

Le système de Santé en France

LP Institut du Thermalisme

Frédéric Bauduer

Qu'est-ce que la santé ?

- La **santé** est un état de **complet bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- Cette définition est celle du préambule de 1946 à la Constitution de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Cette définition de l'OMS n'a pas été modifiée depuis 1946.
- Elle implique que tous les besoins fondamentaux de la personne soient satisfaits, qu'ils soient :
 - affectifs,
 - sanitaires,
 - nutritionnels,
 - sociaux ou
 - culturels et
- du stade de l'embryon, voire des gamètes à celui de la personne âgée.

Qu'est-ce que la santé publique ?

- La santé publique est aujourd'hui une discipline autonome qui s'occupe
 - de l'état sanitaire d'une collectivité,
 - de la santé globale des populations sous tous ces aspects :

curatif

préventif

éducatif

social

- La santé publique peut être aussi considérée comme une

Institution
sociale

discipline

pratique

- Son champ d'action est vaste couvre tous les efforts qui sont destinés à améliorer la santé de groupes ou de populations entières

sociaux

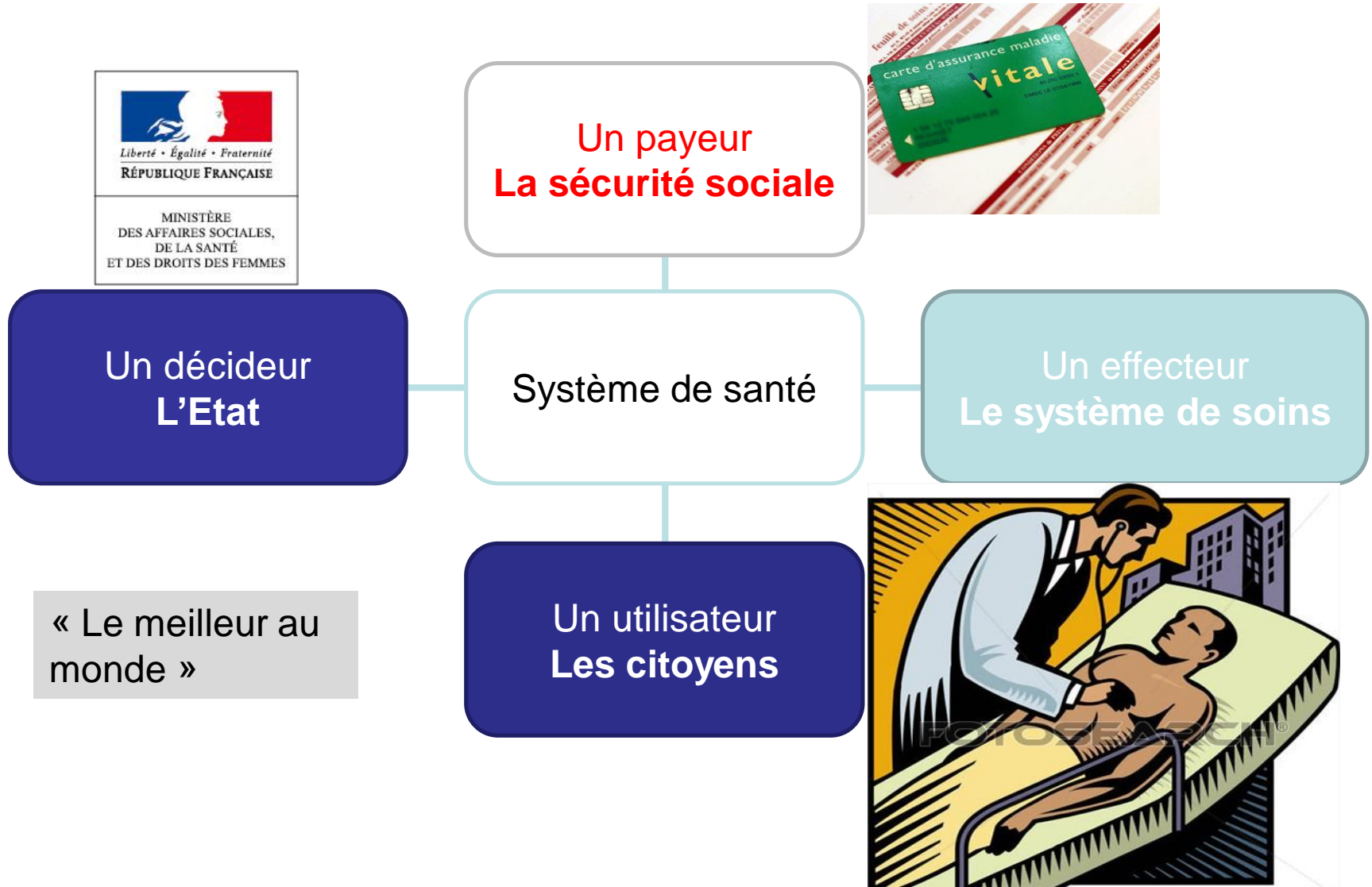
politiques

organisationnels

Le champ d'action de la santé publique inclut tous les systèmes

- ❑ de promotion de la santé,
- ❑ de prévention des maladies,
- ❑ de lutte contre la maladie (médecine et soins) et
- ❑ de réadaptation.

Quelle est l'organisation du système de santé publique en France ?



Quelle est l'organisation du système de santé publique en France ?



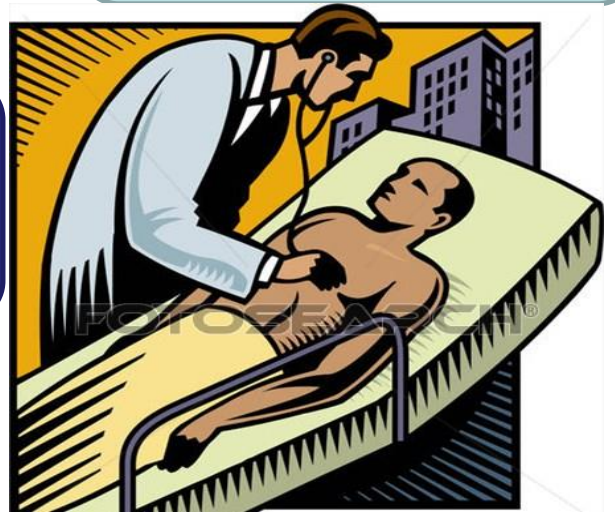
Un payeur
La sécurité sociale

Un décideur
L'Etat

Systeme de santé

Un effecteur
Le système de soins

Un utilisateur
Les citoyens



Ministère

Administration
sanitaire

DGCS DGS

DSS DGOS

Parlement



Ministère et administration sanitaire

□ Le Ministère

- santé

- affaires sociales

→ actuellement Ministère des Affaires sociales et de la Santé

□ Administration sanitaire : 4 directions :

- Direction Générale de la Santé (DGS)

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

- Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

- Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS)

Ministère

Administration
sanitaire

DGCS DGS

DSS DGOS

Parlement



Le parlement

PARLEMENT

Etablit annuellement :

- les objectifs sanitaires ;
- la loi de financement de la sécurité sociale en fixant les objectifs des dépenses maladies (ONDAM).

- Et d'autres lois sur initiative du gouvernement :
 - La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (2009)
 - Loi relative à la politique de santé publique (2004)
 - Loi relative au droit des malades (2002)

L'état décide ... comment ?

En s'appuyant sur des structures d'expertise et des autorités indépendantes ...

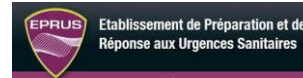
- ▶ Le haut conseil de la santé publique (HCSP)
- ▶ La haute autorité de la santé (HAS)
- ▶ La Conférence Nationale de Santé (CNS)
- ▶ Les Conférences Régionales de Santé (CRS) devenues **CRSA** (loi HPST 2009), les Conférences de territoire
- ▶ Le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) créé en 2004.
- ▶ Les groupements régionaux de santé publique (GRSP)
- ▶ Les observatoires régionaux ...
- ▶ ...



L'état décide ... comment ?

En s'appuyant sur des agences et instituts chargés d'une expertise technique (sous la tutelle du Ministère de la Santé) et les instituts de recherche et de formation...

- ▶ L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- ▶ L'Agence Nationale chargée de la Sécurité Sanitaire de l'Alimentation, de l'Environnement et du Travail
- ▶ L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
- ▶ L'Institut National de Prévention et d'éducation pour la Santé
- ▶ Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires
- ▶ L'Institut National de Santé Publique France (2016)
- ▶ L'institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire
- ▶ L'Institut National du Cancer
- ▶ Agence de la Biomédecine
- ▶ (EFS, INTS, ANRS, INSERM, CNRS, ENSP, CNSA, ...)





Les comités nationaux

- ▣ Ce sont des institutions politico-scientifiques
- ▣ 2 principaux comités



Haut Conseil de la Santé Publique



Conférence Nationale de Santé

accueil

Dernières mises en ligne

Séminaire sur les systèmes d'information pour la santé publique, la surveillance et la recherche, 12 février 2013

Antibioprophylaxie et vaccination des personnes traitées par Soliris®

Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir

Recommandations pour les conditions d'exercice de la thanatopraxie



1 2

dossier adsp

Lutte contre le tabagisme : toujours une priorité

Le tabac est encore la première cause de mortalité évitable. Il est responsable de 73 000 décès chaque année et de pathologies graves. Ce dossier plaide pour une relance de la lutte contre le tabagisme.



Lire la suite

à la une

Survenue de maladies infectieuses dans une collectivité. Conduites à tenir

Ce guide constitué de 52 fiches spécifiques, précise les conduites à tenir en cas de maladies transmissibles survenant dans une collectivité d'enfants ou d'adultes.

Il s'adresse aux collectivités locales, aux établissements de santé, aux professionnels de santé, aux associations de personnes atteintes de maladies infectieuses, aux collectivités, aux associations de personnes atteintes de maladies infectieuses, aux associations de personnes atteintes de maladies infectieuses, aux associations de personnes atteintes de maladies infectieuses.

Séminaire sur les systèmes

Recommandati

Contribue à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique

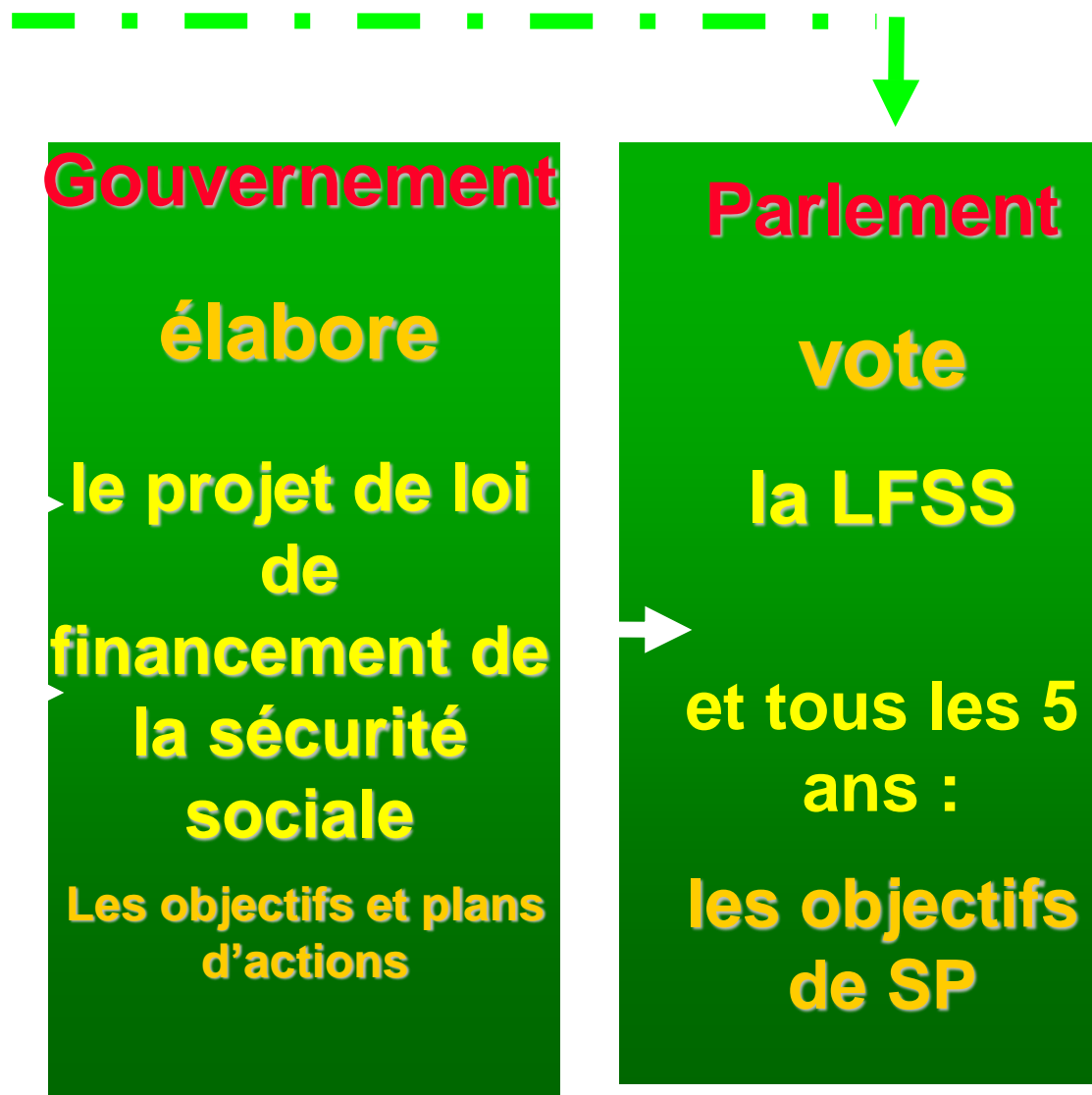
Exerce une fonction d'expertise et de veille prospective

Évalue la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et assure le suivi de la loi

**Haut conseil de
santé publique**



**Conférences
régionales de santé
et de l'autonomie**





Les agences sanitaires

- ❑ Loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme
- ❑ Indépendantes mais sous tutelle des administrations centrales
- ❑ Autonomie juridique et financière
- ❑ Objectif : **EXTERNALISER** l'expertise
 - Anticiper les dangers sanitaires et répondre aux crises sanitaires
 - Externaliser l'expertise afin de séparer l'évaluation des risques de leur gestion
 - Mission d'appui à la DGS

Les agences sanitaires : HAS



Haute Autorité de Santé

- Un statut un peu différent des autres agences
 - Autorité publique indépendante à caractère scientifique
 - Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'AM
 - Mise en place le 1er janvier 2005 (ex-ANAES)

- **Évaluation** des technologies et des stratégies thérapeutiques

- **Recommandations** professionnelles

- Mise en œuvre de la **certification**

Les agences sanitaires : ~~AFSSAPS~~ → ANSM



Agence nationale de sécurité
du médicament et des
produits de santé

- ❑ Etablissement public, sous la tutelle du ministère de la Santé
- ❑ Mission : Evaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des médicaments et produits de santé
→ Evaluer la sécurité d'emploi, l'efficacité et la qualité de ces produits
- ❑ Délivre l'AMM
- ❑ Assure les vigilances : pharmacovigilance, cosmétovigilance, matériovigilance, biovigilance, réactovigilance

Agence régionale de santé = ARS

- Acteurs essentiels du système de santé au niveau de la région :
mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé
→ Ancrage territorial des politiques de santé
- Approche décloisonnée et globale des questions de santé
 - large champ de compétences
 - organisation des soins, veille et sécurité sanitaire,
 - prévention dans le secteur sanitaire et le secteur médico-social
- Des interlocuteurs uniques placés sous la tutelle des ministres de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie

Projet régional de santé

- ❑ Objectif : déterminer les priorités des politiques de santé en région, dans les différents champs :
 - hospitaliers
 - ambulatoire
 - médico-social
 - prévention

- ❑ A partir des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) = état des lieux des besoins qui sont fonction des spécificités régionales (démographie, déterminants de santé, facteurs de risque)

- ❑ Ex : Volet biologie médicale SROS 2012-2016 :
 - Réglementation
 - État des lieux
 - Orientations et actions envisagées
 - Indicateurs

▶ **Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009**

▶ Cette loi affiche l'ambition de moderniser l'ensemble du système de santé en s'intéressant à 4 champs :

1. Modernisation des établissements de santé
2. Accès à tous à des soins de qualité
3. Prévention et santé publique
4. Organisation territoriale du système de santé

- ▶ Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009

1 . Modernisation des établissements de santé

l'amélioration du fonctionnement des établissements

- ✓ sur les missions de service public
- ✓ clarification du [statut des établissements de santé](#)
- ✓ clarification de la [gouvernance](#) des établissements publics de santé
- ✓ [liberté d'organisation interne](#) des établissements publics de santé
- ✓ assouplissement de la gestion des établissements publics de santé

l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la sécurité des soins

- ✓ exigence accrue sur les champs de la [qualité et de la sécurité](#) au niveau interne des établissements
- ✓

l'amélioration des outils de coopération entre établissements

- ✓ communautés hospitalières de territoire ([CHT](#))
- ✓ groupements de coopération sanitaire ([GCS](#))

l'amélioration de la performance des établissements

- ✓ création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements ([ANAP](#))

- ▶ Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009

2. Accès à tous à des soins de qualité

❑ l'amélioration du fonctionnement des établissements

✓ Organisation de l'offre de soins en fonction des niveaux de recours et des besoins de santé

- intégration d'un volet "ambulatoire", non contraignant, dans les **Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)**
- organisation des **soins ambulatoires** assurés par ARS
- rôle pivot du médecin généraliste en terme de soins de premier recours
- précision sur le rôle du pharmacien d'officine
- amélioration de la **répartition des médecins** sur le territoire
- **coopération** entre professionnels médicaux et non médicaux
- définition du cadre juridique de la **télé médecine**
- formation médicale continue devenant **développement professionnel continu (Dpc)**

- ▶ Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009

3. La prévention et la santé publique

- l'éducation thérapeutique du patient comme priorité nationale
 - ✓ responsabilisation et autonomisation de la personne vivant avec une maladie chronique, pour améliorer sa qualité de vie
- l'amélioration du **dépistage** pour certains publics
- l'interdiction et / ou l'encadrement de la vente **d'alcool et de tabac**, pour protéger les plus jeunes
 - ✓ encadrement de certains modes de vente en pleine expansion
 - ✓ renforcement des dispositions pénales applicables
- lutte contre cancer, obésité ...
- santé et environnement

- ▶ Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009

4. Organisation territoriale du système de santé

- ❑ Création des agences régionales de santé (ARS)
 - ✓ **déclinaison et mise en œuvre régionale** de la politique nationale de santé,
 - ✓ organisation des soins, de la prévention, de la veille et de la sécurité sanitaire,
 - ✓ se substituent aux 7 précédentes structures (Arh, Drass et Ddass, Urcam, Grsp, Mrs, Cram (dans leur volet « sanitaire »))
 - ✓ **décloisonnement hôpital / champ ambulatoire / champ médico-social**
 - ✓ **un directeur général**, nommé en conseil des ministres, un conseil de surveillance avec des représentants de l'Etat, de l'assurance maladie, des collectivités locales, des patients, des personnes âgées et des personnes handicapées, une conférence régionale de santé et de l'autonomie, 2 commissions de coordination, des politiques de santé, des conférences de territoire dans chaque territoire de santé
 - ✓ création d'un **comité national de pilotage**, présidé par les ministres chargés de la santé, des personnes âgées, des personnes handicapées et de l'assurance maladie (les ministres chargés du budget et de la sécurité sociale étant membres de droit)

- ▶ Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009

4. Organisation territoriale du système de santé

- ❑ la représentation des professionnels de santé libéraux
 - ✓ création d'[Unions Régionales des Professionnels de Santé](#) (URPS) rassemblant, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral
- ❑ la politique régionale de santé
 - ✓ simplification et clarification de l'organisation sanitaire actuelle
 - ✓ transversalité et lisibilité de la politique conduite par les ARS, via le [Projet Régional de Santé](#)
 - ✓ mise en oeuvre du [Plan Stratégique Régional de Santé](#) fixant les orientations des schémas régionaux de prévention, d'organisation des soins et d'organisation médico-sociale

- ▶ Loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires (HPST) du 21 juillet 2009

4. Organisation territoriale du système de santé

❑ la déclinaison régionale de la politique de santé

- ✓ création de **territoires** par le directeur général de l'ARS, chacun incluant une conférence de territoire rassemblant les différents acteurs du système de santé
- ✓ élaboration par l'ARS d'un **programme régional de gestion du risque** déclinant les actions nationales et définissant des actions régionales complémentaires

❑ Les systèmes d'information de santé

- ✓ la réorganisation des opérateurs publics chargés d'accompagner les acteurs de santé dans la recherche de l'efficacité : mise en place de 2 opérateurs complémentaires : **l'Agence des Systèmes d'Information Partagés (ASIP)** et **l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements (ANAP)**
- ✓ cadre juridique pour la **télémédecine**, relance du dossier médical personnel (DMP),
- ✓ le suivi optimisé des professionnels de santé et de leurs activités

QUATRE ENJEUX POUR LA POLITIQUE DE SANTÉ (art 2 -loi SP)

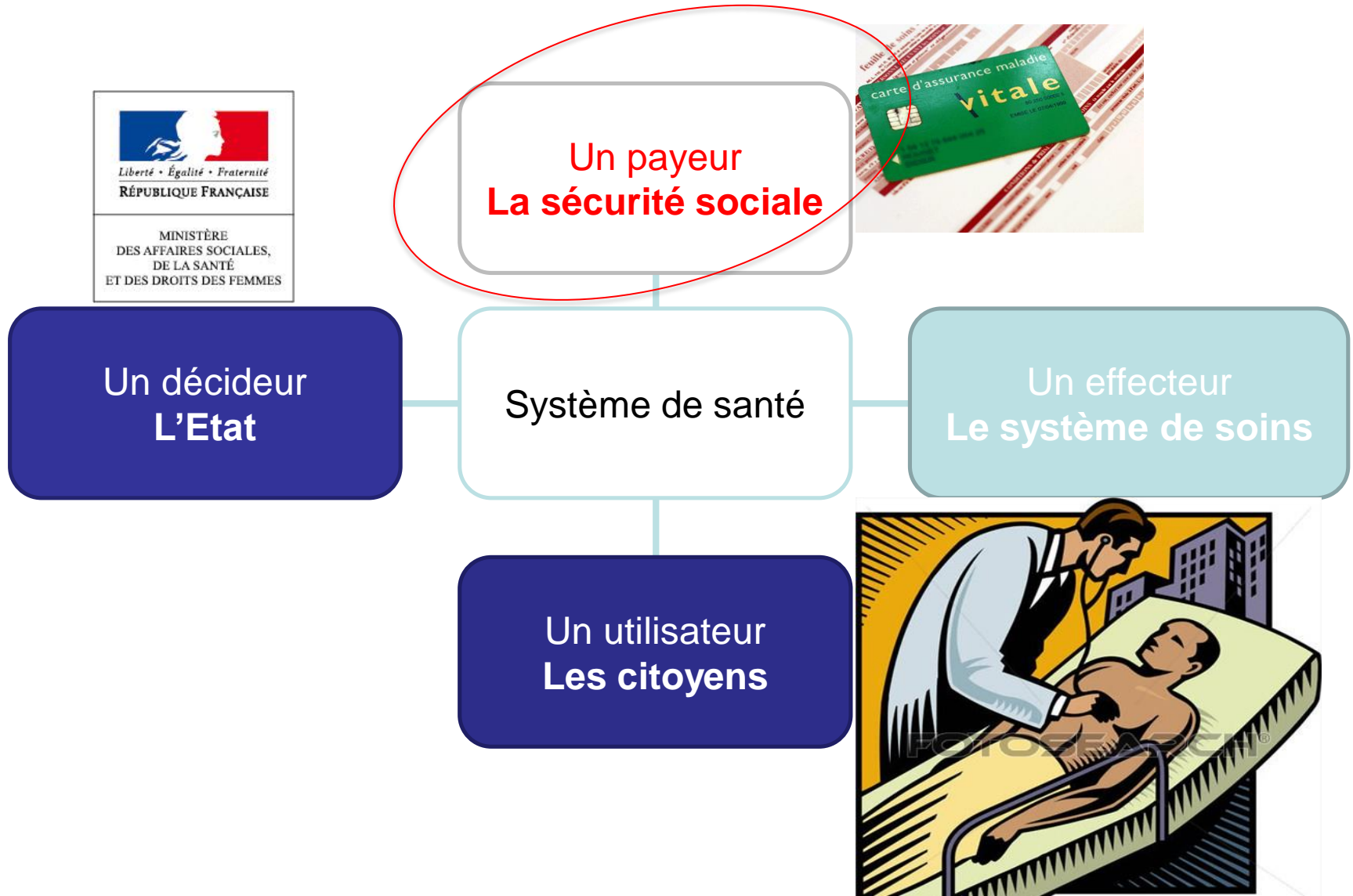
Réduire les inégalités de santé

Améliorer la qualité du système de santé et la qualité de vie des malades

Promouvoir la santé ***grâce à la prévention et à l'éducation pour la santé***

Mieux identifier et réduire les risques pour la santé (***un environnement de qualité, des produits et des aliments sûrs, santé au travail***)

Quelle est l'organisation du système de santé publique en France ?



L'assurance-maladie

□ 3 grands régimes :



Régime général (CNAMTS/CPAM) : salariés du commerce et de l'industrie : 80% de la population



Mutualité Sociale Agricole (MSA) : exploitants et salariés agricoles



Régime Social des Indépendants (RSI) : artisans, commerçants, industriels et professions libérales

□ Régimes spéciaux : SNCF, RATP, EDF-GDF...

□ + Couverture Maladie Universelle : CMU

L'assurance-maladie

- Gestion décentralisée (caisses)

- Contrôle de l'Etat :
 - IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
 - Cour des Comptes

- Parlement : ONDAM (PLFSS)
 - Soins de ville
 - Soins hospitaliers
 - Médico-social

Assurance Maladie

La Sécurité sociale est en charge de 3 risques
maladie, famille, vieillesse

Création en 1945

Fondé sur le travail : cotisations

Les personnes protégées sont les « assurés sociaux »

*Branche maladie de la Sécu = **Assurance Maladie***

75% des dépenses de santé assumées par l'AM

Depuis la CMU (2000), la totalité de la population est protégée.

Prestations prises en charge par SS (cure thermique depuis 1947)

Les taux de remboursement

- **HONORAIRES DE VILLE :**
- **Praticiens :** 70 %
- **Auxiliaires médicaux** (infirmières, kinés, orthophonistes, orthoptistes, pédicures) :... .. 60 %
- **Frais d'analyses ou de laboratoire** (B, BP, BR) : 60 %
- **Actes en P** (Anatomo cytopathologistes) : 70 %
- **Prélèvements - Médecins, sages femmes :** 70 %
- **Directeurs de labo. non médecins, auxiliaires méd., auxil. de labo. non infirmiers :** 60 %
- **Frais de déplacements** (IF, ID)..... 60 % ou 70 %
- **Indemnités Kilométriques. (toutes qualités) :** 100 %
- **SOINS DISPENSES AU COURS D'UNE HOSPITALISATION** (Ets publics - privés) : ...80 %
- **SOINS EXTERNES DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS :** Taux identiques à ceux des honoraires ville.
- **FRAIS DE TRANSPORT** 65 %
- **Cure thermique** (forfait de surveillance, pratique complémentaire) : 70 %

cerfa
No 11139*02

cure thermique questionnaire de prise en charge

à adresser à votre
organisme d'affiliation.

l'assuré(e) et le bénéficiaire de la cure thermique

• l'assuré(e)

n° d'immatriculation	date de naissance
nom-prénom (surt, s'il y a lieu, du nom d'usage)	Ce modèle est communiqué à titre d'information afin que vous puissiez en prendre connaissance.
adresse	
code postal	Si votre médecin vous prescrit une cure, il vous remettra ce formulaire
s'agit-il d'un accident causé par un tiers ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> date <input type="checkbox"/> non

- le bénéficiaire de la cure (s'il n'est pas l'assuré)

nom	date de naissance
prénom	

- le nombre de cures déjà effectuées (facultatif - indiquer les 3 dernières)

année(s)		
station(s)		
orientations		

le prescripteur

je, soussigné(e), certifie que
est atteint d'une affection justifiant une cure thermique dans l'orientation thérapeutique indiquée ci-dessous

station prescrite	
un traitement thermal annexe est-il justifié dans une autre orientation de la station	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
si oui, laquelle ?	

- mentions spéciales

l'état du malade justifie-t-il médicalement l'hospitalisation ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
s'il s'agit d'un enfant son placement en maison d'enfants est-il demandé ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
la cure est-elle prescrite dans le cadre d'une affection de longue durée (art. L. 324-1) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
dans l'affirmative, cette affection est-elle exonérante (liste ou hors liste) ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
est-elle en rapport avec un accident du travail ou une maladie professionnelle ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
si oui, numéro de l'AT/MP ou date	
est-elle en rapport avec l'affection pour laquelle le patient est pensionné de guerre ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

j'atteste l'absence de toute contre-indication liée à l'état général du malade connue à ce jour

signature de l'assuré(e)	signature du médecin	date	cachet du médecin

Le fait d'envoyer ce questionnaire est considéré comme une reconnaissance de l'existence de l'affection.

La loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

L' Assurance Maladie est gérée par des **régimes professionnels**

Le Régime général (CNAMTS)

La Mutualité sociale agricole (MSA)

La Caisse nationale d' assurance maladie des professions indépendantes (CANAM)

Régimes spéciaux (SNCF, fonctionnaires de l' Etat, EDF...)

régime général : 82,2%

régime agricole : 7,8%

professions indépendantes : 5,3%

régimes spéciaux de salariés : 4,7%

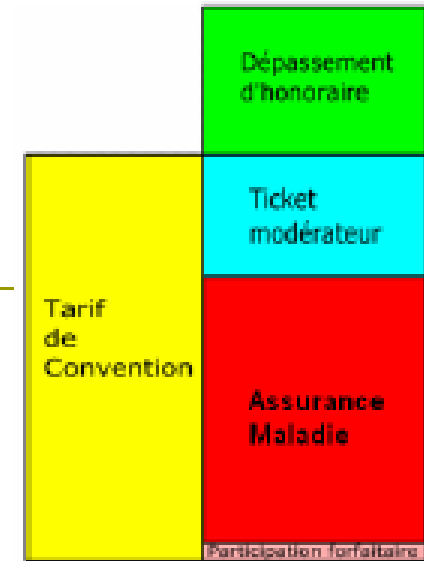
Les complémentaires

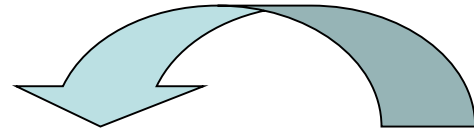
- ❑ Prise en charge du ticket modérateur
= somme non remboursée par l'AM au malade

- ❑ 3 types de complémentaires :
 - Mutuelles :
 - ❑ Sociétés de personnes à but non lucratif
 - ❑ Code de mutualité interdit d'exclure un adhérent

 - Assurances privées :
 - ❑ Sociétés de capitaux à but lucratif
 - ❑ Code des assurances permet d'exclure un adhérent

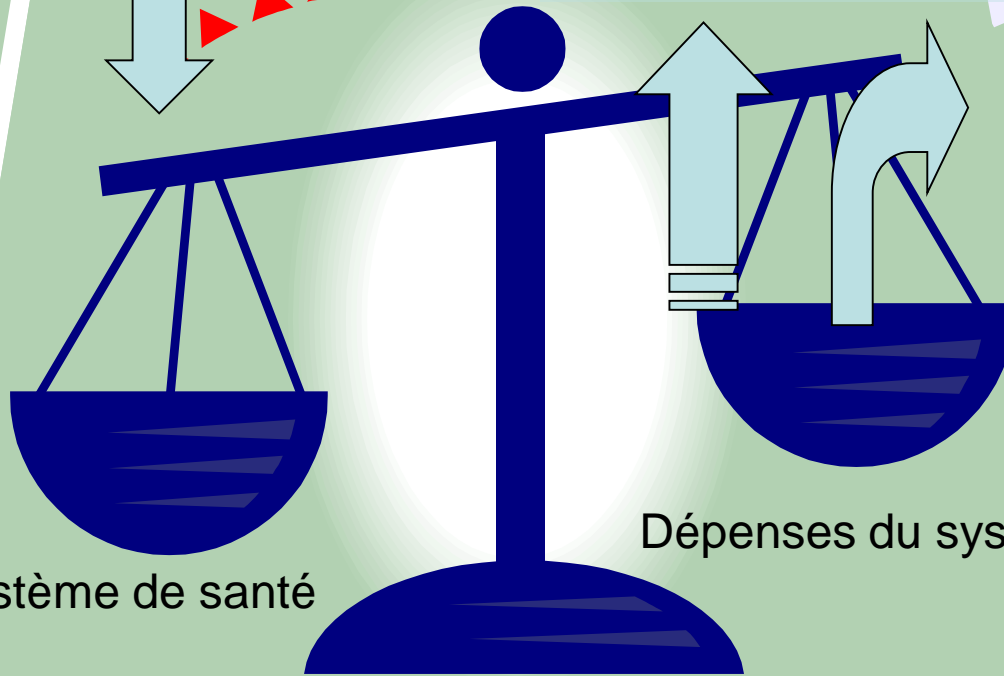
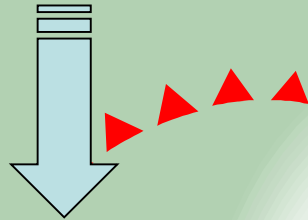
 - Institutions de prévoyance :
 - ❑ Sociétés de personnes à but non lucratif,
 - ❑ Code de la sécurité sociale
 - ❑ Contrats d'assurance collectifs (entreprise)





URSSAF IMPOTS (div)

Sécurité Sociale
Services liés à la santé
Retraites
Chomage
AT Mater AF etc...



Recettes du système de santé

Dépenses du système de santé

2.2 Éléments principaux du modèle français

Dépenses

1. Le soin: par la SS:

- hôpitaux et ass. (T2A)
- prof. de santé
- médicament

2. La vieillesse:

- retraites

3. La maternité

- congés de mat.

4. Le travail

- IJ des AT

5. Le social

- chômage
- CAF

6. La recherche

Publique

7. La formation

Médicale, para med.

8. La prévention

- structures de..
- opérations de...

Notamment...

Recettes:

- Collectées par l' URSSAF* sur les salaires et revenus
- compléments collectés par *l' état: CSG, CRDS
- Access: IR, TVA, etc.*
- *la région; IL, droits
- *le département: TA etc.
- *organismes para publiques (caisse ret.), mutuelles, assurances

Régulation:

- budget voté par le parlement
- mis en œuvre par l' état
- gestion paritaire salariés/employeurs et public
- évaluée et contrôlée (HAS, IGS, etc.)
- gestion par les adhérents/actionnaires

*Unions de recouvrement des cotisations de SS et d'allocations familiales

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale

Article 3

Est ratifié le décret n° 2009-939 du 29 juillet 2009 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.

Article 4

Au titre de l'année 2009, sont rectifiés, conformément aux tableaux qui suivent :

1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	162,3	173,8	- 11,5
Vieillesse.....	178,4	187,9	- 9,5
Famille.....	56,6	59,7	- 3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,1	12,6	- 0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	403,8	428,4	- 24,6

2° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

En 2010

10.6% du PIB consacré à la « santé » toutes branches confondues

6200 € par habitant

déficit prévisionnel 2010: 30 milliards € (dont 14.5 Md€ maladie)

11200 F en 1995 par habitant

2.5% investis dans la prévention

Pour la partie santé seule:

L'assurance maladie : 75%

Les mutuelles : 10% en hausse forte depuis 2008

Les assurances privées : 5%

Les institutions de prévoyance : 2% à 4

Les ménages 13 % (au moins, hausses en 2009)

Ressources financières

Cotisations patronales et salariales :	65%
Impôts : CSG, RDS :	30%

Taxes (alcool)

Contributions publiques (CMU, AAH)

La réforme de l' Assurance Maladie **2004 - Ph. Douste Blazy**

Le Dossier médical personnel

Unique et informatisé, actuellement en expérimentation

Le dispositif du médecin traitant

Choix par le patient d' un médecin « référent »

Orientation par le médecin traitant vers le spécialiste (sauf urgence et suivi)

Liberté de choix conservée mais diminution des remboursements en cas de non respect

La Politique du médicament générique

6% des médicaments remboursables en 2004 (contre 30% en Allemagne)

Le Renforcement du contrôle des arrêts de travail

La Contribution forfaitaire de 1 euro

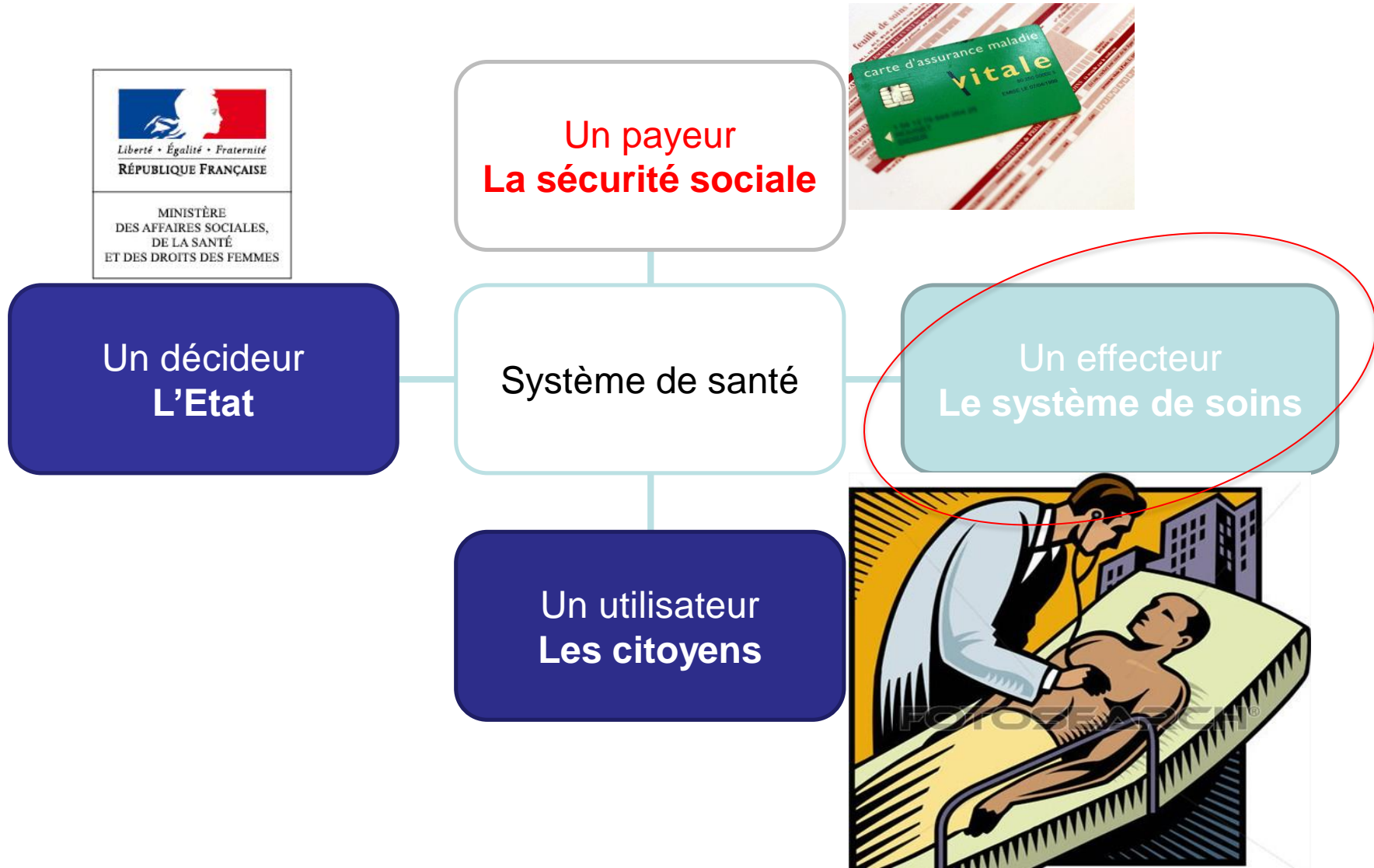
responsabilisation du patient

La Carte Vitale 2

*doit devenir le support du dossier médical personnel
avec photographie*



Quelle est l'organisation du système de santé publique en France ?



Les professionnels

- ❑ Médecins, pharmaciens, infirmières, sages-femmes, aides-soignants, kinésithérapeutes...
- ❑ Réglementation par le **code de Santé Publique**
- ❑ Techniciens de laboratoires : Articles L4352-2 et L4352-3

Les professionnels

□ Exercice à titre **libéral ou salarié**

■ Libéral

- clientèle privée, en cabinet, laboratoires ou hôpitaux privés à but lucratif
- Libre choix d'installation, libre choix du professionnel par le patient, mais forte incitation au choix du médecin traitant depuis 2005
- Liberté de prescription
- Rémunération à l'acte

■ Salarié : Hôpitaux publics, structures privées

- Statut / contrat de travail
- Rémunération liée à la qualification et au temps de travail

Les professionnels

□ Démographie médicale et paramédicale

Années	Médecins	Infirmiers	Pharmaciens	Chirurgiens- dentistes	Sages- femmes
1991	175 500	308 141	50 989	38 146	10 872
1996	188 500	343 654	55 153	39 565	12 662
2001	196 000	397 506	60 366	40 426	14 725
2006	207 277	469 011	69 431	41 374	16 995
2010	207 457	515 754	74 092	40 930	19 208

Source : IRDES - effectifs ADELI - France + DOM

- Techniciens de laboratoire :
 - 2 846 (84% de femmes)
 - Salariés uniquement

Les établissements de santé

- Etablissements de santé **publics** = hôpitaux : CHRU, CH, HIA
 - 65% des lits
 - Gestion par une personne morale de droit public
 - Contrôle de l'Etat
 - HIA : sous l'autorité du chef d'état major des armées, considérés comme des CHU par le ministère de la Santé - 9 en France

Les établissements de santé

- **Etablissements de santé privés à but non lucratif = ESPIC (Loi HPST 2009, ex-PSPH)**
 - Gestion par une personne morale de droit privé (association, fondation...)
 - Non soumis à contraintes pour leur organisation interne
 - Non astreints aux règles des marchés publics
 - bénéfices dégagés intégralement réinvestis dans l'innovation et le développement de nouveaux services au bénéfice des patients
 - Même mode de financement que celui des hôpitaux publics
 - Mêmes valeurs et principes que le public

Les établissements de santé

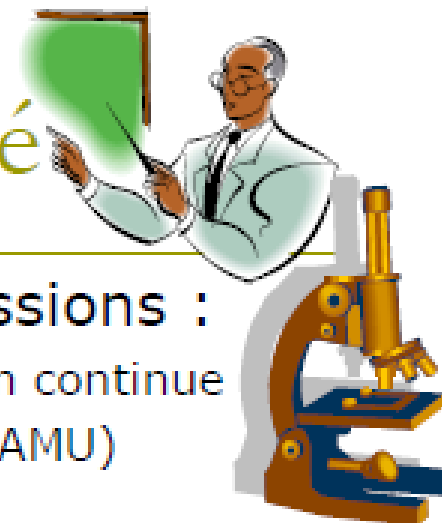
- Etablissements de santé **privés à but lucratif**
 - Sociétés de personnes ou de capitaux, au sein desquelles s'exerce l'activité libérale des praticiens.
 - Contrat avec des médecins, associés ou non

Les établissements de santé

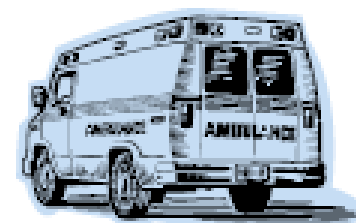
□ Différentes fonctions

- Soins de courte durée : prise en charge des affections graves à leur phase aiguë (MCO)
- Soins de suite et de réadaptation (SSR) : surveillance et traitement de malades nécessitant des soins continus, en vue de leur réinsertion
→ *Hôpital de l'Ermitage*
- Soins de longue durée (SLD) : hébergement de personnes non autonomes avec surveillance médicale continue (≠ EHPAD)

Les établissements de santé



- **Le Service public hospitalier (SPH), missions :**
 - enseignement universitaire, recherche, formation continue
 - participation à l'aide médicale urgente (SMUR, SAMU)
 - lutte contre l'exclusion sociale
 - soins, prévention et éducation pour la santé aux détenus des centres pénitentiaires
 - égalité d'accès aux soins
 - permanence de l'accueil (jour et nuit)
 - prise en charge en urgence
 - soins préventifs, curatifs et / ou palliatifs selon l'état de santé
 - continuité des soins
 - absence de discrimination entre les malades pour les soins
 - adaptation continue aux besoins de la population et aux progrès de la médecine



Difficultés de la planification sanitaire

Exemple : la Restructuration des Maternités pour raison de sécurité

Seuil réglementaire : 300 accouchements /an

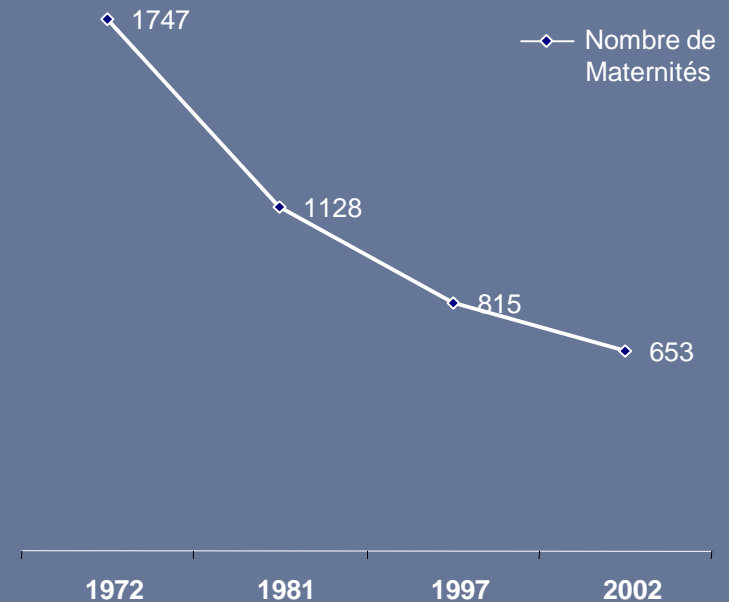
Décret 9 octobre 1998

Centres Périnataux de Proximité : consultations pré et postnatales

Maternités niveau I : accouchement simple

Maternités niveau II : prématurité moyenne

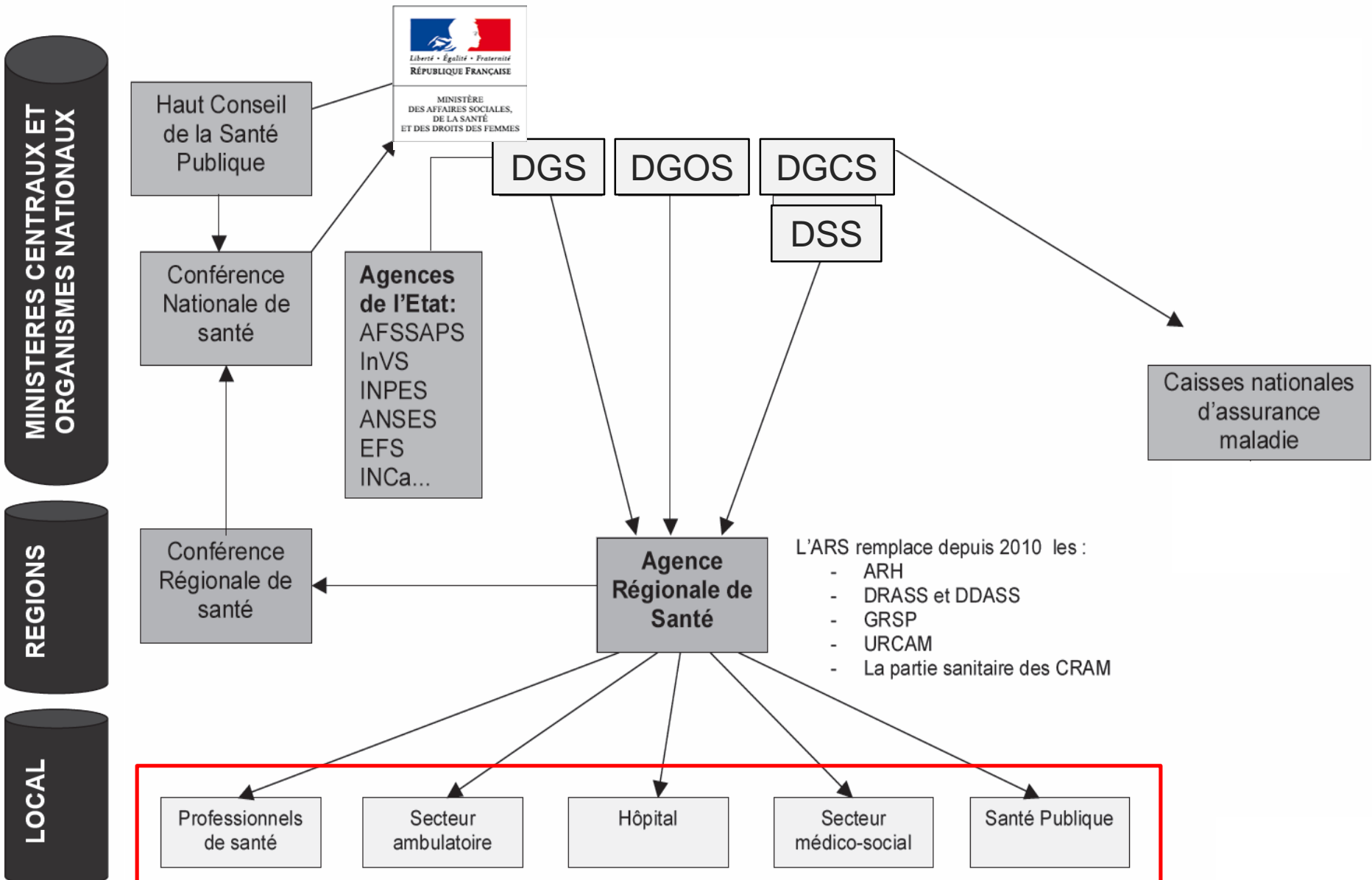
Maternités niveau III : pathologies graves



Comment marier :

Liens affectifs, proximité, sécurité, économie ?

Le système de soins est organisé ... comment ?



Les nouvelles tendances

Nouvelles Tendances hospitalières

Développement de l' hospitalisation à domicile
Développement de l' hospitalisation de jour ou de nuit (psychiatrie)
Développement de la chirurgie ambulatoire
Coopérations entre établissements
Concentration des cliniques

Les Réseaux de Santé

Définition:

Ensemble de moyens organisés dans une aire géographique déterminée pour coordonner le suivi .

Ex : Le Réseau ville-hôpital Toxenville (Rouen)

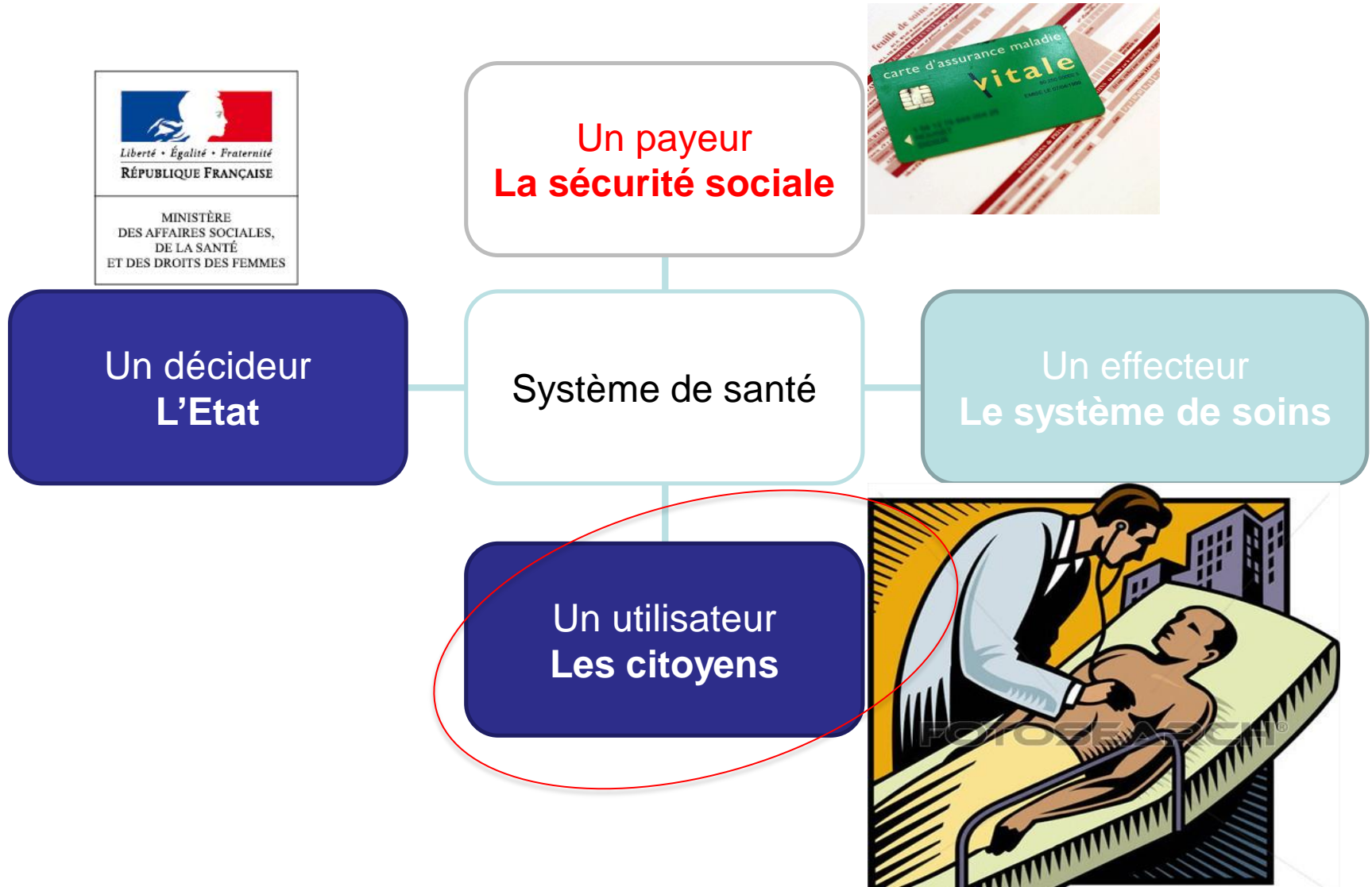


Améliorer la santé physique et psychique des usagers de drogues

Mettre en lien : *Médecins libéraux, Médecins hospitaliers,
Pharmaciens, Services Sociaux, Psychologues,
Educateurs*

Prescription médicale de l'activité physique (amendement Fourneyron)

Quelle est l'organisation du système de santé publique en France ?



La demande des « clients français » : l'état de santé des français

Indicateurs et éléments démographiques

- Principales causes de morbi-mortalité par classe d'âge
- Inégalités et disparités de santé

Les moins de 15 ans

Mortalité infantile 4,2/1000 : **grands progrès** depuis les années 1970

Accidents : 40% des décès

Surpoids et Obésité touchent plus de 15% des 7-9 ans

Les 15-44 ans

Mort violente : 1 décès sur 2 chez les hommes (22 morts par jour sur la route)

30 % des hospitalisations liées à la grossesse et l'accouchement

200 000 IVG par an

Les 45-74 ans

Cancers : 45% des décès

Cancer du poumon +++ (+25% mortalité en 10 ans chez la femme)

Maladies cardio vasculaires : motif de recours aux soins le plus fréquent

Les 75 ans et plus

Démences : 660 000 personnes en France

Isolement, Dépression, Dénutrition

Inégalités et disparités

Mortalité des ouvriers et des employés près de **3 fois supérieure** à celle des cadres supérieurs

Espérance de vie à la naissance varie de plus de **10 ans** en France entre les zones du **nord et du sud**

Différence d'espérance de vie à 35 ans entre un ouvrier et un cadre : 6,5 années

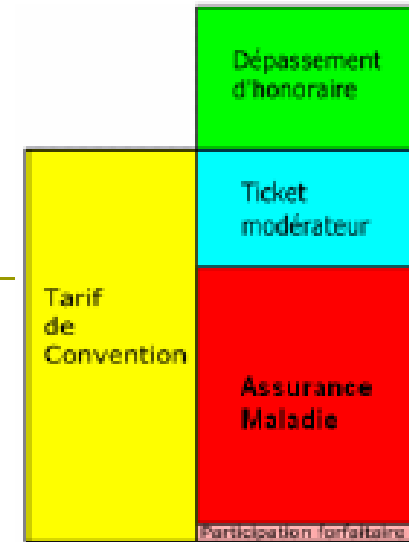
Taux de prématurité varie du simple au **triple** en fonction du **niveau scolaire** de la mère

D'autre part apparaissent des pathologies importées en raison des insuffisances ou des absences complètes de prévention, vaccination etc. dans leur pays d'origine.

Par exemple patients originaires d'Afrique séropositifs, sujets originaire des pays de l'est ou du Maghreb sans protection ou dépistage du BK etc.

Usagers

- Reste à charge
- En ambulatoire :
 - Ticket modérateur
 - 3 types d'exonération du ticket modérateur (=prise en charge à 100%) :
 - Affection de longue durée (ALD 30)
 - Durée d'hospitalisation supérieure à 30 jours
 - Situation de la personne assurée : grossesse, invalidité, accident de travail
 - Participation forfaitaire de 1 euro : dont analyses de biologie médicale
- En hospitalisation : forfait journalier : 18€/jour
- Tiers payant = dispense partielle ou totale d'avance de frais



Participation financière du patient

Les remboursements sont basés sur des tarifs négociés entre CNAM et syndicats

Ticket modérateur = somme non remboursée au malade par AM (part mutuelle)

3 types d'exonération du ticket modérateur (=prise en charge à 100%) :

Affection de longue durée,

Durée d'hospitalisation supérieure à 30 jours

Situation de la personne assurée : grossesse, invalidité, accident de travail

Les malades hospitalisés doivent payer un *forfait journalier* (**18 euros** par jour en hôpital ou en clinique **13,50 euros** par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé)

Par exemple, pour une consultation chez le médecin :

Vous consultez votre médecin traitant qui est un médecin généraliste conventionné exerçant en secteur 1. Le tarif de la consultation qui sert de base au remboursement est de 23 €. Sur ce montant, l'Assurance Maladie vous rembourse 70 %, soit 16,10 €. Le montant du ticket modérateur est de 30 %, soit 6,90 €. Toutefois, vous devrez payer 1 € au titre de la « participation forfaitaire » (voir l'article [La participation forfaitaire](#)). Votre reste à charge total est donc de 6,90 € + 1 €, soit 7,90 €.

Par exemple, pour une boîte de médicaments :

Vous avez une ordonnance vous prescrivant un traitement aux antibiotiques à 7,95 € la boîte. Sur ce montant, l'Assurance Maladie vous rembourse 65 %, soit 5,17 €. Le montant du ticket modérateur est de 35 %, soit 2,78 €. Toutefois, vous devrez payer 0,50 € au titre de la « franchise » (voir l'article [La franchise médicale](#)). Votre reste à charge total est donc de 2,78 € + 0,50 €, soit 3,28 €

Problématiques

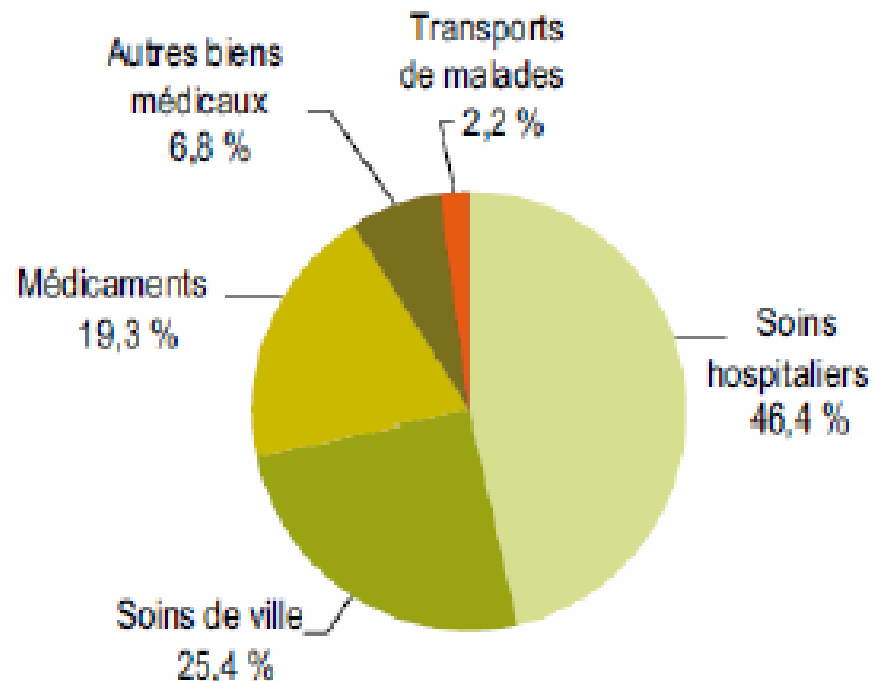
- ▣ Chômage et vieillissement → diminution des recettes
- ▣ Vieillesse → augmentation de la demande en soins
- ▣ Technologies → augmentation du coût des soins

Données de cadrage

□ Consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en 2011 :

- 180 milliards d'euros
- 2762€/hab
- 9% du PIB
- +3%/an

Structure de la CSBM en 2011



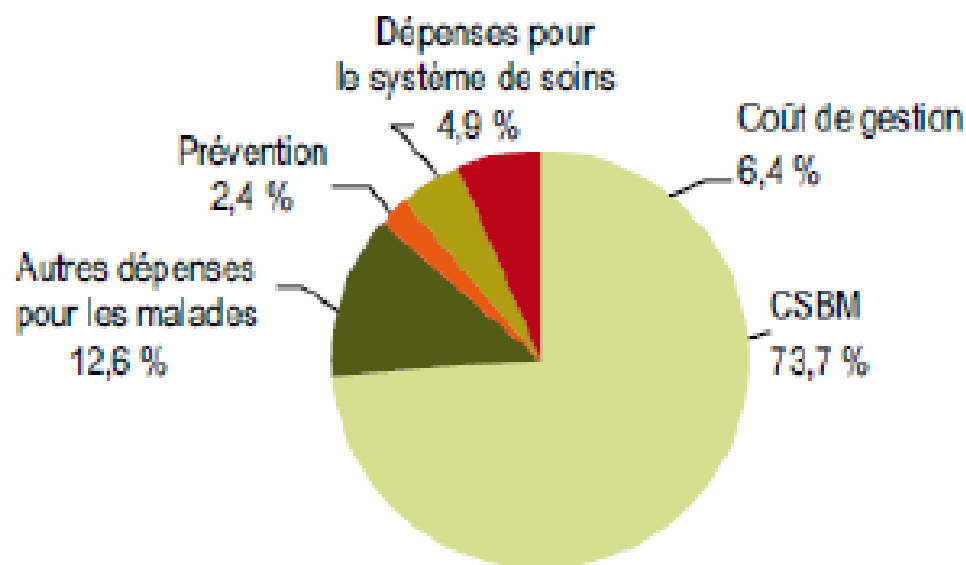
Sources • DREES, *Comptes de la santé* – base 2005.

Données de cadrage

- Dépense courante de santé (DCS) en 2011 :

- 240 milliards d'euros
- 3780€/hab
- 12% du PIB

Structure de la DCS en 2011



Sources • DREES, *Comptes de la santé* – base 2005.

Les « défis » de Santé publique auxquels les ARS seront confrontés...

- Les inégalités sociales de santé s'accroissent....
Par exemple : l'espérance de vie des personnes à la rue, sans domicile fixe, est d'environ 45 ans
- Les principales causes de mortalité prématurée perdurent ou progressent
Par exemple : en vingt ans, le risque de développer un cancer a augmenté de 35%.
- L'augmentation des comportements et facteurs de risque
Par exemple : 8 jeunes de 17 ans sur 10 (75% des filles, 82% des garçons) déclarent avoir eu usage d'un produit psychoactif au moins au cours du dernier mois
- L'émergence des risques environnementaux et professionnels
Par exemple : 7 à 20% des cancers seraient imputables à des facteurs environnementaux

Et les inégalités territoriales de santé persistent

- Directement liées aux inégalités sociales,
« *Dans les Zones Urbaines Sensibles (ZUS), près du tiers des résidents se déclarent en mauvaise santé contre seulement un quart des personnes qui ne vivent pas en ZUS* » (source : DIV)
- mais aussi aux difficultés rencontrées par les politiques de planification et de régulation en matière de santé (Rapport Fourcade, 2011) « **la réforme des ARS au milieu du gué** » :
 - **Les problèmes de démographie médicale, médecine de ville**
 - **La répartition de l' offre de santé,**
 - **L' accès à la santé des personnes « vulnérables »,**
 - **Des programmes « verticaux », des politiques pas toujours coordonnées,**
 - **Les limites de mise en œuvre des programmes de santé, via les procédures d' Appel à projet et « démocratie sanitaire »**

Conclusion

- La politique de santé est pilotée par les pouvoirs publics
- La mise en œuvre de la politique est décentralisée mais la décision reste concentrée (pouvoir central)
- La politique de santé ne se limite pas à la politique de soins
- La politique de santé est un processus permanent qui s'adapte aux besoins, aux moyens et à l'évolution de nos représentations sociales de la qualité, de l'égalité d'accès à la santé et aux soins...
- La loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire de 2009 dessine le paysage de la santé pour les années à venir

Mais le système de santé français doit encore faire face à

1 LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Entre 60 et 69 ans les dépenses de santé sont multipliées par 2 puis par 4 après 70 ans.

En raison d'un manque de place dans les structures de convalescence les personnes âgées occupent des lits à l'hôpital.

2 UN SYSTEME TROP LIBERAL ?

Malades consultant plusieurs médecins pour une même pathologie, médecins prescrivant trop de médicaments,...

3 LA SOUS UTILISATION DES MEDICAMENTS GENERIQUES

Le générique est une copie conforme (même principe actif) du médicament d'origine : autorisé lorsque celui ci est tombé dans le domaine public soit 10 ans après sa commercialisation.

4 LA CULTURE DU TOUT MEDICAMENT

En France on prescrit deux fois plus d'antibiotiques qu'en Allemagne et 3 fois plus de psychotropes qu'en Angleterre.

5 DES MEDICAMENTS INUTILES MAIS REMBOURSES

6 LE COUT DU PROGRES

Nouvelles technologies, nouveaux médicaments : un appareil d'IRM coute 1.5 millions d'euros.

7 LA PREVEN TION A LA TRaine

Education à la santé nécessaire dès le plus jeune âge et pendant toute la scolarité.

Introduction à l'organisation du système de santé

Jacques RAIMONDEAU

Médecin spécialiste en santé publique

Film de 30 min

<http://www.ehesp.fr/2014/09/11/comprendre-le-systeme-de-sante/>