



AC1X14V1

**CONCOURS INTERNE DES 20 ET 21 JANVIER 2014 POUR L'EMPLOI
D'INSPECTEUR DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS**

ÉPREUVE ÉCRITE D'ADMISSIBILITÉ N°1

(DURÉE : 4 HEURES - COEFFICIENT 8)

**RÉDACTION D'UNE NOTE DE SYNTHÈSE À PARTIR D'UN DOSSIER
RELATIF AUX QUESTIONS ÉCONOMIQUES, FINANCIÈRES ET
SOCIALES**

À partir des documents suivants, vous rédigerez une note d'environ 4 pages consacrée aux faiblesses du système de santé français.

AVERTISSEMENTS IMPORTANTS

L'usage de tout matériel autre que le matériel usuel d'écriture et de tout document autre que le support fourni est **interdit**. **Toute fraude ou tentative de fraude** constatée par la commission de surveillance **entraînera l'exclusion du concours**.

Veillez à bien indiquer sur votre copie le nombre d'intercalaires utilisés (la copie double n'est pas décomptée).

Il vous est interdit de quitter définitivement la salle d'examen **avant le terme de la première heure**.

Le présent document comporte 38 pages numérotées.

Liste des documents

- Document 1** : Que faire pour en finir avec les déserts médicaux ?
Par Jacqueline de Linares – Juin 2013 <http://tempsreel.nouvelobs.com>
- Document 2** : Les inégalités face à la santé en France
Les cahiers français n° 369 – Juillet août 2012
- Document 3** : La branche maladie de la sécurité sociale
www.securite-sociale.fr – 15 mai 2013
- Document 4** : Bébé mort in utero : le "manque de place" est un problème qui touche tout l'hôpital
Par Laure Abensur – Février 2013 – <http://leplus.nouvelobs.com>
- Document 5** : La santé des français. Quels résultats ? Quelles réformes ?
Les cahiers français n° 369 – Juillet août 2012
- Document 6** : Le déremboursement des médicaments en France entre 2002 et 2011 : éléments d'évaluation
Questions d'économie de la santé n° 167 – Juillet-août 2011
- Document 7** : Quelles sont les forces et faiblesses du système de santé français ?
Dominique Polton – Février 2013 – www.ladocumentationfrancaise.fr
- Document 8** : La réforme de la dépendance enfin sur les rails
Par Frédéric Cazenave – Février 2013 – <http://www.lemonde.fr>
- Document 9** : Premières réflexions du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur le thème des inégalités sociales de santé
Extrait du Rapport annuel 2012 – Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
- Document 10** : Vente de médicaments en ligne : un lancement dans la confusion
LE MONDE – 26 août 2013 – Par Laetitia Clavreul
- Document 11** : Historique du système de santé français depuis 1945
www.sante.gouv.fr
- Document 12** : Médicaments : les dépenses de santé ont baissé en 2012
Par Isabelle Chaillou – Mai 2013 – <http://www.franceinfo.fr>
- Document 13** : La lutte contre la pauvreté et l'exclusion : une responsabilité à partager (rapport)
www.senat.fr – 2013

QUE FAIRE POUR EN FINIR AVEC LES DÉSERTS MÉDICAUX ?

La France ne manque pas de médecins. Et pourtant, les déserts médicaux existent bel et bien. Tour d' horizon des mesures prises pour lutter contre. Et de leurs limites.

Contrairement à ce que peuvent laisser penser les polémiques récurrentes sur les déserts médicaux, la France ne manque pas de médecins, comme le montre la nouvelle édition de l'Atlas du Conseil national de l'Ordre des médecins. Jamais les médecins n'ont été si nombreux, même si le nombre de ceux qui sont en activité et inscrits au tableau de l'Ordre au 1er janvier 2013 a légèrement diminué (0,12% par rapport à 2012). "Ce sont les retraités qui augmentent les effectifs", précise l'ordre des médecins.

Une pénurie de médecins au tarif de la sécurité sociale

Les médecins sont surtout mal répartis en France : d'abord géographiquement, comme le souligne l'Ordre. Les déserts médicaux ne sont pas qu'en Creuse, où la petite ville de Sainte Feyre cherche depuis des mois à remplacer le généraliste parti à la retraite. Ils sont aussi à moins de deux heures de Paris, dans l'Eure (101 généralistes pour 100.000 habitants) par exemple. En revanche, un département montagnard et éloigné de la capitale comme les Hautes Alpes compte 207 médecins pour 100.000 habitants, une proportion comparable à celle de Paris.

Ce que ne souligne pas l'Ordre, mais que l'UFC Que Choisir pointait en octobre dernier, c'est que lorsqu'on combine les spécialités et les tarifs, bien des patients sont confrontés à une autre forme de désert médical : la pénurie de médecins pratiquant le tarif de la sécurité sociale. D'après l'enquête de l'association de consommateurs, 80% des Français n'ont ainsi pas accès facilement à des ophtalmologistes ou des gynécologues au tarif remboursable. A Orléans, le Havre ou Mulhouse, on peine à trouver des pédiatres sans dépassement. Officiellement, la ministre de la Santé a exprimé sa volonté d'en finir avec les dépassements. Il est trop tôt pour savoir si l'accord tripartite pour les maîtriser sera efficace, accord signé cet automne par l'assurance maladie, quelques syndicats de médecins libéraux et les mutuelles, après un véritable psychodrame chez les syndicats de chirurgiens. Pour le moment, rien n'a changé.

Sur le terrain, des solutions qui peinent à se mettre en place

Quant aux déserts médicaux "géographiques", les mesures – incitatives – régulièrement adoptées pour tenter de faire venir les praticiens dans ces zones, ont généralement échoué. "Et se sont révélées très coûteuses", selon un rapport de la Cour des comptes. Est-ce que les 12 engagements de la ministre de la Santé Marisol Touraine, annoncés en décembre pour pallier aux déserts médicaux, seront efficaces ? Rien n'est moins sûr. Faire faire des stages à des étudiants en médecine chez des généralistes libéraux ? Pourquoi pas. Mais les étudiants qui ont pu faire ces stages vous expliquent que la vision du généraliste épuisé et débordé aurait plutôt tendance à les décourager. Distribuer des bourses à des étudiants en médecine qui s'engageront à aller dans ces zones ? Des collectivités locales le font déjà, mais ces offres ont très peu de succès. L'encouragement à la création de maisons de santé pluridisciplinaires est certainement une bonne idée. Mais à chaque fois, sur le terrain, elles peinent à se mettre en place. Restent la télémédecine, ou le renforcement des hôpitaux de proximité... Mais toutes ces mesures ne seront efficaces de toute façon qu'à moyen ou long terme. Une chose est sûre, il faudrait d'urgence revoir le système de paiement et les horaires des généralistes : la commune de la Ferté Bernard dans la Sarthe, en mal de médecin, a réussi à faire venir trois généralistes en les salariant au tarif d'un praticien hospitalier et en leur proposant les 35 heures.

La proposition innovante du "conventionnement sélectif"

A noter que toutes reposent sur l'incitation et non la coercition. Un vrai tabou chez nos médecins viscéralement libéraux. Courageusement, le sénateur Hervé Maurey (UDI-UCI) de l'Eure a osé en février dernier lever le tabou. Jusqu'à présent, aucun ministre de la Santé – toujours inquiet de se prendre une interminable grève d'interne – ne s'y est risqué. Même Roselyne Bachelot, qui l'avait envisagée dans la loi Hôpital Patient Santé Territoire, y avait renoncé. Le vaillant sénateur a proposé dans un rapport publié au début de l'année une solution plus contraignante : le "conventionnement sélectif". Si un praticien libéral veut s'installer dans une zone où ses confrères sont déjà nombreux, il ne sera pas conventionné par la sécurité sociale et ses patients ne seront donc pas remboursés. Pourtant, comme le remarquait le sénateur Maurey, qui ne parle pas de "coercition" mais de "régulation", ce conventionnement sélectif a permis d'augmenter le nombre d'infirmières libérales de 30% en trois ans (de 2008 à 2011) en zones dites "sous-dotées". Prévenus dès le début de leurs études, les nouveaux médecins spécialistes seraient, propose-t-il, obligés d'exercer pendant deux ans, à la fin de leurs études, à temps plein ou à temps partiel "dans les hôpitaux des chefs-lieux de départements où le manque de spécialistes est reconnu par les agences régionales de santé". L'horreur absolue pour les syndicats d'internes et d'étudiants en médecine qui ne voient pas pourquoi l'effort serait uniquement porté par les nouvelles générations.

Refondre le système

Pourtant a insisté le sénateur, en dehors des médecins, aucun autre professionnel de santé de statut libéral (infirmières, pharmaciens, kinés, sages-femmes) ne peut s'installer où il veut. En attendant, il y aura des déserts médicaux tant que des systèmes de régulation n'auront pas été imaginés, tant que d'autres formes de paiements des médecins généralistes (qui n'en peuvent plus de leurs 50 heures de travail, de leurs tâches administratives surtout à la campagne) n'auront été inventées, bref tant qu'une profonde réforme de l'architecture de notre système de santé n'aura pas été élaborée.

Par Jacqueline de Linares – Juin 2013

<http://tempsreel.nouvelobs.com>

LES INÉGALITÉS FACE À LA SANTÉ EN FRANCE

Les inégalités en matière de santé sont d'ordre social et territorial. S'agissant des premières, il faut distinguer entre les déterminants structurels liés au contexte socioéconomique et les déterminants intermédiaires liés aux conditions matérielles d'existence, aux comportements, aux facteurs psychosociaux, biologiques ou génétiques. Pour les secondes, constate Gwenn Menvielle, des niveaux de mortalité différents et des disparités dans l'offre de soins dessinent une carte de France contrastée. Si les caractéristiques socio-économiques de la population déterminent fortement la morbidité et la mortalité observées sur un territoire, elles dépendent pour partie aussi d'effets contextuels : équipements sportifs, offre alimentaire, densité médicale ...

Les inégalités sociales de santé ...

On entend par inégalités sociales de santé des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé observées entre des groupes sociaux au sein d'un même pays ou entre différents pays. Les inégalités sociales de santé sont aujourd'hui une préoccupation centrale de santé publique. Ainsi, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a missionné il y a quelques années une commission sur les déterminants sociaux de la santé. Les conclusions de ses travaux ont été présentées dans un rapport publié en 2008 et intitulé *Closing the gap in a generation* (OMS, 2008). Selon le coordonnateur du rapport, Michael Marmot, « réduire les inégalités en matière de santé est un impératif éthique. L'injustice sociale tue les gens à grande échelle. Un enfant né dans une banlieue de Glasgow, en Écosse, aura une espérance de vie inférieure de 28 ans à un autre né à 13 kilomètres de là. Il n'existe pas de bonne raison biologique qui expliquerait cela ». Dans leur rapport, les experts de la commission indiquent par ailleurs que les différences de niveau de santé entre les pays et à l'intérieur même des pays sont dues à « l'environnement social dans lequel les gens naissent, vivent, grandissent, travaillent et vieillissent ».

Il existe donc un lien entre l'état de santé d'une personne et sa position dans la hiérarchie sociale. Globalement, plus la situation sociale d'un individu est mauvaise, moins sa santé est bonne. Il ne s'agit toutefois pas d'opposer la population la plus pauvre, en situation de précarité, qui aurait une mauvaise santé au reste de la population. On observe des écarts de santé tout au long de la hiérarchie sociale. En d'autres termes, chaque catégorie sociale présente un niveau de mortalité ou de morbidité plus élevé que la classe immédiatement supérieure. C'est ce que l'on appelle le « gradient social » des inégalités de santé. Les inégalités sociales de santé traversent donc l'ensemble de la société et des dimensions de santé : elles s'observent chez les hommes et chez les femmes, à tous les âges de la vie, pour l'ensemble des pathologies que ce soit lors de la survenue ou de la persistance des problèmes de santé et enfin pour la mortalité.

••• des déterminants à plusieurs niveaux

Dans son rapport publié en 2008, la commission de l'OMS propose une description précise de l'ensemble des déterminants sociaux de la santé reconnus en distinguant deux grands types de déterminants, les déterminants dits « structurels » des inégalités sociales de santé et les déterminants dits « intermédiaires » de l'état de santé, et en détaillant les interactions que ces différents déterminants ont entre eux. Les déterminants structurels peuvent se partager en deux groupes. Un premier groupe est lié au contexte socioéconomique et politique du pays et inclut la gouvernance, les politiques macro-économiques, les politiques sociales, les politiques publiques, la culture et les valeurs de la société. Un deuxième groupe comprend les caractéristiques de la position

socioéconomique des individus, à savoir le genre, l'origine ethnique, le niveau d'études, la profession, le revenu, etc. Le premier groupe de déterminants influe sur la stratification sociale et économique du pays et donc sur la répartition de la population en fonction des déterminants du deuxième groupe. Ces déterminants structurels ont à leur tour un impact sur la distribution inégale des déterminants intermédiaires.

Les déterminants intermédiaires de l'état de santé renvoient aux conditions matérielles (conditions de travail, conditions de vie dont le logement et le quartier, disponibilité de la nourriture, etc.), aux comportements (tabac, alcool, nutrition, activité physique, obésité), aux facteurs psychosociaux (stress des conditions de vie et de travail, soutien social), biologiques et génétiques, ainsi qu'au rôle de l'accès au système de santé. Ils ont une répartition socialement stratifiée entre les différents groupes sociaux. Ces déterminants intermédiaires, s'ils permettent d'expliquer le plus mauvais état de santé dans certains groupes sociaux, ne sont pas en eux-mêmes les causes structurelles des inégalités sociales de santé. Ils ne sont que la conséquence des déterminants structurels, que l'on appelle aussi « causes des causes ». C'est à celles-ci, si l'on souhaite réduire les inégalités sociales de santé, qu'il faut s'attaquer. Elles n'influencent pas forcément de manière directe l'état de santé, mais elles conditionnent d'autres caractéristiques qui, elles, détermineront l'état de santé des personnes. Prenons le cas de l'exposition professionnelle à des cancérigènes. Ce sont surtout les personnes ayant des professions manuelles qui y sont exposées, et les expositions professionnelles contribuent donc aux inégalités sociales de santé. Un des principaux cancérigènes est l'amiante. La législation qui a interdit son utilisation en France en 1997 a permis de supprimer cette exposition, a amélioré les conditions de travail des personnes qui étaient auparavant exposées, et a donc in fine permis de réduire les inégalités sociales de santé. De même, si l'on considère le problème du surpoids et de l'obésité, une politique de lutte contre les inégalités sociales efficace dans ce domaine devra agir au niveau « macro », en favorisant par exemple un meilleur accès aux équipements sportifs sur l'ensemble du territoire, en interdisant la publicité pour certains produits alimentaires pendant les programmes télévisés des enfants ou en favorisant la consommation de fruits dans les établissements scolaires.

Les inégalités territoriales de santé

Si des différences de santé sont observées en fonction de la position socioéconomique des individus (niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle, revenu, type de contrat. ..), on observe aussi de fortes disparités en France entre les différents territoires, que ce soit en termes de santé, de comportements ou d'offres de soins.

Des niveaux de mortalité différents

La carte française de la mortalité générale décrit les décès de tous âges et toutes causes au niveau cantonal en France. La mortalité est quantifiée à l'aide de ratio de mortalité standardisé (SMR). Un SMR supérieur à 1 signifie que la mortalité dans le canton est supérieure à la mortalité moyenne en France, à âge égal. La carte met en évidence de forts différentiels géographiques de mortalité. Une zone majoritairement en surmortalité s'étend de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais et à l'Alsace, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine et du sud de la Basse-Normandie. La surmortalité est particulièrement marquée dans le centre de la Bretagne, le Nord-Pas-de-Calais et le nord de la Picardie. Cette surmortalité se retrouve aussi le long d'une diagonale qui va du Nord-Est de la France (Lorraine) à l'Auvergne. La même tendance s'observe pour la majorité des causes de décès, avec quelques spécificités. Ainsi par exemple, si le Nord de la France présente une surmortalité pour l'ensemble des causes de décès, en Bretagne la surmortalité ne s'observe pas pour le cancer ou les maladies infectieuses.

Une offre de soins inégalitaire

L'offre de soins est aussi répartie de façon inégalitaire sur l'ensemble du territoire français. Ces disparités s'observent pour différents indicateurs tels que la densité de médecins généralistes, de spécialistes, ou le temps d'accès aux urgences. Le temps d'accès à un généraliste diffère sur l'ensemble du territoire. Globalement, il s'allonge à mesure que l'on s'éloigne de la préfecture du département. En particulier, certaines zones comprenant la Champagne Ardenne, la Bourgogne, la Franche-Comté ou le sud du Massif central ont des temps d'accès aux généralistes plus élevés. Cela correspond à des zones rurales, les professionnels se concentrant dans les zones urbaines. En plus de l'accès, il faut aussi tenir compte du tarif pratiqué, et là aussi des inégalités territoriales sont observées : ainsi près d'un quart des généralistes pratiquaient des honoraires libres en Île-de-France en 2008, ce pourcentage atteignant un tiers dans Paris intra-muros. Les temps d'accès aux urgences ou à la maternité varient aussi fortement entre les territoires. Globalement, ils sont maximaux le long des frontières départementales ou régionales. Trois zones se distinguent avec des temps d'accès particulièrement élevés : les Landes, les Alpes-de-Haute-Provence prolongeant la partie nord des Alpes-Maritimes et la côte du nord de la Corse.

Inégalités territoriales : un effet individuel ou un effet contextuel ?

Les inégalités territoriales de santé tiennent aux individus qui composent les territoires, mais font intervenir également les caractéristiques du lieu de résidence, que l'on appelle aussi caractéristiques contextuelles. Tenir compte à la fois des caractéristiques individuelles et contextuelles permet de quantifier la part respective de ces deux dimensions. En effet, les inégalités territoriales s'expliquent partiellement par la situation sociale des personnes. Dit autrement, si certains territoires ont une mortalité plus élevée, c'est en partie parce que les personnes résidant dans ce territoire ont une position socioéconomique plus défavorable.

L'impact des caractéristiques socioéconomiques sur la santé ...

Pour mesurer la situation sociale d'un territoire, on peut calculer ce que l'on appelle un indice de défavorisation sociale ou *deprivation index* en anglais. Pour un territoire donné, cet indice est un score calculé à partir de différentes caractéristiques socioéconomiques de la population vivant dans ce territoire, telles que le pourcentage de personnes ayant un niveau d'études universitaires ou le pourcentage de chômeurs. On observe en France une forte corrélation entre la situation sociale au niveau du territoire (mesurée à l'aide des indices de défavorisation sociale) et la mortalité dans ce même territoire. La mortalité générale est plus élevée dans les territoires socialement défavorisés. Cette association se retrouve chez les hommes comme chez les femmes, dans l'ensemble des tranches d'âge et pour de nombreuses causes de décès. Entre le début et la fin des années 1990, ces inégalités ont eu tendance à se renforcer, en particulier chez les hommes, chez les personnes âgées de moins de 65 ans et pour la mortalité évitable (mortalité liée au tabac et à l'alcool, mortalité par accident de la route, suicide et VIH). Par ailleurs, si les inégalités de santé ont augmenté au cours des années 1990, cela est principalement dû à un accroissement des inégalités entre unités urbaines de tailles différentes (rurales, quasi rurales, quasi urbaines, urbaines, région parisienne), et non pas à un accroissement des inégalités de mortalité au sein des unités urbaines de même taille (Windenberger 2011).

...et celui des effets propres au territoire

Si les caractéristiques individuelles des personnes résidant dans un territoire sont le principal déterminant de la santé au sein de ce territoire, des effets propres au territoire sont aussi à prendre en compte. Il s'agit par exemple du bâti au sein du territoire de résidence tels qu'une moindre présence d'espaces verts ou d'équipements sportifs, ou de l'offre alimentaire (type et disponibilité), de la

pollution atmosphérique ou du trafic routier. Des dimensions liées à l'offre de soins comme la densité de médecins généralistes, ou la distance aux centres de santé de référence (les centres anticancéreux ou les grands hôpitaux) pourraient avoir un effet sur la santé et sont aussi à prendre en compte. Pour ces dernières, la taille du territoire est une dimension importante, le territoire pertinent à considérer n'étant pas le même selon la nature du problème : ainsi il sera communal lorsque l'on s'intéresse à l'accès aux généralistes, départemental ou régional pour les centres anticancéreux. Quatre exemples permettront d'illustrer l'importance des caractéristiques contextuelles sur la santé des personnes, mais aussi la complexité des relations entre environnement et santé. Le premier sera en lien avec le bâti au sein du territoire de résidence, et les trois autres évoqueront l'offre de soins dans des problématiques différentes : le traitement des cancers, l'accès au généraliste, et la prévention.

Le surpoids fonction de l'accessibilité aux magasins d'alimentation et aux équipements sportifs

Le surpoids et l'obésité sont en augmentation au sein de la population et la lutte contre le surpoids est devenue un des enjeux majeurs de santé publique, en particulier parmi les jeunes. Promouvoir l'activité physique et une alimentation équilibrée fait partie des moyens de lutte contre cette épidémie. Une étude menée parmi des adolescents du Bas-Rhin a été consacrée à cette question. Les relations entre la présence de surpoids et le niveau d'accessibilité aux équipements sportifs, aux fast-foods et aux magasins d'alimentation générale ont été examinées. Aucune relation n'est observée entre l'accessibilité aux fastfoods et le risque de surpoids. Par contre, une moins bonne accessibilité aux équipements sportifs et aux magasins d'alimentation générale est associée à un surpoids plus important, uniquement parmi les enfants dont les parents ont une position socioéconomique faible. Ainsi, lorsque l'accessibilité est bonne, il n'y a pas de différence sociale dans le risque de surpoids. Au contraire, lorsque l'accessibilité aux équipements sportifs est faible, le risque d'être en surpoids est 1,8 fois plus élevé parmi les enfants de travailleurs manuels comparés aux enfants de travailleurs non manuels. Ce risque est de 1,9 lorsque l'accessibilité aux magasins d'alimentation générale est faible (Casey, 2012).

Évolution des tumeurs cancéreuses et distance aux centres anticancéreux

La survie des personnes atteintes de cancer est liée à leurs caractéristiques individuelles, en particulier le stade de développement de la tumeur lors du diagnostic, mais il a été montré que le lieu de résidence intervenait aussi sur la survie. Ainsi, on observe une moins bonne survie parmi les personnes atteintes d'un cancer du colon et vivant loin d'un centre anticancéreux. Ces différences s'observent à stade équivalent au diagnostic, ce qui suggère qu'elles ne sont pas complètement expliquées par une découverte plus tardive de la maladie parmi les populations résidant loin des centres anticancéreux. La distance au centre de traitement semble avoir un effet sur le traitement reçu, à égalité de stade au diagnostic, les personnes résidant loin des hôpitaux recevant en moyenne moins souvent une chimiothérapie lors d'un cancer diagnostiqué à un stade avancé alors que c'est le traitement recommandé dans ce cas. Toutefois, ces inégalités territoriales ne touchent pas de la même façon toute la population vivant loin des centres anticancéreux : elles semblent plus marquées parmi les personnes peu mobiles, en particulier les personnes âgées (De jardin, 2008).

Densité médicale et fréquence des consultations auprès des médecins généralistes

La densité de médecins généralistes varie fortement sur le territoire français. Une étude nationale menée en 1999 parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans a porté sur la relation entre la densité médicale et le recours au généraliste, en tenant compte du sexe, de l'âge, de la présence de maladies chroniques, du niveau socioéconomique de la personne et du lieu de résidence. La densité médicale n'a pas d'effet sur le recours au généraliste parmi les personnes âgées de moins de 60 ans et un effet

faible chez les 60-69 ans. Par contre, après 70 ans, un moindre recours aux médecins généralistes est observé dans les zones présentant les plus faibles densités médicales, l'effet étant extrêmement marqué chez les personnes souffrant de limitations fonctionnelles. Ainsi dans les zones ayant une densité médicale élevée le nombre de consultations chez le généraliste est augmenté de 40 % chez les personnes ne souffrant pas de limitations fonctionnelles et de 244 % chez celles souffrant de limitations fonctionnelles, comparativement aux zones ayant une densité médicale faible (Chaix, 2005).

Dépistage des cancers, niveau social des quartiers et présence médicale

Une étude menée en région parisienne s'est attachée à comprendre les déterminants du dépistage du cancer du col de l'utérus. À position socioéconomique égale, les femmes ont un moindre recours au dépistage lorsqu'elles résident dans des quartiers socialement défavorisés. En outre, si globalement la densité de généralistes ou de gynécologues dans le quartier n'a pas d'effet sur le recours au dépistage, une faible densité est fortement associée à l'absence de dépistage dans le sous-groupe des femmes qui réalisent la quasi-totalité de leurs activités quotidiennes au sein de leur quartier. En région parisienne, les effets d'une moindre offre médicale sur le recours au dépistage semblent donc s'observer de façon beaucoup plus marquée dans les quartiers enclavés (Vallée, 2010).



En France comme dans l'ensemble des pays, on observe des inégalités sociales de santé avec une meilleure santé à mesure que l'on s'élève dans la hiérarchie sociale. Au-delà du constat, la question des mécanismes à l'origine de ces inégalités nécessite des travaux de recherche spécifiques. Si les caractéristiques propres aux individus jouent bien évidemment un rôle, des caractéristiques propres au lieu de résidence des personnes interviennent aussi. Nous avons illustré un aspect de cette question, à savoir l'interaction entre les caractéristiques contextuelles et individuelles sur la santé. Les effets contextuels sont en effet particulièrement marqués dans les populations socialement défavorisées et dans les populations peu mobiles, que ce soit pour des raisons géographiques, liées à l'âge ou à la maladie, ou de par le mode de vie. Ces résultats doivent être pris en compte dans les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé. Tout d'abord, une réduction des inégalités sociales de santé ne sera pas atteinte sans une politique de la ville ambitieuse, en particulier dans les quartiers les plus défavorisés socialement, les effets contextuels étant plus marqués parmi les populations les plus défavorisées. En outre, lors de la planification de l'offre de soins, outre les aspects financiers qui n'ont pas été abordés ici mais qui constituent une dimension des inégalités sociales de recours aux soins, il est urgent de tenir compte de l'absence de mobilité des populations les plus enclavées, et de mettre en place des moyens leur permettant un meilleur accès aux soins. Il est important de souligner qu'une meilleure prévention et un meilleur accès aux soins primaires permettent d'éviter des coûts médicaux ultérieurs plus élevés, liés par exemple à une hospitalisation ou à une mise en institution plus précoce pour les personnes âgées. Les moyens d'action diffèrent pour tous les exemples présentés ici, ce qui souligne la complexité de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ainsi, s'il est important d'avoir une offre de médecine générale répartie également sur l'ensemble du territoire, la localisation des centres anticancéreux relève du niveau régional et certaines zones resteront géographiquement loin de ces centres. Un des défis futurs de la santé publique est de permettre aux personnes qui ne sont pas mobiles d'avoir accès aux soins, ce défi est majeur dans une population vieillissante. Cette question de la mobilité est actuellement insuffisamment prise en compte, elle ne concerne pas seulement les acteurs de santé publique mais doit mobiliser l'ensemble des acteurs politiques.

*Gwenn Menvielle. Inserm
Les cahiers français n°369, juillet aout 2012*

LA BRANCHE MALADIE DE LA SECURITE SOCIALE

Les missions

La branche maladie de la Sécurité sociale assure la prise en charge des dépenses de santé des assurés malades et garantit l'accès aux soins. Elle mène également différents programmes de prévention, et grâce à son action sociale, favorise l'accès à la santé des plus démunis et contribue au fonctionnement d'établissements médico-sociaux.

Dans la plupart des régimes, la branche maladie gère aussi, lorsqu'ils existent, les risques :

- Maternité : prise en charge des examens pré et postnataux et octroi d'indemnités journalières pendant le congé de maternité
- Invalidité : octroi d'une pension lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées.
- Décès : paiement d'un capital égal à un multiple de gain journalier de base en cas de décès de l'assuré.

La gestion du risque est également au cœur de la mission de la branche maladie. Elle consiste dans la maîtrise de l'évolution des dépenses tout en améliorant l'état de santé de la population. La maîtrise médicalisée qui permet des gains de productivité dans le système de soins fait partie des outils utilisés.

L'organisation de la branche

La branche maladie est gérée principalement par les trois principaux régimes d'assurance maladie : le régime général (CNAMTS), le régime agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), tous trois regroupés au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Le rôle de l'Uncam est de :

- Conduire la politique conventionnelle qui détermine les liens entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux
- Définir le champ des prestations admises au remboursement
- Fixer le taux de prise en charge des soins.

Les prestations versées :

Les prestations en nature :

Elles correspondent au remboursement des frais de santé suivants :

- Les frais de médecine générale et spécialisée,
- Les frais de soins et de prothèses dentaires,
- Les frais pharmaceutiques et d'appareillage,
- Les frais d'analyses et d'examens de laboratoire,
- Les frais d'hospitalisation et de traitement lourds dans les établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle,
- Les frais d'examen prénuptial,
- Les frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté,
- Les frais relatifs aux examens de dépistage effectués dans le cadre de programmes de santé publique,

- Les frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle,
- Les frais de transport des malades dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport.

Pour une prise en charge par l'assurance maladie, les soins et produits doivent remplir deux conditions :

- Être dispensés par un établissement public ou privé autorisé ou un praticien ou personnel paramédical dûment habilité à exercer,
- Figurer dans la nomenclature des actes professionnels ou sur la liste des médicaments et produits remboursables.

L'assurance maladie intervient sur la base de tarifs fixés par convention ou d'autorité. Tout dépassement par rapport à ces tarifs est à la charge de l'assuré ou d'une protection complémentaire. Une participation (ticket modérateur) est laissée à la charge de l'assuré. Elle peut être proportionnelle ou forfaitaire et varier selon les catégories de prestations. Toutefois, cette participation est limitée ou supprimée pour les soins les plus coûteux notamment en cas d'hospitalisation ou lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulière coûteuse. En principe, l'assuré est tenu de faire l'avance des frais, la Sécurité sociale remboursant ensuite à l'assuré. Toutefois, il existe de nombreuses conventions de " tiers-payant " prévoyant le paiement direct pour la caisse au prestataire de service.

Les prestations en espèces :

Elles compensent la perte d'un revenu pour les personnes devant cesser leur activité professionnelle pour raison de santé. Ces revenus de remplacement correspondent :

- aux indemnités journalières en cas d'arrêt maladie ou durant les congés maternité et paternité ou à un capital en cas de décès
- à une pension d'invalidité, lorsque l'assuré présente une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gains dans des proportions déterminées.

Les bénéficiaires

L'assurance maladie reste marquée par son histoire et le régime dont dépend un assuré dépend de son activité professionnelle présente ou passée. Toutefois, pour les personnes ne remplissant pas les conditions d'affiliation à un régime sur la base professionnelle mais résidant en France depuis au moins trois mois en situation régulière, il existe une couverture maladie universelle.

L'assuré ouvre droit aux prestations en nature de l'assurance maladie et maternité à :

- Son conjoint, concubin ou pacsé lorsqu'il ne bénéficie pas d'un régime de protection sociale.
- Les enfants à sa charge ou à la charge de son conjoint, concubin, pacsé jusqu'à 20 ans maximum.
- Toute personne à la charge effective et permanente de l'assuré ne bénéficiant pas d'un régime de protection sociale.

La couverture maladie universelle

La loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) met en place à compter du 01 janvier 2000 deux droits fondamentaux pour l'accès aux soins :

- Un droit immédiat à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière sur le territoire, aussi bien métropolitain que dans les DOM ;
- Un droit pour les plus défavorisés, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire gratuite, avec dispense d'avance des frais (" tiers-payant ").

Le premier volet , pour la Couverture de base, améliore l'accès aux soins de personnes en situation de grande exclusion, mais aussi de nombreuses personnes momentanément ou durablement dépourvues de droit à l'assurance-maladie. Il simplifie également nombre de situations, en posant le principe de la continuité des droits : une caisse ne pourra cesser de verser les prestations que si une autre caisse prend le relais à un autre titre ou si l'assuré quitte le territoire national. La loi sur la CMU prévoit pour les personnes affiliées à l'assurance personnelle qui est supprimée une affiliation au régime général sur critère de résidence. Seuls les assurés dont les revenus fiscaux dépassent un seuil, paieront une cotisation, calculée sur les revenus excédant ce seuil.

Le second volet, la création d'une couverture complémentaire gratuite, au titre de la solidarité nationale, s'ajoute à la prise en charge des soins par l'assurance maladie. Cette réforme touche les 10 % les plus défavorisés de la population, répondant à des critères de ressources et de résidence.

www.securite-sociale.fr - 15/05/2013

**BÉBÉ MORT IN UTERO :
LE "MANQUE DE PLACE" EST UN PROBLÈME QUI TOUCHE TOUT
L'HÔPITAL**

Vendredi 1er février, à Paris, un bébé est mort in utero. D'après les parents, le décès est dû au "manque de place" de la maternité Port-Royal, où l'accouchement devait avoir lieu. Laure Abensur, sage-femme exerçant en libéral, souhaite revenir sur ce mal français qui ronge l'hôpital : la réduction des effectifs.

La mort de cet enfant, n'en parlons pas tant que l'on ne sait pas ce qu'il s'est passé. Nous ne sommes en droit de juger personne de prime abord et c'est pour cela qu'une enquête a été ouverte. Ce qui est sûr, c'est que, lorsque j'exerçais en hôpital, je n'ai jamais vu une sage-femme ou une infirmière renvoyer une femme sur le point d'accoucher chez elle par manque de place. Quand il n'y a plus de lit, on transfère la patiente dans un autre établissement.

Ces transferts sont fréquents. Comme ceux d'une maternité de niveau I à une autre de niveau II voire III lorsque l'on n'est pas équipés pour prendre en charge les pathologies de la mère ou de l'enfant. Suivant les cas, les transports sont plus ou moins médicalisés. Mais, même lorsque le service est surchargé et que tous les lits sont occupés, on ne dit pas à la femme enceinte de revenir un autre jour ; nous gardons tous, malgré la surcharge de travail, une conscience professionnelle.

Ce qui est raconté dans les médias est une situation qui me paraît impensable. C'est à la justice de faire son travail. Mais il ne faudrait surtout pas généraliser. Globalement, les professionnels de la santé font bien leur travail et c'est l'État et notamment la réforme de la T2A (tarification à l'activité) qui créent des conditions de travail à peine tenables.

L'hôpital, une machine rentable

Le but de la T2A, installée depuis 2007 en France, c'est de faire de l'hôpital une machine rentable. Plus un hôpital a d'activité, plus il touche d'argent. Pour certains services, comme en maternité au moment d'un accouchement, l'établissement perçoit un forfait de la Sécurité sociale. Donc moins il fait d'acte, plus il est rentable. Alors à J+3 de l'accouchement, ça ne sert à rien, financièrement, de garder la patiente hospitalisée. Si tout va bien, elle sort de l'hôpital.

Le problème de l'hôpital, en général, ce n'est pas le personnel, c'est la politique budgétaire menée par l'État pour combler le déficit de la Sécurité sociale depuis 2005. Car les hospitalisations sont une usine à gaz en termes de coûts de santé.

Conséquence de la T2A : le temps des séjours hospitaliers diminue, et se développent en parallèle les hospitalisations à domicile. Moi qui suis sage-femme en exercice libéral, je prends le relais pour pallier le circuit hospitalier qui met tôt les jeunes accouchées et les nouveau-nés dehors. Tandis qu'à l'hôpital, pour coter tous les actes, même une prise de tension ou une comorbidité, les collègues passent de plus en plus de temps à remplir de la paperasse – une surcharge administrative qui laisse

moins de temps pour s'occuper des patients ; c'est une réalité, l'administratif a pris ces dernières années une place prépondérante à l'hôpital.

Suppressions de postes et de services

Autre répercussion : la diminution de personnels et la suppression de postes. Parfois, on remplace un professionnel par un professionnel moins qualifié, comme une sage-femme par une infirmière dans certains établissements, et pour d'autres postes on ne remplace pas du tout. Et c'est comme cela que l'on finit par supprimer des services, à fermer des maternités, comme celle de Vire, dans le Calvados.

C'est là qu'à trop aller chez le médecin comme s'ils faisaient des courses et à ne pas admettre d'erreur médicale (et donc à forcer les petits centres à mutualiser leurs moyens dans des gros centres), les Français ont leur part de responsabilité. Ils contribuent eux aussi au déficit de la Sécurité sociale et à la fermeture des hôpitaux et maternités de proximité ainsi qu'à la création de déserts médicaux. Pour revenir à un système plus équilibré, la démarche est mixte : elle devra venir de l'État, mais aussi des citoyens.

Par Laure Abensur - Février 2013

Sage-Femme

<http://leplus.nouvelobs.com>

LA SANTÉ DES FRANÇAIS : QUELS RÉSULTATS ? QUELLES RÉFORMES ?

Les études comparatives des organismes internationaux attestent le caractère très performant du système de santé français, lequel, selon les enquêtes d'opinion, est également apprécié de ses usagers. Toutefois, remarque Pierre de Montalembert, ce système de soins présente des faiblesses certaines - inégalités, déséquilibres dans la répartition des personnels médicaux, répétition de crises sanitaires ... - et l'Assurance-maladie enregistre chaque année un déficit d'une ampleur préoccupante. Depuis 1996, de nombreuses lois ont été votées en matière de santé, celle du 21 juillet 2009 dite « loi HPST » apparaissant comme la plus importante.

C'est un paradoxe : les Français sont en bonne santé et sont bien soignés lorsqu'ils tombent malades, et pourtant le système de santé français fait l'objet de remises en cause perpétuelles. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « Un système de santé englobe l'ensemble des organisations, des institutions et des ressources dont le but est d'améliorer la santé ». « La plupart des systèmes de santé nationaux, poursuit l'OMS, sont composés d'un secteur public, d'un secteur privé, d'un secteur traditionnel et d'un secteur informel. Les systèmes de santé remplissent principalement quatre fonctions essentielles : la prestation de services, la création de ressources, le financement et la gestion administrative. » Ils poursuivent trois buts : « améliorer la santé de la population desservie », « répondre aux attentes des gens », « assurer une protection financière contre les coûts de la mauvaise santé ».

Si l'on retient cette définition, force est de constater que le système de santé français est aujourd'hui performant et efficace. Il cristallise toutefois les craintes d'une remise en cause de son fonctionnement, crainte de moins bons remboursements et d'un moindre accès aux soins. Si certaines de ces craintes sont exagérées, le système de santé français doit néanmoins faire face à de nombreux défis, défis auxquels tentent tant bien que mal de répondre de multiples réformes.

Un système de santé globalement performant et apprécié, mais source d'inquiétudes

Le système de santé français classé parmi les plus performants du monde ...

Les Français sont dans l'ensemble en bonne santé et bénéficient d'un système de soins performant. L'espérance de vie à la naissance, calculée par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), s'élevait en 2009 à 81,0 ans, contre une moyenne de 79,5 ans, soit un des résultats les plus élevés de l'OCDE. En 50 ans, de 1960 à 2009, les Français ont gagné 10,7 ans d'espérance de vie à la naissance. Toujours en 2009, 11 % de la population adulte était obèse, contre une moyenne de 17 % pour l'OCDE. La mortalité due à une crise cardiaque s'élevait à 69 cas pour 100 000 habitants et celle due à un accident vasculaire cérébral à 53 cas pour 100 000 habitants, ce qui classe à chaque fois la France en 3^{ème} position des pays les plus performants de l'OCDE, la moyenne dans l'OCDE étant respectivement de 177 et 96 cas pour 100 000 habitants. Si tous les résultats ne sont pas aussi bons, la France se situe dans une position tout à fait enviable en matière de santé.

Cette bonne santé des Français trouve son corollaire dans la performance du système national de santé. Est constamment citée une étude de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui, en 2000, a classé ce système en première place d'un panel de systèmes internationaux.

Un résultat, dont politiques et médias ne cessent de s'enorgueillir, mais qui doit toutefois être jaugé avec précaution. Plus précisément, l'OMS accorde la première place à la France pour la performance globale de son système de santé, performance elle-même appréciée par l'espérance de vie sans incapacité rapportée aux dépenses engagées. Mais ce classement, outre qu'il commence à dater, se subdivise en différents thèmes, où la performance française est bien moindre : si la France est en 3ème position pour le niveau de santé de la population, elle est à la 12ème place dès lors qu'on considère les inégalités devant la santé et même entre la 26ème et la 29ème place pour l'équité de la contribution financière.

D'autre part, d'autres classements, utilisant des critères différents de ceux de l'OMS, se révèlent moins favorables à la France. Par exemple, annuellement, une enquête de l'Euro Health Consumer Index (EHCI) est publiée, laquelle s'intéresse à une plus grande batterie d'indicateurs regroupés en six domaines clés, et cela pour des pathologies spécifiques. En fonction des thématiques traitées par l'enquête, la France se classe, chaque année, entre la 1ère et la 10ème place.

Enfin, certaines données doivent être analysées avec attention : l'espérance de vie des Français âgés de 65 ans est de 18,2 ans pour les hommes et 22,5 ans pour les femmes, soit le deuxième meilleur résultat de l'OCDE, avec un gain de respectivement 5,7 et 6,9 ans par rapport à 1960. Par contre, à 65 ans, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacité n'est que de 9,2 ans pour les hommes et 8,8 ans pour les femmes, soit à peine mieux que la moyenne des pays européens membres de l'OCDE (respectivement 9,0 ans et 8,8 ans) : à cette aune, les Français se situent à la 11ème place des pays étudiés, derrière les pays nordiques et anglo-saxons, le Benelux et la Slovénie.

... mais des préoccupations croissantes exprimées par les enquêtes d'opinion

Au-delà de ces résultats globalement satisfaisants, il faut dresser le constat d'inquiétudes grandissantes au sein de la population française concernant une dégradation du système de soins. Ainsi, à l'occasion d'une enquête menée pour la Fédération hospitalière de France (FHF), il est apparu que si 86 % des personnes interrogées déclaraient avoir une bonne ou très bonne opinion de l'hôpital public, 43 % étaient mécontentes de la situation à l'hôpital public en ce qui concerne la prise en charge des personnes âgées, 45 % des délais pour accéder aux urgences. 73 % d'entre elles estimaient les moyens humains et financiers de l'hôpital public insuffisants et 55 % des sondés se montraient insatisfaits de la façon dont évolue l'hôpital public.

En d'autres termes, si les Français s'estiment plutôt bien pris en charge aujourd'hui, ils considèrent toutefois que non seulement il y a des marges d'amélioration, mais qu'en plus les évolutions se font dans le mauvais sens.

Un système fragilisé et parfois remis en cause

Au-delà des bonnes performances globales, des fragilités inquiétantes

L'une des premières sources d'inquiétude concerne la démographie médicale. Il y a en 2012, au niveau national, environ 216 000 praticiens en activité, soit environ 3,3 praticiens pour 100 000 habitants, ce qui place la France dans une bonne moyenne au sein de l'OCDE.

La difficulté ne vient pas du nombre total de médecins, mais de leur répartition sur le territoire : un rapport parlementaire récent soulignait que l'« écart va d'un à quasiment trois pour les omnipraticiens, avec 106 professionnels pour 100 000 habitants dans l'Eure, 123 dans l'Aisne mais 184 dans les Alpes-Maritimes ou 286 à Paris. Pour les spécialistes, il va d'un à plus de huit, avec 67 médecins pour 100 000 habitants dans l'Eure, 72 dans la Meuse, 99 dans l'Oise contre 243 dans

l'Hérault, 252 en Haute-Garonne et même 560 à Paris ».

De plus, malgré ses bonnes performances, le système de santé français n'a pas su éviter des crises qui ont instauré une certaine défiance dans l'esprit des Français, qu'il s'agisse des scandales du sang contaminé et du Médiateur, ou de la gestion chaotique de la pandémie grippale H1N1 en 2009, laquelle a conduit les pouvoirs publics à mobiliser des moyens financiers considérables pour un taux de vaccination au final très faible. À chacune de ces crises, les pouvoirs publics ont paru un temps désemparés, voire défailants.

Au centre des préoccupations : le coût de la santé

La France alloue une part importante de sa richesse intérieure aux dépenses de santé : selon l'OCDE, en 2009, les États parties y ont consacré en moyenne 9,7 % de leur produit intérieur brut (PIB). Avec un taux de 11,8 %, la France se situe au troisième rang, derrière les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (11,9 %). On n'observe pas de corrélation évidente entre les dépenses totales de santé d'un pays et l'état de santé de sa population : exemple le plus frappant, les États-Unis, en première place pour les dépenses de santé, sont mal classés dès lors que l'on s'intéresse à l'état de santé. Inversement, les pays nordiques ont des dépenses de santé contenues et de bons résultats pour l'état de santé de la population.

Les financements ne suivent pas les dépenses, si bien que de 2009 à 2011, le déficit annuel de l'Assurance-maladie a oscillé aux alentours de 10 milliards d'euros (et atteint même un déficit de 11,4 milliards d'euros en 2010). En dix ans, le déficit cumulé dépasse les 65 milliards d'euros.

En outre, du fait notamment des progrès médicaux et des gains d'espérance de vie, les personnes atteintes d'« affections de longue durée » sont en augmentation croissante : ce résultat, très satisfaisant pour la santé publique, a un corollaire, qui est l'augmentation des dépenses de santé. En effet, comme le souligne le rapport Daudigny, « l'effectif de personnes en ALD - affection de longue durée - représente 15,5 % de la population, soit 9 millions, en augmentation tendancielle d'environ 4 % par an ». Le diabète est devenu la première ALD, devant les cancers, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle sévère et les affections psychiatriques de longue durée. Ces quatre affections concentrent 75 % des personnes en ALD. Ainsi, l'ALD diabète représente à elle seule un coût de l'ordre de 10 milliards d'euros pour l'assurance-maladie en 2010, soit environ 7,5 % de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance-maladie) du régime général. Au total, 63 % des dépenses du régime général étaient affectées à la prise en charge des patients en ALD en 2010 ; cette part croît chaque année ; elle s'élevait à peine à 60 % en 2005 ». À cela, une cause simple : on estime qu'une personne en ALD, du fait de sa pathologie, consomme environ six fois plus de soins et biens médicaux que la moyenne.

À ces dépenses engendrées par les ALD s'ajoute le « coût » du vieillissement : les plus de 60 ans représentent environ la moitié des dépenses et des remboursements de santé.

Mais si les dépenses de santé des patients en ALD sont remboursées presque en totalité, il n'en va pas de même pour les patients hors ALD. En 2010, le financement de la consommation de soins et de biens médicaux était assuré à 75,8 % par la Sécurité sociale, à 1,2 % par l'État, à 13,5 % par les organismes complémentaires et à 9,4 % par les ménages. Le « reste à charge » pour les ménages est en augmentation constante et, si l'on met à part les ALD, certains spécialistes estiment que le remboursement assuré par la Sécurité sociale ne représente plus que 55 % des dépenses. La part de soins et de biens médicaux devant être financée directement par les ménages est donc importante, en particulier pour ceux qui n'ont pas de mutuelle.

La conséquence est qu'un certain nombre de Français renoncent à se faire soigner : aux inégalités

géographiques devant la santé s'ajoutent des inégalités sociales. Selon l' « Enquête sur la santé et la protection sociale » (ESPS) menée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), environ 15 % des Français ont déjà renoncé à des soins (tous soins confondus). Sur ces 15 %, près des deux tiers ont renoncé à des soins dentaires. Sans surprise, le taux de renoncement aux soins évolue de façon inverse aux revenus.

Certains ne peuvent accéder aux soins faute d'accéder aux praticiens : lors d'un test de discrimination mené par l'IRDES, il est apparu que sur les 861 praticiens libéraux interrogés, un quart refusait de prendre en charge des patients bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU).

Les réformes du système de santé : la frénésie réformatrice

Une production législative très soutenue

Depuis 1996, de nombreuses et importantes lois intéressant le système de santé ont été votées. Plusieurs d'entre elles ont porté sur le financement de la Sécurité sociale, mais d'autres ont concerné l'organisation de la politique de santé, le rôle et la gouvernance de l'hôpital, les droits des malades, la bioéthique ou encore la médecine psychiatrique.

Toutes ces réformes s'accompagnent bien entendu de nombreux décrets, au point que le système de santé paraît en refondation permanente et que l'on peut parler d'une véritable frénésie réformatrice. Frénésie qui s'explique par plusieurs raisons, certaines tout à fait louables (le souci de toujours mieux répondre aux attentes des citoyens en matière de soins), d'autres qui suscitent plus d'inquiétudes, nombre d'entre elles résultant de la volonté de lutter contre les déficits de l'assurance maladie qui fait, aux yeux de certains professionnels de santé, prévaloir les questions de financement sur les enjeux de santé publique.

Une réforme majeure : la loi HPST

La principale des réformes du système de santé français des dernières années a été la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite « loi HPST ». Elle comprend cent trente-cinq articles, s'étend sur une quarantaine de pages du Journal officiel et nécessite deux cent quarante décrets d'application. Son champ s'étend de la rénovation du statut et de la gouvernance des hôpitaux à la création des Agences régionales de santé (ARS) et des Communautés hospitalières de territoire (CHT), en passant, par exemple, par la réforme de la coopération entre professionnels de santé ou encore l'adaptation du statut des thermes nationaux d'Aix-les-Bains (article 134) ! De par les transformations qu'elle entraîne dans le monde de la santé, il s'agit ainsi d'une loi très importante, et qui a suscité de multiples critiques.

La loi HPST comporte quatre titres : Modernisation des établissements de santé (I) ; Accès de tous à des soins de qualité (II) ; Prévention et santé publique (III) ; Organisation territoriale du système de santé (IV). Parmi ses principaux apports, outre une rénovation considérable et très critiquée de la gouvernance hospitalière, on peut citer les agences régionales de santé (ARS) et les communautés hospitalières de territoire.

Les premières, déclinaison territoriale des pouvoirs publics en matière de santé, regroupent sept organismes auparavant chargés des politiques de santé dans les régions et les départements. Placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé, de l'assurance-maladie, des personnes âgées et des personnes handicapées, les ARS notamment doivent mettre en oeuvre au niveau régional la politique nationale de santé, en tenant compte des spécificités de chaque région. Elles sont en charge de la sécurité sanitaire, des actions de prévention menées dans la région, de l'organisation de l'offre

de soins en fonction des besoins de la population, de la répartition territoriale des professionnels de santé et de l'organisation de la permanence des soins tant pour la médecine de ville qu'à l'hôpital. Les ARS visent à favoriser la coopération entre professionnels de santé et établissements de santé pour faciliter la prise en charge des patients et elles doivent contribuer au respect de l'ONDAM.

Les secondes visent à optimiser la qualité et l'accessibilité des soins sur un territoire donné en renforçant les partenariats sanitaires. Seuls les établissements publics de santé peuvent être membres d'une CHT, à l'exception des établissements publics médico-sociaux (chargés des personnes âgées et des personnes handicapées), qui peuvent « participer » aux actions menées dans le cadre d'une CHT. Les objectifs sont divers : améliorer l'adéquation de l'offre et de la demande de soins sur un territoire donné et adapter la taille des établissements dans une logique de performance ; assurer une offre graduée garantissant le juste soin ; et offrir aux établissements de santé des solutions intégrées de gestion pour développer des stratégies communes et mutualiser les moyens. Les CHT ne visent pas à fusionner des hôpitaux mais à prendre acte de modalités de coopérations possibles entre des établissements et à formaliser et développer ces coopérations.



Le système de santé français se caractérise ainsi par des atouts indéniables, des performances éloquentes, mais aussi des fragilités. Les inégalités, territoriales et sociales, devant la santé restent fortes et ont même tendance à se creuser davantage. Les Français sont en bonne santé, mais leur santé coûte cher et accuse des défaillances auxquelles de multiples réformes tentent tant bien que mal de répondre, et continuent à tenter de répondre : la loi HPST a déjà été amendée et de nouvelles modifications sont en gestation.

Au milieu de toutes ces réformes, la prise en charge de la dépendance reste cependant oubliée, laquelle devait pourtant être l'un des chantiers prioritaires du quinquennat 2007-2012. Cela n'a pas été le cas, alors qu'il s'agit d'un enjeu (social, financier et de santé publique) majeur.

Pierre de Montalembert
Directeur adjoint d'hôpital
Cahiers français n°369 - Juillet août 2012

LE DÉREMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS EN FRANCE ENTRE 2002 ET 2011 : ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

L'augmentation continue des dépenses pharmaceutiques a incité les pouvoirs publics, sur la période 2002-2011, à dérembourser les médicaments à faible efficacité thérapeutique. Sur les 486 médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant toujours commercialisés en mars 2011, 369 ont été déremboursés tandis que 117 restent remboursés à 15 % pour la plupart.

Le premier impact de ces vagues de déremboursement est une baisse immédiate de la prescription des médicaments concernés et une réduction importante du nombre de boîtes de médicaments vendues. L'augmentation de l'automédication sur ces médicaments déremboursés ne compense pas la forte baisse des quantités vendues. Pour les patients continuant à consommer ces médicaments, le prix a augmenté de 43 % en moyenne juste après le déremboursement.

Le bilan de ces mesures de déremboursement doit également prendre en considération les éventuels reports de prescription vers des classes thérapeutiques toujours remboursées, qui peuvent avoir des conséquences à la fois en termes de santé publique – la substitution peut ne pas être pertinente d'un point de vue médical – et en termes d'économies pour l'Assurance maladie, qui sont d'autant plus réduites que la substitution vers des classes toujours remboursées est forte.

Si le déremboursement des médicaments produit des économies immédiates, son efficacité sur le long terme pose question et mériterait de s'appuyer sur des outils de pilotage permettant d'anticiper et de suivre l'impact des futures sorties du panier remboursable.

En France, comme dans la plupart des pays européens, les dépenses pharmaceutiques sont en croissance constante. Entre 2005 et 2010, la dépense pharmaceutique totale a augmenté de 12,3 %, passant de 30,7 à 34,4 milliards d'euros. Cette augmentation régulière des dépenses a conduit les pouvoirs publics à mettre en place une série de mesures visant soit à limiter l'usage des médicaments, soit à en baisser le coût pour la collectivité. L'augmentation de la participation financière des patients – déremboursement ou baisse des taux de remboursement pour les médicaments dont l'efficacité thérapeutique est insuffisante ou faible – est l'une des méthodes communément utilisées.

Pour les pouvoirs publics, le mérite de ce type de mesure est de produire des économies immédiates et mesurables pour les classes thérapeutiques qui ne sont plus prises en charge par les régimes de base de l'Assurance maladie. Pourtant, l'impact de ces mesures doit être analysé en prenant en compte l'ensemble de leurs conséquences, au-delà du seul effet sur la prescription et la consommation du ou des médicaments concernés. L'analyse de la littérature internationale montre que l'augmentation de la participation financière du patient est effectivement associée à une diminution de la dépense pour le médicament visé, qu'elle peut conduire à une moindre observance, à des interruptions de traitement, mais aussi à l'augmentation de l'utilisation d'autres services médicaux comme l'hospitalisation ou les services d'urgence (Anis et al., 2005 ; Gibson et al., 2005). Une étude réalisée en Italie après le déremboursement des veinotoniques suggère sur le long terme une augmentation des hospitalisations pour insuffisance veineuse (Allegra, 2003). De nombreuses études soulignent le risque de report de la prescription vers des médicaments encore remboursés, ou mieux pris en charge, avec le risque de diminuer voire d'annuler les économies engendrées par le déremboursement (Gür et Topaler, 2010 ; Meissner et al., 2006). Par ailleurs, au-delà des considérations économiques, ces substitutions n'entraînent pas toujours une amélioration thérapeutique, même dans le cas de déremboursement de médicaments anciens, d'efficacité

discutable (Soumerai et al., 1990). Enfin, la stratégie de commercialisation des laboratoires pharmaceutiques est profondément modifiée par les changements des taux de remboursements. Certains médicaments sont en effet complètement retirés du marché tandis que d'autres sont transférés sur le marché de l'automédication. Des hausses des prix accompagnent également très souvent ce passage en automédication, ce qui n'est généralement pas sans conséquence sur le reste à charge des patients qui continuent de consommer ces médicaments.

En France, à la suite de la réévaluation de leur service médical rendu, un certain nombre de médicaments a été déremboursé ou a vu son taux de remboursement abaissé sur la période 2002-2011. Il s'agit ici de rassembler les informations existantes – principalement issues de la littérature grise (rapports de l'Assurance maladie, de la Mutualité française...) et de quelques articles de recherche récents – sur l'impact de ces déremboursements, afin de donner des premiers éléments d'évaluation de ces mesures. L'évaluation porte sur deux dimensions : en amont de la décision, le processus et l'application des règles définies par le code de la Sécurité sociale sont discutés ; en aval est analysé l'impact de la mesure en termes de santé publique, de pratiques de soins et en termes financiers.

Un taux de remboursement du médicament qui n'est pas toujours en adéquation avec son SMR

Le processus d'attribution du SMR est assuré par la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé tandis que le ministre chargé de la Santé et de la Sécurité sociale décide de l'inscription au remboursement, et le directeur de l'Uncam du niveau de prise en charge du remboursement. L'avis de la Commission de la transparence n'est que consultatif et les décisions du ministère suivent dans 99 % des cas l'avis de la Commission. Un SMR insuffisant ne signifie pas que le médicament concerné soit inefficace mais simplement que son intérêt thérapeutique relativement au progrès médical et à l'évolution des connaissances scientifiques n'est plus jugé suffisamment prioritaire pour justifier d'une prise en charge financière par la solidarité nationale. Selon l'article R-163-3 du code de la Sécurité sociale un médicament à SMR insuffisant ne doit donc théoriquement pas être remboursé par les régimes de base de l'Assurance maladie. Dès lors que le médicament se voit attribuer un SMR insuffisant par la Commission de la transparence, le ministère de la Santé devrait le sortir de la liste des médicaments remboursables. Cependant, tous les déremboursements de médicaments à SMR insuffisant annoncés n'ont pas eu lieu. En mars 2011, sur les 486 présentations dont le SMR est insuffisant et qui sont toujours commercialisées, un peu moins de 76 % ont été effectivement déremboursées tandis que 24 % restent remboursées, principalement au taux de 15 %. Ce taux de 15 %, créé en 2006, ne concernait à l'époque que la classe thérapeutique des veinotoniques jusqu'au 1er janvier 2008, date à laquelle ils ont été complètement déremboursés. Le taux à 15 % a ensuite été pérennisé pour d'autres classes thérapeutiques et est inscrit depuis 2010 dans le code de la Sécurité sociale. Il devrait désormais être exclusivement réservé à des médicaments dont le SMR est faible dans toutes les indications thérapeutiques. En pratique, il concerne essentiellement la classe des vasodilatateurs, classe dont le SMR est insuffisant. L'instauration de ce taux à 15 % est amplement contestée, en particulier par les organismes d'assurance maladie complémentaire, qui ont dû statuer sur le remboursement de la participation à hauteur de 85 % pour les assurés. La Cour des comptes, dans son rapport 2011 sur la Sécurité sociale, considère que ce taux génère un surcoût de 35 millions d'euros par an (Cour des comptes, 2011).

Les médicaments à SMR insuffisant qui ont été déremboursés à ce jour se répartissent en 32 classes thérapeutiques différentes mais sont principalement concentrés sur les classes A07 (antidiarrhéiques, anti-inflammatoires et anti-infectieux intestinaux), C05 (vasculoprotecteurs), N05 (psycholeptiques) et R05 (médicaments du rhume et de la toux).

Une baisse immédiate de la prescription du médicament déremboursé...

Le premier impact des déremboursements concerne le médicament déremboursé lui-même : toutes les études mettent en évidence une baisse immédiate de la prescription du médicament qui sort du panier remboursable. Une analyse de l'ensemble du marché concerné par les déremboursements, réalisée par la Mutualité française, montre que le déremboursement de mars 2006 s'est traduit par une réduction très importante (-50 %) du nombre de boîtes de médicaments vendues, passé de 213 millions en 2005 à 106 millions en 2006 (Mutualité française, 2007). Le chiffre d'affaires généré par les médicaments déremboursés au 1er mars est passé de 657 millions d'euros à 384 millions d'euros. Le chiffre d'affaires a moins diminué (-41 %) que les volumes (-50 %), ce qui s'explique par la hausse des prix généralement pratiquée par les firmes pharmaceutiques après les déremboursements. Cette réduction du nombre de boîtes vendues est liée d'une part à une chute de - 61 % des prescriptions et, d'autre part, à une augmentation parallèle de l'automédication (+33 %). [...]

...et qui réduisent les économies réalisées par l'Assurance maladie

Dans son rapport de juin 2006, la Commission des comptes de la Sécurité sociale insistait sur la difficulté de prévoir précisément les conséquences financières pour l'Assurance maladie d'une mesure de déremboursement dans la mesure où le rendement financier pouvait être diminué si les prescriptions médicales se reportent sur des médicaments à SMR supérieur toujours remboursés (Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2006). Dans son rapport de 2011, la Cour des comptes souligne à son tour qu'à la suite d'une mesure de déremboursement d'une classe thérapeutique, les effets de reports de prescriptions sur des produits ou d'autres classes remboursables sont susceptibles d'atténuer voire d'annuler les effets de la mesure (Cour des comptes, 2011). Ainsi, par exemple, le report de prescription des mucolytiques vers d'autres classes thérapeutiques (bronchodilatateurs et antitussifs) réduit les économies réalisées par l'Assurance maladie à la suite du déremboursement. Dans son étude, l'Irdes évalue que les économies qui auraient dû être réalisées après le déremboursement des mucolytiques et des expectorants sur le seul périmètre des diagnostics aigus (70,5 millions d'euros quatre ans après le déremboursement) sont réduites à 32,1 millions d'euros, la prescription des antitussifs étant intervenue concomitamment. Pour déterminer le surcoût engendré par l'augmentation de la prescription des antitussifs, les auteurs de l'étude calculent la différence entre la prescription réelle et la prescription qui aurait prévalu en l'absence de déremboursement des mucolytiques et des expectorants, si la tendance de la prescription des antitussifs s'était poursuivie selon le rythme de croissance antérieur.

Pour les patients continuant à consommer les médicaments déremboursés, le prix des médicaments a augmenté de 43 % en moyenne

L'arrivée sur le marché de l'automédication des médicaments déremboursés s'accompagne généralement d'une augmentation de leur prix. Cette augmentation est en moyenne de 43 % sur la période récente (mars 2006, janvier 2008...). Ce taux dissimule d'importantes disparités : la baisse de prix la plus importante s'établit à 25 % tandis que la hausse la plus forte a atteint 249 %. Concernant la seule vague de 2006, la Mutualité française met en évidence une augmentation moyenne de 36 % des prix des médicaments déremboursés. Ce taux global dissimule de fortes disparités : les prix des médicaments de l'appareil digestif ont connu la plus forte augmentation jusqu'en août 2006 (+59 % entre février et août) tandis que les médicaments de l'appareil cardiovasculaire sont ceux dont les prix ont le moins augmenté sur la période (10 % entre février et

décembre 2006) (Mutualité française, 2007).

Les différentes vagues de déremboursement

Les déremboursements des médicaments à SMR insuffisant ont commencé en 2003 et ont été annoncés en trois étapes :

- Août 2003 : déremboursement de 84 médicaments n'ayant plus leur place dans la stratégie thérapeutique (principes actifs multiples ou anciens).
- Mars 2006 : la deuxième vague de déremboursement concerne 282 spécialités disponibles sans prescription en pharmacie : des expectorants, des fluidifiants bronchiques, des produits de phytothérapie, des oligo-éléments et des médicaments contre les troubles digestifs.
- Janvier 2007 : la troisième vague de déremboursement concernant des médicaments de prescription obligatoire est différée. Contre l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS), le gouvernement ne dérembourse pas 89 médicaments dont le SMR est jugé insuffisant. Les vasodilatateurs périphériques restent remboursés au taux de 65 % tandis qu'un nouveau taux de remboursement à 15 % est créé et appliqué aux veinotoniques. Ces derniers ont été complètement déremboursés en janvier 2008.

En avril 2010, 150 médicaments, dont les vasodilatateurs périphériques, voient leur taux de remboursement passer de 35 à 15 %. Le 6 octobre 2011, une nouvelle vague de 26 médicaments a été déremboursée. Parmi eux figurent 17 médicaments dont le taux de remboursement était à 15 %.

Questions d'économie de la santé

n° 167 - Juillet-août 2011

Sylvain Pichetti, Catherine Sermet (Irdes)

QUELLES SONT LES FORCES ET LES FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS ?

Même si l'Organisation mondiale de la santé s'est essayée à cet exercice il y a une dizaine d'années, il est difficile de porter un jugement sur la performance globale de notre système de santé comparée à d'autres. C'est un système qui prodigue à la population des soins de haut niveau, bénéficiant des progrès de la science, accessibles à tous grâce à la mutualisation des dépenses : ce sont là des caractéristiques communes à la plupart des pays de même niveau de développement. Cependant au-delà de ces traits communs, il est vrai que les organisations diffèrent d'un système à l'autre, et la comparaison avec nos voisins peut donner matière à réflexion.

Une première particularité française tient au financement de la dépense : nous sommes le seul pays où l'assurance complémentaire privée vient doubler l'assurance publique de base pour la quasi-totalité de la population, en co-finançant la dépense. Dans tous les autres pays, l'assurance privée couvre des populations particulières, ou des services supplémentaires non pris en charge par la couverture publique, et son poids financier est en général beaucoup plus faible.

Est-ce une force ou une faiblesse ? La conséquence positive est que nous sommes le pays où le reste à charge direct des ménages est le plus faible après les Pays-Bas (7 % du PIB), ce que l'on a parfois tendance à oublier. Au titre des contreparties négatives, on peut évoquer la complexité de la régulation (les intérêts des assureurs publics et privés n'étant pas nécessairement alignés) et des coûts de gestion élevés.

Mixte dans son financement, le système de santé français l'est aussi dans son organisation, avec une combinaison d'offres de soins publics et privés, une médecine spécialisée abondante, accessible aussi bien en ville avec des praticiens libéraux qu'en consultation externe hospitalière, des professionnels non médecins exerçant en tant que travailleurs indépendants (masseurs kinésithérapeutes, infirmières,...). Cette offre très pluraliste, qui nous différencie d'un certain nombre de pays qui ont fait des choix d'organisation plus structurés, a sans doute des avantages en termes de flexibilité et d'accessibilité : la problématique des listes d'attente, qui est devenue dans les dernières décennies une question politique majeure au Royaume-Uni ou dans les pays scandinaves, n'existe pas en France, ou marginalement. Mais cette organisation peu structurée met sans doute la France dans une situation plus difficile pour relever le défi que pose le développement des pathologies chroniques : la nécessité de coordonner les intervenants multiples, d'organiser des parcours de soins fluides, de gérer les transitions pour éviter les ruptures, d'articuler les soins avec d'autres services concourant à la qualité de vie. Cette coordination et ce travail collaboratif sont plus complexes à organiser avec des professionnels fragmentés, exerçant de manière isolée, peu équipés encore aujourd'hui en outils informatiques.

Un troisième aspect, souvent mis en avant, est la complexité de la gouvernance du système de santé français et le cloisonnement de la régulation lié au partage des responsabilités entre l'État et l'assurance maladie. Mais l'analyse des autres pays montre qu'aucun équilibre des pouvoirs n'apparaît exempt de tensions et de conflits de responsabilités : entre le niveau central et les collectivités locales (régions, comtés, Länder), entre les caisses d'assurance maladie ou assureurs en concurrence et le régulateur public,... En témoignent d'ailleurs la succession des réformes visant à modifier ces équilibres, comme les mouvements de décentralisation / recentralisation observés dans certains pays nordiques, ou encore les multiples réorganisations du système de santé national au Royaume-Uni.

Enfin, tous les systèmes de santé doivent opérer des arbitrages entre des objectifs d'amélioration de l'état de santé, de liberté, d'équité, d'efficacité et de maîtrise de la dépense qui ne vont pas toujours ensemble. Ces arbitrages, le plus souvent implicites, sont le reflet des systèmes de valeurs dans lesquels s'enracine l'organisation des soins.

De ce point de vue, historiquement, on peut dire que le système de santé français privilégie la liberté (liberté de choix, liberté de circulation dans le système, liberté d'installation, liberté de prescription) par rapport à l'efficacité et au contrôle des coûts. Axé sur la performance médicale, il obtient de très bons résultats dans certains domaines (maladies cardio-vasculaires, espérance de vie aux âges élevés), mais reste à la traîne de nombreux pays en termes de mortalité prématurée, notamment pour des causes relevant du manque de prévention ou de dépistage. La prédominance de l'approche individuelle de la relation soignant-soigné, de la médecine technique et de la diffusion du progrès médical ont pour corollaire une attention moins grande à la santé des populations et à sa distribution équitable ; les inégalités sociales de santé, qui sont élevées en France, font peu l'objet de politiques publiques explicites et sont vues essentiellement avec le prisme de l'accès financier aux soins.

Comment mieux maîtriser le coût de la santé ? Quel équilibre instaurer entre les dépenses publiques et privées ?

En comparaison à des pays qui ont mis en place très tôt des dispositifs rigoureux d'encadrement de la dépense, il est vrai que le système de santé français s'est caractérisé pendant longtemps par un faible degré de contrôle des coûts du système. En témoigne d'ailleurs le fait que l'objectif de dépenses voté par le Parlement à partir de 1997 a été régulièrement dépassé par la suite, et certaines années très largement... Mais la situation a changé : les contraintes ont été considérablement renforcées dans la deuxième moitié des années 2000, et sur la période récente les données de l'OCDE montrent que la France est un des pays qui a le mieux maîtrisé ses dépenses. L'objectif de dépenses annuel est d'ailleurs respecté depuis quelques années, alors même que cet objectif est beaucoup plus strict qu'il n'a été dans le passé.

Cette meilleure maîtrise résulte d'une rigueur accrue dans la gestion du système (baisse de prix et intensification des actions visant à améliorer l'efficacité du système), mais aussi, pour une part minoritaire, (20 % sur la période 2007 – 2012 selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie), d'augmentations de la participation financière des assurés.

Il est tentant, dans un système où pratiquement toute la population a une couverture maladie complémentaire, de maîtriser la dépense publique en délestant l'assurance maladie obligatoire (AMO) par transfert sur l'assurance complémentaire (AMC). Un tel déport n'est cependant pas une solution :

- en termes d'équité, il faut rappeler que l'assurance complémentaire est inégalement distribuée, avec des garanties très variables, et financée de manière beaucoup moins équitable que l'assurance maladie publique.
- déplacer le curseur AMO / AMC n'est pas non plus la solution à la soutenabilité du régime obligatoire, car c'est sur les pathologies lourdes que se fait la dynamique de la croissance des dépenses ; le problème ne serait pas résolu si l'assurance publique se concentrait sur le risque lourd en basculant une part plus importante du petit risque vers les complémentaires.

Le défi est donc bien de maîtriser la dépense de santé globale, et pas seulement la dépense publique : contenir la seconde par un transfert sur les autres financeurs – ménages et assurances complémentaires – entraînerait des difficultés d'accès aux soins pour la population la moins fortunée, ferait courir le risque d'une médecine à deux vitesses et au final n'assurerait pas la soutenabilité à long terme d'un système solidaire.

Les réformes des systèmes de santé à l'étranger ont-elles dégagé des pistes de réflexion ou des solutions transposables en France ?

Certains pays ont mené dans les dernières décennies des réformes qui ont modifié assez profondément l'architecture de leur système de santé. Ainsi certains systèmes de type *bismarkien* (assurances sociales) ont progressivement délégué une partie de la gestion des soins à des assureurs en concurrence tout en restant dans un cadre de financement socialisé. Des formes de concurrence entre offreurs de soins ont été aussi mises en place dans les systèmes de type *beveridgien*, comme au Royaume-Uni, où vingt années de réorganisations successives ont profondément modifié la physionomie du service national de santé. Des mouvements importants de décentralisation de la gestion aux collectivités locales ou au contraire de recentralisation ont aussi eu lieu dans la période récente.

Certaines de ces réformes ont suscité beaucoup d'engouement, mais il faut se garder des argumentaires parfois simplistes se proposant de transposer tel ou tel modèle supposé supérieur. D'une part, chaque système de santé et de protection sociale est inscrit dans une histoire, un contexte politique et une organisation sociale globale qui le façonnent de façon singulière, et chacun a des problèmes spécifiques qu'il cherche à résoudre avec ces réformes. D'autre part, avec quelques décennies de recul, il n'y a pas de modèle qui offre des performances clairement supérieures aux autres. Aucun n'a de vertus magiques pour résoudre les tensions inhérentes aux systèmes de santé socialisés et concilier tous les objectifs poursuivis.

Peut-être plus que les grandes réformes de structure, ce sont les outils de gestion et les innovations dans les modalités de régulation qui peuvent être source d'inspiration : évaluation des technologies, incitations financières, mobilisation des systèmes d'information, diffusion des recommandations médicales, organisation de la prise en charge des maladies chroniques, modes de rémunération des offreurs de soins, mesure de la performance du système et transparence sur la qualité, ... Ces outils se diffusent partout et la comparaison des bonnes pratiques peut aider chaque pays à les développer avec sa propre approche.

Dominique Polton est directrice de la Stratégie des Études et des Statistiques à la CNAMTS.

Entretien réalisé en février 2013.

www.ladocumentationfrancaise.fr

LA RÉFORME DE LA DÉPENDANCE ENFIN SUR LES RAILS

Le gouvernement s'attaque à la réforme de la dépendance.

Dans quelques jours, les trois rapports destinés à préparer le futur projet de loi sur la perte d'autonomie seront remis au premier ministre. [...] "La loi sera prête fin 2013, et nous utiliserons ces rapports pour bâtir notre réforme", assure Michèle Delaunay, la ministre chargée des personnes âgées et de l'autonomie. Les Français, eux, sont prêts : 70 % des personnes interrogées pour le baromètre Ocirp-France Info-Le Monde souhaitent que le gouvernement lance ce chantier.

Il est vrai qu'il y a urgence. D'abord pour les premiers concernés, soit les personnes dépendantes et leur famille. Malgré les aides, les dépenses liées à la perte d'autonomie sont telles qu'il est quasi impossible de joindre les deux bouts. Une place en maison de retraite revient en moyenne à 1 857 euros par mois au résident. Soit deux fois le montant moyen actuel de la pension d'une femme, souligne la dernière étude du cabinet d'audit KPMG. "C'est intenable. Les familles sont obligées de dilapider leur patrimoine, quand elles en ont", déplore Pascal Champvert, à la tête de l'Association des directeurs au service des personnes âgées. Afin que tous puissent accéder à ces établissements, Mme Delaunay a déclaré au Parisien qu'elle souhaitait encadrer les loyers des maisons de retraite. L'annonce a fait trébucher en Bourse les intéressées. Au Monde, la ministre confirme : les établissements devront réduire leurs coûts. Mais cela ne suffira pas car, même lorsque les personnes dépendantes vivent chez elles, le reste à charge s'élève entre 350 et 530 euros par mois, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

UN CASSE-TÊTE FINANCIER

Cette question financière est un casse-tête pour les aidants, ces 4,3 millions de Français qui soutiennent un proche dépendant en assurant une présence, en s'occupant de l'organisation des soins. Pour eux aussi il y a urgence. Fatigue, stress, vie professionnelle entre parenthèses, moins de temps libre... près de 40 % de ceux qui aident une personne lourdement dépendante se disent "dépressifs", selon une autre étude de la Dress. Il existe même chez eux une surmortalité de plus de 60 % dans les trois années qui suivent le début de la maladie de leur proche, d'après la Haute Autorité de santé.

Et pourtant, malgré le rôle croissant que la société leur demande de jouer, ils ne bénéficient pas de statut – le préalable afin d'obtenir un début de reconnaissance et, ensuite, faire valoir certains droits, comme celui de pouvoir aménager son temps de travail. Un point essentiel, car 18 % des salariés de plus de 40 ans s'occupent d'un proche dépendant, d'après une étude réalisée par Malakoff Médéric.

Certes, il existe des initiatives prises par certaines mutuelles ou associations. "Mais il faut aller beaucoup plus loin. La mise en place d'un guichet unique dans tous les départements est l'une de mes recommandations, souligne Luc Broussy, auteur du rapport sur l'adaptation de la société française au vieillissement démographique. L'objectif est de créer des Maisons de l'autonomie sur le modèle des PMI [protection maternelle et infantile] afin de répondre aux angoisses des familles et de mieux les orienter." Tout cela a un coût. Et comme le nombre de personnes dépendantes devrait franchir la barre des 2 millions en 2040, contre presque moitié moins en 2010, la facture va s'alourdir. Or les dépenses atteignent déjà 34 milliards d'euros, dont 22 milliards à la charge de l'Etat, de la Sécurité sociale (pour 14,5 milliards) et des départements (l'allocation personnalisée d'autonomie coûte 5,5 milliards d'euros, trois fois plus qu'il y a dix ans). Le solde est acquitté par les ménages. En 2040, il faudra trouver 10 milliards d'euros supplémentaires par an, selon les prévisions. Faisable ? "On affole la population en additionnant les chiffres de l'assurance-maladie, du logement... mais une partie est déjà financée. Les besoins nouveaux ne sont pas tellement élevés. 10 milliards d'euros d'ici à vingt-cinq ans, la France doit être capable de trouver ce montant",

explique Gérard Rivière, le président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV).

ENTRE SOLIDARITÉ ET RESPONSABILITÉ INDIVIDUELLE

Où trouver ce montant ? Une nouvelle journée de solidarité, une cotisation obligatoire, comme au Japon, une ponction sur les salaires, comme en Allemagne ? Autres hypothèses souvent évoquées : une taxe sur les successions, ou bien aligner le taux de la CSG des retraités sur celui des actifs. "Cette question du financement nécessite un peu de courage politique. A force de crier haro sur l'impôt, les Français refusent toute hausse des prélèvements, mais il faut leur faire comprendre qu'il est moins douloureux de faire supporter cet effort par l'ensemble de la population", avance Pascal Champvert, qui rappelle qu'augmenter d'un point la CSG rapporterait plus de 10 milliards d'euros. Le gouvernement devra trancher, en restant dans le cadre fixé par François Hollande : un financement partagé entre solidarité et responsabilité individuelle.

L'assurance privée pourrait jouer un rôle de complément, si la couverture de ces contrats, au fonctionnement difficilement compréhensible, s'améliorait. Un label fixant le socle minimum à offrir aux assurés et obligeant à plus de transparence serait une avancée. Tout comme la création d'un fichier permettant aux familles de savoir si leur proche a souscrit ce type de produit. Proposer des assurances dans le cadre de l'entreprise pourrait aussi faire baisser la note pour le particulier. "Si nous n'inventons pas de nouveaux produits, les Français n'auront aucun intérêt à y souscrire", prévient Pascal Beubaut, le président du groupe Intérieure.

Pour réduire les besoins financiers, l'accent sera mis sur la prévention. Objectif : retarder au maximum la perte d'autonomie et, donc, réaliser des économies. Dans ce domaine, de nombreuses actions sont déjà menées par les groupes de prévoyance, les mutuelles, par les régimes de retraite complémentaire Agirc-Arcco, qui financent des bilans de prévention, ou encore la CNAV, qui fait actuellement bénéficier à 400 000 retraités un plan d'action personnalisé. Mais la ministre compte aller plus loin : dépistage, surveillance des signes de dépression ou de fragilité, lutte contre la surmédication... Au total, la prévention permettrait d'économiser 10 milliards d'euros, selon l'Assemblée des départements de France.

MAINTIEN À DOMICILE

Quoi qu'il en soit, il y a fort à parier que les Français seront davantage mis à contribution. Mais le chantier de la perte d'autonomie peut être source d'amélioration pour la société. Faciliter le maintien à domicile nécessite de réinventer certaines règles d'urbanisme, de repenser et d'adapter l'habitat afin que les personnes âgées vieillissent dans de meilleures conditions. C'est un autre axe fort de la prochaine réforme, qui pourrait avoir un effet stimulant sur l'économie. "Imaginez lorsque les 16 millions de baby-boomers équiperont leur logement de domotique, de robotique", explique en substance Mme Delaunay. De quoi doper la demande pour les entreprises tricolores qui agissent dans ces secteurs. A tel point que l'idée de créer une filière industrielle fait son chemin. Car c'est un autre aspect souvent oublié : le vieillissement va créer des besoins nouveaux.

Infirmier, aide-soignant, aide à domicile... 350 000 postes devraient être créés au cours des dix prochaines années, selon la Dares. A charge à l'Etat de rendre attractif des métiers difficiles, faiblement rémunérés et peu valorisés aux yeux de la société. "Il faut promouvoir ces métiers dès le collège, puis donner ensuite à chacun la capacité d'évoluer sachant que rien de sérieux ne se fera sans revalorisation salariale", lance M. Broussy. Autant de retombées qui permettront peut-être aux Français de prendre conscience que la dépendance n'est pas seulement un fardeau pour la société.

Par Frédéric Cazenave - Février 2013
<http://www.lemonde.fr>

PREMIÈRES RÉFLEXIONS DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM) SUR LE THÈME DES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ.

Lors de sa séance du 24 mai 2012, le HCAAM a débattu du document d'études qui figure aux pages suivantes, relatif aux « inégalités sociales de santé », et à la place de l'assurance maladie dans la lutte contre ces inégalités.

Les échanges ont été l'occasion de rappeler l'existence incontestable des « inégalités sociales de santé », c'est-à-dire de la corrélation entre, d'une part, les inégalités sociales (mesurées par divers indicateurs, de revenu, de catégories socio-professionnelles, ou par divers indices de précarité, etc.) et, d'autre part, les inégalités d'état de santé (mesurées elles aussi par divers indicateurs tels que l'espérance de vie, le nombre de maladies déclarées, les causes de décès, etc.).

Certains chiffres sont ainsi sans appel. Par exemple, l'espérance de vie des cadres à 35 ans dépasse de plus de six ans l'espérance de vie des ouvriers au même âge. L'écart entre les deux catégories sociales s'accroît encore (huit ans) lorsque l'on considère l'espérance de vie « sans incapacité ». Et cet écart est parfaitement corroboré par les constats opérés sur le nombre moyen de maladies déclarées à chaque âge, etc.

Mais ces corrélations ne livrent pas, par elles-mêmes, d'explication sur leurs causes. Les liens entre situation sociale et état de santé peuvent emprunter de multiples chemins. Il est clairement apparu, au cours des débats du HCAAM, que rechercher et comprendre ces liens entre situation sociale et état de santé concerne au premier chef l'avenir de l'assurance maladie, et cela à plusieurs titres :

- l'assurance maladie est, évidemment, immédiatement concernée par les différences sociales d'état de santé si elles doivent s'expliquer par des difficultés d'accès aux soins pour motif financier.
- elle l'est également si les inégalités sociales de santé s'expliquent par des difficultés d'accès aux soins autres que strictement financières – telles que par exemple l'indisponibilité de l'offre dans la zone d'habitation – ou par une insuffisante qualité dans le recours aux soins – comme le recours inadapté ou l'insuffisance des soins de prévention. Dans ces deux cas, la fonction régulatrice de l'offre de soins qu'exerce l'assurance maladie serait en cause.
- enfin, même lorsque les facteurs explicatifs sont hors de son champ – et tout permet de penser que les conditions de vie et divers éléments d'environnement jouent un rôle essentiel dans les inégalités sociales de santé – l'assurance maladie reste tout autant concernée, en raison de l'action compensatrice et correctrice qu'elle doit être, alors, en mesure de conduire. A cet égard, le HCAAM souligne qu'une distribution uniforme des moyens de l'assurance maladie peut amener à une compensation insuffisante des inégalités.

Les échanges au sein du HCAAM ont pris appui sur les données générales de la littérature, ainsi que sur des sources statistiques élaborées par la CNAMTS (le régime général de l'assurance maladie) et par la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et traitées par le secrétariat général du HCAAM. Contrairement à certaines idées reçues, les chiffres examinés par le HCAAM ne font pas apparaître de différence flagrante entre les dépenses individuelles moyennes de santé des différentes catégories sociales. Et en tous cas, elles ne font pas apparaître une moindre dépense de santé pour les catégories sociales moins favorisées. Ce sont même les ouvriers qui ont, dans la tranche d'âge des plus de 75 ans, les dépenses individuelles moyennes les plus importantes.

Les membres du HCAAM ont ainsi pu prendre acte de ce que, en l'état des données disponibles, et au niveau d'agrégation très global de ces données, les dépenses d'assurance maladie semblent refléter, en tendance, les différences de besoins de soins selon les âges et les catégories sociales. Sous réserve que ces dépenses soient adéquates en quantité et en qualité, l'assurance maladie jouerait donc, dans l'ensemble, le rôle que l'on attend d'un système de remboursement face aux inégalités sociales de santé.

Tout en retenant que ce constat devra être confirmé et affiné, la discussion a ensuite porté sur les autres facteurs d'inégalités sociales de santé qui doivent, en conséquence, être soulignés :

- premièrement, le cadre global de vie, qu'il s'agisse des modes et de l'hygiène de vie, du niveau d'éducation, de la situation d'emploi, des conditions de travail, des nuisances d'environnement, etc. Sur ce point, les opinions exprimées au sein du HCAAM tendaient à considérer que l'action territoriale de santé publique doit impérativement se penser en lien avec les autres politiques publiques, et particulièrement les autres politiques sociales.

- deuxièmement, les conditions concrètes de l'accès aux soins sur le territoire, et la qualité de cet accès. Sur cet aspect des choses, plusieurs membres du HCAAM ont relevé que la qualité du parcours de soins, entendu au sens large de parcours de santé, sanitaire et social, pouvait être très fortement dépendante du milieu de vie et de l'environnement social.

Sur ces deux orientations, les échanges ont été l'occasion de réaffirmer l'unité de vues des membres du HCAAM pour considérer que les actions correctrices qui sont attendues de l'assurance maladie doivent reposer sur une prise en charge précoce et globale de l'état de santé de chacun, et donc sur des « parcours » animés par les professionnels soignants de proximité, incluant les démarches de prévention et d'éducation pour la santé, et soucieux d'un juste recours à l'hôpital. Le HCAAM souligne que, si les « parcours de soins » font partie des réponses aux inégalités de santé, il est indispensable que les assurés aient des incitations à ces parcours pertinents. En clair, il ne faudrait pas que des hospitalisations inadéquates persistent en raison de reste à charge pour les patients moins élevés qu'en ville.

Cette « médecine de parcours », que le HCAAM appelle de nouveau fermement de ses vœux, apparaît ainsi comme une des réponses pertinentes aux inégalités sociales de santé. Le HCAAM réitère le souhait qu'elle se concrétise sans délai dans un petit nombre de prototypes « pilotes » territoriaux.

Enfin, ces premiers échanges ont été l'occasion de constater, pour le déplorer, le manque flagrant de données cliniques et sociales sur ces questions. Faute d'échantillons suffisamment importants pour opérer des segmentations détaillées, faute de lien précis entre les dépenses de santé et les pathologies traitées, les vraies causes des inégalités sociales de santé nous restent encore largement inaccessibles.

Extrait : Rapport annuel 2012 - Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

VENTE DE MÉDICAMENTS EN LIGNE : UN LANCEMENT DANS LA CONFUSION

Le ministère de la santé avait pourtant essayé de fixer un cadre strict pour le lancement de la vente sur Internet des médicaments non soumis à ordonnance, le 12 juillet. Pour assurer la sécurité des patients, il avait édicté une liste de "bonnes pratiques". Mais entre les sites pirates qui se multiplient et ceux, agréés, qui ne sont pas conformes aux règles, c'est plutôt la confusion qui règne.

Pharmacie-trappes.com, Pharmacie-sarreguemines.com... En un mois, l'ordre des pharmaciens a repéré un, puis deux, et aujourd'hui près d'une centaine de sites illégaux – "une véritable catastrophe" – et prévoit que ce n'est qu'un début. Les pirates ont profité de la nouvelle réglementation pour tromper le client. Comme chaque site doit être le "prolongement" d'une pharmacie physique, ils ont récupéré des noms de domaine abandonnés créés par de vrais pharmaciens d'officine, donnant ainsi l'illusion d'un site agréé. Cela relève de l'exercice illégal de la pharmacie, voire de l'escroquerie.

Sur ces sites, pas de Doliprane ou d'Effergal, autorisés à la vente en ligne mais peu lucratifs – plutôt des gélules contre les dysfonctionnements érectiles ou pour maigrir. Ces produits peuvent être contrefaits, faux, ou encore interdits en France car jugés dangereux.

Début août, l'ordre a porté plainte contre neuf sites auprès de l'Office central de lutte contre les atteintes à l'environnement et à la santé publique (Oclaes). Une enquête judiciaire a été ouverte. L'accès à ces sites, hébergés en France, a été coupé. Après ce signalement, l'Oclaes a trouvé une vingtaine de sites qui leur sont liés. De son côté, l'ordre, qui dispose d'une cellule de veille, en a encore déniché plusieurs dizaines, reliés selon lui à des sociétés basées en Russie, en Sibérie, en Belgique ou au Québec. Une deuxième plainte est en préparation.

HÉBERGEUR AGRÉÉ OBLIGATOIRE

La vente illégale de médicaments sur le Net ne date pas d'hier, mais, pour le lieutenant-colonel Nicolas Duvinage, adjoint au commandant de l'Oclaes, "ce qui est nouveau, c'est le mode opératoire, qui consiste à utiliser l'adresse en déshérence d'une pharmacie réelle et physique".

Les acheteurs vont devoir se montrer prudents, car, tant que les réseaux n'ont pas été démantelés, chaque fermeture de site peut être suivie de l'apparition d'une nouvelle boutique en ligne tout aussi illégale. Pour protéger patients et pharmaciens, l'ordre envisage de créer un nom de domaine (Pharma-france.fr), auquel chacun pourrait ajouter le nom de son officine pour constituer son adresse web.

Face à ce phénomène, révélé par Le Parisien le 7 août, le ministère de la santé a aussitôt réexpliqué l'importance de vérifier que "l'e-pharmacie" consultée a bien été agréée sur la liste qui figure sur son site et sur celui de l'ordre.

Mais là aussi, difficile de s'y retrouver sur les 44 sites autorisés (Pharma-on-line.com, Pharmacie-riqewihr.fr...), qui n'ont pas tous pris l'option d'indiquer très clairement leur appartenance à une pharmacie du coin de la rue, préférant jouer la carte du site de vente à distance classique pour capter un maximum de clients.

Peu, en outre, respectent totalement la longue liste d'obligations. Les sites ne font pas systématiquement référence à l'agence régionale de santé (ARS) qui a autorisé leur création. Et très rares sont ceux qui ont intégré un lien vers le formulaire de pharmacovigilance de l'Agence

nationale de sécurité du médicament, pour lancer l'alerte si un produit semble poser problème.

Surtout, un seul, Lebonremede.fr, indique avoir opté pour un hébergeur agréé par le ministère. C'est pourtant obligatoire, car les pharmaciens en ligne recueillent des données sensibles sur les traitements des patients ou leur état de santé. Trois autres, Jevaismieuxmerci.com, Pharmashopi.com et Pharma-gdd.fr, indiquent être en train de changer d'hébergeur. Quinze sites sont chez des hébergeurs non agréés. Les autres ne mentionnent pas d'hébergeur ou sont encore en construction.

"PÉRIODE D'INDULGENCE"

Cause de ces désordres : les premiers sites ont été autorisés avant la publication, le 20 juin, de l'arrêté détaillant les bonnes pratiques. "Ils doivent se mettre en conformité. Les ARS leur ont envoyé un courrier pour le leur signifier", explique le ministère de la santé, qui promet, passée une "période d'indulgence", de se montrer "très vigilant".

Les choses auraient été plus simples si l'ordonnance autorisant la vente – publiée en décembre 2012 – et la définition des règles étaient apparues de concert. Notamment, le changement de majorité en 2012 a retardé les travaux. La présidente de l'ordre, Isabelle Adenot, reconnaît "une période un peu flottante" et "une mise en œuvre assez difficile". Elle espère aujourd'hui que tout rentrera vite dans l'ordre.

Les consommateurs s'y retrouveront-ils pour autant ? Si la règle semble simple – un site, une officine –, elle ne sera pas forcément appliquée au pied de la lettre. Certains ont en effet bien compris que le marché ne pourra être porteur que si la vente se fait à grande échelle. Ainsi, Universpharmacie.fr – site agréé qui ouvrira en septembre, lié à une pharmacie de Colmar – devrait gérer les commandes, mais les produits pourraient être envoyés dans toute la France dans d'autres pharmacies du groupement.

Une requête contre l'arrêté du 20 juin a également été déposée devant le Conseil d'Etat par 1001Pharmacies, qui plaide pour l'autorisation d'un modèle de plate-forme – un site Internet pour plusieurs pharmacies.

Face à une telle complexité et alors que de nouveaux sites pirates et agréés ne tarderont pas à ouvrir, les clients ont tout intérêt à se renseigner au maximum et à exercer leur œil. Parmi les principes de base : ne jamais acheter sur Internet des médicaments dix fois moins cher qu'en officine, ni des produits qui ne peuvent être vendus que sur ordonnance, tel le Viagra. Ce sont forcément des arnaques.

LE MONDE - 26.08.2013 . Par Laetitia Clavreul

L'HISTORIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS DEPUIS 1945

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue un événement charnière dans l'histoire des droits des usagers. Elle est pourtant le résultat d'une lente évolution, non encore achevée, initiée au lendemain de la seconde guerre mondiale.

Après la seconde guerre mondiale : du « malade assisté » au « malade objet de soins »

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, on assiste à la naissance du mouvement d'humanisation des hôpitaux, lesquels passent alors d'une fonction asilaire d'accueil des plus pauvres à une mission de soins, offerte à tous. Pour autant, le malade n'est encore trop souvent qu'un « objet » de soins.

Le décret et la charte de 1974 : du malade « objet de soins » au malade « sujet de soins »

Avec la parution du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 relatif aux règles de fonctionnement des centres hospitaliers et des hôpitaux locaux, d'une part, et de la charte du malade hospitalisé, d'autre part, une étape décisive est franchie dans la reconnaissance des droits et devoirs des personnes malades et, à travers ces droits, dans la reconnaissance du nécessaire respect de leur dignité et de leur personnalité.

A partir de 1974 : évolution de la notion des droits des personnes dans la sphère de la santé

A partir de cette date on assiste à une évolution qui se manifeste, d'une part, au travers de nombreux textes, chartes, codes, rapports, décisions jurisprudentielles (tant en droit interne qu'en droit international) et, d'autre part, au niveau sociétal.

Les prémices de cette évolution sociale coïncident avec le brusque développement de la médiatisation de l'information médicale et les premiers cas de sida (virus de l'immunodéficience acquise VIH) en France. L'émergence brutale de la maladie, son caractère inéluctable, le jeune âge de la population touchée, composée pour partie de personnes engagée dans la lutte contre les discriminations, ont sûrement été des facteurs décisifs dans ce bouleversement des comportements : les certitudes des médecins se trouvaient ébranlées tandis que, pour la première fois, des malades revendiquaient, dans un renversement inédit des rôles de transmission du savoir médical, le droit de participer à la décision concernant leur traitement.

Très vite la revendication s'est élargie à la sphère collective, notamment à l'occasion des autres catastrophes sanitaires (amiante, maladie de Creutzfeldt-Jakob, sang contaminé, ...) qui, montrant les difficultés rencontrées par les autorités publiques pour les prévenir ou les maîtriser, ont déclenché des prises de conscience militantes manifestant le souhait que la parole de « l'utilisateur » soit prise en compte dans le cadre des décisions de santé publique.

La loi du 4 mars 2002 : l'utilisateur acteur du système de santé

L'organisation des Etats généraux de la santé

Prenant acte de cette évolution sociétale et pour connaître plus précisément les attentes des malades,

des Etats généraux de la santé (EGS) ont été organisés afin d'associer l'ensemble des personnes résidant en France aux évolutions du système de santé, au travers de débats publics menés à l'échelon national et régional. A l'issue de ces EGS, deux données essentielles ont émergé :

- au plan individuel : la méconnaissance des usagers concernant leurs droits,
- au plan collectif : le souhait des usagers de pouvoir s'exprimer davantage sur les questions afférentes au système de santé.

Se fondant sur ce constat, M. Lionel Jospin, alors Premier ministre, a annoncé en juin 1999 :

- d'une part, la mise en place, confiée à M. Etienne Caniard, d'un groupe de travail chargé de faire des propositions sur la place des représentants des usagers dans les établissements de santé et sur le développement des structures de conciliation et de médiation. Le rapport issu de ces travaux, auxquels a très étroitement été associé le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (CISS), a constitué l'architecture du texte préparatoire de la loi de 2002 pour sa partie relative aux droits des malades ;
- d'autre part, l'élaboration de dispositions législatives sur les droits de la personne malade.

La loi du 4 mars 2002 : les fondements d'une démocratie sanitaire

Dans ce contexte, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé a été élaborée, en concertation avec des associations œuvrant dans le domaine de la santé, dans une double perspective :

- rendre plus lisibles, en les rassemblant, des textes préexistants (fondamentaux ou spécifiques) et les compléter par des droits nouveaux et par la mise en place de procédures destinées à en favoriser l'application ;
- organiser l'expression des usagers à tous les niveaux de façon à leur permettre d'être partie prenante dans les orientations de la politique de santé, à favoriser le débat public et l'information des citoyens ;
- mettre en place un dispositif de conciliation et de règlement amiable des accidents médicaux et des infections nosocomiales, en reconnaissant la possibilité d'indemniser des dommages non liés à une faute.

Ainsi, la loi pose-t-elle les fondements d'une véritable démocratie sanitaire, comme l'atteste l'intitulé de son titre II, en affirmant les droits de l'utilisateur qui contribuent à le rendre à la fois acteur de la prise en charge de sa propre santé et acteur des décisions de santé publique.

L'après loi du 4 mars 2002

Depuis la loi du 4 mars, de nouveaux textes ont été promulgués qui visent à renforcer ou préciser tant les droits individuels que collectifs des usagers. On peut noter :

Dans le champ des droits collectifs des usagers, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique qui renforce la participation des usagers aux politiques publiques de santé, notamment, avec la redéfinition des missions de la conférence nationale de santé (qui devient dès lors un véritable lieu de concertation sur les orientations des politiques de santé) et la création de la commission nationale d'agrément des associations ;

Dans le domaine des droits individuels des usagers,

- cette même loi a confié à l'organisme en charge de l'indemnisation des accidents médicaux celle des victimes du VIH et des accidents vaccinaux, tout en instituant l'indemnisation des victimes de mesures prises par les autorités publiques pour faire face à des catastrophes sanitaires ;

- la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. Elle marque une étape importante d'une part en renforçant le droit de refus du patient d'être soigné et, d'autre part, en organisant les situations particulières des personnes en fin de vie et des personnes hors d'état d'exprimer leur volonté. Cette loi institue également les directives anticipées ;
- la loi n° 2008-1330 de financement de la sécurité sociale pour 2009 du 17 décembre 2008 (article 67) qui met en place un dispositif de règlement amiable des victimes du virus de l'hépatite C d'origine transfusionnelle ;
- la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires : elle vise essentiellement à garantir un égal accès des personnes à des soins sûrs et de qualité. A cette fin, l'organisation de l'offre de soins a été repensée pour, notamment, faciliter et rendre plus lisible le parcours de soins en créant des passerelles entre la prise en charge des patients en ville et à l'hôpital, la prévention et le secteur médico-social.

De plus, la loi renforce la lutte contre toute forme de discrimination susceptible d'entacher l'égalité d'accès aux soins : à travers le dispositif d'encadrement des dépassements d'honoraires par les médecins, d'une part, et la lutte contre le refus de soigner que des professionnels de santé opposent à certaines personnes malades, d'autre part.

- la loi n° 2010-2 du 5 janvier 2010 relative à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français qui crée une possibilité d'indemnisation amiable des victimes de dommages résultant des essais nucléaires français
- la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge qui prévoit l'intervention du Juge des libertés et de la détention lors de soins psychiatriques sans consentement.

Aujourd'hui le défi n'est plus tant de créer de nouveaux droits que de favoriser l'application de ceux existants. L'information joue à cet égard un rôle primordial.

www.sante.gouv.fr

MÉDICAMENTS : LES DÉPENSES DE SANTÉ ONT BAISSÉ EN 2012

Les remboursements de médicaments en baisse en 2012

C'est la première fois depuis 2007 : l'an dernier, le montant des dépenses de santé consacré au remboursement des médicaments a diminué. C'est la Caisse nationale d'assurance-maladie qui a rendu publique la bonne nouvelle.

La Sécurité sociale a remboursé en 2012 pour près de 23 milliards d'euros de médicaments prescrits par les médecins de ville. C'est 0,8 % de moins qu' en 2011.

Pour la CNAM, la caisse nationale d' assurance maladie, cette diminution est clairement la conséquence de la politique de rationalisation des dépenses de santé, engagée depuis plusieurs années.

Car si les médicaments ont coûté moins cher à la Sécurité Sociale, ce n' est pas parce que les Français ont été moins malades. Pour la CNAM, cette baisse des dépenses s'explique par le recours plus fréquent aux médicaments génériques. Ils ont permis de faire 1,5 milliard d'euros d'économies sur un an.

Les médicaments génériques, mais pas seulement

Il y a également les taux de remboursement de certains médicaments qui ont été revus à la baisse, et aussi les molécules dont le service médical rendu a été jugé insuffisant par les autorités sanitaires. C'est le cas par exemple de certains anti-inflammatoires, de psychotropes et de médicaments contre la maladie d'Alzheimer. Ces médicaments ont donc été moins prescrits par les médecins, et coûtent ainsi moins cher à l'assurance maladie.

La CNAM précise qu'il y a encore de gros gisements d'économies supplémentaires, notamment sur les statines (médicaments anti-cholestérol). Cela pourrait représenter 500 millions d'euros d'économies par an.

Par Isabelle Chaillou - Mai 2013

<http://www.franceinfo.fr>

LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION : UNE RESPONSABILITÉ À PARTAGER (RAPPORT)

La pauvreté, un phénomène multidimensionnel qui se traduit par des difficultés d'accès aux droits fondamentaux et par des atteintes à la dignité de l'individu

Fondatrice des politiques de l'insertion, la grande loi du 29 juillet 1998 rappelle dans son article premier que leur objectif est de « *garantir sur l'ensemble du territoire l'accès effectif de tous aux droits fondamentaux dans les domaines de l'emploi, du logement, de la protection de la santé, de la justice, de l'éducation, de la formation et de la culture, de la protection de la famille et de l'enfance.* ».

Pourtant, dix ans après, le dernier rapport de l'ONPES (Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale) met en évidence les défauts ou difficultés d'accès des ménages les plus défavorisés à certains droits fondamentaux, qu'il s'agisse des biens de première nécessité, du logement, des services de santé, de la culture ou de l'éducation.

1. Des difficultés d'accès aux soins et un état de santé souvent précaire

Malgré la mise en place, en 1999, de la couverture maladie universelle (CMU) et de l'aide médicale d'Etat (AME), l'accès aux soins et l'état de santé des personnes les plus démunies n'est pas satisfaisant.

a) Un état de santé souvent précaire

Ainsi, 8 % des personnes pauvres déclarent que leur santé est mauvaise, voire très mauvaise, contre seulement 4 % pour le reste de la population. Ce constat est encore plus marqué pour les bénéficiaires de minima sociaux et pour les habitants des ZUS (Zones urbaines sensibles), l'état de santé étant négativement perçu, pour 17 % des hommes touchant le RMI et pour un tiers des habitants des ZUS.

Dans 25 % des cas, il s'agit de jeunes de moins de 25 ans, porteurs de pathologies multiples ou présentant une dépendance à l'alcool ou à la drogue. De façon plus générale, on observe une recrudescence des pathologies infectieuses ou virales (tuberculose, hépatites B ou C, VIH...) et des altérations psychiques ou psychiatriques, résultant soit de mauvaises conditions de vie, soit de conduites addictives. On observe par ailleurs une négligence dans les comportements alimentaires, ainsi que dans le traitement des caries dentaires et des troubles de la vision.

Plusieurs associations, parmi lesquelles l'association « Médecins du Monde » qui accueille et prend en charge dans ses centres de soins et d'orientation les personnes les plus démunies, ont confirmé ce diagnostic. L'état de santé dégradé que présentent certaines personnes ayant souvent tardé à recourir aux soins justifie, dans 10 % des cas, des interventions urgentes.

Satisfaction et renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU en 2006		
Indicateurs 2006	Population CMU	Population non CMU
Etat de santé ressenti	6,6/10	7,3/10
Taux de perception négative de la santé	46,7 %	29,8 %
Vulnérabilité sociale	45,2 %	21,8 %
Non-recours au médecin	10,4 %	5,5 %
Non-recours au dentiste	30,1 %	18,1 %
<i>Source : Fonds CMU</i>		

b) Des difficultés d'accès aux soins pour les personnes les plus démunies

Cette situation résulte principalement d'un recours tardif aux soins ou du renoncement à consulter, notamment les médecins de ville, généralistes et spécialistes : en 2006, 14 % des personnes en situation de précarité disaient renoncer aux soins pour des raisons financières. Ceci explique que les personnes défavorisées aient davantage recours aux soins hospitaliers que le reste de la population.

Après la mise en place de la CMU, le taux de renoncement aux soins avait sensiblement diminué, chutant de 15,7 % en 2000 à 11,2 % en 2002. On observe depuis une dégradation de la situation qui semble suivre celle du taux d'intensité de la pauvreté, qui s'est accru de 2 points sur la même période. Le renoncement aux soins concernerait en premier lieu les personnes les plus défavorisées.

Ainsi, près d'un tiers des allocataires de l'API (Allocation parent isolé) et du RMI et 45 % des bénéficiaires de l'ASS (Allocation de solidarité spécifique) indiquent avoir renoncé à au moins un soin médical, principalement dentaire ou optique, pour des raisons financières. Il en est de même pour les bénéficiaires de la CMU, plus de 10 % d'entre eux déclarant en 2006 avoir renoncé à consulter un médecin et plus de 30 % n'ayant pas recouru aux soins d'un dentiste faute de moyens suffisants.

On peut faire le même constat s'agissant de la prévention et des actions de dépistage. Les personnes défavorisées recourent moins fréquemment que le reste de la population à des tests de dépistage. De même, les femmes âgées de plus de 40 ans disposant de revenus modestes réalisent deux fois moins de contrôles par mammographie que les autres femmes du même âge.

L'absence de couverture complémentaire explique très souvent le renoncement aux soins. Bien que facultative, elle constitue un élément déterminant de l'accès aux soins les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire : prothèses dentaires, optique et soins de spécialistes souvent concernés par des dépassements. Elle permet en effet de diminuer sensiblement le taux d'effort moyen des ménages en faveur de la santé. On observe que celui-ci est inversement proportionnel au niveau de revenus des ménages : de 10,3 % pour les ménages dont les revenus sont inférieurs à 800 euros, il s'établit à moins de 3 %, lorsque les revenus excèdent 1 867 euros. Or, 14,4 % des personnes disposant de revenus inférieurs à 800 euros n'ont pas de couverture complémentaire.

<http://www.senat.fr> - 2013