



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2022-2023

UEC 5

Santé publique et économie en santé

Introduction aux systèmes de santé

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de V.GARDETTE présenté le 24/01/2023.

Introduction aux systèmes de santé

Ce cours se comprend grâce aux illustrations des diapositives. Nous vous conseillons donc de le travailler avec le diapo sur Moddle. Lors du cours, certaines diapos ont été passées. Elles ne feront pas l'objet de précision dans ce cours.

I. Objectifs détaillés

- Savoir définir quelques grands concepts de base en santé publique
 - o Santé, déterminants de santé, santé publique
- Savoir définir et distinguer un système de santé et un système de soins
 - o Système de soins : connaître les types d'offre de soins (préventif, curatif...) et leur lieu (hospitalier, ambulatoire, médico-social) ainsi que la gradation des soins (offre de 1er, 2eme et 3eme recours)
 - o Connaître les objectifs d'un système de santé
 - o Connaître les 4 acteurs d'un système de soin : population bénéficiaire, effecteurs=offreur de soin, financeur, régulateur
- Typologie des systèmes internationaux
 - o Savoir citer et décrire les 3 systèmes internationaux historiques (Bismarckien, Beveridgien, libéral), leurs caractéristiques et limites
 - o Savoir décrire les contraintes et défis des systèmes de santé
 - o Connaître les moyens de régulation de ces systèmes (comptable vs médicalisée)
- Fonctionnement du système de santé Français
 - o Être capable de présenter le fonctionnement du système français
 - o Savoir positionner le système de santé français parmi la typologie internationale (système mixte d'origine bismarckien, de + en + beveridgien)
 - o Connaître les grands acteurs du système français (décrire les offreurs de soin, les financeurs, les régulateurs/administrateurs de la santé)
 - o Être capable de présenter l'architecture du système français et l'administration du système de soin
- Etat de santé en France
 - o Savoir caractériser les forces et faiblesses du système de santé français, comparativement à l'international en termes d'offre de soins, accès aux soins, cout du système de santé et indicateurs de santé
- Administration du système France :
 - o Connaître les acteurs et structures impliqués au niveau national, régional, local
 - o Connaître les missions de l'état en termes de santé et la loi du 9 aout 2004
 - o Connaître les missions des sous directions du ministère en charge de la santé
 - o Connaître le rôle du Parlement et le nom de ses 2 chambres et le fonctionnement du vote d'une loi – Connaître structure contribuant à l'élaboration d'une politique de santé + missions : ministère +sous directions, structures d'appui, parlement....
 - o Savoir citer les grandes agences venant en appui au ministère en charge de la santé et leurs missions
 - o Connaître les missions des ARS
 - o Connaître les missions du département

II. Introduction et concepts clefs

a. Définition et concepts clés

1) Définitions

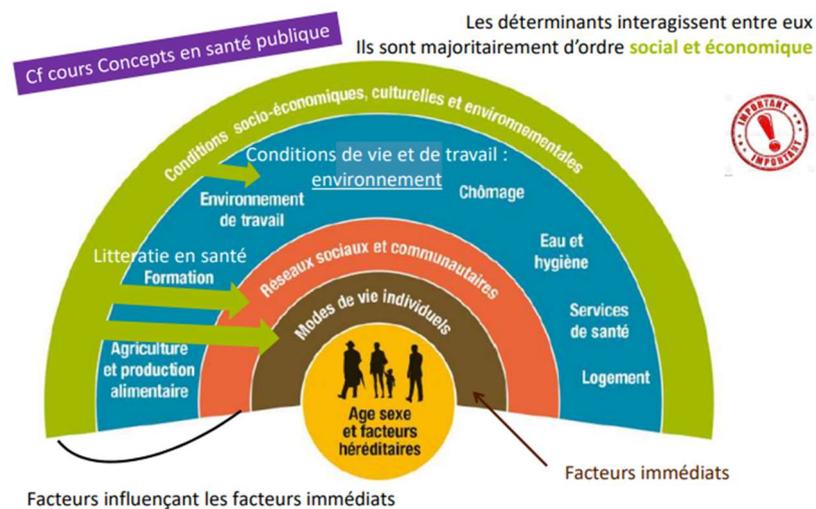
LERICHE 1937 : « La vie dans le silence des organes ». La santé c'est donc l'absence de maladie (définition négative et biomédicale).

OMS 1946 : « Etat de complet bien-être physique, social et mental ». Il y a donc une notion pluridimensionnelle : définition positive et maximaliste.

OTTAWA 1986 : « Concept positif mettant en avant les ressources individuelles et sociales, les capacités physiques » Il y a donc une approche positive, globale, mais dynamique, n'évitant pas les difficultés, mettant l'accent sur les ressources et capacités adaptatives face à l'environnement pour réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins.

UNICEF, 1989 : La santé est un sentiment plus profond que le bien-être, elle ne dépend pas que des services de santé, mais du travail, du revenu, de l'éducation, de la culture et des droits et libertés

2) Déterminants de santé



Chaque déterminant peut influencer sur un autre. Par exemple le niveau socio-économique d'un pays peut influencer les ressources du système de santé.

Un des déterminants qui influe le plus sur les autres est le niveau socio-économique.

3) Améliorer l'état de santé au niveau individuel

La promotion de la santé sert à donner à la population le moyen d'assurer un plus grand contrôle sur sa santé. Cela passe par l'acquisition des connaissances et des aptitudes individuelles et sociales, développer des ressources de type compétences psychosociales comprenant l'estime de soi, l'esprit critique, les capacités de décisions/action...

L'Empowerment (capacitation) signifie le pouvoir d'agir.

La santé publique a pour objectif de promouvoir la santé à un niveau collectif pour améliorer l'état de santé de la population.

b. Santé publique : un large périmètre d'actions

C'est une démarche visant à garantir et améliorer la santé d'une population par l'action collective

- Santé ≠ traitement de maladie => Approche globale et préventive
- Publique ≠ individuelle => Approche populationnelle = communautaire

Par des actions dans tous les champs impactant la santé :



C'est une approche collective, volontariste, pluri & transdisciplinaire gérée par l'administration d'un pays : épidémiologie, géographie, démographie, SHS, économie, droit, gestion, politique.

c. Généralités sur le système de santé et le système de soin

1) Objectifs d'un système de santé

L'objectif principal est de garantir l'égalité de tous à la santé et face à la maladie. Pour cela il faut :

- Réduire les risques pour la population
- Garantir l'égal accès aux soins
- Efficience : Prendre de bonnes décisions
- Garantir la qualité des soins

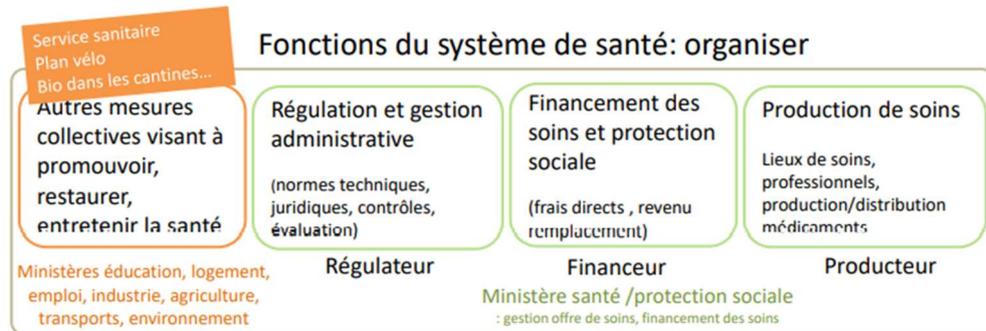


2) Système de santé ≠ système de soins

Un système est un ensemble d'éléments interdépendants.

Le système de santé c'est l'ensemble des moyens dont le but est d'améliorer la santé. Le système de soins constitue environ 20% du système de santé et il est défini pour l'ensemble des moyens/activités dont la fonction est la production des soins préventifs/curatifs.

Il ne faut jamais réduire la santé d'une population à l'offre de soins ! Améliorer la santé d'un pays ne passe pas que par l'offre de soins Elle dépend du mode de vie (nourriture, exercice, consommation d'alcool, tabac, logement, stress) ... Autant d'éléments influencés par le niveau socio-économique des individus, lui-même dépendant du niveau d'éducation, des revenus, et plus globalement par la culture, économie et politique publique du pays.



La régulation et la gestion administrative, le financement des soins et protection sociale et la production de soins est géré par le ministère de la santé tandis que les autres mesures sont mises en place par différents ministères et

Il y a une nécessité d'intégrer ces organisations dans toutes les politiques et coordination.

3) Système de soins

Il y a 3 types de soins : préventifs, curatifs et palliatifs dans le parcours de soin. Il y a des secteurs exclusivement préventifs comme la santé scolaire, les services de santé du travail... L'ensemble de ces 3 types de soins participent au parcours de santé de la personne tout au long de sa vie.



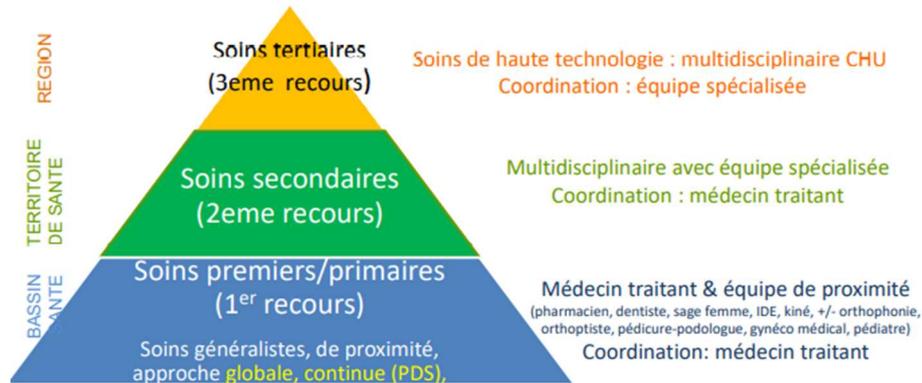
Il y a différents lieux de réalisation de ces soins avec différents modes de rémunération :



4) Recours à l'offre de soins

A titre illustratif, sur une population à risque identifiée, 750 ressentent un problème de santé, 250 vont consulter un médecin, 9 adultes sont hospitalisés par mois, 5 adultes consultent un autre médecin par mois et un adulte est hospitalisé dans un centre tertiaire (CHU).

Une majorité du publique ne va pas jusqu'à une structure spécialisée. Le rôle du régulateur de santé est de déterminer les besoins de la population pour répartir les professionnels de santé dans le territoire.



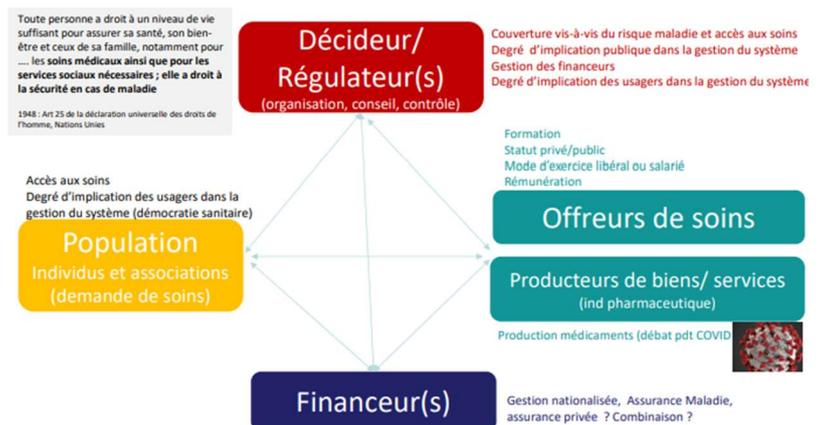
Soins primaires : soins essentiels universellement accessibles à tous par des moyens acceptables (exigences de proximité/temps de parcours, qualité, sécurité), à coût abordable pour la communauté.

d. Comparaison internationale des systèmes de soins

Le système de santé :

Il y a 4 acteurs en interdépendance :

- 1) Population
- 2) Offreurs de soins
- 3) Financeurs
- 4) Décideur/régulateur



Il y a un flux monétaire, de personnes et d'informations. Toute modification d'un des acteurs impacte les autres acteurs. L'objectif est d'articuler ces relations entre acteurs.

e. Historique des systèmes de soins

Un tel système requiert des moyens. Ces moyens apparaissent progressivement à la fin du XIXème siècle avec des avancées médicales et le développement économique. Ces moyens se sont aussi répandus préférentiellement dans les pays « développés » avec les fonds publics. Il y a une grande diversité des approches selon les cultures :

- Solidarité vs liberté individuelle, régulation par le marché, défiance / état

Il n'existe pas 2 systèmes identiques, mais 3 modèles historiques :

- Modèle Beveridgien
- Modèle Bismarckien
- Modèle Libéral

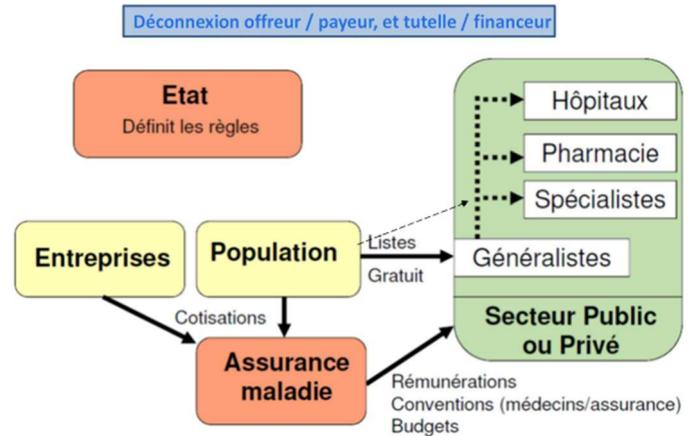
1) Le système Bismarckien

C'est un modèle spécialisé, corporaliste qui se base sur un système assurantiel.

Il a été inventé en Allemagne par le chancelier BISMARCK en 1883. C'est une politique sociale face au développement industriel brutal et de la peur du socialisme naissant. C'est deux idées sont les bases de l'état providence.

Ce système se base sur la solidarité professionnelle :

- Aux travailleurs et leurs ayants droits
- Multitude de caisses d'assurance maladie autonome. Les cotisations et prestations sont variables selon les caisses



Il y a une assurance maladie professionnelle (≠ état) obligatoire issue de fonds publics. Elle est administrée par les « partenaires sociaux » :

- Syndicats professionnels représentant des salariés
- Syndicats patronaux représentant des employeurs

Ce système fonctionne aussi sur l'accès aux soins gratuit (parfois liste de généralistes mais accès aux spés possible)

L'offre de soins est mixte à dominance libérale :

- Les caisses d'assurance maladie sont indépendante
- Possibilité de contrats/ conventions avec les caisses

La rémunération des professionnels :

- Libéral : paiement à l'acte (système conventionnel)
- Public : salaire

Le financement se fait sur base des cotisations sociales sur le travail employeurs et salariés

La régulation :

- Négociation avec les partenaires sociaux (patronat, syndicats)
- Mais l'état définit les règles, reste garant de la santé des citoyens
 - o Contrôle des prélèvements par le Parlement

Les limites de la rémunération à l'acte :

- Ce système est défavorable à la médecine préventive
- Il y a une demande induite c'est-à-dire une induction de la demande de soins pour avoir une course à l'acte pour améliorer les honoraires (DELATTRE 2003). Ce d'autant plus important qu'il existe l'aléa moral : lorsqu'une personne est assurée, elle a tendance à ne plus prendre en considération les coûts des soins couverts par un tiers causant une augmentation des dépenses de santé en l'absence de responsabilisation de l'utilisateur.
- Obstacle à la qualité des soins :
 - o Coordination
 - o Prévention
 - o Sécurité des soins : éviter complications / événements indésirable
 - o Pertinence des soins

Avantages :

- Offre abondante et réactive (accessibilité)
- Qualité des soins (déconnexion offreur/payeur)

Inconvénients :

- Inégalités

- Exclus du système (chômeurs)
 - o Variations inter-caisses (régimes spéciaux)
 - o Reste à charge
- Moindre place accordée à la prévention (déconnexion offreur /payeur)
- Système inflationniste (déconnexion offreur/payeur)
 - o Demande induite : proposition d'offre de soin par les professionnels de santé, déconnectés du financeur
 - o Aléa moral : une personne assurée a naturellement tendance à ne plus prendre en considération les coûts des soins couverts par un tiers, état ou caisse privée -> augmentation des dépenses de santé.
- Non maîtrise des coûts (déséquilibre démographique et chômage)
 - o Variations inter-caisses (démographie défavorable de certaines caisses)
- Choix du médecin parfois contraint (listes par caisses, reste un choix par caisse)

Une évolution de ce système pour qu'il puisse continuer à exister est la responsabilisation des usagers.

Ce sont les pays plutôt d'Europe centrale qui ont mis en place ce modèle (sauf Japon) : Allemagne, Belgique, Autriche et Luxembourg par exemple.

2) Le système Beveridgien

Il se base sur un système national de santé (système nationalisé, planifié d'état, étatsisme redistributif).

Il a été inventé en Angleterre en 1942 par Lord BEVERIDGE :

- Keynesianisme post 2ème guerre mondiale
- Rapport Beveridge : Protection sociale, un droit des individus assuré par l'Etat, composante de toute politique de progrès social

Il y a une couverture du risque de maladie → Solidarité :

- Universalité : couverture de tous
- Uniformité : bénéfices identiques pour tous (selon besoins, et non les revenus)
- Unicité : un seul système couvrant tous les risques

L'accès aux soins se base sur l'égalité d'accès pour tous, la gratuité et la liberté de choix et circulation encadrées :

- Généraliste « *gate keeper* » avant tout accès au spécialiste
- Inscription chez le généraliste du lieu de résidence

Le financement est l'impôt (population et entreprises). Cela induit que la santé est en concurrence avec les autres secteurs publics.

L'offre de soins est 100% publique, organisée et gérée par l'état :

- Service national de santé
 - o Angleterre : National Health System (NHS)
- Hôpitaux publics, médecins salariés

La rémunération des professionnels se fait sur le salariat (capitation : forfait/patient)

La régulation est assurée par les politiques (état)

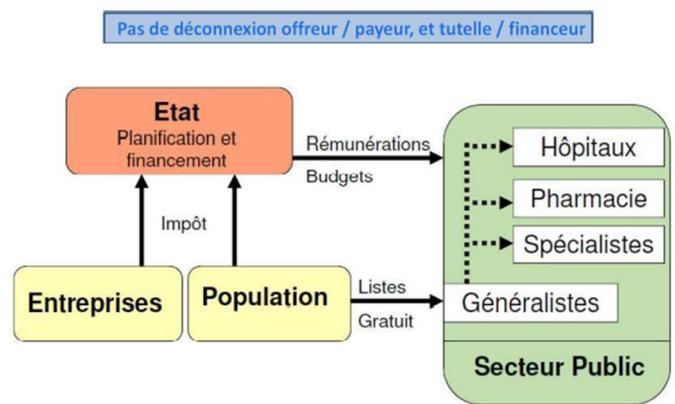
- L'état adapte l'offre de soins selon sa capacité à les financer (impôts)
- Contrôle par le parlement

La gestion est centralisée par l'état

Avantages :

- Equité : peu d'exclus
- Soins gratuits
- Coûts maîtrisés
- Rémunération incitant à la prévention / promotion de la santé

Système Beveridgien



Inconvénients

- Santé : dépense publique en concurrence avec d'autres
- Accès aux soins : inertie à adapter l'offre (rationnement, listes d'attente)
 - o Médecine à 2 vitesses avec système privé, tourisme médical
- Choix du médecin contraint (listes géographiques)
- Parcours de soins très encadré
- Qualité des soins ?

Evolution : développement d'une offre privée (assurances privée et assurances directes)

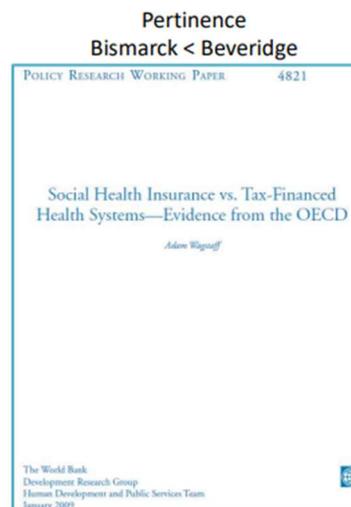
Principalement en Europe du Nord et du Sud mais aussi au Canada :

- Service National de Santé UK, Irlande, Lettonie, Canada
 - Centres publics : Finlande, Suède, Espagne, Portugal
 - Autres : Norvège, Italie, Grèce
- 3) Comparaison des 2 systèmes

| | Beveridgien | Bismarkien |
|---------------|---|---|
| Système | Etatique | Paritaire mais contrôlé par l'état |
| Objectif | Répondre gratuitement aux risques sociaux | Compenser la perte de revenus |
| Bénéficiaires | Tous ceux face au risque maladie Système universel | Solidarité professionnelle pour salarié et ayants droits Pour les cotisants: système contributif |
| Gestion | Centralisée Système unique géré par l'état | Décentralisée Multitude de caisses professionnelles |
| Financement | Impôt | Cotisations |
| Prestations | Forfaitaires : identiques pour tous (et minimales) | Proportionnelles au revenu (cotisation) |

Ces deux systèmes sont basés sur la solidarité

Satisfaction de l'utilisateur ≠ pertinence de soins



4) Le système libéral

Il se base sur les libertés individuelles (prof & patients), il y a une intervention minimale de l'Etat. L'assurance maladie est donc facultative et privée.

L'offre de soins est privée, la rémunération est à l'acte et l'accès aux soins se base sur la liberté de choix, sans restriction. Le financement de l'assurance est privée : il y a une prime d'assurance et dépendante du risque (âge, état de santé). Le remboursement se fait selon le contrat et il y a une souscription individuelle (onéreux++) ou collective (via l'employeur, conditions d'éligibilité). La régulation se fait sur le libéralisme : équilibre offre /demande et la concurrence, publicité, capacité à payer. L'assistance gratuite de l'état est destinée aux plus démunis :

- Medicaid : indigents
- Medicare : >65 ans et invalides sans ressource

Avantages

- Adaptation de l'offre à la demande (pas de file d'attente)
- Liberté de choix (théorique)
- Système technologiquement performant

Inconvénients

- Absence de solidarité
- Coût élevé
- Inégalités d'accès aux soins : 18% sans couverture et 25% medicaid/medicare aux USA

Evolution

- USA en 2014 : *Patient Protection and Affordable Act* (« Obamacare ») → assurance maladie obligatoire (sinon pénalités) et introduction d'un concurrent aux assureurs

Autres pays : Suisse, certains pays d'Amérique latine

- Suisse : primes non liées au revenu, mais de l'âge 25 pour mutualiser les risques

USA organisation de l'offre : Les réseaux de soins (à titre illustratif)

Managed Care Organisation (MCO) : partenariat assureurs/offreurs :

- Négociation de tarifs préférentiels auprès de professionnels de santé par des assureurs
- Recours à des médecins avec lesquels les rémunérations sont négociées
- 70 % des américains

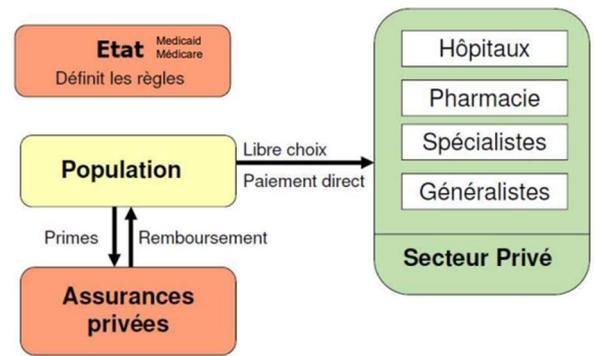
HMO (Health Maintenance Organisation): 70%

- Le plus avantageux financièrement pour les assurés
- Réseau HMO obligatoire et passage nécessaire par un médecin de 1er recours (sinon remboursement : 0)
- Budget alloué ex ante aux médecins, différents types en fonction des liens HMO/professionnels

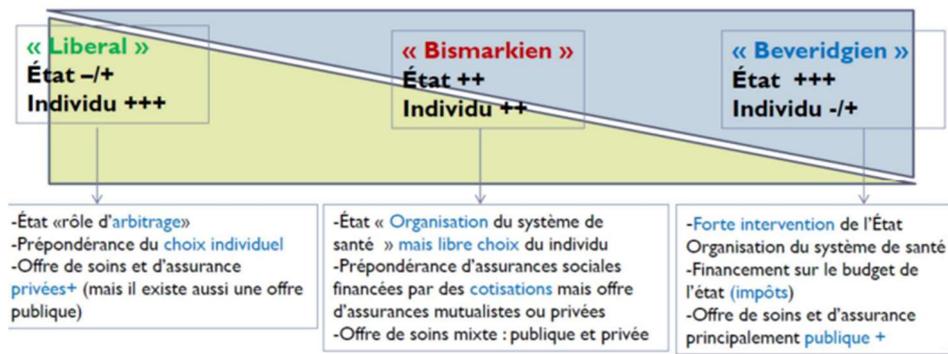
PPO (Preferred Provider Organization)

- Plus grande liberté des patients (remboursement y compris si consultation hors PPO)
- Meilleure rémunération des médecins (à l'acte) – Plus coûteux

POS (Point of Service) : combinaison des 2 modèles précédents



5) Comparaison des 3 modèles



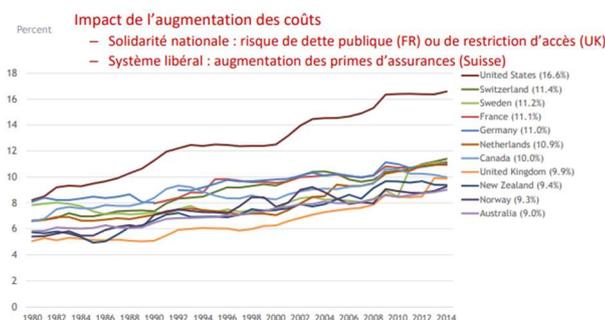
| | Beveridgien | Bismarckien | Libéral |
|--|----------------------------------|--|--|
| Couverture | Universelle | Assurance sociale sur une base professionnelle | Facultatif et sélective (souscription assurance) |
| Obligation pour | Tous | Salariés | Personne |
| Financement | Impôt | Cotisations sociales | Prime d'assurance |
| Mode de gestion | Etat centralisé | Décentralisé (partenaires sociaux) | Assureurs privés |
| Prestations | Forfait | Proportionnelle au salaire | Selon contrat MCO |
| Relation avec structures/ professionnels | Salariés/sous contrat | Indépendants | Indépendants (négociation avec assureurs) |
| Modes de rémunération | Salaire, forfait à la capitation | À l'acte | Variable (forfait si réseau) |
| Accès soins | Filière de soins : liste | Filière de soins | Libre |

III. Enjeux et défis des systèmes de santé (« savoir citer les grandes causes mentionnées mais sans les détails »)

a. Les enjeux

- Vieillesse de la population (système Bismarckien surtout car basé sur le travail)
- Maladies chroniques
- Nouveaux traitements coûteux
- Nouveaux risques sanitaires et psycho-sociaux (virus, pollution atmosphérique, pollution des sols...)
- Précarisation et risques sociaux en augmentation
- Médicamentation de la société
- Déséquilibre financier
 - o Dépenses en augmentation, supérieure à celle du PIB (crises économiques)
 - o Mais pas les recettes, surtout dans les pays Bismarckiens
 - Diminution du ratio jeunes/ senior et chômage

Au total il y a une augmentation continue des dépenses de santé. Dépenses de santé (% PIB) de 1980 à 2014 :



b. 2 mécanismes de régulation et maîtrise des dépenses

Maîtrise comptable :

- Augmenter les recettes

- Diminuer les dépenses
 - o Limitation tarifaire
 - o Diminution des remboursements
 - o Diminution de l'offre de soins et la démographie (théorie de la demande induite)

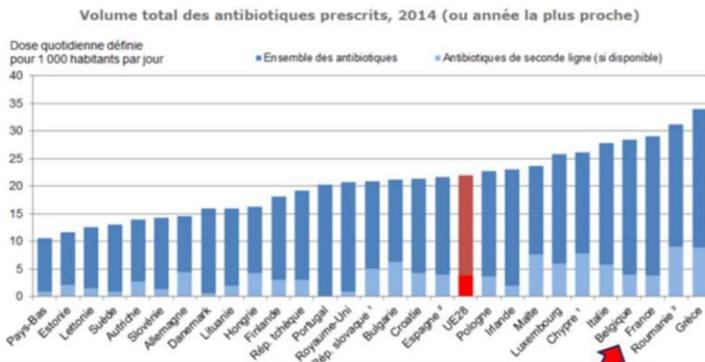
Maîtrise médicalisée :

- Améliorer l'état de santé par la prévention
- Responsabiliser les assurés : lutte contre l'aléa moral
 - o Information
 - o Parcours de soins imposé, DMP.
 - o Ticket modérateur, franchises, avance des frais ...
- Responsabiliser les offreurs de soins : lutte contre les comportements opportunistes
 - o Accord préalable arrêts de travail, transports
 - o Incitation financières (P4P)
 - o Evaluation des pratiques : pertinence des actes, « juste soin »
 - o Accompagnement des professionnels, ES, contrôles des organisations payeur

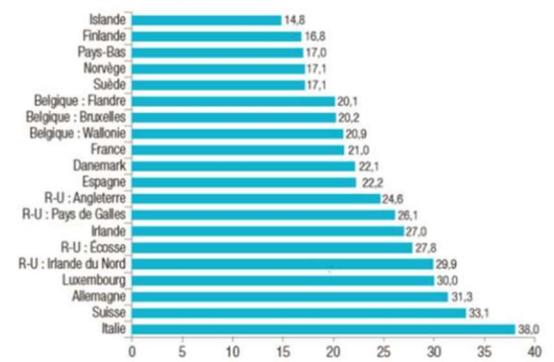
Il faut privilégier les soins utiles, médicalement efficaces, au meilleur coût, éviter les gaspillages de ressources sans valeur ajoutée.

c. Exemples de maîtrise médicalisée

Pertinence de l'actes :



Taux de césariennes en France, dans les pays limitrophes, les Pays-Bas et les pays scandinaves, en 2010 (en %)



meilleure pour les césariennes. On pourrait se dire que les populations des pays limitrophes ont plus d'infections bactériennes mais en réalité les habitudes des médecins comptent beaucoup dans le choix d'une thérapeutique (et donc dans la prescription d'antibiotiques).

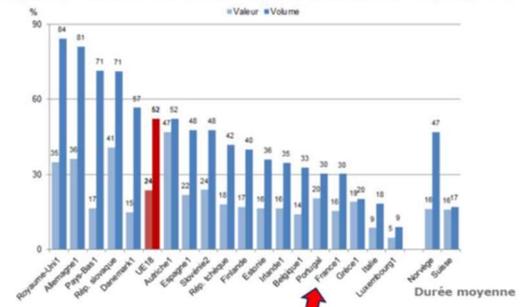
Concernant les césariennes la France se place en revanche mieux que les autres pays limitrophes.

Générique :

En 2014, les génériques représentaient 30% dans le marché pharmaceutique total français pour une valeur de 20%.

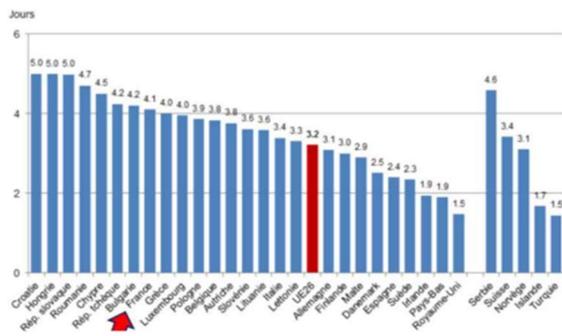
Depuis 2006, les pharmaciens sont tenus de délivrer des médicaments génériques s'il n'y a pas de contre-indications notoires. Le taux de substitution en 2018 était de 88,4%.

Part des génériques dans le marché pharmaceutique total, 2014 (ou année la plus proche)



Un autre exemple de maîtrise médicalisée est la prévention qui comprend notamment la vaccination.

Durée moyenne de séjour pour un accouchement normal, 2014 (ou année la plus proche)



La durée de séjour à l'hôpital en France pour un accouchement normal est de 4,1 jours. C'est une position relativement haute comparé aux pays limitrophes. Ces dernières années avec le développement de la chirurgie ambulatoire, on a vu les durées moyennes d'hospitalisation baissées grâce notamment au développement de la chirurgie ambulatoire.

d. Menaces pas seulement financières, mais sur les objectifs d'un système de santé

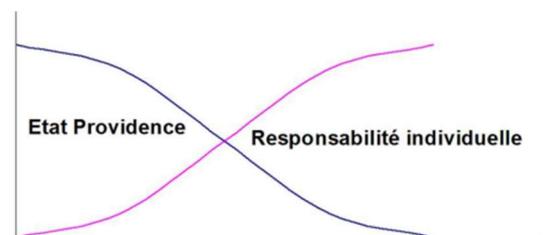


e. Les enjeux des systèmes de santé

- Quelle répartition des responsabilités entre les acteurs ?
- Quelle régulation ?
- Quelle évolution ?
- ... Dans un contexte évolutif et économiquement contraint
 - o Fin de l'état providence des 30 glorieuses

f. En conclusion

- 3 systèmes : vision simplificatrice très réductrice
 - o Plus aucun système « pur »
 - o Chaque pays prend un peu de chaque système
- Tous sont en recherche d'efficacité car confrontés à des difficultés
 - o Nouveaux risques et besoins
 - o Etats providence en crise



IV. Le système de santé français

a. Composantes

Les valeurs du système français

Universalité : égalité d'accès aux soins

- Tout citoyen a droit à une couverture maladie (déclaration des droits de l'homme)
- Assurance maladie obligatoire : branche de la Sécurité sociale (1945)

Solidarité

- Longue tradition d'assistance (hospices, puis Hôtels Dieu : soins hospitaliers développés (1958)
- Protection/risque : couverture financée selon la capacité contributive et non le risque, aide reçue indépendante des revenus

Liberté des acteurs

- Professionnels : installation, prescription, tarifs
- Usager : libre choix des professionnels et établissements

Régulation : forte intervention de l'état

- Assure contrôle et régulation pour garantir l'efficience (rapport coût/efficacité des soins)

Le système français se base sur le système Bismarckien et Beveridgien avec une tendance plus proche du système Bismarckien avec les caisses d'assurance maladie obligatoire. Elle est d'abord professionnelle puis est devenue universelle.

- b. Une assurance maladie obligatoire, d'abord professionnelle puis devenue universelle.

Une affiliation professionnelle jusqu'en 2016 :

- Variations de protection, cotisation, compensations inter-régimes Régime Général Régimes spéciaux



Une universalisation progressive

- 2000 CMU (couverture maladie universelle) et CMU-C (complémentaire)
- 2016 : Protection Universelle Maladie (PUMA)
 - o Fin du principe d'assurance maladie basée sur l'affiliation professionnelle
 - o Simplification pour les carrières multiples, changement de statut marital ayant droit
 - o Fin du concept d'ayant droit
 - o Critères de résidence stable et régulière > 3 mois

- c. Une offre de soins est mixte, morcelée et peu lisible.

Offre publique et privée :

- Majoritairement privée en ville, publique en établissement de santé

Un système qui n'en est pas vraiment un du fait d'un fort cloisonnement (ville/hôpital, public/privé, court/moyen/long séjour, sanitaire/médico social...)

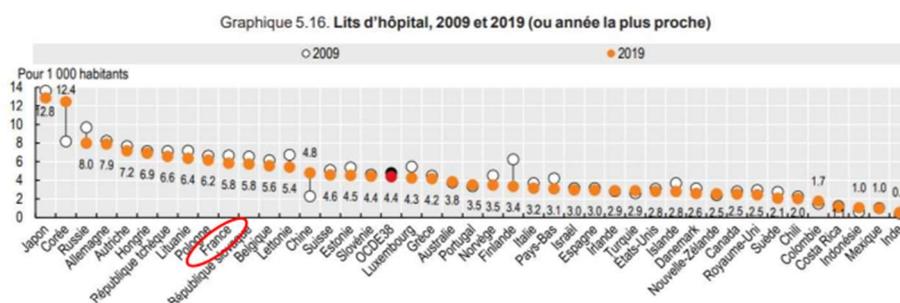


Il y a 3000 établissements de santé en France.

- d. Offre de soins hospitaliers : Nb lits/1000 hab

En France il y a une offre supérieure à la moyenne OCDE.

Globalement il y a une tendance à la baisse partout en raison des alternatives ambulatoires.



Le système reste hospitalo-centré depuis 1958 malgré une concentration des secteurs privés sur les littoraux en île de France. Concernant les soins hospitaliers, il y a une tendance à une diminution du nombre de lits et une diminution de la durée de séjour ses dernières années même si elle reste supérieure à la moyenne de l'OCDE. Au niveau des offre de soins hospitaliers, la France est considérée comme très consommatrice.

e. Offre de soin ambulatoire

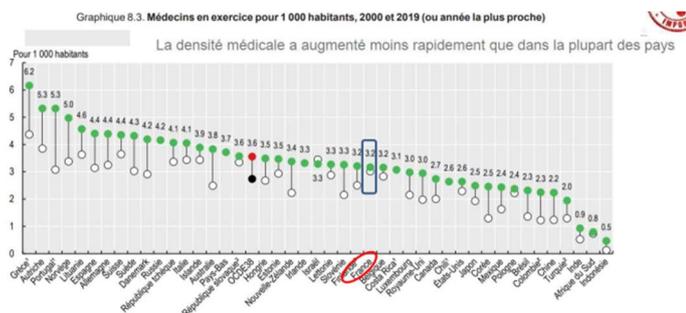
- Soins de ville : ambulatoire par opposition aux soins hospitaliers
- Exercice libéral : liberté
 - o Choix du praticien par le malade/du malade par le praticien
 - o Installation → évolue
 - o Prescription
 - o Fixation des tarifs : paiement à l'acte → conventions assurance maladie

Projections densités : des difficultés prévues jusqu'en 2030 (remontée grâce aux premiers effets de l'augmentation du numerus clausus)



f. Proportion et densité médicale

Densité médicale sous la moyenne de l'OCDE et peu évolutive depuis 20 ans (perte de 2 places en 2 ans)



Il y a environ 3,2 médecins pour 1000 habitants en France.

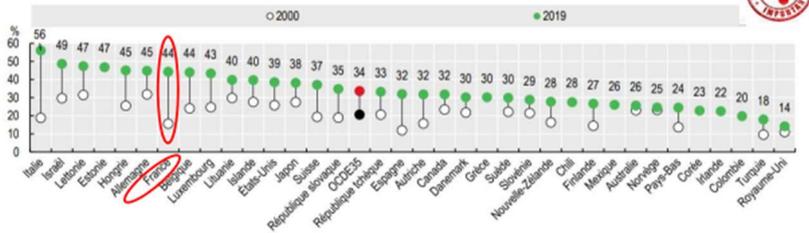
Cette densité est à relativiser au regard de la place du médecin dans le système de santé (interprofessionnalité)

- Pays du sud : moins d'IDE que dans les pays du Nord
- USA et Canada : moins de médecins mais plus de délégation de tâches IDE

Le rapport nombre IDE/médecins (3 pour 1) est supérieur à la moyenne de l'OCDE en raison de transfert de compétences et protocoles de coopération.

Vieillesse, évolution culturelle/relation au travail (génération Y, Z) et féminisation :

Graphique 8.5. Pourcentage de médecins âgés de 55 ans et plus, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)

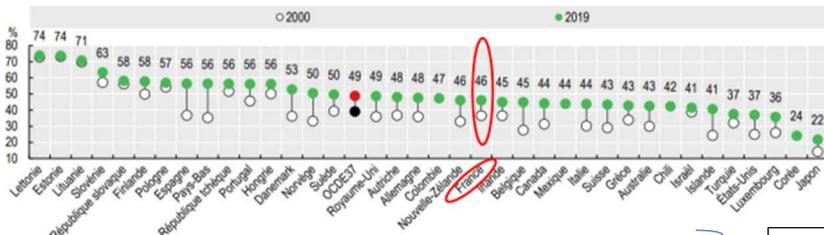


En France il y a une forte proportion de médecin âgé (44%), ce qui est supérieur à la moyenne de l'OCDE.

Ceci est en augmentation depuis 2000.

Le pourcentage de femme médecin en France est inférieur à la moyenne de l'OCDE (46%).

Graphique 8.6. Pourcentage de femmes parmi les médecins, 2000 et 2019 (ou année la plus proche)



Diminution du temps médical disponible :

Temps partiels, moins de modes de vie (jeunes générations), moins d'activité

- Féminisation
- Augmentation des tâches administratives

g. Répartition géographique

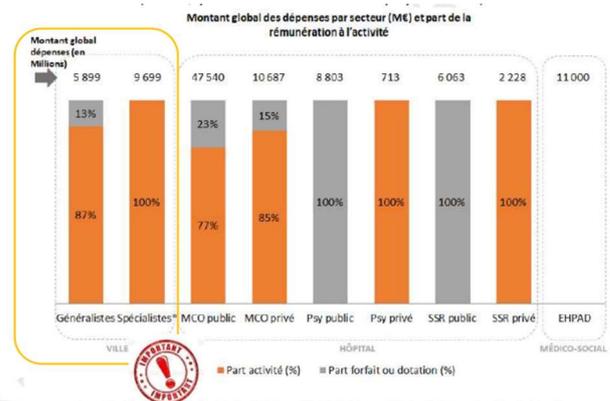
Il y a une forte répartition géographique des médecins. La diagonale du vide est une région de la France où la densité médicale est la plus faible. On peut noter une différence rural/urbain parmi les plus forte de l'UE.

h. En résumé : une démographie médicale

- En nombre stable de professionnels face une demande en augmentation
- Vieillissante
- Féminisée
- Avec un temps médical disponible en diminution
- Mal répartie sur le territoire
- => difficultés d'accès et des durées d'attente augmentées + déséquilibre du système (report aux urgences)

i. Rémunération des professions de santé

La rémunération de l'offre de soins publics se fait sur la base du salaire. Le financement des établissements de santé se fait majoritairement à l'acte. Cela se voit sur le schéma suivant : en orange est le pourcentage des dépenses couvertes grâce à l'activité. On voit que la rémunération à l'acte ne se fait pas pour les établissements psychologiques public et dans les SSR publics.



- Offre de soins privés (ville, libéraux) : majoritairement à l'acte
- Conventions avec l'Assurance Maladie (secteur 1, 2, 3)
- Difficultés de la rémunération à l'acte : inflationniste
 - o Concurrence entre médecins
 - o Actes inutiles
 - o Inféodation au patient (overuse)

≠ Coordination ≠ Prévention

--> Introduction d'une composante à la capitation et à la performance

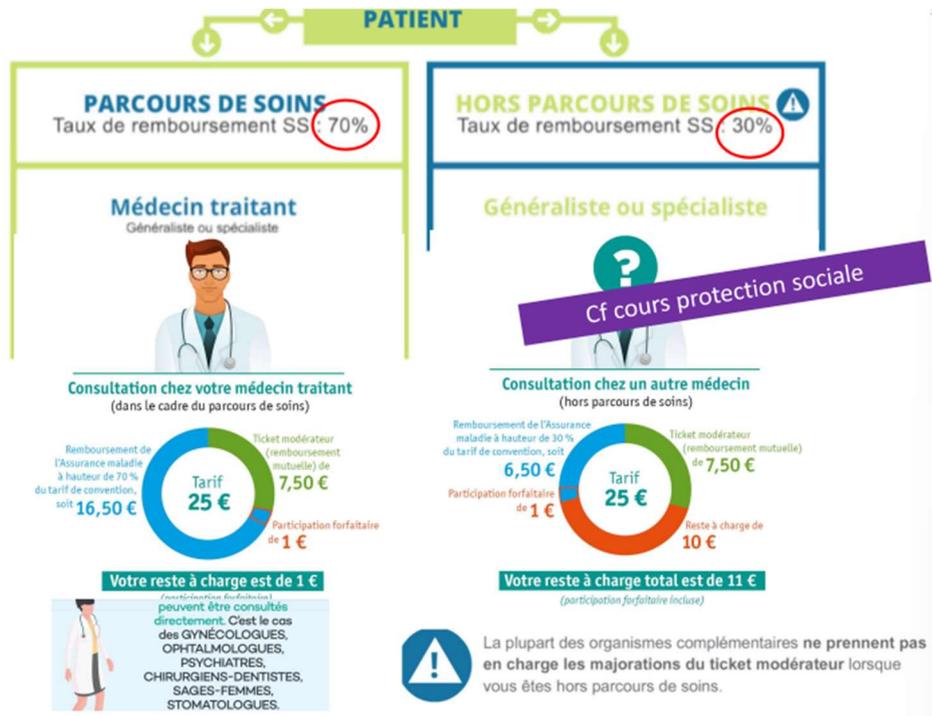
- Ambulatoire : capitation, rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP)
- Etablissements : financement au parcours, incitation financière à la qualité

En ville, les modes de rémunération se diversifient

j. Accès aux soins (cf cours protection sociale) :

- Les soins sont pour tous dans le système français :
 - o 2016 PUMA (Protection Universelle Maladie)
 - o 2000 CMU, CMU-c (Couverture Maladie Universelle)
- Liberté des usagers progressivement encadrée
 - o 2005 Parcours de soins coordonnés (pour > 16 ans)
 - Accès direct maintenu pour gynécologue, pédiatre, ophtalmologiste, stomatologue, psychiatre si <26 ans (conditions)
 - o Relative liberté au sein du parcours

k. Parcours de soins coordonné



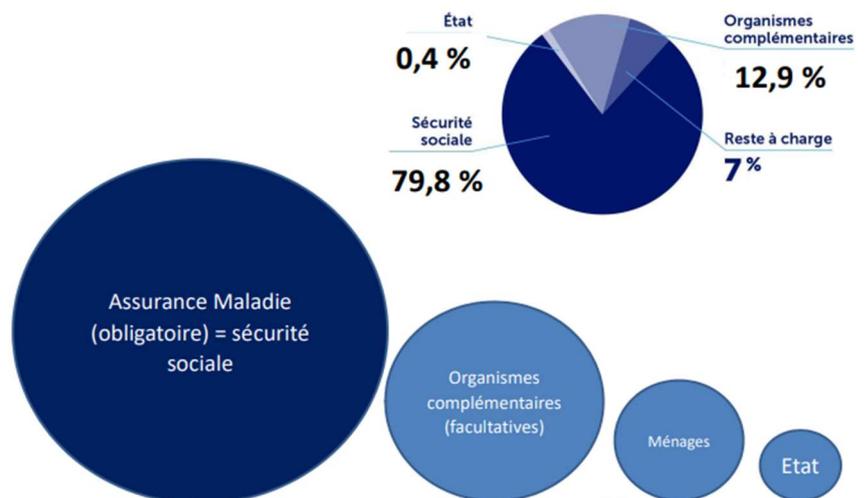
V. L'assurance maladie

Les financeurs de la CBSM sont au nombre de 4 avec une proportion prise en charge publique par l'assurance maladie de plus de 80%. Les organismes complémentaires financent 12,9%, les ménages 7% et l'état 0,4% de la CBSM.

CBSM : Consommation de Biens et de Soins Médicaux

Les 4 acteurs sont les suivants :

- Assurance maladie
- Organismes complémentaires
- Ménages
- Etat



- a. Financement de l'assurance maladie (cf cours protection sociale)
 - Impôt
 - o Contribution sociale généralisée (CSG)
 - o Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)
 - o Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA)
 - Cotisations sociales
 - o Part patronale
 - o Part salariale
 - Taxes
 - o TVA alcool tabac
 - o Laboratoires pharmaceutiques
 - o Jeux et paris
 - Autres (état, autres régimes SS (transferts))

- b. Financement de l'assurance maladie : vers la fiscalisation
 - Modifications 2018/19 (CSG et CASA élargie à certains retraités)
 - o Impôt
 - Contribution sociale généralisée (CSG) → Augmenté de 7,5% à 9,2%
 - Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)
 - Contribution Additionnelle de Solidarité pour l'Autonomie (CASA)
 - o Cotisations sociales
 - Part patronale
 - Part salariale → supprimée
 - o Taxes
 - TVA alcool tabac
 - Laboratoires pharmaceutiques
 - Jeux et paris → Diminution du tabagisme
 - o Autres (état, autres régimes SS (transferts))

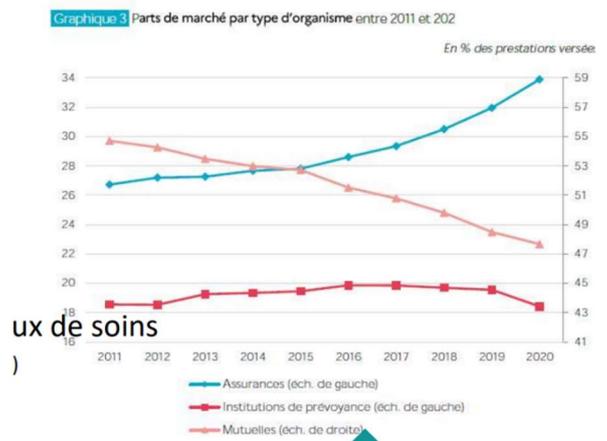
Transfert des cotisations sociales → imposition

L'objectif de retour à l'équilibre de la Sécurité Sociale de 2018 est compromis en raison du COVID qui a considérablement fait monter les dépenses et fait diminuer les recettes.

c. Les 4 acteurs

1) Organismes complémentaires

- Statut juridique
 - o Assurance
 - o Institut de prévoyance
 - o Mutuelle
- Individuelles ou collectives
 - o 2016 obligatoires pour salariés du privé
- 95% français couverts (90% + 5% CMUc)
- Apparition de « contrats responsables » et réseaux de soins car transferts de charges de l'assurance maladie vers les organismes complémentaires (optique, dentaire)
- Apparition du 100% santé
- Des primes en augmentation post crise
- Dispositifs mis en place pour les difficultés d'accès financier à un organisme complémentaire
 - o CMUC
 - o Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)



Ce sont les assurances qui ont la plus grande part de marché. Viennent ensuite les institutions de prévoyance puis les mutuelles.

2) Financeurs des soins privés

La prise en charge est partielle ou totale. Il reste le Ticket modérateur (le reste à charge au patient), le forfait hospitalier (participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation), le dépassement honoraire, le dépassement du plafond annuel (franchises et participations forfaitaires). En dehors de la CSBM il y a les suppléments en tout genre et les thérapies complémentaires (ostéopathie).

3) Les ménages

Les ménages doivent prendre en charge les franchises, le ticket modérateur et le forfait hospitalier, les dépassements d'honoraire, les montants non pris en charge par les organismes complémentaires et les dépenses non présentées au remboursement.

d. Le reste à charge

Le Reste à charge baisse depuis 2012. En 2020 il était de 7% de la CSBM ce qui équivaut à 233 €/habitant/an.

Les causes de la baisse du reste à charge sont :

- Part croissante de l'Assurance Maladie
 - o Augmentation % d'ALD (vieillesse)
 - o Prise en charge des traitements innovants onéreux
 - o Accroissement % médicaments remboursables
- Un % élevé de couverture par les Organismes complémentaires
- Ralentissement dépassements honoraires
- Meilleure couverture optique et dentaire des organismes complémentaires d'entreprise
- 100% santé (prise en charge par l'Assurance Maladie et les Organismes Complémentaires)

En revanche, le Reste à Charge moyen masque un Reste à Charge variable selon les dépenses comme pour l'augmentation du Reste à Charge des soins liés à l'optique.

La France est 2^e concernant la place du Reste à Charge dans le financement des soins, derrière le Luxembourg.

e. La Dépense Courante de Santé (DCS)

La dépense courante de santé est la somme de toutes les dépenses « habituelles » engagées par les financeurs publics et privés pour la santé. Cette dépense est en augmentation et elle concerne :

- Les séjours de longue durée
- La prévention individuelle et collective
- Les CSBM
- Les autres dépenses en faveur des malades (ONIAM, inclusion sociale)
- La gestion du système de santé
- La prévention environnementale
- Les indemnités journalières
- La formation
- La recherche

Pour bien visualiser les DCS, il faut comparer avec les autres pays. La France a la 3^e plus grande dépense courante de santé derrière les Etats-Unis et l'Allemagne. Elle est à 12,3% du PIB et elle a la 5^e valeur en termes de parité de pouvoir d'achat. Les dépenses liées aux soins de longue durée, à la prévention et à la gestion du système de santé sont en augmentation alors que les dépenses liées à la CSBM sont en diminution.

En France les dépenses de gestion du système de santé sont de 7,9% de la DSCI. Ceux-ci comprennent les frais de gestion de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ainsi que les subventions du système de santé.

VI. Régulation du système français (partie 1)

Assurance maladie est gérée par les partenaires sociaux. L'HCAAM est un organisme de régulation de l'Assurance Maladie, c'est le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

2015 : 182,3 milliards €
2016 : 185,2
2017 : 190,7
2018 : 195,2
2019 : 200,4(+2,5%)
2020 : 217,1 (vs 205 prévus (+8%))
2021 : 224 (prévisionnel)

Le système de santé français est aussi géré par l'état via les ministères : Numerus clausus, autorisation d'exercice, nombre de lits ; et via le parlement via l'ONDAM.

a. L'ONDAM

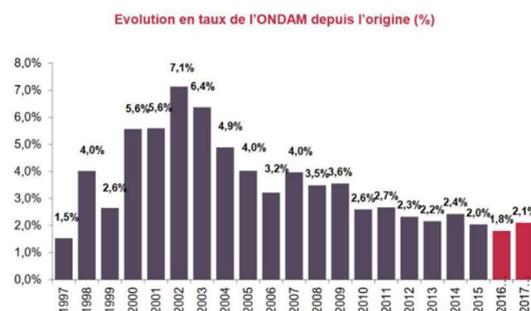
ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

C'est un outil de régulation des dépenses, fixé par le parlement chaque année (Loi de Financement de la Sécurité Sociale).

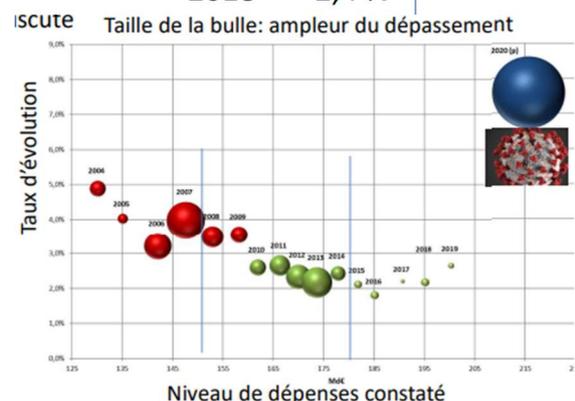
Il sert à définir un budget et un panier de soins remboursés :

- 1996 -2007 : objectif indicatif plus que prescriptif
- Ensuite respecté, alors que sa croissance diminue
- Recherches d'économies +++
- Un outil de plus en plus discuté

Sur les graphiques ci-contre on voit que l'ONDAM a une tendance à la diminution depuis 2002 mais ceci est accompagné par des dépassement : 2020 étant l'année la plus importante en termes d'ampleur avec près de 10% de dépassement du budget original.

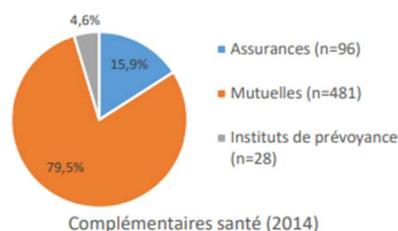


2018 = + 2,4 %

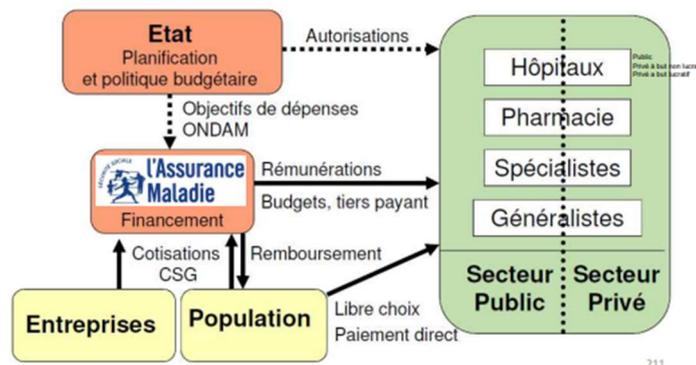


VII. Résumé du système français :

- Assurance Maladie professionnelle obligatoire
 - Différents régimes (Régime Général, MSA, RSI...), compensations inter régimes
 - Financement : cotisation sociales, impôts, taxes
- Organismes complémentaires facultatifs
 - Individuelles ou collectives (obligatoires employeur 2016)
 - Bon taux de couverture : 95%
 - CSS
- Accès aux soins
 - Pour tous
- Protection Universelle Maladie (2016)
- Couverture Maladie Universelle (CMU) et CMU (CMU-C) (2000)
 - Relative liberté au sein du parcours de soins (2005)
- Offre de soins mixte
 - Un système qui n'en est pas vraiment un du fait d'un cloisonnement important
 - Ville/hôpital, public/privé, court/moyen/long séjour, sanitaire/médico social
 - Rémunération des établissements de santé : à l'acte
 - Rémunération des professionnels
 - Public : salaire
 - Privé : à l'acte avec conventions avec l'Assurance Maladie (secteur 1, 2, 3)
 - Introduction d'une composante à la performance (ROSP)
- Financier :
 - Assurance maladie > OC > ménages > état
 - Déconnexion offreur payeur => responsabilisation des acteurs (professionnels, ménages)
- Régulation
 - Assurance Maladie (partenaires sociaux)
 - Etat (Ministère, et Parlement qui vote l'ONDAM)



Complémentaire coordonnés



Avantages :

- Obligatoire : bon taux de protection
- Egalité théorique d'accès aux soins
- Financement selon les capacités contributives
- Offre de soins abondante
- Liberté du parcours du patient (choix du médecin traitant)
 - o Accès direct gynécologue, pédiatre, ophtalmologiste, stomatologue, psychiatre si <26 ans (conditions)
 - o Accès aux autres professionnels toujours possible avec un moindre remboursement

Inconvénients :

- Mode de rémunération non incitatif à la prévention/promotion santé
- Non maîtrise des couts (problème en diminution)
 - o Déconnexion payeur/offreur de soins
 - o Financement basé sur les cotisations sur le travail

Initialement Bismarckien, l'évolution vers un système Beveridgien

- Universalité : CMU, PUMA
- Augmentation de la part du financement par l'impôt
- Encadrement de l'offre des soins ambulatoires
 - o Evolution vers « la filière de soins » : passage par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste)
 - o Contraintes sur les prescriptions et surveillance
- Responsabilisation de l'usager : participation forfaitaire, franchises
- Diminution de l'autonomie des caisses
 - o Fin du RSI, absorption des régimes étudiants par le régime général
- Augmentation régulation par l'état
 - o Equilibre financier : le parlement (LFSS) fixe les dépenses de l'assurance maladie (ONDAM)
 - o Contrôle la démographie des professionnels de santé
 - o Fixe les règles d'exercice des professionnels de santé
 - o Décide de l'implantation des activités (lits) et des équipements, alloue les budgets des hôpitaux

| Universalisme (système socialisé) | Corporatisme (système d'assurance maladie) |
|--|---|
| Création de l'Assurance Maladie 1945 Logique d'assistance | Système corporatiste avec coexistence de différentes caisses (régime général, agricole, commerçants, régimes spéciaux) |
| Tout individu est couvert (CMU, PUMA) | Cotisations salariales (en baisse) |
| Financement par l'impôt (CSG, CRDS et taxes) | Système géré par les partenaires sociaux |
| Régime unique d'assurance maladie (mais différentes branches : maladie, vieillesse, maternité...) avec compensations inter régimes des régimes déficitaires. | Logique d'assurance Assurances complémentaires, individuelles ou collectives facultative : 95% de la population (assurances privées, mutuelles ou instituts de prévoyance) |

| | |
|--|--|
| Intégration des non assurés, RSI, petits régimes (étudiants) au régime général | Dans le système ambulatoire (médecine générale ou spécialité) et dans l'hospitalisation publique : tarification à l'acte |
| Parcours de soins coordonné (médecin traitant) | Offreurs de soins indépendants du financeur |
| LFSS et ONDAM | |
| Augmentation de la régulation des dépenses par le ministère de la santé | Reste à charge pour le patient |

Le système français confronté est à 2 principes inconciliables

- Financement majoritairement public et solidaire
 - o Sous-tend une égalité de traitement entre bénéficiaires
- Liberté (médecine ambulatoire et patients)
 - o -> Déserts médicaux : principe élémentaire service public violé

Bilan du système de santé

| |  Points forts |  Faiblesses |
|---|---|---|
| Ressources en terme d'offre de soins | Une quantité d'offre dans la moyenne de l'OCDE | Mais des médecins vieillissants, avec des difficultés probables dans les 10 ans Répartition territoriale et temps disponible engendrant l'apparition d' inégalités d'accès territoriales (délais, répartition géographique) Complexité et cloisonnement -> non pertinence |
| Accès aux soins | Universalité (CMU, PUMA) Réactivité (pas de file d'attente) Système protecteur : faible participation des ménages | Apparition de difficultés d' accès financier aux soins (inégalités sociales d'accès pour les plus en difficulté) Renoncement aux soins chez les plus précaires |
| Etat de santé | Des indicateurs plutôt favorables Bonne qualité des soins en moyenne Espérance de vie à la naissance (femmes, ensemble) Espérance de vie à 65 ans dans 2 sexes | Espérance de vie sans incapacité inférieure à d'autres pays européens (Nord) : effets à long terme de la crise 2008 (EVS) Inégalités sociales et territoriales de santé fortes Place croissante des maladies chroniques |
| Déterminant de santé | Cpt alimentaire, | Insuffisance de prévention (vaccination, mortalité prématurée évitable élevée chez les hommes, alcool, tabac) et inégalités d'accès à la prévention en lien avec de fortes inégalités sociales |
| Coût | Conséquent : solidarité nationale forte | Trop élevé et soutenable? |
| Autres | Bon accès aux soins et bons indicateurs de santé, mais fortes inégalités de santé, et déficit de prévention. Cout +++ | |

Synthèse sur l'accès aux soins :

Indicateurs relatifs à l'état de santé et aux déterminants de santé

Bons indicateurs :

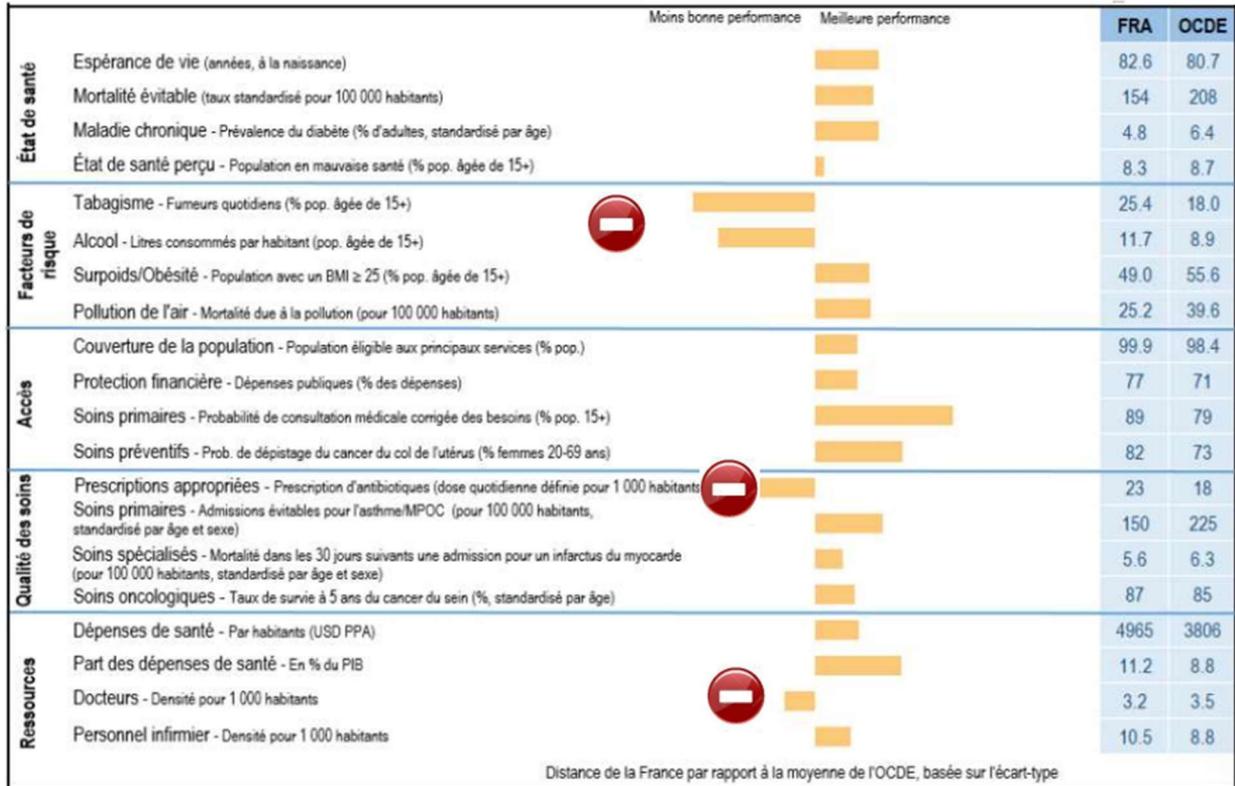
- Espérance de vie à la naissance
- Espérance de vie à 65 ans
- Obésité

Moins bons indicateurs :



- Espérance de vie à 65 ans sans incapacité
- Mortalité prématurée (hommes +++)
- En lien avec la prévention
 - o Insuffisante
 - o Consommation alcool et tabac
 - o Faibles pratiques de vaccination
- Inégalités de santé : sociales et géographiques

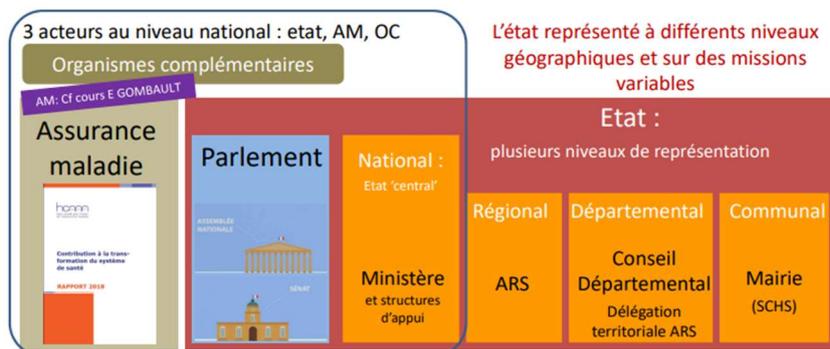
Relative performance :



VIII. Régulation du système de santé français à l'échelle nationale

a. Vue d'ensemble

On a vu les demandeurs de soins (population), puis les producteurs de soins (professionnels de santé libéraux, établissements de santé publics et privés, établissements médico-sociaux, services de prévention exclusifs et industrie pharmaceutique), puis les financeurs (Assurance Maladie, complémentaires, ménages et Etat) puis on va voir les régulateurs



Au niveau national il y a 3 acteurs de régulation : l'Etat, l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires. L'Assurance Maladie finance les soins. Elle est associée à la définition de la politique hospitalière, médicaments, conventions et incitations. L'état est représenté à plusieurs niveaux. Au niveau national via le parlement, il vote les lois et les budgets définit dans l'ONDAM. Au niveau régional via l'ARS, départemental via le conseil départemental et communal via les mairies, il [l'état] prend les décisions et orientations, administre.

b. L'Etat

L'état français est garant de la santé de sa population. Les champs d'intervention sont définis par la loi du 9 août 2004.



La stratégie nationale de santé s'inscrit dans une politique de santé en fixant les grands objectifs de santé publique, en donnant les conditions d'un égal accès de tous à des soins de qualité sur tout le territoire et définit les moyens et les conditions de l'équilibre des régimes sociaux.

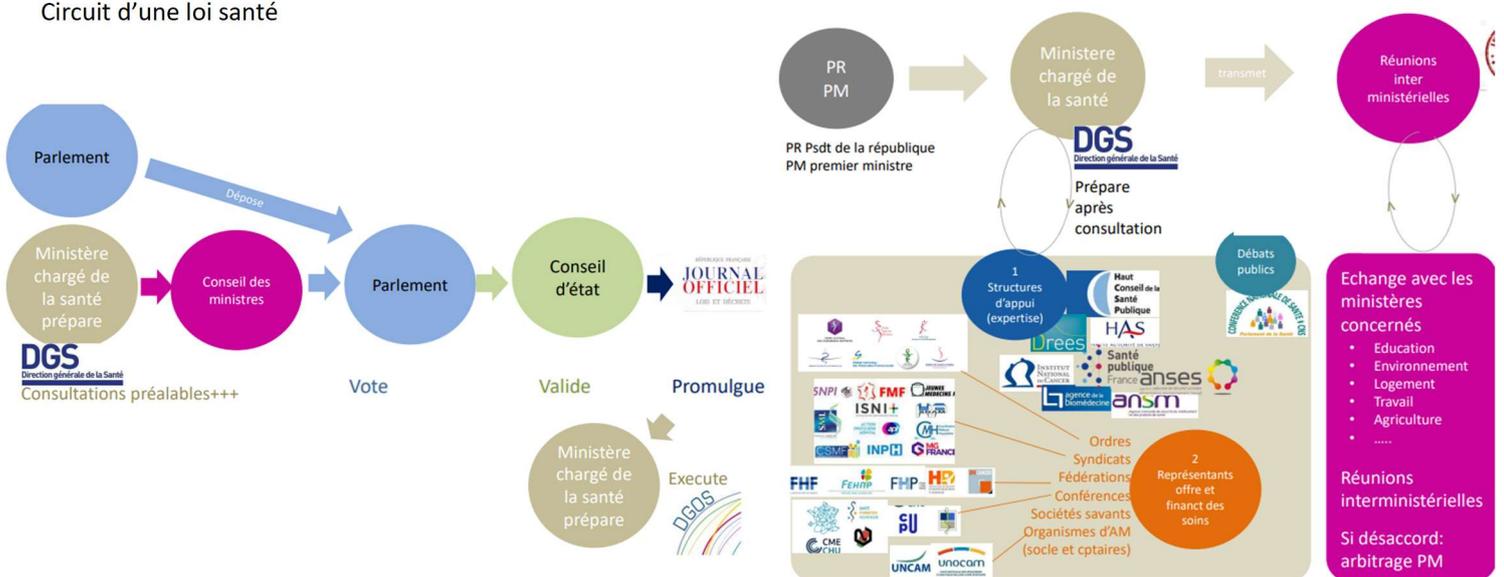
Une politique de santé publique se décline en programme et un programme se décline en action évaluables (voir cours « concepts en santé publique »). Une loi n'est pas une politique de santé : par exemple le Ségur de la santé est une politique de santé qui donnera la loi Rist, la politique « ma santé 2022 donnera la loi Buzyn. De cette manière les politiques de santé nourrissent les lois traitant de santé :

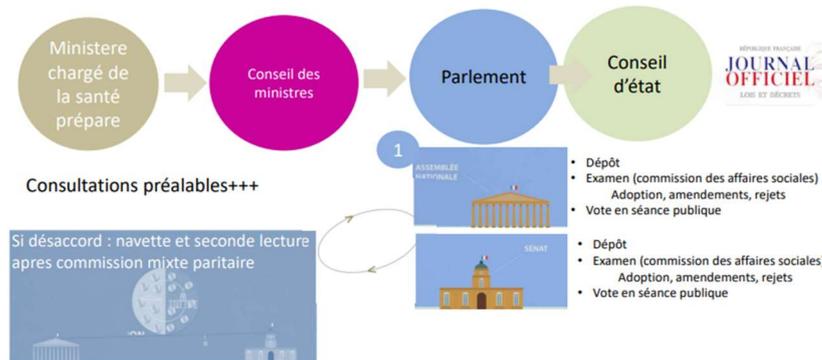
- Loi financement de la Sécurité Sociale
- Lois dédiées à l'Assurance Maladie
- Loi dédiées santé : orientations de la politique de santé
- Lois avec impact sur la santé (urbanisme, bio dans les cantines...)

c. La loi santé

La place de l'état dans un loi santé n'est pas négligeable : il vote les lois et les budgets (parlement) et il propose la loi et veille à son application (ministère).

Circuit d'une loi santé





- d. Le gouvernement en charge de la santé
1) Le ministère de la santé

Le ministre de la santé actuel est François Braun.

Le premier ministère de la santé a été créé en 1920 (hygiène, assistance et prévoyance sociale). Il est rattaché à d'autres domaines : travail, finances, affaires sociales, emploi et solidarité...

6 entités composent ce ministère : 4 directions administratives (DGS, DGOS, DSS, DGCS), une direction d'études (DREES) et une instance de contrôle (IGAS).



Des structures d'appui existent : (HCSP, CNS, HAS, INC, Santé publique France, ANSM, ANSES, EFS et agence de la biomédecine).



- 2) La DGS (Direction Générale de la Santé)

C'est la tête pensante, elle conçoit et pilote (mène et coordonne) la politique de santé. En lien avec l'Europe (CDC) et l'international (OMS), elle a 3 missions :

- Préserver et améliorer l'état de santé (Enjeu 1 : investir collectivement dans la promotion de la santé et la prévention)
- Gérer des risques sanitaires, alimentaires et environnementaux (infectieux, NRBC) dont le risque transnational
- Garantir, encadrer la qualité des pratiques, soins et produits de santé et l'égalité dans l'accès au système de soins (réglementation de la vente sur internet, transparence des liens d'intérêt, bioéthique, encadrement de la médecine esthétique... Essais cliniques de médicaments, défense des droits des malades, encourager la démocratie sanitaire, encadrer des actes à visée esthétique, gestion des pénuries de médicaments essentiels).

- 3) DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)

C'est la cheville ouvrière : elle pilote, contrôle et évalue l'offre de soins. Elle a un périmètre élargi : ambulatoire, hospitalier, médico-social. Son action est plus large que la DHOS (Direction Hospitalière de l'Offre de Soins). Elle assure une réponse aux besoins en garantissant des soins de qualité et une efficacité en :

- Organisant l'offre de soins et sa régulation (numerus clausus, formation, concours)
- Gérant les normes de fonctionnement (taux d'équipement en lit ou imagerie)
- Gérant des moyens financiers (fixe la tarification des établissements de santé)
- Gérant des ressources humaines (gestion carrière) : Conseil National de Gestion (CNG)

4) DSS (Direction de la Sécurité Sociale)

Elle élabore la politique de la Sécurité Sociale : Assurance Maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille et dépendance). Elle contribue à l'élaboration du financement de la Sécurité Sociale en préparant les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS). C'est aussi la tutelle des organismes de la Sécurité Sociale.

5) DGCS Direction Générale de la Cohésion sociale

Elle agit sur les solidarités, le développement social et la promotion de l'égalité sur un public et des domaines divers :

- Personnes âgées
- Personnes en situation de handicap
- Insertion sociale, populations en situation de précarité
- Politique familiale
- Enfance
- Egalité hommes/femmes

Elle élabore, met en œuvre, évalue et coordonne ces politiques d'intervention sociale et solidaire.

6) IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales)

C'est le corps de contrôle du domaine social :

- Enquête SAMU Strasbourg 2018
- Enquête et analyse d'un conflit entre hospitalo-universitaires à HEGP
- Proposition d'évolution du statut HU, 60 ans après la loi de 1958
- Evaluation de l'application de la loi sur la fin de vie

7) Synthèse

| ENTITÉS | MISSIONS |
|---------|--|
| DGS | Conception, pilotage stratégique de la mise en œuvre de la politique de santé publique en lien avec les ARS et les agences nationales |
| DGOS | Conception, pilotage stratégique et animation de l'offre de soins (hôpital – ville), en lien avec les ARS, les opérateurs (Anap, ATIH, CNG) et la Cnam-TS |
| DGCS | Conception, pilotage et évaluation des politiques publiques de solidarité, de développement social et de promotion de l'égalité favorisant la cohésion sociale |
| DSS | Élaboration et mise en œuvre de la politique relative à la sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance |
| Drees | Doter les ministères, les services déconcentrés ainsi que les établissements, organismes et agences sanitaires et sociales d'une capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation sur leur action et leur environnement |
| Igas | Corps de contrôle interministériel du secteur social, l'Igas contrôle, audite ou évalue des structures et des politiques, conseille les pouvoirs publics et apporte son concours à des projets |

e. Structures d'appuis du gouvernement

Il y a des structures de santé publique (HCSP, CNS, HAS), des structures de recherche (INSERM, INC, ANRS, DREES, IRDES) et des structures de veille/formation et éducation sanitaire (Santé Publique France, ANSM, ANSES, EFS, ASN et agence de la biomédecine).

1) HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique)

Il observe la santé, il évalue les politiques et donne des éléments d'orientation.

- Aide à l'élaboration et l'évaluation des politiques de Santé Publique
 - o Observation de la santé
 - o Conseil en stratégie de Santé Publique
 - o Avis thématiques

- Définition et évaluation des lois et objectifs de Santé Publique
- Soutien au ministère pour les lois et plans de santé
 - Aide à l'élaboration des lois de Santé Publique
 - Contribution de la HSCP pour la loi Santé (Publication « Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients »)
 - Contribution pour la sécurité des soins (Publication « Pour une politique globale et intégrée de sécurité des patients »)
 - Aide à l'évaluation des lois
 - Définition et évaluation des objectifs
 - Indicateurs d'évaluation des plans (plan cancer par exemple)
 - Evaluation des objectifs de la loi ddu 9 août 2004 montre que sur les 56 objectifs évaluables, 10 ont été atteints, 13 partiellement, 14 à tendance favorable et 19 sans tendance ou tendance défavorable.

2) HAS (Haute Autorité de Santé)

La HAS contribue par ses avis à accompagner la décision publique pour optimiser la prise en charge financière collective des biens et des services médicaux remboursables et préserver de façon durable le financement solidaire et équitable de notre système de santé. En pratique, elle donne les recommandations de bonnes pratiques, évalue les produits de santé, certifie les hôpitaux et accrédite les médecins.

- Recommander les bonnes pratiques
 - Fiche du CLIN
 - Fiche sur diverse maladies
 - Etc
- Evaluer l'intérêt des médicaments via la commission de la transparence
 - Elle évalue l'intérêt post AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) et donne un avis qui sera étudié par d'autres organismes
- Certifier les hôpitaux
 - Données sur des données de qualité et de performance publiquement accessibles
- Accréditer les médecins
 - 12 000 événements indésirables sont analysés par an et la HAS peut étiqueter des spécialistes comme « à risque »
 - 56% des événements indésirables graves (décès 52%, mise en jeu du pronostic vital 31% et probable handicap 17%) aurait pu être évité en 2020. Dans 93% des cas, une information sur l'EIG est délivrée au patient ou à ses proches.

3) INC (Institut Nationale du Cancer)

Ses missions sont la prévention, l'information du public, l'élaboration et la diffusion de référentiels de bonne pratique, l'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer et la coordination de la recherche.

4) DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)

Elle fait des observations de la Santé et de l'Assurance Maladie ainsi que de la solidarité.

Etablissements de santé :

- Ce bureau recueille des informations et réalise des études sur l'activité de soins des établissements, les caractéristiques des personnels et des patients pris en charge. Il participe à la mise en place et à la diffusion d'indicateurs sur l'offre hospitalière et la qualité des soins

Professions de santé

- Ce bureau analyse la démographie, l'activité, les revenus et les filières de formation de ces professions, ainsi que leur rôle dans l'offre de soins et dans le fonctionnement du système de santé.

Etat de santé de la population

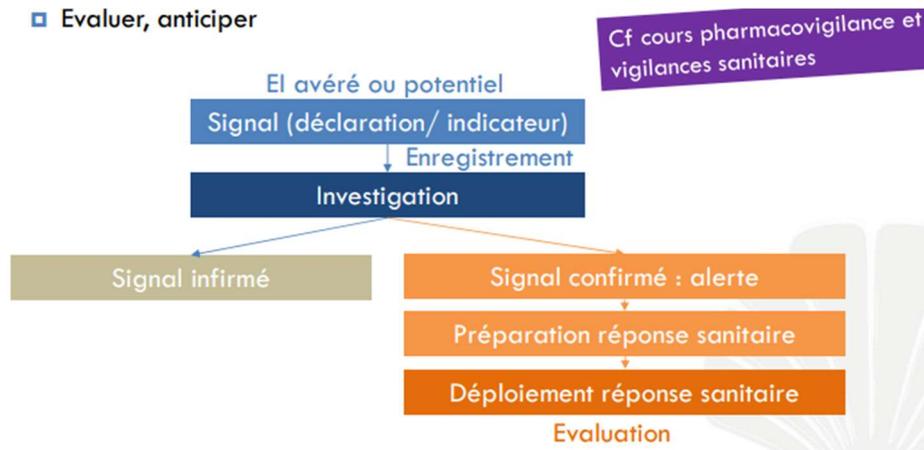
- Ce bureau recueille des informations et réalise des études et des synthèses sur la morbidité et l'état de santé de la population ainsi que ses attitudes vis-à-vis de la santé.

Dépenses de santé et relations avec l'Assurance Maladie

- Ce bureau recueille des informations et réalise des études sur les dépenses de santé des ménages, leur couverture maladie, le marché du médicament et la situation économique des établissements de santé.

5) Veille sanitaire au service de la sécurité sanitaire

La veille sanitaire est un système de surveillance épidémiologique (continu) visant à détecter tout évènement sanitaire anormal pour y apporter une réponse en termes de protection de la santé de la population.



6) ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé)

- Autorisation
- Essais cliniques
 - AMM : Autorisations de mise sur le marché des médicaments
 - Éventuels retraits / suspension
- Surveillance des produits de santé
 - Centralise des dispositifs de pharmaco, matério, réacto, hémovigilance
 - Éventuels retraits / suspension
- Police sanitaire
- Contrôle de la publicité

7) EFS (Etablissement Français du Sang)

C'est l'opérateur unique de la transfusion sanguine. Il collecte, prépare, qualifie et distribue les produits sanguins labiles aux établissements de soins. Ce circuit du sang est contrôlé par un seul organisme afin de satisfaire au mieux les besoins et d'assurer une sécurité maximale.

8) ABM (agence de la BioMédecine)

Elle est à l'origine de la création des lois de bioéthique du 6 août 2004. Elle encadre certaines activités :

- Prélèvement et greffe d'organes
 - Gestion du processus de greffe (CRISTAL)
- Procréation, embryologie et génétique humaine
- Greffe de tissus et de cellules
- Veille sanitaire pour ces domaines + lait thérapeutique

9) ANSES (Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail)

Elle répond au principe du *One Health* : Santé des hommes, animaux et de l'environnement. C'est la seule agence chargée d'évaluer, de prévenir et de protéger contre le risque global.

- Veille, expertise, recherche et référence : contribuer à assurer la sécurité des travailleurs et des consommateurs
- Domaines du travail, de l'environnement, de l'alimentation, de la santé et du bien-être des animaux, de la santé des végétaux.

10) Santé Publique France

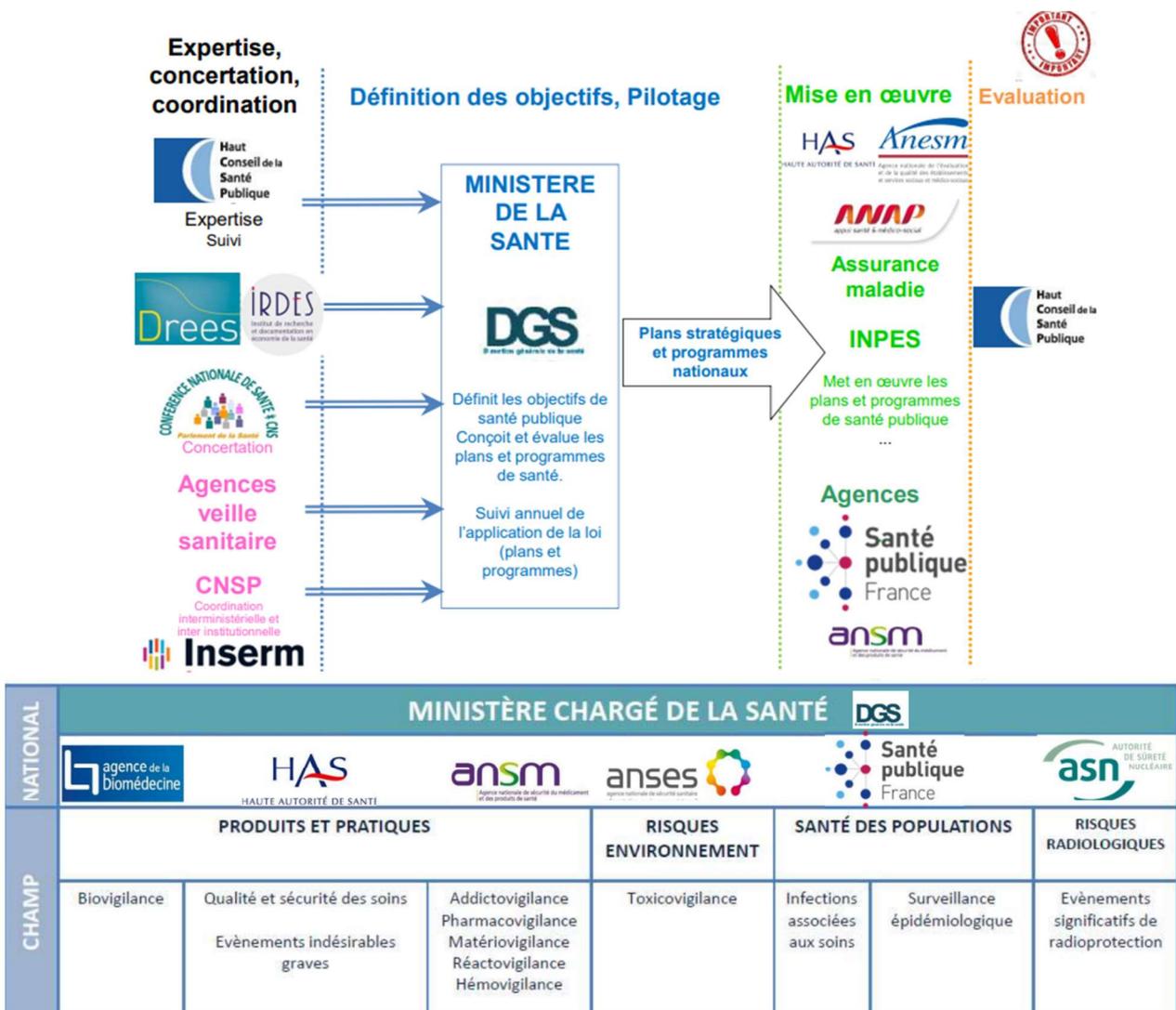
Cette agence est née de la fusion en 2016 de 3 agences : l'INVS (Institut Nationale de Veille Sanitaire), l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) et EPRUS (Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires). Elle contribue à la veille sanitaire notamment avec les lois de juillet 1998 et décembre 2011. Elle chapeaute toutes les agences de sécurité sanitaire et a une thématique historique : les maladies infectieuses. Pour lutter contre ces maladies, cette agence a mis en place 2 systèmes :

- La remontée des maladies à déclarations obligatoires (MDO)
- Le traitement statistique des données des maladies infectieuses

Ces dernières années, le périmètre de Santé Publique France s'élargit avec les maladies chroniques notamment. Pour le côté prévention, c'est l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) qui s'en charge. C'est notamment elle qui publie les messages de prévention canicule et qui élabore les affiches « alerte coronavirus ».

L'ERUPS quand à lui a 3 missions :

- Gestion administrative, opérationnelle et financière de la réserve sanitaire
- Constitution et gestion des stocks stratégiques de produits de santé (Ex : masques chirurgicaux, FFP2...)
- Expertise logistique et médicale à la cohérence des plans de défense et des plans de secours (ex : soutien psychologique attentat de Nice 2016)



IX. Régulation du système français à l'échelle infranationale

a. Agence Régionale de Santé (ARS)

C'est le relai du ministère de la santé sur le terrain. La loi HPST (Hôpital Patient Santé Territoire) d'Avril 2010 a créé une déconcentration des administrations de l'Etat : les établissements publics d'Etat sont dotés d'autonomie administrative et financière.

L'ARS est l'interlocuteur unique pour un périmètre élargi, décloisonné (approche globale) :

- Ville + hôpital + médico-social (handicap, perte d'autonomie, exclusion)
- Prévention (primaire, secondaire, santé scolaire, au travail...)
- Veille et sécurité sanitaire



L'ARS a des missions au niveau régional et départemental : définir et mettre en œuvre les politiques nationales de santé, relatives au social et médico-sociale.

Grâce à ces agences, il y a une adaptation des politiques de santé aux particularités de la Région : ce sont les Projets Régionaux de Santé qui servent à définir les besoins en région et les actions prioritaires en déclinant et adaptant la politique nationale de santé.

Exemple du Projet Régional de Santé de l'Occitanie :

L'Occitanie présente des fortes inégalités selon les territoires. Le projet vise donc à mobiliser les acteurs de santé et ses partenaires pour davantage prendre en compte les besoins des personnes les plus vulnérables et d'agir plus efficacement pour réduire les inégalités de santé. 5 engagements pris en ce sens :

- Développer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce
- Accompagner la personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé
- Améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée
- Renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées
- Promouvoir et garantir la qualité, la pertinence des prises en charge et des accompagnements

Organisation des soins de l'ARS :

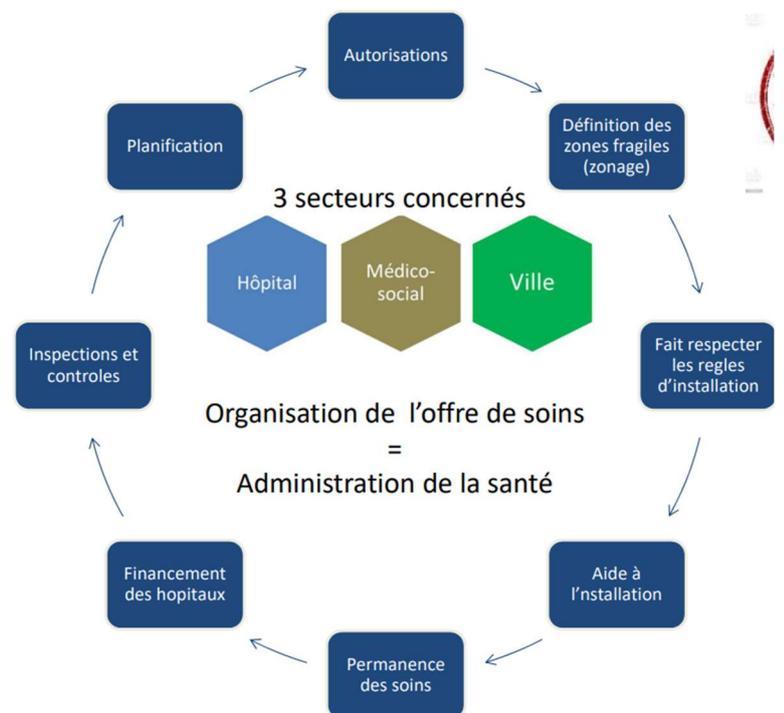
Le volet hospitalier :

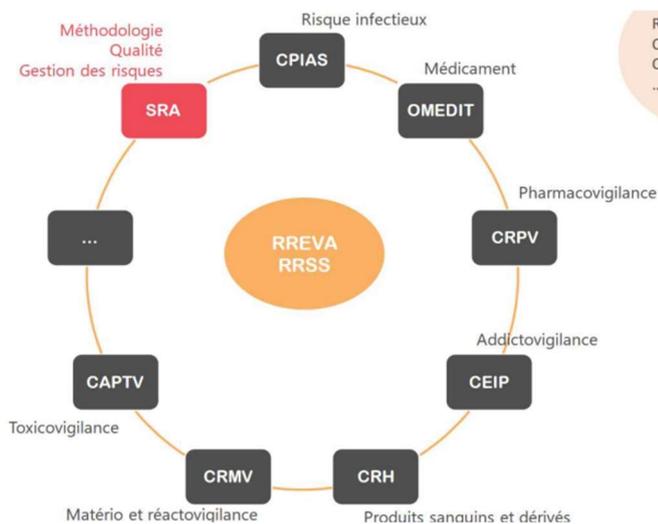
L'ARS est la structure qui donne les autorisations d'ouverture (de service, de nombre de lits, d'équipement comme les scanners...). Ce volet est opposable.

Le volet ambulatoire :

L'ARS organise le maillage de l'offre de soins sur le territoire : « Zonage ». Elle aide à l'installation, à l'exercice regroupé, à la coopération...

Au sein de l'ARS, il existe un réseau régional de vigilance composé du RREVA (Réseau Régional de Vigilance et d'Appuis) et du RRSS (Réunion Régionale de Sécurité Sanitaire). Ce réseau régional de vigilance est composé de





- SRA : Structure régionale d'appui → Méthodologie, qualité, gestion des risques
- CPIAS : Centre d'Appuis pour la Prévention des Infections Associées aux Soins → Risque infectieux
- OMEDIT : Observatoire des Médicaments, Dispositifs Médicaux et Innovations Thérapeutiques
- CRPV : Centres Régionaux de PharmacoVigilance
- CEIP : Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance
- CRH → produits sanguins et dérivés
- CRMV → matério et réactovigilance
- CAPTV : Centre d'AntiPoison et de Toxicovigilance → toxicovigilance

Missions des ARS l'application en région de la politique nationale définie par le gouvernement :

- Accompagnement des structures qui prennent en charge les personnes handicapées ou en perte d'autonomie
- Mise en place d'une médecine de garde
- Encourager les projets innovants
- Accompagner les citoyens tout au long de leur parcours de vie, de soins, de santé
- Veille et sécurité sanitaire
- Définition, financement et évaluation des actions de prévention et promotion de la santé
- Anticipation, préparation et gestion des crises sanitaires en liaison avec le préfet
- Régulation de l'offre de santé (ambulatoire, médico-social et hospitalier)
 - o Coordonner les activités et attribuer les budgets
 - o Réguler la répartition de l'offre de soin pour une meilleure utilisation des ressources et maîtrise des dépenses de santé
 - Autorisation de création des établissements et services de soins médico-sociaux
 - Prévenir et gérer le risque assurantiel
 - Evaluation et promotion de la qualité des formations des professionnels de santé

Les partenariats :

- Conseil régional
- Conseil départemental
- Préfectures
- Représentants d'usagers
- Professionnels de santé
- Associations

Le PRS (Projet Régional de Santé) est l'ensemble des priorités que l'ARS met en œuvre avec ses partenaires pour :

- Améliorer l'état de santé des habitants de la région
- Favoriser au quotidien leur accès à la santé
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé

3 volets :

- Le cadre d'orientation stratégique détermine les priorités de la politique régionale
- Le schéma régional de santé prévoit l'ensemble des actions qui seront menées pour répondre aux besoins de la population
- Le programme régional d'accès à la prévention et aux soins qui vise à améliorer la santé des plus démunies

Il est élaboré en concertation avec les acteurs de santé de la région. Il prend en compte :

- Les besoins de la pop et des territoires
- Politique nationale de santé
- Sécu et qualité des prises en charge
- Maîtrises des dépenses de santé

Au bout de 5 ans, l'impact du PRS est évalué pour s'adapter aux évolutions des pratiques et besoins.

Exemple : rôle des ARS pendant la pandémie COVID

Les ARS adaptent les décisions du Ministère des solidarités et de la santé en région et pilotent l'organisation sanitaire. Durant la pandémie, l'ARS s'est chargée d'analyser, avec Santé Publique France, l'évolution de la situation et adapter le système de soins. Dès le premier cas, l'ARS a assurée le suivi et l'isolement des malades COVID et gérer les cas groupés pour éviter la propagation du virus. Elle a organisé les dépistages avec les équipes soignantes des établissements du territoire pour contenir les foyers. Des médecins et des agents de l'ARS ont rappelé individuellement + de 7000 malades COVID en 3 mois et personnes contact. L'ARS donne des consignes concrètes aux hôpitaux depuis le 1^{er} jour pour adapter l'activité et gérer la prise en charge des patients COVID. Sous l'impulsion de l'ARS, la Nouvelle-Aquitaine a ouvert 300 lits de réanimation supplémentaires. L'ARS a également adapté le cadre d'accueil et l'accompagnement des plus fragiles. Elle a recherché des solutions régionales pour renforcer les stocks de masques nationaux et les acheminer vers les professionnels de santé.

b. Le conseil départemental

Au niveau départemental, c'est le conseil départemental qui a les compétences dans le domaine social et médico-social. Dans toute ville supérieure à 10 000 habitants, il doit y avoir un service communal d'hygiène et de santé. Il existe des centres communaux d'action sociale ainsi que des centres de santé et dispensaires municipaux.