

UE10 - Santé, Société, Humanité - Économie de la santé et prévention
Le 27/03/2017 de 13h30 à 15h30
Dr Anne-Laurence LE FAOU
Ronéotypeur : Ilona Cohen-Jonathan
Ronéoficheur : Rebecca Guyon

Cours 1 – Protection sociale, sécurité Sociale, économie de la santé

*L'épreuve d'UE10 est exclusivement sous forme de QCM avec 5 QCS et 15 QCM pour la partie Sciences économiques et Sociales de la Santé. Ils sont indépendants les uns des autres ou sous forme de dossier. Ce cours n'a pas beaucoup changé par rapport à l'an dernier mis à part quelques diagrammes supplémentaires et réactualisés.
La prof a accepté de relire la ronéo.*

PLAN

I. La protection sociale en France

- A. Définitions
- B. Principes
- C. Acteurs
 - 1) La sécurité sociale
 - 2) Les régimes complémentaires
 - 3) L'assurance chômage
 - 4) L'aide sociale
- D. Dépenses
 - 1) Définition
 - 2) Evolution
- E. Recettes

II. La sécurité sociale en France

- A. Historique
- B. La mosaïque des régimes de couverture sociale
- C. Le régime général

III. L'assurance maladie

- A. Missions
- B. Affiliations
- C. Financements
- D. Prestations
- E. Ticket modérateur
- F. Prise en charge des soins

IV. L'économie de la santé

Introduction au cours n°2 sur l'économie de la santé

Références bibliographiques

I. La protection sociale en France

A. Définitions : à savoir

- **La protection sociale** : c'est l'ensemble des mécanismes de protection accordés par la société à ses membres pour leur permettre de faire face aux risques sociaux de l'existence et à leurs conséquences financières.
- **Les risques sociaux** : ce sont les situations susceptibles de compromettre la sécurité financière d'un individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses (maladie, accident du travail, vieillesse/retraite, enfants à charge...).

B. Principes :

- **Prévoyance individuelle et collective**, qui correspond aux épargnes individuelles (soins dentaires, lunettes), aux mutuelles et aux assurances privées. Les pouvoirs publics encouragent les individus à souscrire à une mutuelle ou à une assurance privée pour être mieux couverts. C'est ce que chacun met de côté pour ses dépenses de santé.
- **L'assistance**, qui est le fait de bénéficier de prestations sociales sans contributions préalables. Il y a par exemple le Revenu de Solidarité Active (RSA, anciennement RMI) et l'Allocation adulte Handicapé.
- **La protection universelle**. Les dépenses de santé sont couvertes pour tous, par l'assurance maladie.
Exemple de débat récent sur la prise en charge financière du sida à 100% et des maladies chroniques fréquentes et coûteuses.
- **Les assurances sociales obligatoires**. En France par rapport à certains pays comme les E.U on a l'assurance sociale obligatoire avec des cotisations redistribuées sous forme de prestations (retraite, pensions d'accident du travail, pensions d'invalidité...). La France est le pays où la protection sociale est la plus développée.

C. Les acteurs de la protection sociale

1) **La Sécurité sociale**, composée de **quatre** « branches » :

- La **maladie**, associée à l'assurance **maternité** qui est la couverture de la grossesse et de l'accouchement avec une déclaration de grossesse au cours du premier trimestre, des examens obligatoires, des prélèvements sanguins au 6^{ème} mois, des séances de préparation à l'accouchement, des consultations avec les deux conjoints concernant la conduite addictive. C'est tout un ensemble de services qui sont proposés aux familles. L'**invalidité** avec des dossiers d'invalidité qui sont parfois demandés au médecin et le **décès** à l'origine d'une compensation financière.
- Les **accidents du travail** nombreux dans le secteur du bâtiment et les **maladies professionnelles** (l'asbestose, pathologie liée à l'amiante qui entraîne un cancer de la plèvre, ou les accidents d'exposition au sang qui peuvent entraîner une infection par le VIH et l'hépatite B chez les professionnels de santé)
- La **vieillesse** (pensions et retraites).
- La **famille** (allocations familiales avec des allocations pour rentrée scolaire...)

Notons que la précarité et le chômage **ne sont pas dans les risques couverts** par la sécurité sociale.

2) Les régimes complémentaires :

Ce sont des compléments de la sécurité sociale pour certaines prestations.

Les trois régimes complémentaires sont :

- **Les mutuelles** : Organismes de droit privé à but non lucratif (régies par le code de la mutualité). Elles sont rassemblées dans la Fédération nationale de la Mutualité Française et reposent sur le principe de solidarité entre les membres.

Ex : La SMEREP et la LMDE, la MGEN, Pasteur Mutualité, Harmonie Mutuelle...

- **Les assurances privées** : Organismes marchands à but lucratif (régies par le code des Assurances). Les adhérents payent une prime en fonction de leur risque santé. De nombreuses compagnies d'assurance proposent la part complémentaire à l'assurance maladie.

Ex : MMA, la MAIF, AXA, Allianz...

- **Les institutions de prévoyance** : Organisations de droit privé à but non lucratif gérées par les salariés et les employeurs et régies par le code de la Sécurité Sociale. Les institutions de prévoyance existent depuis le XIX^{ème} siècle.

Ex : Malakoff Médéric est une complémentaire historique de type institution de prévoyance.

Le système est composé d'un socle, la sécurité sociale, qui protège, ensuite de régimes complémentaires et enfin, parfois, de sur-complémentaires dans certaines entreprises (retraites complémentaires des entreprises obligatoires et autres régimes facultatifs).

93% de la population bénéficie d'une complémentaire santé.

3) L'assurance chômage :

- Au **niveau national**, cela s'appelle : l'Union nationale pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce (UNEDIC), qui s'occupe de la gestion de l'assurance chômage.

- Au **niveau local** c'est Pôle emploi qui résulte de la fusion des ASSEDIC et de l'ANPE.

Elle consiste à verser une somme proportionnelle à ce que l'individu gagnait avant d'être au chômage. Ce système est tout à fait différent du système au Royaume-Uni où toutes les prestations sont uniformes, c'est-à-dire que tous les chômeurs gagnent la même chose (quel qu'est été le salaire précédent).

Ce système est sans arrêt controversé et est au cœur des réformes car il est toujours en déficit.

4) L'aide sociale :

C'est à la fois l'État et les collectivités locales avec des conseils généraux dans les départements et dans les communes et qui s'occupent en particulier de l'enfance, des personnes âgées et des personnes handicapées. Il existe des disparités départementales en matière d'aides sociales.

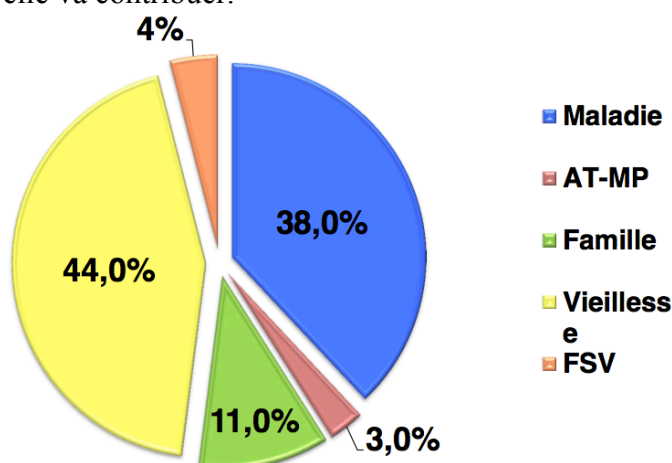
D. Les dépenses :

1) Définitions :

•Les prestations fournies aux individus :

- Les prestations en **espèces** fournies aux individus prennent la forme de revenus de remplacement comme les indemnités journalières ou les retraites.
- Les prestations en **nature** fournies aux individus sont par exemple le remboursement de dépenses (notamment les dépenses de soins, comme des consultations médicales) ou le financement direct de services (tiers-payant). Le « **tiers-payant** » renvoie au fait qu'une tierce personne paye à votre place, c'est-à-dire que le patient n'a rien besoin d'avancer et que la Sécurité Sociale rembourse directement les professionnels de santé. Le tiers payant fait actuellement débat.

•**L'accès à des services sociaux gratuitement pour les familles ou à prix réduits en fonction des revenus** (tickets de cantine, crèche, centres de loisirs). En fonction des revenus familiaux, les collectivités prennent plus ou moins en charge certaines prestations sociales. Ainsi, plus la famille a des revenus élevés plus elle va contribuer.



Dépenses de protection sociale en fonction des risques sociaux en 2015

Les retraites représentent 44% des dépenses, la maladie 38%, la famille 11%, les accidents du travail et maladies professionnelles 3%, le fond de solidarité vieillesse 4%. Le fond de solidarité vieillesse (FSV) a pour mission de financer les avantages vieillesse des personnes ayant une faible pension de retraite. Les prestations versées par le FSV relèvent de la solidarité nationale. Les politiques cherchent toujours à mettre en place des réformes dans le but de supprimer certaines prestations sociales surtout dans les secteurs de la santé et de la vieillesse. Il faut retenir que ce sont ces deux risques (santé, vieillesse) qui sont les plus onéreux pour l'État.

2) Évolution :

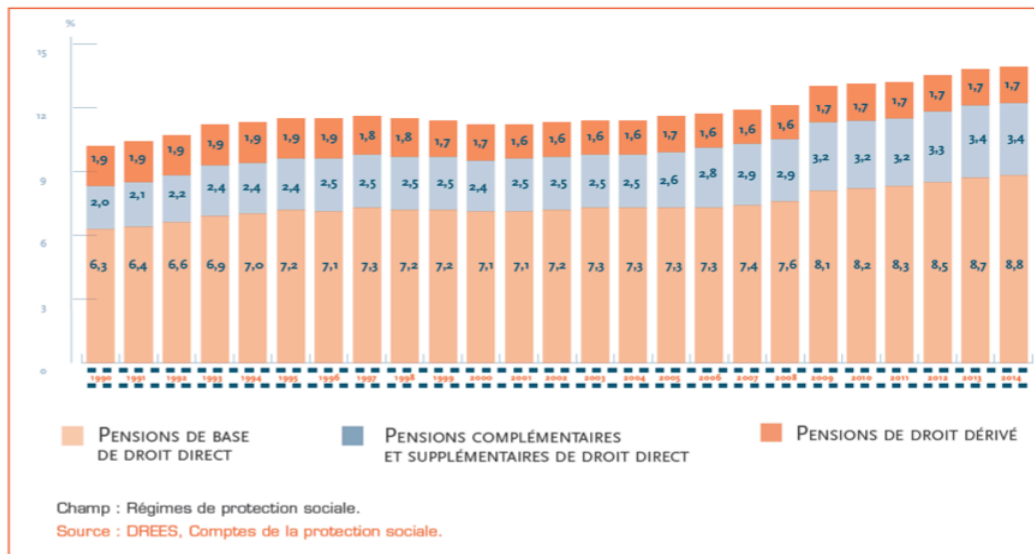
•**En pourcentage de la richesse nationale, les dépenses allouées à la protection sociale** sont de :

- 24% du PIB en 1981 et 32% du PIB en 2015
- La croissance des dépenses est plus rapide que la production de la richesse nationale.

•**Les secteurs de dépenses qui posent problèmes** :

- Les retraites (générations du Baby boom)

- L'augmentation des prestations de lutte contre l'exclusion (RSA) et de l'Allocation Adulte Handicapés (AAH) en forte augmentation

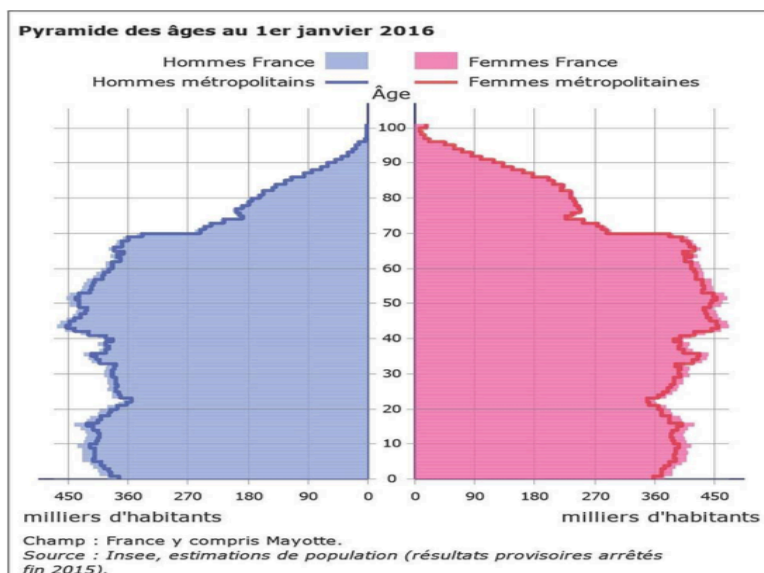


Note : les chiffres du PIB utilisés sur toute la période sont ceux de la base 2010 de l'Insee.

- L'augmentation des prestations chômage notamment chez les jeunes et les personnes âgées de plus de 45.

Part des dépenses de retraite dans le produit intérieur brut (diagramme ci dessus)

Au fil des années les gens payent davantage pour avoir un niveau de vie correct, on le voit notamment au fait que la part des pensions complémentaires et supplémentaires de droit direct (en bleu) augmente beaucoup plus que celle de la sécurité sociale et des sur-complémentaires

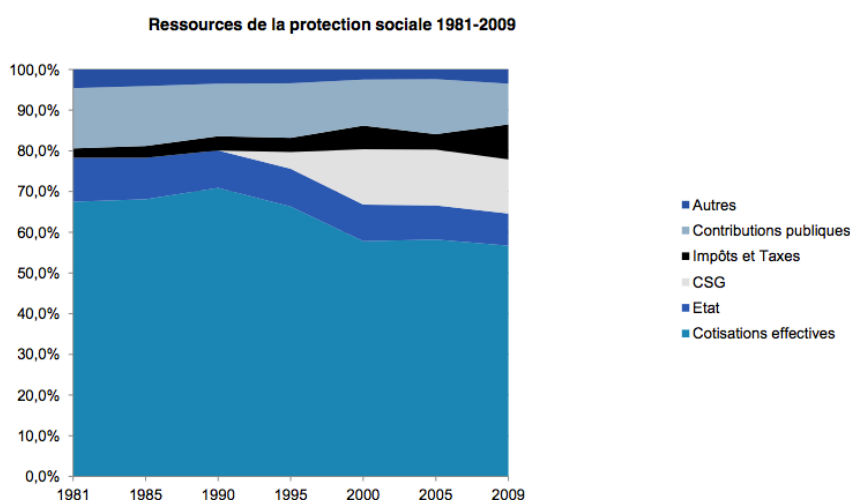


La pyramide des âges montre qu'il y a désormais des personnes qui sont susceptibles d'être en période de retraite plus longtemps que la période pendant laquelle elles ont travaillé.

Il est donc difficile de trouver une solution qui permette de garantir un revenu aux gens âgés et qui permette aux gens plus jeunes que leurs revenus ne soient pas complètement amputés de tous les prélèvements sociaux.

E. Les recettes :

- Elles viennent tout d'abord des **cotisations sociales** : on prélève de l'argent aux personnes qui travaillent. Cela correspond au **principe de l'assurance**, c'est-à-dire que les gens paient des cotisations pour recevoir quelque chose en échange . Elles correspondent à **57%** des ressources et sont en diminution à cause du chômage croissant. (3 millions de chômeurs actuellement en France)
- De ce fait, a été mise en place la contribution sociale généralisée (**CSG**) ainsi que d'autres impôts et des taxes affectées. La CSG est une imposition qui correspond à **62%** des ressources fiscales (de la santé) et qui s'applique à tous les revenus (revenus du travail, l'épargne, le capital et même l'argent gagné aux courses). On retrouve aussi ces contributions via les taxes (tabac, alcool, 15% des assurances automobiles vont à la sécurité sociale).
- Enfin, **les contributions publiques de l'État** permettent le financement du RSA et l'aide aux régimes déficitaires comme la SNCF ou la RATP qui est un régime où les personnes prennent leur retraite tôt.



Répartition des recettes de la protection sociale.

On constate en 1991 la mise en place de la CSG et en 1993 l'incorporation de la maladie dans la CSG. Ainsi, on remarque une augmentation des taxes, des impôts et de la CSG, et une diminution des cotisations sociales (dues notamment au chômage) et du financement de l'État.

II. La sécurité sociale

A. Historique :

- L'assurance sociale française est inspirée du **système bismarckien**. En **Allemagne** à la fin du XIXème siècle, le chancelier Bismarck propose l'assurance maladie aux

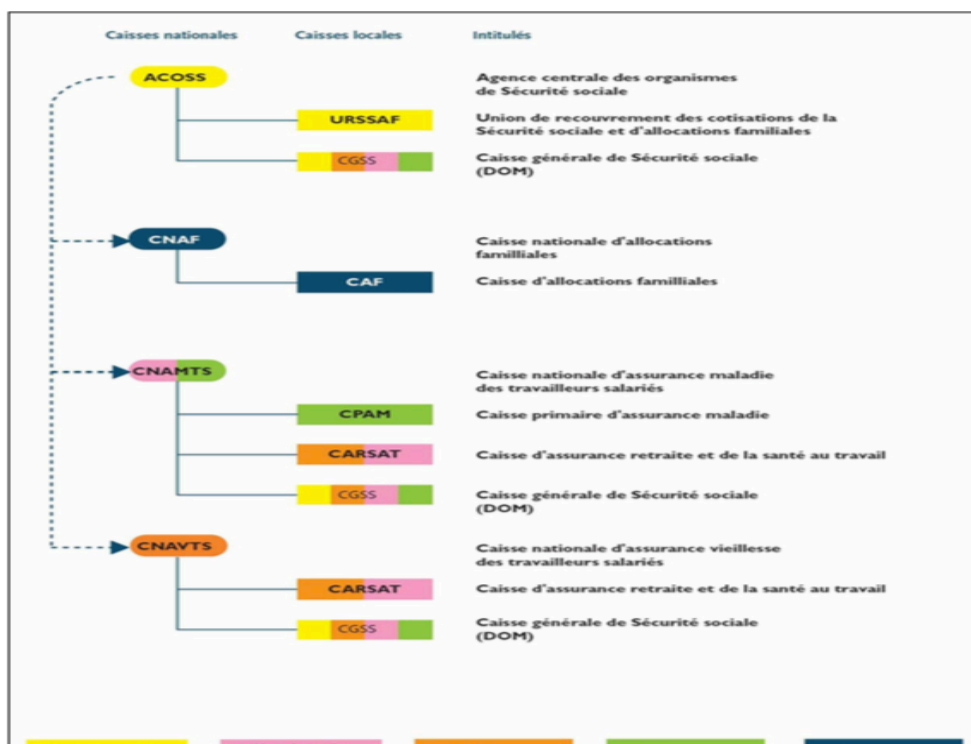
personnes qui sont employées sur le principe de l'assurance c'est-à-dire que l'on en bénéficie si l'on participe. La France a copié l'Allemagne lorsque la partie annexée par l'Allemagne en 1870 est réattribuée à la France en 1919. En effet, les habitants d'Alsace Lorraine avaient bénéficié du système allemand d'assurance et ne voulaient surtout pas y renoncer, c'était très avantageux d'un point de vue protection sociale. Par ailleurs, le régime de sécurité sociale que l'on appelle le régime d'Alsace Moselle qui fonctionne avec les principes du XIX^{ème} siècle est le seul qui soit en équilibre sur le territoire français à l'heure actuelle.

- Au **Royaume-Uni**, c'est totalement différent. Après le second conflit mondial, William **Beveridge**, économiste britannique (plus tard anobli par la reine pour sa contribution à la naissance de la sécurité sociale), met en place un système de **couverture universelle**, c'est-à-dire que toute personne doit être couverte pour la maladie et le chômage. La grande différence avec le système français est que tout le monde reçoit la même chose, on parle aussi de prestation universelle.

B. La mosaïque des régimes de couverture sociale :

- **Le régime général des travailleurs salariés (RGTS)** couvre **86%** de la population. Il ne couvre pas seulement les travailleurs salariés mais également les étudiants et les travailleurs du secteur privé.
- **Le régime agricole** (Mutualité Sociale Agricole ou **MSA**) : **6%** de la population.
- **Le régime social des travailleurs indépendants (RSI)** : **4%** de la population dont les artisans, les commerçants et les professions libérales. C'est un régime qui est actuellement en grande crise.
- **Les régimes spéciaux** : au nombre de 130 dont la fonction publique, la SNCF, la RATP... C'est une organisation totalement à part et ces régimes sont généralement très avantageux. Il y a donc des inégalités importantes entre les différents régimes. *Débat actuel des candidats à la présidentielle sur le nombre de fonctionnaires, en faut-il moins ou plus?*

C. Le régime général :



Tout d'abord on cherche à récupérer de l'argent chez les individus, c'est ce que l'on appelle le **recouvrement**. Ensuite, l'argent est transmis à l'**URSSAF** (Union de Recouvrement des cotisations de la Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales) qui l'envoie au niveau national à l'**ACOSS** (Agence centrale des Organismes de Sécurité Sociale). Cet argent est, par la suite, réparti entre les **branches** :

- à la **famille** grâce à la **CNAF** : Caisse nationale d'Allocations Familiales, aujourd'hui **CAF** (Caisse d'Allocations Familiales).
- à la **santé** et aux **accidents du travail** grâce à la **CNAMTS** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés et à d'autres organismes
- à la **vieillesse** grâce à la **CNAVTS** : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés, ainsi que d'autres organismes.

Il existe plusieurs **contributions** des salariés et des employeurs à la sécurité sociale :

- Les **cotisations de la sécurité sociale** pour la maladie, la vieillesse, la famille et les accidents du travail, prélevées sur la totalité du salaire ou sur une partie (*ex de la vieillesse : prélèvement sur une partie du salaire jusqu'à un certain plafond au-dessus duquel les cotisations augmentent*). Ces cotisations concernent les employés et les salariés.
- La **CSG** (Contribution Sociale généralisée). Cette partie concerne les salariés. Ils ont une faible part de cotisation à la maladie grâce à la **CMU** (couverture maladie universelle). Donc les salariés paient sous forme d'impôt par le biais de la CSG.
- La **CRDS** (Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale) qui est de 0,5% quel que soit le revenu concerné, tous les salariés doivent payer.
- La **CSA** (Caisse de Solidarité pour l'Autonomie) que les employeurs doivent payer en faveur de l'autonomie des personnes âgées ou handicapées.

Les contributions des salariés et des employeurs à la Sécurité sociale

Au 1^{er} janvier 2016

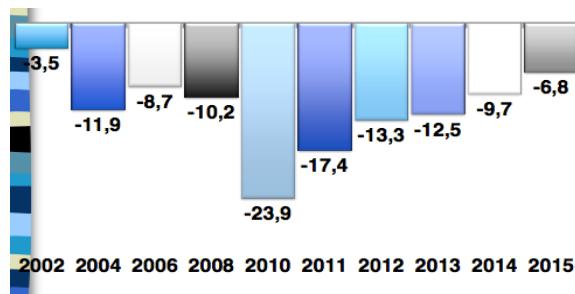
En % du salaire brut		EMPLOYEUR	SALARIÉ	TOTAL
Les cotisations de sécurité sociale				
Maladie		12,84	0,75	13,59
Vieillesse	Sous plafond	8,55	6,9	15,45
	Déplafonnées	1,85	0,35	2,2
Famille		3,45*/5,25**	–	3,45*/5,25**
Accidents du travail (en moyenne)		2,38	–	2,38
Autres contributions				
CSG***		–	7,5	7,5
CRDS***		–	0,5	0,5
CSA		0,3	–	0,3

* Pour les salaires inférieurs ou égaux à 3,5 smic.

** Pour les salaires supérieurs à 3,5 smic.

*** Les taux s'appliquent sur le salaire brut après un abattement de 1,75 %.

Source : Direction de la Sécurité sociale.



Depuis 2002 le solde du régime général est dans le négatif.

Depuis 2010 il diminue pour atteindre -6,8 milliard d'euros, ce qui reste tout de même considérable.

III. L'assurance maladie

L'assurance maladie essaie de proposer des solutions à l'État pour réduire son déficit. En France c'est l'État qui décide mais c'est la sécurité sociale qui paye. La sécurité sociale a souvent des idées de réformes mais il faut l'aval de l'État pour qu'elles puissent les appliquer.

A. Missions :

- **La gestion des risques sociaux** : la maladie, la maternité, l'invalidité, le décès, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

- **La prise en charge des soins dispensés aux assurés sociaux.**

- **L'amélioration de la santé de la population** dont :

- la **prévention primaire**, avant que ne survienne la maladie. *Par exemple il existe des programmes en ligne sur des questions de santé publique que propose la sécurité sociale sur le site Ameli santé.*

- le **dépistage** : par exemple du cancer du sein (*mammographie à partir de 50 ans tous les 2 ans*), de la prostate (*mais beaucoup de faux positifs avec le test PSA, ce test est donc très controversé*) ou du cancer colorectal (*mais mauvaise compréhension du test*).

- l'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques par **l'éducation thérapeutique** (*exemple des diabétiques : campagnes de publicité portant sur les examens de prévention des complications du diabète à faire tous les ans*).

L'éducation thérapeutique est très présente aux Etats Unis, au RU et dans les pays scandinaves mais encore trop peu en France.

- Enfin l'assurance maladie essaie de **maîtriser les dépenses de santé**. C'est-à-dire qu'elle :

- définit les actes remboursables

- effectue des contrôles médicaux : ce sont des médecins qui examinent les dossiers pour savoir si les patients ont le droit d'accéder à certaines prestations (*droit aux 100%, droit à l'invalidité*) et les arrêts de travail.

- essaie de voir si ce qu'elle injecte dans le système de santé est suivi de résultats et calcule le coût de certaines pathologies tout en essayant de savoir si elles sont bien prises en charge. C'est la notion d'**efficience** du système de soin avec le rapport coût/résultats. *Exemple de conflit récent entre l'assurance maladie et le professionnel de santé avec la grève des chirurgiens dentistes pour discuter de la valeur des actes remboursés par la sécurité sociale.*

B. Affiliations :

On est affiliés à **l'assurance sociale** soit parce que l'on travaille (sur une base professionnelle) soit parce que l'on est un ayant droit, c'est-à-dire quelqu'un qui bénéficie sans travailler (conjoint, concubin, PACS). La notion d'ayant droit s'est beaucoup étendue. Si une personne n'est pas assurée sociale ou se trouve sans activité professionnelle elle peut néanmoins accéder à l'assurance maladie, le but étant de couvrir le maximum de gens.

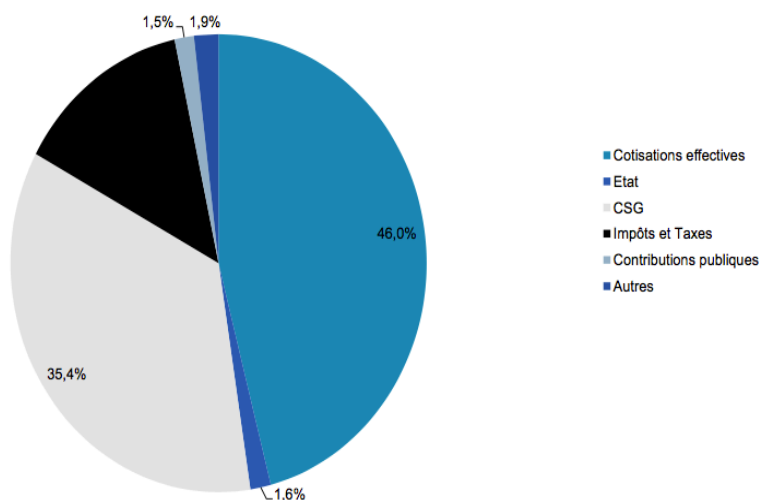
Les enfants sont assurés jusqu'à 16 ans ou 20 ans s'ils poursuivent des études, ou s'ils sont dans l'impossibilité de travailler, infirmes ou atteints de maladie chronique, ainsi que toute personne vivant chez l'assuré depuis au moins douze mois et qui est à sa charge.

En plus, on retrouve 2 mécanismes :

- **La couverture maladie universelle (CMU)** : pour toute personne ayant une résidence stable, régulière et ininterrompue depuis trois mois sur le territoire français ou pour les personnes étrangères en possession d'un titre de séjour en cours de validité ou d'une attestation de demande d'asile.

- S'ils n'entrent pas dans ces critères, ils accèdent à **l'Aide Médicale d'État (AME)** : pour toute personne de nationalité étrangère en situation irrégulière, résidant en France de manière stable depuis trois mois et sous conditions de ressources. *La suppression de l'AME a été envisagée il y a peu par le ministère de la santé compte tenu de son coût. La majorité des pays européens comme l'Espagne ou l'Italie ne prennent pas en charge les problèmes de santé des personnes en situation irrégulière sur leur territoire.*

C. Financements :



L'assurance maladie est financée par les cotisations effectives (46%), l'État (1,9%), la CSG (35,4%), les contributions publiques (1,5%) et les impôts et taxes (13,6%) sur le tabac (80000 morts/an) et l'alcool (49000 morts/an), qui sont des produits à l'origine de dépense pour l'assurance maladie.

D. Prestations

- **En espèces** : ce sont les indemnités journalières versées à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail pour l'assuré social.

- **En nature** (pour l'assuré social et ses ayants droits).

Prise en charge des faits engagés avec l'application d'un **ticket modérateur** :

- Variable selon les prestations (*selon les consultations, les médicaments, les appareillages*)
- Majoré pour les soins en dehors du parcours coordonné pour lequel on doit obtenir un mot du médecin traitant pour consulter un spécialiste. Exception pour les gynéco, ophtalmo, pédiatres et psychiatres (on peut les consulter sans l'aval du médecin traitant)
- Qui ne s'applique pas en cas d'Affection de Longue Durée
- Participation de 1€ appliquée à chaque patient pour chaque consultation, analyse biologique ou acte radiologique (plafond de 50 € par an)
 - Franchise médicale à la charge du patient pour les médicaments (50 centimes), les actes paramédicaux et les transports sanitaires. *Ce ne sont pas des sommes considérables par rapport à l'Allemagne où c'est 10 euros par prescription.*
 - Forfait journalier en cas d'hospitalisation (pour le lit et l'alimentation)
 - **18 euros** par jour en hôpital ou en clinique
 - **13,50 euros** par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé.

Le ticket modérateur a été mis en place pour modérer la consommation des biens de santé.

E. Ticket modérateur : *définition à bien connaître*

- Le **taux de remboursement** par l'assurance maladie est variable selon la nature des services et des biens médicaux (ce qui a une existence matérielle, comme les médicaments par exemple)

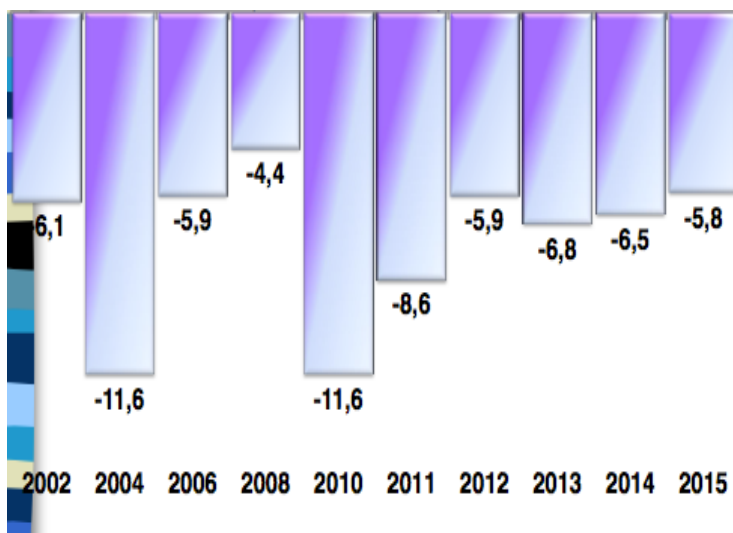
- **Définition** : part des frais qui restent à la charge de l'assuré après remboursement par l'assurance maladie.
- L'**objectif** est de responsabiliser financièrement l'assuré pour limiter la consommation de soins.
- Les **limites** sont la prise en charge financière possible en France par une assurance maladie complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance). En outre, les personnes n'ont pas la notion du coût des soins puisque même s'ils payent la sécurité sociale et la mutuelle, ils ne payent pas directement, c'est prélevé sur leurs revenus et ils ont donc des difficultés à réaliser ce qu'ils payent vraiment.

F. Prise en charge des soins

	Prestations	taux de remboursement Assurance maladie
Consultations	Médecins cadre du parcours de soins	70%
	Médecins hors parcours de soins	30%
	Auxiliaires médicaux	60%
Médicaments	Irremplaçables (vignette blanche)	100%
	Médicaments symptomatiques	
	affection sans gravité (vignette bleue)	35%
	Autres médicaments (vignette blanche)	65%
Hospitalisation	secteur public ou privé	80%
Auxiliaires	médicaux (Infirmiers, kinésithérapeutes)	60%
Analyses	biologie médicale	60%
Transports		65%

Les consultations de médecins sont prises en charge à 70%, pour un médecin qui n'est pas le médecin référent, hors parcours de soins c'est seulement 30%, les auxiliaires médicaux (infirmiers, kinés) c'est 60%, les médicaments irremplaçables (soins anticancéreux) 100%, médicaments symptomatiques il n'y a aucun remboursement (médicament de confort), pour une affection sans gravité 35%, et pour les autres médicaments 65%.

Si vous n'avez pas de complémentaire, vous êtes très handicapés car la part à votre charge est plus élevée donc c'est pour cela que vous avez d'abord l'assurance maladie, après l'assurance complémentaire et enfin l'aide à la complémentaire santé car la part qui est couverte par l'assurance maladie diminue progressivement en fonction du niveau annuel d'endettement. Enfin, pour l'hospitalisation c'est 80%, pour les auxiliaires c'est toujours 60%, et pour les transports 65%.



De plus, le solde de la branche maladie est dans le négatif depuis 2002 (au maximum de -11,6 Milliards d'euros en 2004 et 2010) et varie entre -6 et -7 Milliards d'euros depuis 2012.

IV. L'économie de la santé : cette partie est une introduction au cours 2 et sera donc reprise dans le cours suivant.

A. Définitions :

- **Une science économique** est une science sociale qui étudie la **production** (*ce que produit un hôpital, les professionnels de santé, l'industrie pharmaceutique*), la **répartition** (*répartition des finances entre le secteur hospitalier et ambulatoire*), la **distribution** et la **consommation** des richesses d'une société. C'est applicable au secteur de santé parce que le niveau de consommation des soins est élevé en France et celui-ci dépend du niveau de couverture dans l'assurance maladie.

- l'économie de la santé s'étudie sous **deux angles** complémentaires :

- **la micro économie** : elle étudie le comportement individuel des agents économiques que sont les consommateurs (les ménages) et les producteurs (les entreprises) qui s'adaptent aux consommateurs, ici dans le cadre du médecin et son rapport avec le malade.

- **La macro-économie** : elle étudie l'économie globale d'un pays à travers des relations qui peuvent exister entre différents agrégats économiques du pays considéré : les dépenses de santé par rapport aux dépenses de retraites.

B. L'agrégat :

- Grandeur synthétique qui mesure le résultat d'un ensemble économique. On mesure par exemple la consommation médicale d'état, la consommation hospitalière.

C. Danger pour le système de santé :

- Le **phénomène de passager clandestin** : raisonnement qui conduit certains à ne rien payer du tout et à se comporter ainsi en « passagers clandestins » profitant gratuitement des contributions des autres. Ce sont des personnes qui ne contribuent pas au système mais qui en bénéficient.

D. Le phénomène de sélection adverse (anti sélection):

- Une situation où d'un côté on ne peut pas observer le « type » de consommateur ou la qualité du produit de l'autre côté du marché. Par exemple l'assurance qui « choisit » ses assurés en fonction des risques qu'ils présentent en termes de santé ou qui fait payer plus cher les personnes à risque élevé.

Références bibliographiques

Les universitaires de santé publique écrivent des ouvrages pour préparer à l'ECN dans un but de compréhension des mécanismes.

- Collège universitaire des enseignants de santé publique. Santé Publique. UE 7

Paris: Masson, 2013

- Le Faou AL(coordination), Staccini P avec la collaboration de Pradier C. Santé publique : dossiers et QCM à l'ECN. Paris: Masson, avril 2014
- Le Faou AL. Santé publique ECN. Paris : Masson (Protection sociale, organisation des soins, convention médicale).

Dédicaces :

- À ma ronéoficheuse Rebecca qui me suit depuis Hélène Boucher et à toutes nos galères avec ces foutues ronéos
- À Raphaëlle ma gossip, quasi voisine du 20-1
- À Valentine ma chère compère du « malaisant »
- À Zacharie ce fameux oncle de Jésus, mentaliste à ses heures perdues et amoureux des femmes
- À MARE À THONS
- Au MedSing, au Rock/Salsa et aux danseuses classiques pour notre prestation au DGT (big up Nesrine !!)
- À la team pneumo Leslie, Grégoire et Amélie
- À the dead p2's society, mon bungalow du WEI : ce bon vieux forceur de Nicolas Roineau, Ju, Tang, Khaned et Jeanne
- À toi dont je fus la sauveuse au WEI et à qui j'avais promis une dédicace au S1, tu te reconnaitras
- À tous les autres...

Et enfin à ces vacances bien méritées après ces 3 CC et ce ronéotypage !

