

# SYSTEME DE SANTÉ ET POLITIQUE DE SANTÉ EN FRANCE

## I) SYSTEMES DE SANTÉ

### 1. Définition

Un système est défini comme un objet complexe formé de composants distincts ayant un certain nombre de relations entre eux. (J Ladrière)

Chacun de ces composants peut-être lui-même un système.

Le système de santé est défini comme :

*L'ensemble des organisations, institutions, ressources et personnes dont  
l'objectif est de promouvoir, restaurer, ou entretenir la santé. (OMS)*

Ce système de santé est lui-même à l'intersection de plusieurs systèmes (politique, économique, éducatif, culturel, économique...)

D'autres systèmes peuvent avoir une influence sur la santé, sans faire partie de ce système. (ex : éducation, alimentation) car la santé est une de leurs conséquences, mais pas leur objectif premier.

Le système de santé peut être décomposé en sous-systèmes :

- système de soin (= ensemble des services qui fournissent des prestations de soin à la population, dans le but d'améliorer la santé)
- protection sociale
- formation, recherche
- prévention
- surveillance sanitaire

A noter : le terme de « système de santé » est plus souvent employé pour « système de soins » mais c'est une erreur.

Description et contenu d'un système de santé.

- Eléments de contexte (histoire, culture, valeurs, situation macro-économique...)
- Administration
- Fonctionnement
- Financement
- Ressources
- Acteurs (offre et demande)

## **2. Objectifs et fonctions d'un système de santé.**

### **a. Objectifs**

Tout système de santé a les trois objectifs suivants (OMS 2000) :

- Améliorer l'état de santé des populations (objectif premier)
- Répondre aux attentes des divers partenaires (population, professionnels)
- Établir équitablement la contribution financière.

### **b. Fonctions principales**

**Répondre aux besoins = offre de soin et de prévention.**

- En améliorant l'état de santé des personnes, des familles et des communautés.
- En défendant les populations contre les menaces pour sa santé (ex : pharmacovigilance)
- En protégeant les personnes des conséquences financières de la maladie
- En assurant un accès équitable à la prévention et aux soins
- En garantissant la qualité des soins (efficacité, sécurité)

**Fournir les ressources nécessaires**

- Personnels, structures, produits, matériels et prestation, investissement, formation...

**Assurer le financement**

- Donner à l'ensemble de la société les moyens de sa santé
- Adapter les dépenses aux ressources de la société

**Administrer (=gouvernance du système)**

- Piloter, organiser, établir des priorités
- Edicter des normes, des règles de fonctionnement
- Concerter, permettre aux personnes et aux communautés de prendre part aux décisions qui touchent à leur santé et au système de santé.
- Suivi, système d'information.

(schéma ?)

### **3. Valeurs d'un système de santé (OMS)**

Pertinence, qualité équité, et efficacité.

IL est difficile de les atteindre les quatre, et il existe des tensions entre ces valeurs.

#### **a. Qualité**

Aptitude du système à fournir des réponses satisfaisantes aux besoins de santé. La qualité peut être examinée sous les points de vue suivants :

- Des utilisateurs du système qui attendent qu'on réponde à leurs besoins avec humanisme, respect et attention personnelle, en leur proposant une gamme complète de services.
- Des professionnels de santé (soins conformes aux référentiels de bonnes pratiques et aux données actuelles de la science.

#### **b. Equité.**

Capacité du système à permettre que toute personne ait un accès garanti à un ensemble minimal de services appropriés, répondant à ses besoins, sans discrimination.

#### **c. Pertinence**

Aptitude du système à agir prioritairement sur les besoins ou problèmes de santé reconnus comme étant les plus importants (problèmes prioritaires), et à cibler les services sur les personnes ou les groupes qui en ont le plus besoin.

#### **d. Efficacité**

Capacité du système à faire le meilleur usage possible des ressources disponibles. En gros : obtenir le même résultat en dépensant moins.

Ces valeurs doivent guider la consultation, le fonctionnement et l'évaluation d'un système de santé. *Pour atteindre ces valeurs, un système de santé doit répondre à un certain nombre de qualités.*

#### **4. Qualités d'un système de sante**

**Globalité** : soins préventifs et curatifs complets et continus

**Accessibilité** : financière, géographique

**Acceptabilité** : pour les usagers, pour les professionnels

**Efficacité** : technique et économique (efficience). En France, efficace mais peu efficient.

**Adaptabilité** : capacité à s'adapter rapidement en cas d'émergence de nouveaux besoins, et à se

**Redéployer lorsque les services ne sont plus pertinents.**

**Possibilité d'être planifiable et évaluable.**

#### **5. Acteurs et typologie**

On distingue 4 types d'acteurs.

- La population (besoin ou demande de santé)
- Offreurs de soin et de prévention (prestations)
- Financeurs (financement)
- Pouvoirs publics (administration)

Tout système de santé est composé de ces 4 types d'acteurs. C'est la nature des relations qu'entretiennent ces acteurs entre eux, qui définissent les particularités d'un système. Très schématiquement, on pourrait en distinguer deux grands types : le système étatique et le système libéral.

##### **a. Le système étatique.**

L'État est à la fois le planificateur, le financeur et le contrôle du système. Le système relève du secteur public.

L'état est à la fois l'administrateur et le financeur. La population accède aux soins de façon règlementée. (Exemple de l'Angleterre où un médecin généraliste est affecté en fonction du lieu de vie).

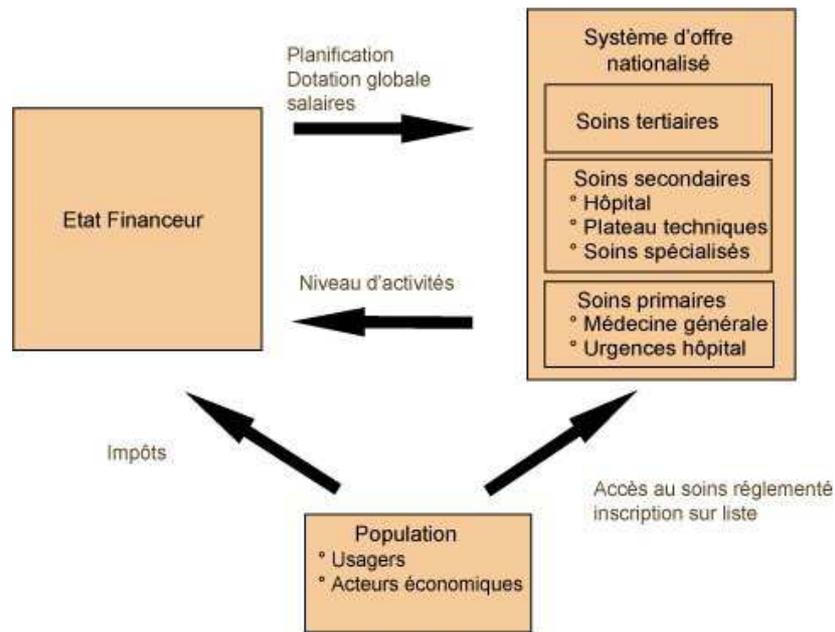


Diagramme de flux  
Système de soins étatique

## b. Le système libéral

Le rôle de l'état se limite à la définition des règles du jeu et aux contrôles réglementaires indispensables. Une large autonomie est laissée à la fois aux usagers et aux offreurs de soins. Le financement est assuré par une offre concurrentielle d'assureurs privés.

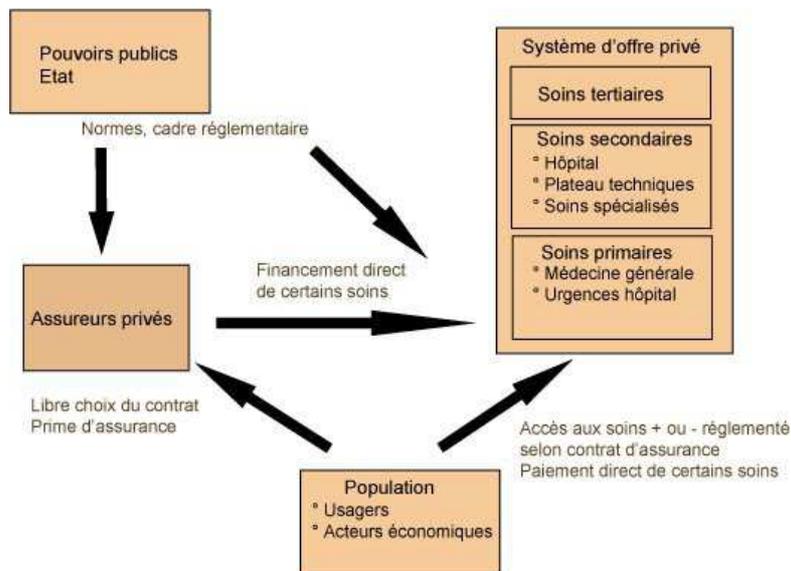


Diagramme de flux  
Système de soins libéral

**Le système français est un système mixte :**

C'est l'État qui fixe les règles du jeu. Le financement est plus ou moins autonome (paritaire, sous tutelle de l'état), mais obligatoire et non concurrentiel pour le principal. Il y a une liberté de choix et d'accès vers les professionnels. Professionnels relativement libres.

## **6. Acteurs et système de soin en France**

Les professions de santé représentent près d'un million de personnes. Environ 600 000 infirmiers, environ 200 000 médecins.

En France on a à peu près moitié moitié de médecins libéraux et de médecins salariés, répartis aussi à peu près 50/50 entre généralistes et les autres spécialités.

Les établissements de santé ont pour mission de dispenser avec ou sans hébergement :

Des soins de courtes durées

- Ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie.
- Des soins de suite ou de réadaptation.
- ??????

Répartition des établissements de santé :

Plus de 2700 établissements de santé (une trentaine par département)

(schéma)

On distingue le privé lucratif du privé non lucratif. Le privé non lucratif et le secteur public participent à ce qu'on appelle le service public hospitalier (1500 établissements)

(schéma)

## **II) Financement du système et protection sociale.**

### **1. Définition**

La protection sociale désigne l'ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux

Ces derniers correspondent à des situations (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille...) pouvant compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille, par une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses.

La protection sociale met en jeu plusieurs types de mécanismes :

- Des prestations sociales versées directement qui peuvent être soit en espèce (pensions de retraite, indemnités journalières...) soit en nature (remboursement de soins de santé)
- Des prestations de services sociaux qui désignent l'accès à des services, fournis à prix réduit ou gratuitement (PMI, services de santé scolaire ou de santé au travail).

### **2. typologie des types de système de protection sociale.**

#### **a. Système de type Bismarck**

**Principe : assurance dans une logique de solidarité et de mutualisation professionnelle.**

Différent d'une logique d'assurance commerciale car la contribution des assurés n'est pas ajustée sur le niveau de risque, mais fonction de la capacité contributive.

**Assurance obligatoire fondée sur une affiliation professionnelle** (mais parfois, choix de l'assureur)

**Gestion décentralisée (caisses)** confiée aux partenaires sociaux

- Niveau du financement
- Cotisations sociales (indexées sur les salaires)

Mais fort contrôle par l'état.

La protection sociale est principalement assise sur les revenus du travail (coûts salariaux) expliquant la sensibilité du financement des taux de chômage. Exclusion des citoyens ne travaillant pas (mais CMU en France)

La couverture des citoyens ne travaillant pas n'engage pas directement les finances publiques.

## **b. Système de Beveridge.**

**Principe de solidarité nationale = système national de santé (modèle anglais)**

**Les trois U :**

Universalité (non lié à l'emploi, tout citoyen est protégé)

Unité (pas un seul système national, administration centrale)

Uniformité (chacun bénéficie des mêmes aides en fonction de ses besoins, quel que soit son revenu.

**Financement par les impôts.**

Contribution indépendante des risques (différent d'une assurance)

Prestations forfaitaires.

**Effet redistributif lié à la répartition de la pression fiscale.**

Deux variantes :

- budget national (NHS anglais)
- budget partagé entre état et collectivités territoriales (suède, Danemark)

Contrôle des dépenses de soins par une instance élue.

Compétition directe des dépenses de soins avec d'autres dépenses publiques.

## **c. Système de marché**

**Principe : aucune obligation d'assurance.**

**En réalité, plusieurs systèmes coexistent aux États-Unis.**

Le système traditionnel totalement libéral, volontaire, financé par des assurances privées.

Le système management care : système d'assurance privées reposant sur une organisation contractuelle de l'offre de soins (HMO : health maintenance organization)

L'autoassurance : les personnes payent directement les soins.

Un système de santé public : couvrant trois catégories de patients (près du tiers de la population américaine) :

- Les personnes âgées et les personnes handicapées (medicare), de type bismarkien
- Les personnes pauvres (medicaid) financé par l'impôt
- Les enfants (SCHIP, State Children's Health Insurance Program)

### 3. La protection sociale de santé en France

*« il est institué une organisation de sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité ou des charges de famille qu'ils supportent »*

Ordonnance du 4 octobre 1945.

Généralisation : couverture de la quasi-totalité de la population par de multiples régimes et par la CMU.

Unité des régimes non réalisée

Trois grands régimes (95% de la population) :

- Régime général des travailleurs salariés = assurance maladie (86% de la population)
- Mutualité sociale agricole (MSA 6%)
- Régime social des travailleurs indépendants (RSI 4%)

Des régimes spéciaux (5% de la population) plus de 130 systèmes (EDF-GDF, SNCF, RATP, mineurs, marins, fonction publique, de l'assemblée nationale, du Sénat, des ministres du culte, des clercs de notaire...)

#### Risques couverts par le régime général

- Branche maladie : Maladie, maternité, invalidité, décès.
- Branche accidents du travail et maladies professionnelles
- Branche vieillesse : Retraites
- Branche famille : Allocations familiales.

#### Prestations de protection sociale

En 2009, les dépenses de l'ensemble des régimes de protection sociale s'élèvent à **625 Milliards** d'euros consacrés aux prestations de protection sociale.

Le taux de redistribution sociale (rapport entre les prestations sociales et le **PIB est de 31,3 %**).

**Répartition** : 40% vieillesse, 30% maladie, et 30% tout le reste.

## **4. Coûts et financement de la santé en France.**

### **Dépenses de santé.**

La dépense courante de santé regroupe toutes les dépenses engagées par les financeurs publics et privés pour la santé. La dépense de santé est dite courante parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Elle comprend plein de trucs dont la CSBM.

La DCS = en 2011 à 240 milliards d'euros, soit 3687 euros par habitant, soit 12% du PIB.

### **La consommation de biens et de soins médicaux comprend :**

- la consommation de soins hospitaliers
- La consommation de soins de ville (cabinets libéraux, soins en dispensaires, labos...)
- La consommation de transport de malades
- La consommation de médicaments et autres biens médicaux.

En 2011, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) est évaluée à 180 milliards d'euros soit 2762 euros par habitant, soit 9% du PIB.

### **La consommation médicale totale**

Regroupe la CSBM (98%) + la prévention (2%)

### **Origine de la dépense.**

Forte concentration des dépenses pour la prise en charge des maladies chroniques.

Sur les 55 millions 'assurés que compte le régime général :

- 15% soit 8 millions de personnes souffrent de pathologies graves et exonérées à ce titre et concentrent 60% de la dépense.
- 55% soit 30 millions sont des non ou des faibles consommateurs, ils représentent moins de 5% de la dépense.

La sécurité sociale couvre 75,5% du financement de la CSBM en 2011.

### **III) La politique de santé en France**

#### **1. Définition et périmètre.**

« La politique de santé publique est le principal instrument dont se dote la nation afin d'orienter et d'organiser l'effort pour protéger promouvoir ou restaurer l'état de santé de la population, ou de groupe ayant des traits communs en s'attachant à corriger les inégalités. » Loi de 2004.

#### **Objectifs :**

- préserver et améliorer l'état de santé de la population.
- Prévenir la survenue ou l'aggravation des maladies
- Réduire leurs conséquences sur les capacités fonctionnelles, l'activité et la qualité des personnes.
- Promouvoir l'égalité devant la santé
- Assurer l'efficacité du système et des interventions.

#### **Périmètre de la politique de santé.**

La politique de santé qui a pour objet principal la santé est conduite par le ministère de la santé et tout autre ministère intervenant directement dans le champ (Exemple de l'éducation nationale) Elle est à distinguer des politiques dont l'objet principal n'est pas sanitaire mais qui ont une influence sur la santé. (Exemple du ministère de l'environnement)

#### **Historique :**

Au cours de la dernière décennie, trois lois ont posé des jalons pour préciser le périmètre et les modes de gouvernance de la politique de santé publique. Pour ne décrire que les mesures principales qui concernent la politique de santé :

- **Loi du 4 Mars 2002** relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, a inscrit la participation des usagers à la gouvernance des politiques de santé.
- **Loi du 9 Août 2004** relative à la politique de santé publique : 100 objectifs avec indicateurs.
- **Loi de Juillet 2009 ou HPSP** : gouvernance régionale de la santé → Une seule agence pour prévention, soin, et médico-social.

## Contenu :

Surveillance et observation de l'état de santé de la population et ses déterminants.

Promotion de la santé

Information et éducation à la santé

Prévention des maladies, des traumatismes et pertes d'autonomie

Préparation aux urgences aux crises sanitaires et lutte contre les épidémies.

Organisation de l'efficacité et le financement optimal des activités

Développement de la qualité et de la sécurité des soins et des produits de santé

Organisation de la recherche et des formations dans le domaine de la santé

Participation des patients et des usagers à la définition et à la mise en œuvre de cette politique.

## Elle est constituée par :

- Les choix stratégiques.
- Les priorités et objectifs à atteindre.
- Les structures, organisations, interventions, acteurs.
- Leurs règles et modalités de fonctionnement.
- Les moyens qui seront engagés et leur financement.

## 2. Gouvernance et acteurs de la politique de santé

### NIVEAU NATIONAL

Expertise, concertation	Décision	Mise en œuvre
<b>HCSP</b> : aide à la décision, suivi, évaluation.	<b>Gouvernement et administrations centrales</b> ( <i>objectifs, moyens et mise en œuvre</i> ) <b>CNSP</b> : Comité National de Santé Publique : coordination interministérielle.	<b>Opérateurs</b> : Professionnels, établissements de santé...
<b>13 agences sanitaires et autorités indépendantes</b> : <i>expertise, veille, sécurité sanitaire.</i>	<b>Uncam</b>	<b>Conseil national de pilotage des ARS</b> : <i>déploiement.</i>
<b>CNS</b> : Conférence Nationale de Santé : <i>concertation</i>	<b>Parlement</b> : <i>Lois et évaluation. lois de financement.</i>	

## NIVEAU REGIONAL

Expertise, concertation	Décision	Mise en œuvre
Conférence régionale de santé et de l'autonomie.	Directeur général de l'ARS + Conseil de surveillance présidé par le préfet.	Opérateurs : Professionnels, établissements de santé...
Conférence de territoire	Autres : Etat, assurance maladie, collectivités territoriales.	Commissions de <b>coordination</b> des politiques du médico- social et de la prévention
		Délégation territoriale.

### 3. Structuration et contenus.

#### a. Au niveau national.

##### Objectifs de santé publique :

La loi du 9 Août 2004 relative à la politique de santé publique comprenait une liste de 100 objectifs sanitaires chiffrés. Les objectifs désignent le niveau de changement qui peut être attendu dans un laps de temps défini. Ils portent sur les états de santé ou leurs déterminants et sont définis dans la loi tous les 5 ans.

Plans et programmes de santé publique

Un plan ou programme est un outil qui contribue à répondre aux objectifs et stratégies de la politique de santé.

- **Une approche maladie** (ex : plan cancer)
- **Une approche déterminant** (ex : plan addictions)
- **Une approche population** (ex : plan santé des jeunes)
- **Une approche prise en charge** (ex : plan soins palliatifs)

Avec une articulation définie. Des modalités hétérogènes d'élaboration, de pilotage, de suivi, d'évaluation.

UN plan c'est une stratégie pour répondre à des objectifs.

Des mesures, déclinées en actions.

En pratique : difficulté à coordonner entre les différents plans, et aussi dans le temps notamment le temps politique...

### **Projet régional de Santé**

Détermine la stratégie de santé de l'ARS pour 5 ans. Prend en compte : les besoins de santé de la population au niveau régional et intra-régional. Les priorités et objectifs de la politique nationale de santé.

#### **Trois composantes :**

- plan stratégique régional de santé
- trois schémas (prévention, organisation des soins et organisation médico-sociale)
- plusieurs programmes

## **4. Résultats du système de santé Français : comparaisons internationales.**

### **a. Performance des systèmes de santé (OMS 2000)**

Aptitude à obtenir les meilleurs résultats possibles compte tenu des ressources.

**3 critères** privilégiés par L'OMS pour l'évaluer :

- L'amélioration de la santé
- La réactivité (réponse aux attentes)
- L'équité de la contribution financière

**Pour ces critères sont analysées :**

- La qualité
- L'équité.

**Résultats 2000 :** France classée N° 1 sur la performance globale de son système de santé.

## **b. Résultats de santé.**

La France a de bons voire d'excellents résultats de santé. (ex : espérance de vie des femmes le plus élevé d'Europe)

### **Limites :**

**Très forte mortalité prématurée** (avant 65 ans) : 20% des décès (14<sup>ème</sup> rang en Europe)

**Profondes inégalités** sociales et territoriales de mortalité et de morbidité.

Faiblesse de la politique de prévention en particulier dans les milieux de vie.

Prévalence importante de certains facteurs de risques (alcool, tabac, sédentarité)

## **c. Coûts**

La France est parmi les pays dépensant le plus pour la santé.

11,8% du PIB en troisième position derrière les Pays-Bas (12%) et les Etats-Unis (18%)

## **CONCLUSION**

Le bilan global positif de la France en matière de santé tant pour l'état de santé que pour la qualité du système de soins, fait d'autant plus apparaître ses faiblesses, en particulier les inégalités.

Outre cet état des lieux, nous aurons à prendre en compte l'évolution des risques sanitaires liée aux modifications des modes et conditions de vie et le vieillissement de la population.

Nous aurons probablement à faire face à des risques et crises sanitaires émergents ????

Quel avenir ?

Il faut sauvegarder le système, préserver le principe de solidarité, diminuer les inégalités. Ceci nécessite des réformes et réorientations :

- de la gouvernance
- de réduction des coûts par une optimisation de l'offre