elle l'est

¹⁹⁷ Cf. *supra* la chute du 1^{er} au 5^{ème} rang de la France en Europe pour la production industrielle en 22 ans.

¹⁹⁸ Selon le rapport de la commission d'enquête du Sénat de 2023, la consommation mondiale a augmenté de 36 % entre 2012 et 2022 (Source : [Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède - Rapport - Sénat](#)).

¹⁹⁹ Team France Export - [Le rôle croissant de l'IA dans le développement de nouveaux médicaments - Team France Export](#) (Source contribution C5).

²⁰⁰ Selon l'assurance maladie, elle serait responsable en France de plus de 200 000 hospitalisations et de 10 000 décès prématurés par an. L'antibiorésistance, quant à elle, serait responsable de 125 000 infections et 5 500 décès chaque année. La France se situe au 2^{ème} rang européen pour la consommation de médicaments, et celle des antibiotiques est de 20 % supérieure à la moyenne européenne, selon la DREES (Source : Drees - « [Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance](#) » - Études et résultats n° 1217 – Janvier 2022). Des objectifs cibles de réduction de prescriptions d'antibiotiques sont intégrés dans les indicateurs de la ROSP, rémunération sur objectifs de santé publique des médecins.

également au regard des risques de rupture de stocks ainsi que des dépenses de santé qu'elle génère.

Une part de responsabilité peut en être attribuée à l'industrie pharmaceutique, l'État lui a d'ailleurs imposé récemment un objectif annuel d'économie en volume, après avoir œuvré pour faire croître le marché des médicaments génériques²⁰¹ moins onéreux pour le système de santé. L'enjeu pour elle consistera en partie à augmenter le nombre de produits innovants et à fort potentiel dans leurs parts de marché.

- **L'IA au secours d'une meilleure pertinence des usages**

Les innovations numériques au sens large permettent d'améliorer la maîtrise du médicament et notamment d'en faire un meilleur usage. Bien que le chiffre varie selon les études, l'OMS note que la moitié des erreurs médicales seraient dues à un mauvais usage des médicaments (interactions médicamenteuses). L'IA pourrait permettre une meilleure surveillance grâce à un meilleur contrôle des différentes données, une meilleure personnalisation des traitements et de meilleurs protocoles d'utilisation des médicaments.

- **Une réflexion sur l'évolution des conditionnements**

Enfin la question du conditionnement des médicaments s'invite de plus en plus souvent dans les débats. Il est à l'initiative des industriels, et une vigilance doit être portée sur sa meilleure adéquation avec les pratiques cliniques et les posologies. Par ailleurs, la délivrance unitaire est réglementée et ne permet pas l'extension de cet usage. Des réflexions pourraient être poussées pour rapporter les coûts de l'extension de cette pratique, qui peuvent être non négligeables tant pour les industriels que pour les pharmaciens dans leur activité quotidienne, aux économies réalisées pour le système de santé et à la réduction des risques éventuels de mésusage de médicaments stockés par les usagers, et ainsi permettre des arbitrages à l'avenir.

Globalement, des questions importantes de souveraineté dans la disponibilité de l'offre, à des coûts maîtrisés, se posent donc aux acteurs de la gouvernance en santé, appelant à une réflexion pour envisager un modèle plus vertueux autour d'un juste prix du médicament apte à répondre aux défis de santé d'ici 2050.

3.3. Financiarisation de l'offre de soins dans le système de santé

La financiarisation correspond à un phénomène de prise de contrôle des structures d'offre de soins par des capitaux et investisseurs privés qui captent les gains qu'elles génèrent, alors que ces services sont essentiellement financés sur des ressources publiques dans l'organisation actuelle du système de santé.

Le *chapitre* consacré à la « Gouvernance en santé » (cf. *chapitre* « Gouvernance en santé » - 3.2.3.), détaille les enjeux de cette tendance lourde à l'œuvre depuis plusieurs années. En effet, elle constitue une nouvelle donne dans les mécanismes financiers complexes du

²⁰¹ Les brevets sur les médicaments tombent dans le domaine public 20 ans après leur dépôt. Certains sont, plus souvent que les princeps, pénalisés par des ruptures de production.

système de santé et du modèle de protection sociale en vigueur, notamment pour la puissance publique en charge de les réguler avec l'ensemble des acteurs qui contribuent à son fonctionnement.

Mais la financiarisation peut également être une question à aborder sous l'angle du modèle économique : en effet, des pans entiers de l'offre de santé sont alors détenus par des acteurs purement financiers, souvent des fonds de pension étrangers, réduisant ce que l'on considère comme une offre de santé à un simple actif financier. Le phénomène se différencie d'une simple privatisation dans laquelle les praticiens gardent la main sur leur activité et trouvent logiquement et légitimement leur place dans l'offre de soins aux côtés de l'offre publique pour répondre aux besoins de santé.

Ce phénomène soulève des inquiétudes. Un rapport d'information de la commission des Affaires sociales du Sénat²⁰² en dresse un premier état des lieux, même si le mécanisme est encore insuffisamment documenté. Au-delà des incidences sur l'accès et la qualité des soins, des risques d'inégalité accrus et des conflits de valeurs avec notre modèle de solidarité sociale, le rapport souligne les principaux déterminants et enjeux du mouvement qu'il qualifie « d'OPA sur la santé » menée à grand renfort d'offres financières attractives, que sont :

- un marché particulièrement solvable, et perçu comme suffisamment rentable au regard du vieillissement attendu de la population et de la croissance estimée des besoins,
- la technicité de plus en plus forte dans le secteur de la santé qui a besoin de capitaux, là où la puissance publique a du mal à suivre,
- une forte régulation des dépenses, dans un contexte de tension budgétaire récurrente, qui incite à concentrer pour retrouver des gains de productivité,
- la complexité des montages financiers internationaux et des rouages financiers à l'œuvre, face auxquels les autorités régulatrices sont peu préparées et démunies,
- la prééminence des règles d'ouverture à la concurrence sur les marchés qui sont peu compatibles avec les caractéristiques de gouvernance financière de notre système de santé solidaire, etc.

Par ailleurs, en l'état actuel, l'absence de lisibilité sur la consolidation des comptes²⁰³ des groupes internationaux ne permet aucunement de cerner la part des bénéfices réinvestis dans le système de santé.

Les risques immédiats sont de voir les actes les plus rentables captés par les structures financiarisées, les dépassements à la charge des usagers s'envoler, ou des dérives s'installer compte tenu de la faiblesse des moyens de suivi de la régularité des activités pratiquées, notamment dans les centres de santé, malgré le renforcement des contrôles notamment de

²⁰² [Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? - Sénat](#) – septembre 2024.

²⁰³ La fédération CFDT santé-sociaux a fait part d'une analyse argumentée complémentaire sur le rapport sénatorial.

la CNAM. Enfin, de voir à terme, par la loi du marché, des capitaux délaisser brusquement un secteur au gré d'autres opportunités financières.

Zoom sur les complémentaires santé

Dans le domaine des complémentaires santé, on observe également d'importantes levées de fonds, auprès de fonds de pension étrangers, chez un des assureurs santé digitale français, le mettant potentiellement en position de capter le marché des complémentaires santé d'employeurs, au détriment de mutuelles historiques, au moment où cette obligation est en train de s'étendre à l'ensemble des employeurs publics²⁰⁴.

Aussi, en cerner davantage les rouages permettrait aux autorités de santé et à l'ensemble des acteurs de sa gouvernance, de mieux anticiper la progression du phénomène, d'isoler les faiblesses des modèles économiques actuels de pans entiers de l'offre de santé qui poussent les opérateurs et les professionnels de la santé à faire de tels choix, parfois contraints, et *in fine*, de mieux protéger le système de santé à long terme contre d'éventuelles dérives spéculatives.

L'enjeu réside dans l'éclairage des choix des pouvoirs publics : entre une maîtrise du phénomène qui suppose de s'outiller pour l'observer et en comprendre les rouages économiques et commerciaux, ou une position de « laisser-faire » cédant aux sirènes de la réponse plus immédiate à des besoins de santé actuellement non couverts.

3.4. Économie du vieillissement

3.4.1. La Normandie, région vieillissante

- **Une population qui vieillit plus vite en Normandie**

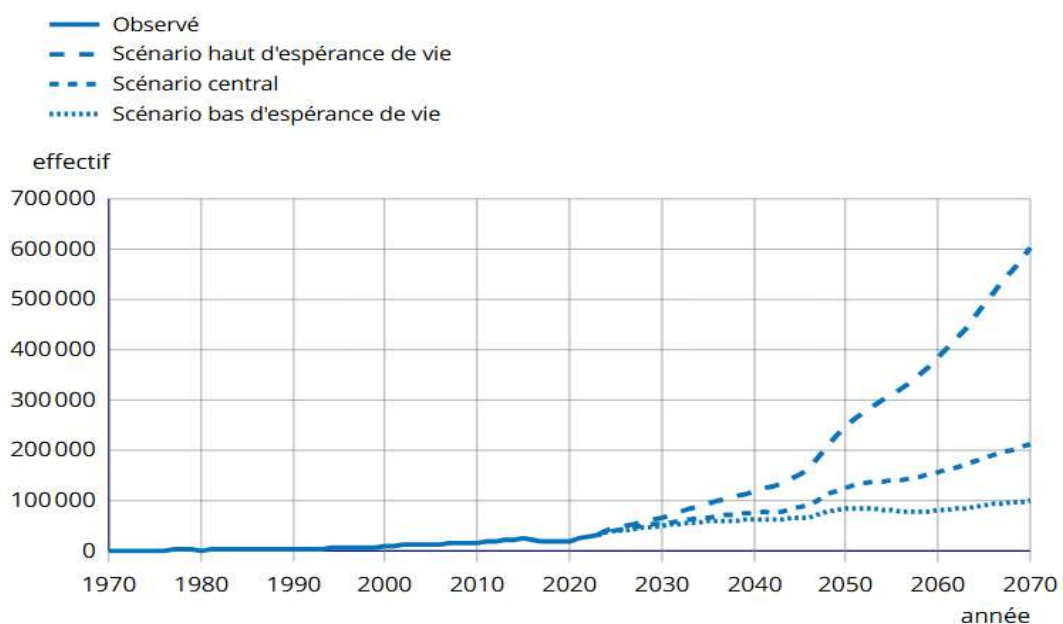
Pour mémoire, le *chapitre* « Démographie » permet de caractériser les enjeux du vieillissement de la population normande tout au long de la trajectoire qui mène à l'horizon 2050, avec une croissance du phénomène qui se stabilise après 2040 où l'impact de la classe d'âge des babyboomers s'estompe.

Parmi les plus de 65 ans, une étude de l'INSEE estime cependant que la croissance des centenaires se poursuivra quel que soit le scénario d'espérance de vie, à un rythme d'environ 6 % par an dans le scénario central, avec un volume en France de près de 130 000 centenaires en 2050 contre 30 000 en 2023, représentant 0,1 % de la population²⁰⁵.

²⁰⁴ Cf. levée de fonds de la *scale-up* (ex-start-up) d'assurance santé 100 % digitale française Alan en 2024.

²⁰⁵ Source : INSEE - [30 000 centenaires en France en 2023, près de 30 fois plus qu'en 1970 - Insee Première - 1943](#)

Nombre de centenaires par année, selon différents scénarios



Lecture : selon le scénario central des projections de population, 211 482 centenaires résideraient en France en 2070.

Champ : France métropolitaine jusqu'en 1990, France hors Mayotte de 1991 à 2013, France à partir de 2014.

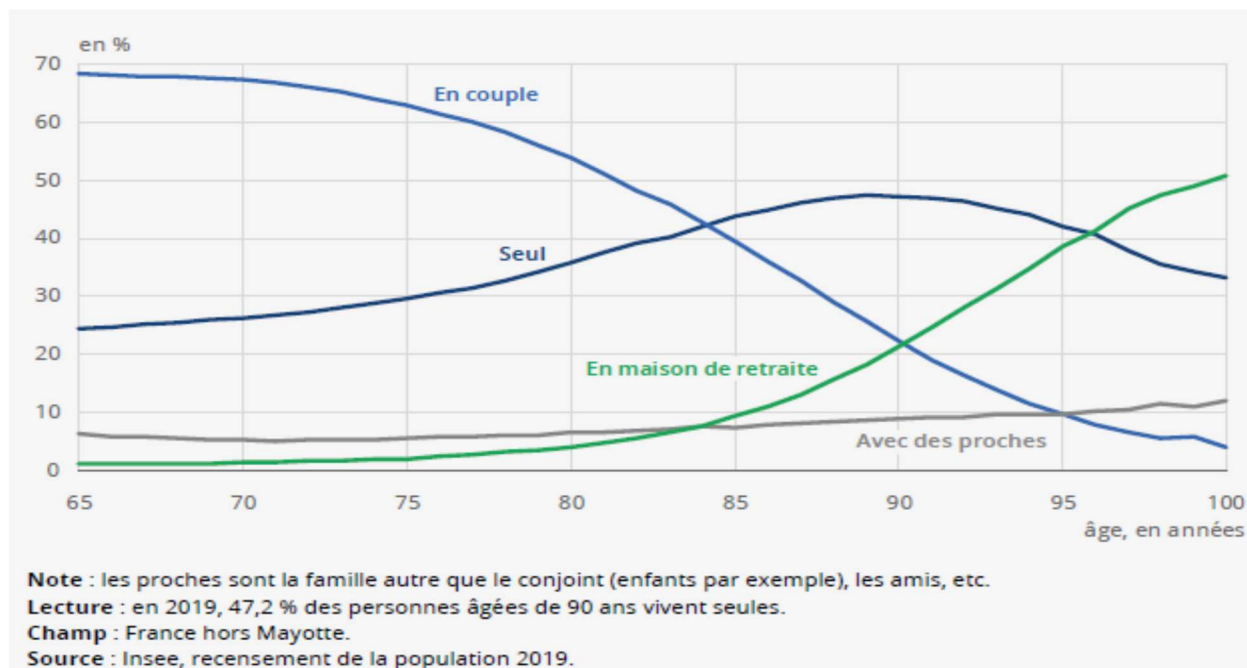
Source : Insee, estimations de population et projections de population 2021-2070.

(Source : INSEE Première – n° 1943 – avril 2023)

Ces perspectives bouleversent la société, et même sans projection spécifique du grand âge pour la Normandie, elles interrogent l'accès à la santé dans la région car elles viennent télescoper des indicateurs de santé très en retrait ainsi que le vieillissement des professionnels et les difficultés d'attractivité de ce secteur, d'autant plus prégnantes dans les domaines de l'accompagnement humain des personnes âgées en perte d'autonomie.

- Principales caractéristiques et conditions de vie

Modes de vie selon l'âge

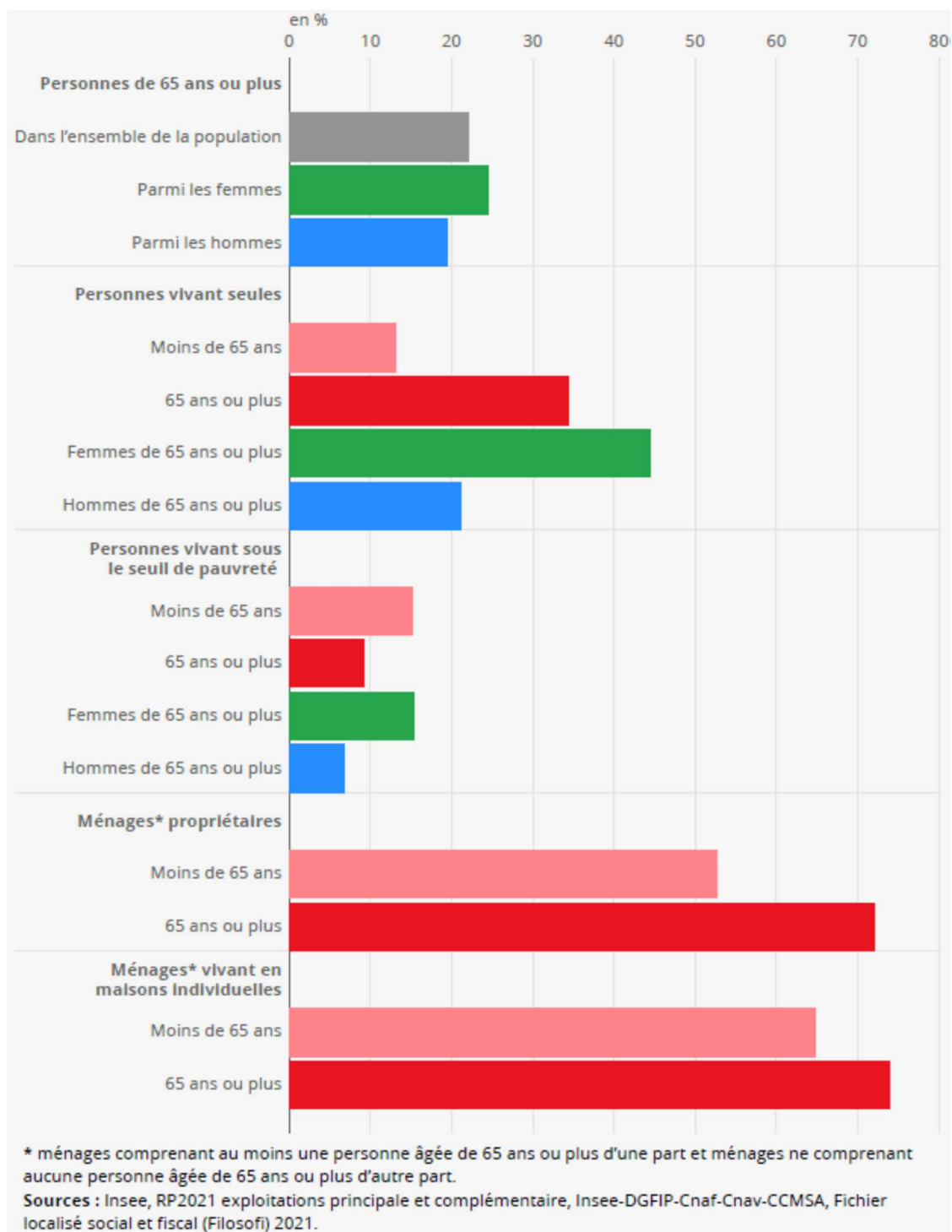


(Source : INSEE Première – n° 1943 – avril 2023)

Au niveau national, l'INSEE recense les modes de vie des personnes de plus de 65 ans, et ce jusqu'au grand âge. Elle révèle la proportion importante de personnes vivant seules, au-delà de 75 ans et jusqu'à 100 ans, expliquant la fréquence assez élevée de la vie à domicile pour les centenaires *en partie par le fait qu'ils sont les moins fragiles de leur génération et donc les plus susceptibles d'être autonomes*. À l'identique des constats établis sur l'espérance de vie, leur nombre est corrélé à leur niveau de diplôme.

Au niveau régional, les principales caractéristiques en conditions de vie des personnes de plus de 65 ans sont les suivantes :

Principales caractéristiques en conditions de vie des personnes de plus de 65 ans - Normandie



(Source : Insee Analyses Normandie - n° 141 - Avril 2025 - [En Normandie, 737 000 personnes sont âgées de 65 ans ou plus en 2021 ; elles pourraient être 200 000 de plus en 2050 - Insee Analyses Normandie - 141](#))

Cette approche permet de caractériser les besoins de santé et d'accompagnement de cette tranche d'âge liés aux conditions d'habitat, de revenu, de lien social : en 2021, au-delà de 65 ans,

- 1/3 des personnes vivent seules, dont 3/4 sont des femmes. À noter cependant que si la Normandie se place au 2^{ème} rang pour son taux d'équipement en hébergements pour seniors supérieur à celui de nombreuses autres régions, la vie en institution est loin d'être la norme et le sera de moins en moins au regard de la croissance de la population âgée,
- cette classe d'âge est globalement moins confrontée à la pauvreté, mais le taux de pauvreté est deux fois plus élevé chez les femmes âgées que chez les hommes âgés,
- les ménages seniors ont un niveau de patrimoine en moyenne plus élevé : 71,5 % d'entre eux sont propriétaires, plus souvent de maisons individuelles et de logements construits à des époques plus anciennes que celles des plus jeunes, rencontrant des problématiques de confort et des besoins d'adaptation plus fréquents.

Le domicile est donc un enjeu central en matière de vieillissement, sur lequel se concentrent largement les acteurs du Bien vieillir.

3.4.2. Des moyens publics et une filière économique

Ainsi le public des seniors constitue tant un objet de réflexion pour les politiques publiques qu'un objet économique à part entière, vers lequel des réponses sont formulées pour prendre en compte les besoins particuliers et grandissants de cette classe d'âge.

• Structuration de la politique publique du Bien vieillir

Des réflexions sont engagées depuis de nombreuses années autour de la question de l'adaptation de la société au vieillissement. Elles se sont notamment traduites dans la loi de décembre 2015 dite ASV adaptation de la société au vieillissement, visant à mobiliser des moyens publics garantissant aux personnes âgées un parcours de vie tenant compte de leurs choix et de leur diversité. Elle comprenait trois axes principaux : la prévention de la perte d'autonomie, l'adaptation globale de la société au vieillissement et l'accompagnement des personnes âgées dépendantes. Le CESER Normandie a émis un avis²⁰⁶ sur cette question en 2017 et se livre actuellement à une évaluation des préconisations émises.

La création de la 5^{ème} branche « autonomie » de la Sécurité sociale en 2020 vise à répondre aux enjeux de structuration de la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées.

Les principaux acteurs historiques de cette politique sont l'État et les structures sur lesquelles il s'appuie sur les territoires, les collectivités, notamment les départements en matière d'autonomie et de dépendance, les acteurs de la branche vieillesse puis autonomie, de la protection sociale, y compris le monde mutualiste, ainsi que ceux de l'aide et de l'accompagnement à domicile pour les personnes les plus vulnérables (aide sociale, médico-sociale ou de soins).

²⁰⁶ Avis du CESER Normandie - [Accompagner le vieillissement : un enjeu sociétal pour la Normandie | Ceser Normandie](#) - novembre 2017.

- **Une place pour l'économie de la longévité**

Des acteurs économiques ont trouvé place au fil du temps aux côtés de ces acteurs historiques, conscients du poids économique que représentent les seniors.

Ainsi, en avril 2013, dans le cadre d'une politique dédiée au redressement productif, l'État lance la filière « Silver économie »²⁰⁷, et définit les axes d'un contrat de filière national. Il s'agit d'une « *filière économique dédiée au vieillissement et au Bien vieillir. Elle englobe au sens large les produits et les services visant l'amélioration de la qualité de vie des seniors en premier lieu mais également de l'ensemble de la population, dont ceux des marchés des technologies ou de la santé* ». Elle doit « *créer les conditions d'émergence d'un grand marché de la Silver Économie : faciliter la rencontre de l'offre et de la demande au niveau régional, [...] le développement d'une offre compétitive* » à même « *de créer des innovations et d'exporter les produits et les technologies* ». [...]

Dans ce cadre, l'ex-Basse-Normandie obtient, en janvier 2014, le premier label « Silver Région » de France et en juin 2017, un contrat régional de filière, « Silver Normandie » est signé. Son animation est confiée à l'ADNormandie autour de 6 grands axes de développement (la E-santé, les services à la personne, l'habitat, l'agroalimentaire, le tourisme, la mobilité) avec pour objectif de fédérer les acteurs et faciliter la mise sur le marché des produits et services innovants dans le domaine du vieillissement ».

Dans la mouvance de cette politique puis de la loi de 2015, des gérontopôles ont été créés dans les régions, répondant à un cahier des charges et à une charte datant de 2022, en 4 axes : économie, communication et lutte contre l'âgisme²⁰⁸, recherche appliquée au vieillissement, et formation. Ils sont financés par les adhérents, répartis en 4 collèges, institutionnels, collectivités, structures d'accompagnement, acteurs économiques et entreprises.

Zoom sur le gérontopôle de Normandie²⁰⁹

L'association « gérontopôle Seine Estuaire » a été créée en 2017. L'ARS, la Région, les Conseils départementaux en sont membres de droit et elle regroupe les acteurs intéressés au vieillissement de la population, dans tous les secteurs économiques. Les objectifs sont de plusieurs ordres :

- d'une part, promouvoir la santé et l'adoption de changements de comportements durables favorables à la santé, en amont même de la prévention ; ceci repose sur des actions pluridisciplinaires : habitat, liens sociaux,

²⁰⁷ Source : l'avis du CESER Normandie « Accompagner le vieillissement » de novembre 2017 décrit l'état de la structuration à cette date ([Accompagner le vieillissement : un enjeu sociétal pour la Normandie | Ceser Normandie](#)).

²⁰⁸ Agisme : regroupe les stéréotypes, préjugés et attitudes de discrimination ou de ségrégation à l'encontre des personnes âgées.

²⁰⁹ [Gérontopôle de Normandie](#).

nutrition, sport, santé mentale, sur les ressources du numérique, ainsi que sur le développement de la littératie en santé indispensable pour connaître, anticiper et pouvoir d'agir très tôt sur les risques de santé et la perte d'autonomie. Il s'agit de veiller à ce que la tendance au glissement du curseur de l'âge des seniors, des plus de 60 ans aux plus de 65 ans, constatée au fil du temps, ne pénalise pas la prévention qui est calquée sur l'âge administratif,

- d'autre part, parler du vieillissement autrement que comme une question de dépendance, en valorisant la vieillesse comme une chance et la longévité comme un sujet économique à part entière.

Le gérontopôle soutient le développement de la formation et vise à mobiliser l'écosystème normand de recherche très riche autour de l'adaptation de la société au vieillissement.

Au carrefour entre son objet économique et sa stratégie de promotion/prévention du Bien vieillir, le gérontopôle peut s'inspirer des méthodes de marketing social, qui empruntent aux champs de la sociologie et des sciences humaines et sociales, pour adapter ses stratégies et son discours à son public cible. Il met en avant l'écoute privilégiée de ce client particulier pour s'adapter de ses besoins, notamment dans le domaine de l'habitat²¹⁰, et contribuer à prévenir l'isolement.

Sur l'ensemble de leurs politiques commerciales, les entreprises de la filière, quant à elles, mettent en avant l'adaptation des réponses aux besoins des personnes âgées. Néanmoins, plusieurs inconvénients sont régulièrement évoqués :

- celui de faire reposer les solutions sur la technologie, qu'il s'agisse de domotique ou de E-santé, sachant que la maîtrise des usages du numérique ou des objets connectés est parfois difficile pour les personnes âgées, ou que des freins demeurent du côté des professionnels de santé et de l'accompagnement liés à un manque de disponibilité ou des difficultés de coordination,
- celui de créer des besoins inutiles pour entretenir un marché lucratif,
- celui de s'adresser à la frange de population la plus solvable sans répondre aux besoins du plus grand nombre.

Aussi, à 2050, alors que les usages des technologies numériques auront progressé dans l'ensemble de la population, et au regard du potentiel que représente le marché des seniors en termes de développement économique et d'attractivité,

la question de la place de cette économie de services lucrative doit être posée, au regard de sa capacité à rester bienveillante et respectueuse de l'autonomie des personnes dans leurs choix, ainsi que celle de la volonté de la puissance publique à

²¹⁰ Cf. l'initiative de la Maison DAHLIA, au Havre, démonstrateur de solutions innovantes d'adaptation de l'habitat à l'avancée en âge pour favoriser le maintien à domicile, regroupant ergothérapeutes, professionnels du bâtiment, bailleurs, acteurs du maintien à domicile et de la formation, ainsi que les usagers qui testent les outils. Les réflexions portent également sur les modes d'habitat évolutifs de type habitat partagé ou intergénérationnel.

réellement prendre en compte les enjeux de l'adaptation des politiques de prise en charge du vieillissement et du Bien vieillir de tous, en veillant à corriger les inégalités.

4. Que peut-il advenir ?

Un des grands défis pour les acteurs locaux sera de maintenir les industries du médicament sur le territoire, voire de réindustrialiser, relocaliser cette industrie à fort potentiel économique et d'accompagner la Recherche et Développement.

Nous sommes dans le contexte national où l'État régulateur cherche à maîtriser ses dépenses de santé, et où l'IA va générer des gains attendus de productivité susceptibles de répondre à la demande croissante. Globalement, la performance de l'écosystème économique de la santé et la pertinence des stratégies adoptées, tout comme le développement des innovations en santé numérique, devraient pouvoir être mises au service d'une approche davantage aboutie en matière de santé populationnelle, adaptée au territoire normand.

L'enjeu est de renforcer l'écosystème dans son ensemble de la production, des innovations et de la recherche pour garder la souveraineté dans la mise à disposition des médicaments et des protocoles de plus en plus complexes et onéreux.

Le défi démographique se joue à un moment particulièrement critique pour le système de santé :

- il est en souffrance et absorbé par des défis d'accès immédiat aux soins et par des défis de santé publique touchant l'ensemble des classes d'âge, où identifiés comme majeurs comme celui de la santé mentale,
- sans positionnement mature des politiques publiques sur l'adaptation de la société au vieillissement et la promesse d'un Bien vieillir,
- avec un poids grandissant des acteurs de l'ESS en prévention et accompagnement mais dont les moyens sont limités,
- l'économie de la longévité y a largement pris sa place sous forme d'une offre de services lucrative.

Des questions se posent sur la manière d'associer de façon pertinente l'ensemble des acteurs à l'amélioration de la prise en compte du vieillissement qui va impacter les capacités d'accès à la santé des Normands, dans un contexte où les solidarités intergénérationnelles ne peuvent à elles seules ni rattraper les retards accumulés dans l'offre de santé et de soins ni corriger les inégalités sociales et territoriales ;

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « écosystème économique de la santé » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Accroissement des coûts de santé – Vieillissement démographique et dépendance
Tendances avérées	– Désindustrialisation, malgré le poids de l'industrie pharmaceutique
Ruptures majeures	– Rupture de souveraineté dans l'offre de médicaments – Irruption des fonds de pension et financiarisation de l'offre de santé
Enjeux	– Force de l'écosystème innovation/production – Maîtrise des coûts – Lutte contre l'âgisme
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Lobbies industriels et financiers – Régulation de la puissance publique – Objectivation du poids économique des seniors
Ruptures possibles	– Renforcement du poids du secteur de l'ESS
Incertitudes majeures	– Acceptabilité de la privatisation de profits générés par la couverture socialisée du risque santé

Ils peuvent donner lieu à une série d'hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau (cf. *Partie I – 2.6. « présentation détaillée des hypothèses »*) :

Les questionnements relatifs à l'écosystème économique de la santé

ECOSYSTEME ÉCONOMIQUE DE LA SANTE	
Filière normande en santé et en santé numérique - Un atout pour l'accès à la santé des Normands ?	
	Innovations et développements technologiques en santé et en e-santé - Un vrai écosystème recherche/économie et la valorisation de la recherche ?
	Rôle de la Région et autres financeurs publics/privés dans le soutien à la filière - Veille et connaissance de l'émergence des atouts normands ?
	Garantie du caractère « éthique » des investissements - Quelles motivations pour la mobilisation des acteurs ?
Industrie du médicament - Quelle souveraineté dans la disponibilité de l'offre à des coûts maîtrisés ?	
	Attractivité du secteur, porteuse pour toutes les professions de santé
	Souveraineté dans la disponibilité de l'offre, à des coûts maîtrisés - Quel rôle des pouvoirs publics dans la maîtrise des prix du médicaments et du matériel médical ?
	Avance possible en matière de santé populationnelle en Normandie ?
Financiarisation du système de santé - Quelle observation pour comprendre et anticiper les risques ?	
	Acceptabilité et régulation ? Quel rôle des pouvoirs publics ? Des Régions ?
Economie du vieillissement - Quelle place public/privé dans l'économie de la longévité ?	
	La prévention et les politiques d'adaptation au vieillissement - Quel positionnement affirmé ?
	Les offres de service aux PA - Quelle éthique et quelle bienveillance ? Quelle territorialisation ?
	Contribution à la vie économique - Reconnaissance du poids des seniors et lutte contre l'âgisme ?

Chapitre 7 : Gouvernance en santé

La variable « gouvernance en santé » a été retenue dans l'étude prospective car elle constitue un axe d'analyse fondamental qui touche au cœur du fonctionnement du système de santé et à sa capacité à répondre aux besoins des populations dans un contexte de transformations profondes, de pénuries persistantes et de mutations sociétales. Elle s'inscrit dans une interrogation formulée par la Région Normandie elle-même, dans sa lettre de saisine, qui soulignait les difficultés rencontrées dans la mise en place d'une gouvernance régionale de la santé, notamment lors de l'élaboration de sa feuille de route 2023–2030.

1. Une définition large de la gouvernance en santé

La gouvernance en santé renvoie à un ensemble complexe de mécanismes, de processus, d'acteurs, de décisions et de ressources qui structurent la manière dont les politiques de santé sont conçues, financées, mises en œuvre et évaluées. Elle interroge les modalités de pilotage du système, les positionnements des d'acteurs, les marges de manœuvre disponibles aux différents niveaux territoriaux, et les formes de participation citoyenne.

Le périmètre et les thématiques abordées dans l'étude sont en cohérence avec la définition de la santé globale selon la définition de l'OMS. Ainsi le contour intègre à la fois les structures institutionnelles, les mécanismes de régulation, les modalités de financement, les dynamiques d'acteurs, mais il dépasse les questions d'organisation administrative, de répartition des compétences et de financement, pour s'étendre à un ensemble large d'acteurs, notamment :

- aux usagers en santé, placés au cœur de notre système

Ils expriment des demandes et des besoins d'accès à la santé et sont acteurs de leur propre santé. Parmi les usagers, les plus vulnérables requièrent des prises en charge à la fois sanitaire et sociale ainsi que de l'accompagnement²¹¹. Leur prise en compte dans les préoccupations de gouvernance en santé est apparue indispensable au regard du spectre large des déterminants de santé (environnement, alimentation, comportements, niveau de vie...), du poids prépondérant des inégalités sociales de santé constatées en Normandie, des compétences de la Région en matière de formations sanitaires et sociales et d'aménagement du territoire, mais aussi du contexte prégnant du vieillissement de la population normande.

²¹¹ Le contour choisi pour cette étude sur l'accès à la santé englobe le champ du médicosocial, qui comporte majoritairement deux types de publics que sont les personnes âgées dépendantes et les personnes en situation de handicap qui ont besoin d'aide et de soins de longue durée pour les aider à réaliser les actes essentiels de la vie quotidienne et à participer aux activités sociales. Sans s'étendre au champ de l'action sociale en général, elle couvre aussi le champ des publics dits vulnérables, fragilisés ou démunis, visés par le code de l'action sociale, pour lesquels des dispositifs spécifiques d'accès à la santé sont mis en place (exemple de la PMI, protection maternelle et infantile, de l'AME, aide médicale d'État, PASS, Parcours d'Accès Spécifique Santé, etc.), ainsi que des accompagnements sociaux leur permettant un accès amélioré ou plus équitable au système de santé.

- aux acteurs locaux

Ils sont susceptibles d'avoir des marges de manœuvre, dans la configuration actuelle de partage des responsabilités, sur les conditions de vie et la prévention en santé sur les territoires, et dans l'accompagnement des publics.

La gouvernance est donc envisagée dans une acception large, évoquant les questions d'organisation territoriale, de choix politiques des échelles de gouvernance de l'État et de moyens d'action des acteurs territoriaux, régionaux et infrarégionaux, et permettant d'appréhender les questions fondamentales : que faire ? Qui décide ? Comment agir ? Avec quels moyens et quelles coordinations ? Et pour quels objectifs ?

2. Ressources et objectifs de l'état des lieux sur la gouvernance

- **Identifier les dynamiques, ruptures, enjeux**

Cette partie de l'étude n'a pas pour vocation de présenter de façon exhaustive l'organisation de la gouvernance en santé, où l'État joue le rôle majeur d'assumer la responsabilité de la politique de santé, avec une approche approfondie déjà partagée par le CESER dans son rapport de 2020²¹². Il s'agit d'en examiner les principales dynamiques et de mettre en lumière les faits rétrospectifs les plus marquants et les époques de rupture.

La question est de repérer les marges de manœuvre possible d'ici 2050 de manière transversale entre toutes les dimensions institutionnelle, financière, territoriale, citoyenne de l'accès à la santé dans son acception globale englobant tout autant les politiques du soin mais aussi de prévention et d'accompagnement.

- **Les auditions des principaux partenaires de la gouvernance**

L'essentiel des auditions réalisées durant cette étude a été consacré aux acteurs de la gouvernance en santé, dans le cadre de leurs compétences et/ou responsabilités respectives, avec une dimension particulière accordée aux usagers. Ils ont été sollicités en tant qu'acteurs ou opérateurs sur la perception et les évolutions possibles de leurs possibilités d'actions dans la gouvernance en santé, dans le contexte institutionnel, économique, social, mais aussi territorial propre à la Normandie, en portant une attention particulière sur les synergies possibles et la coordination des actions au profit de l'accès de tous les Normands à la santé.

- **Les sous-variables retenues**

La structure de la présentation est inspirée des enseignements de l'analyse rétrospective des évolutions du cadre juridique de la gouvernance en santé au fil du temps. Il faut en retenir le

²¹² « L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie : il est urgent d'agir » – rapport et avis du CESER Normandie – décembre 2020 - [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#).

caractère systémique avant tout, les enjeux identifiés pour chacune des sous-variables étant à relier les uns avec les autres.

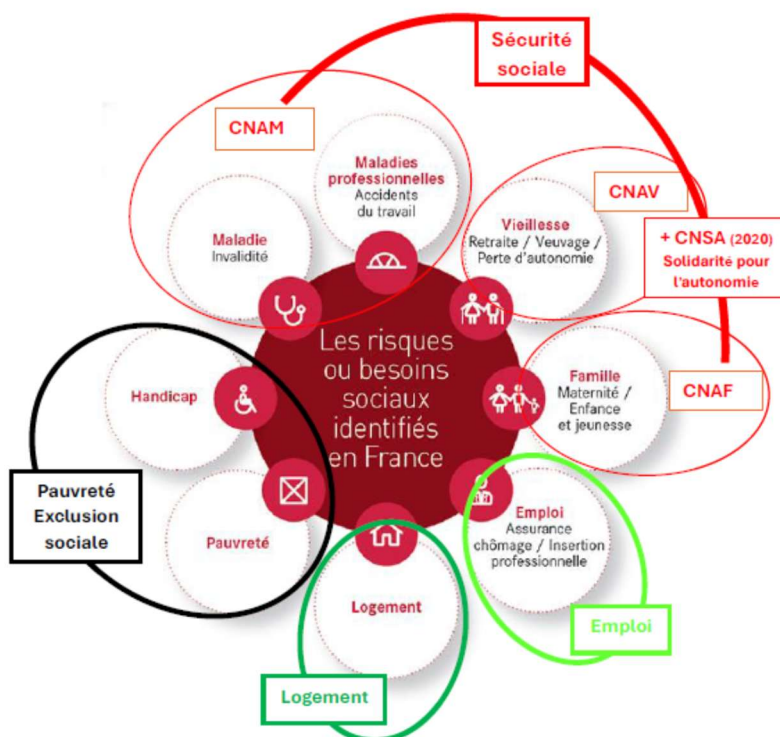
L'historique et les évolutions introduites dans le modèle de gouvernance en santé au travers des époques successives reflètent les choix politiques et économiques qui ont orienté les priorités du système de santé, essentiellement au niveau national.

L'analyse rétrospective qui suit montrera ces différentes évolutions (3.1.), au travers desquelles on verra que la gouvernance en santé ne peut être dissociée des enjeux de financement (3.2.). Ces différents mouvements aboutissent aujourd'hui à un paysage révélateur de tensions à différentes échelles : tout d'abord entre centralisation et territorialisation (3.3.), posant la question de la place réelle des acteurs du territoire dans la gouvernance, ensuite en termes de responsabilisation des usagers, au cœur de notre système (3.4.), et de la réelle possibilité qu'ils ont à être acteurs de leur propre santé. Ces réflexions ouvrent sur des interrogations sur la place de la prévention en santé (3.5.) dans un modèle de gouvernance adapté aux défis de santé de la population normande en 2050.

En préambule, quelques définitions permettent de préciser le contour des notions de protection sociale, Sécurité sociale et assurance maladie qui seront employées par la suite.

Protection sociale, Sécurité sociale et assurance maladie, de quoi parle-t-on ?

La Sécurité sociale dans la protection sociale en France



(Source : [Sécurité sociale pour les 16-25 ans](#) | [Sécu-jeunes.fr](#))

La Sécurité sociale est une partie de l'ensemble du système de protection sociale. Le système de protection sociale couvre l'ensemble des risques ou besoins sociaux identifiés en France, donnant lieu

à des dispositifs d'accompagnement permettant à chaque individu ou ménage de faire face tout au long de la vie aux conséquences de la survenue d'un risque ou d'un besoin social. La Sécurité sociale, acteur principal, gère la redistribution de 70% des dépenses de protection sociale en France.

3. Analyse rétrospective : principales tendances, ruptures et synthèse des enjeux

3.1. Historique et évolution des modèles de gouvernance en santé

L'histoire de la gouvernance en santé en France est indissociable de celle de la construction de l'État social et de l'évolution des rapports entre les citoyens, les institutions et les territoires. Elle s'est structurée autour de grands cycles politiques et économiques, marqués chacun par son lot de ruptures et de réformes dans les modes de financement, d'organisation et de régulation du système de santé (cf. principaux textes de référence en annexe 3).

3.1.1. De la solidarité nationale à la régulation centralisée

- **De 1945 à 1996 : de la solidarité fondatrice à la rationalisation budgétaire**

Durant cette période, deux temps très distincts se sont succédé :

- 1945 - 1970 : Naissance du modèle solidaire

L'histoire de la gouvernance en santé contemporaine en France s'inaugure véritablement à la Libération, avec l'institution de la Sécurité sociale par ordonnance du 4 octobre 1945 et la loi du 22 mars 1946, dans le sillage du Conseil national de la Résistance. Cette période fonde un modèle solidaire de protection universelle basé sur la mutualisation des risques. La santé est conçue comme un droit collectif, adossé à un système socialisé destiné à protéger les individus contre les risques de la maladie, de la vieillesse, de l'invalidité ou de la précarité économique.

Quant au modèle de financement, il repose historiquement sur les cotisations sociales assises sur les revenus du travail, dans une logique de solidarité intergénérationnelle et professionnelle dans laquelle les partenaires sociaux – syndicats d'employeurs et de salariés – jouent un rôle central dans la gestion des caisses. L'État est garant du cadre général et assure la tutelle sur le système.

Durant cette période, dite des « 30 glorieuses », la croissance économique soutenue assure les équilibres financiers, permet une extension progressive des droits sociaux et une amélioration de l'accès aux soins et de la couverture par l'assurance maladie, dont les missions sont étendues à la couverture des risques professionnels.

Parallèlement, depuis la première réforme hospitalo-universitaire dite « réforme Debré » de décembre 1958, le système de santé se développe dans une logique hospitalo-centrée qui perdure depuis, avec une forte expansion des établissements publics et une montée en puissance du corps médical hospitalo-universitaire assurant l'enseignement universitaire et la recherche, en plus des soins.

- 1970 - 1996 : Rationalisation et crise du modèle : une gouvernance désormais sous contrainte budgétaire

Au tournant des années 1970, le modèle solidaire entre en tension sous l'effet conjoint du ralentissement économique et de la hausse des dépenses sociales. « L'effet de ciseaux » entre la progression des besoins du fait de plusieurs facteurs (vieillissement de la population, chronicisation des pathologies, médicalisation croissante, innovations thérapeutiques coûteuses, etc.) et de recettes assises sur une base salariale fragilisée par le chômage et la précarisation de l'emploi, devient préoccupant.

L'État commence à intervenir plus directement pour contenir les coûts et rationaliser les dépenses, avec le présupposé économique que « l'offre crée la dépense ».

Sur le plan de l'organisation de l'offre de soins, la loi Boulin de 1970 confirme le service public hospitalier, tout en créant une dualité structurante entre secteur public et privé. On assiste également à l'instauration du « numerus clausus » (1971), et la création des DRASS, directions régionales des affaires sanitaires et sociales ainsi que des ORS, observatoires régionaux de santé, qui permettent de renforcer l'observation et la rationalisation. Après la planification hospitalière par la carte sanitaire, c'est la DGF dotation globale de fonctionnement hospitalière qui est ensuite introduite dans les années 80.

Sur le plan du financement, les débats sur la maîtrise des dépenses de santé, notamment les dépenses médicales, et la volonté d'en rationaliser la gestion s'imposent alors progressivement à toutes les parties prenantes, annonçant une refonte de la gouvernance désormais produite sous contrainte budgétaire.

Face aux craintes nées de l'érosion progressive du modèle initial, les décisions politiques traduisent une volonté de diversifier les sources de financement tout en renforçant le contrôle budgétaire. On assiste à la création de la CSG, contribution sociale généralisée en 1991, impôt prélevé sur tous les revenus du travail, du capital et de l'immobilier, qui inaugure le recours à la fiscalité qui deviendra croissant pour compléter les ressources du système de protection sociale. Parallèlement, quelques économies de dépense sont tentées, et des modifications sont introduites pour augmenter l'assiette des cotisations sociales, assurer plus de justice sociale et alléger le poids des charges sociales sur le travail pour ne pas pénaliser l'emploi, notamment les emplois les moins qualifiés²¹³.

Durant cette période, le système universel de protection, qui distingue la France d'autres pays où prévalent des systèmes assurantiels, a été conservé, avec néanmoins une tendance lourde qui s'installe : le déremboursement des frais de santé par l'assurance maladie avec un

²¹³ Le déplafonnement répartit différemment les charges sociales sur tous les salaires (processus enclenché par Simone Veil en 78), complété par des allègements ou exonérations sur les bas salaires (initiés dès 1993 par Edouard Balladur).

transferts vers les OCAM, organismes complémentaires d'assurance maladie, moyennant une dépense directe pour les usagers et l'introduction de possibles inégalités.

- **Depuis 1996 : étatisation du système et montée de la régulation centralisée**

Le véritable tournant de la gouvernance en santé s'opère sous l'effet du plan Juppé de 1996, qui marque une rupture décisive en consacrant l'étatisation du pilotage et une régulation centralisée exercée par les pouvoirs publics.

- La réforme Juppé de 1996 et l'introduction du débat parlementaire

Le « Plan Juppé » porte sur l'ensemble des régimes sociaux. L'ordonnance du 24 avril 1996 consacre le glissement de gouvernance vers l'État, soldant sans le dire la responsabilité des partenaires sociaux dans la gestion de la Sécurité sociale, et introduisant le débat parlementaire démocratique avec les LFSS, lois de financement de la Sécurité sociale.

Cette réforme constitue une rupture, assimilant les dépenses de prestations sociales à des dépenses publiques au même titre que les autres dépenses du budget global de l'Etat, dont l'équilibre relève des choix politiques du Parlement amené à se prononcer sur le budget de la Sécurité sociale.

La loi soumise annuellement au vote du Parlement permet d'associer la représentation nationale à la gestion des grands équilibres de la Sécurité sociale, dont la part dans les dépenses publiques rappelée en introduction (cf. *supra*) dépasse aujourd'hui celle du budget de l'État.

Cette réforme crée également l'ONDAM, objectif national de dépenses d'assurance maladie (recouvrant les soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements publics et privés ainsi que dans les centres médico-sociaux,). Il s'agit d'un objectif de maîtrise des seules dépenses financées par l'Assurance maladie, assimilable à un indicateur prévisionnel et non limitatif. Il peut être dépassé, voire réévalué en cours d'année.

Il convient de souligner à ce titre la spécificité majeure qui distingue les dépenses de santé des autres dépenses du budget de l'État : leur caractère non limitatif et non maîtrisable, dans un contexte de besoins de santé qui augmentent, notamment avec l'âge et donc, mécaniquement, avec le vieillissement de la population. Presque 30 ans après l'introduction de l'ONDAM, le manque de visibilité dû à l'absence de programmation pluriannuelle est d'ailleurs souligné de façon récurrente dans les débats parlementaires, au motif qu'elle pénalise le pilotage général de la politique de santé.

- Montée de la logique budgétaire et fin de la gestion des partenaires sociaux

Le plan Juppé est un plan de rationalisation et de planification de l'offre. Il se poursuit avec l'ajout de ressources fiscales et sociales, notamment avec la création d'une nouvelle contribution prélevée sur tous les revenus : la CRDS, contribution de remboursement de la dette sociale, destinée à rembourser progressivement cette dette sociale. Mais au regard des

périodes successives de faible croissance, cela n'a pas eu les résultats escomptés sur l'atténuation de l'effet de ciseaux.

Il s'accompagne par ailleurs :

- de la création des ARH, agences régionales de l'hospitalisation, qui ont désormais pour rôle d'assurer la coordination régionale, sous une même tutelle « ministère de la Santé », entre les hôpitaux publics, déjà sous tutelle de l'État, et les établissements privés régis auparavant par convention avec la CNAM,
- de mesures d'État en termes de réduction des lits hospitaliers,
- de développement des soins ambulatoires à l'hôpital.

Ces évolutions se produisent sous l'injonction d'agir sur les équilibres budgétaires et aboutissent à une hybridation du modèle et à une rationalisation de l'offre qui caractérisent encore la situation actuelle du système de santé.

Ces mutations se sont produites au détriment du paritarisme de gestion, progressivement démantelé, et de la place des partenaires sociaux dans les décisions de gestion de la Sécurité sociale, bien que le poids des cotisations patronales et salariales dans les ressources reste à ce jour majoritaire, puisqu'elles en représentent environ 54 %.

Ainsi l'ensemble de ces transformations ont progressivement redéfini les rôles des acteurs, en particulier celui de l'État central, devenu au fil du temps le régulateur principal, tant sur le plan financier que stratégique, d'un système marqué depuis 50 ans par une ère de recherche de rationalisation des dépenses.

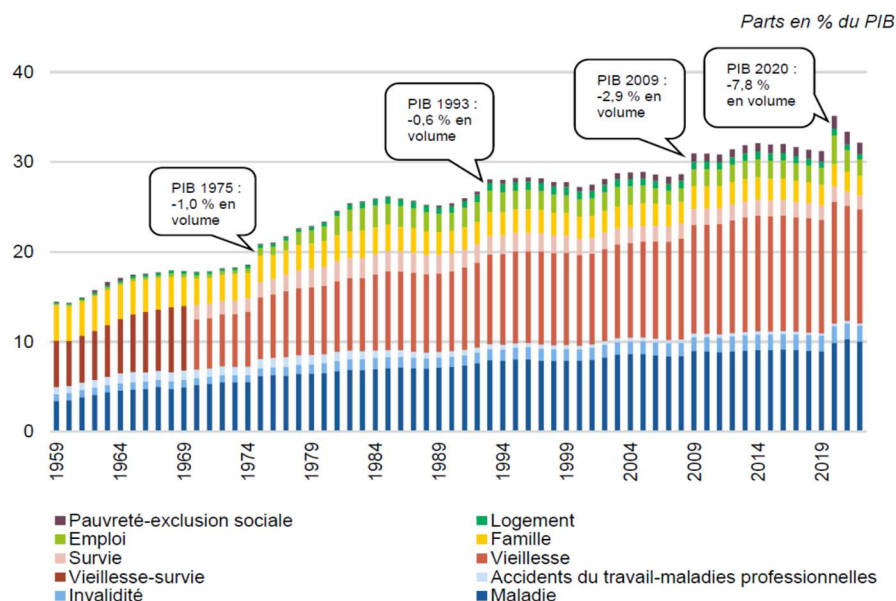
Aujourd'hui, le rôle de l'État défini en vertu de l'article L1411-1 du code de la Santé publique, est déterminant en matière de politiques de santé, même si leur mise en œuvre s'appuie sur de nombreux autres intervenants.

Ainsi :

« La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat. Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins ».

Quelques données relatives aux prestations sociales

Part des prestations sociales dans le PIB depuis 1959



Note > La distinction entre les risques vieillesse et survie n'est pas disponible avant 1970.

En 1975, 1993, 2009 et 2020, le PIB a fortement baissé en volume, entraînant une hausse marquée de la part des prestations sociales dans le PIB.

Lecture > En 2022, les prestations de protection sociale représentent 32,2 % du PIB. Parmi ces prestations, celles du risque maladie représentent 10,0 % du PIB.

Sources > DREES, CPS ; Insee, comptes nationaux.

(Source : [La protection sociale en France et en Europe en 2022 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2023](#)
/ [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#))

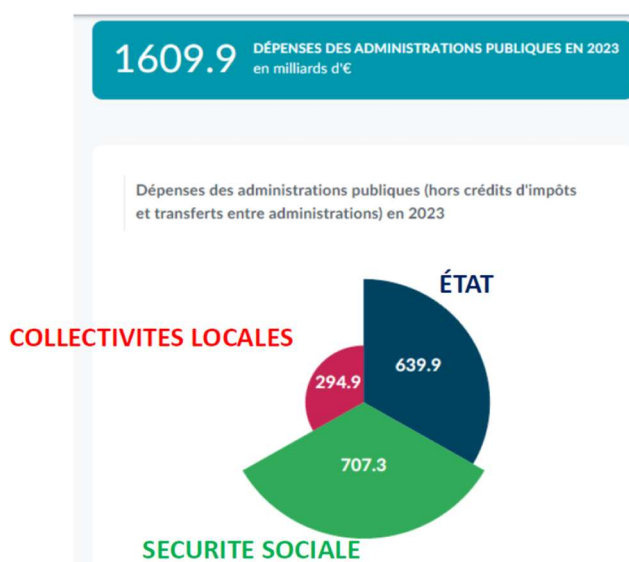
Organisation de la sécurité sociale (1967 + 2020)



Le régime général de la Sécurité sociale (issu des Ordonnances « Jeanneney » de 1967, complété en 2020 par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie), se décompose en **5 branches, dont 4** (gérées au sein de 4 caisses), couvrant chacune un des 4 risques : maladie (y compris survenant dans le cadre

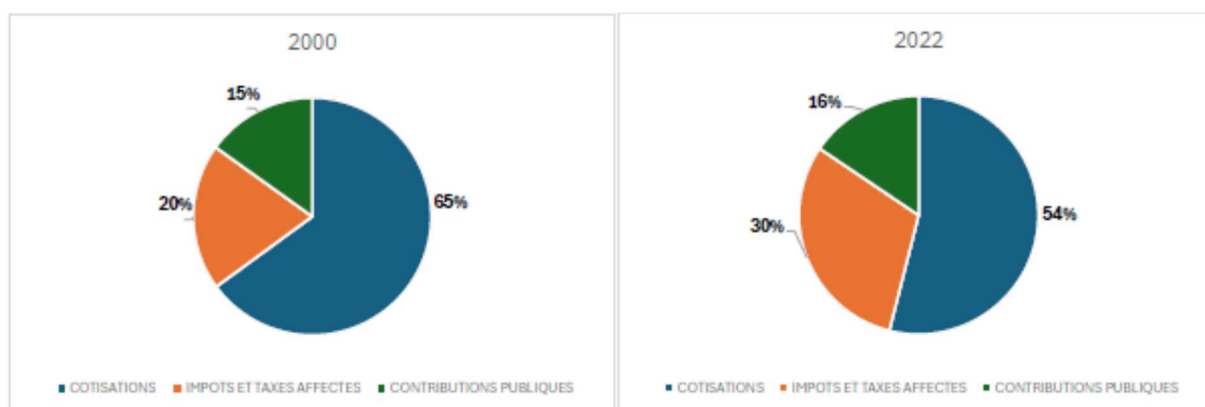
professionnel pour les actifs – accidents travail et maladies professionnels), famille, vieillesse (retraite des travailleurs), autonomie (personnes âgées et des personnes handicapées), ainsi qu’une 5^{ème} **branche** gestionnaire assurant le recouvrement par la collecte auprès des entreprises, des travailleurs indépendants et des particuliers, des cotisations et contributions sociales. Elle les redistribue ensuite au bénéfice des autres branches pour financer l’ensemble des prestations (famille, maladie, retraite, autonomie). Le régime général représente 92 % du volume, le régime agricole 7 %, les autres régimes étant des régimes spéciaux essentiellement de retraite, tendant à converger vers le régime général.

Volumes comparés des budgets nationaux – Dépenses 2023 en milliards d’€



(Source : [Vue d'ensemble | budget.gouv.fr](https://www.budget.gouv.fr) – INSEE 2023)

Évolution et répartition actuelle des ressources de la protection sociale : qui finance quoi ?



Elles proviennent à 54% des **cotisations sociales** (employeurs et salariés), à 31% des impôts et taxes affectées (CSG, + CRDS, contribution au remboursement de la dette sociale + fraction de TVA), et à 13% de contributions publiques (État et collectivités).

3.1.2. Les autres ruptures majeures

Parmi les autres évolutions qu’il est apparu important de souligner dans ce chapitre dédié à la gouvernance en santé et à ses acteurs majeurs, signalons chronologiquement :

- **En 1983, la rupture de gouvernance dans l'action sociale au profit des Départements**

Les Départements se voient confier en 1983 la compétence « action sociale » qui couvre un champ large : l'Enfance, avec notamment la PMI, protection maternelle et infantile et l'ASE, aide sociale à l'enfance, les personnes en situation de handicap, avec notamment les instances relatives aux droits et à l'autonomie des personnes, les personnes âgées, avec la responsabilité de la création et de la gestion des établissements d'hébergement et de la politique de maintien à domicile, ou encore les allocataires du RSA.

Son rôle de chef de file en matière d'action sociale, de solidarité et de cohésion territoriale a été réaffirmé plus tard en août 2015 par la loi NOTRe. Il prend ainsi en charge des situations de fragilité en facilitant l'accès aux droits et aux services des publics dont il a la charge. Enfin, il agit ou impulse, avec d'autres acteurs locaux communes, EPCI, Région, des actions touchant aux conditions de la vie courante qui constituent des déterminants de l'état de santé. Celles liées notamment à la coordination du développement de l'habitat inclusif ou à l'adaptation des logements au vieillissement de la population, impactent l'accès à la santé globale des usagers d'un territoire en concourant aux conditions de maintien en autonomie des personnes, notamment à leur domicile avec des mesures adaptées aux différents publics.

Le département est un acteur majeur de la promotion des solidarités, du développement social, de la cohésion territoriale et de l'accès aux soins et à la santé globale, et mobilise tout un ensemble de professionnels dans le domaine sanitaire et social en proximité des usagers sur son territoire.

- **En 2002, la loi Kouchner dite de « démocratie sanitaire »**

L'élément déclencheur de l'irruption des usagers dans la gouvernance en santé est la revendication du droit à la parole et l'organisation des malades du SIDA dans les années 80-90. Ensuite, la place des usagers²¹⁴ a été consacrée par la Loi Kouchner en 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Elle institue la participation des usagers dans le pilotage des politiques de santé, la reconnaissance des droits du malade et la montée d'une démocratie sanitaire censée rééquilibrer les rapports entre professionnels, pouvoirs publics et usagers.

Elle comporte notamment un volet individuel, relatif au droit du patient sur son DMP, dossier médical personnel, et un volet collectif avec la participation de représentants des usagers dans les instances de gouvernance en santé.

- **En 2009, la loi Bachelot dite « HPST, Hôpital – Patients – Santé – Territoires »**

La volonté de l'État de piloter finement ses politiques de rationalisation de l'offre en santé sur les territoires, inaugurée avec la création des ARH par le plan Juppé, est consolidée par la loi HPST qui crée en 2010 les ARS, agences régionales de santé, au contour élargi à l'ensemble de la prévention, de la sécurité sanitaire et du soin. Ces agences incarnent une nouvelle étape

²¹⁴ La place des usagers sera détaillée plus loin dans le § 3.4.

dans le pilotage qui, tout en introduisant une dimension territoriale dans la régulation, maintient une forte centralisation. Les ARS sont en effet chargées de mettre en œuvre les politiques nationales au niveau régional, de coordonner les acteurs locaux, grâce au relais joué par les CTS, conseils territoriaux de santé qu'elle met en place sur les infra-territoires, de planifier l'offre de soins, et de veiller à l'efficacité du système.

- **En 2016, la loi Touraine dite LMSS, loi de modernisation de notre système de santé**

Elle introduit des relais territoriaux pour appuyer les ARS dans leur rôle de coordination des acteurs locaux dans des périmètres de territoires de santé créés à l'échelle d'infra-territoires²¹⁵.

Cependant, cette territorialisation reste largement encadrée par l'État central. Les ARS sont des établissements publics placés sous l'autorité directe du ministère de la Santé, et leurs marges de manœuvre sont limitées par les objectifs nationaux et les contraintes budgétaires qui n'ont fait que croître avec les difficultés qui pèsent sur l'ensemble des dépenses publiques.

Ce mouvement de territorialisation n'a pas non plus conféré de compétences décisionnelles en matière de santé aux collectivités territoriales, malgré leurs implications dans certaines instances de concertation. Placées en proximité immédiate, leurs interventions sont de plus en plus nombreuses pour améliorer la réponse aux besoins exprimés par les usagers. Elles témoignent d'un volontarisme à travers des budgets parfois conséquents, comme celui que consacre la Région Normandie à la santé au travers de ses diverses interventions, qui vont au-delà des compétences transférées sur les formations sanitaires et sociales.

Au regard des difficultés d'accès aux soins et à la santé rencontrées par les usagers, les instances de régulation perçues comme éloignées des besoins des territoires et des citoyens souffrent aujourd'hui d'une véritable crise de légitimité.

- **En 2020, la 5^{ème} branche « Autonomie » de la Sécurité sociale**

La création de la 5^{ème} branche « Autonomie » répond à des enjeux majeurs liés au vieillissement de la population, appelant une réponse systémique et durable, et à la nécessité de mieux structurer la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées. La crise sanitaire de 2020 a notamment été un des révélateurs des difficultés liées à l'isolement des personnes âgées, à la fragilité du secteur médico-social, et plus globalement des inégalités territoriales dans l'accès aux soins et à la santé et des vulnérabilités engendrées dans ce contexte par la perte d'autonomie.

Cette création marque la reconnaissance institutionnelle d'un nouveau risque social, au même titre que la maladie, instituant un droit universel à la protection contre la perte d'autonomie.

Ce risque ainsi que les mesures de prévention plus protectrices que l'ancien modèle d'aide sociale sont financés en partie par les contributions spécifiques solidarité autonomie, une fraction de la CSG dédiée et des dotations de l'assurance maladie, et piloté par la CNSA, Caisse

²¹⁵ La question de la territorialisation est développée plus loin - § 3.3.

nationale de solidarité pour l'autonomie associant les départements dans la gouvernance. C'est un dispositif encore jeune qui méritera des analyses de ce qu'il produit.

En conclusion de ces rappels historiques des évolutions dans la gouvernance globale de la santé, il apparaît que dans le contexte d'extrême centralisation des décisions dans les mains de l'Etat, l'équité entre territoires n'est pas au rendez-vous alors qu'un pilotage centralisé est pourtant censé la garantir. La participation des acteurs locaux, des professionnels et *a fortiori* des usagers, à la construction des politiques ainsi que les innovations de proximité qu'ils pourraient apporter, demeurent fortement dépendants des priorités et arbitrages décidés au niveau central et restent tributaires des contraintes d'action imposées par l'État en région.

Or les éléments de contexte décrits tout au long des chapitres précédents mettent en lumière les difficultés propres à notre région, notamment le vieillissement accéléré de la population, conjugué à une pénurie persistante de professionnels de santé. Ils soulignent les enjeux posés face auxquels les acteurs locaux expriment des attentes légitimes de pouvoir peser dans les décisions.

Cette centralisation persistante limite donc les réponses différenciées qu'exigerait pourtant le territoire normand, où la demande sociale et politique d'une plus grande proximité, gage d'un meilleur accès à la santé, ne cesse de croître.

À l'horizon 2050, la question essentielle réside dans la capacité des acteurs à faire évoluer la gouvernance globale, en repensant le rôle de l'État central, indispensable pour garantir la solidarité nationale, vers davantage de marge de manœuvre de proximité pour répondre aux besoins de santé tout au long de la vie exprimés sur les territoires.

Elle se pose néanmoins dans un cadre financier très contraint, sous la pression croissante des arbitrages budgétaires nationaux et européens qui s'impose à tous, quelles que soient les modalités de partage des responsabilités envisagées.

3.2. Mécanismes financiers, socialisation du risque et acceptabilité sociale

Comme ce rapide historique le montre, les enjeux de financement ont été décisifs quelles que soient les époques sur les choix en matière de gouvernance en santé.

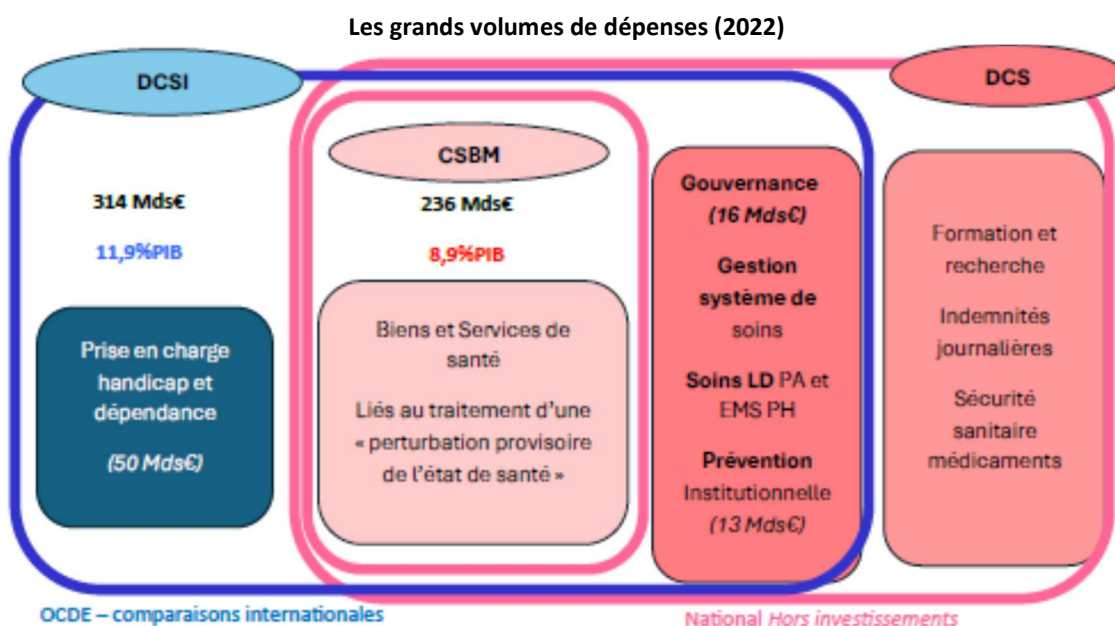
L'esprit du modèle considéré comme un pilier de la solidarité nationale a été défendu, et avec lui la possibilité pour chacun de pouvoir se soigner selon ses besoins grâce à la mutualisation des ressources. Néanmoins les mécanismes financiers de formation et de contribution aux dépenses de santé sont difficiles à appréhender et devenus parfois opaques.

3.2.1. Dépenses de santé, un contour complexe

- Quelques ordres de grandeur des dépenses de santé²¹⁶

Plusieurs indicateurs permettent d'approcher le volume des dépenses de santé, les différences entre eux tenant essentiellement aux champs de dépenses qu'ils recouvrent. Ainsi,

- la CSBM, consommation de soins et de biens médicaux, représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, gestion et au fonctionnement du système, ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs dans la DCSi,
- DCSi, dépense courante de santé au sens international, est un agrégat plus large des comptes de la santé défini par Eurostat. Outre les dépenses de la CSBM, il recouvre les dépenses liées à la gouvernance du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée, celles liées à la prise en charge du handicap et de la dépendance, hors dépenses d'investissement,
- DCS, dépense courante de santé, quant à elle, recouvre la CSBM, les dépenses liées à la gouvernance du système de santé, à la prévention et aux soins de longue durée, ainsi que les dépenses de recherche formation, de sécurité sanitaire des médicaments, et le versement des indemnités journalières aux assurés sociaux.



(©CESER Normandie²¹⁷)

²¹⁶ Les ressources documentaires exploitées à la date des échanges intervenus sur cet état des lieux sont issues principalement de la publication 2023 de la DREES « les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé » ([Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)), et de quelques ajouts de l'édition 2024 (dépenses 2023).

²¹⁷ Ce diagramme comparatif porte sur les dépenses 2022 et n'a pas été réalisé sur 2023, faute de disposer de toutes les sources identiques. En 2023, la CSBM représente un volume de 249 Md€, soit 8,8 % du PIB, et la DCSi un volume de 325 Md€ soit 11,5 % du PIB.

En dynamique, sur 10 ans entre 2012 et 2022, la progression de la DCSi est estimée à + 16 %. Entre 2022 et 2023, le pourcentage de hausse constatée de + 3,5 % (de 314 à 325 Mds€) est plus fort sur les soins de longue durée, + 6,2 %, que sur la CSBM, + 5,2 %.

De leur côté, en 2022, les dépenses sur le champ de l'ONDAM s'élèvent à 247,2 Mds€, dont 206 Mds€ relevant de sa composante soins de ville et établissements de santé²¹⁸. Elles ne recouvrent que la part de dépenses de santé financées par l'Assurance maladie au titre des dépenses de base. Ce ne sont donc pas les mêmes champs de dépenses que la CSBM ou que la DCSi qui englobent aussi celles prises en charge par les autres financeurs que sont les OCAM, organismes complémentaires d'assurance maladie, les ménages au titre du reste à charge, et l'État.

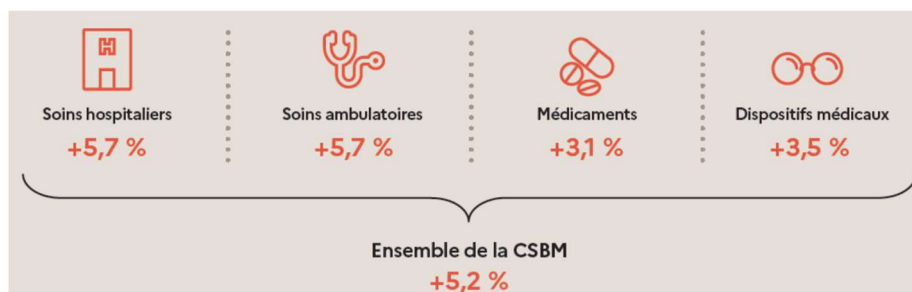
- **De quoi est composée la CSBM ?**

Schématiquement, en 2023, la nature des dépenses qui composaient la CSBM, d'un montant total de 249 Mds€, soit 3 629 € par habitant, et son évolution annuelle est la suivante :

Répartition de la CSBM en 2023



Taux d'évolution de la CSBM entre 2022 et 2023



(Source : [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024](#) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

²¹⁸ À titre de comparaison, en 2024, l'ONDAM a été réévalué de 254,9 Md€ (prévu au PLFSS) à 256,1 Md€.

- **Quelques ordres de grandeur sur le financement de la CSBM : qui paye quoi ?**

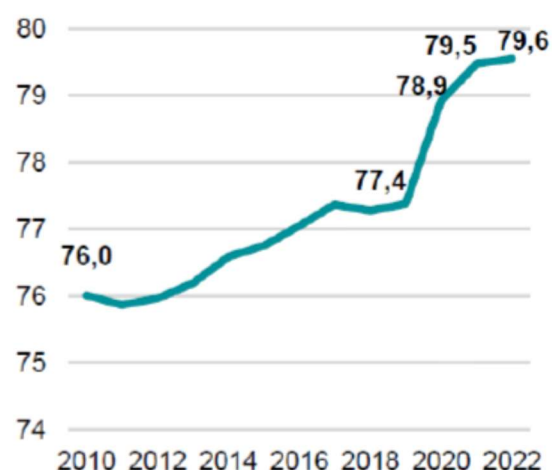
En 2023, la répartition de la charge de la CSBM entre les financeurs était la suivante :

État	0,6%, au titre de l'AME, aide médicale d'État
Sécurité sociale	79,5% au titre de l'AMO, assurance maladie obligatoire
OCAM	12,4%
Ménages	7,5%

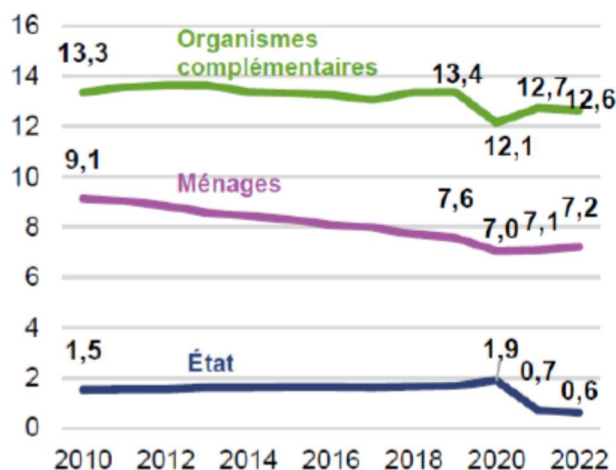
Sachant qu'il faut considérer avec prudence l'évolution de ces taux (ci-dessous) en raison de la cassure survenue lors de la crise sanitaire en 2020 qui a bouleversé les évolutions tendanciellles. Mais notons toutefois qu'entre 2022 et 2023, sur un volume de CSBM qui est passé de 236 à 249 Mds€, la part des ménages est la seule à augmenter, la DREES l'imputant aux soins hospitaliers et aux médicaments, notamment non remboursables :

Evolution du financement de la CSBM en % (2010-2022)²¹⁹

a. Par la Sécurité sociale



b. Par les autres financeurs



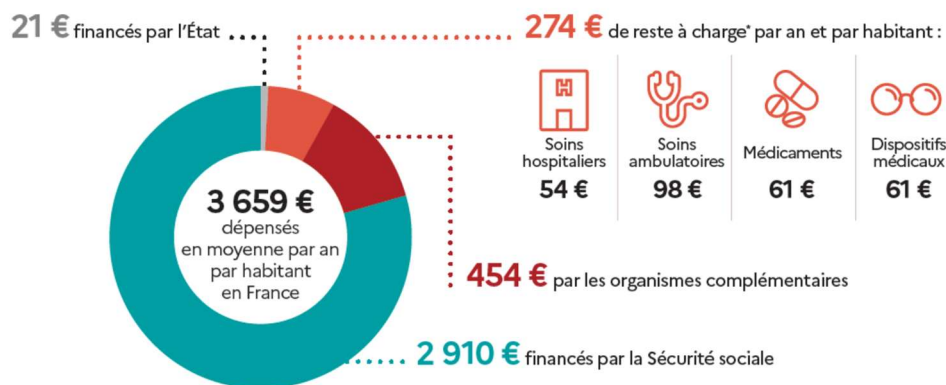
Lecture > En 2022, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,6 % par la Sécurité sociale et à 7,2 % par les ménages.

Source > DREES. comptes de la santé.

(Source : DRESS [Les dépenses de santé en 2022 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2023](#) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

²¹⁹ À noter en 2021, le passage d'un financement État à un financement Sécurité sociale de la PUMA, protection maladie universelle et de la CSS, complémentaire santé solidaire pour les plus démunis, ainsi que l'introduction du 100 % santé sur certains produits (optique, prothèses audio et dentaire).

Avec une approche en volume, cette fois, la part des contributeurs dans la CSBM est estimée en 2023 par la DREES à :



* Reste à charge : montant payé en moyenne par habitant après prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé.
Source : DREES, comptes de la santé.

(Source : [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#))

Zoom sur la Normandie

Elle compte 3,2 millions d'assurés relevant du régime général, soit 92% des assurés, contre 95 % nationalement, les autres dépendant des régimes agricole et spéciaux. Les dépenses de santé relevant de l'AMO s'élèvent à 10,5 Mds€ par an réparties pour moitié entre médecine de ville et établissements de santé.

3.2.2. Tensions et perspectives sur le financement du système de santé

- **Les financements publics : des ressources de plus en plus hybrides, entre cotisations et impôts**

Pour mémoire, l'évolution marquée par une étatisation croissante du pilotage du système de santé a eu pour corollaire l'hybridation progressive des ressources dédiées à la Sécurité sociale, et à la branche maladie en particulier. Ce modèle, conçu après-guerre et reposant historiquement sur les cotisations sociales adossées aux revenus du travail, a été déstabilisé dès les années 1970 avec la stagnation des recettes issues d'une masse salariale fragilisée, l'augmentation des dépenses de santé et une démographie moins favorable. Il s'est alors peu à peu hybridé : à la logique initiale de la cotisation sociale se superpose depuis les années 1990 celle de l'impôt, de mécanismes de régulation budgétaire comme l'ONDAM.

Cette hybridation a été une réponse à la question centrale de tous les gouvernements de pouvoir « financer » l'accès à la santé, quelle que soit la forme du financement.

Cette approche par les arbitrages entre les ressources dédiées à cette politique publique, primordiale aux yeux de tous les citoyens et essentielle à la cohésion sociale, permet

également de se dégager d'une vision trop souvent stigmatisante de la dette sociale²²⁰ attachée aux dépenses de santé qui devient une dette comme une autre.

- **Une couverture de plus en plus hybride : entre solidarité et privatisation**

Le modèle français de protection sociale reste, certes, fondé sur une couverture universelle, mais connaît une évolution marquée vers une logique de privatisation partielle de la couverture des risques, via la montée en puissance des OCAM et la contribution croissante des ménages. La coexistence de plusieurs niveaux de protection (Sécurité sociale, complémentaires, reste à charge direct) accentue les différences d'accès effectif à la santé, comme en témoignent les écarts de recours aux soins et la croissance des prestations non prises en charge par le régime général (dépassements d'honoraires, médicaments non remboursés, soins dentaires).

- **Le rôle des OCAM dans la couverture santé**

L'assurance complémentaire est le deuxième financeur des dépenses de santé en France après l'assurance maladie obligatoire. Les OCAM, peuvent avoir deux formats :

- les mutuelles, acteurs privés à but non lucratif relevant de l'économie sociale et solidaire, qui proposent une couverture complémentaire santé aux adhérents moyennant une cotisation et dont les activités relèvent du code de la Mutualité,
- les institutions de prévoyance, organismes assureurs paritaires et non lucratifs, qui gèrent des contrats collectifs d'assurance de personnes, souscrits par les entreprises au bénéfice des salariés, dans le cadre des accords d'entreprises ou de branches professionnelles,
- les assurances privées, à but lucratif, qui proposent des assurances de complémentaires santé à des usagers souscripteurs, régies par le code des Assurances.

Au total, on compte 400 organismes environ en France, dont 272 mutuelles, 100 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance²²¹. Si l'objectif qui fonde leur modèle économique est différent, la solidarité pour les uns et la rentabilité pour les autres, l'objet social est le même en matière de couverture du risque santé. Il s'agit principalement du remboursement complémentaire de celui du régime obligatoire²²². En ce domaine, les décisions appartiennent à l'État et les OCAM y sont assujettis.

Selon la DREES, la non-couverture par une complémentaire santé s'est fortement réduite au fil du temps, puisqu'elle ne touche plus que 4 % des personnes en 2019 (contre 14 % en 1996).

²²⁰ Pour mémoire, la dette sociale se cumule avec celle du budget de l'État et des collectivités, pour former la dette publique soumise aux « critères de Maastricht » (dette publique cumulée inférieure à 60% du produit intérieur brut (PIB) et déficit public annuel de 3% du PIB maximum), critères actuellement dépassés par la France.

²²¹ Source principale concernant les OCAM : DREES - « La complémentaire Santé » - édition 2024 - [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.](#)

²²² Activité régie par le Livre II du code de la Mutualité.

Elle concerne néanmoins encore 12 % des personnes les plus précaires, relevant du 1^{er} décile de niveau de vie notamment des retraités modestes et des chômeurs, malgré la réforme de la CSS, complémentaire santé solidaire pour les plus modestes. Rappelons que les situations de vulnérabilité et de pauvreté matérielle en Normandie sont importantes, affectant particulièrement les familles monoparentales et les jeunes les plus touchés par le renoncement aux soins pour raisons financières.

Parmi les évolutions importantes qu’ont connu les OCAM ces dernières années, citons :

- La réforme dite du « 100 % santé »

Visant à améliorer le recours aux prothèses auditives et dentaires et à certains produits d’optique, elle a été mise en place progressivement entre 2019 et 2021. Elle a eu pour effet de supprimer le reste à charge pour les usagers choisissant ces prestations, mais en a répercuté la charge sur les OCAM. La part de leurs dépenses sur ces paniers de soins a fortement augmenté, passant de 54 % à 61 % de leurs dépenses totales entre 2018 et 2022.

- L’instauration du forfait FPU, forfait patient urgences

Depuis 2022, les OCAM doivent rembourser ce forfait mis en place et facturé par l’établissement à chaque passage d’un patient aux urgences qui en ressort sans avoir été hospitalisé. Il est actuellement fixé à 19,61 € par passage (sauf minoration ou exonération).

- L’ANI relatif à la complémentaire santé d’entreprise obligatoire

L’accord national interprofessionnel de janvier 2013 transposé dans la loi relative à la sécurisation de l’emploi en juin 2013, a généralisé depuis 2016 l’obligation pour les employeurs de proposer une offre de complémentaire santé d’entreprise offrant des garanties minimales à l’ensemble des salariés du privé²²³. L’adhésion du salarié est obligatoire à l’échéance d’un éventuel contrat individuel préalablement souscrit. Ces contrats « collectifs » bénéficient d’un financement par l’employeur à hauteur de 50 % des primes, le solde étant à la charge du salarié. L’extension au secteur public de cette obligation de financer 50 % de la protection sociale complémentaire en santé de leurs agents doit intervenir en 2025 pour la FPE et en 2026 pour la FPT et la FPH²²⁴ en se substituant aux dispositifs partiels préexistant. Aujourd’hui, la DREES constate que 96 % des salariés ont accès à une complémentaire santé d’entreprise, sachant que la répartition entre les types de couverture est de 37 % de personnes couvertes par des contrats collectifs d’entreprise, 53 % par des contrats individuels, et 6 % par la CSS gratuite.

Avec une dizaine d’années de recul, l’accent est mis sur quelques effets non négligeables de cette réforme. D’une part, les offres collectives ont eu tendance à tirer les prix vers le bas,

²²³ Avec le mécanisme des ayants-droits, ces contrats peuvent couvrir également une partie de non-salariés présents au sein des ménages (enfants, étudiants, secteur public, retraités). NB : les employeurs à domicile ne sont pas assujettis à cette obligation.

²²⁴ L’ordonnance n°2021-175 étend l’obligation de participer au financement de la mutuelle santé de leurs agents à l’ensemble des employeurs des 3 versants de la fonction publique d’ici à 2026 au plus tard.

voire ont été proposées à perte, pour capter des contrats dans une logique de mise en concurrence. Les organismes se refinancent alors sur les offres individuelles via des hausses de cotisations ou des prises en charges moins avantageuses sur les composantes du panier de soins non réglementées. En conséquence, les écarts de traitement se sont creusés entre actifs et retraités, ces derniers étant presque exclusivement couverts pour 93 % d'entre eux par des contrats individuels, et entre salariés et personnes sans emploi. D'autre part, la DREES observe²²⁵ que les bénéficiaires d'un contrat collectif, bien qu'en moyenne plus jeunes, disposent d'un niveau de couverture global plus élevé en moyenne que les bénéficiaires d'un contrat individuel.

Ainsi, avec le déploiement prochain dans la fonction publique, la segmentation de l'offre de couverture va encore s'accroître entre les contrats collectifs, qui couvrent mieux une population plus jeune, mais qui sont plutôt déficitaires, et les contrats individuels qui dégagent des excédents mais au sein desquels la moyenne d'âge des personnes couvertes augmente avec un rapport prestation/cotisation moins favorable. En outre, dans ce contexte, la DREES évoque la perte de terrain des mutuelles face aux entreprises d'assurance dans le marché de la complémentaire santé, leur part de marché ayant déjà diminué de 6 points en 10 ans.

– Un marché concurrentiel qui tarifie à l'âge

Le marché de la complémentaire individuelle, fortement concurrentiel, avec de nombreuses offres parfois difficiles à comparer, repose sur une logique de tarification en fonction de l'âge, qui s'applique à 95 % des personnes couvertes, introduisant *in fine* de fortes disproportions tant dans les montants des adhésions et primes, que dans les restes à charge finaux.

Ainsi, selon la DREES, « les ménages au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus ont des restes à charge finaux, après remboursements trois fois plus élevés que ceux où les membres ont moins de 40 ans (590 € annuels contre 206 € en 2019). Les primes des ménages au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus sont trois fois plus élevées que pour ceux où les membres ont moins de 40 ans (1 534 € annuels contre 510 € en 2019). Globalement, primes versées aux complémentaires et reste à charge confondus s'élevaient en 2019 à 4,5 % du revenu disponible des ménages en moyenne, mais à 7,3 % pour les ménages au sein desquels une personne au moins était âgée de 70 ans ou plus. Ce poids est proportionnellement plus élevé pour les ménages modestes.

– Un poids de plus en plus lourd des prélèvements spécifiques sur les OCAM

En plus des prélèvements généraux qui s'appliquent à toute entreprise, les OCAM sont soumis, à deux prélèvements spécifiques dans le champ de leur activité santé qui sont assis sur les cotisations santé qu'ils perçoivent²²⁶ : la TSA, taxe de solidarité additionnelle et la contribution au FPMT, forfait patientèle médecin traitant. Les bases et les taux ont évolué dans le temps.

²²⁵ Source : DREES « La complémentaire Santé » - édition 2024 - - DREES « La complémentaire Santé » - édition 2024 - [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#).

²²⁶ Hors taxation exceptionnelle mise en place en 2020 et 2021 durant la crise sanitaire.

On retiendra en outre que la TSA est destinée à financer d’une part la CSS, et d’autre part la branche maladie de la Sécurité sociale ainsi que le fonds de financement de l’allocation supplémentaire d’invalidité, et que le FPMT consiste en un surplus de rémunération pour les médecins traitants.

Le taux de ces prélèvements est discuté à l’occasion de chaque examen du projet de LFSS annuel²²⁷. Or, entre 2002 et 2022, les prélèvements spécifiques auprès des OCAM ont augmenté de 12,6 points, passant de 1,5 % des cotisations en 2002 à 14,1 % en 2022, ce qui représente un volume de 5,6 Mds€ (*Source DREES*). Cette augmentation des prélèvements spécifiques, pèse donc largement sur le coût final des contrats supporté par l’usager.

Le cas du modèle mutualiste

Les mutuelles ont une offre qui ne se réduit pas au simple rôle de caisse de reversement de prestations liées à la couverture complémentaire santé, mais va bien au-delà. Elles sont largement investies selon les contrats, dans l’offre de santé au sens large (soins et accompagnement), l’animation des territoires sur les sujets de santé ainsi qu’un rôle en matière de prévention à tous les âges de la vie. Ces activités sont régies par le Livre III du code de la Mutualité (actions de prévention, actions sociales et de gestion sanitaire et sociale).

Le principe du modèle mutualiste est de garantir l’accès aux soins « selon ses besoins moyennant un paiement selon ses moyens ». Mais ce modèle est fragilisé par des prélèvements étatiques réguliers et une fiscalité en forte augmentation (de 2,5 % en 2006 à plus de 20 % en 2024), remettant en question sa viabilité et sa logique de solidarité intergénérationnelle. Les acteurs de la Mutualité s’en émeuvent, désavouent les décisions unilatérales et dénoncent un manque de concertation.

Ainsi, le modèle mutualiste français, unique en Europe, qui a longtemps fait figure de rempart contre la privatisation des risques, voit ses capacités de résistance ébranlées non seulement par les évolutions touchant leur rôle d’OCAM (montée du reste à charge et part croissante des OCAM dans la couverture, diversification du panier de soin), mais également par l’importance de la hausse du prélèvement sur les ressources des mutuelles lors des LFSS successives, qui pénalise d’autant leur capacité à rester présents sur les autres champs de l’offre et de la prévention en santé.

- **La part des ménages**

- Définition du RAC, reste à charge

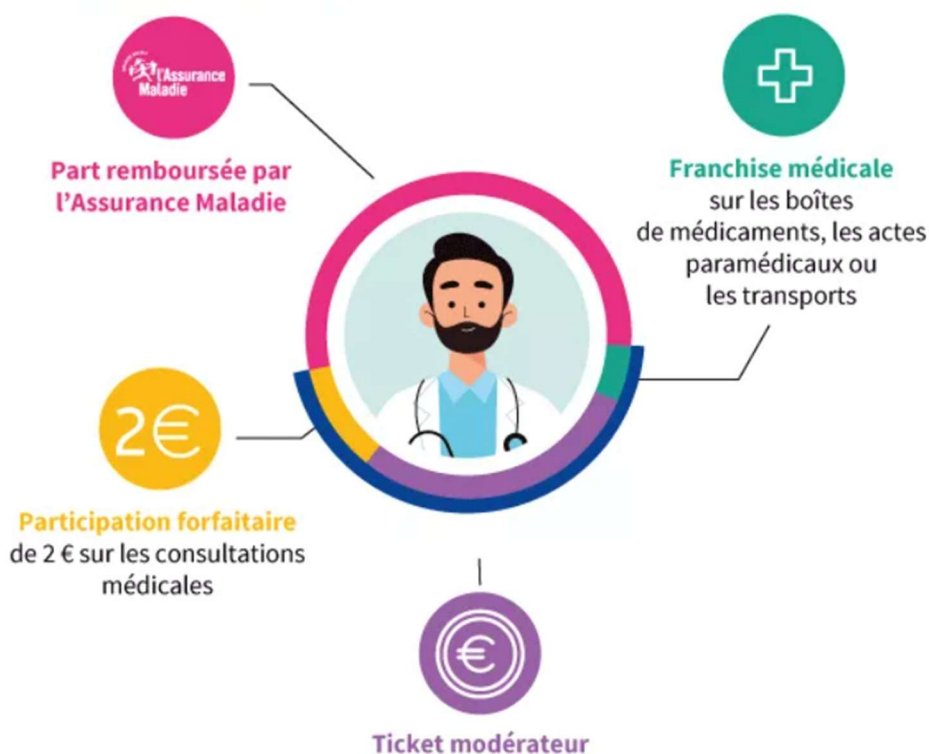
Dans l’approche des contributions aux coûts de la santé, la notion de « reste à charge » a une signification précise. Le RAC AMO, dit opposable, correspondant à ce qui n’est pas remboursé par l’AMO, et est présenté comme la « *contribution de l’usager à la préservation du système de santé* ». Il recouvre essentiellement trois composantes, dont les volumes ont fluctué dans

²²⁷ Dans le cadre du vote de la LFSS 2025, l’État a envisagé de nouvelles augmentations estimant que les OCAM thésaurisaient des recettes en prévision de décisions d’évolution des prises en charge qui ne sont pas intervenues à la suite de la dissolution de l’Assemblée nationale mi-2024.

le temps par ajustement des montants, des taux, des seuils de plafonnement, ou des cas d'exonération :

- le « ticket modérateur », part des dépenses non remboursées par l'AMO²²⁸, qui peut être pris en charge en partie ou en totalité par un OCAM si un contrat complémentaire santé a été souscrit,
- auquel s'ajoute une participation « forfaitaire »²²⁹ sur les actes médicaux, avec un plafonnement annuel et journalier,
- ainsi qu'une « franchise médicale »²³⁰ sur chaque boîte de médicament, acte paramédical et transport sanitaire, avec un plafonnement annuel.

Répartition du coût des dépenses de soins



(Source : [Qu'est-ce que le ticket modérateur ? | ameli.fr | Assuré](https://ameli.fr/Assuré))

²²⁸ Le ticket modérateur est pris en charge par l'Assurance maladie dans certains cas, notamment en cas d'ALD, affection de longue durée, exonérante, d'accident du travail ou maladie professionnelle, pour les femmes enceintes et les nouveau-nés, la prévention bucco-dentaire des jeunes, etc. Il peut être majoré en cas de non-respect du parcours de soins. Son taux varie selon la nature de l'acte (consultations, médicaments, transports sanitaires, etc.).

²²⁹ Actuellement, une participation forfaitaire de 2 € s'applique sur les actes médicaux (consultations ou actes réalisés par un médecin, examens radiologiques et analyses de biologie médicale), avec un plafonnement fixé à 8 € par jour et à 50 € par an et par personne. En sont exonérés les enfants et jeunes de moins de 18 ans, les femmes enceintes bénéficiaires de l'assurance maternité, les bénéficiaires de la CSS et de l'AME, les blessés pensionnés militaires. À noter qu'une participation forfaitaire de 24 € s'applique à certains actes coûteux (supérieurs à 120 €) ou frais d'hospitalisation en établissement ou à domicile, parfois couverte par les OCAM.

²³⁰ La franchise médicale est fixée à 1 € par boîte de médicament et par acte paramédical, et à 4 € par transport sanitaire, plafonnée également à 50 € par an et par personne.

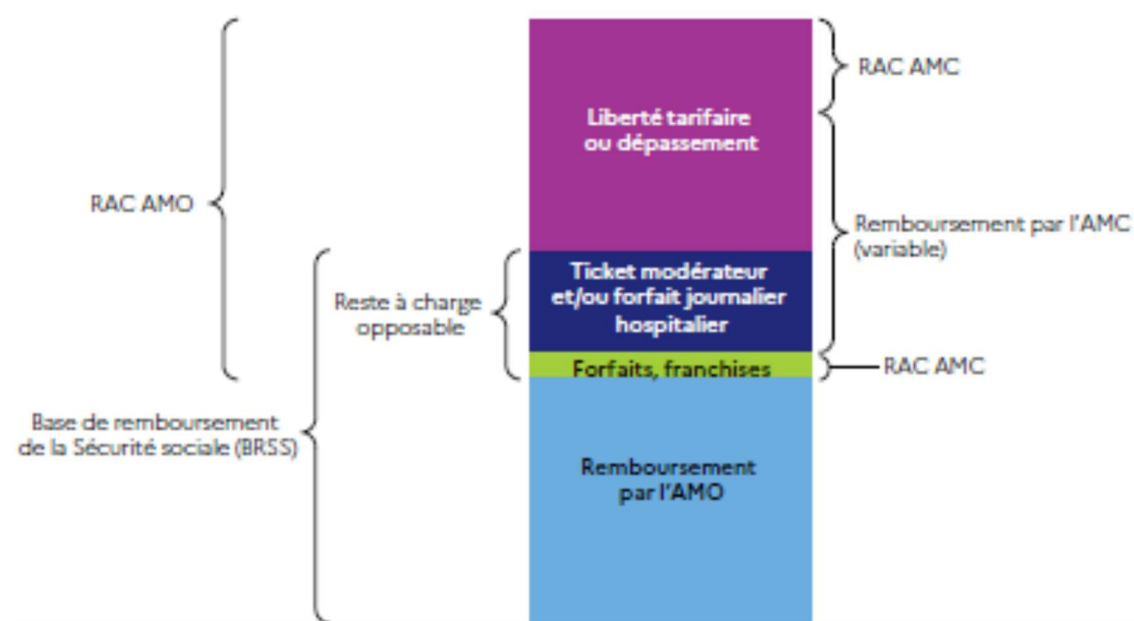
– La place primordiale des assurances complémentaires

Participation forfaitaire et franchise médicale représentent un coût net pour tout usager, alors que les d'autres composantes du reste à charge peuvent le cas échéant être couvertes dès lors qu'il a souscrit une complémentaire santé, donc de manière hétérogène selon les usagers. Après cette prise en charge par les OCAM, on parle de RAC AMC.

C'est le cas du ticket modérateur, mais également du FPU mis en place en 2022, ou encore des forfaits hospitaliers à la charge de l'utilisateur à titre de participation aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation. Leur prise en charge dépend des contrats souscrits mais sont généralement bien couverts par les OCAM.

C'est le cas aussi de certains dépassements au titre de la liberté tarifaire, qui ne relèvent pas du reste à charge opposable par l'Assurance maladie (RAC AMO), mais qui sont de plus en plus pratiqués par les professionnels de santé sur leurs honoraires, médecins généralistes ou spécialistes, autres professionnels notamment dans les laboratoires de biologie ou d'imagerie, en ville ou dans les établissements privés, concernant aussi bien les actes médicaux et paramédicaux que la vente de dispositifs médicaux. Comme on l'a souligné, cette complexité génère souvent un manque de lisibilité des offres des complémentaires santé pour les usagers, fragilisant les plus vulnérables d'entre eux.

En synthèse, le reste à charge se décomposerait approximativement de la façon suivante :



AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire ; RAC AMC : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note » Le remboursement par l'AMC est indiqué comme « variable » car il est conditionné à la souscription d'un contrat de complémentaire santé, et les taux de remboursement dépendent du type de soins et du contrat.

(Source DREES - « La complémentaire Santé » - édition 2024)

– Zoom sur le cas des ALD

Régulièrement objet de débats, les exonérations du ticket modérateur pour les patients atteints de certaines ALD ont pour objet de jouer un rôle protecteur vis-à-vis de cette population, en lui permettant d'accéder aux soins sans discriminer les usagers en fonction de leur capacité de couverture complémentaire. Actuellement, selon la DREES, « en prenant en charge en moyenne 92 % de leurs dépenses de santé (contre 66 % de celles de la population générale), l'intervention de l'AMO permet à ces patients atteints de pathologies chroniques et coûteuses d'avoir un risque à couvrir comparable à celui de la population générale (hors CSS) à âge donné ».

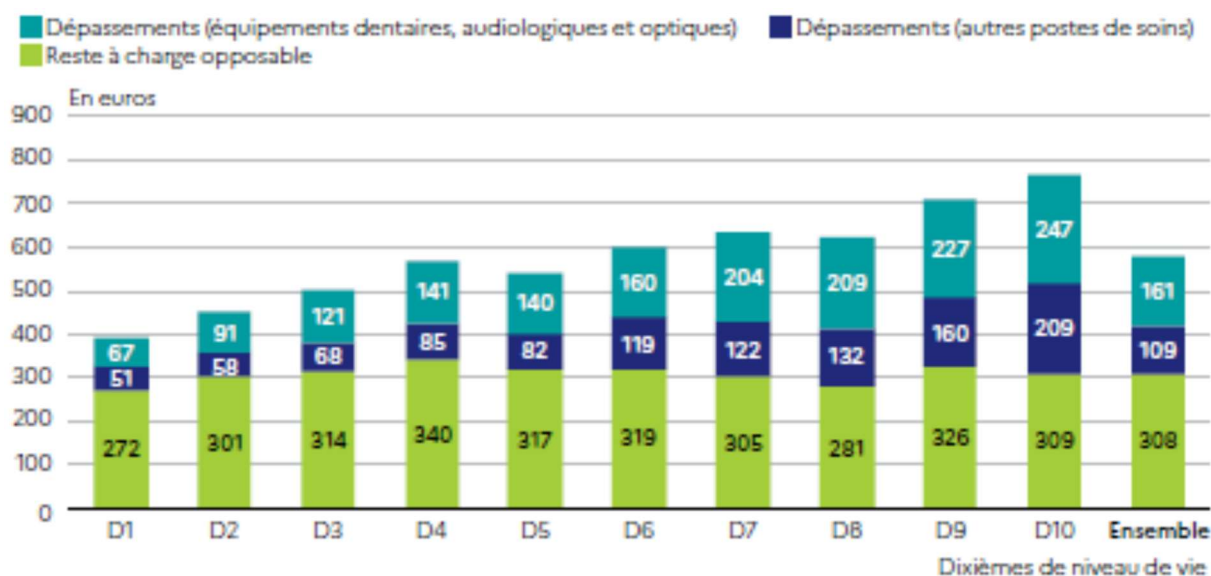
- **Les ménages : du reste à charge à la contribution globale**

– Un poids du RAC comparativement peu élevé en France

Le reste à charge ainsi défini, opposable ou après intervention des OCAM, est estimé un des plus faible des pays de l'OCDE par la DREES, soit 9 % de la DCSi.

Il est néanmoins très hétérogène en fonction de l'âge, puisqu'il varie en moyenne entre 100 € de 20 à 39 ans et 410 € après 70 ans, ainsi que selon le niveau de vie, ou la discrimination se fait essentiellement non pas sur la partie opposable mais sur les dépassements.

Décomposition du RAC selon le niveau de vie (2019)



(Source DREES - « La complémentaire Santé » - édition 2024)

– Mais une contribution globale, qui va bien au-delà du reste à charge

L'approche par le « reste à charge » correspond à la partie visible de la contribution des usagers à leurs dépenses de santé. Elle est restrictive, car par des mécanismes de prélèvement, ils supportent directement ou indirectement un volume de ces dépenses qui va bien au-delà. Il est important d'en tenir compte, notamment au regard des comparaisons internationales qui sont souvent faites.

Dans le coût des complémentaires santé, comme on l'a vu, ils s'acquittent d'une part de la cotisation des contrats collectifs qui comprend l'impôt intégré et collecté par les OCAM reversé au budget de la SS, de l'ordre de 14 % des cotisations. Ces charges sont en constante augmentation pour les ménages, notamment ceux souscrivant à titre individuel, comme les retraités et les personnes sans emploi qui ne bénéficient pas de l'aide de 50 % de l'employeur obligatoire sur les contrats de groupe.

Ils abondent les ressources du système de santé via la part « salariés » des cotisations sociales que les employeurs versent aux URSSAF, et contribuent ainsi avec les employeurs à l'équilibre de l'édifice de la protection sociale à hauteur de 54% des ressources. Une part de la CSG appliquée à tous les revenus étant non déductible, ils payent à nouveau un impôt sur un revenu qu'ils n'ont pas perçu.

En dehors du domaine du soin relevant de l'Assurance maladie à proprement parler, les ménages et les familles participent également aux dépenses des collectivités territoriales responsables de l'accompagnement de publics spécifiques, à l'exemple des départements qui assurent la prise en charge du maintien en autonomie ou de la dépendance des personnes âgées ou en situation de handicap, ou le suivi de la protection médicale et infantile des jeunes enfants.

- **Enjeux à 2050 : inégalités croissantes et acceptabilité sociale ?**

Les grands équilibres entre les contributions au financement du système sont complexes et affectés par des mouvements continuels. Dans ce contexte, la lisibilité de la contribution des ménages est faible malgré les multiples canaux qu'elle emprunte : cotisations sociales, impôts, reste à charge, cotisations aux OCAM, parfois même dons à la recherche médicale. Les transferts de couverture opérés vers le reste à charge des usagers, ou vers les OCAM, dont le coût sera répercuté sur les tarifs des contrats, auront inévitablement leurs limites.

Les débats autour des efforts collectifs pour soutenir les charges engendrées par le système de santé sont désormais récurrents d'autant que l'accès à la santé n'est pas ou plus assuré de façon équitable pour tous ; d'autres sur la répartition des efforts entre générations sont naissants. Jusqu'où les citoyens sont-ils prêts à financer collectivement la santé ? À y contribuer via des prélèvements obligatoires toujours plus importants ? À accepter des arbitrages dans les paniers de soins de base ? Quelle part de responsabilité individuelle est acceptable ?

En effet, malgré leur poids croissant en tant que contributeurs, les collectifs d'usagers dénoncent le fait que les comportements individuels sont régulièrement stigmatisés. La tendance actuelle est à la responsabilisation des usagers, invités à devenir « acteurs de leur santé ». S'il est tout à fait légitime et souhaitable que chacun participe de manière active à la prévention ou au suivi des thérapeutiques prescrites, assumer cette responsabilité est parfois ressentie comme une injonction tant elle se heurte à de nombreuses limites : inégalités d'accès aux droits, notamment pour les plus démunis, et aux soins, notamment dans les déserts médicaux, fracture numérique, manque d'information, complexité du système. Elle

peut même devenir culpabilisante, en faisant peser sur les individus la charge de leur état de santé, sans leur donner les moyens d’agir.

Or le risque de voir se poursuivre le désengagement de la Sécurité sociale dans la couverture des dépenses de santé en général est non négligeable au regard des tensions budgétaires actuelles. Il s’accompagne de celui de voir monter en puissance des offres de couverture complémentaires ou assurantielles « à la carte », accentuant celui de voir s’instaurer un système à deux vitesses et non plus universel. Cette tendance interroge les acteurs alors même que la viabilité du modèle solidaire paraît cruciale en Normandie, qui pâtit d’indicateurs sanitaires dégradés, d’une médecine de première ligne sous tension, d’une proportion de personnes âgées en forte hausse attendue en 2050, de problématiques de santé environnementale et de santé au travail singulières, et qui présente parallèlement des situations particulières de vulnérabilité et de précarité.

Aussi la question de la soutenabilité du modèle se pose avec intensité, au risque de placer une part grandissante d’usagers face à des obligations de renoncement à s’assurer ou à se soigner.

Elle soulève aussi celle de son acceptabilité à long terme, laissant pressentir des menaces accrues dans l’accès juste, solidaire et performant à la santé des Normands sur tous les territoires en 2050.

3.2.3. Des tendances lourdes dans les mécanismes financiers

Deux tendances principales ont été repérées qui ne sont pas de même nature mais impactent autant la formation des dépenses de santé que les équilibres à terme du système de soins.

- **Évolution des modes de tarification des actes et impact sur la pertinence des soins**

Dans les années qui ont suivi la mise en œuvre du plan Juppé, ouvrant l’ère de rationalisation et de régulation centralisée des dépenses de santé, l’État entreprend dès les années 2000 de rénover les modalités et les outils présidant à l’affectation des ressources devenues rares.

D’une part les cliniques privées rejoignent les hôpitaux publics sous la tutelle des ARH et du ministère de la Santé, leur financement ne relève plus des négociations tarifaires menées avec la CNAM, celle-ci ne conventionne plus désormais qu’avec la médecine libérale de ville.

– La T2A, un outil financier de tarification (à l’activité ou à l’acte)

Parallèlement, les méthodes de tarification des prestations et des prises en charge ont évolué vers une rationalisation progressive, notamment avec l’introduction en 2004 dans le cadre du « plan Hôpital 2007 » de la T2A, tarification à l’activité dans les hôpitaux publics et privés²³¹, la cotation des actes médicaux à l’acte et le développement de forfaits modulés selon la gravité et la technicité. La T2A substitue une logique de rémunération en fonction de la nature

²³¹ La T2A s’applique à l’exception de certaines missions d’intérêt général qui restent dotées de financements spécifiques, comme par exemple l’enseignement, la recherche et l’innovation, ou la coordination de certaines pathologies spécifiques.

et du volume d'activité effective des établissements, à une logique d'autorisation de dépense assortie d'une dotation globale. Elle avait notamment pour objectif affiché de renforcer l'efficacité des établissements de santé, associant productivité et qualité des soins.

– Des effets pervers

Si cette logique a permis une meilleure lisibilité des coûts et facilité la comparaison inter-établissements et renforcé la performance de certains, elle a aussi introduit des effets pervers. La multiplication d'actes en contexte hospitalier et leur concentration dans de grands pôles techniques a potentiellement exacerbé les inégalités territoriales, au détriment de l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours alors qu'il fait consensus localement en Normandie comme ailleurs.

Dans un cadre concurrentiel renforcé, elle a conduit également des établissements privés à concentrer leurs activités sur des actes jugés plus rémunérateurs et moins risqués, avec une tendance à favoriser le volume, laissant les prises en charge les plus lourdes et les plus complexes au secteur public.

Enfin, des difficultés perdurent : comment rétribuer l'accompagnement et le suivi de patients chroniques ou comment rémunérer la prévention, ainsi que la prise en compte croissante des parcours de soins coordonnés et la coordination ville-hôpital ? La controverse sur la pertinence des prescriptions en l'absence d'une utilisation efficace du dossier médical partagé et sur l'équilibre soins/prévention rejaillit. Le débat souligne la nécessité d'adapter les tarifications à la réalité du parcours usager, au risque d'aggraver la segmentation de l'offre et la désertification médicale.

La tarification conventionnelle qui persiste dans la médecine de ville n'est pas en marge de ces débats, car malgré certaines adaptations des forfaits à l'acte, notamment pour les consultations complexes ou les pathologies lourdes, le choix de tarification demeure un frein à l'accompagnement des personnes aux vulnérabilités spécifiques, à l'évolution des prises en charge pluriprofessionnelles, à la qualité des parcours de soins, à l'essor des pratiques avancées, ou encore au besoin de coordination entre acteurs de santé et médico-sociaux.

– Vers un mode de financement mixte

Face à toutes ces limites aujourd'hui signalées par les acteurs de terrain, plusieurs plans nationaux, dont « Ma Santé 2022 » et le Ségur de la Santé 2020, ont amorcé une réduction du poids de la T2A dans la rémunération hospitalière, sans toutefois remettre en cause sa place centrale dans la régulation. Depuis 2024, une réforme du modèle de financement des hôpitaux est en cours pour réintroduire et amplifier, en plus de la T2A, la part de financements par dotations pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique, alors que par ailleurs le modèle T2A pondéré s'étend pour les soins en psychiatrie ou en rééducation. Les évolutions devront être observées.

- **La financiarisation de l'offre de soins, une nouvelle donne**

- Définition et mécanismes

Nous en avons retenu la définition suivante : « Contrôle des structures d'offre de soins, financées sur ressources publiques, par des capitaux et investisseurs privés qui captent les gains qu'elles génèrent ». Des acteurs financiers sont à la manœuvre, et au-delà de simples privatisation, concentration ou marchandisation, recherchent à cumuler les bénéfices des trois.

La financiarisation de l'offre de soins, en France et en région, correspond à une évolution progressive du système où les logiques d'investissement, de rentabilité, de recherche d'efficacité et de retour sur capitaux investis, gagnent du terrain sur la logique purement solidaire et universaliste qui a présidé à la création de la Sécurité sociale. Compte tenu de son mode de financement universel et garanti, ainsi que de la croissance estimée des besoins de santé au regard de la démographie, le secteur de la santé aigüise l'appétit des fonds d'investissement privés car il est considéré comme particulièrement solvable et suffisamment rentable.

- Ampleur du phénomène

Ce mouvement s'observe depuis plusieurs années dans certains secteurs, comme les EHPAD, les laboratoires de biologie médicale, où 6 groupes détiennent 60 % de l'offre de soins, ou d'imagerie médicale, et s'est étendu peu à peu notamment aux cabinets dentaires ou dans une moindre mesure aux pharmacies²³². Il touche par ailleurs la majorité des hôpitaux et cliniques privées, où le marché français est dominé par 4 grands groupes privés : Ramsay Santé, à capitaux principalement australiens détenant 17 % des parts de marché de l'hospitalisation privée, Elsan (20 %), Vivalto Santé, tous trois présents en Normandie, ainsi que Almayva à capitaux principalement koweïtiens.

En Normandie, cette financiarisation est perceptible à plusieurs niveaux (cf. cartographie en annexe 4).

Il s'amplifie à la faveur d'intérêts d'investisseurs qui utilisent des montages financiers complexes et opaques pour les décideurs publics qui ne sont pas armés pour les contrer sur le terrain du commerce et de la concurrence²³³.

- Impacts sur la qualité, l'équité, la carte de l'offre

Cette financiarisation n'est pas sans conséquence sur la qualité globale des prises en charge et leur équité. Avec une prolongation de ces tendances, les risques sont multiples. Des signaux faibles alertent sur la réduction des marges de manœuvre des professionnels de santé, qui

²³² Les pharmaciens ont fait le choix de la rigueur en bloquant l'ouverture du capital des officines à des tiers, mais des pharmaciens peuvent être attirés par des groupes qui développent essentiellement la parapharmacie.

²³³ Selon le rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat - [Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? - Sénat](#).

s'ils sont souvent séduits au premier abord par l'apport en capital qui permet de suivre les évolutions technologiques, ou la simplification des tâches administratives, se trouvent contraints dans leurs pratiques médicales et ressentent rapidement une pression à la rentabilité. La question de la pertinence des soins et du contrôle exercé sur ces structures pour éviter les dérives doit impérativement être soulevée.

Par ailleurs, une tension forte sur les prix, voire une envolée des tarifs dans les secteurs rentables, synonyme de dépassements pour les usagers, est à redouter, de même qu'une concentration accrue des investissements dans les territoires, privilégiant les zones à forte capacité de création de richesse au détriment d'espaces fragiles ou à plus faible rentabilité immédiate, bien souvent déjà sous-dotés. En dernier lieu, le risque est celui d'une décroissance rapide de l'offre dans les métiers les moins valorisés financièrement, notamment ceux au service des usagers les plus vulnérables. Les risques encourus pour l'équilibre du système sont réels alors qu'il est déjà confronté au sous-investissement dans certains segments, par exemple la gériatrie, la psychiatrie, ou encore plus largement la prise en charge de la précarité.

Enfin, elle révèle un conflit de valeurs d'un point de vue éthique dans la mesure où les financements du modèle social basé sur la solidarité, servent à produire des dividendes et rémunérer des acteurs financiers. Qu'ils soient nationaux ou étrangers, ceci interroge sur la souveraineté de la gouvernance en santé.

L'observation accrue de ce phénomène s'avère indispensable pour permettre aux pouvoirs publics d'anticiper le risque de voir se développer un système à plusieurs vitesses, et d'adopter les mesures de régulation adéquates.

En conclusion, le modèle français, fondé sur la socialisation du risque, fait face à des tensions budgétaires récurrentes. Les débats sur l'évolution des sources de financement et la capacité contributive des usagers, que ce soit au travers de l'impôt, des cotisations sociales, des adhésions mutualistes ou primes d'assurance, questionnent la soutenabilité du système embolisé par les dépenses consacrées aux soins face aux enjeux de santé à 2050.

Faute d'élasticité dans la ressource, les pans de réflexion doivent s'ouvrir pour dégager des marges de manœuvre qui, si elles ne proviennent pas des recettes dont l'assiette n'est pas extensible, doivent se reconstituer grâce à une approche de la santé globale, à tous les âges de la vie, à des débats sur les arbitrages à faire en faveur de la prévention ou d'une plus grande pertinence ou utilité sociale des dépenses consacrées au soin dans l'ensemble des interventions en santé. En parallèle, une réflexion sur les échelles de territoire les mieux à même de prendre en compte les réalités territoriales d'accès à la santé de proximité pour tous devrait être conduite.

3.3. Territorialisation de la gouvernance en sante : rôle croissant des collectivités territoriales, place cruciale des professionnels

Les évolutions de gouvernance évoquées dans l'historique ont abouti à un paysage révélateur de tensions à différentes échelles, notamment entre centralisation et territorialisation, avec une montée en puissance des acteurs du territoire, qui pose aujourd'hui la question de la place réelle de ces acteurs dans la gouvernance, de leur capacité à agir et se coordonner, et des moyens qui leur sont alloués.

3.3.1. La gouvernance en santé portée par une dynamique de territorialisation

- **La place légitime de la proximité en santé**

La territorialisation s'est opérée dans un contexte de raréfaction des moyens, voire de pénurie, particulièrement en Normandie où se posent des défis majeurs pour 2050 en matière d'organisation territoriale de l'offre de santé et d'équité d'accès de tous les Normands. Rappelons le constat dressé dans les chapitres précédents sur les différents indicateurs sanitaires et sociaux régionaux, sur les enjeux démographiques du vieillissement, de santé environnementale ou en rapport avec le travail, ou encore sur la pénurie dans l'offre de santé et de soins, ainsi que l'extrême tension qui pèse sur la démographie médicale, inégalement répartie et vieillissante.

Dans ce contexte, la question prégnante pour les usagers est devenue celle de l'espérance qu'ils peuvent placer dans une santé de proximité répondant à leurs besoins, et notamment l'accès aux soins de premier recours ou soins primaires²³⁴, principalement auprès des médecins généralistes, acteur clé du parcours de santé.

La gouvernance s'est peu à peu empreinte de logiques plus territoriales, tant pour répondre à cette demande légitime de proximité de l'utilisateur, invité à davantage se responsabiliser face à sa propre santé, que pour tenter de maîtriser l'ensemble de la chaîne de gradation des soins.

Cette gradation va du 1^{er} recours assuré par le pivot du généraliste, au 2^{ème} niveau assuré par les établissements hospitaliers généraux, puis au 3^{ème} niveau dans les centres hospitaliers universitaires dotés de l'ensemble des spécialités. En effet, bien que dédiés à la prise en charge des pathologies les plus lourdes, les effets cumulés de la difficile gradation des soins, de la disparition de la permanence des soins en ville, de la pénurie et de la désertification ont conduit trop souvent à l'embolisation des services d'urgence, à la dégradation du service rendu et à des situations de tension dans les rapports avec les usagers et de dégradation de l'attractivité de ces services.

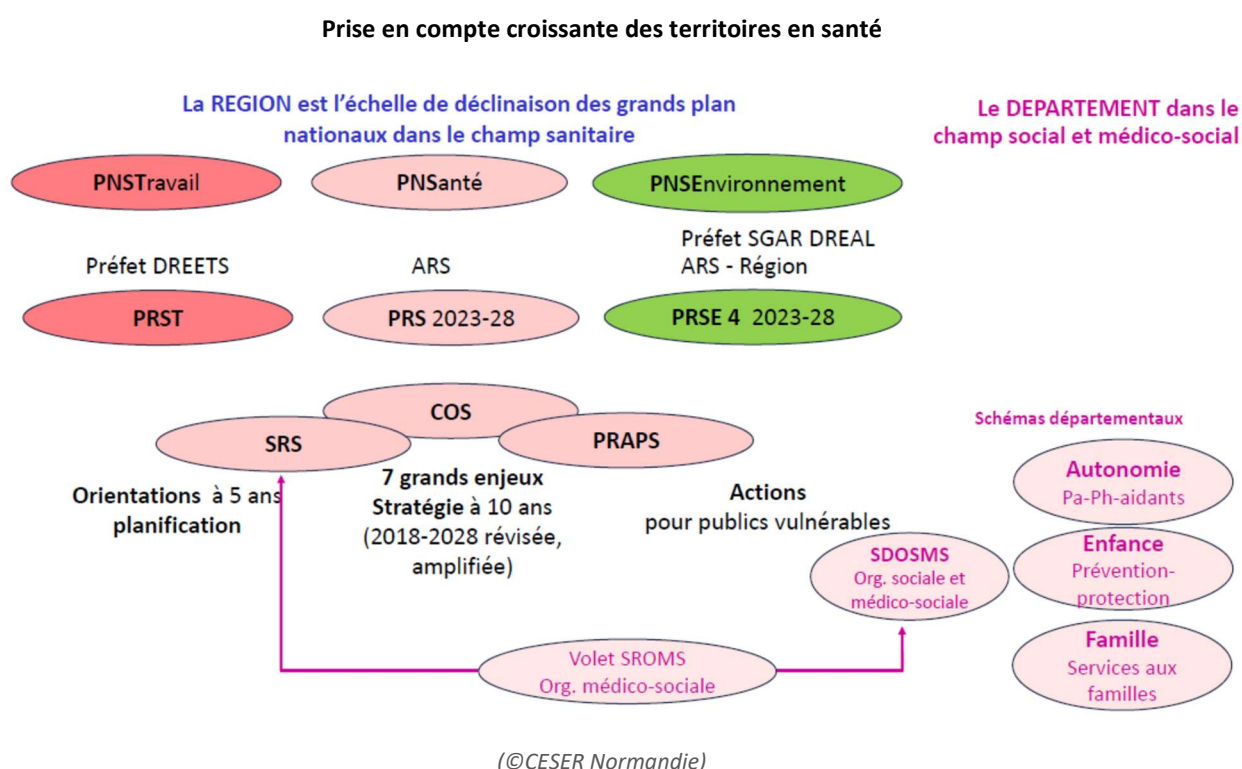
²³⁴ Soins de premier recours, ou soins primaires, définis par l'art. L. 1411-11 du code de la Santé publique : : soins des médecins généralistes et de quelques spécialistes accessibles en accès direct, conseils des pharmaciens, soins infirmiers, kinésithérapie, dentaires, orthophonistes ou psychologues.

- **L'État déconcentré comme appui à la territorialisation**

Depuis les réformes de 1996, motivées par un souci de maîtrise centralisée de la politique de santé définie par l'État, celui-ci s'est doté de moyens déconcentrés en région pour relayer son pilotage, dans un premier temps via les ARH, puis avec les ARS issues en 2010 de la loi HPST.

Les ARS assurent également le support des CRSA, conférence régionale de la santé et de l'autonomie. La CRSA est un organe consultatif qui concourt par ses avis, à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale de santé par l'ARS et ses partenaires en y associant les représentants des professionnels, des partenaires sociaux et des usagers en santé.

Le pilotage de l'ARS s'exerce, selon le sujet, à deux niveaux d'échelle de territoire : régional et départemental.



- **L'échelle régionale consacrée**

La loi LMSS, loi de modernisation du système de santé, dite loi Touraine de 2016, outille les ARS dans leur rôle de régulation et de coordination des acteurs territoriaux et retient l'échelle régionale comme niveau pertinent de pilotage notamment pour décliner les grands plans nationaux dans le champ de la santé (PNS - PRS), et santé environnement (PNSE - PRSE), tous deux pilotés par les ARS, et santé et travail (PNST - PRST) piloté par les DREETS. L'objectif est de permettre des « parcours de soins » adaptés à la demande des territoires avec leurs propres spécificités. Les acteurs locaux dont les collectivités peuvent les compléter et s'y impliquer sur la base du volontarisme.

– L'échelle départementale, et les schémas dans le champ social et médico-social

En matière d'action sociale et de santé, les départements ont la charge de l'élaboration et de la mise en œuvre des SDOSM, schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale, ainsi que de la coordination des actions sociales et médico-sociales menées sur le territoire départemental.

Au-delà de la prise en charge des prestations légales d'aide sociale notamment en direction de l'enfance, de la famille, des personnes en situation de handicap²³⁵ et du maintien en autonomie à domicile des personnes âgées, des évolutions législatives et réglementaires visant à adapter la société à la transition démographique leur ont donné un rôle particulier dans leur accompagnement.

En 2015, la loi dite ASV, adaptation de la société au vieillissement, qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes âgées, retarder la perte d'autonomie, et renforcer les dispositifs de prévention et de coordination, a débouché sur la mise en place de conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Les départements élaborent des plans d'action coordonnés pour les aidants et les personnes âgées, en lien avec ces conférences organisées au niveau départemental et rassemblant les financeurs locaux : conseils départementaux, ARS, caisses de retraite, mutuelles, etc.

Depuis 2021, la CNSA, caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, devient gestionnaire de la 5^{ème} branche « autonomie » de la Sécurité sociale²³⁶ créée en 2020 par la loi du 7 août « relative à la dette sociale et à l'autonomie ». Elle dispose cependant de faibles ressources pour financer le risque « dépendance », insuffisamment couvert et largement lié aux situations individuelles.

C'est encore à l'échelle départementale qu'en avril 2024, la loi « portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie », visant à prévenir la perte d'autonomie et l'isolement des personnes âgées comme celle des personnes en situation de handicap, crée un SPDA, service public départemental de l'autonomie²³⁷, avec pour objectif de simplifier le parcours des usagers et de garantir que leur maintien à domicile est réellement soutenu et accompagné. Pour mener à bien son action, la CNSA s'appuie sur ses partenaires principaux que sont les ARS, les conseils départementaux, les MDPH, maisons départementales des personnes handicapées et les MDA, maisons départementales de l'autonomie.

Néanmoins, bien que le principe d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge, visant à déterminer une trajectoire financière, ait été annoncé depuis longtemps et rappelé à l'occasion du vote de la loi « bien vieillir » de 2024 (article 10), celle-ci n'a pas encore vu le

²³⁵ Notamment APA, allocation personnalisée d'autonomie, ou PCH, prestation de compensation du handicap.

²³⁶ Le budget géré par la CNSA s'est élevé à 43 Mds€ au titre du budget rectificatif 2025 - (Source [Présentation et missions de la CNSA | CNSA.fr](#)).

²³⁷ Les SPDA ont été préfigurés en 2024 dans une vingtaine de départements, dont la Seine-Maritime, puis étendus à tout le territoire en 2025.

jour. Le contexte budgétaire qui prévaut depuis fait craindre que ne perdure l'absence de mesure de financement du grand âge et de la dépendance à la hauteur des défis.

L'ARS Normandie

Son action se concentre sur plusieurs priorités, qu'elle poursuit en lien avec les autres acteurs de la santé sur le territoire et qui sont par ailleurs au cœur du PRS, projet régional de santé 2023-2028, au travers des deux grandes composantes qui déclinent à 5 ans les orientations du cadre stratégique à 10 ans (COS 2018-2028) : le SRS, schéma régional de santé qui guide l'action sur l'offre de soins, l'accompagnement et la prévention, et le PRAPS, programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, destiné plus particulièrement à la prise en charge des situations de précarité.

Parmi les priorités majeures, on retiendra tout d'abord la structuration de l'offre de soins visant à répondre aux besoins du territoire, avec 2 axes essentiels. Le premier est de structurer l'offre en ambulatoire notamment au moyen du renforcement de l'exercice coordonné entre professionnels, de la délégation de tâches, et du soutien aux protocoles de coopération. Il s'agit ensuite de renforcer l'offre en établissement de santé via les deux principaux leviers que sont les investissements et les capacités de formations. Les enjeux sont de redonner du sens aux métiers et à l'engagement professionnel mis à mal par la situation de pénurie et de tensions récurrentes, aggravées notamment durant la période difficile du COVID.

D'autres priorités consistent à décliner les grandes politiques de santé publique nationales en les adaptant aux particularités du territoire normand. En premier lieu, l'ARS soutient le développement de la prévention qui vise à agir le plus en amont possible avant l'apparition du besoin de soins. Ensuite, en lien étroit avec les collectivités et les départements sur leurs compétences « autonomie et dépendance », elle œuvre à structurer la politique en direction des personnes âgées et de leur accompagnement, visant à assurer le bien vieillir en prévenant et accompagnant la dépendance des personnes âgées en région, ainsi qu'en exploitant toute la palette de solutions possibles de l'habitat afin de dépasser l'approche binaire virage domiciliaire/accueil en institution.

Malgré le maintien²³⁸ d'un niveau des dotations nationales concernant les établissements hospitaliers ainsi que du FIR, fonds d'intervention régional destiné à financer les actions du PRS après couverture de certaines dépenses obligatoires comme la permanence des soins en établissements de santé, les marges de manœuvre de l'ARS sont limitées dans un contexte financier difficile qui affecte les dotations provenant du Ministère.

C'est dans ce contexte que par deux fois depuis 2018, la collectivité régionale émet un avis défavorable au PRS soumis par l'ARS Normandie, auquel le CESER Normandie a entièrement souscrit, considérant le projet comme un plan d'adaptation à une situation dégradée, sans réponse appropriée aux défis de santé posés à la Normandie.

²³⁸ La dotation nationale concernant les établissements hospitaliers a très légèrement progressé de + 0,25 % à l'issue de la campagne tarifaire 2025, et le FIR se maintient à 260 M€ grâce à une progression annuelle de 2 %.

- **Une réorganisation territoriale de l'offre de santé, valorisant la coordination entre acteurs**

Celle-ci a essentiellement été portée depuis la loi LMSS, loi de modernisation de notre système de santé, dite loi Touraine de 2016, et a pris diverses formes.

- Les CTS, conseils territoriaux de santé, instances de dialogue entre acteurs sur les territoires

Créés par la LMSS, en remplacement des conférences de territoires, les CTS sont des instances territoriales de démocratie en santé élargies aux usagers, où s'opère le dialogue entre acteurs de santé sur les infra-territoires. Ils permettent, grâce à une approche plus fine des réalités de terrain, de décliner le PRS sur la base d'une discussion et de priorités partagées.

La mise en place des CTS a nécessité la définition préalable des contours des territoires de démocratie sanitaire dits « territoires de santé », arrêtés par l'ARS après consultation de la Région. En Normandie, l'ARS a ainsi défini 7 territoires :

Les 7 territoires de santé normands



(Source : site ARS - [Les Conseils territoriaux de santé](#) / [Agence régionale de santé Normandie](#))

On remarque que la délimitation des périmètres arrêtés pour les territoires de santé, à l'exception de la Seine-Maritime, est calquée à l'heure actuelle sur les périmètres institutionnels des départements, traduisant ainsi le poids des acteurs locaux et du relais que jouent les antennes départementales de l'ARS. Mais le code de la Santé publique prévoit la possibilité d'un zonage interrégional, ou d'une redéfinition des périmètres à l'initiative des membres d'un CTS afin d'assurer les équilibres et la solidarité entre territoires en matière d'accès aux soins. Sans démultiplier les découpages, il pourrait être pertinent d'investiguer ces possibilités dans la mesure où les parcours de santé ne sont pas homogènes à l'échelle d'un département. Cette discussion est d'ailleurs en cours actuellement dans l'Eure pour envisager un découpage en sous-zones.

Par ailleurs, il convient de souligner que les CTS sont avant tout des instances de discussion et de propositions²³⁹ qui permettent l'émergence d'une expertise partagée des spécificités des territoires, basée sur une évaluation diagnostique des besoins. Tout comme la CRSA au niveau régional, ces dispositifs locaux de concertation sont censés venir en appui de la mise en œuvre des actions de l'ARS les plus adaptées, déclinés en feuilles de route.

Mais plusieurs écueils persistent. L'action locale demande davantage d'observation et de qualification de la demande pour garantir une réelle diversification des actions, avec des moyens et des indicateurs à construire en lien avec les défis de santé partagés. Par ailleurs, si les CTS peuvent peser sur l'organisation territoriale de l'offre, ils sont dépourvus de capacité d'action en tant que telle. En effet, les initiatives des CTS nécessitent des acteurs pour les mettre en place, professionnels, structures médicales ou associatives, ainsi que des financements dont la mobilisation repose sur l'autonomie et la capacité des antennes départementales de l'ARS à faire remonter des besoins, à générer la redescende ciblée d'appels à candidature de l'ARS, voire à émarger au FIR dont on a souligné la faiblesse, et qui ne peut constituer l'instrument approprié pour rattraper un retard auquel la région et ses territoires sont confrontés.

- Le soutien à la coordination des acteurs de santé au sein de groupements territoriaux

L'importance des enjeux de proximité et de gradation des soins a également conduit à la mise en œuvre de différents groupements territoriaux de coordination de l'offre de santé. Ces groupements de services coordonnés, regroupements de structures ou outils relèvent d'initiatives diverses (professionnels, collectivités, opérateurs privés) et visent différents publics et situations de soins ou d'accompagnement, notamment des plus vulnérables. Ils opèrent sur des zonages différents, ont chacun leur objet propre, mobilisent des acteurs spécifiques de l'offre de santé et engagent sur le terrain les forces vives des professionnels souvent insuffisants en nombre.

Parmi les principaux groupements issus d'une volonté nationale et ayant fait l'objet de lois ou d'accords conventionnels interprofessionnels successifs, citons par exemple :

Les CPTS²⁴⁰, communauté professionnelle territoriale de santé

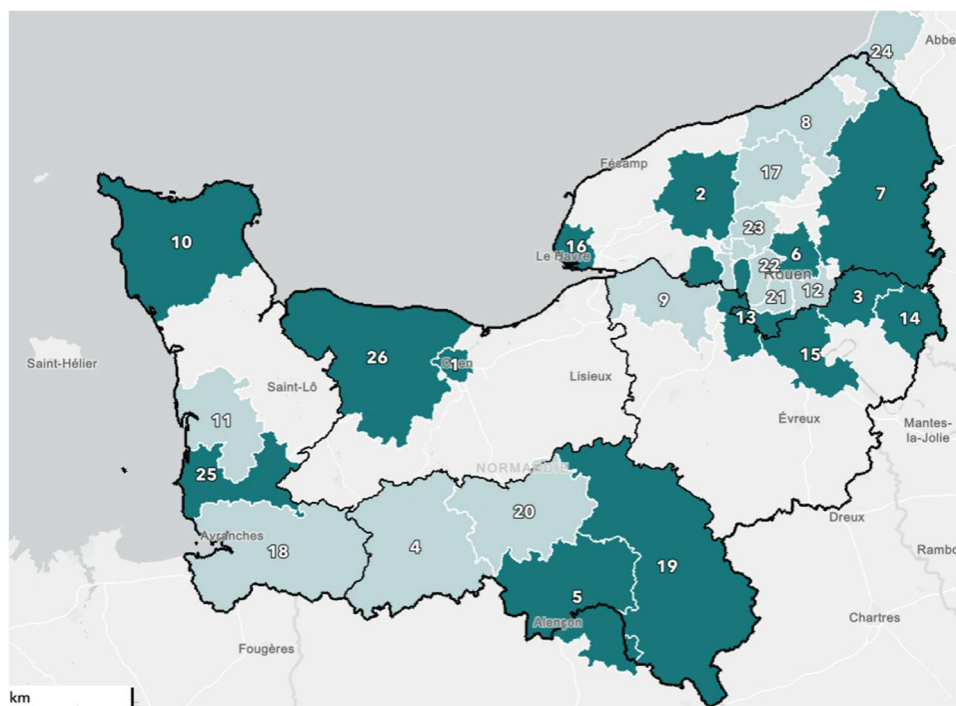
Elles sont créées à l'initiative des professionnels libéraux sur des infra-territoires et visent à assurer et renforcer la coordination consolider l'organisation des soins primaires en renforçant la coordination entre les professionnels de santé pour mieux structurer les parcours de santé, entre les différents niveaux de recours : médecine de ville et hôpital, acteurs des secteur sanitaire et médico-social, etc. Depuis leur création en 2016, la loi OTSS

²³⁹ À l'exception du diagnostic territorial partagé en santé mentale et du projet territorial de santé mentale, sur lesquels le CTS doit rendre un avis formel (Source : instruction ministérielle relative à la territorialisation de la politique de santé - Ministère de la Santé - octobre 2016).

²⁴⁰ [Article L1434-12](#) du code de la Santé publique. Elles prennent la forme juridique d'associations loi 1901. Créées par la loi LMSS e 2016, elles sont entrées dans le champ conventionnel avec la signature de l'accord conventionnel interprofessionnel en 2019.

sur l'organisation et la transformation du système de santé de 2019, en application du plan Macron « Ma santé 2022 » qui s'est voulu décisif dans la lutte contre les déserts médicaux et la gradation des soins, a fixé un objectif quantitatif de création de 1 000 CPTS sur l'ensemble du territoire. La Normandie quant à elle, compte 26 CPTS, dont 12 en cours de création, ce qui représentera à terme une couverture de 68,38 % de la population :

Cartographie des CPTS normandes



(Source : [Maturité des CPTS \(arcgis.com\)](#))

Cette couverture est néanmoins très hétérogène sur le territoire où l'on note que la carte est particulièrement vide dans l'Eure. En effet, là où les besoins sont les plus importants, en raison du manque de médecins flagrant dans ce département, c'est aussi là où les professionnels ont le plus de mal à se mobiliser faute de moyens.

Inspirées au départ par une approche territoriale et populationnelle de l'offre de santé qui visait la mise en place d'un « service public territorial de santé au public », la loi LMSS de 2016 n'a finalement pas retenu cette approche aussi intégrée²⁴¹, bien que les professionnels investis dans leur fonctionnement au quotidien témoignent de leur « *volonté de faire émerger une responsabilité partagée sur leur territoire en vue de répondre collectivement aux besoins en santé des habitants du territoire* ».

Les GHT²⁴², groupements hospitaliers de territoire

Leur objet est de « *permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des*

²⁴¹ Source : rapport « tour de France des CPTS » - Ministère de la Santé – Juillet 2023 [Le « tour de France des CPTS » - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.](#)

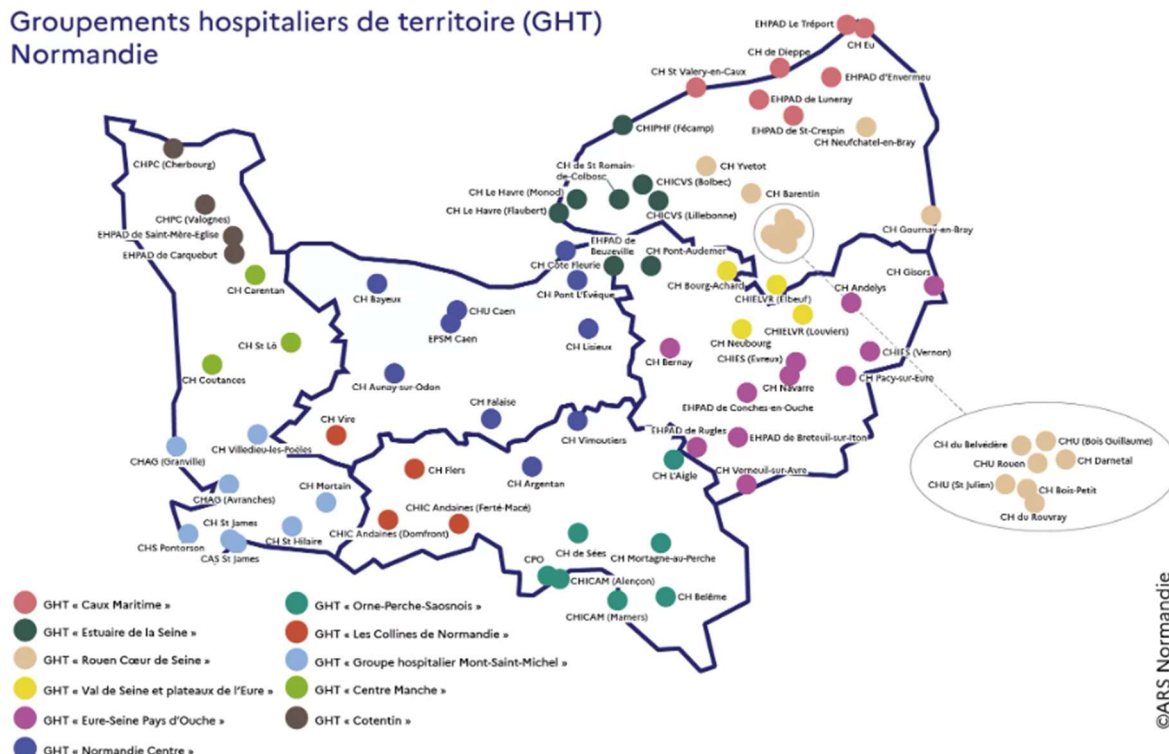
²⁴² [Article L6132-1](#) du code de la Santé publique.

soins sécurisés et de qualité ». Ils reposent sur l'élaboration d'un projet médical partagé qui doit garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

La Normandie en compte 11, réunissant 56 établissements publics de santé et de 11 établissements et services médico-sociaux publics :

Cartographie des GHT normands

Groupements hospitaliers de territoire (GHT) Normandie



(Source : ARS - [Groupements hospitaliers de territoire \(GHT\) | Agence régionale de santé Normandie \(sante.fr\)](#))

Ainsi, l'objectif vise avant tout la rationalisation de l'offre hospitalière publique et des modes de gestion dans un territoire donné, mais pas la couverture globale du territoire.

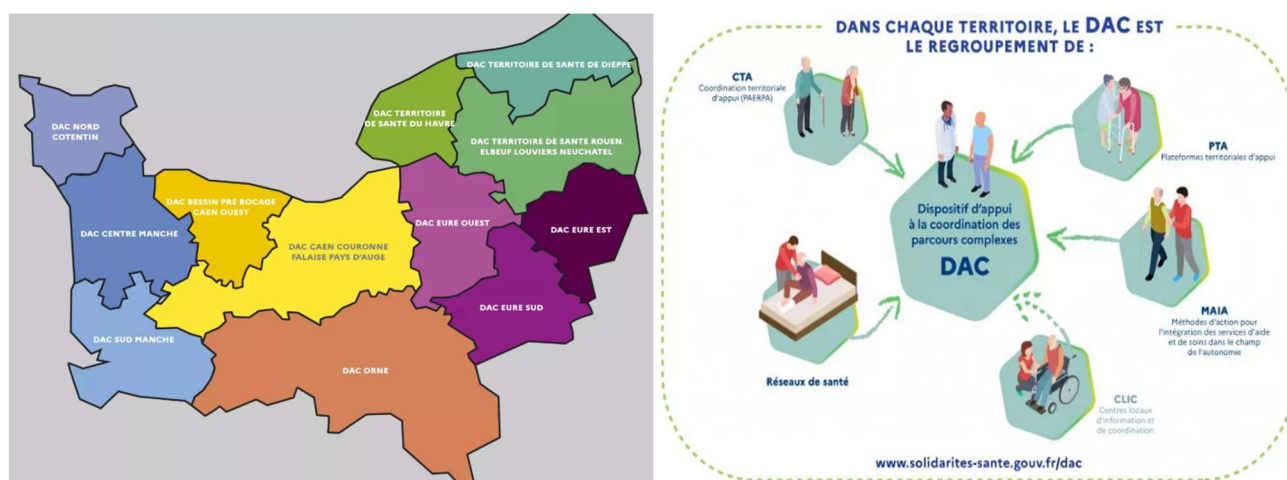
Si les conseils de surveillance des établissements ont bien répondu aux obligations de mutualisation qui leur étaient fixées (achats, systèmes d'information), les difficultés auxquelles ils se heurtent aujourd'hui dans l'accomplissement des missions de service public qui leur incombent ainsi que les situations de concurrence dans lesquelles ils sont placés ont pu constituer un frein à la définition d'un projet médical partagé et à la réelle mise en place de la coordination des parcours recherchée par la loi. L'impact de ces regroupements qui a pu prendre la forme de fermetures motivées par la recherche de qualité et de sécurité des soins, est d'ailleurs plus souvent perçue par les usagers comme un éloignement subi.

Les DAC, dispositif d'appui à la coordination des parcours de santé

Créés par la loi OTSS sur l'organisation et la transformation du système de santé de 2019, les DAC ont intégré l'ensemble des dispositifs de coordination préexistant pour offrir, à l'échelle du territoire couvert, une réponse globale et coordonnée aux parcours de santé complexe,

dans les deux dimensions sanitaires et sociale, quels que soient l'âge de l'utilisateur, sa pathologie, son handicap ou sa situation. Ainsi il fédère et achève l'unification des dispositifs MAIA, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie, réseaux de santé, PTA, plateformes territoriales d'appui, CTA, coordinations territoriales d'appui du PAERPA, programme national personnes âgées en risque de perte d'autonomie. Il existe 12 DAC en Normandie :

Cartographie des DAC normands, et type de coordination



(Source : ARS - [Dispositifs d'Appui à la Coordination en Normandie](#) | Agence régionale de santé Normandie)

Il repose sur un système d'information unique partagé entre les professionnels habituels dont il vise à faciliter les missions, posant néanmoins la difficulté du retard d'accès des usagers de plus en plus nombreux sans médecins traitant.

Enfin il ressort de cette présentation que la profusion de dispositifs, bien que révélatrice d'un foisonnement d'initiatives lié à l'objet spécifique et légitime qui les motive, pose la question de la cohérence d'ensemble : l'image d'enchevêtrement qu'ils produisent complique la lisibilité pour les usagers. De surcroît, elle nuit à la perception de leur impact et à l'évaluation de leur capacité à répondre aux besoins des territoires vécus, au-delà des découpages administratifs. C'est le cas notamment là où existent de fortes attentes de cohérence entre les actions sanitaires et les actions sociales sur le territoire. Enfin, s'ils constituent des relais de terrain pour décliner certaines priorités du PRS, le mode de désignation par appels à projets, majoritairement retenu par l'ARS, généralise la mise en concurrence des structures d'accompagnement auxquelles, une fois sélectionnées, il est demandé de travailler en proximité avec l'ensemble des autres acteurs de terrain.

Entre sur-mobilisation des acteurs de terrain ou logiques d'autonomie dans un contexte de pénurie et de mise en concurrence, la question se pose d'ici 2050 de l'efficacité de ces dispositifs territoriaux à répondre aux enjeux de santé publique et à améliorer l'accès à la santé de tous les Normands, voire de leur pérennité dans un contexte de marchandisation accrue de la santé.

- **Les limites du modèle actuel de territorialisation**

Toutes les évolutions au fil des années vers davantage de territorialisation ont donc été portées en partie par la nécessité d'adapter les réponses aux besoins locaux, de renforcer la coordination entre les acteurs, et de redonner du sens à l'action publique en proximité face à la montée en puissance d'enjeux territoriaux. Du fait de leur proximité, les ARS et leurs antennes départementales ont pour objet d'observer les besoins de santé sur le(s) territoire(s) et de décliner effectivement l'action publique via les PRS, d'organiser et prendre des décisions sur les soins avec un pouvoir de régulation planificatrice, pour s'assurer que l'offre de soins couvre au mieux les besoins.

Leur action se heurte néanmoins à l'absence de moyens régionalisés pour agir, et les marges de manœuvre existantes ne portent que sur la capacité des acteurs locaux à s'organiser et à porter des initiatives. Dans ces conditions, ce sont les territoires déjà en sous dotation de professionnels qui sont donc les moins armés pour améliorer la coordination des parcours de soins, et donc *in fine* pour y développer la prévention.

La place laissée aux expérimentations différenciées ou dispositifs alternatifs est également particulièrement restreinte. En effet, au-delà des limites réglementaires qui tiennent au mode de rémunération à l'acte, le système de financement très centralisé bride des expérimentations dont les impacts financiers et conventionnels risqueraient d'échapper au contrôle.

Ce modèle de territorialisation, s'il est apparu utile pour relayer finement l'ensemble de la régulation voulue par l'État à l'échelle de chaque région, au motif qu'il doit rester garant au plan national d'un accès équitable de tous les citoyens. L'offre de santé, repose donc sur des ARS contraintes à agir dans un cadre restreint, sans avoir la main sur les ressources ou les dépenses, mais surtout sans mécanisme efficace de péréquation nationale en réponse à des besoins criants de certains territoires.

Un fort degré de centralisation a été maintenu bien davantage par la volonté de garder la maîtrise financière du système, avec une déconcentration qui, dans sa forme actuelle, n'a pas fait la preuve d'une garantie d'équité d'accès à la santé sur tous les territoires.

Dans ce contexte, le rôle et la place des collectivités territoriale est légitimement interrogé.

3.3.2. Le rôle croissant des collectivités territoriales : entre volontarisme et contraintes

- **Une association des acteurs locaux aux différentes instances pilotées par l'État au niveau régional ou départemental**

Les collectivités territoriales, régions comme départements, sont appelées par l'État à participer aux différentes commissions pilotées par les ARS ainsi qu'à la mise en œuvre des PRS, notamment au travers de celles de la CRSA qui joue le rôle de garant de la concertation mise en œuvre à l'échelle territoriale. Les conseils départementaux se sont en outre vu confier

le pilotage des SPDA en lien étroit avec l'ARS. On trouve également à leur côté, selon les types de commissions les autres échelons de collectivités, communes et leurs groupements EPCI, avec leurs centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, ainsi que d'autres services déconcentrés de l'État ou en charge de missions de service public, les organismes locaux et régionaux de sécurité sociale (gestionnaires des différentes branches et régimes), les organismes complémentaires (qu'ils relèvent ou non du mouvement mutualiste), les acteurs de l'offre sanitaire et médico-sociale, les acteurs présents dans les dispositifs la coordination territoriale à différentes échelles incluant les professionnels ainsi que les usagers.

- **Place croissante des collectivités dans l'écosystème santé : entre compétences spécifiques et volontarisme**

Pour rappel, dans le chapitre préliminaire consacré aux droits des personnes²⁴³, le code de la Santé publique précise que « *le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne* ». À ce titre, tous les acteurs sont appelés à contribuer à développer la prévention et à garantir l'égal accès de chaque personne et la continuité des soins avec les usagers ainsi que « *les collectivités territoriales et leurs groupements, dans le champ de leurs compétences respectives fixées par la loi* ».

Si elles ne financent pas directement le fonctionnement du système de santé, les collectivités territoriales ont progressivement investi le champ de la santé, souvent en réponse à des besoins non couverts ou à des situations de pénurie qui les conduisent souvent à entrer en concurrence entre elles, notamment pour attirer les professionnels. Voici un rappel succinct de leurs interventions qui se manifestent principalement à travers :

- Des compétences légales spécifiques sur des sous-secteurs de la santé

Les régions financent les formations sanitaires et sociales²⁴⁴. Les départements sont chefs de file de l'action sociale et de l'autonomie²⁴⁵, dont on a souligné l'importance au regard des enjeux de maintien en autonomie des personnes âgées et en situation de handicap ainsi que des aspirations réelles de maintien à domicile. Les communes et/ou EPCI assurent l'hygiène et la salubrité publique, veillent sur les milieux de vie (urbanisme, logement, assainissement, eau, etc.), relayent l'action sociale au travers de leurs CCAS, centres communaux d'action sociale qui accueillent régulièrement les plus démunis et permettent de limiter le non-recours à leurs droits. Elles organisent des services à domicile pour les personnes âgées et assurent une veille sur les situations d'isolement.

- Des interventions volontaristes

Les collectivités sont co-animatrices des écosystèmes locaux de santé, notamment via la création de maisons de santé dans lesquels certaines s'investissent dans la gestion ou le

²⁴³ Article L1110-1 du code de la Santé publique.

²⁴⁴ Partie développée plus haut dans le *chapitre* « Emploi, métiers, compétences, formation ».

²⁴⁵ Englobe l'organisation des services à domicile.

recrutement de personnel, les aides à l'installation de professionnels, le soutien à la télémedecine, etc. Elles participent également à l'observation et s'impliquent dans les politiques de prévention en santé en lien avec les ARS, en développant des actions ciblées notamment en direction des jeunes, des personnes âgées, ou des publics vulnérables, dont celles dédiées spécifiquement au public cible relevant de leurs compétences.

Des investissements sont également consentis, notamment par les régions, dans les établissements de santé ou médico-sociaux, les équipements biomédicaux, les bâtiments universitaires, la recherche biomédicale, les innovations et le numérique en santé, etc.

– Des interventions dans le cadre de politiques de droit commun

Enfin elles contribuent à améliorer la santé globale en agissant sur l'ensemble de ses déterminants dans le cadre de leurs autres politiques de droit commun qui impactent largement les conditions de vie courantes. C'est le cas en matière d'aide à la recherche et à l'innovation, d'habitat et d'habitat adapté, d'environnement, d'action sociale, de petite enfance, d'adaptation au vieillissement, de sport, de culture, et plus largement de mobilité, d'attractivité et d'aménagement du territoire, dont il faut souligner l'importance au regard de l'organisation territoriale de la santé.

L'apport financier de l'ensemble des collectivités vient compléter les moyens alloués nationalement aux acteurs de santé ainsi que ceux déployés en propre par l'ARS.

• **Zoom sur l'implication de la Région Normandie :**

Elle se distingue par un engagement dans le domaine de la santé bien au-delà de ses compétences propres, qui permet de décupler les moyens.

Au-delà des compétences propres en matière de formations sanitaires et sociales, elle agit sur la santé en tant qu'acteur clé au travers de ses politiques d'aménagement du territoire et de mobilité en luttant contre la déprise médicale, en améliorant la qualité de vie des Normands, en investissant dans les établissements de soins, en se mobilisant sur les dispositifs d'attractivité des professionnels et de coordination des pratiques. Par ailleurs, elle valorise la santé au travers de ses filières d'excellence et de leur rayonnement comme levier de sa politique de développement économique, et flèche sur la santé une partie de la stratégie d'accélération en matière d'innovation et de recherche.

Elle déploie surtout depuis 2017 une stratégie dédiée spécifiquement à la santé qui s'est traduite dans différents plans successifs :

La Région Normandie particulièrement active en matière de santé



(©CESER Normandie)

Les deux engagements forts à retenir depuis 2021 sont :

- la participation exceptionnelle au Ségur Santé au titre du volet investissement dans les établissements de santé, avec un engagement annoncé de 200 M€ entre 2021 et 2030, la Normandie étant la seule Région à s'être engagée aux côtés de l'État,
- la charte partenariale pour l'accès aux soins ambulatoires 2021-25 qui remplace l'ancienne charte des PSLA, pôles de santé libéraux et ambulatoires ne concernant que les professionnels libéraux, au profit d'une stratégie plus globale de coordination des soins associant toutes les initiatives locales et mettant l'accent sur les possibilités qu'offre le déploiement de la télémédecine.

La récente feuille de route²⁴⁶ adoptée en 2023, quant à elle, a pour ambition de proposer des réponses aux défis posés à la Normandie à l'horizon 2030, dans une approche « une seule santé » (*One Health*) propre à améliorer les parcours de soins, et en soutenant les acteurs de l'innovation et de la recherche, l'investissement des communes et EPCI, et en incitant les Normands à prendre soin de leur santé au quotidien. L'engagement global annoncé dans cette feuille de route s'élève à 920 M€, dont 570 M€ sur les formations sanitaires et sociales, 104 M€ sur le schéma de l'enseignement supérieur de la recherche et de l'innovation, 215 M€ sur les investissements dans les établissements de santé, et environ 30 M€ au titre des politiques d'aménagement du territoire.

• Les marges de manœuvre territoriales : entre contraintes et opportunités

Cependant, cette montée en puissance se heurte à plusieurs limites : absence de moyens dédiés, manque de coordination entre les strates territoriales, faible reconnaissance institutionnelle du rôle des collectivités dans la gouvernance, et surtout absence de pouvoir de décision. Dans un contexte de pénurie généralisée et malgré la pertinence des orientations stratégiques et des axes d'intervention des différents plans régionaux de santé auxquels elles sont associées, les marges de manœuvre des collectivités territoriales sont limitées et conduisent souvent à exacerber les situations concurrence entre territoires.

Néanmoins, elles ne sont pas nulles. Par-delà la gestion des actions dont elles ont la charge et le levier que représentent leurs politiques de droit commun pour améliorer la santé globale, ou encore le recours au numérique en santé pour déployer des services en proximité, elles peuvent reposer sur un renforcement de leur capacité à animer les territoires, à fédérer les acteurs, à impulser des dynamiques, et à coconstruire des réponses adaptées, voire à innover en expérimentant de nouveaux modèles de coordination ou de coopération entre elles.

Toutefois, ces marges de manœuvre restent conditionnées par la volonté politique, la capacité d'ingénierie, et l'existence de financements pérennes qu'elles devront dégager dans la mesure où le FIR, principal levier budgétaire actuel des ARS pour territorialiser son action, demeure insuffisant pour répondre aux besoins structurels des territoires.

²⁴⁶ Feuille de route santé 2023-2030 – Région Normandie - [Santé de proximité | Région Normandie](#).

La question posée à 2050 est de savoir si et comment elles peuvent être entendues pour influencer réellement sur l'efficacité du système de santé sur le territoire.

3.3.3. Les professionnels de santé

- **Prescripteurs en santé et partenaires au cœur de la gouvernance territoriale**

Les professionnels de santé, notamment les médecins, occupent une place stratégique dans le fonctionnement du système de santé et son organisation territoriale à plusieurs niveaux.

Ils ont tout d'abord un pouvoir de prescription, encadré par le Code de la santé publique, qui leur confère une responsabilité collective dans la répartition des dépenses de santé et dans l'orientation des soins. La liberté thérapeutique dont ils jouissent, bien que protégée, est soumise à des exigences de pertinence, de sécurité et de respect des protocoles. Par ailleurs, leur rôle dépasse largement la simple prescription dans la mesure où ils sont les premiers interlocuteurs des patients et la première interface permettant l'accès au parcours de soins coordonnés, constituant ainsi le pivot d'une organisation territoriale en quête d'équité et d'efficacité.

Face aux évolutions qui ont marqué depuis des décennies l'organisation du système de santé, ainsi que la montée de la pénurie médicale²⁴⁷ parallèlement au développement des spécialités, les trajectoires professionnelles et les équilibres territoriaux ont été bouleversés, redéfinissant leur place dans le système. Trois principaux éléments caractérisant la situation actuelle méritent d'être soulevés :

- Une évolution dans les pratiques sur les territoires

On constate l'évolution vers davantage de coordination, de mutualisation des ressources et d'adaptation aux réalités locales, toutes trois devenues un axe stratégique des pratiques des professionnels. Leur implication dans des dispositifs, décrits plus haut (3.3.1.), sur la base du volontariat ou non, de même que le développement de la multidisciplinarité dans les MSP, maisons de santé pluriprofessionnelles²⁴⁸ ou la délégation de tâches encadrée par la définition de pratiques paramédicales avancées, introduisent des innovations organisationnelles qui amènent à dépasser les cloisonnements traditionnels²⁴⁹.

Néanmoins, sur le plan de l'organisation de la permanence des soins, la suppression en 2002 de l'obligation de garde des professionnels libéraux s'est traduite par un abandon quasi généralisé de leur participation à ce service de proximité indispensable. Elle explique en partie

²⁴⁷ NB : les indicateurs de la démographie médicale normande ont été présentés dans les données de cadrage introductives (1.1.), ainsi que rappelés pour mémoire au *chapitre* intitulé « Emploi, métiers, compétences, formation » (2. et 3.1.3.). En France, si la densité médicale n'a cessé de croître depuis les années 50, même après l'instauration du *numerus clausus* en 1971, elle n'a pas atténué les inégalités régionales.

²⁴⁸ Selon la Commission de l'aménagement du territoire et du développement durable du Sénat, 2 500 MSP sont déployées fin 2024 sur les 4 000 attendues (Source : suite du rapport d'information relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins de 2022 - [Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard - Sénat](#)).

²⁴⁹ L'ARS considère actuellement que la notion de « pivot » est élargie à l'ensemble de l'équipe traitante des soins en 1^{er} recours : médecin, pharmacien, infirmier, autres professionnels.

la pression sur les urgences hospitalières ainsi que les mesures de régulation instaurées en contrepartie au niveau des ARS pour organiser la PDSA, permanence des soins ambulatoires, sur les territoires sur la base du volontariat. En Normandie, 51 secteurs ont été définis et une charte apporte un soutien financier aux médecins généralistes libéraux qui se portent volontaires.

– Des tensions accrues autour du conventionnement

Le conventionnement avec l'assurance maladie, introduit avec la création de la Sécurité sociale et imposant un tarif des actes opposable, est souvent source de tensions à chaque re-discussion avec les professionnels libéraux. Il est pourtant essentiel dans la relation avec l'usager en santé puisqu'il déclenche l'agrément de l'Assurance maladie pour la prise en charge des soins.

L'interface se situe au plan national au niveau de la CNAM, qui a conservé cette unique prérogative après que la réforme Juppé de 1996 eut transféré les cliniques privées sous la tutelle directe des ex-ARH/ministère de la santé pour assurer la vision d'ensemble et mieux maîtriser les activités des établissements hospitaliers, publics comme privés. Son rôle dans la gestion des négociations tarifaires avec les médecins reste pourtant subordonné aux décisions nationales de l'État qui régule l'ensemble du système dans le cadre des LFSS, ce qui ne manque pas de cristalliser les débats sur le décalage entre les exigences de rationalisation et la réalité vécue sur les territoires. En définitive, les praticiens font parfois le choix de ne pas adhérer au conventionnement²⁵⁰, privilégiant une patientèle moins nombreuse et des actes mieux rémunérés, et plus souvent celui d'appliquer des dépassements d'honoraires sur le tarif conventionnel pris en charge.

– Une résistance au changement concernant la liberté d'installation

Parmi les intérêts légitimes et divergents entre acteurs, figure avant toute chose celui de la liberté d'installation. Elle demeure un principe fort défendu par les professionnels pratiquant une activité libérale, et vient se heurter aux injonctions nationales à l'équité territoriale et entraver les politiques de régulation territoriale²⁵¹.

Au cœur des débats, et régulièrement remise en question, elle fait l'objet de réflexions avancées qui ont donné lieu à certaines adaptations des conditions périphériques d'exercice des métiers. En premier lieu, il s'agit de solutions libératrices de temps médical qui est une ressource rare et se dégrade à mesure que la pénurie s'accroît, via le recours à la

²⁵⁰ Une classification en 3 secteurs distingue : les médecins conventionnés *secteur 1* appliquent le tarif de la convention nationale avec la CNAM, sans dépassement d'honoraire (la consultation est alors remboursée au patient à hauteur de 70% par la Sécurité sociale, la complémentaire santé prend en charge le complément des 30% restant) ; les médecins conventionnés *secteur 2*, ou médecins conventionnés à honoraires libres, pratiquent des dépassements d'honoraires (le remboursement se fait sur la base du tarif conventionnel hors dépassement, l'OCAM pouvant le couvrir en partie) ; les médecins non conventionnés *secteur 3* n'ont pas signé la convention médicale et pratiquent des tarifs totalement libres (le remboursement de la Sécurité sociale pour leurs prestations est alors quasi nul).

²⁵¹ Pour mémoire, le CESER Normandie a pris position dans son rapport de 2020, en faveur d'une régulation de l'installation des médecins selon la densité médicale des zones.

télémédecine, à du personnel d'assistance médicale, à la collaboration avec des paramédicaux. Certaines visent à redonner de la souplesse sur le nombre de professionnels de santé formés ou en activité, incitant à diversifier leur origine géographique ou encourageant la poursuite d'activité partielle après la retraite. D'autres associent les collectivités territoriales en première ligne pour jouer sur l'attractivité de leur territoire et faciliter les conditions d'exercice, etc.

Les réflexions toujours en cours, notamment sur la base des rapports de la Cour des comptes de 2024, sur l'organisation territoriale des soins de 1^{er} recours, et du Sénat de 2022 sur l'équité territoriale d'accès aux soins, visent à proposer des formes de reconnaissance conventionnelle à l'exercice médical dans les zones sous-denses, en favorisant la mixité des temps de pratique, voire en conditionnant le maintien de la libre installation des médecins à une obligation d'exercer à temps partiel en zone sous dense, ou tout ou partie du conventionnement à l'installation dans ces zones²⁵².

Ainsi, les prescripteurs ne sont pas seulement des cliniciens : ils sont aussi des régulateurs, des décideurs et des acteurs de la gouvernance.

- **La place des professionnels dans la gouvernance territoriale**

Nous nous sommes interrogés sur la capacité réelle des dispositifs territoriaux de coordination décrits plus haut à répondre efficacement aux besoins de santé dans un contexte de pénurie et de fragmentation des responsabilités, notamment dans la mesure où ils reposent sur des ressources humaines déterminantes mais de plus en plus difficile à mobiliser faute de disponibilité.

Force est également de constater que l'intégration des professionnels dans les instances territoriales de gouvernance, démocratisées, reste encore limitée elle-aussi, faute peut-être d'une reconnaissance suffisante de leur rôle institutionnel à côté de leur expertise professionnelle. Au-delà de la force des lobbies qui pèsent nationalement dans les débats pour défendre les acquis, et des problématiques qui se posent pour surmonter les résistances, il existe de vrais enjeux de formation des futurs praticiens : aujourd'hui essentiellement centrés sur la clinique, les cursus les préparent peu aux enjeux institutionnels ou financiers du système de santé ce qui peut freiner leur participation active à la coordination territoriale alors qu'ils en sont les acteurs principaux.

La reconnaissance de l'expertise locale et du pouvoir d'initiative des professionnels, ainsi que leur capacité à participer aux instances territoriales, privilégiant leur force motrice aux postures d'inertie, peut constituer un des leviers possibles pour répondre au défi d'accès à la santé dans les années à venir.

²⁵² Dans son avis de 2020 sur « l'accès à la santé et aux soins » le CESER de Normandie avait plus précisément émis une préconisation sur la base du rapport Maurey visant à n'autoriser d'installation de médecins en zone déjà pourvue qu'après le départ d'un praticien pour pouvoir bénéficier d'une convention avec la Sécurité sociale permettant le remboursement de leurs consultations.

Zoom sur la Normandie, une région en alerte

La Normandie a connu une dégradation rapide de sa densité médicale.

En 2015, seulement 1,5 % de la population vivait en zone sous-dotée²⁵³ ; cette proportion est passée à 5,3 % en 2018, soit environ 175 000 personnes et pratiquement un Normand sur vingt, alors que la moyenne nationale était encore de 5,7 %. En 2024, ce chiffre atteint 56 %, avec des disparités marquées entre départements, l'Orne (96,7 %), la Manche (82,6 %) et l'Eure (79,5 %) étant particulièrement concernés par la proportion de leur population éligible aux aides à l'installation des médecins (dit zonage médecins), et dans une moindre mesure la Seine-Maritime (42,2 %) et le Calvados (18,8 %)²⁵⁴.

Le conventionnement reste largement majoritaire, mais les tensions sur le conventionnement s'intensifient, notamment en raison de la charge de travail liée à la pénurie médicale croissante et du vieillissement des effectifs.

Face à cette situation, les acteurs régionaux ont déployé des mesures incitatives, notamment la Région dans sa feuille de route 2023-2030, dans laquelle la formation locale et l'attractivité des territoires sont devenues des priorités fortes.

3.3.4. Vers des ruptures d'organisation territoriale et de coordination à 2050 ?

Que ce soit le rôle croissant des différentes collectivités territoriales dont les compétences sont limitées par la centralisation du système, ou encore le poids crucial des professionnels dans la fluidité des parcours de soins, rien n'a permis à ce jour d'enrayer la dégradation de la situation en Normandie. Malgré les efforts de coordination, la région reste marquée par de fortes inégalités territoriales et sociales dans l'accès aux soins et à la santé.

Dans l'actuelle architecture centralisée, où l'État définit les politiques de santé, les ARS les déclinent, les acteurs locaux de santé sont mobilisés à des échelles entrecroisées, et les collectivités territoriales interviennent de manière ponctuelle, souvent en dehors de leurs compétences légales. La question de la décentralisation en santé a jusqu'à présent toujours été repoussée, laissant ouvert le débat sur les solutions à l'amélioration de l'accès à la santé.

La déconcentration ne s'est pas accompagnée d'une réelle décentralisation : les ARS restent des services de l'État sans autonomie budgétaire, et les collectivités locales, bien que de plus en plus impliquées, ne disposent pas de leviers décisionnels sur l'organisation du système de santé.

La question se pose donc, à 2050, de la place accordée dans ce système à une gouvernance locale renforcée, quelle qu'en soit la forme, de son degré d'intégration et du niveau d'autonomie des acteurs compte tenu des mécanismes financiers

²⁵³ La mesure de la DREES repose sur l'indicateur APL d'accessibilité potentielle localisée, qui détermine l'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital), en tenant compte à la fois de la proximité et de la disponibilité des professionnels de santé.

²⁵⁴ Source : site ARS Normandie - [zonage-medecin](#). L'ARS estime néanmoins que l'objectif de suivi des malades souffrant d'ALD par un médecin traitant est atteint à 90 % en Normandie.

complexes qui caractérisent le système de santé, d'une part, et des ressources disponibles qu'il sera possible d'y consacrer, d'autre part.

Les chemins peuvent être multiples, et dans la mesure où l'équité nationale dans l'accès à la santé n'a pu être garantie à ce jour par un système centralisé, une prise de distance s'invite plus facilement dans le débat sur la question de la préservation de l'équité et des échelles de gouvernance possible : entre continuité du modèle actuel, basé sur une simple déconcentration et un appel à la coordination territoriale reposant sur la bonne volonté des acteurs, modèle hybride où l'animation des acteurs et de leur coordination trouve de nouvelles ressources, ou encore rupture plus radicale où émergerait une gouvernance locale de la santé basée sur des transferts de compétences et de moyens aux régions, aux départements ou aux EPCI.

Néanmoins, tous les acteurs, à quelle qu'échelle que ce soit, seront particulièrement contraints par la faiblesse des marges de manœuvre financières et par le manque de professionnels.

3.4. La place des usagers et de la démocratie sanitaire

3.4.1. L'utilisateur au cœur du système de santé

- **L'utilisateur en santé, une approche globale et citoyenne**

La notion d'utilisateur en santé est communément retenue car elle désigne très largement tous les utilisateurs avérés ou potentiels du système de santé. Elle est utile à plusieurs titres :

- en premier lieu, elle souligne l'intérêt pour tout un chacun de préserver sa bonne santé tout au long de sa vie afin de prévenir de préférence le recours, en tant que patient, à l'offre de soin,
- en second lieu elle permet d'inclure les accompagnants des parcours de vie que sont à divers titres les familles, parents, aidants, pair-aidants, ainsi que les représentants des usagers dont le rôle a été consacré dans les instances de démocratie sanitaire,
- enfin, un utilisateur en tant que citoyen peut être en mesure de peser dans les choix stratégiques et la co-construction des politiques en santé, d'autant plus légitimement que l'appel à sa responsabilité individuelle, en tant qu'acteur de l'avenir du système de solidarité nationale, ne fait que s'amplifier.

- **L'utilisateur en santé, une implication grandissante**

Tout d'abord, d'un point de vue financier, les développements précédents dans ce chapitre ont en effet montré l'implication grandissante des usagers dans l'effort collectif de couverture du risque santé au regard de la contribution globale consentie par les ménages. Celle-ci va bien au-delà de la partie visible du reste à charge après les soins et sa tendance est à la hausse. Des fractures générationnelles et sociales vont inévitablement s'opérer dans la capacité des ménages à maintenir cette couverture dans un système à plusieurs vitesses, et à recourir aux soins lorsqu'ils en auront besoin.

Par ailleurs, les difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires imposent toujours davantage d'agilité aux usagers pour se repérer et évoluer dans un système où la complexité de l'organisation d'une offre réduite tend à la rendre si peu lisible que les moins armés finissent par renoncer à leurs droits.

Dans ce contexte, c'est la question de la soutenabilité et de l'acceptabilité du modèle qui se pose, quel que soit le degré de consentement à l'impôt de la population. Si cette question tient une part grandissante dans les débats qui occupent les parlementaires, ce sont la responsabilité des usagers et les moyens de les solliciter encore davantage qui reviennent régulièrement, au risque de stigmatiser certains patients, voire de les culpabiliser et d'opposer les populations.

3.4.2. Les usagers et la démocratie en santé

- **Évolution historique du rôle de l'utilisateur : du patient bénéficiaire à l'utilisateur acteur**

- La loi Kouchner de 2002 et l'instauration d'une démocratie sanitaire

Parmi les transformations profondes intervenues depuis plusieurs décennies (pour mémoire, cf. *supra* 3.1.2.), la gouvernance en santé a connu un tournant majeur avec l'irruption des usagers et leur droit à la parole dans le système de santé, non plus seulement comme bénéficiaires, mais comme acteurs à part entière. Cette dynamique, amorcée dans les années 1980 avec la mobilisation des malades du SIDA²⁵⁵, a été consacrée par la loi Kouchner de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui a institué la démocratie sanitaire dans un système historiquement centré sur les institutions et les professionnels.

Si la datation du concept de démocratie sanitaire remonte à la charte du malade hospitalisé en 1974, la loi Kouchner, telle qu'instituée en 2002, a organisé la représentation des usagers et les droits des malades. Elle repose principalement sur deux piliers :

- les droits individuels des patients, notamment avec l'accès au dossier médical, parallèlement transformé, de dossier « médecin » à dossier « patient », et la reconnaissance légale du consentement éclairé que doit exprimer le patient sur la base d'une information claire, complète, compréhensible et appropriée à sa situation, délivrée préalablement par le professionnel ; ce droit est assorti de la possibilité de formuler des recours en cas de non-respect,
- la participation collective des usagers dans les instances de gouvernance à l'échelle des établissements de santé (commissions hospitalières) ou des instances territoriales de gouvernance déconcentrées par l'État.

Sur ces bases, les usagers se sont organisés très vite, autour d'un collectif inter-associatif en santé à l'image de « France Asso Santé », qui regroupe désormais l'essentiel des associations,

²⁵⁵ SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise, stade avancé du VIH, virus de l'immunodéficience humaine.

organisées par pathologie ou typologie de public, qui représentent et défendent les intérêts communs de tous les usagers.

– L'évolution vers une démocratie en santé

Progressivement, cette notion a évolué conceptuellement et politiquement vers celle de démocratie en santé, plus englobante, qui vise à associer l'ensemble des acteurs, professionnels, élus, associations, ainsi que les citoyens, à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé. Le champ se veut également plus large pour englober l'ensemble du parcours de santé (soins de ville et établissements, domaines sanitaire, médico-social et social) ainsi que la prévention et la promotion de la santé.

Cette évolution traduit une volonté de dépasser le modèle institutionnel dans une approche plus inclusive et participative, pour intégrer les dimensions territoriales, sociales et humaines de la santé. Elle s'inscrit dans une logique de gouvernance participative organisée, où les usagers ne sont plus seulement représentés, mais appelés à co-construire les réponses aux besoins de santé, dans une approche de santé globale.

Parallèlement, la loi Valletoux de décembre 2023 de lutte contre la pénurie sur les territoires et d'amélioration de l'accès aux soins, substitue le terme de « territoire de santé » à celui de « territoire de démocratie sanitaire », signifiant l'importance de mettre en cohérence l'engagement territorial des professionnels avec les besoins des usagers.

Ces transformations, s'appuyant sur les professionnels et la participation des usagers comme deux piliers de l'amélioration globale de l'accès à la santé, se sont construites sur la base de d'une participation « organisée » autour de représentants, désignés ou élus pour représenter les intérêts et les droits des usagers.

Cette organisation soulève néanmoins des enjeux cruciaux de représentativité, de légitimité, de responsabilité, dans la mesure où les représentants n'ont pas les mêmes problématiques au quotidien que l'ensemble des usagers, particulièrement en Normandie, région confrontée à des défis sanitaires et territoriaux spécifiques.

Concrètement, comment s'exerce cette participation ?

- **L'expression organisée des usagers au sein des instances de gouvernance en santé à l'échelle territoriale**

L'expression « organisée » des usagers repose sur la notion réglementaire de représentant des usagers, RU. Ce sont des personnes bénévoles, désignées ou élues pour représenter les intérêts et les droits des usagers dans le système de santé. Ils sont regroupés principalement en associations dont la mission est de soutenir, d'entraider, d'animer des ateliers et d'informer les adhérents en privilégiant le « aller vers ». Leur proximité avec les adhérents doit leur permettre d'identifier les motifs d'insatisfaction, à titre individuel ou pour améliorer le collectif, et d'être en mesure de relayer leurs attentes vis-à-vis des soignants, de défendre les droits de tous les usagers et de porter un plaidoyer sur les améliorations à envisager quant

à la qualité des services de santé, quelle que soit la pathologie, auprès des instances dans lesquelles ils sont officiellement mandatés²⁵⁶.

Ils sont en effet présents dans les diverses commissions territoriales et instances hospitalières ou de santé publique. À l'échelle nationale, ils siègent au sein de la CNS, conférence nationale de santé, et sur le territoire régional, ils siègent aux côtés des autres acteurs territoriaux en santé (professionnels, élus, organismes régionaux) au sein des instances *ad hoc* de démocratie sanitaire, que sont :

- les CRSA au niveau régional, qui compte 4 CS, commissions spécialisées principalement chargées d'observer et d'émettre des avis : CSOS « offre de soins », avis sur l'organisation et les installations médicales des établissements de santé, CSP « prévention », CSAMS « accompagnements médico-sociaux » des usagers vulnérables, fragiles, en situation de précarité, dont les personnes âgées et en situation de handicap, CDSU « droits des usagers » veillant à l'expression et au respect des droits de chaque usager,
- les CDCA, conseil départemental citoyenneté autonomie au niveau départemental,
- ainsi que les CTS à l'échelle des territoires de santé.

Les instances de démocratie en santé



(Source : CRSA Normandie – rapport relatif aux droits des usagers du système de santé en Normandie – 2024)

²⁵⁶ Le RU exerce ses missions dans le cadre d'un mandat de représentation qui lui est confié par le ministère chargé de la santé ou une ARS, en tant que membre d'une association agréée, conformément à l'[Art. L1114-1](#) du code de la Santé publique.

Par ailleurs, ils sont présents dans les établissements de santé, au sein des commissions des usagers, et dans les CVS, conseils de vie sociale dans les établissements et services médico-sociaux.

Tous les RU reçoivent une formation minimale de 40 heures pour les préparer dans leur mission, qu'ils exercent sous le sceau du secret professionnel, comme les professionnels de santé.

- **Des usagers actifs et des formes renouvelées de participation**

Au-delà des instances institutionnelles, la participation des usagers prend des formes variées de dispositifs et d'expérimentations locales, parfois informels, qui viennent en complément des dispositifs publics et là où l'État n'est pas en mesure de se positionner et montrent la voie, comme certains déployés en Normandie :

- Le développement de la pair-aidance et des patients experts : reconnaissance de l'expertise vécue par les patients souffrant ou ayant souffert d'une pathologie, ou atteints d'un handicap, qui valorise l'expérience et les échanges réciproques plutôt que l'expertise professionnelle et la met à profit dans l'aide et l'accompagnement des malades,
- partenariats entre associations et structures médico-sociales,
- témoignages auprès des étudiants en santé mis en place récemment avec l'EREN, espace de réflexion éthique de Normandie²⁵⁷, pour les éclairer sur les perceptions et les attentes des patients dans leur face à face avec les professionnels de santé, etc.

Ces pratiques s'appuient sur la connaissance fine des besoins et la capacité à mobiliser les ressources locales. Elles peuvent à ce titre constituer des leviers puissants de transformation du système vers une démocratie de proximité, en reconnectant les politiques de santé aux réalités vécues.

- **Mais des usagers pluriels aux besoins diversifiés, difficiles à faire entendre**

Néanmoins, les dynamiques portée par les RU reposent sur la mobilisation associative et bénévole, qui pose la question de la pérennité et du renouvellement des forces vives, au moment où paradoxalement, l'aidant, la famille, l'entourage en général qui pallie les manques du système, notamment en matière de mobilité et d'accès aux soins dans les zones rurales, constituent des ressources indispensables et parfois les seules solutions de recours quand le système de santé n'est plus en mesure d'apporter les réponses lui-même.

Chacun porte ses propres attentes spécifiques souvent liées à des parcours de vie, des pathologies, des contextes sociaux et territoriaux, et la montée en puissance de l'hospitalisation à domicile, le vieillissement de la population, ou encore la

²⁵⁷ EREN [Espace de Réflexion Éthique de Normandie](#), a vocation à susciter, soutenir et coordonner les initiatives en matière d'éthique de la santé et des soins dans la région Normandie.

désinstitutionalisation des parcours de santé vont renforcer cette tendance à la segmentation des usages en santé. Soulignons que dans ce contexte, à l’horizon 2050, la question de la dignité et de l’accès aux droits des personnes vulnérables, qu’elles soient personnes âgées, en situation de handicap, en précarité, sera centrale.

Comment considérer alors que les RU ou les associations portent la voix de tous au sein d’une telle démocratie en santé organisée quand la notion d’usager recouvre une réalité si hétérogène, selon qu’on est patient, famille, aidant, souvent des femmes invisibilisées sans reconnaissance ni soutien suffisant, et dans tous les cas citoyen contributeur ?

3.4.3. Les moyens et limites de l’action des usagers en santé

• Une montée en puissance des RU sous condition

Si la place des usagers dans la gouvernance est reconnue juridiquement et politiquement, sa mise en œuvre concrète reste inégale et parfois symbolique. Dans les instances de démocratie sanitaire, le poids des RU dans les décisions demeure limité car ils se heurtent à des obstacles multiples.

D’une part, il faut souligner la complexité, le degré de technicité, et le défaut de vulgarisation des dossiers examinés dans les instances et sur lesquels ils sont amenés à se prononcer. En Normandie, la CRSA²⁵⁸ illustre cette difficulté : les projets qui lui sont soumis pour avis nécessitent un investissement, que ce soit en temps ou en expertise, souvent peu compatible avec l’exercice bénévole malgré l’engagement, la formation et l’expérience précieuse des représentants. Les bénévoles sont, certes, épaulés par des personnels ARS (direction de la stratégie et directions métiers - soins, médico-social, prévention), mais ils portent le programme de travail sans moyens dédiés de chargés de mission pour les accompagner.

Un programme de travail de la CRSA relativement lourd autour de missions réglementaires

Elle émet des avis réglementaires sur le PRS, le PRSE, la stratégie d’investissement, sur les orientations de l’enveloppe budgétaire du FIR qui finance la stratégie d’intervention et d’action de l’ARS, sur le PRIAC, programme interdépartemental d’accompagnement des handicaps et de la perte d’autonomie, sur les zonages bien que leur définition soit encadrée par une méthodologie de calcul nationale intangible²⁵⁹.

Par ailleurs, il lui revient d’établir un rapport annuel sur le respect des droits des usagers, permettant de suivre la mise en œuvre du PRS du point de vue des usagers. La CRSA l’a remis en place et assorti d’indicateurs de suivi depuis 2023²⁶⁰ après une période où il avait été abandonné.

²⁵⁸ La CRSA Normandie comporte 100 membres répartis en 4 commissions spécialisées, regroupés au sein de 8 collèges : collectivités territoriales, représentants des usagers des services de santé (les postes n’étant pas tous pourvus), CTS sur les 7 territoires de démocratie en santé, partenaires sociaux, caisses de sécurité sociale, acteurs de la prévention et de l’éducation pour la santé, offreurs de services de santé (professionnels), Personnalités Qualifiées.

²⁵⁹ La CRSA ne se prononce pas réglementairement sur le PRST santé au travail, piloté par la DREETS.

²⁶⁰ Lien au rapport annuel 2024 : [Rapport – La démocratie en santé en Normandie](#)

En dehors de ces missions réglementaires, elle œuvre au quotidien pour la transparence, comme premier levier essentiel de démocratie. La CRSA Normandie s'est dotée d'outils au service de cette transparence : elle émet des « plaidoyers », exercices de sensibilisation, de communication et de diffusion d'information, et dispose depuis peu d'un site internet indépendant de l'ARS, où elle dépose ses avis et ses recommandations²⁶¹, commun à la CRSA et aux 7 CTS normands.

D'autre part, la faible représentativité sociologique : les représentants comptent une majorité de retraités et peu de jeunes actifs qui ont du mal à se libérer pour de telles charges. Le bénévolat, pilier de leur engagement, est mis à rude épreuve, avec un risque croissant de désengagement et de burn-out, relaté par les auditionnés.

Enfin, les avis émis par la CRSA ne rencontrent pas toujours l'écho qu'ils devraient susciter auprès de l'ARS excepté lorsqu'ils sont défavorables²⁶². Les logiques budgétaires nationales qui enserment les moyens d'action territoriaux de l'ARS expliquent en partie la lenteur du processus par lequel un tel outil de démocratie en santé, issu d'une volonté politique de l'organiser, parvient à se créer une place dans le dialogue et à bénéficier d'une reconnaissance légitime des autres acteurs de la gouvernance en santé.

Ainsi, face à des besoins et des attentes des usagers, citoyens ou patients, qui se renforcent, la question posée est celle de la capacité de la démocratie en santé à s'exprimer dans le cadre institutionnalisé actuel, et à peser dans les équilibres et les discussions, notamment face aux injonctions nationales portées par l'ARS.

- **L'utilisateur acteur, entre responsabilisation et injonction paradoxale**

Les outils de représentation organisée des usagers seront-ils assez robustes à terme pour faire valoir leurs attentes et relayer leurs inquiétudes ? Force est de constater que s'est développé, en complément de la place nouvelle dévolue à l'utilisateur, un discours dominant qui valorise l'utilisateur acteur de sa propre santé, capable de construire et préserver son capital santé, de faire des choix éclairés, de s'autodéterminer. Cette orientation, si elle traduit une aspiration légitime à l'autonomie, comporte néanmoins des risques importants.

- Tout d'abord, la responsabilisation des individus

Souvent perçue comme une injonction à la performance individuelle à préserver sa santé, elle peut devenir rapidement anxiogène si elle est excessive et n'est pas accompagnée d'un véritable soutien collectif, d'autant plus lorsque l'accès à l'offre de santé, notamment aux soins en premier recours, leur est difficile sur les territoires sous-denses. Elle peut ensuite culpabiliser les malades, les amenant à renoncer d'eux-mêmes à faire appel aux soins et à leur droit en santé. Enfin, dans un contexte d'extrême rationalisation de l'offre et de recherche d'économies, elle installe insidieusement une stigmatisation des malades, notamment de ceux qui recourent davantage au système de santé en raison de pathologies chroniques ou de

²⁶¹ Site de la CRSA [La démocratie en santé en Normandie](#).

²⁶² La CRSA Normandie a rendu un avis défavorable sur le dernier PRIAC, motivé par l'écart trop important avec les besoins du territoire.

handicaps, pour lesquels les prises en charge sont plus importantes et croissent avec l'âge, risquant d'y ajouter une stigmatisation générationnelle. Rappelons que nous ne disposons pas tous du même capital santé.

- En second lieu, tous les usagers ne disposent pas des mêmes ressources

Exercer cette responsabilité requiert des ressources éducatives, économiques, culturelles, diversement mobilisables. L'éducation à la santé, dès le plus jeune âge, est un levier essentiel, mais encore insuffisamment utilisé. L'URIOPSS estime que 50% de la population est dans la difficulté pour communiquer avec l'administration, alors que les plus vulnérables sont souvent les plus touchés par la maladie. En Normandie, des initiatives uniques existent, comme la plateforme « Planeth Patient »²⁶³ dédiée à l'éducation thérapeutique des patients (ETP), mais elles restent sous-utilisées. Les programmes d'ETP sont majoritairement portés par les établissements de santé et de soins de suite et réadaptation (85 % en 2024) mais les médecins libéraux n'y adressent pas ou peu les patients, ce qui renvoie à la nécessité d'accompagner le développement de ces initiatives d'une évolution dans la formation des professionnels, pour intégrer davantage les dimensions humaines, sociales et citoyennes de la santé. L'amélioration dans la prise en compte des besoins des usagers se jouera en effet en grande partie autour du binôme usager/médecin.

L'exercice de cette responsabilité soulève donc des enjeux d'équité, d'information, de formation, de moyens pour accéder à une littératie en santé suffisante pour adopter les comportements *ad hoc*, se repérer dans un système complexe, où le numérique a pris une part importante et sans cesse croissante dans les parcours de santé, renforçant les inégalités entre usagers encore loin de tous en maîtriser les usages.

- **Les enjeux à 2050 : vers une gouvernance partagée et inclusive**

Ainsi, à l'horizon 2050, c'est la concomitance de deux situations dans le modèle actuel qui doit interpeler : celle du maintien d'une démocratie sanitaire institutionnalisée mais limitée, et celle d'une responsabilisation croissante des usagers sans réponses appropriées à ses besoins et sans que le système leur assure une équité de traitement de leurs difficultés.

La place des usagers dans la gouvernance en santé ne peut se réduire à une posture symbolique. Or, redonner place aux usagers dans la décision publique nécessiterait de reconnaître leur expertise, de leur donner les moyens d'agir en mêlant littératie en santé pour les uns, littératie en gouvernance pour les autres, afin de faire de la Normandie un laboratoire d'une démocratie en santé renouvelée, de proximité et participative, où les élus locaux peuvent jouer un rôle d'animation.

²⁶³ Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique - [Accueil - PLANETH Patient](#). Il existe en moyenne 4 programme d'ETP pour 100 000 habitants en Normandie (3,30 dans l'Orne, 3,35 dans l'Eure, 3,45 dans la Manche, 4,14 dans le Calvados, 4,70 en Seine-Maritime), portant majoritairement sur la diabétologie (35 %), à l'origine de l'approche d'éducation par le soin.

Dans un contexte de défiance globale envers les institutions, et faute d'alternatives reconnectant les politiques aux besoins des usagers dans une logique de développement social local,

des risques importants se profilent de voir des citoyens s'éloigner davantage du système au détriment de leur propre santé, ou inversement de les contraindre à s'organiser en grappes d'intérêts partagés, éphémères, et d'autant plus difficilement maîtrisables par les pouvoirs publics qu'elles seront segmentées au gré des revendications insatisfaites.

3.5. La prévention et l'accès à la santé globale

Ces réflexions ouvrent légitimement sur des interrogations quant à la place de la prévention en santé dans un modèle de gouvernance à adapter aux défis de santé de la population normande attendus en 2050, modèle marqué par la montée des tensions budgétaires, la pénurie de professionnels, le vieillissement accéléré de la population, la montée des pathologies chroniques, l'aggravation des inégalités territoriales et sociales, et la menace accrue de risques environnementaux.

La prévention en santé a été définie en 1948 par l'OMS comme l'ensemble des mesures *« visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »*. De fait, elle dépasse largement le cadre du soin, puisque 80 % des déterminants de santé proviennent d'éléments extérieurs au système de soins. Il est possible d'agir sur la santé en dehors du système de soins, par des actions individuelles ou collectives relevant de la prévention tout au long de la vie, bien en amont des pathologies, et ce, dès la conception.

La prévention en santé peut donc constituer un levier stratégique essentiel de transformation du système de santé et d'un meilleur accès à la santé, tout particulièrement en Normandie. Rappelons que dans le contexte de tensions et de pénurie, la région part d'une situation dégradée, avec des indicateurs sanitaires alarmants et des inégalités environnementales et sociales d'accès à la santé et aux soins marquées.

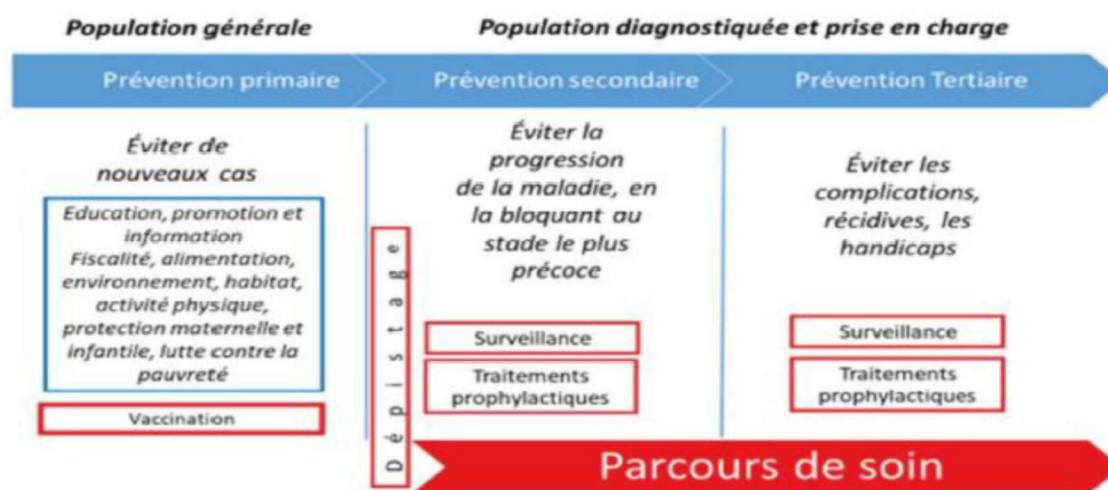
3.5.1. La prévention, une approche plurielle

- **Les différents types de prévention en santé**

Les typologies de prévention ont déjà été évoquées dans le *chapitre* consacré au « Rapport au travail » (cf. 3.2.2.), et sont liées à la notion de risques : la prévention primaire, visant à éviter la survenue des risques, la prévention secondaire, visant à limiter leur apparition, à retarder ou minimiser leurs effets, et la prévention tertiaire, visant à réparer ces effets ou à adapter les situations après la survenue du risque. Une analogie est possible avec le concept de résilience, soit la capacité à faire face à des chocs ou transitions et à se reconstruire, qui intervient en trois temps aussi : se préparer, protéger, se relever. Le temps d'avant le risque est celui de la préparation, basé sur l'observation, la compréhension, l'information, la formation aux gestes qui sauvent et aux pratiques durables.

Appliqué au domaine de la santé, et tel qu'on le trouve traduit dans la définition de l'OMS, le risque est essentiellement assimilé à la survenue de la maladie qui nécessitera le déclenchement d'un parcours de soins. Ainsi, la prévention primaire est celle qui consiste à adopter les bons comportements individuels et collectifs et à agir pour empêcher l'apparition de pathologies dans la population. Elle est basée sur l'éducation, l'information et la promotion en santé universelle, mais aussi sur la maîtrise des risques environnementaux, ou le déploiement de campagnes de vaccination. La prévention secondaire vise à limiter la prévalence des maladies en agissant en amont des pathologies ou précocement dès leur apparition, par exemple avec des dépistages organisés. Enfin, la prévention tertiaire vise l'accompagnement des patients ou leur réadaptation, la réduction des complications ou des incapacités chroniques. Ces deux dernières formes sont alors généralement ciblées sur des sous-groupes de population selon des critères démographiques ou de prévalence des risques.

Les 3 catégories de prévention – articulation avec les parcours de soins
(Bleu : promotion en santé – Rouge : prévention médicalisée)



(Source : annexe au PLFSS 2025 – « Jaune » - prévention en santé)

À noter qu'un concept de prévention quaternaire est venu compléter cette approche traditionnelle de la prévention en santé, employé plus récemment à l'occasion des débats introduits autour de la pertinence des soins²⁶⁴. En 2015, le HCSP, haut conseil de la santé publique, la définissait « *comme l'ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le « protéger » d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. La prévention quaternaire devient alors l'ensemble des activités de santé pour éviter ou atténuer les conséquences de l'intervention insuffisante, inutile ou excessive du médecin et du*

²⁶⁴ La « pertinence » est en débat car elle peut s'apprécier à plusieurs niveaux : soit une nouvelle justification pour réaliser des économies dans le système de santé, soit une nouvelle dimension qualitative des soins qui pointe du doigt les potentiels effets délétères d'une surabondance d'actes médicaux sur la santé des patients. C'est en effet bien plus souvent l'absence d'accès aux soins qui est la plus dommageable pour la santé.

système de santé »²⁶⁵. Il interroge les pratiques professionnelles et les mécanismes de régulation du système.

- **L'individuel et le collectif vont de pair**

Ainsi, dans l'approche de l'accès à la santé globale qui est la nôtre, la prévention regroupe donc une gamme large d'actions relevant de responsabilités tant individuelles et comportementales que collectives, déployées sur tous les temps de vie de l'utilisateur en santé, en amont comme en aval du temps du parcours de soin. Qu'il s'agisse de prévention en santé, d'éducation à la santé ou d'actions de promotion de la santé destinées toutes deux à renforcer les bonnes pratiques, ainsi que d'actions de prévention des risques environnementaux aggravant les conséquences de l'exposome²⁶⁶ sur la santé des individus, chaque dispositif contribue à l'équilibre du système à la place où il se trouve.

Les progrès rendus possible avec les développements technologiques et l'intelligence artificielle, notamment pour améliorer les dépistages précoces de troubles chez les personnes asymptomatiques, seront essentiels. En revanche, leur coût ou leur pertinence peuvent ne pas être en cohérence avec les potentialités du système de santé, tant sur le plan financier que sur celui de l'offre d'équipements ou de professionnels. Ils ne peuvent donc constituer la seule béquille dans un système qui aurait omis les phases amont de prévention susceptibles d'améliorer la maîtrise de la survenue des risques de santé.

Les questions légitimes à 2050 portent sur nos capacités, par nos interventions individuelles et les politiques collectives, à éviter d'avoir à recourir au soin pour améliorer notre espérance de vie en bonne santé, et ce, le plus en amont possible. C'est dans cette action concertée aux deux niveaux que se dessine une potentialité réelle à structurer une santé publique préventive.

3.5.2. Gouvernance plurielle de la prévention

Cela appelle néanmoins à sortir du paradigme de la prééminence du soin curatif. La gouvernance en santé, telle qu'elle s'est construite historiquement en France, a longtemps privilégié une approche curative, centrée sur le soin et la gestion des risques une fois survenus. La prévention, bien qu'inscrite dans les textes fondateurs de la politique de santé, peine à trouver sa place et occupe une position paradoxale. D'un côté, elle est désormais régulièrement reconnue dans les discours comme le vecteur d'un système plus efficient et plus équitable, capable d'anticiper les crises sanitaires et d'alléger la pression sur les dispositifs de soin. De l'autre, elle demeure le « parent pauvre » des politiques publiques de santé, tant en termes de financement, malgré des dispositifs et des budgets appropriés, que de structuration institutionnelle, avec une place subsidiaire au soin curatif.

²⁶⁵ Source : annexe au PLFSS 2025 - jaune budgétaire « prévention en santé » - [Jaunes budgétaires 2025 - PLF 2025 | budget.gouv.fr](#).

²⁶⁶ Concept d'exposome, cumul des expositions à des facteurs environnementaux subis par un individu tout au long de la vie - cf. *Chapitre « Environnement »* – 2.2.

- **L'utilisateur, entre injonction à l'autonomie et besoin d'accompagnement**

Comme on l'a vu dans les développements consacrés à la place de l'utilisateur en santé, (cf. 3.4.3.) la montée en puissance du discours sur « l'utilisateur acteur de sa santé » s'accompagne d'une responsabilisation croissante des individus, parfois vécue comme une injonction paradoxale. Si l'idée peut séduire, elle se heurte en effet à une réalité contrastée : tous les individus ne disposent pas des mêmes ressources pour construire et préserver leur capital santé tout au long de leur vie. Elle soulève dès lors des enjeux majeurs d'équité, d'accès à l'information, d'éducation à la santé, et de moyens d'action.

Parallèlement, l'évolution des attributs caractérisant la médecine illustre de possibles tensions. Tout d'abord dite « 3 P », personnalisée, prédictive, préventive, elle a évolué vers la médecine « 4 P », dite participative, en direction des usagers, puis plus récemment vers la médecine « 5 P », ajoutant la pertinence à l'ère du numérique en santé, censé étayer la preuve d'efficacité d'un service médical. En rendant les risques visibles et mesurables, elle peut justifier des formes de régulation plus strictes, voire coercitives, et pourrait faire peser une obligation implicite de respecter certaines formes de parcours de prévention, conditionnant l'accès aux soins.

Or, malgré l'existence de dispositifs d'éducation thérapeutique²⁶⁷, la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité à comprendre et utiliser les informations de santé, est encore insuffisamment développée et bien loin d'être une compétence citoyenne.

La difficulté à réunir l'ensemble des conditions d'un parcours autonome conduit à rendre la démarche de prévention inégalitaire et particulièrement problématique si elle glisse vers une responsabilisation excessive.

Le risque est de faire peser sur les individus une injonction à devenir auto-entrepreneurs de leur santé, sans leur donner les clés du jeu, avec pour corollaire une stigmatisation des mauvais élèves et une culpabilisation anxiogène en cas de maladie.

La question posée est celle du renforcement des moyens d'éducation à la santé, car comme pour tout risque, mieux le connaître est une condition essentielle pour s'en prémunir, ce qui nécessite un soutien adapté aux réalités sociales et individuelles pour faciliter sa compréhension et son acceptation. En dehors du rôle déjà souligné joué par les associations représentatives d'usagers pour accompagner les patients sur de nombreuses pathologies, des campagnes de promotion santé sont mises en œuvre plus en amont par les pouvoirs publics pour informer et sensibiliser les usagers. Cependant, l'information seule ne suffit pas et la prévention primaire repose sur tout un ensemble de services de médecine préventive, parmi lesquels on peut citer à titre d'exemple :

- dès le plus jeune âge, les soutiens à la parentalité dans les PMI,
- puis en milieu scolaire, les actions qui reposent sur l'organisation de la médecine scolaire relevant de l'autorité de tutelle, encore trop peu développées voire quasi

²⁶⁷ Cf. par exemple la plateforme normande PLANETH Patient - (cf. 3.4.3.).

absentes avec des effectifs de médecine scolaire qui s'amenuisent. Les programmes de sensibilisation obligatoire en santé, en sexualité ou en nutrition peinent à être mis en place,

- puis tout au long de la vie professionnelle, les obligations de prévention des risques et maladies professionnelles. Bien qu'encadrées légalement, on constate que les pratiques des employeurs et les moyens des services de prévention et de santé au travail sont très contrastés en Normandie (cf. *Chapitre « Rapport au travail »* - 3.2.2.).

Le cas particulier de la prévention en santé chez les personnes les plus vulnérables doit être souligné, notamment les personnes âgées, précaires, atteintes de pathologies chroniques, etc. Chez elles se concentrent les risques de santé, souvent aggravés par des inégalités sociales et environnementales déjà décrites. L'enjeu d'une politique de prévention ambitieuse est à la fois éthique et stratégique :

- éthique, car l'équité d'accès de tous à la prévention peut être un rempart à l'exclusion sanitaire, l'action en amont sur les déterminants de santé venant corriger les inégalités sociales de santé, particulièrement marquées en Normandie, et contribuer au renforcement de la cohésion sociale,
- stratégique, car elle renforce la résilience globale du système de santé.

À l'horizon 2050, la question posée est celle de l'évaluation de la prévention non seulement sur son efficacité médicale, mais aussi sur sa capacité à garantir le droit à la santé pour tous les usagers. La reconnaissance de leur expertise d'usage et la volonté de les inclure dans les choix opérés pour qu'ils soient partagés, transparents, et éthiques, facilitera d'autant leur adhésion à la prévention.

Zoom sur la prévention en santé mentale²⁶⁸

La prévention en santé mentale est un des enjeux majeurs au regard de l'évolution de l'état clinique alarmant et des pathologies touchant notamment de plus en plus de jeunes. Les personnes qui souffrent de troubles de santé mentale sont particulièrement vulnérables et avec des parcours complexes d'autant que l'on constate que les prises en charge de ces maladies, souvent stigmatisées et stigmatisantes, sont très souvent retardées.

• **Acteurs institutionnels, intérêt et limite du multi-canal ?**

Considérant que les usagers ont en grande partie la main sur leurs comportements vis-à-vis de leur état de santé, et que toute action de la puissance publique pour favoriser la prévention doit rencontrer l'utilisateur pour être efficace, il est d'autant plus important d'adapter la prévention aux particularités de chacun.

²⁶⁸ La prévention en santé mentale n'est pas développée plus avant dans la mesure où la santé mentale fait l'objet d'un rapport spécifique du CESER.

Aussi, l'ensemble des grands acteurs de la gouvernance en santé déploient des actions de prévention en santé, autour du principe commun partagé par tous : l'« aller-vers » l'utilisateur en santé pour faciliter son adhésion.

Mais l'un des principaux obstacles au développement d'une politique de prévention cohérente réside dans la fragmentation de sa gouvernance. Les acteurs sont nombreux : État, ARS, CPAM, caisses de retraite, mutuelles, collectivités territoriales, associations. Ils ont conscience de leur intérêt à éviter de doubler leurs interventions pour optimiser les moyens, mais si leur rôle est souvent complémentaire auprès d'une partie segmentée d'utilisateurs, les logiques d'appel à projets favorisent parfois la mise en concurrence plutôt que la coordination. La vision d'ensemble demeure complexe, tant pour évaluer l'effet de leurs propres actions que pour rester lisible pour l'utilisateur de plus en plus sollicité.

À titre d'exemple, et sans prétendre à l'exhaustivité :

- la CNAM, acteur de référence, déploie des stratégies ciblées, relayées par les CPAM locales, en lien avec la stratégie nationale de santé, avec des moyens nationaux et informatiques de grande ampleur permettant des actions de masse : dépistage organisé des cancers²⁶⁹ avec pour objectif d'améliorer le taux de participation encore jugé faible, de certaines pathologies parmi des publics ciblés « à risque » grâce à des TROD, Test rapides d'orientation diagnostic²⁷⁰, campagnes de vaccination en partie seulement couvertes à 100 %, bilans de prévention gratuits²⁷¹, et actions locales en soutien aux populations fragiles. L'Assurance maladie coordonne ses actions avec l'ARS, grâce à la participation des CPAM dans les CTS départementaux pilotés par ARS, ainsi qu'avec les OCAM. Elle s'appuie le cas échéant sur les établissements scolaires pour réaliser certains dépistages auprès des jeunes ciblés directement dans leur environnement,
- localement, les CPAM peuvent déployer des actions particulières sur un fonds d'action sanitaire et sociale²⁷². En Normandie, les 6 CPAM couvrent plus de 95 % de la population, soit près de 3,2 millions d'habitants,
- les OCAM et notamment le réseau des mutuelles de la Mutualité française, interlocuteur des ministères sur le plan national pour toutes les politiques santé et prévention, déploient des services,
- la CARSAT agit auprès des seniors, via des programmes d'anticipation, d'adaptation, et d'accompagnement, ou principe des « 3 A », centrés sur le repérage des fragilités, a priori toutes réversibles, et la prévention de la perte d'autonomie, en mobilisant une large palette de partenaires locaux et

²⁶⁹ Dépistage de 3 principaux cancers (sein, colorectal, utérus), pris en charge à 100 %. Les taux de participation sont respectivement de 65 % ; 56 % et 37,5 %.

²⁷⁰ Les TROD sont réalisées par des structures retenues à la suite d'appels à projets. Le dépistage concerne le VIH et les hépatites C et B.

²⁷¹ Parmi les principaux bilans de prévention : prévention bucco-dentaire « M'T dents » tous les ans depuis 2025 pour les enfants et jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans, prévention du surpoids chez l'enfant « Mission retrouve ton cap », tous deux couverts à 100 %, et « mon bilan prévention » à 4 tranches d'âge de la vie entre 18 et 75 ans.

²⁷² Par exemple : une formation aux premiers secours en santé mentale dans l'Eure.

départementaux. À cette échelle, les SDPDA, services départementaux de prévention de la dépendance et de l'autonomie, assurent la coordination particulièrement importante dans le contexte du vieillissement à domicile où l'isolement est un facteur de risque d'empêcher l'adhésion à la prévention. En Normandie, elle consacre 26 M€²⁷³ à cette promotion du vieillissement actif dit « bien vieillir », et compte tenu de la pyramide des âges, elle situe la marche « haute » de ses interventions entre 2022 et 2032. La CARSAT est aussi l'organisme de référence en matière de prévention des risques professionnels des actifs (branche AT MP de l'assurance maladie), abordée dans le *chapitre* « Rapport au travail »,

- les collectivités développent des initiatives en lien étroit avec les professionnels, avec davantage de possibilité d'agir à l'échelle de territoires vécus, ou disposent de compétences propres comme les départements au titre de la PMI,
- de nombreuses associations œuvrent également en prévention en portant des initiatives sur le terrain, moyennant des financements publics mais non pérennes, freinant leur capacité de projection, voire des appels à projets qui les mettent en concurrence.

Si l'on se doit de souligner l'importante fragmentation des acteurs, et les risques inhérents de redondance, il est aussi important de remarquer leur vigilance à agir en complémentarité. Par ailleurs,

une offre multi-canal a davantage de chance de toucher l'utilisateur à un moment ou à un autre de son parcours, lorsqu'il sera davantage réceptif au message de prévention.

Ces bilans ou actions de prévention aux différents stades de la vie nécessitent néanmoins des professionnels de santé pas toujours disponibles dans le contexte de pénurie. Aussi pour les réaliser, les acteurs mobilisent plusieurs outils :

- la coordination mise en place dans l'organisation des soins primaires - Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, Maisons de Santé Pluri-professionnelles, Centres de Santé (CDS) – au niveau territorial,
- le principe de la délégation des tâches entre professionnels de santé,
- enfin la valorisation des actes de prévention grâce à des rémunérations forfaitaires complémentaires régies par des accords conventionnels en évolution,
- le tout étant facilité par l'utilisation de « mon espace santé » au service d'un suivi plus proactif du parcours santé.

Dès lors, leur action est fortement territorialisée, ce modèle apparaissant comme une réponse pertinente aux enjeux locaux de santé.

²⁷³ Le volume comparé de versement des pensions de retraite est de 8,5 Mds€. L'intervention en prévention touche 1 million de Normands de + de 60 ans, dont 8 à 10 % sont en perte d'autonomie avérée, soit 900 000 personnes et 400 000 relevant du champ des « pré-fragiles à fragiles ».

Elle permet d'adapter les actions aux spécificités des territoires, de mobiliser les acteurs de proximité et de renforcer la participation citoyenne. En Normandie, où sont déployés les dispositifs nationaux des Contrats Locaux de Santé ou des Ateliers Santé Ville, une initiative unique a vu le jour : les RTPS, réseaux territoriaux de promotion de la santé, sont une tentative de réponse à cette problématique d'adaptation aux spécificités des besoins des territoires, en proposant une offre graduée et en mettant à disposition l'information sur la palette d'offre disponible via la plateforme « promotion santé territoire », unique en France, animée par l'État et les collectivités²⁷⁴.

Cependant, cette territorialisation reste largement dépendante de la volonté politique des élus locaux et de leur capacité d'ingénierie. Les EPCI, bien que non dotés de compétences propres en santé, jouent un rôle croissant dans l'animation des politiques locales, mais leur action est souvent entravée par le manque de moyens et de coordination avec les autres niveaux de gouvernance.

- **Rôle des politiques publiques environnementales en prévention en santé**

Dans l'articulation exigeante entre interventions individuelles et politiques collectives, la place des politiques publiques environnementales, reconnue en tant que telle depuis la loi de 2016 de modernisation du système de santé introduisant l'exposome au code de la Santé publique, est cruciale en Normandie.

Rappelons qu'il existe des interventions réglementaires dans le domaine de l'hygiène publique et des contrôles sanitaires en prévention de risques sanitaires collectifs : celles-ci sont particulièrement importantes dans le contexte de développement et de recrudescence probable à 2050 de nouvelles maladies ou pandémies à l'échelle mondiale.

Par ailleurs, les risques environnementaux décrits dans le *chapitre* « Environnement », qu'ils soient climatiques ou qu'ils altèrent potentiellement l'accès aux ressources vitales pour l'homme, notamment les ressources alimentaires et en eau, donnent lieu à des mesures de protection dont on a soulevé les limites à l'horizon 2050, notamment :

- au regard de l'acceptabilité des normes et des contraintes environnementales et de la compatibilité avec le maintien en bon état de santé des populations, globalement ou à l'échelle de certains territoires particulièrement exposés en Normandie,
- au regard des contraintes de vie sociale qui pèsent sur une partie de la population susceptible de renforcer leur exposition aux risques de santé compte tenu de l'impossibilité de répondre à certaines injonctions et aux messages de prévention destinés à prémunir leur capital santé : celles de se loger décemment, de manger plus sainement, d'opter pour un cadre de vie propice à son bien-être, de se prémunir contre les effets délétères de certains modes de vie. Il en est de même pour la capacité à gérer individuellement une éco-anxiété en hausse dans un

²⁷⁴ Cf. Promotion Santé Normandie - [Accueil | RATPS](#).

contexte où la sensibilité aux problématiques environnementales est exacerbée et où des axes de politiques publiques claires sont difficilement stabilisés.

Enfin, l'État intervient par le biais de la fiscalité dite « comportementale » en particulier en renchérissant le coût à l'achat du tabac, de l'alcool, des boissons sucrées²⁷⁵, pour ralentir la leur consommation, et contribuer ainsi à réduire le nombre de morts évitables.

La stabilité dans le temps de ces politiques environnementales peine à s'imposer, et ces situations récurrentes de stop & go questionnent sur la capacité réelle à investir dans des dispositifs collectifs de gestion des risques. Elles sont pourtant essentielles pour accompagner la prévention en santé et imaginer qu'elle puisse constituer un levier efficace de transformation du système de santé à terme.

3.5.3. Difficulté de mesure d'impact de la politique publique de prévention

- **Difficulté d'approche des financements dédiés**

En premier lieu, il convient de souligner l'impossibilité de disposer de données agrégées rendant compte de l'ensemble des efforts financiers consacrés à la prévention dans toutes ses formes. L'annexe budgétaire « jaune prévention » qui accompagne le projet annuel de LFSS recense en effet les différents dispositifs de prévention dite « institutionnelle », mis en place par l'État, la Sécurité sociale et les collectivités territoriales sur des fonds publics, sous forme d'actions de prévention collective ou individuelles de la population en général et des actifs au travail dans le cadre des risques professionnels²⁷⁶.

En revanche, faute d'être en mesure de les recenser, il exclue les dépenses de prévention non institutionnelle réalisée de façon diluée dans les soins courants de ville ou à l'hôpital qui, bien que financés en partie par l'Assurance maladie, les OCAM et les ménages directement, ne sont pas identifiables au sein de la CSBM.

Ces difficultés dans une approche intégrée des moyens dédiés à la prévention en santé globale est une sérieuse limite à l'évaluation de ce pan d'action stratégique de la politique santé en général, empêchant d'objectiver sereinement les effets susceptibles d'être produits par la prévention et en conséquence, d'éclairer plus finement les arbitrages.

- **Approche en volume**

- Concernant la prévention institutionnelle

Les dépenses sont identifiées, pour mémoire, parmi les grands volumes de dépenses présentés en amont de ce chapitre (cf. 3.2.1. – dépenses de santé, un contour complexe), et

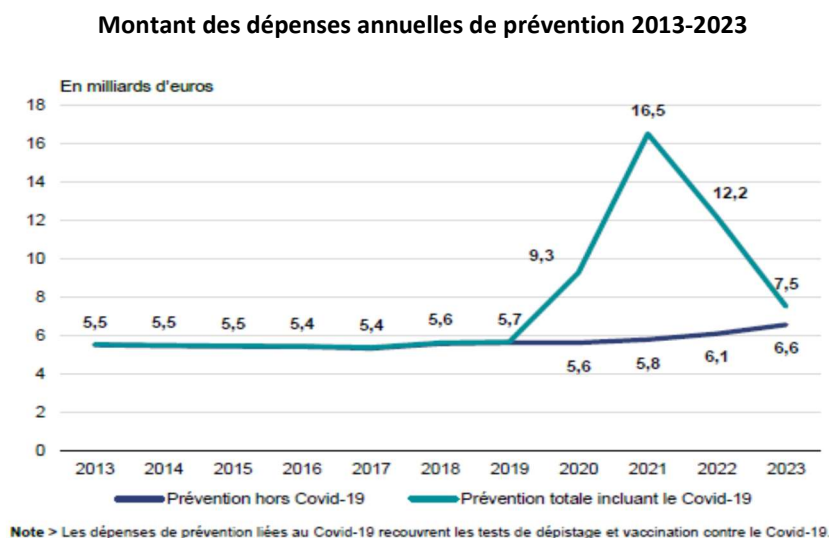
²⁷⁵ Les recettes publiques générées seraient de l'ordre de 14 Mds € pour le tabac, 4 Mds € pour les boissons alcoolisées et 0,5 Mds € pour les boissons non alcoolisées (Source : CPAM de l'Eure - Audition).

²⁷⁶ Le « jaune prévention » détaille l'ensemble des opérateurs qui viennent en appui au déploiement de la politique de prévention institutionnelle coordonnée par l'État et ses services déconcentrés (cf. *supra* 3.5.1.).

repérées au sein de la DCS, dépense courante de santé. Elles figurent dans l'annexe annuelle du PLFSS.

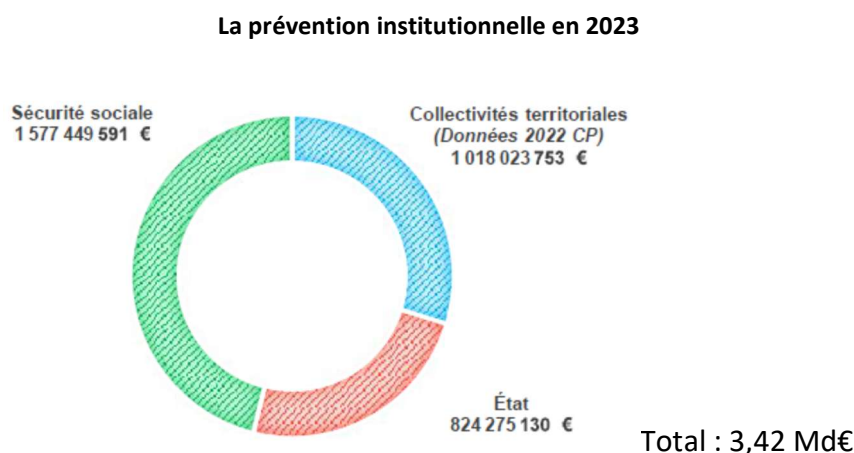
La survenue de la crise sanitaire 2020-21 vient fausser l'observation en dynamique de ces dépenses. La dernière analyse longitudinale de la DREES présente une approche « corrigée » des dépenses de prévention liées au Covid-19 permettant une comparaison à situation sanitaire équivalente.

Elle montre néanmoins la très faible progression en volume de cette dépense, inscrite dans des budgets limités annuellement, quand dans le même temps, la hausse des dépenses de santé n'est pas maîtrisable :



(Source : DREES - Les dépenses de santé en 2023 > Édition 2024 - [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024](#) | [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#))

Selon les sources les plus récentes, le PLFSS de 2023 indique que les dépenses de prévention institutionnelle s'élèvent à environ 3,42 Md€ en 2023, soit 1,37 % de la CSBM (d'un volume de 249 Md€) et 1 % de la DCSi (d'un volume de 325 Md€) :



(Source : « Jaune budgétaire » – annexe au PLFSS 2025)

Zoom sur les thématiques des dépenses de prévention de l'État et de la Sécurité sociale

L'approche de la santé globale (*One Health*) conduit à recenser largement, au-delà du seul système de santé, l'ensemble des interventions dans toutes les politiques publiques qui concourent à la santé humaine, animale et des écosystèmes (*HiAP Health in all policies*). Cette approche sectorielle est portée nationalement par le Comité interministériel pour la santé, et régionalement, par les Commissions de coordination des politiques publiques en prévention au sein de l'ARS.

Les dépenses de prévention sont ainsi répertoriées dans 6 thématiques, avec comme composantes principales (et non exhaustives) :

- *les déterminants comportementaux* : cette thématique est composée principalement d'actions d'information, promotion, éducation à la santé, notamment l'ETP éducation thérapeutique du patient ou l'éducation en santé et sexualité dans les différents ministères de tutelle des établissements d'enseignement secondaire et supérieur, de santé mentale, de nutrition-santé et sport-santé, de lutte contre les addictions, contre les traumatismes et violences, contre l'isolement des publics vulnérables, d'accompagnement personnalisé de retour à domicile, mais également du soutien à la transformation numérique en santé destinée à rendre l'information numérique en santé plus accessible, à l'égalité entre les femmes et les hommes, à la sécurité et la qualité de l'alimentation et de l'offre alimentaire, à la sécurité et l'éducation routière, etc.,
- *la détection précoce des maladies* : dépistage des maladies virales, notamment dans le champ de la santé sexuelle, des maladies infectieuses, des pathologies notamment cancéreuses, et pathologies chroniques,
- *les programmes de vaccination*,
- *les consultations de prévention* : examens de santé, de santé bucco-dentaire, de santé mère et enfant, consultations dédiées à des publics en situation de vulnérabilité ou de précarité, aux nouveaux arrivants sur le territoire national, aux personnes détenues, ou relatives à la prévention de perte d'autonomie et de handicap, des risques dans l'habitat liés au virage domiciliaire, des risques professionnels, obligation relevant des employeurs y compris de l'État sur le budget de chaque ministère,
- *les déterminants environnementaux, la veille et la sécurité sanitaire* : dispositifs de surveillance de la qualité de l'environnement extérieur, de lutte contre la pollution atmosphérique, des eaux, de l'environnement intérieur, de lutte contre l'habitat indigne, contre la précarité énergétique, de traitement des copropriétés dégradées ou fragiles, de prévention des risques technologiques et des pollutions, de surveillance des perturbateurs endocriniens, la lutte contre l'antibiorésistance, ainsi que les maladies ou agents pathogène émergents ou ré-émergents, etc.

En 2023, les engagements se répartissent ainsi entre le budget de l'État et de la Sécurité sociale (Source : *Jaune prévention*) :

Thématiques de prévention	État	Sécurité sociale	Total général
Déterminants comportementaux	453,8 M€	420,7 M€	874,5 M€
Détection précoce des maladies	5,4 M€	442,0 M€	447,4 M€
Programmes de vaccination	-	119,3 M€	119,3 M€
Consultations de prévention	193,1 M€	505,5 M€	698,6 M€
Déterminants environnementaux	170,0 M€	27,3 M€	197,3 M€
Veille et sécurité sanitaires	1,9 M€	62,7 M€	64,6 M€
Total général	822,9M€	1 577,4M€	2 400,4M€

— Concernant la prévention non-institutionnelle

La DREES s'est livré ponctuellement, en 2018, à une estimation du volume financier de la prévention non institutionnelle. Bien qu'ancien, ce chiffrage constitue la plus récente source d'information connue à la date de rédaction de ce rapport. Elle serait de l'ordre de 9,1 Mds€, dont 42 % représentés par les médicaments à visée préventive²⁷⁷.

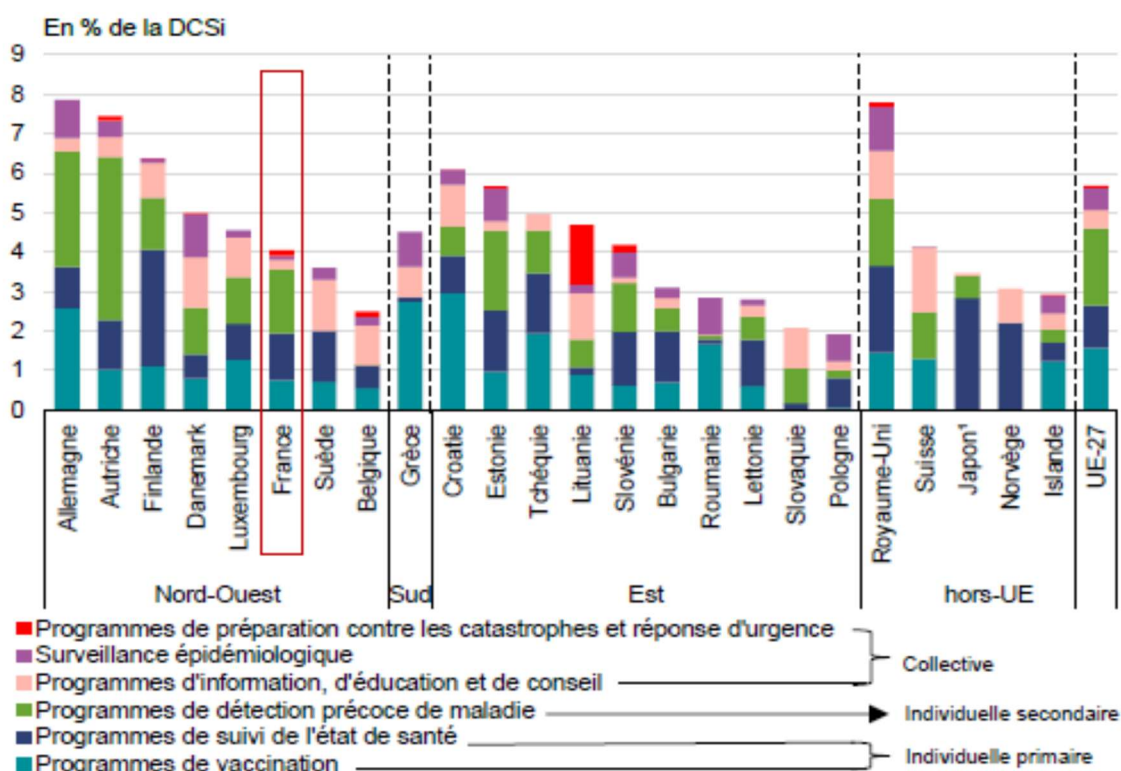
Aucune approche agrégée de l'ensemble des dépenses de prévention n'est réellement disponible.

- **Faiblesse des financements**

Malgré les priorités réaffirmées dans les stratégies nationales Santé 2022 et Santé 2027, la prévention est traditionnellement le parent pauvre de la santé et la faiblesse des financements dédiés est régulièrement soulignée. Des comparaisons internationales sont effectuées par la DREES sur le poids des dépenses dans la DCSi, avec toutefois l'ensemble des réserves évoquées ci-dessus sur le périmètre financier plus ou moins partiel des dépenses de prévention, puisque selon la DREES, 60 % *a minima* de l'ensemble des dépenses de prévention (non institutionnelles) ne seraient pas identifiées dans les dépenses de prévention françaises (institutionnelles) permettant d'établir les comparaisons internationales. La pertinence de ces comparaisons internationales se heurte donc à la différence de méthodologies entre pays.

²⁷⁷ Médicaments : 42 % - consultations et actes des médecins : 27 % - analyses biologie : 15 % - soins dentaires : 9 % - soins à l'hôpital : 5 % - dispositifs médicaux : 2 %.

Dépenses de soins préventifs par poste (en % de la DCSi – données 2021)



(Source : DREES - Les dépenses de santé en 2023 > Édition 2024 - [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024](#) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)

Sur la base des données de 2022, incluant nécessairement des dépenses résiduelles de l'époque de la crise sanitaire, les dépenses de prévention représentaient en moyenne 5,5 % de la DCSi dans les 27 pays de l'UE, cette part atteignant 3,9 % en France. Ceci la situe à un niveau intermédiaire inférieur en Europe. La prévention individuelle primaire représente quant à elle 2,7 % de la DCSi de l'UE, et seulement 1,9 % en France.

Enfin, en l'absence de chiffrage rapporté à l'habitant, il convient de relativiser cette analyse comparative internationale du poids de la prévention dans les dépenses totales de santé, dans la mesure où le volume global de dépense consacré à la santé, important en France, peut différer d'un pays à l'autre.

• Difficulté d'évaluation des impacts

Au-delà de la difficulté à cerner le contour des initiatives en prévention, l'estimation des gains qu'elle procure est incertaine en raison d'une part, de la multi factorialité des déterminants de santé et de l'absence de lien mécanique entre prévention et bonne santé, et d'autre part, du délai de retour sur les investissements en prévention. Celui-ci relève du temps long, n'est pas immédiat, donc reste peu lisible alors qu'en regard, on dispose d'une grande visibilité sur l'évolution de la courbe des pathologies ou encore des inégalités sociales de santé. Et force est de constater que quel qu'en soit le niveau, la prévention parvient difficilement à inverser les tendances, notamment sur notre région.

Rappelons également qu’aucune des estimations n’est régionalisée.

Néanmoins, des estimations des coûts de santé potentiellement évités sont régulièrement avancées, soit en tentant de chiffrer le coût en santé de la non-prévention, soit en tentant de chiffrer les effets de l’investissement en prévention. Quelques exemples circulent :

- de l’ordre de 9 Md€ de traitements et protocoles seraient évitables si les dépistages étaient faits à temps,
- selon une étude « les acteurs de la french care » ([lien Hospitalia étude Bouzou](#)), la fourchette se situerait entre 5 à 17 Md€,
- s’aligner sur les standards de l’OCDE permettrait de réduire les coûts en santé de 15 à 20 Md€ selon France Asso Santé ([Note d'audition : mission relative aux politiques de prévention en santé - France Assos Santé](#)), etc.

L’appréciation de la pertinence des dépenses engagées est aujourd’hui illusoire en l’absence d’évolution du système d’observation, malgré l’intérêt qu’il y aurait à en évaluer réellement les bénéfices pour en partager les enjeux, que ce soit par les coûts de santé évités ou par une évolution positive des indicateurs de santé.

4. Que peut-il advenir ? Les grands domaines d’incertitude

L’examen des principales dynamiques qui ont parcouru et qui caractérisent actuellement la gouvernance en santé permettent de mettre en lumière des grands domaines d’incertitude qui jalonnent le parcours vers l’amélioration de l’accès à la santé des Normands en 2050.

L’ensemble des développements présentés ci-dessus sur la gouvernance a montré à quel point le contexte et les contraintes nationales pèsent sur le local.

• Des enjeux d’évolution dans la gouvernance globale

Les principales transformations historiques ont en effet progressivement redéfini les rôles des acteurs, en particulier celui de l’État central, devenu au fil du temps le régulateur principal, tant sur le plan financier que stratégique, d’un système marqué depuis 50 ans par une ère de recherche de rationalisation des dépenses de santé. Or, le contexte national et européen de pression budgétaire exercée sur la réduction des dépenses publiques s’impose aux dépenses sociales. Il impacte l’équilibre économique du système de protection sociale et le modèle de couverture sociale actuel, qui fait face par ailleurs à des besoins qui vont aller croissant, notamment avec le vieillissement de la population, l’apparition de nouveaux risques de santé, ou encore la persistance et l’accroissement des situations de vulnérabilité sociale.

Cette centralisation limite de fait la capacité des acteurs à apporter les réponses différenciées qu’exigerait le territoire normand au regard de sa situation sanitaire dégradée et des enjeux démographiques, environnementaux et sociaux qui lui sont propres.

À l’horizon 2050, la question essentielle réside dans la capacité des acteurs à faire évoluer la gouvernance globale, en repensant le rôle de l’État central, indispensable

pour garantir la solidarité nationale mais qui n'a pas montré jusqu'alors sa capacité à résoudre les difficultés d'accès à la santé, vers davantage de marge de manœuvre de proximité pour répondre aux besoins de santé tout au long de la vie exprimés sur les territoires.

Le double mouvement de centralisation et de régionalisation, associé parallèlement à la dynamique de renvoi de responsabilité sur la capacité des territoires à s'organiser, fonde la principale interrogation à l'horizon 2050 : la manière de garantir des réponses adaptées aux besoins réels des populations.

Le choix d'agir sur les leviers institutionnels, professionnels, citoyen ou territoriaux sera déterminant, de même que sur ceux de l'innovation organisationnelle, de l'autonomie des personnes, de la prévention en santé, et de la territorialisation réelle de la décision avec des marges de manœuvre effectivement ouvertes à tous les niveaux de gouvernance.

- **Enjeux financiers de persistance du modèle solidaire**

Faute d'élasticité dans les ressources, la recherche de marges de manœuvre financières parmi les différentes sources de contribution oscille continuellement, au gré des choix politiques opérés sur les grands équilibres. Les débats autour des efforts collectifs et individuels pour soutenir les charges du système de santé sont récurrents. La contribution des ménages dépasse largement le « reste à charge » auquel elle est souvent assimilée, et les comportements individuels des usagers sont souvent stigmatisés malgré leur poids croissant en tant que contributeurs. La tendance au désengagement des prises en charge par l'assurance maladie s'accompagne d'un risque de montée en puissance des couvertures complémentaires à la carte et d'installation d'un système de santé à deux vitesses. Le mouvement déjà à l'œuvre de financiarisation de l'offre de soins, répondant à la seule logique de la rentabilité, s'amplifie à la faveur d'intérêts d'investisseurs qui déstructurent l'offre au détriment de l'équité entre usagers, et se rémunèrent sur les financements du modèle solidaire sans que les pouvoirs publics puissent en réguler efficacement les effets.

Aussi la question de l'acceptabilité sociétale (collective) ou sociale (individuelle) de l'injonction faite aux usagers d'être acteur de leur santé sans en avoir toujours les moyens se pose avec intensité à long terme, ainsi que celle de la soutenabilité du modèle, au risque de placer une part grandissante d'usagers face à des obligations de renoncement à s'assurer ou à se soigner.

- **Consécration des territoires et enjeux de proximité**

Dans le contexte de pénurie, le retour vers les territoires s'est opéré au fil du temps comme une espérance dans la santé de proximité pour tenter de maîtriser l'ensemble de la chaîne de gradation des soins, faciliter les parcours en santé et répondre à une demande qui s'exprime localement. Ce mouvement s'appuie sur les services déconcentrés de l'État chargés de décliner territorialement la stratégie nationale mais sans moyens supplémentaires pour l'adapter aux particularités du territoire. Il s'appuie également sur des actions volontaristes des collectivités qui, bien que très engagées à l'instar de la Région Normandie, n'ont pas de

marge de décision. L'ensemble de l'édifice repose en outre sur les coordinations locales de professionnels, rouage essentiel mais sur-mobilisé dans la situation de pénurie de l'offre en Normandie.

La question se pose à 2050, de la territorialisation réelle de la décision avec des marges de manœuvre effectivement ouvertes à tous les niveaux de gouvernance, et particulièrement au niveau d'une gouvernance locale renforcée. En effet, la contrainte financière persiste, à quelque niveau de gouvernance que ce soit, et interroge sur la capacité collective de dépasser la simple répartition de la pénurie pour éviter d'exacerber la concurrence entre territoires.

- **L'usager acteur de sa santé ?**

Le choix d'agir sur les leviers institutionnels, professionnels, ou territoriaux sera déterminant, mais tout autant qu'y associer le levier des citoyens, usagers en santé tout au long de leur parcours de vie.

La façon dont évoluera la reconnaissance de la légitimité de l'usager en santé à peser sur les choix stratégiques et la co-construction des politiques sera décisive, notamment son degré de convergence avec les appels sans cesse renouvelés à sa responsabilité individuelle en tant qu'acteur, et de sa propre santé, et de l'avenir du système de solidarité nationale d'autre part.

Le maintien d'injonctions paradoxale entre le rôle qu'on lui assigne dans la gouvernance du système et les moyens auxquels il accède réellement pour préserver sa santé peut nourrir en effet d'importants risques de culpabilisation, de stigmatisation des malades ou des générations qui éloigneraient encore davantage de Normands du système au détriment de leur propre santé. Inversement, certains citoyens auront la capacité de s'organiser autour d'intérêts partagés au sein de grappes, multiples et plus ou moins éphémères, augmentant potentiellement les tensions et la défiance au sein du système.

Un des risques forts en 2050 est de ne plus rien maîtriser tant les phénomènes de grappes rendront illisibles les prévisions et anticipations.

- **La place de la prévention dans un nouveau paradigme ?**

Dans ce système en tension, l'amélioration du continuum de parcours de santé pour tous interroge la volonté et la capacité des acteurs de la gouvernance à actionner plus largement la prévention en santé comme levier de transformation pour sortir du paradigme de la prééminence du soin curatif. Tous les niveaux de prévention sont actionnables mais en particulier celui de la prévention primaire, qui évite le recours aux soins. L'ensemble des politiques publiques à tous les échelons de territoire peuvent y contribuer, notamment celles à la main des collectivités au regard de leurs compétences respectives dans tous les champs autres que la santé. En matière d'habitat, d'environnement, d'éducation, d'alimentation, de travail, etc., l'ensemble des décisions à visée collective et individuelle visant à réduire l'exposition aux risques pour la santé humaine concourent à la prévention amont en santé.

Les réalignements à opérer entre l’affirmation de ce puissant vecteur de transformation et les moyens qui lui sont consacrés seront déterminants, dans la politique de prévention en santé comme dans chacune des politiques publiques de droit commun agissant sur l’environnement de vie des citoyens et l’ensemble des déterminants de santé.

Les dispositifs de prévention individuelle en santé doivent rencontrer l’usager pour être efficaces, ce qui nécessite de s’adapter aux particularités de chacun alors même que tous ne disposent ni du même capital santé de départ, ni de la même autonomie pour accéder à l’information, la comprendre et la mettre à profit de la préservation de ce capital, d’autant plus dans un contexte d’amplification des usages numériques tout au long du parcours de santé, potentiellement discriminant. Aussi la tentation de faire du respect d’un parcours de prévention « type » un préalable à l’accès aux soins constitue un risque réel de renforcement des exclusions que les acteurs de la gouvernance devront garder à l’esprit.

La structuration d’une santé publique préventive pose donc de forts enjeux d’équité pour toucher l’ensemble des publics notamment les plus vulnérables ou les plus éloignés du système.

Au terme de 2050, tendre vers un équilibre mesuré entre dispositifs de prévention collective et parcours individualisés agissant en amont sur les déterminants de santé pourrait constituer un rempart contre l’exclusion sanitaire en corrigeant les inégalités sociales de santé fortement présentes en Normandie.

- **Renforcement de l’évaluation territorialisée**

Enfin si la territorialisation de la prévention en santé, appuyée sur des acteurs institutionnels et des dispositifs de proximité, peut apparaître une réponse pertinente aux enjeux locaux de santé, son efficacité repose sur une connaissance fine des besoins de la population et de la compréhension des risques sanitaires auxquels elle est exposée. Par ailleurs, la mesure des retombées économiques de la prévention est difficile à évaluer. À cet égard, plusieurs axes de réflexion peuvent être plus ou moins investis à terme par les acteurs de la gouvernance :

- d’une part, s’appuyer sur les ressources de la recherche en sciences humaines et sociales pour mieux identifier, expliquer et comprendre la faiblesse des indicateurs sanitaires normands, et aider à cibler leur prévention,
- d’autre part, travailler sur la lisibilité des moyens engagés dans la prévention, pour les connaître et les partager, afin d’objectiver davantage qu’aujourd’hui ses gains potentiels sur les dépenses de santé et peser dans les arbitrages,

La question posée à 2050 est celle de la capacité à pouvoir observer et évaluer de façon permanente et partagée ces dispositifs et politiques publiques à l’aune de la spécificité normande.

En synthèse : faits marquants et questionnements

Les éléments de l'analyse rétrospective caractéristiques de la variable « Gouvernance » peuvent se résumer ainsi :

Tendances lourdes	– Attachement des Français à leur protection sociale – Augmentation des dépenses de santé au cœur des préoccupations des politiques publiques – pressions budgétaires – Régulation centralisée de la politique de santé
Tendances avérées	– Pénurie de l'offre de santé et des soins – Recherche de territorialisation des réponses « santé » – Inégalités croissantes dans la couverture du risque santé – Implication croissante des collectivités
Ruptures majeures	– Débat parlementaire sur les équilibres budgétaires – Évolution de la place des usagers et de la démocratie sanitaire – Création de la branche « autonomie », nouveau risque social
Enjeux	– Réponses de proximité coordonnées à des besoins de proximité – Équité de couverture des publics, notamment vulnérables – Accroissement et pertinence de la prévention – Capacité à prendre en charge la dépendance
Jeux d'acteurs et marges de manœuvre	– Responsabilisation des usagers vis-à-vis de leur santé – Coordination des acteurs de proximité – Équilibre force motrice / posture d'inertie des professionnels
Ruptures possibles	– Remise en cause de l'acceptabilité sociale des coûts de santé – Délitement du modèle de socialisation du risque santé
Incertitudes majeures	– Soutenabilité et persistance du modèle basé sur la socialisation du risque santé – Le poids et le rôle des usagers – Maîtrise du phénomène de financiarisation de l'offre

Ils peuvent donner lieu à une série d'hypothèses en réponse aux interrogations ci-dessous résumées dans le tableau :

Les questionnements relatifs à la gouvernance en santé

GOUVERNANCE	
Gouvernance globale de santé et de soin - Qui fait quoi et quelles modalités d'organisation des compétences en santé ?	
	Centralisation des politiques de santé - Quelle évolution du système ?
	La place des collectivités territoriales - Quel rôle dans le défi du meilleur accès à « santé » ?
	L'évolution du système de santé - La part public/privé ? Quelles évolutions ?
	Place des usagers et pouvoir des citoyens – L'usager « acteur » de sa santé ? Poids des grappes informelles ?

GOUVERNANCE	
Capacités financières de mise en œuvre des politiques publiques et Financement du système de santé – D’où proviennent les ressources du système de santé ?	
	Contexte européen – Quelles règles en matière de déficits publics ?
	Organisation du financement de la politique de santé – Comment financer l’accès à la santé ? Qui, comment ?
	Modèle de couverture du risque santé - Quels choix nationaux en termes de socialisation du risque ?
	Tarification des actes des professionnels
	Financiarisation du système de l’offre de santé - Acceptabilité et régulation ?
Organisation territoriale en santé et accès aux soins – Quelles modalités et quels acteurs ?	
	Proximité et parcours de soins des usagers - Consécration des territoires, espérance dans la santé de proximité ?
	Coordination de l’offre en proximité - L’efficacité des collectifs territoriaux ?
	Moyens au service de la territorialisation - Quel rattrapage en Normandie ? Quel équilibre entre territoires ?
Place de la prévention – Vers un réel continuum des parcours santé de tous ?	
	Usagers et prévention - Vers un réel continuum des parcours santé pour tous ?
	Financement de la prévention - À la hauteur des enjeux de bascule du système ?
Place du médicosocial et des publics vulnérables - Garantir leur accès à la santé, pour tous publics ?	

ANNEXES

Annexe 1 - Lettre de saisine de la Région Normandie



M. JEAN-LUC LEGER
PRESIDENT
CESER DE NORMANDIE
5 RUE ROBERT SCHUMAN
76174 ROUEN

Caen, le 12 DEC. 2023

Objet : Lettre de saisine CESER relative à une réflexion prospective en santé

Monsieur le Président,

Validée par l'Assemblée Plénière du 26 juin dernier, la feuille de route 2023-2030 « La Santé au cœur de l'action régionale » a pour ambition de proposer une réponse aux défis de demain : vieillissement de la population, déprise médicale, changement climatique, maladies chroniques, émergence de nouvelles maladies infectieuses, transition numérique, ...

En parallèle, la Région Normandie doit être capable de répondre aux défis majeurs d'accélération des innovations en santé et des transformations du système qu'elles imposent, tels qu'intelligence artificielle en santé, virage ambulatoire, impératif de prévention et d'éducation à la santé, évolutions des formations (contenus et formats), coordination des professionnels de santé...

La Région souhaiterait contribuer au renforcement du pilotage de l'action publique en santé en éclairant sa vision politique et ses choix par une approche prospective de long terme sur l'accès à la santé des normands à l'horizon 2050.

A cette fin, je souhaite que le CESER conduise une réflexion prospective où seraient balayés le champ des futurs possibles de l'accès à la santé des normands, l'objectif final étant que cette démarche prospective nourrisse l'action collective. Je souhaite qu'en partant des caractéristiques mêmes de la santé, de ses déterminants, des composantes du système et des politiques de santé, vous identifiiez les variables-clés susceptibles d'influer sur les futurs possibles de l'accès à la santé des normands.

Cette prospective en santé devra donc s'inscrire dans le contexte économique et social, appréhender les tendances de long terme comme les ruptures potentielles.

Dans le cadre de la démarche que vous mènerez au sein de vos commissions, qui réunissent les acteurs de toutes les composantes de la société civile, je souhaite que vous vous attachiez à tenir compte des forces en présence et des marges de manœuvre des différents acteurs normands intervenants dans le domaine de la santé, qu'ils relèvent des champs institutionnels, économiques, universitaires, associatifs ou des usagers.

Cette démarche de réflexion sur l'avenir et d'exploration des futurs possibles devra éclairer les décisions et les actions collectives en intégrant les enjeux du temps long.

Je mets mes services à votre disposition pour échanger avec vous au fil de l'avancement de votre réflexion.

Je souhaiterais que cette démarche débute en 2024 et se termine avant juin 2025.

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, à l'assurance de ma considération distinguée.

Hervé MORIN



Annexe 2 – Principaux indicateurs sanitaires de 2020

Parmi les nombreux indicateurs déjà disponibles dans le rapport du CESER de 2020, seules les données utilisées pour les besoins de l'étude prospective ont été actualisées.

Néanmoins cette annexe 2 en présente une synthèse extraite par thématique des indicateurs disponibles en 2020, l'ensemble pouvant être consulté intégralement en ligne : [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#).

État de santé : un tableau clinique de la Normandie globalement défavorable

Indicateur ²⁷⁸	Echelle ²⁷⁹	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Espérance de vie à la naissance	Fr	82,7 ans (2017), la plus élevée d'Europe – Hommes 79,5 ans (9 ^{ème} rang) – Femmes 85,3 ans (2 ^{ème} rang) Ralentissement de la hausse depuis 10 ans	160
	Nie	Avant dernier rang en France (en 2014 derrière Hauts-de-France) – Hommes : 77,8 ans – Femmes : 84,6 ans	167 175 241
Espérance de vie et revenu/pauvreté	Fr	Ecart d'espérance entre revenus les plus faibles et les plus élevés : de 13 ans pour les hommes / 8 ans pour les femmes	160
		Autour de 1 000€ de revenu, un écart de 100 € génère un gain d'espérance de 0,9 ans pour les hommes/ 0,7 ans pour les femmes	161
Espérance de vie en bonne santé EVBS Espérance de vie sans incapacité EVSI	Fr	Alors que l'EV à la naissance a augmenté de 2,5 ans depuis 10 ans : – EVBS après 65 ans : 10,1 ans, elle stagne pour les hommes – EVSI stagne à 64 ans	107 161 162
		3/5 des personnes souffrent d'une maladie chronique après 65 ans (1/3 de dépressions)	
Surmortalité prématurée (-65ans) H/F - Taux standardisés (avec cartographie par canton/Nie/Fr)	Nie	Taux supérieur de + 13,6 % par rapport à la France (cause cancers H : + 14,6 % - F : + 5,6 %) – Hommes : 318,9/100 000 (supérieur de 15 %/F) 2013 – Femmes : 137,9/100 000 (supérieur de 5 à 15 %/F)	168 175 176 239
		Dégradation en 30 ans : – Mortalité : du 10 ^{ème} au 11 ^{ème} rang	

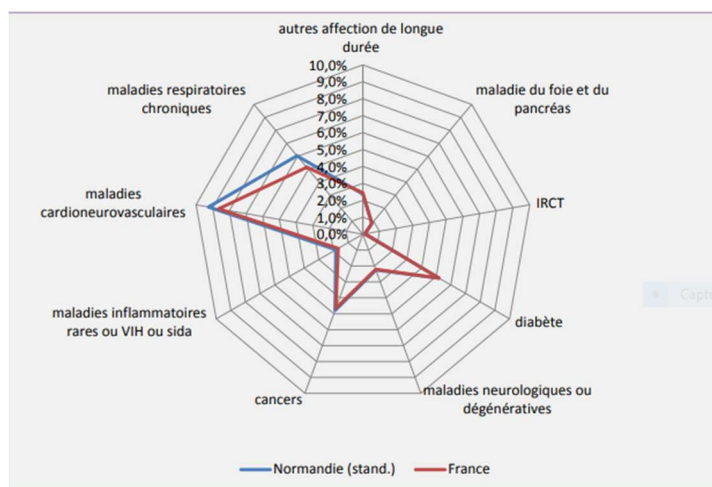
²⁷⁸ H/F : Hommes / Femmes.

²⁷⁹ Fr: France – Nie : Normandie – Dpt : Départements.

Indicateur ²⁷⁸	Echelle ²⁷⁹	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
		– Mortalité prématurée : du 11 ^{ème} au 12 ^{ème} rang	
Surmortalité prématurée par pathologie	Nie	Surmortalité marquée dans l'Eure 27 et la Seine-Maritime et dans les grandes agglomérations (Cf : Cartographie par canton ci-dessous)	175
Classement des territoires de démocratie sanitaire selon leur situation au regard des causes de décès en Normandie H/F - fréquence des pathologies	Nie	– Situation plus défavorable : Dieppe/Vernon/Le Havre/Manche – Situation intermédiaire : Rouen-Elbeuf / Orne – Situation plus favorable : Calvados Graphique des taux Fréquence pathologies	177 178 179
Mortalité par pathologies liées aux conduites addictives, à l'alcool et au tabac (Nie/Fr)	Fr Nie	1/3 décès en France imputables à des facteurs de risques liés au comportement Taux /100 000 en Nie : supérieur de 20 % aux autres régions (2012) : – Alcool : 27,3 France - 34,4 Nie – 2 ^{ème} facteur de mortalité précoce évitable – Tabac : 117,1 France – 126 Nie – 1 ^{er} facteur de mortalité précoce évitable	86 87 88
Causes de mortalité en France	Fr	Cancers (1 ^{er} rang) – Maladies cardio-vasculaires (2 ^{ème} rang) – Maladies infectieuses et respiratoires (3 ^{ème} rang) - Croissance des décès par maladies du système nerveux	163 164
Causes de mortalité chez les jeunes (15-25 ans)	Fr	Mortalité garçons 2 fois supérieure à celle des filles Hospitalisation pour trauma des garçons 3,5 fois supérieure à celles des filles 40 % décès par accidents de circulation (1 ^{er} rang) – 16 % décès par suicide (2 ^{ème} rang) mais en baisse de 40% depuis les années 80	165
Mortalité due à l'environnement / à la pollution atmosphérique	Fr Nie	48 000 décès /an soit 9 % de la mortalité en France 2 600 décès/ an, proportion identique à la France	185
ALD et maladies chroniques /ALD Nie	Fr Nie	– Fr : Personnes en ALD : 10,7M (dont 350 000 enfants de moins de 15 ans) - 20,4 % de la population – Nie : 717 500 - 21,5 % de la population en 2018 contre 14,8 % en 2008, soit en hausse constante Personnes soignées pour maladie chronique : 20 millions en France (cf. radar des maladies chroniques Nie/F, ci-dessous)	94 175 178
Répartition des personnes déclarant une maladie chronique (H/F/âge)	Fr	Histogramme : plus de femmes que d'hommes, et hausse avec l'âge – 16 ans : F : 15,9 /H : 12,9 – + 85 ans : F : 77,9 / H : 73,1	240
Troubles mentaux	Fr	1/5 des Français en souffrent Dépression entre 7 et 10% -1 ^{ère} pathologie mentale et 1 ^{ère} cause d'invalidité – 2 ^{ème} cause d'arrêt maladie	95 96
Hospitalisations pour tentative de suicide des jeunes 12-18 ans	Nie Fr	Nie : entre 22 et 48 / 10 000 ha (2015) F : 16,1 / 10 000 ha	95
Exposition au suicide	Nie	Normandie : 2 ^{ème} région la plus exposée au suicide	95 96

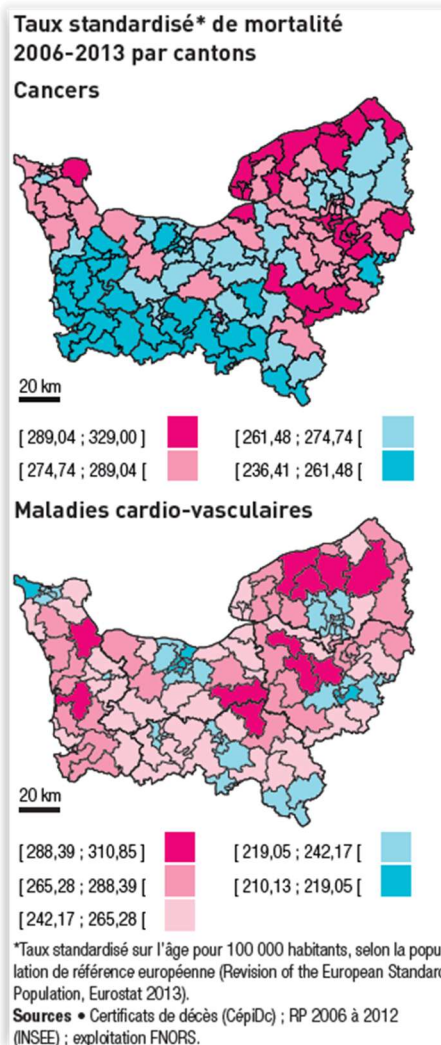
Indicateur ²⁷⁸	Echelle ²⁷⁹	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Exposition au handicap	Fr	12 millions de personnes, dont 80 % concernées par un handicap invisible	96
Surpoids et obésité	Fr Nie	Histogramme : stabilité depuis 10 ans 49 % d'adultes et 17 % d'enfants en surpoids – 17 % adultes obèses Femmes normandes au 3 ^{ème} rang	80 81
Mortalité évitable grâce aux traitements / à la prévention	Fr	3 ^{ème} rang de l'UE pour les traitements 7 ^{ème} rang de l'UE pour la prévention	84
Hospitalisations liées à l'iatrogénie	Fr	10 % des séjours hospitaliers	21
Taux de maladies nosocomiales	Fr	Touche 1 patient hospitalisé sur 20 (2012)	85
Perte d'autonomie	Fr	1,5 million de retraités en perte d'autonomie 800 000 à domicile – 700 000 en établissement Hausse estimée en 2020 à l'horizon 2040 : + 600 000	98
Nombre d'aidants	Fr	8,3 millions (2008), mais estimé à 11 millions, dont +10 % auraient moins de 25 ans	98 99

Radar des maladies chroniques (p 178)



Source cartographie des pathologies 2013, CNAMTS exploitation ARS
Standardisation âge et sexe sur la population couverte du titre du Régime Général et des sections locales mutualistes

Cartographie par canton des Taux standardisés de surmortalité prématurée (P 175)



Socio-démographie et population : une région vieillissante

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Croissance démographique en Normandie	Nie	3 fois moins rapide qu'en France Fort vieillissement Taux de natalité 11/1 000 inférieur à la Fr (12/1 000)	167
Proportion de personnes âgées de + 65 ans en France et en Normandie - Évolution attendue 2050	Fr Nie	France : 1/7 en 1980 – 1/5 en 2017 – 1/4 en 2050 Normandie : – + 60 ans : 22 % en 2020 → 33 % en 2040 – +65 ans : 21,7 % en 2020 → 29,3 % en 2050 (2 ^{ème} plus forte évolution derrière la Corse) – Doublement des + 75 ans d'ici 2050 et des + 80 ans en 2040	161 162 167 180
Population de jeunes 15-24 ans	Nie	400 000 jeunes – 12 % de la population (proportion identique à la France)	166
Densité de population en Normandie	Nie	44 % en zone rurale (supérieure à France hors Paris : 28 %) Fortes disparités : 47,3 ha/km ² (Orne) – 199,9 ha/km ² (Seine-Maritime)	167 168
Revenu annuel médian (Nie/Fr)	Nie	Nie : 19 707 €, inférieur à la France : 20 184 – Sur-représentation d'ouvriers et d'employés (33 %, contre 30 % en France) – Sous-représentation de cadres (6,2 % contre 9 % en France)	167
Taux de pauvreté en Normandie	Nie	Légèrement inférieur à la moyenne en France	168
Foyers fiscaux non imposés	Nie	53,7 % , supérieur à la France (51,4 %)	169
Population sous le seuil de pauvreté / précarité des enfants en France	Nie Fr	13,5 % ménages fiscaux normands sous le seuil de pauvreté (contre 14,5 % en France) 1,2 million d'enfants en très grande précarité en France 14 % de la population sous le seuil de pauvreté en France	91 167 168
Inégalités professionnelles au travail H/F (salaires, postes, pénibilité)	Fr	Ecart de salaires H/F : 9 % – 43,2 % des femmes actives sont employées contre 12,3 % des hommes (2016) – 42 % des cadres sont des femmes, mais seulement 17 % aux postes de direction Parcours professionnels des F plus pénibles et précaires	32 33

Indicateurs environnementaux

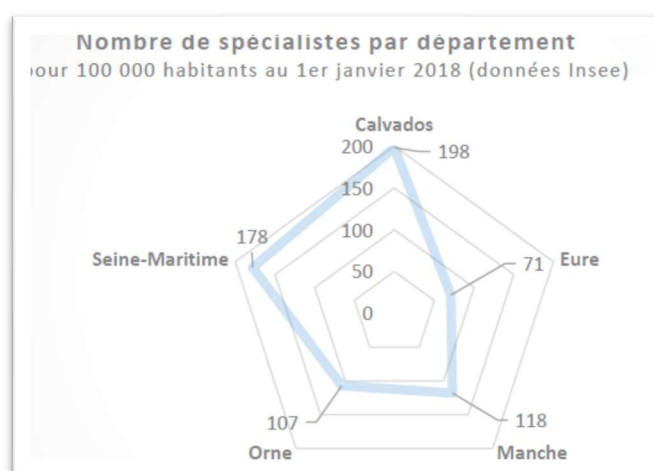
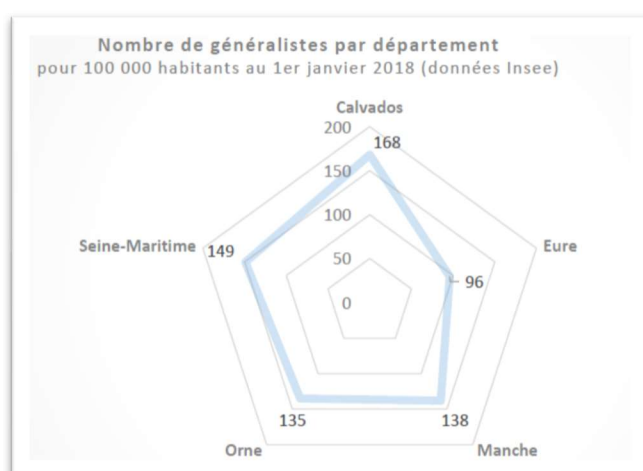
Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Sites classés SEVESO	Nie	Nie : 5 ^{ème} rang en nombre de sites classés – 110 sites classés (dont 5 centrales nucléaires et 58 sites classés « seuil haut »)	100 167

Système de santé et de soins : tableau clinique de la Normandie globalement défavorable

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
OFFRE DE SOINS - PROFESSIONNELS			
Nombre médecins libéraux (Fr) et Inégalités territoriales	Fr Dpt	France : 3,4/1 000 ha, inférieur à la moyenne de l'UE, supérieur à la moyenne de l'OCDE Hausse de 10 % entre 2000-2018 Mauvaise répartition des spécialistes : 554/100 000 ha à Paris / 108 dans l'Eure	143
<i>Numerus clausus</i>	Fr	8 000 places de 2011-20 – hausse de 75 % depuis 1971	144
Densité de médecins généralistes/ spécialistes (UE/Fr/départements) infirmiers/ selon spécialités	Nie Dpts Fr	Aggravation du déficit de densité médicale : écart Nie /F supérieur à 17 % (35% pour l'Orne) Densité généralistes / spécialistes : 160,8/100 000 ha (contre 193,8 en Fr) Densité personnels médicaux : 158,8/100 000 ha (contre 184,1 en Fr) -Eure et Orne en souffrance – Généralistes : 3 945 – densité supérieure à la moyenne dans le Calvados, inférieure sans les 4 autres départements – Spécialistes : 4 498 - densité supérieure à la moyenne dans le Calvados et Seine-Maritime, inférieure sans les 3 autres départements – Dentistes : 1 338 – dernier rang avec 40/10 000 ha, inférieur de 50% à France (63/10 000 en Fr) – Infirmiers : 34 644 (cf. Radars de densité /100 000ha, ci-dessous) 3,4 médecins/1 000 ha en Fr (inférieur à l'UE : 3,6 en 2018) 10,5 infirmiers/1 000 ha en France (supérieur à l'UE)	41 42 130 131 191 192 194 211
Densité de psychiatres – pédopsychiatres et Inégalités territoriales	Fr Nie	15 000 psychiatres - 22,8/100 000ha en France (supérieur à l'OCDE : 15,5) Mauvaise répartition : 97,8 /100 000ha à Paris et 9,3 en Vendée 15,1 pédopsychiatres/100 000 jeunes (écart de 4 à 23 selon le département, et 100 en Ile de France) 60 % exercent à l'hôpital, 28,7 % de postes ETP vacants Psychiatres : Nie :15,9/100 000 ha, inférieur de 30 % à Fr (23/100 000ha en Fr)	42 141 194
Pyramide des âges	Nie Dpt	– Médecins de + 60 ans : 40 % dans l'Orne – Médecins de + 55 ans : 67 % dans le Cotentin (supérieur à la France : 55 %) – Spécialistes de + 55 ans : 56,7 % dans l'Eure Majorité de femmes de moins de 50 ans (Carte des généralistes de + 55 ans)	191 193 202
Déserts médicaux	Fr	5,3 millions d'habitants, soit 8 % de la population est dans un désert médical, 1 commune sur 3, mais 56 % est en zone sous dense et à risque (2017)	133
Pénurie de médecins du travail	Fr	5 300 médecins pour 15 millions de salariés	91
Recours à l'intérim médical	Nie	En forte hausse (2017/19 surtout au CHU de Rouen)	49
Part de médecins à temps partiel	Fr	En hausse : 46 % à 77 % (2013-16)	141

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Statut des inscriptions à l'Ordre médecins	Fr	291 000 inscrits, dont 75 000 de retraités (2017) Hausse de 15 % entre 2007-17, composée de 0,9 % de médecins actifs et 93 % de retraités Nouveaux inscrits : 62 % en salariés - 12 % en libéral (2018)	143
Nombre de médecins scolaires – postes vacants	Fr	En baisse de 15 %, 500 postes vacants soit 1/3 des effectifs, 1 000 médecins pour 12,5 millions d'élèves – chute qualifiée d'« extinction programmée »	89
Nombre infirmiers scolaires	Fr	En hausse de 40 % en 20 ans, + 4 % depuis 2013 Effectif : 8 000, soit 1 pour 1 300 élèves en 2018	90

Radars de densité /100 000 ha (p 191)



©CESER Normandie

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
OFFRE DE SOINS - STRUCTURES			
Nombre de structures et établissements hospitaliers - évolution lits de soins curatifs – lits en soins aigus	Fr	– 3 065 établissements hospitaliers – 1 690 structures hospitalières privées (dont 1 003 cliniques à but lucratif et 686 ESPIC non lucratifs) Baisse des lits de soins curatifs : de 4,06/1 000 ha à 3,09 (entre 2010-17) 3,09 lits de soins aigus/1 000hab (contre par exemple 6,09 en Allemagne, mais seulement 2,02 en Suède)	132 135 148
Offre hospitalière et médico-sociale	Nie	Recensement fourni par une liste de l'ARS Normandie	187
Accessibilité géographique aux urgences/à une maternité	Nie	97,8 % de la population situés à moins de 30 minutes des urgences 98,5 % femmes situées à moins de 45 minutes d'une maternité Mais 7,6 % des Ornaïses sont à plus de 45 minutes	188
Structures labellisées Maison Sport Santé	Nie Fr	7 structures en Normandie, aucune dans l'Orne 138 structures en France	83
Nombre d'EHPAD et places	Fr Nie	EHPAD : 10 000 en France – 390 en Normandie Places : 34 200 en Normandie	98 187

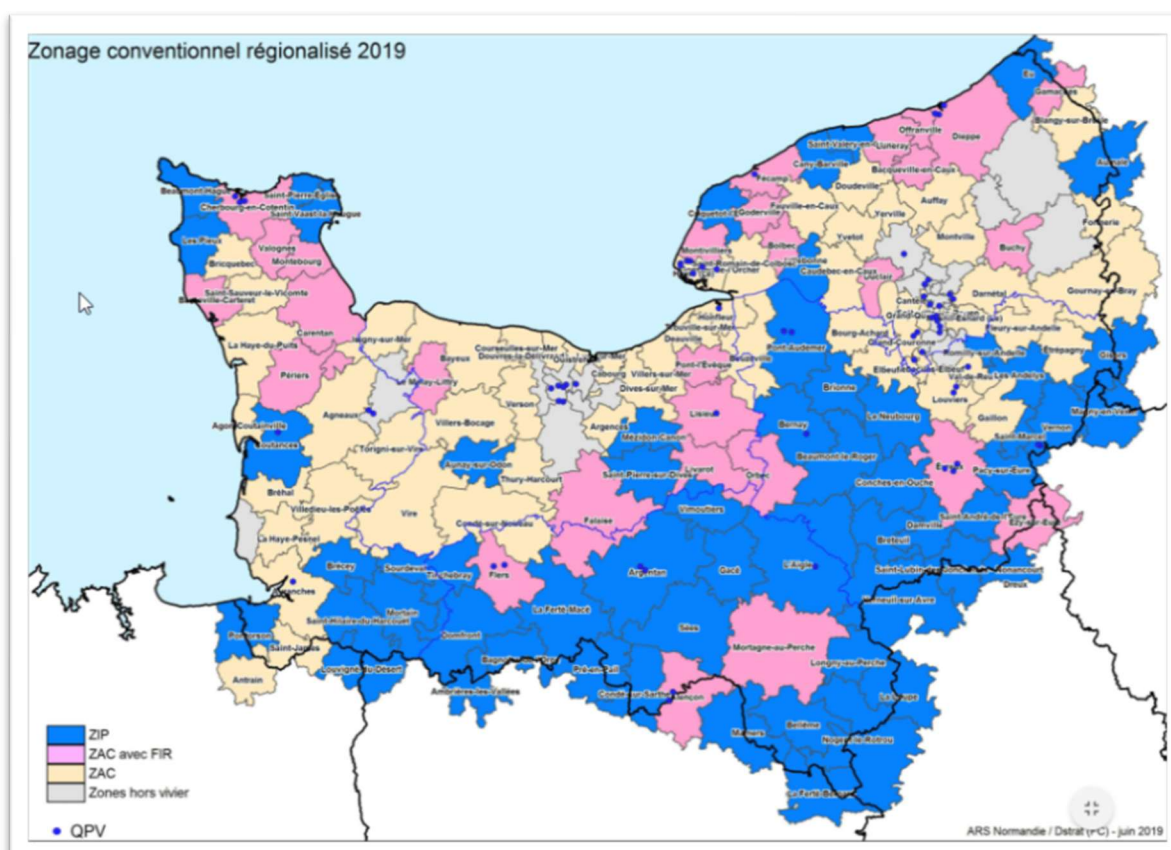
Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
APL accessibilité potentielle localisée	Fr	Sondage 2018 : 7/10 français auraient renoncé au moins 1 fois à se soigner	127
Nombre de pôles, centres, et maisons de santé	Fr Nie	– 1 268 MSP maisons de santé pluridisciplinaires – 80 % en milieu rural – en forte hausse de 39% (entre 2017-19) – 1 700 centres de santé en milieu urbain (médecins salariés) – 1 seul en Normandie (Cherbourg)	145
Nombre de CPTS prévu en Normandie	Nie	5 communautés prévues en Normandie	226
Qualité de l'offre de soins (Fr/OCDE)	Fr	9 ^{ème} rang sur 36 pays de l'OCDE	111
Taux d'équipement sanitaire	Nie	Identique en Normandie et en France Métropolitaine Maillage hospitalier très dense Taux d'équipement moyen important Mais une faiblesse : forte dispersion et disparités territoriales	186
PASS permanences d'accès aux soins de santé et EMPP équipe mobile psychiatrie-précarité	Nie	25 PASS (cartographie des PASS et EMPP) Personnes accueillies : 75 % primo-arrivants (migrants) (55 % dans la Manche)	205-6
PSLA et maisons de santé	Nie	86 PSLA et maisons de santé (Cartographie des PSLA en Normandie)	187 214 215

Politiques et financement de la santé

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
DCS Dépenses courantes de santé	Fr	262 Mds € - 12 % du PIB	108
CSBM Consommation de soins et de biens médicaux	Fr	194,6 Mds € - 8,9 % PIB – 2 930 €/personne	108
ONDAM – niveau et progression	Fr	200,3 Mds € en 2019 – En hausse estimée de 3,5 % pour 2021 11,2 % de la richesse nationale PIB est consacrée à la santé, 3 ^{ème} rang au monde – 12 ^{ème} rang pour les dépenses de santé par habitant	104 105
Dépenses de santé consacrées à la prévention	Fr	Moins de 2 % des DCS (part inférieure de 3,1 % à la moyenne de l'UE)	84
Poids de l'AMC assurance maladie complémentaire	Fr	33,9 Mds € en 2015 – 1,5 % du PIB	109
Accroissement de la fracture sanitaire entre territoires	Fr	Baisse de 3,3 % de l'accessibilité géographique à un généraliste - Ecart de densité entre dépts : généralistes de 1 à 3 // spécialistes de 1 à 8, pédiatres de 1 à 24	133
Asphyxie des services d'urgence à l'hôpital et virage ambulatoire	Fr	Hausse de fréquentation : 96 % (entre 1996-2015) Baisse de l'accès moyen aux consultations de 4,06/an/hab. en 2015 à 3,93/an/hab. en 2018 Baisse de 15 %/an du nombre de soins généralistes et hausse de 9 %/an des soins aux urgences entre 2000-13	140 133 148
Coût social du stress au travail	Fr	Évalué entre 1,9 et 3 Mds € (2010)	93

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Poids des maladies chroniques dans les dépenses de santé	Fr	Coût : 84 Mds €, soit 60 % des DCS	94
Nombre de zones « fragiles » de l'ARS pour l'offre de soins	Nie	85 zones fragiles en plus des QPV quartiers politique de la ville	186
Nombre de CST conseils territoriaux de santé	Nie	(Cartographie des territoires de démocratie sanitaire) 7 CST	177 196
Nombre de GHT groupement hospitalier de territoire	Nie	11 GHT (comprenant 56 établissements publics de santé et 11 établissements et services médico-sociaux publics (Cartographie des GHT)	197
Nombre de PTA plateforme territoriale d'appui	Nie	10 PTA (Cartographie des PTA)	198
ZIP/ZAC du zonage conventionnel des médecins (priorités de l'ARS)	Nie	332 médecins bénéficiaires d'aide à installation et au maintien depuis 2017 (Cartographie des ZIP zones d'intervention prioritaire, ci-dessous)	210
Collectivités engagées dispositif « sport sur ordonnance »	Fr Nie	70 collectivités – 138 structures labellisées Maisons Sport Santé – 7 en Normandie	82

Cartographie des ZIP Zones d'intervention prioritaires – ZAC – FIR (p 210)



ZIP : zone d'intervention prioritaire ; ZAC : zone d'action complémentaire ; FIR : fonds d'intervention régional

Pratiques professionnelles

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Taux de réalisation moyen visite médicale de 6 ^{ème}	Nie	– Inférieur à 20 % dans l'Eure, la Manche et la Seine-Maritime – Supérieur à 20 % et inférieur à 40 % dans le Calvados – Supérieur à 40 % dans l'Orne	23 90
Souscription d'AMC assurance maladie complémentaire santé (en plus de l'AMO)	Fr	96 % de la population souscrit une AMC Les 5 % restant sont majoritairement retraités, chômeurs, inactifs	109
Évolution des dépenses non couverte par l'AMO	Fr	Forte hausse : 23 % en 1985 et 54 % en 2010 Motifs principaux : hausse des remboursements, hausse des dépassements d'honoraires	109
Bénéficiaires CMU/RSA (2018)	Nie	CMU : 7,5 % (inférieur à la France : 8,3 %) RSA : 8,1 % (inférieur à la France : 8,5%) Grosses disparités : de 5,6 % dans la Manche à 10,1 % en Seine-Maritime	169
Pratiques des dépassements d'honoraires chirurgiens (secteur 2)	Fr	85 % des chirurgiens – en hausse pour toute la médecine de spécialité	109
Renoncement aux soins et facteurs selon le motif (délais d'attente, manque de moyens)	Nie Fr	Délais d'attente : 74 % Nie contre 51 % France Manque de moyens : 33 % France (parmi eux les jeunes (30 %) et les sans AMC (46 %))	127 128
Renoncement aux soins chez les jeunes	Nie	16 % des jeunes – (pour 71 % par manque de moyens – 47 % par manque de temps – 40 % par manque d'information – 30 % en raison de la distance) 1/5 des jeunes sont sans médecin traitant	166
Taux de « refus de soin discriminatoire » par les médecins	Fr	Touche 42 % des bénéficiaires CMU (entre 25 et 66 % selon la spécialité) 12 % de refus de rendez-vous Les refus en secteur 2 sont supérieurs aux refus en secteur 1 conventionné (écart de 6 points)	129
Taux de participation des femmes aux campagnes de dépistage du cancer du sein (le plus meurtrier en France)	Fr	56,6 % (2016-2017)	86
Téléconsultations	Fr	60 000 actes en ligne en 2019 (contre les 500 000 espérés...) Seuls 16 % ont lieu en zone rurale	151

Secteur économique de la santé

Indicateur	Echelle	Mesure disponible en 2020 dans le rapport du CESER Normandie « Accès à la santé et aux soins »	Page source
Poids économique du secteur santé	Fr	7,2 % de l'emploi total Davantage de valeur ajoutée que le BTP ou hôtellerie restauration	73
Poids du secteur « santé - travail social »	Nie	– Santé : 77 500 emplois – Santé + travail social : 15,3 % de l'emploi normand	170
Poids des EHPAD	Fr	10 000 EHPAD – 400 000 salariés – 6 salariés pour 10 résidents (inférieur à d'autres pays UE)	98
Entreprises filière santé (cartographie Normandie)	Nie	Industrie chimique pharmaceutique : 2 ^{ème} rang des régions – 9 045 emplois (10 % de l'emploi pharmaceutique Français) Production de médicaments : 3 ^{ème} rang	170 171
Structures de recherche Nie	Nie	1 ^{ère} région en recherche interventionnelle sur le cancer – Génomique – 2 LABEX	172
Établissements de formation Nie (2019)	Nie	– Sanitaire : 29 établissements – 15 diplômes – 7 962 étudiants – Travail social : 17 établissements – 13 diplômes – 3869 étudiants	173 209
Densité des diplômés aides-soignants	Nie	Entre 35 à 50 diplômés/100 000 ha, supérieur à la moyenne en France (sauf en Seine-Maritime : - de 25) (Cartographie par départements)	174

Annexe 3 – Historique : les grandes époques et les principaux textes de loi fondateurs des politiques contemporaines de santé

Le « secours public » et les politiques d'assistance...	Une tradition d'aide envers les démunis
Avant Louis XIV	Les maisons d'hospitalité (encouragées par le Clergé)
1662	Les hospices ou hôtel-Dieu dans les villes importantes
1796 et révolution française	« Municipalisation des hôpitaux » avec les bureaux de bienfaisance des communes
Fin 19 ^{ème} siècle – Début 20 ^{ème} siècle	Scission entre action sociale et action sanitaire Émergence de notion d'invalidité et du secteur « médico-social » à part entière Les institutions sociales et médico-sociales seront consacrées par la Loi du 20 juin 1975
Étatisation de la santé	L'hôpital s'ouvre à toutes les classes sociales
Ordonnance du 4 octobre 1945 – Loi du 22 mars 1946 (Libération / Conseil national de la Résistance) Naissance de la sécurité sociale	Un système de santé « socialisé », basé sur la protection sociale. L'Assurance Maladie gagne en puissance : un « empire », distinct des services de l'État Évolution progressive de son financement vers un modèle hybride : cotisations sociales, puis recours à l'impôt et la fiscalité en complément Une tarification à la journée à l'hôpital
1951	Étatisation des hôpitaux Émergence de la notion d'handicap (introduit officiellement en 1975)
1953 : création des BAS Bureaux d'Aide Sociale	Action sociale dans les communes, en charge de l'hygiène du milieu et de la salubrité publique BAS seront transformés en 1986 en CCAS, centres communaux d'action sociale

La V ^{ème} République de 1958	La médecine se structure autour de l'Hôpital
Ordonnances du 30 déc. 1958 et réforme hospitalo-universitaire , dite réforme DEBRÉ	Naissance de l'organisation française autour d'un système « hospitalo-centré », à la main de l'État appuyé sur des organes nationaux Création des CHU, CHRU, des médecins hospitalo-universitaires, réforme de l'enseignement médical et développement de la recherche
Ordonnances du 21 août 1967 dites « Jeannenet »	Relative à la séparation financière des risques du régime général de la Sécurité sociale en 3 branches (maladie, vieillesse, famille) + création des caisses ad hoc (CNAM CNAV CNAF)
Le tournant des années 70-80	Vers la rationalisation et la planification : « <i>l'offre crée la dépense</i> » ...
Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, dite loi BOULIN	Elle crée le service public hospitalier , avec 2 secteurs d'hospitalisation public et privé (cliniques), et consacre l'hôpital public comme le « pivot du système de santé » et des urgences médicales (SMUR, SAMU) Instauration d'une planification via la carte sanitaire hospitalière (sectorisation) à laquelle échappe le secteur libéral
Les mesures de rationalisation	
Loi n°71-557 du 12 juillet 1971 (art 15)	1971 - Création du « <i>numerus clausus</i> »
	1974 -Développement de l'observation : les ORS
	1977 - Création des DRASS
	1978 - expérimentation d'autres tarifications en sus du forfait journalier
Loi n°79-1140 du 29 décembre 1979 relative aux équipements sanitaires	Début de la suppression des lits d'hôpital sur autorisation du ministère chargé de la santé
Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983	Instauration de la DGF des hôpitaux publics ou privés – tarification mixte à la journée et au forfait à l'acte pour les cliniques privées Le forfait journalier passe à la charge de l'assuré
Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 dite EVIN-DURIEUX	Instauration des SROS (Schémas régionaux de l'offre de soins) poursuivant la baisse des lits Préfiguration de la future HAS haute autorité de santé

De 90-2010 : « new public management »	Le règne de la performance, un cadre de « régionalisation étatique »
Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée (Plan JUPPÉ de 1995)	Objectif affiché : lutter contre le déficit de l'assurance maladie (supprimer 100 000 lits) Affirmation du rôle de l'État dans les choix stratégiques concernant la Sécurité sociale (étatisation de la Sécurité sociale et régionalisation des financements) Intégration de l'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie) à la LFSS, loi de finance de la Sécurité sociale, fixation par le Parlement Création des ARH (État et assurance maladie) Concentration des équipements hospitaliers par groupements (GCS groupement de coopération sanitaire) DGF limitative pour les établissements L'ANAES Agence nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé succède à l'ANDEM Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale
Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, dite Loi CMU	CMU de base et complémentaire, pour favoriser l'accès aux soins des plus démunis
Des plans successifs annoncés : 2002 – Plan « hôpital 2007 » 2007 – Plan « hôpital 2012 »	Améliorer l'efficience de l'offre hospitalière : Moderniser la gestion des hôpitaux, investir et rénover massivement, déconcentrer dans les ARH (proximité des besoins) RGPP - Carrières à l'hôpital
Loi n° 2002-202 du 4 mars 2002, de démocratie sanitaire, dite Loi KOUCHNER	Réforme le droit des malades et de la qualité du système de santé : la participation des usagers
Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003, LFSS 2004, et Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005	Introduction progressive de la T2A tarification à l'activité, identique pour tous les établissements publics comme privés 2008 : généralisation du 100% T2A
Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002, de modernisation sociale et Décret de janvier 2004, réformant les études médicales	Reconnaissance de la médecine générale comme une spécialité et création d'un DES « spécialiste en médecine générale » 3^{ème} cycle

2003	Suppression de l'obligation des gardes libérales et croissance de l'asphyxie des urgences hospitalières
Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, dite Loi DOUSTE-BLAZY	Introduction du « médecin traitant » dans le parcours de soin, instauration du dossier médical personnel (DMP) Pilotage national : HAS Haute Autorité de Santé (remplace l'ANAES)
2004 – Lois de décentralisation , le territoire régional consacré comme échelle pertinente au fil du temps	Les départements deviennent chef de file des solidarités et de l'action sociale – Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale Les Régions assurent les formations des travailleurs sociaux et des personnels paramédicaux, agréent les établissements de travail social, financent les écoles, allouent les aides aux étudiants
Depuis 2010, les réformes du système de santé s'enchaînent	Le virage de l'ubérisation de l'hôpital et de la territorialisation
Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 , portant réforme de l'hôpital, dite Loi HPST Hôpital, Patients, Santé et Territoires ou Loi BACHELOT	Refonte de l'organisation territoriale des soins pour faciliter le décroisement entre médecine de ville et hôpital Mouvement de territorialisation : pôles d'activité, CHT (Communautés hospitalières territoriales) et des GCSM (Groupements de coopération sanitaire de moyens) Mouvement de rapprochement des usagers : « l'expérience patient » ... Suppression du « service public hospitalier » au profit d'une définition de 14 missions de service public hospitalier et création des ESPIC Création des ARS (26 agences installées en avril 2010, puis 17), et des CRSA « pivots de démocratie sanitaire » ANAP création Agence Nationale de la Performance sanitaire et médico-sociale
Poursuite des plans « hôpital » 2012 : Plan « hôpital numérique 2017 »	Virage numérique à l'hôpital Création du CNIS , conseil national des investissements en santé
Place au parcours de soins	Proximité et coopération : Accent sur la prévention, l'accès aux soins, la coordination et lutte contre les déserts médicaux

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé, dite Loi LMSS, Loi Santé ou Loi TOURAINE	Suite du « pacte de confiance » avec l'hôpital annoncé en 2012 Refondation du « service public hospitalier » conçu comme un bloc d'obligations (et non plus la participation à l'une des 14 missions de service public fixées par la loi HPST). Création des GHT, groupements hospitaliers de territoire pour coopérer, remplaçant les CHT Création des PTS projets territoriaux de santé et des CTS conseil territorial de santé, instance territoriale de démocratie sanitaire Création du cadre juridique de l'exercice médical coordonné Définition des pratiques avancées (IPA infirmier en pratiques avancées)
Gouvernements des quinquennats Macron 2017-2022 et 2022-2027	Recours renforcé aux « consultations » préalables à l'adoption des textes
2018 : SNS 2018-2022 stratégie nationale de santé	Usagers participent à améliorer la qualité des parcours de soins et du système de santé Priorité à promotion, prévention, innovation Lutte contre inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins
2018 : Plan « Ma Santé 2022 »	Se veut l'étape « décisive » de lutte contre déserts médicaux... logique de gradation des soins (54 mesures, 9 chantiers)
Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019, relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, ou Plan MACRON	Le soin au service des patients : Offre de soins dans les territoires (1000 CPTS) Réforme des études de médecine (REES - PASS/LAS remplacent la PACES rentrée 2020), décloisonnement des formations, suppression du « <i>numerus clausus</i> » Postes d'assistants médicaux auprès des médecins libéraux, intéressement au management pour améliorer qualité de service Labellisation hôpitaux de proximité Ambition numérique en santé, dont création espace numérique santé pour chaque usager Financement au forfait de maladies chroniques

	Notion de « situation sanitaire exceptionnelle » Notion de « responsabilité populationnelle » : (art. 20) « <i>l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire est responsable de l'amélioration de la santé de la population de ce territoire ainsi que de la prise en charge optimale des patients de ce territoire.</i> » Le modèle de santé n'est plus basé sur la prise en charge des malades, mais vise le maintien en bonne santé.
Mars 2020 – Crise sanitaire COVID	
Juillet 2020 : Ségur de la Santé	Bâtir un système de santé plus moderne : résilient, innovant, souple, à l'écoute des usagers et territoires Étape 1 : transformation des métiers et valorisation des soignants (accords sur les rémunérations, carrières, postes et fonctionnement - 9,1Mds) Étape 2 : réformes structurelles investissement et numérique en santé (Annonce de baisse de la part de T2A, Ouverture de 4000 lits « à la demande », Développement de la télésanté - 19Mds) Réorganisation de la gouvernance : délégations départementales des ARS, gestion plus déconcentrée des investissements, association des élus, organisations mixtes ville-hôpital
Loi organique et loi n°2020-991/992 du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie	Création d'une 5 ^{ème} branche de la Sécurité sociale couvrant spécifiquement le risque de perte d'autonomie (et la caisse <i>ad hoc</i> : la CNSA)
Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 , visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite Loi RIST	Traduit le volet non financier du Ségur de la Santé : Capacités de prescription de certains professionnels de santé, rapport au Parlement sur la mise en place des auxiliaires médicaux en pratique avancée, lutte contre intérim à l'hôpital Rénovation de la gouvernance hospitalière (réhabilitation chef de service et service comme référents qualité et sécurité des soins, ouverture des directoires des hôpitaux aux soignants, étudiants, usagers) Création du SAS Service d'accès aux soins dans les territoires pour coopération ville/hôpital et guider les parcours, « mon parcours handicap »

Loi n° 2023-379 du 19 mai 2023, portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, dite Loi RIST	Accès direct aux infirmiers en pratique avancée (IPA), aux kinésithérapeutes et aux orthophonistes - Élargit de plus les compétences de plusieurs professions paramédicales et revoit la permanence des soins – Établit la responsabilité collective de la permanence des soins non programmés par les professionnels
LOI n° 2024-317 du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie (dite Loi « bien vieillir »)	Prévenir la perte d'autonomie, lutter contre l'isolement des personnes âgées ou handicapées, mieux signaler les maltraitances et faciliter le travail des aides à domicile La loi acte la création du SPDA service public départemental de l'autonomie, pose les bases d'un dispositif de lutte contre les maltraitances faites aux adultes vulnérables, facilite le partage de données pour lutter contre l'isolement social ou encore attribue aux départements un financement pour le soutien de la mobilité des professionnels de l'aide à domicile. Le texte prévoit également l'adoption, avant la fin 2024 puis tous les cinq ans, d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge déterminant la trajectoire des finances publiques en matière d'autonomie des personnes âgées.
PROJET « fin de vie » --> 2 propositions de loi (juin 2025)	Projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie Suite à la dissolution de l'Assemblée nationale le 9 juin 2024, les députés n'ont pas pu achever l'examen du projet de loi en première lecture. Un vote solennel était prévu le 18 juin 2 propositions de loi (soins palliatifs et aide à mourir) ont remplacé le projet, adoptées par l'Assemblée nationale en juin 2025. Elles sont en cours d'examen par le Sénat (prévu automne 2025) pour une adoption vers l'été 2026.

Normandie



Cherbourg-en-Cotentin

MANCHE

Saint-Lô

Coutances

Granville

Avranches

HÔPITAL PRIVÉ DE LA BAIE

Ille-et-Vilaine

Fougères

Caen

Calvados

Le Havre

Deauville

Vire-Normandie

Fliers

Orne

Alençon

CLINIQUE NOTRE-DAME

LES HÔPITAUX PRIVÉS ROUENNAIS – EUROPE

CENTRE MÉRIDienne

LES HÔPITAUX PRIVÉS ROUENNAIS – MATHILDE

CLINIQUE MÉGIVAL

LES HÔPITAUX PRIVÉS ROUENNAIS – ST-ANTOINE

St-Aubin-sur-Scie

SEINE-MARITIME

Yvetot

Barentin

Bois-Guillaume

Rouen

EURE

Les Andelys

Vernon

Évreux

Verneuil d'Avre et d'Iton

L'Aigle

Bernay

Pont-Audemer

CLINIQUE BERGOUIGNAN

HÔPITAL PRIVÉ PASTEUR

CENTRE DE RADIOTHÉRAPIE MARC RAMIOUL

Melun

SEINE-ET-MARNE

Centre de Radiothérapie de Seine-et-Marne

Legend:

- Établissements Vivalto Santé
- Sites de consultations avancées

The map displays the following distribution of sites:

- France:** 50 sites, primarily concentrated in the central and northern regions.
- Espagne:** 10 sites, located mainly in the northwestern part of the country.
- Portugal:** 11 sites, clustered in the western coastal area.
- Suisse:** 3 sites, located in the French-speaking part of Switzerland.
- Tchéquie:** 3 sites, located in the southwestern part of the Czech Republic.
- Slovaquie:** 14 sites, located in the northern part of Slovakia.

Other labels on the map include "LES 91 ÉTABLISSEMENTS EN EUROPE", "VIVALTO SANTÉ", and various geographical names like "Méditerranée", "Océan Atlantique", and "Mer du Nord". A scale bar indicates 100 km.

Elsan

Normandie



France



Pour mémoire, le groupe **Almaviva** n'est pas présent en Normandie.

Bibliographie

- **Les travaux du CESER de Normandie**

Octobre 2025 - « Santé mentale en Normandie : aux actes ! » - [Santé mentale en Normandie : aux actes ! | Ceser Normandie](#)

Avril 2023 - « L'eau en Normandie » - [L'eau en Normandie, enjeux d'une gestion durable de la ressource | Ceser Normandie](#).

Avril 2023 - « Habiter en Normandie en 2040 » - [Habiter en Normandie en 2040 | Ceser Normandie](#)

Décembre 2020 - « L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie » - [L'accès à la santé et aux soins pour tous en Normandie | Ceser Normandie](#)

Décembre 2019 - « Les compétences des salariés dans les TPE/PME » - [Les compétences des salariés dans les TPE/PME | Ceser Normandie](#)

Novembre 2017 - « Accompagner le vieillissement » - [Accompagner le vieillissement : un enjeu sociétal pour la Normandie | Ceser Normandie](#) -

- **Contributions des commissions du CESER de Normandie**

Septembre 2024 - Contribution de la Commission 1 « emploi-formation » - « Panorama santé – Emploi – formation : quelles perspectives en territoires normands ? » - [CESER Normandie](#)

Septembre 2024 - Contribution de la Commission 5 « recherche, innovation, coopération » - « Innovations en santé, santé numérique et IA » - [CESER Normandie](#)

- **Autres ressources**

Académie de médecine - Février 2024 - « L'innovation en santé : une action volontariste de l'État face à la complexité de son organisation » - [Rapport 24-01. L'innovation en santé : une action volontariste de l'État face à la complexité de son organisation – Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps \(academie-medecine.fr\)](#)

Acteurs de la french care - Janvier 2024 - [Prévention en santé : 5 Mds€ à 17 Mds€ d'économies chaque année pour le système de santé français](#) - ([lien Hospitalia étude Bouzou](#))

ADEME - Mars 2025 - « L'éco-anxiété en France » - [Éco-anxiété en France](#).

ANACT-ARACT - Octobre 2019 - brochure [10 questions sur la prévention des risques psychosociaux | Anact](#)

ARS - 2023 - « PRS 2023-2028 » - [Projet régional de santé 2023-2028 : 12 priorités d'action pour améliorer la santé des Normands | Agence régionale de santé Normandie](#)

Assurance maladie / CNAM - Septembre 2025 - [Délais d'accès aux médicaments : comparaison européenne | L'Assurance Maladie](#))

Assurance maladie / CNAM - 2023 - Profil de santé par pays de l'UE en 2023 - France - [Profil de santé sur la France \(Country health profile\) | L'Assurance Maladie](#)

Banque des Territoires - Mars 2023 - [La pratique sportive se démocratise en France](#)

CAIRN.INFO -Avril 2024 - [L'évolution des champs de la santé publique : quelques éclairages historiques | Cairn.info](#)

CARIF OREF Normandie - Avril 2023 - Étude [Les besoins en professionnels du sanitaire et social Normandie - Carif-Oref de Normandie !](#)

CESER de Bretagne « L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société ? » - 2021 - [L'alimentation en Bretagne à l'horizon 2050 : quels enjeux de société ? - CESER Bretagne](#)

CIRC - 2018 - « Cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine » - https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf

CNOM - 2024 - « Atlas de la démographie médicale 2024 » - [Les analyses de l'Ordre sur la démographie médicale](#)

Collectif « Alerte » - Octobre 2024 - « Lutter contre la pauvreté : un investissement social payant »

Crédit Agricole – 2014 - Livre blanc « Voyage au cœur de l'intraprenariat » - [Credit Agricole Lintrapreneuriat](#)

CRSA Normandie - Novembre 2024 - Rapport annuel relatif aux droits des usagers du système de santé en Normandie - [Rapport – La démocratie en santé en Normandie](#) - [Respect des droits des usagers, adoption du rapport 2024 - La démocratie en santé en Normandie](#)

DARES - Mai 2024 - Document d'étude n° 275 « travailler moins pour travailler mieux ? » - [Travailler moins pour travailler mieux ? | DARES](#)

DARES - Décembre 2024 - Analyses n°74 « Quelle organisation du temps de travail pour les salariés à temps partiel ? » - [Quelle organisation du temps de travail pour les salariés à temps partiel ? | DARES](#)

DARES - Novembre 2024 - Études n°277 « [L'effet des conditions de travail sur la santé et le recours aux soins | DARES](#) »

DARES - Mars 2024 - Analyse n°19 « Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? » - [Comment les employeurs préviennent-ils les risques professionnels ? | DARES](#)

DARES - Octobre 2022 - MMO mouvements de main d'œuvre - « la France vit-elle une grande démission ? » - [La France vit-elle une "Grande démission" ? | DARES](#)

Dujarier Marie Anne - 2021 - « Troubles dans le travail, Sociologie d'une catégorie de pensée » Presses Universitaires de France

DREES - édition 2024 - « La complémentaire Santé » - [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

DREES – édition 2024 - « Les dépenses de santé en 2023 » - [Les dépenses de santé en 2023 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

DREES - édition 2023 - « Les dépenses de santé en 2022 » - [La protection sociale en France et en Europe en 2022 - Résultats des comptes de la protection sociale - Édition 2023 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

DREES - Février 2023 - Étude n°1255 - [9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques](#)

DREES - Décembre 2022 - Études et résultats n°1249 - « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant en 2021 des patients des grands pôles urbains » - [Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernant en 2021 des patients des grands pôles urbains | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#)

DREES - Janvier 2022 - Études et résultats n° 1217 - [Un médecin généraliste sur deux est confronté à des problèmes d'antibiorésistance](#)

DREETS Normandie - 2020 - « Chiffres clés des SPST 2020 » - [4ème édition des « Chiffres clés des services de prévention et de santé au travail » de Normandie - Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités \(DREETS\).](#)

Fondation Travailler Autrement - Mars 2022 - Enquête « Les invisibles : plongée dans la France du back-office de la société de services » - <https://www.fondation-travailler-autrement.org/2022/03/13/invisibles-plongee-france-back-office-etude/>

Fondation Travailler Autrement - Mars 2021 - Sondage Odoxa - Institut Sapiens « Quel avenir pour le télétravail ? » - <https://www.fondation-travailler-autrement.org/2021/03/24/quel-avenir-pour-le-teletravail/>

France Asso Santé - Mars 2025 - [Note d'audition : mission relative aux politiques de prévention en santé - France Assos Santé](#)

France Stratégie - Décembre 2024 - « Travailler dans la fonction publique : le défi de l'attractivité » - [Travailler dans la fonction publique : le défi de l'attractivité | Haut-commissariat à la stratégie et au plan](#)

France Stratégie - Juin 2023 - Note d'analyse n°123 « Le travail à l'épreuve du changement climatique » – [Le travail à l'épreuve du changement climatique | Haut-commissariat à la Stratégie et au Plan](#).

Gilli Frédéric, Delpirou Aurélien, Vanier Martin - 2024 - « La France en perspective, imaginer 2050 » - Le Nouvel Obs – Ed. autrement

HAS Haute Autorité de Santé - Février 2024 - Rapport [recommandations - lieux et conditions d'environnement pour la réalisation d'une téléconsultation ou d'un télésoin.pdf \(has-sante.fr\)](#)

INSEE Analyses Normandie - Avril 2025 - n° 141 - [En Normandie, 737 000 personnes sont âgées de 65 ans ou plus en 2021 ; elles pourraient être 200 000 de plus en 2050 - Insee Analyses Normandie - 141](#)

INSEE Première - Avril 2025 - n°2048 - [Un enfant sur 250 meurt avant l'âge d'un an en France - Insee Première - 2048](#)

INSEE - 2025 - Nouveaux indicateurs de richesse - Chiffres détaillés 2025 - [Indicateurs de richesse nationale | Insee](#)

INSEE Analyses Normandie - Juin 2024 - n°124 - [La population active normande pourrait diminuer de 200 000 personnes à l'horizon 2050 - Insee Analyses Normandie - 124](#)

INSEE Analyses Normandie - Juin 2024 - n°123 - [1,5 million d'actifs, dont 235 000 âgés de 55 ans ou plus en Normandie - Insee Analyses Normandie - 123](#)

INSEE Analyses Normandie - Avril 2024 - n° 122 - « La population normande reste stable en 2023 » - [La vulnérabilité énergétique touche un ménage normand sur six - Insee Analyses Normandie - 67](#)

INSEE Première - Avril 2023 - n° 1943 - [30 000 centenaires en France en 2023, près de 30 fois plus qu'en 1970 - Insee Première - 1943](#)

INSEE Analyses Normandie - Décembre 2020 - n°87 - « Risques de submersion marine » - [Plus de 100 000 résidents, logements et emplois concernés par le risque de submersion marine en Normandie - Insee Analyses Normandie - 87](#)

INSEE Analyse Normandie - Octobre 2019 - n°69 - « La vulnérabilité énergétique touche un ménage normand sur six »

Institut de recherche en santé, environnement et travail (Université de Rennes et EHESP Ecole des Hautes Études en Santé Publique) - [L'Exposome | Ecole des hautes études en santé publique \(EHESP\)](#)

Institut Montaigne, SNCF, publié par Elabe - 2025 - « Baromètre des Territoires éd.2025 » - [\[Baromètre des territoires 2025\] - France désemparée en quête de tranquillité | Institut Montaigne](#)

Institut Montaigne - Février 2024 - Note d'action « Données de santé : libérer leur potentiel » - [donnees-de-sante-liberer-leur-potentiel.pdf \(institutmontaigne.org\)](#)

La Lettre d'EVREST - Janvier 2024 - n°11 - [Bienvenue sur le site EVREST - Evolution et relation en santé travail](#)

Lecocq Charlotte, Coton Pascale, Verdier Jean-François - Octobre 2019 - Rapport « Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique » - [Rapport - Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance | info.gouv.fr](#)

Le Monde - Juillet 2024 - [Jean-David Zeitoun : « Le réchauffement climatique exacerbe les risques sur la santé humaine »](#)

Méda Dominique - 2021 - « Le travail, une valeur en voie de disparition ? » - Flammarion - Champs essais

Ministère de l'Économie et des Finances - Annexe au PLFSS 2025 - Jaune budgétaire « prévention en santé » - [Jaunes budgétaires 2025 - PLF 2025 | budget.gouv.fr](#)

Ministère de la Santé - Juillet 2023 - Rapport « Tour de France des CPTS » - [Le « tour de France des CPTS » - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles.](#)

Ministère de la Santé - Octobre 2016 - Instruction ministérielle relative à la territorialisation de la politique de santé

Ministère de la Transition écologique - 2025 - [Un nouveau plan national pour s'adapter au changement climatique | Centre de ressources pour l'adaptation au changement climatique](#)

Mutualité française « Carnet de santé France » - édition 2024 - [Le Carnet de santé de la France 2024](#)

OCDE - 2024 – « L'IA dans le domaine de la santé, un immense potentiel, d'énormes risques » - [L'IA dans le domaine de la santé | OCDE \(oecd.org\)](#)

OMS - [Les 10 principales causes de mortalité](#)

OPCO Santé - 2020 - Étude de l'observatoire « Prospective des métiers à l'horizon 2040 » - [La prospective des métiers de la santé à l'horizon 2040 - OPCO Santé](#)

OR2S-ARS - Septembre 2024 - « Le suicide en Normandie » - [Le suicide en Normandie - Septembre 2024](#)

OR2S - Octobre 2021 - Diagnostic "RST4 Normandie - [Diagnostic territorial PRST4 Normandie](#)

ORS-CREAI Normandie - Janvier 2024 - « Enquête santé des étudiants normands » - [Enquête santé des étudiants normands - État de santé et comportements - Zoom sur la santé mentale - Résultats 2022-2023 • Association ORS-CREAI Normandie](#)

ORS CREAI Normandie - Mars 2023 - « Actualisation du diagnostic régional santé environnement du PRSE4 » - [Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 • Association ORS-CREAI Normandie](#)

ORS-CREAI - Janvier 2023 - Note ressources « Les formations en santé »

Préfecture de Normandie - Mars 2021 - Étude cabinet Trezego « Lever les freins pratiques à l'insertion professionnelle des femmes » - [Solutions innovantes pour lever les freins pratiques à l'insertion professionnelle des femmes | La préfecture et les services de l'État en région Normandie](#)

Région Normandie - Feuille de route santé 2023-2030 - [Santé de proximité | Région Normandie](#)

Sécurité sociale - 2023 - « REPSS rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale 2023, annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale - Annexe 1 Maladie » - [Rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale \(REPSS\) / PQE](#)

Sénat - Septembre 2024 - [Financiarisation de l'offre de soins : une OPA sur la santé ? - Sénat](#)

Sénat - Mai 2024 - Rapport « IA et Santé » ["IA et santé" - Sénat \(senat.fr\)](#)

Sénat - Juillet 2023 - Rapport de la commission d'enquête des affaires sociales - [Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède - Rapport - Sénat](#)

Sénat - Mars 2022 - suite du rapport d'information relatif aux inégalités territoriales d'accès aux soins - [Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard - Sénat](#)

Université de Caen - Plaquette Master éthique en santé - [Plaquette-master-ethique-caen.indd \(espace-ethique-normandie.fr\)](#)

Viard Jean - Ré-éd. 2019 - « Nouveau portrait de la France - la société des modes de vie »

- **Sitographie des ressources en ligne**

Agence du Numérique en Santé - Février 2024 - Enquête Harris Interactive « Le Numérique en santé » - [Le numérique en santé : ce qu'en pensent les français | Agence du Numérique en Santé \(esante.gouv.fr\)](#)

Ameli.fr - [Prévention du surpoids et de l'obésité de l'enfant | ameli.fr | Médecin](#)

Ameli.fr - [Qu'est-ce que le ticket modérateur ? | ameli.fr | Assuré](#)

ANI du 9 décembre 2020 - [Texte de base : Accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail - Légifrance](#).

ARS Normandie - [C@rtoSanté Normandie | Agence régionale de santé Normandie](#)

ARS Normandie - [Les Conseils territoriaux de santé | Agence régionale de santé Normandie](#)

ARS Normandie - [Dispositifs d'Appui à la Coordination en Normandie | Agence régionale de santé Normandie](#)

ARS Normandie - [Groupements hospitaliers de territoire \(GHT\) | Agence régionale de santé Normandie \(sante.fr\)](#)

ARS Normandie - [zonage-medecin](#)

Bases de données épidémiologiques - [Catalogue / Portail Epidemiologie - France | Health Databases \(aviesan.fr\)](#)

C@rtoSanté - [C@rtoSanté Normandie | Agence régionale de santé Normandie](#)

CGDD - [Limites planétaires - notre-environnement](#)

Code de la Santé publique - [Quatrième partie : Professions de santé \(Articles L4001-1 à L4444-3\) - Légifrance](#)

Code du Travail - [Quatrième partie : Santé et sécurité au travail \(Art. L4111-1 à L4831-1\)](#)

Code du Travail - [Sixième partie : La formation professionnelle tout au long de la vie \(Art. L6111-1 à L6523-7\)](#)

CNIL - [Particulier | CNIL](#)

CNSA - [Présentation et missions de la CNSA | CNSA.fr](#)

CRSA Normandie - [La démocratie en santé en Normandie](#)

DREAL - [Prévention des risques naturels | DREAL Normandie](#)

EREN - [Espace de Réflexion Ethique de Normandie](#)

esanté.gouv.fr - [Concertations du numérique en santé - Plan d'actions du Grand Défi « Dispositifs médicaux numériques et bien vieillir » - Présentation \(esante.gouv.fr\)](#)

esanté.gouv.fr - GNIUS Guichet national de l'innovation du numérique en santé <https://gni.us.esante.gouv.fr>

esanté.gouv.fr - GNIUS - La feuille de route du numérique en santé - [La Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 | G NIUS \(esante.gouv.fr\)](#)

EVREST - [Bienvenue sur le site EVREST - Evolution et relation en santé travail](#)

Fondation Jean Jaurès - [Eco-anxiété : analyse d'une angoisse contemporaine - Fondation Jean-Jaurès](#)

Gérontopôle de Normandie - [Gérontopôle de Normandie](#)

GIEC normand - [GIEC normand | Région Normandie](#)

Handicap.gouv.fr - [Insertion professionnelle des personnes en situation de handicap \(#LesCompétencesdabord\) | handicap.gouv.fr](#)

INED - [Le boom des jumeaux - Focus - Les mémos de la démo - Ined - Institut national d'études démographiques](#)

INSEE - blog - [Vivre vieux, vivre mieux : que dit l'espérance de vie sans incapacité ?](#)

INSEE - Dossier Normandie - [Dossier complet – Région de Normandie \(28\) | Insee](#)

INSEE - Dossier France entière - [Dossier complet – France entière | Insee](#)

INSEE - IDR - IDD Régionalisés - [Insee - Statistiques locales - Rapports et portraits de territoires](#)

INSEE - Indicateurs pour le suivi national des ODD - [Objectif n° 3 - Santé et bien-être – Indicateurs pour le suivi national des objectifs de développement durable | Insee](#)

INSEE - Enquête SRCV - [L'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie | Insee](#)

INSEE - Niveaux de vie - [Niveau de vie - Espérances de vie par milieu social - Insee](#)

INSEE - Taux de chômage - [Taux de chômage localisés au 1^{er} trimestre 2025 | Insee](#)

INSEE - Taux de mortalité prématurée - [Taux de mortalité prématurée en 2023 - Territoires - TABLEAU DE BORD DE L'ÉCONOMIE FRANÇAISE](#)

Inventaire des bases de données relatives à la santé » - [Inventaire des bases de données relatives à la santé - data.gouv.fr](#)

Leem - [L'industrie française, entre ambitions stratégiques et fragilités structurelles - actualités- Pharmaceutiques](#)

MEDADOM - [Cabine, console, App : les dispositifs de téléconsultation \(medadom.com\)](#)

Ministère de la Santé - [Campagne de distribution de comprimés d'iode stable autour des installations nucléaires | Santé.fr](#)

Ministère de la Santé - [Maturité des CPTS](#)

Ministère de la Santé - Deux ans de la stratégie numérique en santé [dp 2ans sasn 18janvier2024.pdf \(sante.gouv.fr\)](#)

Normand-esanté - [Le bouquet de services régional \(normand-esante.fr\)](#)

Normand-esanté - [Téléexpertise \(normand-esante.fr\)](https://normand-esante.fr)

Normandie Incubation - [La healthtech en Normandie ! - Normandie Incubation \(normandie-incubation.com\)](https://normandie-incubation.com)

ObSoCo / ADEME, BPI France Le Lab - février 2022 - [L'Observatoire des perspectives utopiques - Vague 3 - L'ObSoCo](#)

Ordre national des infirmiers - [La loi du 27 juin 2025 : une reconnaissance législative majeure pour la profession infirmière | Publications nationales | Publications | Ordre national des infirmiers](#)

Plateforme de données de santé Health Data Hub - [Accueil | SNDS](#)

Plateforme des finances publiques - [Vue d'ensemble | budget.gouv.fr](#)

Plateforme Normande d'Éducation Thérapeutique - [Accueil - PLANETH Patient](#).

Portail de la fonction publique - [Les accidents du travail et les maladies professionnelles – Édition 2024 | Le portail de la fonction publique](#)

Portail de la fonction publique « chiffres clés 2024 » - [Rapport annuel sur l'état de la fonction publique – édition 2024 | Le portail de la fonction publique](#)

PRST Normandie - [Le diagnostic territorial en santé au travail Normandie - PRST Normandie](#)

Région Normandie - [Formations sanitaires et sociales | Région Normandie](#)

[Retour sur les Rencontres Normandes de la Santé Numérique 2023 - Version Longue \(youtube.com\)](#)

Promotion Santé Normandie - Réseaux territoriaux de promotion de la santé - [Accueil | RATPS](#)
[La santé numérique en Normandie : enquête audiovisuelle 2023 \(youtube.com\)](#)

Santé Publique France - [site santepubliquefrance.fr](https://santepubliquefrance.fr)

Santé Publique France - [Information en santé : quelles sont les difficultés des Français ? | Santé publique France \(santepubliquefrance.fr\)](#)

Sécurité sociale - [Sécurité sociale pour les 16-25 ans | Sécu-jeunes.fr](#)

SIG Normandie - [La Normandie à la carte | SIG Normandie](#)

Système National des Données de Santé - [Accueil | SNDS](#)

Team France Export - Février 2024 - [Le rôle croissant de l'IA dans le développement de nouveaux médicaments - Team France Export \(teamfrance-export.fr\)](#)

Tessan - [Qui sommes-nous ? \(tessan.io\)](https://tessan.io)

Liste des sigles

LISTE DES SIGLES UTILISES

ACS	.....	Aide (au paiement) de la Complémentaire Santé
ADN	.....	Agence de Développement pour la Normandie
ALD	.....	Affection de Longue Durée
AME	.....	Aide Médicale d'État
AMI	.....	Appels à Manifestation d'Intérêt
AMM	.....	Autorisation de Mise sur le Marché
AMO	.....	Assurance Maladie Obligatoire
ANACT	.....	Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ANI	.....	Accord National Interprofessionnel
ANSM	.....	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
APA	.....	Allocation Personnalisée d'Autonomie
APIST	.....	Ateliers de Partage sur l'Innovation en Santé sur les Territoires
APL	.....	Accessibilité Potentielle Localisée
ARACT	.....	Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARH	.....	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARN	.....	Acide RiboNucléique
ARS	.....	Agence Régionale de Santé
ASE	.....	Aide Sociale à l'Enfance
ASNR	.....	Autorité de Sureté Nucléaire et de Radioprotection
ASV	.....	Adaptation de la Société au Vieillessement (loi)
BIT	.....	Bureau International du Travail
CARSAT	.....	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
CCAS	.....	Centre Communal d'Action Sociale
CCNUCC	.....	Convention Cadre des Nations Unies sur les Changements Climatiques
CDCA	.....	Conseil Départemental Citoyenneté Autonomie
CE	.....	Comité d'Entreprise
CERREV	.....	Centre de Recherche Risques et Vulnérabilités
CGDD	.....	Commissariat Général au Développement Durable
CHSCT	.....	Comité Hygiène Sécurité et Conditions de Travail
CIRC	.....	Centre International de Recherche sur le Cancer
CMU	.....	Couverture Maladie Universelle
CNAM	.....	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAV	.....	Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
CNIL	.....	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNOM	.....	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNS	.....	Conférence Nationale de Santé
CNSA	.....	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
COP	.....	COnférence des Parties (sur le climat)
CPTS	.....	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRDS	.....	Contribution de Remboursement de la Dette Sociale
CREFOP	.....	Comité Régional de l'Emploi, de la Formation et de l'Orientation Professionnelles
CROCT	.....	Comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail
CRPA	.....	Conseil Régional des Personnes Accueillies/Accompagnées
CRSA	.....	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CSBM	.....	Consommation de Soins et de Biens Médicaux
CSE	.....	Comité Social et Économique (instance de représentation du personnel)
CSG	.....	Contribution Sociale Généralisée
CSS	.....	Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU-C)
CTA	.....	Coordination Territoriale d'Appui
CTS	.....	Conseils Territoriaux de Santé
CVS	.....	Conseils de Vie Sociale (au sein des établissements et services médico-sociaux)
DAC	.....	Dispositif d'Appui à la Coordination (des parcours de santé)

Liste des sigles

DARES	.....	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (ministère du Travail)
DCS(i)	.....	Dépense Courante de Santé (au sens international)
DE	.....	Diplôme d'État
DMP	.....	Dossier Médical Personnel (2002)
DRASS	.....	Direction Régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	.....	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Affaires Sociales Santé Droits des femmes)
DREETS	.....	Direction Régionale de l'Économie, de l'Emploi, du Travail et des Solidarités
DNS	.....	Délégation ministérielle au Numérique en Santé
DUERP	.....	Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels
EFOP	.....	Emploi, Formation et Orientation Professionnelles
EMS	.....	Etablissement Médico-Social
ENRS	.....	Espace Numérique Régional de Santé
EPCI	.....	Établissement Public de Coopération Intercommunale
EREN	.....	Espace de Réflexion Ethique de Normandie
ESAT	.....	Etablissement ou Service d'Aide par le Travail
EVREST	.....	EVolutions et RELations En Santé au Travail (enquête)
EVS	.....	Espérance de Vie Sans Incapacité
FIPHP	.....	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique
FIR	.....	Fonds d'Intervention Régional
FPMT	.....	Forfait Patientèle Médecin Traitant
FPU	.....	Forfait Patient Urgences
GAFAM	.....	Google, Apple, Facebook, Amazon et Microsoft (Acronyme des 5 géants du web américains)
GEPP	.....	Gestion des Emplois et des Parcours Professionnels
GES	.....	Gaz à Effet de Serre
GHT	.....	Groupements Hospitaliers de Territoire
GIEC	.....	Groupe d'experts Intergouvernemental sur l'Évolution du Climat
GIEC normand	.....	Groupe d'experts Interdisciplinaire sur l'Évolution du Climat
GPEC	.....	Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
GREYC	.....	Groupe de Recherche en informatique, image et instrumentation de Caen
HAS	.....	Haute Autorité de Santé
HCSP	.....	Haut Conseil de la Santé Publique
HiAP	.....	<i>Health in All Policies</i>
HPST	.....	Hôpital – Patients – Santé – Territoires (loi de 2009)
IA	.....	Intelligence Artificielle
IDD	.....	Indicateur de Développement Durable
INSEE	.....	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	.....	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IPA	.....	Infirmier en Pratique Avancée
IRIB	.....	<i>Institute of Research and Innovation in Biomedicine</i>
IRP	.....	Instances Représentatives du Personnel
LAS	.....	Licence « Accès Santé »
LFSS	.....	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LITIS	.....	Laboratoire d'Informatique, de Traitement de l'Information et des Systèmes
LMD	.....	Licence Maîtrise Doctorat
LMSS	.....	Loi de Modernisation de notre Système de Santé
MAIA	.....	Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie
MDA	.....	Maisons Départementales de l'Autonomie
MDPH	.....	Maisons Départementales pour les Personnes Handicapées
MMOPK	.....	Médecine, Maïeutique, Odontologie, Pharmacie, Kinésithérapie
MSA	.....	Mutualité Sociale Agricole
MSP	.....	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
NAF	.....	Nomenclature d'Activités Françaises
NeS	.....	Normand'e-Santé (groupement de coopération sanitaire)
NOTRe	.....	Loi Nouvelle Organisation Territoriale de la République

OCAM	.....	Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie
OCDE	.....	Organisation de Coopération et de Développement Economique
ODD	.....	Objectifs de Développement Durable
OETH	.....	Obligation d'Emploi des Travailleurs Handicapés
OIT	.....	Organisation Internationale du Travail
OMPHALE	.....	Outil Méthodologique de Projection d'Habitants, d'Actifs, de Logements et d'Élèves (modèle INSEE)
OMS	.....	Organisation Mondiale de la Santé
ONDAM	.....	Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie
ONU	.....	Organisation des Nations Unies
OR2S	.....	Observatoire Régional Santé Social
ORS - CREA	.....	Observatoire Régional de la Santé - Centre Régional d'Études d'Actions et d'Informations
OTSS	.....	Organisation et Transformation du Système de Santé (loi)
OVE	.....	Observatoire de la Vie Etudiante
PADHUE	.....	Praticiens À Diplôme Hors Union Européenne
PAERPA	.....	Personnes Âgées en Risque de Perte d'Autonomie (programme national)
PAPRI Pact	.....	Programme Annuel de Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de Travail
PASS	.....	Parcours d'Accès Spécifique Santé
PCH	.....	Prestation de Compensation du Handicap
PCS	.....	Professions et Catégories Socioprofessionnelles
PMI	.....	Protection Maternelle et Infantile
PNACC	.....	Plan National d'Adaptation au Changement Climatique
PPI	.....	Plans Particuliers d'Intervention
PPRN	.....	Plans de Prévention des Risques Naturels
PPRT	.....	Plans de Prévention des Risques Technologiques
PRAPS	.....	Programme Régional d'Accès à la Prévention et au Soins
PRIAC	.....	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
PRS	.....	Projet Régional de Santé
PRSE	.....	Plan Régional Santé Environnement
PRST	.....	Plan Régional Santé au Travail
PSLA	.....	Pôles de Santé Libéraux et Ambulatoires
PST	.....	Plan Santé au Travail
PTA	.....	Plateforme Territoriale d'Appui
PTS	.....	Projets Territoriaux de Santé
PUI	.....	Plans d'Urgence Interne
PUMA	.....	Protection Universelle Maladie (ex-CMU)
QPV	.....	Quartier Politique de la Ville
QVCT	.....	Qualité de Vie et Conditions de Travail
QVST	.....	Qualité de Vie et Santé au Travail
RGPD	.....	Règlement Général sur la Protection des Données
ROME	.....	Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois
ROSP	.....	Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
RSE	.....	Responsabilité Sociétale de l'Entreprise
RTPS	.....	Réseau Territorial de Promotion de la Santé
RU	.....	Représentant des Usagers (en santé)
SCAD	.....	Suivi Clinique À Domicile
SDOSM	.....	Schémas Départementaux d'Organisation Sociale et Médico-Sociale
SPDA	.....	Service Public Départemental de l'Autonomie
SIDA	.....	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SNDS	.....	Système National des Données de Santé
SPDA	.....	Service Public Départemental de l'Autonomie
SPST	.....	Service de Prévention et de Santé au Travail
SPSTA	.....	Service de Prévention et de Santé au Travail Autonome
SPSTI	.....	Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprise

Liste des sigles

SRADDET	.....	Schéma Régional d'Aménagement, de Développement Durable et d'Égalité des Territoires
SRB	.....	Stratégie Régionale de la Biodiversité
SRCV	.....	Statistiques sur les ressources et conditions de vie (enquête INSEE)
SRFSS	.....	Schéma Régional des Formations Sanitaires et Sociales
SUMER	.....	SURveillance Médicale des Expositions des Salariés aux Risques professionnels (enquête)
T2A	.....	Tarifcation À l'Activité (ou à l'acte)
TES	.....	Transactions Electroniques Sécurisées (Pôle de compétitivité normand)
TRI	.....	Territoires à Risques importants d'Inondation
TROD	.....	Test Rapide d'Orientation Diagnostic
TSA	.....	Taxe de Solidarité Additionnelle
UE	.....	Union Européenne
URIOPSS	.....	Union Régionale Interfédérale des Œuvres et organismes Privés Sanitaires et Sociaux
VAE	.....	Validation des Acquis de l'Expérience
VIH	.....	Virus de l'Immunodéficience Humaine
ZAN	.....	Zéro Artificialisation Nette
ZFE-m	.....	Zone à Faible Émission Mobilité
ZPNM	.....	Zone Potentiellement sous le Niveau de la Mer

L'accès à la santé des Normands en 2050



L'accès à la santé figure régulièrement parmi les préoccupations majeures des Français. Qu'en sera-t-il au milieu du XXI^{ème} siècle ? Serons-nous confrontés à des pollutions récurrentes doublées de déserts médicaux ? Ou la Normandie aura-t-elle engagé une transformation profonde lui permettant de répondre à ses défis démographiques, sociaux et environnementaux ?

Réflexion de prospective exploratoire sur l'accès à la santé des Normands en 2050, cette étude visite notre avenir sanitaire et social à travers l'environnement, l'économie de la santé, la formation des futurs professionnels... pour scénariser quatre futurs possibles. Entre le scénario où les solidarités sont fragilisées et les inégalités s'accroissent et le scénario noir où la situation devient hors de contrôle, le CESER propose deux autres chemins pour se confronter aux défis et renforcer l'accès à la santé des Normands.

Décembre 2025

Présenté par **Jacques Lethuillier**

Avec la contribution de

Laurence Monnet-Lepage & Elisabeth Toulisse

CONSEIL ÉCONOMIQUE SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL RÉGIONAL

Caen Abbaye-aux-Dames
CS 30529 - 14036 CAEN - Cedex 1
Tél : 02 31 06 98 90

Rouen 5 rue Schuman
CS 21129 - 76174 ROUEN - Cedex
Tél : 02 35 52 56 30

ceser.normandie.fr

