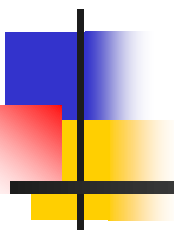


Le système de santé français: L'Etat, les citoyens, les professionnels

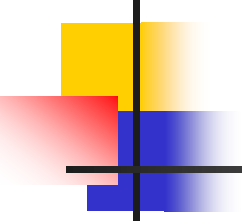


Michel LEGROS

Directeur département Sciences humaines
et sociales et des comportements de santé
EHESP

Dr Roland CECCHI -TENERINI

Inspecteur Général des Affaires sociales
Directeur de la Santé à la Mutuelle générale
de l'Education nationale (MGEN)
Professeur associé



Après la 2ème guerre mondiale : La création en France d'un système national de protection sociale : « **La Sécurité Sociale** »

- **Un principe de solidarité nationale**
 - **Un objectif** : Assurer à tous les citoyens des moyens d'existence et de santé dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail mais cela ne sera réalisé qu'en 1999. (CMU)
 - **Un principe** : Des prestations en fonctions des besoins (sans lien avec les risques individuels), des cotisations (salariés et employeurs) en fonction des moyens, avec une participation des usagers (Ticket modérateur)



Après la 2ème guerre mondiale : La création en France d'un système national de protection sociale : « **La Sécurité Sociale** »

■ **Une organisation :**

- 3 risques couverts : maladie, famille, retraite
- Des régimes différents selon les métiers : salariés, agriculteurs, artisans

■ **Des activités de santé essentiellement curative**

- quel que soit le niveau de soins (primaire , secondaire et tertiaire)
- absence de politique de prévention et méconnaissance de la santé publique sauf en ce qui concerne les vaccinations.
- L'hygiène publique (eau...) prise en charge par les villes



Les acteurs

- **Un financement de la protection sociale dont la gestion est socialisée :**
 - entre les mains de façon paritaire des employeurs et des salariés par le biais des syndicats :
 - l'élection des salariés aux conseils d'administration des caisses est acquis en juillet 1946.



Les acteurs

- **Des professionnels de santé, autonomes indépendamment de leur financement :**
 - Les médecins sur une base libérale : liberté d'installation, liberté de prescription, liberté de choix comme pour les infirmières
 - Les hôpitaux (publics) dont le financement est sous la responsabilité de l'Etat mais dont la gestion reste peu contrainte
 - Un secteur hospitalier privé à but lucratif minoritaire.
- **Des associations**
 - de promotion de la santé : alcoolisme, tuberculose, pauvreté
 - Gestionnaires d'établissements (PA et PH , enfance) dont le financement est assuré par l'ETAT

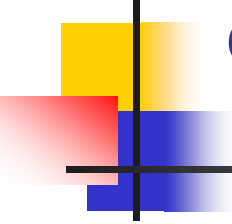
A l'aube de la première crise économique s'amorce à partir de 1967, un virage conceptuel et l'Etat devient l'outil de cette nouvelle politique

- Une difficulté structurelle: dysjonction entre :
 - employeur et salariés: financement
 - et les autres acteurs :
 - L Etat : planificateur
 - les professionnels de santé qui diagnostiquent et soignent
- Le ralentissement de la croissance (1970) qui impose une maîtrise des coûts
- Une analyse économique d'inspiration libérale :
 - Les soins comme le social sont alors considérés comme une charge pour la société et non un investissement,
 - L'objectif n'est plus celui d'un meilleur état de santé possible pour tous les citoyens mais une contrainte à maîtriser et donc des dépenses à réduire.

A l'aube de la première crise économique s'amorce à partir de 1967, un virage conceptuel et l'Etat devient l'outil de cette nouvelle politique

- Une nouvelle approche de l'organisation
 - La puissance publique intervient plus directement dans tous les dispositifs sanitaires et sociaux par la mise sous tutelle des organismes de sécurité sociale donc des financeurs
- Une nouvelle répartition des compétences de gestion et de planification
 - A l'Etat, le champ du sanitaire et les populations en très grande précarité,
 - Aux autorités élus dans les territoires géographiques (département et régions), des compétences en matière sociale (PA, PH, Politiques d'Insertion).

A l'aube de la première crise économique s'amorce à partir de 1967, un virage conceptuel et l'Etat devient l'outil de cette nouvelle politique



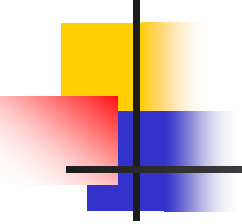
Avec pour conséquences :

- sur l'état de santé :
 - Des inégalités sociales de santé qui s'aggravent tant en matière de mortalité ou de morbidité malgré une espérance de vie en progression et de haut niveau,
 - Des problèmes de santé publique en matière de mortalité prématuré et de mortalité périnatale, notamment.
- Sur la société civile : marginalisation des acteurs non étatiques (syndicats, associations



De nouvelles tensions apparaissent

- La montée des risques sanitaires
 - Sida
 - Canicule
 - SRASS
- Vieillissement de la population
- Importance nouvelle des maladies chroniques
- Perte d'influence des professionnels de santé

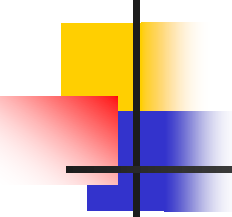


L'Etat accentue son intervention

- Organisation renforcée au niveau des régions (ARH)
- Création d'un impôt nouveau pour la santé
- Maîtrise médicalisée des dépenses : générique, évaluation des pratiques de soins et de la qualité hospitalière
- Création du médecin référent : limitation du libre choix et introduction de nouveaux modes de rémunération
- **Extension aux plus pauvres du droit aux soins (CMU)**

■ Des usagers mis à contribution

- Diminution des remboursements de médicaments
- Création d'une participation à l'hébergement hospitalier



L'émergence du thème de la démocratie sanitaire

- Apparition de nouvelles associations :
 - Sida Pauvreté (banque alimentaire, restos du cœur, emploi ...)
 - moins gestionnaires mais plus militantes : force de pression
- Un thème qui apparaît dans le discours politique (Premiers ministres JUPPE – JOSPIN)
- Et qui trouve sa concrétisation dans les lois de 2002 – 2004 -2005
- Des manifestations publiques : Forums et états généraux
- L'apparition de droits individuels et collectifs



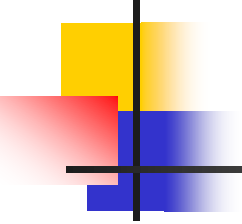
L'usager comme sujet de droits individuels

- L'obligation d'informations
- L'accès au dossier médical
- Remise du livret d'accueil
- Contrat de séjour personnalisé
- Respect de l'intégrité de la personne
- Accès au dossier médical
- Fin de vie (loi Léonetti 2005)



L'usager collectif

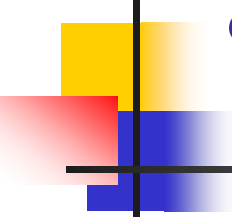
- Présence des usagers dans de très nombreuses instances de régulation des politiques: conférences nationale de santé, conférence régionale, commission régionale de l'organisation des soins, commission départementale des hospitalisations en psychiatrie
- Présence dans les instances de gestion : Conseil de surveillance, conseil d'administration, conseil de la vie sociale, commission de relation avec les usagers
- Participation aux processus d'évaluation
- Des associations reconnues (collectif inter associatif sur la santé, Aides)



Une accentuation de cette évolution depuis 2007

- La création des Agences Régionales de Santé,
 - structures étatiques situées dans les régions administratives,
 - sous les ordres du pouvoir central : le Ministre,
 - avec pour compétences la régulation :
 - des soins de santé primaire, secondaire et tertiaire,
 - des politiques de santé publique,
 - de la planification des besoins sociaux et médico sociaux (PA et PH).

Une évolution depuis 2007 accentuée avec la crise économique

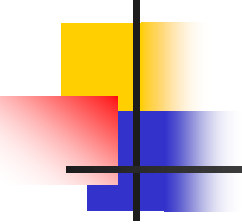


- une remise en cause de la solidarité nationale
- Une prise en charge de moins en moins socialisée :
 - De 74% à 54% avec un transfert de charge sur les ménages
 - Une progression des assurances privées et des mutuelles (assurances à but non lucratif) au sein de ce dispositif de prise en charge ,
- Une tendance à contester aux associations à peser sur la gestion et la réorientation des politiques



De 1945 à 2010

- Passage d'une démocratie représentative à une démocratie participative
- Quelles formes de participation?



Des niveaux différents de participation

- La participation comme information
- La participation comme consultation
- Des propositions intégrées aux processus de décisions
- L'étape dernière : la délégation de pouvoir



L'internet, un avenir pour les consommateurs de santé ?

- La diffusion d'informations santé- maladie
- La connaissance de l'efficacité des services rendus : quelle maison de retraite ? Quel hôpital
- Des associations de malades très présentes sur le web



Quel bilan ?

- Un rééquilibrage de la relation professionnel – patients - décideurs étatiques,
- Mais un faible poids des usagers en tant que collectif dans la réorganisation de l'offre de soins
- L'équilibre actuel reste fragile