

LA POLITIQUE DE SANTE EN FRANCE

Par Bernard BONNICI dans la série "Que sais-je" - Editions POF - 4^{ème} édition mise à jour en octobre 2011

1 - Biographie succincte de l'auteur

Bernard BONNICI est né le 1^{er} mai 1947. De formation Sciences Politiques d'Aix-en-Provence et diplômé de l'ENSP en 1972, il a été :

- ▶ Directeur au CHU de BORDEAUX pendant 9 mois,
- ▶ Puis Directeur du Centre Hospitalier d'AIX EN PROVENCE pendant 10 ans,
- ▶ Puis Directeur du Centre Hospitalier TOULON LA SEYNE pendant 10 ans.

Depuis plusieurs années, il est Directeur d'Hôpital, détache auprès du Ministère puis détaché à l'Inspection Générale de la Santé en qualité de Conseiller Général des Etablissements de Santé.

En parallèle au métier de Directeur d'Hôpital, il enseigne à Sciences Politiques à AIX EN PROVENCE et à l'ENSP à RENNES.

2 - Cadre de ce livre

La politique de santé est une priorité de premier ordre pour chacun d'entre nous. En effet, nous aspirons tous individuellement à mieux être, chaque jour de notre existence, sans souci de prix. Ce prix xxx un coût pour la collectivité.

Bernard BONNICI tente d'expliquer dans cet ouvrage, les choix de politique sociale en France. Ces choix doivent mettre en œuvre des droits humains, qu'il faut économiquement totalement assurer par les contributions des groupes d'individus, à la fois "financeurs et consommateurs".

En introduction de cet ouvrage, l'auteur nous dit que la France a fait beaucoup de progrès en matière de santé depuis 1945 et se situe parmi les pays les meilleurs. Nous remarquons que la mortalité infantile (< 1 an) est passée de 52 pour 1 000 en 1950 à 3.8 pour 1 000 aujourd'hui (hors Réunion : 6.6 pour 1 000 et Guyane : 12.6 pour 1 000), alors que la mortalité infantile moyenne en CEE est de 4.7 pour 1000 (dont le moins : 2.5 en Finlande et le plus 4.5 en Angleterre) et dans le monde : 4.6 pour 1000.

D'autre part, l'espérance de vie à la naissance est de 84 ans pour une Française et 78 ans pour un Français (moyenne 81 ans) en 2011, alors qu'elle est respectivement de 71 ans et 67 ans en moyenne mondiale.

Ces résultats sont la conséquence des politiques sociales qui englobent plus largement l'éducation, le logement, la famille, le vieillissement, la natalité, l'immigration, le chômage, le travail et la santé.

Le dernier exposé de Françoise FORTUNE a jalonné l'histoire de ce mouvement humaniste, du Moyen-Age à la 2^{ème} Guerre Mondiale.

Les progrès historiques de la médecine sont venus avec les hommes et les moyens que les politiques de santé naissantes ont mis à leur disposition :

- ▶ Avec Pasteur et la vaccination, devenue prévention obligatoire,
- ▶ Avec Pierre et Marie Curie sont venus les développements des curiethérapies et les moyens radiologiques,
- ▶ Avec le stéthoscope et les rayons X pour entendre, voir aider à la clinique,
- ▶ Avec le scanner et l'IRM pour encore mieux voir dans le corps humain.
- ▶ Et aujourd'hui, la chirurgie sous navigation assisté par ordinateur et même les télé-opérations.

Ce n'est qu'en 1920 que la France se dota du Ministère de la Santé, après la guerre 1914/1918 et la "grippe espagnole".

Ce n'est qu'à partir de 1970 (Loi Debré) que l'Hôpital public, encore surtout réservé aux indigents, aux vieux, aux malades mentaux et femmes en couche, s'ouvre à toutes les couches de la société, sans discrimination et ceci dans un climat de totale concurrence avec les institutions privées qui avaient développé les autres secteurs de la santé hospitalière.

Notre système d'hôpital public, sous la forme que l'on connaît aujourd'hui est récent.

Ensuite, l'auteur nous présente l'assurance sociale (comme le plus fort vecteur de la santé, à tel point que se sont développés :

▶ **Un droit de la santé**

Les institutions, les ordres, les établissements, les professions, responsabilité, déontologie et éthique des soignants,

▶ **Un droit à la santé,**

C'est un droit fondamental inclus dans la Déclaration universelle des Droits de l'Homme de 1948, dans la Convention Européenne de 1950, à l'OMS en 1946. En France, ce droit est inscrit dans la Constitution de 1958.

Il est bien évident que tous les ayant-droits "COUTENT", d'où le besoin d'aborder les aspects d'économie de la santé.

Actuellement, la politique de santé doit organiser la mise en œuvre d'acteurs et d'institutions en optimisant les moyens disponibles au profit de tous.

Le coût de cette politique de santé est une grosse partie de notre dépense sociale nationale qui, elle, absorbe le tiers de notre PIB.

SOMMAIRE

PREMIERE PARTIE : DIMENSION JURIDIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE	4
Chapitre 1 - Etendue du dispositif juridique	5
1.1. La protection de la santé	5
1.1.1. La protection générale de la santé	5
1.1.2. La protection spécifique de la famille, la mère et les enfants	8
1.2. La lutte contre les maladies, les dépendances et les comportements déviants	9
1.2.1. La lutte contre les maladies transmissibles :	9
1.2.2. La lutte contre les maladies mentales et les dépendances	10
Chapitre 2 - Le contrôle juridique des moyens sanitaires	11
2.1. Le contrôle des établissements de santé	11
2.2. Le contrôle des professions de santé	11
2.2.1. Les professions médicales	11
2.2.2. Les pharmaciens	11
2.2.3. Les auxiliaires médicaux	11
2.3. Le contrôle des produits utilisés pour la santé	12
2.3.1. Les produits pharmaceutiques	12
2.3.2. Les dispositifs médicaux	12
2.4. Le contrôle des prestations de santé	13
2.4.1. Les laboratoires de biomédecine	13
2.4.2. L'aide médicale d'urgence	13
2.4.3. Les transports sanitaires	13
2.4.4. Permanence de soins	13
2.4.5. Continuité de soins	13
2.4.6. La télémédecine	13
2.4.7. Les réseaux de santé	13
2.4.8. La chirurgie esthétique	13
2.4.9. Les centres de santé	14
2.4.10. Les maisons de santé	14
2.4.11. Les pôles de santé	14
DEUXIEME PARTIE - LA DIMENSION ECONOMIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE	15
Chapitre 1 - l'évolution du marché de la santé	16
1.1. L'augmentation de la demande est constante	16
1.1.1. L'état de santé de la population	16
1.1.2. L'évolution de la demande	16
1.1.2.1 La démographie	17
1.2. La dispersion de l'offre de santé	18
1.2.1. Le secteur hospitalier, soit 2 780 établissements	18
1.2.1.1 Les établissements de santé publics	18
1.2.1.2 Le secteur de soins ambulatoires	20
Chapitre 2 - La régulation du marché de la santé	22
2.1. Le contrôle de l'Etat	22
2.1.1. Les acteurs étatiques	23
2.1.2. Les instruments étatiques	23
2.2. Le financement par la Sécurité Sociale	24
2.2.1. Assurance Maladie et demande de santé	24
2.2.2. Assurance Maladie et offre de santé	26
CONCLUSION	28

PREMIERE PARTIE : DIMENSION JURIDIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE

L'**OMS** dit :

- Diminuer le taux de mortalité infantile (quantité),
- Ajouter de la vie aux années = vivre mieux un handicap physique ou mental (qualitatif),
- Ajouter de la santé à la vie revient à réduire l'incapacité et à éradiquer certaines maladies (qualitatif et quantitatif).

Le **Droit Français** dit en plus :

- Ajouter de la dignité face à la souffrance et à la mort.

Pour répondre à ces objectifs, la France met en œuvre es dispositifs :

- ▶ De protection de santé,
- ▶ De lutte contre les maladies et les dépendances,
- ▶ De lutte contre les comportements déviants,

Et contrôle les moyens mis en œuvre comme :

- ▶ Les établissements,
- ▶ Les professions,
- ▶ Les produits
- ▶ Les prestations de santé.

Chapitre 1 - Etendue du dispositif juridique

1.1. La protection de la santé

1.1.1. La protection générale de la santé

1.1.1.1. Protection des personnes et du milieu

1.1.1.1.1. Protection des personnes

La loi bioéthique du 1^{er} et du 29 juillet 1994 a conféré un statut juridique au corps humain avec le principe d'inviolabilité : consentement éclairé et le principe d'indisponibilité : non commerce des organes.

- a) Protection par la loi et règlements de droit public, laïc dans le public, droit privé dans les établissements privés, par exemple :

- Choix libre du médecin,
- Choix libre du régime d'hospitalisation,
- Information des malades sur leur état de santé (sauf en cas d'urgence vitale),
- Respect de la volonté du malade (ou son tuteur) sur la suite donnée aux soins, surtout en fin de vie,
- Aucune recherche biomédicale ne peut être faite sur l'être humain si elle ne vis pas à améliorer rapidement son état et sans suivre les obligations du Code de Santé Publique (Article L.1121-2).
- L'identification génétique et la recherche génétique sont aussi très encadrées (Articles L.1131-1 à L.1133-10).

A ce sujet, un représentant des usagers siège au Conseil d'Administration ou de Surveillance des établissements de santé.

- b) Protection par le Juge

Avant le milieu du 19^{ème} siècle, les relations entre santé et droit n'existaient pas. Tout était régi dans un champ religieux et confessionnel. Les malades étaient moralement assistés, très peu physiquement.

En 1696, le Parlement de Paris déclare même solennellement le médecin non responsable de ses actes et les missions sanitaires et sociales restaient confondues.

C'est en 1835 que la Cour de Cassation a admis la responsabilité juridique du médecin de médecine libérale. Le droit et la santé commençaient à coexister.

Il faut attendre l'arrêt Blanco du 8 février 1873 pour voir apparaître la notion de responsabilité de l'Etat qui servit de base à la jurisprudence fondée sur la responsabilité des services publics de santé et qui se concrétisa le 8 novembre 1935 par un arrêt du Conseil d'Etat (Dame VION).

Dorénavant, l'Etat a le devoir de protection sanitaire des individus et des populations.

Ceci est inscrit dans la Constitution de 1946 "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère, aux vieux travailleurs, la protection de la santé, ...".

C'est sur ces bases que les intérêts des patients sont protégés dans les établissements.

S'il y a une faute non médicale (administrative, organisation de service de soins ou de surveillance, ou de retard dans l'action), la responsabilité des établissements est engagée.

Première faute lourde en 1961, puis le droit administratif s'est assoupli ... pour devenir en 1966, une présomption de faute, notamment en cas d'infection nosocomiale.

Par contre, la faute médicale est restée plus longtemps faute lourde (erreur de diagnostic, gestes médicaux générant des blessures, défaut de vigilance ou surveillance clinique ...), pour devenir en 1993 une faute simple, puis régime sans faute. (Exemple : la suite d'une contamination accidentelle

par le SIDA consécutive à une transfusion sanguine a été qualifiée en droit administratif de responsabilité sans faute).

La responsabilité pénale du médecin est engagée en cas d'homicide, blessures volontaires ou involontaires, violation du secret médical et non-assistance à personne en danger.

Aujourd'hui, il appartient au professionnel de santé de prouver qu'il a bien informé son patient avant tout acte, d'où cahier de traçabilité, signature des patients, etc.

c) La protection sur le plan médical

Le Code de Santé Publique réglemente le don et l'utilisation des produits du corps humain (Articles L.1211-1 à L.1274-3).

Le prélèvement d'organe est possible à fins médicales ou scientifiques, sauf opposition exprimée par la personne (ou son tuteur ... sauf s'il n'y en a pas). Seuls certains établissements sont habilités à procéder aux prélèvements. Pour le sang, le monopole est à l'EFS. Pour les tissus, cellules, produits du corps, il faut une autorisation spéciale pour les établissements, avec concours de l'Agence de Biomédecine.

Les dons et utilisation de gamètes sont aussi régis de manière très particulière en CHU autorisés.

1.1.1.1.2. La protection du milieu

a) La sécurité sanitaire des eaux potables vendues au robinet, en bouteille ou utilisées en thermalisme est assurée par suivi sanitaire régulier, après avoir fait l'objet d'autorisation préalable d'exploitation du Ministère de la Santé.

b) La sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

L'agence ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) apporte son expertise aux Ministères du Travail et de la Consommation.

c) La prévention des risques sanitaires liés aux milieux concerne :

- La salubrité des immeubles,
 - La salubrité des agglomérations
 - La salubrité des piscines, plages,
 - Les risques dus aux rayons ionisants (ASN),
 - Les risques dus aux rayons non ionisants,
 - Le plomb, l'amiante,
 - La démoustication,
 - La pollution atmosphérique,
 - La réglementation sur les déchets (à la charge des maires et des préfets).
- } Code de Santé Publique

Les anciens conseils départementaux sont remplacés depuis le 1^{er} juillet 2006 par le Conseil Départemental de l'Environnement et des risques sanitaires et technologiques. Il a un caractère consultatif.

Par ailleurs, les risques d'intoxication sont suivis par les centres antipoison alors que les risques d'explosions sont étudiés par enquêtes réglementaires.

1.1.1.2. Le cadre institutionnel est constamment évolutif

1.1.1.2.1 - A l'échelle nationale

Le Code de la Santé nous dit "*la Nation définit sa politique de santé selon des objectifs pluriannuels. La détermination de ces objectifs, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre ainsi que l'évolution de cette politique relève de la responsabilité de l'Etat*".

La politique de santé concerne :

- L'observation de l'état de la population,
- La lutte contre les épidémies,
- La prévention des maladies,
- L'amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie des malades handicapés et des personnes dans la dépendance,
- L'éducation à la santé de la population,
- L'identification et la réduction des risques liés à l'environnement, aux conditions de travail, aux transports, à l'alimentation,
- La réduction des inégalités de santé par le développement de l'accès aux soins et diagnostics sur tout le territoire,
- La qualité et la sécurité des soins,
- L'organisation du système de santé, la réponse aux préventions, la prise en charge des maladies et handicaps,
- La démographie des professionnels de santé.

L'accès aux soins des plus fragiles et la prévention sont les objectifs prioritaires.

La politique de santé, c'est aussi la santé générale de la population :

- Lutte contre les drogues et la toxicomanie,
- L'autisme,
- La santé des jeunes de 16 à 25 ans,
- La prévention des addictions,
- La contraception,
- Le Plan "Bien Vieillir",
- La nutrition santé,
- La prévention bucco-dentaire,
- La santé mentale,
- La périnatalité.

Mais aussi :

- Les maladies chroniques,
- Les risques infectieux,
- La santé environnementale (Chlordécone : bananes en Martinique, Chikungunya à la Réunion),
- La gestion des alertes sanitaires (pandémie grippale, canicule, grand froid).

Pour bien se préparer à tous ces risques, l'Etat s'est entouré d'institutions et agences expertes dans de nombreux domaines. Ce sont surtout :

– Haut Conseil de Santé Publique	- HCSP	- 2004
– Comité Consultatif National d'Ethique	-	- 1983
– Institut de Veille Sanitaire pour les Vigilances	-	- 1998
– Agence Biomédecine	- ABM	- 2004
– Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	- ANSES	- 2010
– Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé	- AFSSAPS	- 1998
– Conseil Supérieur de l'Hygiène Publique	- CHP	- 1997
– Institut National du Cancer	- INC	- 2004
– Autorité de Sécurité Nucléaire	- ASN	- 2006
– Institut de Radioprotection et de Sécurité Nucléaire	- IRSN	- 2002

1.1.1.2.2. A côté de l'Etat, les échelons territoriaux ont aussi des rôles à jouer pour la santé de la population :

- Au niveau communal : Vaccinations, désinfection, dératisation et contrôle des règles d'hygiène.
- Au niveau départemental : Depuis le 13 août 2004 : vaccinations, lutte contre la tuberculose, la lèpre, le SIDA et les autres MST.
- Au niveau régional : Rien n'est obligatoire. Cependant, une région peut apporter un complément à ce que font les autres échelons territoriaux.

1.1.2. La protection spécifique de la famille, la mère et les enfants

Elle concerne :

- La protection et la promotion maternelle et infantile,
- L'IVG en établissements,
- Les services et organismes spécialisés.

1.1.2.1 Protection et promotion santé mère-enfant

L'Etat, les collectivités territoriales et la Sécurité Sociale sont les acteurs de la mise en œuvre :

- Des mesures de préparation à la parentalité,
- Des aides aux jeunes mères les plus démunies,
- Des actions de prévention et dépistages des handicaps des enfants de moins de 6 ans,
- De la surveillance, du contrôle des établissements accueillant des enfants de moins de 6 ans ainsi que du contrôle des assistants maternels.

C'est le département qui assure l'organisation et le financement des suivis médicaux des mères et des enfants, qui agrée les assistants familiaux.

Il participe aux actions de prévention et prend en charge les mineurs en danger ou en risque de le devenir.

Outre ces missions, il faut ajouter l'assistance médicale à la procréation qui se pratique en service spécialisé.

1.1.2.2 Interruption volontaire de grossesse (IVG)

Cette pratique constitue un droit de la femme et s'est imposée à tout le service public hospitalier en capacité de le réaliser.

1.1.2.3 Etablissements, services et organismes spécialisés

Ce sont les organismes de planification, éducation et de conseil familial agréés par le Conseil Général. Ils sont à but non lucratif (ex. : le planning familial). On trouve aussi les maisons d'enfants à caractère sanitaire (enfants battus), hors établissements climatiques (car pris en charge par l'assurance maladie) et hors mineurs délinquants ou handicapés. Puis enfin, la santé publique réglemente aussi les lactariums, les services de santé scolaire et universitaire.

1.2. La lutte contre les maladies, les dépendances et les comportements déviants

En plus de tous les champs d'intervention listés précédemment, il faut ajouter plusieurs autres catégories qui sont :

- La lutte contre les maladies transmissibles,
- La lutte contre les maladies mentales et les dépendances.

1.2.1. La lutte contre les maladies transmissibles :

1.2.1.1 Epidémie et certaines maladies transmissibles

La politique de santé énonce des recommandations et propose un calendrier de vaccinations. Toutes les vaccinations sont soit vivement recommandées telles que la rougeole, les oreillons et la rubéole et prescrites par les sages-femmes depuis 1991, soit facultatives mais encouragées pour les plus fragiles, pour la grippe.

Certaines vaccinations sont obligatoires pour tous telles que : anti-diphthérite, anti-tétanos, anti-poliomylérite, anti-typhoïde, anti-tuberculose et la vaccination contre l'hépatite B pour les professionnels exposés.

Depuis 1979, la vaccination antivariolique n'est plus obligatoire.

Tout préjudice imputable à une vaccination est pris en charge par l'Office National d'Indemnisation des accidents médicaux.

1.2.1.2 SIDA

Le virus vecteur passe sexuellement d'un partenaire à un autre ou par voie sanguine. La lutte contre cette maladie est du ressort de l'Etat. Les ARS organisent la filière de dépistage et de soins spécifiques.

Les victimes de préjudices résultant de transfusions sanguines ou de produits dérivés sont indemnisées par l'Etat.

1.2.1.3 Lutte contre les menaces sanitaires graves

En cas d'épidémie ou catastrophe¹, le Ministre informe le Procureur de la République et actionne le Préfet pour la mise en place dans les établissements de santé requis du "Plan Blanc" d'établissement (Plan Blanc = Petit ORSEC).

¹ Cas de :

Tribune du stade de Furiani (Corse),
Autobus de pèlerins polonais devenu fou dans la côte de Laffrey (38),
Orage violent et rapide montée des eaux à Nîmes,
Incendie dans le Tunnel du Mont Blanc.

1.2.2. La lutte contre les maladies mentales et les dépendances

1.2.2.1 Lutte contre la maladie mentale

La loi du 27 juin 1990 a aboli la loi de 1838 qui enfermait les gens pour trouble à l'ordre public. Cette loi en vigueur protège les personnes atteintes de troubles mentaux en interdisant l'internement sans accord de l'intéressé ou son tuteur, sauf cas grave prévu par la loi.

Aujourd'hui, l'internement est pratiqué donc, par accord de l'intéressé et en hospitalisation libre, sur demande d'un tiers si l'intéressé impose des soins immédiats et une surveillance constante en institution ou en hospitalisation d'office dans le cas de sûreté de personnes ou atteintes graves à l'ordre public.

Depuis le 5 juillet 2011, une loi davantage protectrice pour le malade est en vigueur. Elle met en œuvre une commission départementale des hospitalisations psychiatriques idoines. Nous n'allons pas la détailler ici.

1.2.2.3 Lutte contre la toxicomanie

En référence à la loi du 31 décembre 1970, elle balance entre politique de soins et politique répressive.

1.2.2.4 Lutte contre le tabagisme

L'Etat réglemente la publicité en faveur du tabac, exige d'informer le consommateur de la dangerosité de son acte, interdit de fumer dans les lieux à usage collectif. Les infractions sont pénalisées.

1.2.2.5 Lutte contre le dopage

Cette action est à la charge du Ministre des Sports qui met en place des préventions, des surveillances médiatives, des sessions d'éducation avec le concours des fédérations du sport.

1.2.2.6 La délinquance sexuelle

En la matière, il existe peu de prévention possible. Lorsqu'un délinquant et connu, il est suivi médicalement pour atténuer si possible sa dérive. Par ailleurs, il fait l'objet d'un suivi socio-judiciaire qui fait intervenir un Juge d'application des peines.

Chapitre 2 - Le contrôle juridique des moyens sanitaires

L'Etat contrôle ses moyens institutionnels, humains et techniques mis en œuvre pour lutter et protéger contre les maladies.

Comment ? En inspectant les établissements et analysant les professions de santé, comme en contrôlant les produits utilisés, en évaluant les prestations de santé rendues aux patients.

2.1. Le contrôle des établissements de santé

Dotés d'une large autonomie juridique, il faut les surveiller. Ils sont tout d'abord :

- ▶ Soumis à autorisation par les ARS ; pour tout projet de création, extension ou conversion d'activité (tant dans le secteur public que dans privé), pour toute installation d'équipement lourd (scanner, IRM, ...). Les ARS sont garantes du SROS résultant des besoins objectifs des populations.
- ▶ Puis sont administrativement contrôlés par analyse des actes réalisés et suivi des personnes agissant. Les délibérations du Conseil de Surveillance (ancien Conseil d'Administration), les actes du Directeur de l'établissement tels le budget, sont soumis à l'approbation de l'ARS, qui fait un contrôle de légalité ou d'opportunité. Entrent en compte les chambres des comptes régionales, les sécurités incendie et les stérilisations.
Les personnels de Direction et les médecins PH sont gérés depuis le 1^{er} septembre 2005 au niveau national.
La Haute Autorité de Santé (HAS) certifie les établissements.

2.2. Le contrôle des professions de santé

Les conditions d'exercice et les règles d'organisation des médecins, des pharmaciens et des auxiliaires médicaux sont surveillés par l'Etat et les Ordres.

L'accréditation des professionnels est assurée par la Haute Autorité de Santé au vu des pratiques mises en œuvre. Les contrôles en ce domaine sont réalisés par des inspecteurs de santé publique et l'AFSSAPS.

La réglementation des professions de santé est assise sur le Code de Santé Publique qui précise : "*être diplômé, de nationalité à diplôme reconnu en France et être inscrit à un Ordre*".

2.2.1. Les professions médicales

La loi fixe les règles organisationnelles des professions médicales et les Ordres veillent aux principes de moralité, probité, dévouement des leurs ressortissants, ainsi que les devoirs et le respect d'un code de déontologie.

2.2.2. Les pharmaciens

Les pharmaciens sont monopolistiques dans toutes leurs actions relatives à l'humain, aux pansements, aux plantes médicinales et huiles essentielles ainsi que les aliments lactés pour nourrissons. Ils sont aussi soumis à leur Ordre.

Les conditions d'accès à l'exercice de pharmaciens sont les mêmes que pour les médecins.

2.2.3. Les auxiliaires médicaux

Les auxiliaires médicaux sont autorisés à exercer à condition d'être diplômés d'un état européen et de s'inscrire sur une liste préfectorale du lieu d'exercice. Parmi les auxiliaires, nous trouvons les IDE, les masseurs-kinésithérapeutes, les pédicures podologues (hors effusion de sang), les ergothérapeutes, les

psychomotriciens, orthophonistes, manipulateurs d'électroradiologie, les préparateurs en pharmacie, les audioprothésistes, les opticiens-lunettiers, les diététiciens. Ils agissent tous sur prescriptions médicales.

A ces professions techniques s'ajoutent divers autres métiers tels que techniciens de laboratoire médiale, aides-soignants, assistants-puéricultrices et ambulanciers.

2.3. Le contrôle des produits utilisés pour la santé

Il s'agit des produits mis en œuvre dans le cadre de l'exercice de tous les métiers d'ordre sanitaire à destination des populations. Les contrôles sont faits au niveau national par l'AFSSAPS et régionalement par les ARS. Ils sont de plus en plus rigoureux et sévères.

Nous rencontrons deux catégories de produits : les produits de pharmacie et les dispositifs médicaux.

2.3.1. Les produits pharmaceutiques

Dans cette catégorie, nous trouvons les produits à usage humain, à usage animal, curatif ou préventif ainsi que les produits d'aide au diagnostic.

Notre propos ici concernera l'usage humain. La liste est longue, nous citerons :

- Les préparations magistrales,
- Les préparations hospitalières,
- Les préparations officinales,
- Les produits officinaux industriels,
- Les spécialités génériques industrielles,
- Les médicaments immunologiques (vaccins, ...),
- Les médicaments radio-pharmaceutiques (isotopes radioactifs, traceurs),
- Les générateurs (radionucléides parents),
- Homéopathie,
- Préparations de thérapie génique, de thérapie cellulaire,
- Médicaments à base de plantes,
- Etc.

Tous ces produits sont soumis à Autorisation de Mise sur le Marché (AMM), valable 5 ans.

Les prix sont encadrés ainsi que les modalités de prise en charge par la Sécurité Sociale.

Toute création d'officine est soumise à l'ARS.

Les produits cosmétiques sont aussi réglementés au niveau fabrication, conditionnement, importation et vente publique. Il en est de même des substances et préparations véneneuses, telles que les stupéfiants, les psychotiques et d'autres non citées ici, ainsi que les réactifs, les contraceptifs, les produits aptes à provoquer l'IVG, les insecticides, acaricides et aliments diététiques.

2.3.2. Les dispositifs médicaux

Dans cette catégorie, nous trouvons les instruments, appareils, produits (hors origine humaine), les logiciels nécessaires au bon fonctionnement des accessoires, etc.

Les implants, comme les sources spécifiques d'énergie (des pacemakers), et les logiciels par exemple de navigation, font partie de cette catégorie aussi.

Dans d'autres domaines, nous notons qu'il existe des réglementations applicables aux jouets pour petits enfants et aux biberons. Les baladeurs musicaux comme les restaurants, coiffeurs, débits de boissons, soins personnels du corps sont aussi contrôlés.

2.4. Le contrôle des prestations de santé

Dans cette catégorie, nous avons notamment :

- Les laboratoires d'analyses de biomédecine,
- L'aide médicale d'urgence,
- Le transport sanitaire,
- La permanence et continuité de soins,
- La télémédecine.

2.4.1. Les laboratoires de biomédecine

Ils sont obligatoirement dirigés par un biologiste médical. Ils sont accrédités COFRAC. Leur ouverture est à déclarer à l'ARS. La forme d'exploitation est variable, de nom propre à associatif ; de lucratif à non lucratif, soit de statut privé. Ils sont souvent aussi publics.

2.4.2. L'aide médicale d'urgence

Elle a pour objet d'organiser les soins d'urgence appropriés aux détresses.

Elle est toujours mise en œuvre en établissement de santé capable, avec un SAMU, doté d'une régulation d'appels (le 15) et avec participation possible de médecins non hospitaliers. Une relation étroite existe avec la police (le 17) et le service incendie (le 18).

C'est le Préfet qui préside cette aide dans le Comité Départemental constitué d'hospitaliers, libéraux, pompiers, ambulanciers.

2.4.3. Les transports sanitaires

Ils sont chargés de transporter les humains en détresse ou décédés sur lesquels sont pratiqués des prélèvements (hors personnels de la Défense).

2.4.4. Permanence de soins

Lors de mobilisation d'urgence médicale importante, c'est le Préfet qui réquisitionne les moyens dans une offre préétablie par l'ARS.

2.4.5. Continuité de soins

Tout médecin s'absentant doit organiser son remplacement et prévenir l'Ordre départemental.

2.4.6. La télémédecine

Elle commence à se développer, surtout sur les territoires isolés. C'est un vaste chantier en cours.

2.4.7. Les réseaux de santé

Ils ont pour objet d'améliorer l'accès aux soins, les coordinations, l'interdisciplinarité tant du point de vue préventif que curatif. Ils mettent en œuvre les médecins de ville, du travail, les institutions de soins et le social, ainsi que des usagers et réalisent des évaluations d'efficacité.

2.4.8. La chirurgie esthétique

Spécifiquement, la chirurgie esthétique est fortement réglementée et les autorisations d'exercer sont attribuées pour une durée limitée, renouvelables après nouvelle visite de conformité.

2.4.9. Les centres de santé

(Nous pourrions les comparer à ce que l'on appelait "dispensaire" dans les années 50). Ils sont créés et gérés par des collectivités, des établissements de santé, des organismes à but non lucratif. Ils dispensent des soins de premier recours en externe.

2.4.10. Les maisons de santé

Elles assurent des activités de soins externes, participent à des actions de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé et des actions sociales.

Les professionnels médicaux, médico-sociaux et auxiliaires de ces maisons élaborent un projet de santé, attestant d'actions collectives, coordonnées inscrites dans les SROS (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire). Ces maisons sont contrôlées par l'ARS.*

2.4.11. Les pôles de santé

Ils assurent le premier recours et le cas échéant, le deuxième recours, la prévention, la promotion de la santé et de la sécurité sanitaire. Ils sont constitués de tous les types d'organisation visés précédemment. "Pôle, c'est le mot à la mode", sic le rédacteur.

La protection de la santé a une grande valeur pour chacun d'entre nous. Cette grande valeur individuelle a un coût collectif énorme. Il est donc impossible de ne pas étudier la dimension économique de notre politique de santé. Ce sera l'objet de la deuxième partie.

DEUXIEME PARTIE - LA DIMENSION ECONOMIQUE DE LA POLITIQUE DE SANTE

La politique de santé s'exerce dans un cadre économique dans lequel les intrants sont les établissements, les professionnels et des biens de santé qui s'échangent sur un marché et dont les extrants, très subjectifs, sont de l'ordre du mieux-être ressenti jusqu'à la mort.

Ce marché de la santé est contrôlé par l'Etat, financé par les cotisations sociales versées par les entreprises et les assurés et géré par la Sécurité Sociale.

Le système de santé constitue un moyen de réparation des dommages maladies et accidents de vie. Il est un sous-ensemble de notre système social, dont le socle est la Sécurité Sociale, dont les ressources sont issues de l'économie générale du pays.

Le système de santé prend en compte les facteurs :

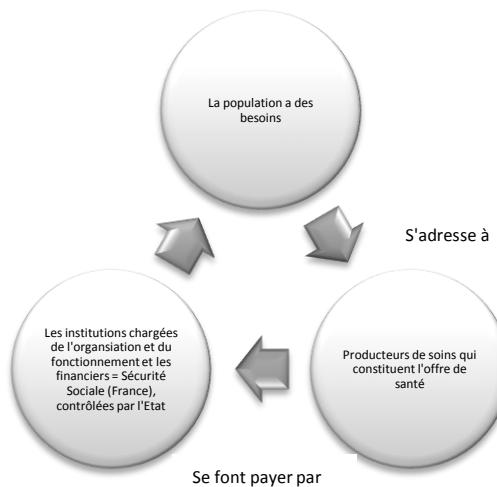
- Démographiques,
- Sanitaires,
- Economiques,
- Comportementaux,
- Environnementaux.

Et est assis sur la richesse nationale, le niveau de compréhension des problèmes et le niveau de protection souhaité par la population.

Le législateur oscille en permanence partiellement et à chaque alternance gouvernementale, vers l'un des trois systèmes bien connus qui sont :

- ▶ Les systèmes bismarckiens basés sur la solidarité professionnelle. Ce sont les actifs et leur entreprise qui abondent (France, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Luxembourg),
- ▶ Les systèmes beveridgiens basés sur la solidarité nationale, financés par les impôts (Angleterre, Suisse, Espagne, Grèce),
- ▶ Les systèmes libéraux fondés sur le principe de l'assurance individuelle et la concurrence de tous les acteurs de santé entre eux (Etats-Unis).

L'OMS dit pour la France :



Chapitre 1 - l'évolution du marché de la santé

Le marché est le lieu de confrontation d'une demande très subjective et élastique et une offre dispersée et toujours de même efficacité.

1.1. L'augmentation de la demande est constante

En effet, la démographie évolue et les besoins sanitaires comme les besoins d'ordre socio-économiques ne font que croître. D'où une forte croissance de la part des dépenses de santé dans les dépenses sociales.

1.1.1. L'état de santé de la population

Pour améliorer un état, il faut bien le connaître, d'où la mise en œuvre de plus en plus d'outils de recherche épidémiologiques. Et plus on cherche, plus on trouve.

Hippocrate disait : "Avoir la connaissance de ce qui arrive au peuple". L'épidémiologie moderne cherche les causes des phénomènes décelés et mesurés. Elle cherche aussi des solutions d'éradication.

Plusieurs grands acteurs réalisent ce genre d'étude pour le Ministère de la Santé. Ce sont notamment la DGS, la DREES et plusieurs autres Ministères donnant leurs informations disponibles en la matière tels : la Défense, l'Agriculture, l'Intérieur, l'Education, la Justice, les Transports et le Travail.

L'INSEE, l'INED et le CREDOC, puis le SETRA, la SNCT etc. donnent aussi leurs informations.

Sont aussi sollicités les médecins libéraux du réseau "sentinelle". Au niveau régional, les ORS (Observatoires Régionaux de la Santé), créés en 1986, dressent le diagnostic sanitaire des régions.

Des études quantitatives permettent d'appréhender le taux de mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance. A savoir que la mortalité est le ratio du nombre d'individus décédés par rapport à une population et la morbidité est le ratio du nombre d'individus malades par rapport à une population.

En quelques chiffres :

- La mortalité générale est de 8.4 pour 1000 par an (soit 540 000 décès) ; le taux mondial est de 12 pour 1 000 et nous connaissons aujourd'hui pratiquement toujours les causes.
 - Environ 158 000 décès (30 %) - tumeurs,
 - Environ 145 000 décès (28 %) - cœur et vaisseaux,
 - Environ 37 000 décès (7 %) - autres causes dont :
 - 4 000 par route,
 - 1 000 au travail,
 - 10 000 par autolyse,
 - 13 000 accidents domestiques et vie courante.

Ce premier tableau représente 65 %. Les 35 % restants sont aussi assez bien connus :

- 32 000 décès - respiratoire,
- 23 000 décès - digestif
- 10 000 décès - maladies infectieuses.

Les addictions sont aussi source de mortalité :

- 66 000 décès par tabagisme.
- Beaucoup de décès également par alcoolisme et drogues illicites.

Avant de décéder, bon nombre de ces gens sont demandeurs de soins.

1.1.2. L'évolution de la demande

La demande croissante est due à de nombreuses causes liées à la démographie, aux inégalités d'accès à la santé, aux exigences de la population.

1.1.2.1 La démographie

Dans la mesure où une population croît, plus de gens sont à soigner, d'autant que nous vieillissons de plus en plus longtemps. L'âge moyen des Français est un peu supérieur à 40 ans en 2011, pour 37 ans en 1991.

Les dépenses de santé sont élevées à la naissance, basses pendant l'enfance et l'adolescence, très basses jusqu'à 45 / 50 ans et en augmentation nettement plus après 65 ans.

1.1.2.2 Les inégalités des Français en matière de santé

Bien qu'étant classé par l'OMS, le premier pays au monde pour la qualité de son système de santé, nous ne parvenons pas à réduire rapidement certaines inégalités sociales et sanitaires. Ainsi :

- L'espérance de vie des femmes à la naissance est de 85 ans pour 78 ans pour les hommes,
- La mortalité des 15 - 59 ans est de 282 pour 10 000 hommes et 133 pour 100 000 femmes, elle liée à des comportements personnels.
- Le surpoids des enfants,
- La santé bucco-dentaire,
- La couverture vaccinale irrégulière,
- Asthme des enfants.

Il est bien corrélé que les catégories sociales actives les plus défavorisées (souvent les moins cultivées), sont peu enclines à certaines disciplines de vie et se laissent tenter par certaines consommations néfastes. Mais elles souffrent aussi de l'effet de l'ignorance, de l'incompréhension et de la non connaissance en général de leur situation.

Les personnes âgées de plus de 75 ans sont concernées par ces accès aux soins dans la mesure où les facteurs socio-économiques sont en leur défaveur.

1.1.2.3 Les exigences croissantes de la population

La plupart des Français savent très mal ce que coûtent la Sécurité Sociale et leur système de soins. Comme le financement ne passe pas par l'impôt, la santé devient un dû sans contrepartie financière perceptible (surtout depuis les tiers payants pour beaucoup de dépenses).

Il n'est donc pas étonnant que les Français attendent toujours plus, plus rapidement, mieux, avec un très haut taux de réussite, afin de vivre longtemps en bonne santé.

Beaucoup de Français exigent la protection à tous niveaux puisque les progrès scientifiques sont rapides. Ainsi la demande protéger le droit à ..., sur l'éthique, sur la déontologie et si nécessaire la protection par la Justice. Tout ceci est lourd à orchestrer car là où il existe une concentration, il existe un risque de dissémination. Actuellement, le système sanitaire est bien cadré juridiquement et le malade comme le patient sont devenus de véritables consommateurs de santé, mais évidemment, sans risque.

Force est aussi de constater les disparités constantes de santé, entre le Nord ou sévissent l'alcoolisme, le tabagisme et les frimas et les régions du Sud, d'autant que la démographie médicale du Sud est bien supérieure à celle du Nord,

Forte de ces quelques repères, la relation entre l'offre et la demande de santé est tenue mais complexe.

1.2. La dispersion de l'offre de santé

Cette offre est constituée d'un important réseau d'établissements, c'est le secteur hospitalier et de professions de santé par les soins ambulatoires réalisés en médecine libérale ou de ville.

1.2.1. Le secteur hospitalier, soit 2 780 établissements

Il est composé d'établissements publics et d'établissements privés qui consomment 4 % de la richesse nationale, emploient 4 % de la population active et sont dotés de 440 000 lits de séjour et de 58 500 places (en hospitalisation de jour, de nuits de semaine et de chirurgie ambulatoire).

Les établissements de santé sont "missionnés" par la loi et assurent : le diagnostic, la surveillance et le traitement de tous. Ils hébergent si nécessaire, travaillent en relation avec les centres d'hébergement de l'action sociale et des familles dans des schémas bien précis définis par l'ARS et les Conseils Généraux.

Les missions du secteur hospitalier sont très nombreuses et variées, pour une liste approchante e la réalité, voir l'annexe 10.

1.2.1.1. Les établissements de santé publics

Ils sont au nombre de 983, dotés de 284 000 lits d'hospitalisation complète et e 3 700 places en hospitalisation partielle.

L'histoire récente nous dit que les hôpitaux publics sont passés d'établissements publics administratifs (loi de 1941) à établissements de santé (loi de 1991). En contrepartie, ils sont devenus administrativement et financièrement indépendants et sont dotés d'une personne morale de droit public. Ils sont contrôlés par l'Etat, via les ARS, et créés par décret lorsque leur ressort est national, interrégional ou régional. Ils sont créés par arrêté des ARS lorsque leur ressort est plus restreint.

La France dispose de :

- 31 CHR et CHRU,
- 511 centres hospitaliers non régionaux, non universitaires,
- 90 établissements départementaux ou interdépartementaux spécialisés en psychiatrie,

Il existe des établissements nationaux comme les "Quinze-Vingt" à PARIS.

334 hôpitaux locaux sont en cours de reconversion et en cours de rattachement à de plus grosses structures.

A la tête de chaque établissement est nommé un Directeur assisté d'un Directoire essentiellement médical, travaillant en harmonie avec un Conseil de Surveillance composé de 9 à 15 membres.

Ce Conseil comprend :

- ▶ au plus 5 représentants des collectivités territoriales dont le Maire de la commune sur laquelle est installé l'établissement et le Président du Conseil Général (ou leurs représentants respectifs).
- ▶ Au plus 5 représentants du personnel dont 1 infirmier, 2 médecins de CME et 2 délégués syndicaux.
- ▶ Au plus 5 personnalités qualifiées dont 2 choisies par l'ARS, le Préfet et 2 représentants des usagers.

Ce Conseil se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce en permanence un contrôle de gestion.

Le Conseil rapporte à l'ARS ses observations sur le rapport annuel du Directeur.

Le Président est élu parmi ses membres à l'exclusion de ceux qui en sont salariés (le Maire ou le Président du Conseil Général ne sont plus présidents de droit dans les petits établissements).

Le Directeur est un personnage à pouvoir étendu : ordonnateur, représentant légal, responsable des marchés, exploitant de l'établissement et a le pouvoir de nomination de tous les agents sauf les médecins et les directeurs. Il est devenu un "patron" avec responsabilités sociales, économiques et pénales attachées à ce statut.

Dans chaque établissement, il existe une commission médicale d'établissement (ex CME) et un comité technique d'établissement composé de syndicalistes (CTE).

1.2.1.2. Les établissements de santé privés

Ils sont 1 800 avec 156 000 lits et 23 000 places en hospitalisation partielle. Ils sont souvent bien plus petits que ceux du public et sont de deux types : à but lucratif et à but non lucratif.

- a) Les établissements à but non lucratifs, sont 750 avec 61 000 lits et 10 000 places ; ils appartiennent souvent à des fondations, des maisons confessionnelles, associations, mutuelles, Sécurité Sociale et la Croix-Rouge. 539 d'entre eux participent à des missions de service public (pour environ 50 000 lits).
- b) Les établissements privés à but lucratif sont au nombre de 1 047 et possèdent 95 000 lits pour 12 000 places en hospitalisation partielle. Ils appartiennent souvent à des personnes physiques, administrés par des sociétés civiles ou commerciales ou GIE.

Nous observons une guerre des cliniques avec des regroupements ou des absorptions.

1.2.1.3. L'activité du secteur hospitalier

En 2009, les établissements publics et privés ont pris en charge 25 millions de séjours de patients dont 12 millions en hospitalisation complète et 13 millions de séjours à temps partiel (inférieur à 24 heures).

En hospitalisation complète on trouve :

- Grossesses avec naissances,
- Patients avec pathologie de l'appareil digestif,
- Patients avec traumatismes musculo-squelettiques,
- Patients avec troubles de l'appareil circulatoires,
- Patients avec troubles ORL,
- Patients avec troubles du système nerveux,
- Et tous ceux venus en urgence suite à motifs sociaux.

L'évolution de l'activité des établissements est bien évidemment liée aux services possibles.

On constate quantitativement :

- Une hausse des soins de suite consécutivement au vieillissement de la population,
- Une hausse des longs séjours pour les mêmes motifs,
- Une hausse des hospitalisations dites "de jour" ou de très courte durée (les techniques d'aujourd'hui le permettent mieux),
- Une recrudescence des interventions en psychiatrie et en centres médico-psychologiques liés aux problèmes d'instabilité sociale,
- Une forte hausse des urgences, conséquence du désengagement brutal en la matière de la médecine de ville.

1.2.1.4. Aspect concurrentiel entre les différents statuts juridiques des établissements

Entre le public et le privé, la guerre des territoires a eu lieu au détriment des usagers dans les spécialités obstétricales et les activités chirurgicales jusqu'en 1970.

La loi de 1930 a favorisé la possibilité de passer des conventions entre établissements pour gérer des services communs (cuisines, blanchisseries, écoles, informatique). Puis la loi de 1991 a encouragé la constitution de GIE pour gérer en commun des équipements lourds (scanners, IRM, lithotripteurs, gamma caméras).

Plus récemment, la loi de 2009 dite "HPST", a encouragé la coopération entre établissements publics comme privés en harmonisant sur un territoire géographique. C'est le Directeur de l'ARS qui orchestre et peut imposer :

- Soit la fusion de deux établissements pour optimiser l'usage des moyens et baisser les coûts,
- Soit des accords de non concurrence,
- Soit des accords de complémentarité sans doublon.

Les fédérations FHF (Fédération Hospitalière Publique de France), FHP (Fédération Hospitalière Privée de France), FEHAP (Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne - privé non lucratif), accompagnent ces rapprochements.

1.2.1.5. Les professions de santé hospitalière

Environ 1 000 000 de personnes, soit 4 % de la population active, dont des médecins, des paramédicaux, des administratifs, des ouvriers et des techniciens.

En 2008, 107 000 médecins salariés à plein temps, 43 000 praticiens libéraux, 23 000 internes œuvraient à l'hôpital public, soumis au droit public

Les PH de CHU sont PU.PH, donc agents publics pour PH et fonctionnaires d'Etat pour PU. Ces médecins depuis la réforme DEBRE de 1958 sont rétribués pour les deux fonctions. Par ailleurs, cette même réforme a permis aux médecins libéraux d'exercer à l'hôpital tout en gardant une activité privée. La loi de 1987 dénomme ce temps passé à l'hôpital à travailler en privé "l'activité libérale".

Certains médecins sont salariés à temps partiel à l'hôpital et ont un Cabinet en ville ou une activité dans un autre établissement privé.

Il existe encore un statut intermédiaire de médecin libéral, vacataire à temps partiel à l'hôpital. Des médecins peuvent être contractuels.

Les internes ont aussi un rôle non négligeable. Depuis la mise en place de la loi des 35 heures par semaine et les politiques de formation de médecins durant plusieurs décennies, il manque aujourd'hui beaucoup de médecins dans le secteur public alors que dans le secteur privé, le médecin est contractuel de droit privé. Son statut le rend à situation précaire quelle que soit la raison. La gestion des médecins est rendue plus facile.

Les autres professionnels dans le public :

- 217 000 infirmier(e)s diplômés d'Etat
- 186 000 Aides-soignants(e)s
- 9 000 sages-femmes

L'hôpital public est souvent le plus gros employeur de la commune, avec environ 100 métiers différents.

Dans le secteur privé, donc le socle de la convention collective des personnels non médicaux date de 1950, 114 000 agents travaillent dans le secteur à but non lucratif et 125 000 agents dans les établissements à visée marchande. Les problèmes de recrutement des agents paramédicaux sont les mêmes que dans le public.

1.2.2. Le secteur de soins ambulatoires

C'est la médecine de ville ou médecine libérale.

Les médecins et les paramédicaux avec ce statut sont 250 000 sur le "marché". Distinguons les médecins des non médecins.

1.2.2.1 Les médecins libéraux

Ils sont au nombre de 207 000 (soit 334 pour 100 000 habitants ou 1 pour 300). Cette population est composée de :

– 68 000	Généralistes	soit 1 / 956 habitants
– 52 000	Spécialistes	soit 1 / 1250 habitants
– 41 000	Dentistes	soit 1 / 1585 habitants
– 74 000	Pharmacien d'officine et biologistes de laboratoires d'analyses médicales	soit 1 / 878 habitants
– 10 000	Sages-femmes	soit 1 / 6500 habitants

1.2.2.2 Les professions paramédicales libérales

– 60 000	IDE	soit 1 / 1083 habitants
– 48 000	Masseurs-kinésithérapeutes	soit 1 / 1354 habitants
– 10 000	Orthophonistes	soit 1 / 6500 habitants
– 1 700	Orthoptistes	Soit 1 / 3800 habitants
– 11 000	Pédicures-podologues	Soit 1 / 5900 habitants
– 20 000	Opticiens-lunettiers	Soit 1 / 3250 habitants
– 2 000	Audioprothésistes	Soit 1 / 32500 habitants

Les professions paramédicales sont en démographie constamment croissantes depuis plusieurs décennies.

Toutes les professions de santé sont en féminisation croissante et leur concentration très importante en Ile-de-France, Rhône, Provence-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon.

Le marché de la santé est très spécifique. En effet, ce marché est peu régulé par le prix ; la grosse part de la facturation étant payé directement par la Sécurité Sociale, c'est le coût de la santé qui régule. L'Etat est fortement impliqué sur ce marché qui représente des enjeux politiques, d'ordre socio-économiques importants de nos jours, où "l'Etat providence" est dans tous les esprits. Il faut redistribuer mais sans trop pénaliser l'avenir.

Chapitre 2 - La régulation du marché de la santé

Ce marché est organisé et contrôlé par l'Etat. Il est financé en grande partie par la Sécurité Sociale (selon le système bismarckien).

2.1. Le contrôle de l'Etat

La demande de santé augmente.

Le coût de l'offre augmente.

Il faut que l'Etat arrive à donner la place à l'assureur, la Sécurité Sociale, dans une période de tensions économiques non négligeables, avec très peu d'inflation.

De 1945 à 1975, la croissance des dépenses sociales a été forte et constante. Aujourd'hui, c'est environ 500 milliards d'euros répartis ainsi :

– Santé :	7.2 %
– Vieillesse :	13.2 %
– Famille et logement :	2.8 %
– Emploi :	1.7 %
– Divers :	0.4 %

Et représentant 25 % du PIB.

Ces dépenses croissent plus vite que notre création de richesse d'où de graves déséquilibres.

Sur 65 millions de Français, 32 millions sont inactifs, 2.5 millions sont chômeurs et 23 millions sont actifs.

Le chômage est générateur de hausse de dépenses de santé (psychotropes, TS, dépressions, problèmes cardio-vasculaires, cancers, ...).

En 2009, le montant des dépenses courantes de santé s'est élevé à 223 milliards d'euros, soit 11.7 % du PIB.

Ces dépenses ont été financées ainsi :

75.5 %	Par la Sécurité Sociale
1.3 %	Par les collectivités locales
13.8 %	Par les complémentaires
7.7 %	Par des mutuelles
3.6 %	Par des sociétés d'assurances spécifiques
2.5 %	Par des prévoyances
9.4 %	Par les ménages

Et notons qu'en 2009, sur 179 milliards d'euros :

33.5 %	Pour l'hospitalisation publique
10.1 %	Pour l'hospitalisation privée
27 %	Pour la médecine ambulatoire (de ville)
25.6 %	Pour les biens médicaux (médicaments, prothèses, matériel)
1.8 %	Pour la médecine préventive
2 %	Pour le transport des malades

Pour analyser, comprendre et recherches des thérapies de réduction des coûts, l'Etat a modifié certaines règles de fonctionnement et de responsabilisation des acteurs et mis en place certaines restructurations de moyens.

2.1.1. Les acteurs étatiques

a) Acteurs traditionnels

Le Ministère chargé de la santé est très autonome (en 2013). Ce dernier est le même que celui des affaires sociales.

La DGS comprend la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins).

Les contrôles sont réalisés par l'IGAS qui inspecte et audite le système sanitaire, l'IGF (Inspection Générale des Finances), la Cour des Comptes (les CRC en région).

b) La rénovation du cadre

La décentralisation de 1982 a modifié les tutelles décentralisées (DDASS et DRASS) pour transférer progressivement leur pouvoir aux départements et aux régions lors de la création des ARS en 2009. Aujourd'hui les ARS ont récupéré le pouvoir de l'Etat en matière de santé et de financement de l'assurance maladie.

Les ARS sont garantes de l'efficacité du système de santé en répondant aux besoins de soins et des services médico-sociaux.

2.1.2. Les instruments étatiques

L'offre de santé doit être rationalisée sans être rationnelle. Cette offre comprend :

- Les dépenses hospitalières des établissements publics et privés,
- Les dépenses de soins ambulatoires.

L'Etat veut réguler ces dépenses financées aux % par les cotisations sociales obligatoires (employeur et salarié) sans abaisser la qualité des soins, ni leur libre accès.

Pour y arriver, la puissance publique planifie ses actions, engage des budgets et réalise des évaluations, des certifications et accrédite les acteurs et services prestataires.

2.1.2.1 Instruments de maîtrise quantitative

Ils portent sur les deux systèmes pourvoyeurs de soins.

a) La planification en établissement de santé est obligatoire depuis la loi de 1970 (création des schémas SROS). Chaque établissement prépare un projet d'établissement pour 5 ans, issu d'un projet médical, en harmonie avec le SROS. Les ARS concluent avec les établissements des contrats (CPOM - Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) pour aider à la faisabilité du projet.

b) La régulation des soins ambulatoires

La médecine de ville, c'est le tiers des dépenses de santé. Ces dépenses ont augmenté vite, compte tenu des demandes des malades, du vieillissement des Français mais surtout avec le nombre croissant de médecins installés.

Mais depuis la mise en place des 35 heures dans les hôpitaux et la désaffection des vacances à la vie hospitalière, quelles qu'en soient les causes, les pouvoirs publics ont desserré l'étau du numerus clausus en autorisant 7000 élèves en 2^{ème} année de médecine dès 2011 au lieu de 3500 en 2000.

2.1.2.2. Les instruments de maîtrise qualitative des activités hospitalières

Ils sont utilisés pour évaluer l'accréditation et évaluer les procédures de certification tel que proposé dans la loi de 2004. La puissance publique s'assure ainsi du bon usage fait de l'Assurance Maladie et qu'ils contribuent toujours à l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients.

C'est la Haute Autorité de Santé qui est chargé de cette mise en œuvre. Elle procède ainsi :

- Evaluer avec les professionnels de l'intérêt médical des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes afin d'en proposer ou non le remboursement par l'Assurance Maladie,
- Promouvoir les bonnes pratiques cliniques, prévention, diagnostic et thérapeutiques,
- Améliorer la qualité des soins en donnant un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures pris ou non en charge par l'Assurance Maladie,
- Veiller à la qualité de l'information médicale diffusée,
- Informer les professionnels de santé et le grand public par formation continue des acteurs de santé,
- Développer la concentration et la collaboration avec les acteurs de santé en diffusant leurs travaux au profit de tous.

2.2. Le financement par la Sécurité Sociale

L'Assurance Maladie rembourse les assurés sociaux et finance l'offre de santé. Or, cette contribution de la Sécurité Sociale s'exerce dans un contexte économiquement limité.

2.2.1. Assurance Maladie et demande de santé

2.2.1.1 Généralisation et générosité de notre Système de protection sociale

Le réel début des bases des 2G remonte à 1945. Sans redire ce que nous avons ce que nous abordé lors de notre première séance de travail, nous devons noter que :

La Sécurité Sociale de 1945 était imprégnée du principe d'universalité (sans discrimination), du principe d'unité (un seul régime pour tous), du principe d'uniformité (même service rendu à tous).

Or, dès 1948, les différentes CSP n'en voulurent pas d'où la venue de régimes spéciaux, particuliers, salariés, non-salariés, etc. Le législateur a cependant toujours essayé, non sans de grandes difficultés de tenter, selon les gouvernements, de revenir à l'idée première de 1945 :

- Généralisation à tous,
- Harmonisation des cotisations et prestations puis,
- Compensations financières entre les régimes.

Ce n'est qu'en 1978 qu'une couverture des ex ayants-droit des assurés a été mise en place (ce sont les divorcés, conjoints survivants, sans emploi et jeunes adultes en formation).

2.2.1.2 La mise en place de l'universalité

La CMU n'a été possible qu'avec la loi de 1999.

Dès lors, tous les citoyens purent accéder effectivement aux soins, qu'ils soient ou non couverts par un régime d'assurance obligatoire ou une assurance personnelle, qu'elle qu'en soit la raison d'une part, et qu'ils bénéficient ou non d'une complémentaire (problème de finances personnelles que l'aide départementale n'ait même pas pu résoudre), d'autre part.

La CMU est financée par :

- Transfert financier issu de la suppression de l'assurance personnelle,
- Aide médicale départementale,
- Fonds abondé par les organismes complémentaires,
- Dotation de l'état.

Aujourd'hui la garantie contre les risques est très large au titre curatif et assurée par la Sécurité Sociale. Elle se manifeste sous diverses formes :

- Prestations en nature (soins, ...),
- Prestations en espèces (paiement des jours de maladie aux salariés, ...).

La couverture sociale obligatoire de la Sécurité Sociale est souvent complétée par l'adhésion à une mutuelle souvent privée. Pour les personnes sans résidence stable, la CMU consiste en une aide médicale prise en charge par l'Etat.

2.2.1.3 La contrepartie de cette générosité et son coût collectif

- a) La prise en charge financière par la Sécurité Sociale des dépenses maladie est à hauteur de 75 % (avec tendance progressive au désengagement).

Pour les 25 % restants :

- Les mutuelles sont activées,
- Les ménages s'ils le peuvent (sinon aides sociales),
- L'état,
- Les collectivités territoriales.

La protection sociale est surtout financée par le budget de l'Etat et les budgets des collectivités locales, donc par les impôts.

LE PARADOXE : Le système français de Sécurité Sociale est MALADE de la bonne santé de notre système sanitaire, car on vit plus vieux, avec plus de besoins de soins, pendant plus longtemps, avec un système d'assurance vieillesse qui finance toujours plus de retraités.

- b) L'aspect financement des retraites

En 1960, la caisse retraite servait la rente durant 1 à 12 ans selon les individus. Aujourd'hui c'est en moyenne une vingtaine d'années. Avec la généralisation de la possibilité de prise de la retraite dès 60 ans en 1982, puis les diverses évolutions jusqu'en 2010, la projection du besoin de financement pour 2040 par répartition amènerait à augmenter de 11 points le taux de contribution des actifs, ce qui est insupportable économiquement, cela représenterait une charge de 17 % du PIB au lieu de 13 % en 2011 et un coût du travail excluant encore plus les produits et services français du marché mondial.

Alors, la première idée est d'allonger la durée du temps de travail avant le droit à la retraite.

Le financement de la santé des personnes âgées est très lourd à assumer par la Sécurité Sociale.

Les politiques publiques seront contraintes d'être plus restrictives, moins généreuses avec le secteur santé, bien que tentées de satisfaire avec des moyens plus performants, les besoins Sans cependant se priver des progrès de la science en matière de santé, il sera nécessaire d'assumer la charge que représentera le 3^{ème} et le 4^{ème} âge dans les trente futures années.

L'évolution des dépenses de santé, en liaison avec le vieillissement, devrait augmenter de 1.5 de PIB en 2050 par rapport à 2010.

En 2011, la France fut le 2^{ème} pays de l'OCDE avec 11.8 % de PIB consacré aux soins de santé dont 9 % par financement public.

2.2.1.4 Le coût de la santé au niveau des ménages

Il est quantifié à environ 9 % de la part consommation de chaque ménage. C'est le 2^{ème} poste de dépense depuis 2000 alors qu'en 1970, la santé était de 7^{ème} poste (toujours le vieillissement surtout).

2.2.1.5 Au niveau macro-économique

Les dépenses françaises croissent au même taux que le PIB.

Parmi ces dépenses, on constate une baisse de la part hospitalisation, une stabilité de la part de médecine ambulatoire et une hausse de la part du coût des médicaments.

L'activité régulée des établissements publics a reporté de l'activité sur le secteur privé à but lucratif et aussi sur la médecine ambulatoire de ville en semaine. La réforme de la Sécurité Sociale de 2004 a engagé le déremboursement de certains médicaments et encouragé de façon persuasive, voire dissuasive la prescription des génériques.

2.2.2. Assurance Maladie et offre de santé

La branche maladie de la Sécurité Sociale participe au financement des établissements de santé comme au financement des soins ambulatoires.

Chaque année, une loi relative au financement de la Sécurité Sociale est votée au Parlement Français. Cette loi assigne un objectif national de dépenses de l'Assurance Maladie dans un souci d'équilibre financier, compte tenu des prévisions de recettes.

Le budget prévisionnel pour l'exercice 2011 de 167.1 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie était prévu, réparti de la manière suivante :

77.3 milliards d'euros	Pour les soins de ville
72.9 milliards d'euros	Pour les établissements hospitaliers
Dont	
53.9 milliards d'euros	Dédiés aux établissements tarifés à l'activité et
19 milliards d'euros	Dédiés aux autres dépenses hors précédents.
15.8 milliards d'euros	Pour le médico-social
Dont	
7.6 milliards d'euros	Dédiés aux établissements pour personnes âgées et
8.2 milliards d'euros	Dédiés aux établissements pour handicapés
1.1 milliard d'euros	Pour d'autres prises en charge hors champs précédents

2.2.2.1 Financement des établissements de santé

Depuis 2005, la réforme de la gouvernance et l'instauration de pôles d'activité dans le public comme dans le privé ainsi que la réforme du financement viennent contribuer à la maîtrise des coûts.

La loi de 2003 sur le financement de la Sécurité Sociale a créé la tarification à l'activité (T2A) en remplacement du budget global de 1983.

Depuis 2005, tous les établissements sont soumis à 100 % à cette même règle ; sauf la santé mentale qui a toujours une dotation annuelle de financement (on ne sait pas encore suffisamment bien valoriser les activités psychiatriques).

Cette réforme a engagé une nouvelle façon de pratiquer la comptabilité en hôpital. Ainsi les budgets des établissements sont basés sur une prévision d'activité qui est valorisée au tarif TA, pour lequel les besoins des dépenses doivent être en adéquation. Les recettes des établissements de santé sont une dépense de l'Assurance Maladie, comptant pour 50 % des dépenses de santé à elles seules.

La maîtrise de cette dépense en établissement passe donc par la volonté de limitation ainsi définie du besoin de financement et aussi par le suivi quantitatif et qualitatif des activités médicales appelé "PMSI" (Programme de Médicalisation du Système d'Information).

Le PMSI apporte la preuve des besoins quantitatifs des actes et séjours. De cette maîtrise, les organismes payeurs savent combien coûte de manière standard tel acte clinique, tel examen, ou même le traitement des pathologies par familles.

2.2.2.2. La régulation des coûts de la médecine de ville

- a) le Code de la Santé encadre la liberté de fonctionnement des médecins libéraux tout en proclamant que ces derniers doivent adopter des comportements amenant l'efficacité de leur action pour un moindre coût, les médecins ordonnant les dépenses de santé payées par la Sécurité Sociale.

Depuis 1971, leurs organisations syndicales signent avec les caisses qui remboursent, des conventions nationales pour une durée de 5 ans. Dans ces accords entre parties, les obligations des caisses et des médecins sont retenues au premier chef et tout particulièrement les tarifs d'honoraires. Mais avec la croissance de la population des médecins libéraux et leurs exigences en matière d'honoraires, leurs relations avec les pouvoirs publics se sont envenimées.

- b) La concurrence exercée entre les deux grandes organisations syndicales des médecins a amené une surenchère et accentué les exigences de ces derniers.

Le rôle du médecin traitant est aujourd'hui mieux précisé tant sous les aspects préventifs que curatifs de leur mission.

La convention précise aussi des dispositions portant sur l'amélioration de leur répartition sur le territoire français. Un observatoire rend compte de l'évolution de leur implantation.

La mise en place du parcours de soins coordonnés par un médecin pivot s'impose aux patients et évite ainsi les doublons et examens inutiles.

La CMU s'impose aux médecins quelquefois encore réticents.

Les organisations représentatives des médecins libéraux et les pouvoirs publics ont engagé une réflexion concernant la motivation à l'installation de jeunes médecins en remplacement du grand nombre partant bientôt en retraite. Il y a urgence depuis quelques années déjà.

- c) Evolution du climat social au travail chez les généralistes et autres médecins de ville

Depuis plusieurs années, toutes les actions entreprises pour contenir les coûts de la médecine de ville (dont le niveau du prix de la consultation) sont vécues comme autant de grignotage de marges de liberté au travail et ont disqualifié le métier aux yeux des jeunes futurs médecins. Les candidats futurs généralistes sont peu nombreux et les successions des plus âgés sont difficilement assurées.

Par ailleurs, le rôle du médecin (pivot), de coordonnateur, dédié souvent au généraliste, premier prescripteur, n'est pas bien perçu par les spécialistes. A cela il convient d'ajouter la complémentarité entre médecine de ville et médecine hospitalière, pas toujours évidente à organiser.

Enfin, la baisse des revenus des uns, médecins ou paramédicaux, attise les revendications des autres, au détriment du bon fonctionnement, de l'organisation sanitaire, donc de la perception de qualité du "client final".

CONCLUSION

Tous les gouvernements, depuis 1945, ont eu la volonté de sauvegarder les acquis d'un système de santé que le monde entier prend comme modèle.

La santé n'a pas de prix mais elle a un coût ... perçu lourd en période de stagnation économique.

Les indicateurs OMS concernant la France sont globalement encore très bons ; mais la facture à payer est souvent supérieure à celle d'autres pays (notamment sur des sujets précis, ceci prouve que nous pouvons nous améliorer).

Depuis 10 ans environ, la France est confrontée à des risques de plus en plus mal maîtrisables en liaison avec la situation de désespoir croissant de certains d'entre nous. Ainsi le SIDA, les suicides, les addictions et la tuberculose semblent défier notre système de protection de santé.

A ces difficultés viennent s'ajouter les problèmes issus de la libre circulation des personnes en Europe sans l'harmonisation des protections et le problème des déplacements des professionnels de santé. En effet, en Europe cohabitent des systèmes bismarckiens et des systèmes beveridgiens de protection sociale.

Pendant des décennies, en France, tout le monde sauf la Sécurité Sociale trouvait son compte dans l'inflation des dépenses de santé. En premier, le principal intéressé, le malade, puis tous les acteurs de santé, publics comme privés et les industries pourvoyeuses de médicaments et de matériels ont joui de cette situation. Certains disaient même que certains élus politiques ont assis leur notoriété sur leurs capacités à ériger de gigantesques machines à soigner, que sont les hôpitaux publics de prestige.

Pour s'adapter aux évolutions de la vie en commun, toujours génératrice de nouvelles problématiques, la politique de santé doit en permanence évoluer.

Depuis vingt ans, la France est moins riche et a recherché à optimiser ses moyens d'action en matière sanitaire. Les ARS ont été créées pour mieux voir les besoins sur les régions et mieux répartir les moyens entre régions dans le cadre d'un plan national à orientation budgétaire politiquement voté, dans un souci de limite économiquement supportable.

Selon les périodes, les élus, la population et les médias demandent plus ou moins de démocratie et le fossé est grand entre ceux-ci et les technocrates (ARS, Etat) qui engagent les plans décidés au plus haut niveau politique, cependant votés par une majorité.

Le problème de la santé est bien un problème politique. Une politique sanitaire faisant partie d'une politique sociale, il est très compréhensible que selon les sensibilités, des choix différents soient privilégiés.

Pour l'avenir, les Français espèrent toujours une amélioration de la "santé sociale" avec plus de sécurisation dans le revenu fourni par l'exercice d'un travail, mais surtout en premier lieu, un maintien ou une amélioration dans leur santé physique et mentale personnelle, avec la possibilité d'accéder sans trop de difficulté aux soins où qu'ils soient sur le territoire national.