

UE10 : Economie de la santé et prévention
Pr. LeFaou
Le 24/04/2017 à 13h30
Ronéotypeur : Félicien Gautier
Ronéoficheuse : Nahida Belmirat

UE10 - Economie de la santé et prévention : Cours 3 : Organisation du système de soins, structures et professions de santé en France

Mail de la prof : anne-laurence.lefaou@aphp.fr. La ronéo a été corrigée par la prof. Tout est à apprendre. Le cours n'a quasiment pas changé depuis l'année dernière, mis à part certains chiffres qui ont été actualisés. Enjoy ☺

Plan

- I. Généralités
- II. Les professionnels de santé
 - A. Types de professions
 - B. Densité et évolution
- III. Le secteur ambulatoire
 - A. Définitions et acteurs
 - B. Système conventionnel
 - C. Parcours de soins et médecin traitant
- IV. Les établissements de santé (intro)

I. Généralités

Un **système de santé** est l'ensemble des moyens organisationnels, humains, structurels et financiers destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé.

Le système de santé idéal doit être :

- **Acceptable** par tous (*ex : le tiers-payant généralisé qui paie secondairement le médecin est difficilement accepté par une partie des médecins*)
- **Accessible** à tous (*ex : pas de déserts médicaux*)
- **Equitable** (*les non malades paient pour les malades*)
- **Efficient** (*ex : aucun médicament acheté mais inutilisé*)
- Capable d'offrir des **soins de qualité**

Selon les pays, les priorités et donc les organisations des systèmes de santé diffèrent.

Un système de santé comprend 4 types d'acteurs imbriqués :

- **Administration** = Etat et collectivités territoriales
- **Offre de soins** = structures et professionnels de santé (*ce dont on va parler dans ce cours*)
- **Usagers** = demandeurs de soins (*demande très élevée en France*)
- **Financeurs** (*principalement les entreprises et les gens qui paient les contributions sociales mais aussi les taxes*)

II. Les professionnels de santé

A. Types de professions :

On distingue les professions :

- **Médicales** : Médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes (= profession médicale à compétence définie).
- **Paramédicales** (*dites professions prescrites car il faut une prescription du médecin pour que leurs prestations soient remboursées par l'assurance maladie*) réglementées et non réglementées.

Les professions de santé (médicales et paramédicales) **représentent la moitié des effectifs employés dans le secteur de la santé**, l'autre moitié correspondant aux administratifs, ouvriers etc...

Les professions médicales ont des **conditions d'accès et d'exercice réglementées** par le Code de la Santé Publique. L'Ordre des médecins, payé par ces derniers, définit le **code de déontologie** des médecins, et étudie certaines notions comme le secret médical. Ces professions sont **protégées** par la réglementation (*un diplôme est nécessaire pour pratiquer*) et les comportements contraires au code de déontologie sont sanctionnés par l'Ordre. Ces sanctions de l'Ordre sont **ordinales** (*ex : conflits d'intérêt, propos contraires à l'intérêt de la population*). Un médecin peut également recevoir une sanction **pénale**, qui ne relève plus de l'Ordre (Ordre → ordinal).

L'**exercice** de ces professions est **soumis à 3 conditions** :

- Un **diplôme d'Etat ou d'UE**,
- La **nationalité**,
- L'**inscription à un tableau de l'Ordre**.

Leur durée de formation va de **4 à 11 ans** (*mais certaines réformes sont en train d'être mises en place pour augmenter le cursus d'internat*). Elles ont un **droit de prescription** (variable selon la profession), ou **de substitution** pour les pharmaciens. On dénombre 355 000 professionnels médicaux (sauf vétérinaires) en 2014, et les médecins en représentent **environ les 2/3 (62%)**.

Les professions **paramédicales réglementées** comprennent : infirmier avec 3 spécialisations : *infirmier anesthésiste, de bloc et puériculteur*, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue (*remboursé uniquement pour les diabétiques depuis peu pour éviter les angiopathies au niveau des pieds entraînant gangrène, puis amputation...*), ergothérapeute, psychomotricien, diététicien (*non remboursé en ambulatoire contrairement aux nutritionnistes-endocrinologues médecins*),

orthophoniste (*phénomène générationnel, consulté davantage par des jeunes générations, aujourd'hui 40% des enfants consultent un jour ou l'autre un orthophoniste*), orthoptiste (*réduque la vision binoculaire après troubles de convergence, mauvaise vision, cécité d'un œil...*), opticien-lunetier, audioprothésiste, manipulateur d'électroradiologie médicale.

Ici aussi, ces professions sont **soumises à des conditions d'exercice** :

- **Diplôme d'Etat**,
- **Déontologie**, secret médical dont le respect est également surveillé par un **conseil interprofessionnel** et des **Ordres spécifiques** pour certaines professions (Ordre national pour infirmier, kiné, podologues),
- **Monopole d'exercice** (= nécessite un diplôme pour exercer la profession),
- **Cotation des actes** pour certaines de ces professions en ambulatoire et en hôpital. La Sécurité Sociale (SS) fixe la valeur de ces actes, qui sont pris en charge par l'assurance maladie.
- **Durée de formation** ≥ 3 ans.

Les professions **paramédicales non réglementées** comprennent : les prothésistes médicaux et dentaires pour l'appareillage, et les professions médicotechniques (aide-soignant, auxiliaire de puériculture, ambulanciers, secrétaire médical, laborantin d'analyses médicales...).

B. Densité et évolution :

En France, la profession médicale a des **effectifs très élevés**, mais tout de même moins que les infirmiers qui représentent la profession **la plus importante en France numériquement**. Ces effectifs médicaux **augmentent depuis 2000**, bien que cette augmentation ait **ralenti entre 2008 et 2009**. Cette augmentation est **bien plus marquée** chez les sages-femmes, pharmaciens, orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes...

Depuis les années 90, le nombre de **généralistes** a légèrement augmenté, mais il **stagne**, contrairement au nombre de **spécialistes** qui **augmente très rapidement** et dont l'effectif a depuis **dépassé celui des généralistes**. Cela pose un gros problème d'accès à des soins spécialisés dans les régions n'ayant pas suffisamment de généralistes, puisque le patient a besoin de l'aval d'un généraliste pour consulter un spécialiste, sans quoi il sera moins remboursé pour la consultation du spécialiste. Ainsi, les habitants ayant des difficultés à consulter un généraliste seront également **moins enclins à consulter un spécialiste**, puisque cela leur reviendrait plus cher.

Les infirmiers, quant à eux, sont en **très forte augmentation** mais cela est toujours insuffisant pour répondre à la demande.

Toutes les **professions de rééducation** sont en **augmentation** en France. Cela est dû à un **changement des pratiques médicales** et également au **vieillessement de la population**. Les actes de certaines de ces professions sont remboursés (orthophonistes, orthoptistes, kinés, psychomotriciens, pédicures, ergothérapeutes...). Ce sont souvent des professionnels travaillant dans des institutions en tant que salariés, ou parfois qui ont une activité libérale pour laquelle les patients paient pleinement les actes.

Lorsqu'on regarde les taux de croissance des professions de la santé, les **médecins (7% entre 2000 et 2010)** et encore plus les **chirurgiens-dentistes (1%) augmentent peu par rapport aux professions de rééducation** : ergothérapeutes (86%), audioprothésistes (79%), opticiens (107%)... qui augmentent énormément.

Les médecins étaient environ 222 000 en 2015, pour une densité médicale de **337 médecins pour 100 000 habitants**. Les effectifs des médecins ont nettement augmenté des années 80 jusqu'en 2005, puis une augmentation faible pour les médecins généralistes depuis 2005, comme tous les pays plutôt riches. Comme dit précédemment, cette augmentation a été beaucoup plus forte pour les professions de rééducation.

Les médecins ont une activité de **59% en libéral** (cabinet de ville avec des honoraires), et cette activité s'élève à **67%** (soit 2/3) **pour les médecins généralistes**. Mais malgré l'augmentation du nombre de médecins, on a un **vieillessement de la population des médecins** très important (**triplement des plus de 60 ans** entre 1990 et 2015) : l'âge moyen des médecins est passé de 51,1 ans en 2011 à 51,5 en 2014 et **le nombre de retraités augmente**. Il y a également une **féménisation de la profession** : 53% des médecins de moins de 55 ans sont des femmes.

Aujourd'hui, on forme beaucoup plus de médecins, mais **ces médecins ont tendance à vouloir être spécialistes et salariés**. Les médecins français s'installent de plus en plus en groupes pour mieux gérer leur emploi du temps, pour répondre à l'ampleur et à la diversité de la demande, et à l'augmentation de la part administrative de l'activité médicale : c'est pourquoi ils sont encouragés à s'informatiser (*ex : Doctolib ou équivalent. De plus, ce système sera très prochainement mis en place à l'hôpital également*). Ils sont également rémunérés s'ils atteignent certains objectifs de santé publique.

Il y a une **grande inégalité des densités de professionnels de santé** entre les régions en France avec une densité faible dans le Centre, la Normandie, les Hauts de France (sauf aux alentours de Lille). Actuellement, un médecin peut choisir de s'installer où il veut, contrairement à l'Allemagne par exemple.

Pour lutter contre ces déserts médicaux, les pouvoirs politiques ont mis en place quelques **mesures de régulation** : le **CESP (Contrat d'Engagement de Service Public)** pour s'engager pendant un certain nombre d'années dans les zones sous dotées. Cette **mesure incitative** est **issue de la loi HPST**, et consiste en une **allocation mensuelle de 1200€ brut pendant les études** contre un **engagement de l'étudiant à exercer pendant la même durée que ses études dans une zone déficitaire (listée par l'ARS) ou choisir une spécialité moins représentée**. On a ainsi un **nombre d'étudiants** prenant cet engagement **fixé annuellement par arrêté ministériel**, et il existe des **mécanismes d'assouplissement** de cet engagement prévus par la loi. Cette mesure, datant de 2009, s'est montrée peu efficace dans la lutte contre les déserts médicaux depuis sa création.

En revanche, un système similaire est en place depuis longtemps aux Etats-Unis (depuis 1970) : certaines facultés paient les études (extrêmement chères) de certains étudiants pour s'installer dans des états où l'on manque de médecins. Ce système s'est montré assez efficace puisque la surface couverte par les médecins est grande relativement au faible nombre de médecins. En Angleterre, les médecins sont surpayés dans les endroits à faible densité médicale et au contraire sous-payés dans les endroits à forte densité médicale (= système de capitation).

Nous pourrions aussi **réguler** la densité médicale **en augmentant le numéris clausus**, cela a d'ailleurs été envisagé mais le nombre de médecins n'est pas le facteur premier de cette désertification de certaines régions. Nous pouvons également favoriser l'installation des médecins dans certains lieux par des **incitations** (CESP), voire des **obligations** comme c'est déjà le cas pour les IDE libérales.

Nous pouvons aussi **améliorer le parcours de soins**, comme cela a été fait avec le développement de parcours de soins pour les maladies chroniques par la HAS en juillet 2012, ce qui permet également d'éviter des hospitalisations qui sont très coûteuses.

Enfin, nous pouvons **déléguer des tâches** : par exemple les ophtalmos délèguent les mesures simples (acuité visuelle...) aux orthoptistes et certaines instructions comme l'utilisation des verres de contact aux opticiens pour se consacrer à leur activité chirurgicale. De même, les gynéco-obstétriciens délèguent certaines tâches aux sages-femmes.

Que retenir ?

- Types de professions de santé et leurs particularités
- Pour les médecins :
 - Faible croissance du nombre de médecins en partie due au vieillissement,
 - Plus de salariés, moins de libéraux,
 - Répartition géographique inégale, à laquelle répond le CESP.

III. Le secteur ambulatoire :

A. Définition et acteurs :

Le **secteur ambulatoire** correspond à **tous les soins (préventifs et curatifs) dispensés à un patient non hospitalisé = « soins de ville »**.

Il comprend :

- Les **professionnels médicaux** : médecins, dentistes, laboratoires, cabinets de radiologie (*beaucoup de dépassements d'honoraires*), sages-femmes, pharmaciens. *Les laboratoires et pharmaciens sont déjà au tiers-payant.*
- Les **professionnels paramédicaux** (professions prescrites) : infirmiers, kinés, orthophonistes, orthoptistes.
- Les **centres de santé et centres de médecine préventive**, les **PMI** (*Protection Maternelle et Infantile*). *On ne les paie pas, car il existe aussi un système de tiers-payant.*
- Les **soins de consultations et soins externes** des établissements de santé.

B. Système conventionnel :

Le système ambulatoire est **libéral : libre choix d'installation** pour les professionnels, en dehors des pharmaciens, d'où le problème de l'**hétérogénéité de répartition** des professionnels de santé sur le territoire, et **libre choix du praticien pour les patients** (le patient choisit le docteur qu'il veut consulter, y compris avec la mise en place du système de médecin traitant et parcours de soins coordonnés, qui est non obligatoire).

La **convention** de ce système est un **accord sur un mode de pratique entre les signataires** (signataires = Syndicats des médecins libéraux + Organismes d'assurance maladie), qui **définit les tarifs de base des soins produits** (= *tarifs qui donnent le droit au remboursement maximal*) = tarifs conventionnels opposables. *Donc si un médecin demande 50€, le patient sera remboursé par l'assurance maladie au tarif conventionnel qui sera bientôt de 25€. Certaines mutuelles peuvent plus ou moins rembourser ces dépassements d'honoraires, mais ce remboursement par les mutuelles sera bientôt plafonné. Et même après remboursement maximal par une mutuelle, il reste tout de même 1€ symbolique de ticket modérateur à la charge du patient.*

Le système conventionnel se divise en **3 secteurs** :

- **Secteur 1 avec signature de la convention** par le médecin : **pas de dépassement** (honoraires conventionnels), **taux de remboursement fixé par l'assurance maladie**, et la **contribution du médecin à la protection sociale est payée par l'assurance maladie**, contrairement au secteur 2 (sans option de coordination) et au secteur non conventionné.
- **Secteur 2 avec signature de la convention : dépassements autorisés** (honoraires libres) dans le respect du code de déontologie (« avec tact et mesure »*) mais **non pris en charge par l'assurance maladie** (à la charge du patient et +/- de sa mutuelle), **taux de remboursement fixé par l'assurance maladie**. *Il peut être plus avantageux pour certains médecins de rester en secteur 1 pour ne pas avoir à payer la cotisation sociale.*
Un secteur 2 peut prendre une **option de coordination** qui lui impose une certaine tarification : sur au moins 30% de son activité, il doit faire payer ses actes cliniques au tarif opposable (=pas de dépassements), et ses actes techniques ont des dépassements plafonnés à 15%. En échange, une partie des cotisations sociales du praticien est prise en charge par l'assurance maladie.
- **Secteur non conventionné (sans signature de la convention)**, correspondant à 0,5% des médecins libéraux : **honoraires libres**, les patients ne sont **pas du tout remboursés, pas de lien avec la sécurité sociale**. *Ex : chirurgie plastique, médecine esthétique.*

Remarque : Les médecins hospitaliers peuvent être libéraux, mais doivent reverser une redevance à l'hôpital pour les locaux, le matériel, le personnel...

*Cela peut conduire à ce que le médecin surcote ses honoraires si la mutuelle prend en charge les dépassements, et les sous-cote si la mutuelle ne prend pas en charge les dépassements.

	Tarifs	Remboursement	Cotisations sociales
Secteur 1, à honoraires conventionnels	Respect des tarifs conventionnels	% fixé par l'AM (= Assurance Maladie)	Prise en charge d'une partie des cotisations sociales du praticien par l'AM
Secteur 2, à honoraires libres	Le médecin fixe librement ses tarifs, dans le respect du code de déontologie (« avec tact et mesure »)	% fixé par l'AM Le dépassement du tarif conventionnel est à la charge du patient et +/- de sa mutuelle	Financement intégral des cotisations sociales par le praticien
<i>Avec option de coordination</i>	<i>Actes cliniques : tarif opposable. Actes techniques : dépassements maîtrisés = plafonnés à 15%. Appliquer cette tarification sur au moins 30% de l'activité.</i>	% fixé par l'AM	Prise en charge d'une partie des cotisations sociales du praticien par l'AM
Médecins non conventionnés (= 0,5% des médecins libéraux)	Le médecin fixe librement ses tarifs	Les patients ne sont pas remboursés	Financement intégral des cotisations sociales par le praticien

Ci-dessus un tableau simplement pour résumer tout ça.

C. Parcours de soins et médecin traitant :

Les parcours de soins et médecin traitant ont été **définis depuis la convention du 12 janvier 2005**. Le médecin traitant s'inscrit dans un parcours de soins coordonné, dont les objectifs sont **d'améliorer la coordination et la qualité des soins, préserver et améliorer l'accès aux soins, respecter le libre choix du patient, et assurer une perspective d'avenir** (= une clientèle) **aux médecins libéraux**.

Ce dispositif est **non obligatoire**, et **concerne les assurés de plus de 16 ans**. Avec la loi de modernisation du système de santé passée en janvier 2016, il est prévu que les enfants aient également un médecin traitant.

Chaque assuré doit choisir et déclarer à l'assurance maladie un **médecin traitant**, qui **peut être généraliste ou spécialiste** (ex : un cardiologue pour quelqu'un qui a surtout des problèmes cardiologiques), et **modifiable à tout moment**.

Les rôles du médecin traitant sont :

- D'**assurer le premier recours aux soins**,
- De **coordonner les soins, orienter** dans le parcours de soins en orientant vers des médecins correspondants,
- Connaître et gérer le **dossier médical** (centralisation des informations),
- Assurer une **prévention personnalisée** (dépistage, aide au sevrage tabagique,...) et **promouvoir la santé**, ce pour quoi il n'est pas encore payé, bien que cela soit très consommateur de temps, sauf pour les diabétiques et pour les infections.

Il existe également des **spécialistes à accès direct** (= sans l'aval du médecin traitant) : gynécologues, ophtalmologistes, psychiatres et neuropsychiatres, stomatologues (= *chirurgiens dentaires, de la mâchoire, des fractures de la face...*), et pédiatres.

En cas de non-respect du parcours de soins coordonné (pas de médecin traitant déclaré ou consultations d'un correspondant sans avis du médecin traitant), le taux de remboursement est de **30%** (50% en 2008) **au lieu de 70%**.

La diapo suivante n'a pas été traitée car elle est mal comprise en général.

L'acte d'un médecin n'est donc pris en charge qu'à **70%** par l'assurance maladie, même dans le parcours de soins, sauf pour ceux en ALD (pris en charge à 100%).

Il y a actuellement une **évolution des modes de rémunération des médecins dans le système conventionnel**, avec des **suppléments en plus du paiement à l'acte**.

Ex :

- Contrat d'accès aux soins : le médecin s'installe dans une zone déficitaire,
- Rémunération sur Objectifs de Santé Publique : incitation financière à faire des examens aux personnes atteintes de maladie chronique.

Que retenir ?

- Nous sommes dans un système plutôt libéral,
- Ce système est conventionné : selon les secteurs, il existe des différences de tarifs, un allègement des cotisations sociales,
- Il est en pleine évolution : évolution du rôle du médecin généraliste qui devient un filtre, *création de maisons de santé, mise en place prochaine du tiers-payant généralisé*.
- Evolution des modes de rémunération pour diminuer les taux de dépassements d'honoraires, et améliorer la qualité des soins.

IV. Les établissements de santé :

Cette partie est plus une intro pour le prochain cours.

On distingue les hôpitaux **publics (60%** des hôpitaux) (CHU, CH...), les hôpitaux **privés à but non lucratif** (ex : hôpital initialement confessionnel, catholique ou protestant) (**20%**), les hôpitaux **privés commerciaux/à but lucratif (20%)** (Ex : l'hôpital américain, la clinique du sport, la clinique de la main...), et enfin les établissements hors sécurité sociale (ex : les cliniques esthétiques). L'avantage de notre système est que **tous les soins sont pris en charge par notre assurance maladie**, mais si nous voulons par exemple une chambre seule, il va falloir la payer. Toutefois, la mutuelle peut la prendre en charge.