

LE SYSTEME DE SANTE

A) Système de santé

1) Définition du système de santé

Ensemble **organisations**, **institutions** et **ressources** intervenant en matière de santé

- Fournissant :
 - des **soins formels** (médecins, cliniques, hôpitaux et pharmacie)
 - des **soins informels** (guérisseurs traditionnels, travailleurs communautaires)
 - **d'autres services** comme la recherche.
- Comportant **des politiques, des règlements et des services connexes non liés aux soins de santé**
 - la sécurité des aliments
 - la sécurité du travail
 - des routes et véhicules fiables pour le transport des fournitures médicales

Soit **tout ce qui contribue à promouvoir** ou à **protéger** la santé

C'est l'ensemble des moyens/activités impliquant la production de santé

promouvoir, prévenir l'apparition des facteurs de risque ou de maladies, guérir, réduire les conséquences des maladies sur le plan professionnel et social (secteurs curatif, préventif et médico-social)

- **Système de santé** : concerne toutes les dimensions de la vie sociale
- **Système de soins** : concerne le dispositif de prise en charge de la maladie

2) Objectifs

- **Objectif principal** : **préserver** ou **améliorer** la santé de la population
- **Objectifs complémentaires / contributifs** :

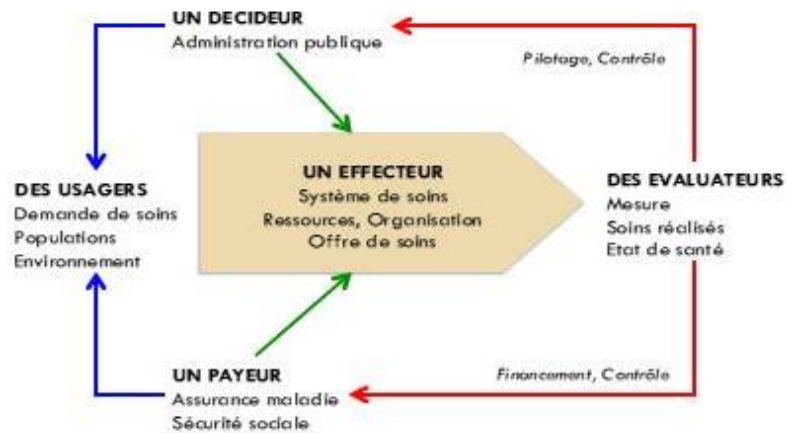
- **Fournir des services** qui répondent aux attentes légitimes du public
- **Veiller à l'accès** des ménages aux services publics + **protéger** des risques de problèmes financiers

3) Fonctions essentielles

- **Prestation de services de santé** :
 - **Soins personnels** (diagnostic, réadaptation) à visée curative
 - **Services « collectifs »** à visée préventive/éducative (éducation de masse, hygiène)
- **Fourniture et gestion des ressources** : faire fonctionner le système (personnel médical, installations, médicaments, matériel, recherche, connaissances)
- **Financement** : **percevoir** des recettes/ les **redistribuer** selon les activités
- **Administration** : **uniformiser les règles de fonctionnement** : organisation des soins, établissement des priorités, mesure du rendement, promotion, élaboration de politiques et de règlements, protection des consommateurs.

4) Composantes

- **Population** :
 - Demandeur de soins
 - Besoins sanitaires (espérance de vie, mortalité infantile)
- **Offre de soins** : professions de santé + établissements + biens + services
- **Système de financement**
- **Système de pilotage/contrôle** : régulation/définition des besoins, évaluer leur atteint, rôle prépondérant des pouvoirs publics



B) Population

1) Recensement

65 millions d'habitants en France : environ 25% entre 65 et 75 ans
≥ 65 ans = 16,8% ; ≥ 75 ans : 8,9%

⇒ **Personnes âgées : 1^{ère} place recours aux soins**

2) Espérance de vie à la naissance

Durée de vie moyenne (=âge moyen au décès) d'une **génération fictive** soumise aux conditions de mortalité de l'année. Elle caractérise la mortalité **indépendamment de la structure par âge**.

EV à la naissance : ♂ 78,1 ♀ 84,8

EV à 60 ans : ♂ 22,4 ♀ 27,2

L'augmentation de l'espérance de vie est la conjugaison de plusieurs facteurs intervenant avant et après l'âge de 65 ans, notamment :

- **Progrès médical**

- **Environnement** (accès aux soins, conditions de vie)
- **Changements de comportements individuels** (hygiène et prévention)

Espérance de vie sans incapacité

En France, en 2007, l'espérance de vie « **en bonne santé** », sans limitation d'activité (ou incapacité) depuis la naissance est estimée à :

♂ 63,1 ♀ 64,2

C'est comparable aux pays voisins, mais un peu plus faible par rapport au pays nordiques.

3) Mortalité

Mortalité **infantile** (décès d'enfants < 1an) est de 3,6‰ en 2009 (4,4‰ en 2000)

Mortalité **prématurée** (décès avant 65 ans) touche :

- **Essentiellement** les **hommes**, 2 fois plus souvent que les femmes avant 65 ans en raison des conduites à risque
- **Part des décès des hommes tend à diminuer** et celle des femmes à augmenter entre 2000 et 2008 car elles relaient les hommes sur les conduites à risque.

4) Causes de décès

CépiDc = centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès INSERM

Cette statistique est établie sur la base des informations recueillies à partir de deux documents :

- **Certificat de décès** : rempli par le médecin
- **Bulletin de décès** : établit par l'officier d'état civil

Causes de décès : tumeurs ++, pathos circulatoires, respiratoires, digestives, causes externes.

C) Offre de soins

1) Professions de santé

Elles sont définies par le Code de la Santé Publique : Existence d'un **diplôme d'état**, de **règles déontologiques** (ordre), d'un **monopole d'exercice**.

Professions médicales : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, vétérinaire.

Professions auxiliaires : infirmiers, MSK, manipulateur radio, diététicien, pédicure, podologue, orthophoniste, orthoptiste...

Numérus clausus en 2011 : médecine = 7400 ; pharma = 3095 ; odonto = 1154 ; sage-femme = 1015

Démographie médicale :

Il y a 207 457 médecins en 2010

- **59 % de libéraux**
- **49 % de généralistes**
- **37 % de femmes**

La répartition inégale est due **héliotropisme**

La densité moyenne nationale est de **334 médecins / 100 000 habitants**

PACA et Ile de France > 400 médecins / 100 000 habitants

-> **mesures incitatives à l'installation en région « dépeuplées » sont envisagées**

Mode d'exercice :

- **Libéral** :
 - o libre choix du lieu d'installation (sauf pharmacies)
 - o clientèle privée
 - o libre choix du professionnel par le patient (mais concept de médecin traitant)
 - o liberté de prescription
 - o Rémunération à l'acte (mais conventionnement)

- **Salarié** : Praticiens hospitaliers ou médecins dans structures de Santé publiques (Education nationale, PMI, administrations), hôpitaux privés, industrie pharmaceutique, médecine du travail, ONG

Baisse du secteur libéral avec augmentation du secteur salarié ou du libéral partiel.

50 % des spécialistes sont libéraux contre 70 % des généralistes.

80 % des spécialistes travaillent à l'hôpital contre 45 % des généralistes.

20 % des généralistes travaillent dans des centres de prévention (PMI...)

IDE plutôt salariés / kiné plutôt libéraux

Financement :

En France, **les médecins de villes sont payés à l'acte** et **les médecins hospitaliers ont un salaire**, c'est la norme.

Le montant des honoraires est fixé par des échelles conventionnelles.

- Si **le paiement à l'acte est largement prédominant en ville**, il existe une possibilité de dépassement pour les médecins qui exercent dans le **secteur dit «à honoraires libres»** ou qui avaient acquis une **qualification particulière avant 1980**.

- Il existe parallèlement des **systèmes de forfaits** : Système de rémunération du médecin traitant, rémunération des astreintes dans le cadre de la permanence des soins, forfait pour patients en ALD...

Les médecins hospitaliers sont salariés, mais ils ont la possibilité d'exercer une activité libérale parallèle

Les pharmacies :

En 2010, les pharmaciens étaient au nombre de 73 259 en France.

Ils se répartissent en :

- 28 000 titulaires de leur officine

- 26 441 adjoints en officine
- 5 470 à l'hôpital
- 3 348 travaillant dans l'industrie pharmaceutique

Il y a 22 186 pharmacies sur le territoire français.

2) Etablissements de santé

Loi du 31 décembre 1970 (dite loi Debré)

Elle pose les principes du service public hospitalier :

- **La continuité des soins** (urgences)
- **L'égalité d'accès aux soins** (pas de discriminations, détenus)
- Enseignement, recherche, prévention et éducation pour la santé, aide médicale urgente

Elle distingue 3 types d'établissements : court séjour (MCO), soins de suite et réadaptation (SSR), longue durée

Loi du 31 juillet 1991 et ordonnance du 24 avril 1996 dites ordonnances Juppé

- **Renforcement du droit des malades**
- **Modernisation de la gestion hospitalière**
- **Transformation planification sanitaire**

Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, participe à l'évolution du système de santé qui, centré jusqu'à ce jour sur le bénéfice thérapeutique, tend désormais à **réaffirmer le respect des libertés des patients**.

Le malade doit désormais être considéré non seulement comme une personne détentrice de **droits fondamentaux** mais aussi comme usager, d'abord à titre **individuel** dans sa **relation avec la profession** médicale, ensuite à **titre collectif** par son **rôle dans les institutions de santé**.

Loi 806-2004 du 9 août 2004

2^{ème} loi relative à la santé publique en France. (La 1^{ère} datant de 1902 concernait notamment la politique vaccinale)

L'objectif est de développer une politique de santé rééquilibrée entre prévention, soins et réadaptation.

La priorité est la **réduction de la mortalité et de la morbidité évitable** (c'est-à-dire avant 60 ans), mais aussi la **lutte contre les inégalités de santé**, **l'amélioration de la qualité de vie** des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie et également **la prise en compte des déterminants de santé** dans leur globalité

Loi HPST du 21 juillet 2009

Réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

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

Objectifs : réformer la régulation de la démographie médicale et ramener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012 alors qu'ils affichent un déficit cumulé de 800 millions d'euros chaque année.

Organisation régionale de la santé via les **ARS** qui regroupent 7 structures complémentaires (*ARH, DDASS, URCAM...*)

Gouvernance des hôpitaux visant à faciliter la coopération entre secteur public et privé

Accès aux soins : la loi veut tenter de repeupler les déserts médicaux tout en laissant le principe de liberté d'installation.

Prévention et santé publique : interdiction de vente d'alcool aux mineurs, limitation de vente d'alcool dans les stations-services ; facilite l'accès à la contraception avec possible délivrance de contraceptifs oraux au-delà de la période de validité de l'ordonnance.

Organisation des établissements selon la **spécialisation** :

- Court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique-MCO)
- Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ; consultation Médico-psychologique
- Centre de lutte contre le cancer (CLCC)

Organisation des établissements selon le **niveau de recours** :

- Hôpital local (HL)
- Centre hospitalier (CH)
- **Centre hospitalier régional (CHR) et si convention avec Université (CHU)**

Organisation des établissements : Directoire + Conseil de surveillance + commission médicale d'établissement (CME) + Comité technique d'établissement (CTE) + Comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT) + Comité de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN) + Commission du service de soins infirmiers + Pôles d'activités cliniques et médico-techniques composés d'unités fonctionnelles.

Financement des établissements de santé

Depuis janvier 2004, **tarification à l'activité** : c'est une méthode de financement qui permet **d'évaluer leur rémunération en fonction de leur activité effective** pour une prise en charge analogue et un prix identique (forfait par pathologie)

L'activité de l'établissement est mesurée et évaluée par le recueil d'information (résumés standardisés de sortie) effectué au travers du programme médicalisé des systèmes d'informations (PMSI)

Financement : T2A + MIGAC + MERI = tarification à l'activité + Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation + missions d'enseignement, recherche, référence innovation...

3) Médicaments

ANSM : délivre l'**AMM**

Commission de transparence qui fixe le taux de remboursement et analyse le SMR.

Comité économique fixe le prix par négociation avec l'industrie pharmaceutique.

Hôpital : médicaments acquis par appel d'offres et dispensés par des pharmaciens à usage interne (PUI) avec possibilité de cession aux tiers.

Ambulatoire = 90 % de la vente

- **Droit de substitution** du pharmacien (réduction des coûts)
- Augmentation ventes libres

D) Pilotage et contrôle

1) Pilotage à échelon national

L'état et ses ministères

Le **rôle principal** dans l'administration du système de santé revient à l'état **garant de l'intérêt public** et de **l'amélioration de l'état sanitaire** de la population.

⇒ Ministère de la santé/ du travail/ des comptes publiques qui ont un rôle à jouer dans le domaine de la santé publique.

Directions impliquées

- Direction générale de la santé
 - Elaborer/mettre en œuvre/ évaluer la politique de santé
 - Concevoir la politique de prévention et de promotion de la santé
 - Promouvoir la qualité/sécurité des soins, services de santé, dispositifs médicaux et autres produits
- Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
 - Elaborer la politique de l'offre de soins (établissements publics et privés, médecine de ville et une partie du champ médico-social) en fonction des objectifs et des priorités de la politique de santé

- Direction de la Sécurité sociale
 - Elaborer et mettre en œuvre la politique relative à la Sécurité sociale : trait d'union entre le ministère et les caisses nationales de sécurité sociale.
- Direction de l'Action Sociale
 - Elaborer, coordonner et mettre en œuvre les politiques d'interventions sociales, médico-sociales et de solidarité

Le parlement

Il fixe **chaque année** (depuis **1996**) les objectifs des dépenses en adoptant les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS)

Structures déconcentrées

- ANSM doit garantir l'efficacité/qualité/bon usage des produits de santé
- HAS doit contribuer au maintien d'un système de santé solidaire, au renforcement de la qualité des soins, au bénéfice des patients.
- Haut Conseil de la santé publique (HCSP) contribue à la définition des objectifs de santé publique

Objectifs de pilotage

Années 60 : développement offre de soins

Années 70 : recherche maîtrise de l'offre (numerus clausus)

Années 80 : recherche maîtrise des dépenses (mise en place DGF et suppression de lits)

Années 90 : démarche qualité, sécurité

Années 2000 : évaluation service médical rendu

Années 2010 : réduction des déficits, révision des modes de prise en charge, performance

2) Pilotage à l'échelon régional

ARS placée sous la tutelle des **ministres** chargés de la **santé**, de l'**assurance maladie**, des **personnes âgées**, et des **personnes handicapées**.

Les ARS doivent **mettre en œuvre au niveau régional la politique nationale** de santé, en tenant compte des spécificités de chaque région.

Regroupent :

- *Direction départementale des affaires sanitaires et sociales*
- *Direction régionale des affaires sanitaires et sociales*
- *Agence régionale d'hospitalisation*
- *Groupement régional de santé publique*
- *Caisse régionale d'assurance maladie*
- *Union régional des caisses d'assurance maladie*
- *Mission régionale de santé*

Trois instances constituées auprès de chaque ARS :

- Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) : *organismes consultatifs qui représentent les collectivités territoriales, les usagers et associations*
- Deux commissions de coordination des politiques publiques de santé : associent services de l'Etat, collectivités territoriales et leurs groupements et les organismes de sécurité sociale.

3) Contrôle

maîtrise de l'offre	maîtrise des dépenses
<ul style="list-style-type: none">- Carte sanitaire (lits, équipements lourds, alternatives hospitalisation)- Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS)- Objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS)- Contrat d'objectifs et de moyens (COM)	<ul style="list-style-type: none">- Objectif National des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) par région/ par type de dépense, voté chaque année par le parlement

4) Qualité des soins

Références professionnelles par la HAS : **certification** établissements + **accréditation** professionnels

Mise en place d'**agence nationale de sécurité sanitaire** (ANSM++)

Formulation et suivi des objectifs de santé : Loi de santé publique (2004) et mise en place du **Haut conseil de Santé publique**

