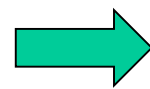


Systemes de santé, systemes complexes



Sommaire

 Types de systèmes et grands principes

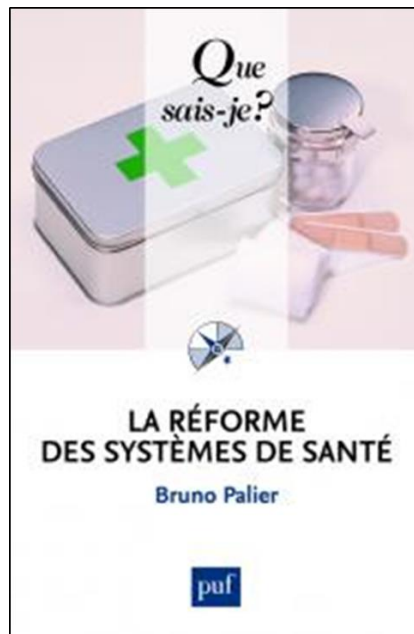
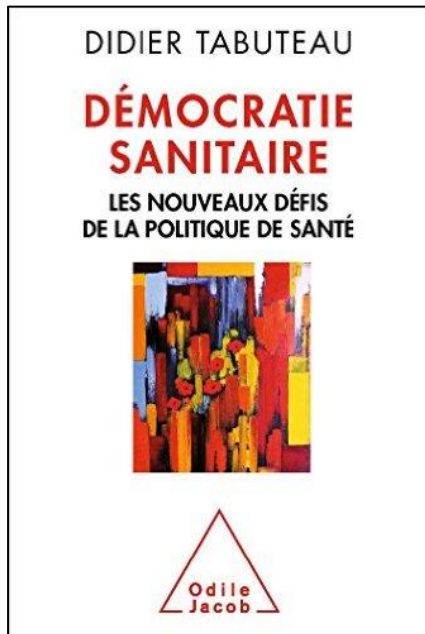
Chiffres principaux

Quelques points importants

Conclusion et discussion

(Les outils d'analyse et de pilotage des systèmes complexes
peuvent-ils aider les décideurs du secteur de la santé ?)

Références consultées



Glossaire

ARS: agence régionale de santé

CMU: couverture maladie universelle

CPAM: caisse primaire d'assurance maladie

CSBM: consommation de soins et de biens médicaux

ONDAM: objectif national des dépenses d'assurance maladie

PLFSS: projet de loi de financement de la sécurité sociale

T2A: tarification à l'activité

Les modèles archétypes modernes

■ Le système **bismarckien** ou assurantiel

Si dans l'imaginaire français le chancelier allemand Otto von Bismarck (1815-1898) est surtout assimilé au « chancelier de fer » et à « l'ennemi prussien », il est devenu une figure emblématique de la protection sociale en ayant mis en œuvre en Allemagne, à la fin du XIXe siècle, un système de protection sociale contre les risques maladie (**1883**), accidents de travail (1884), vieillesse et invalidité (1889).

■ Le système **beveridgien** ou assistanciel

En **1942**, à la demande du gouvernement britannique, l'économiste William Beveridge (1879-1963) rédige un rapport sur le système d'assurance maladie. Il propose de refonder le système de santé sur plusieurs principes qui deviendront autant de caractéristiques du système dit « beveridgien » des 3U: Universalité, Uniformité, Unité des gestion, financement par l'impôt

Quelques dates en France

Préhistoire

- 1830-1905 : un système d'assistance publique et un système de libre prévoyance
- 1898-1939 : un système d'Assurances Sociales
- 1945-1946 : la mise en place d'une Sécurité Sociale

Depuis 1946: système en constante évolution

- 1990: CSG et RDS
- 1996: loi organique et constitutionnelle (LFSS, ONDAM)
- 1997: carte vitale
- 1999: CMU
- 2005: T2A (tarification à l'activité à l'hôpital)
- 2006: parcours de soins obligatoire
- 2010: création des ARS
- 2016 : PLFSS, tiers payant

Références constitutionnelles

- Le droit à la protection de la santé est reconnu par le Préambule de la **Constitution de 1946**
- La **Charte de l'environnement** consacre de nouveaux droits et devoirs dits de « troisième génération ». Après les droits politiques et les droits économiques et sociaux, elle inscrit le droit de chacun « de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». Elle consacre la notion de **développement durable** (« les choix destinés à répondre aux besoins du présent ne doivent pas compromettre la capacité des générations futures et des autres peuples à satisfaire leurs propres besoins ») et inscrit le **principe de précaution** dans la Constitution.

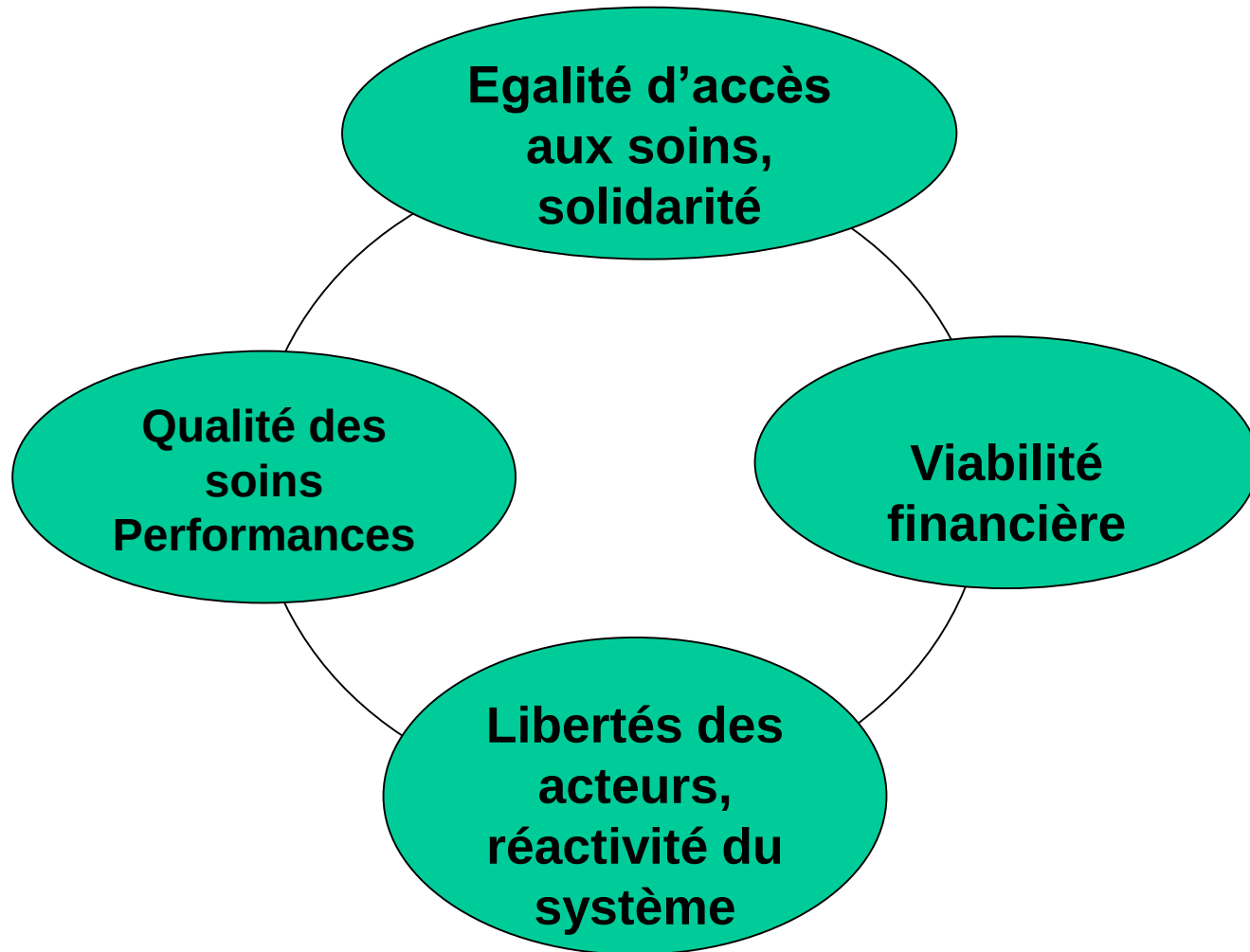
Les trois types de systèmes de santé

TYPE	BEVERIDGE	BISMARCK	USA
SOLIDARITE	X	X	
REGULATION PARLEMENTAIRE	X		
REGULATION PAR NEGOCIATION		X	
REGULATION PAR LE MARCHE			X
PAIEMENT PAR CAPITATION	X		
PAIEMENT A L'ACTE		X	X
PAIEMENT A LA PERFORMANCE		X	X
MEDECINE LIBERALE		X	X
MEDECINE ETATIQUE	X	X	
FINANCEMENT PRIVE			X
FINANCEMENT PAR L'IMPOT	X		
FINANCEMENT PAR COTISATIONS SOCIALES		X	

Cas français: majoritairement de type Bismarck, mais évolution multiple:

- **Vers type 1 pour le financement (CSG, RDS) et le cadre budgétaire**
- **Vers type 3 (poids des mutuelles, cliniques privées)**

Systeme de santé: les 4 critères pour un équilibre instable



Les composants du système de santé

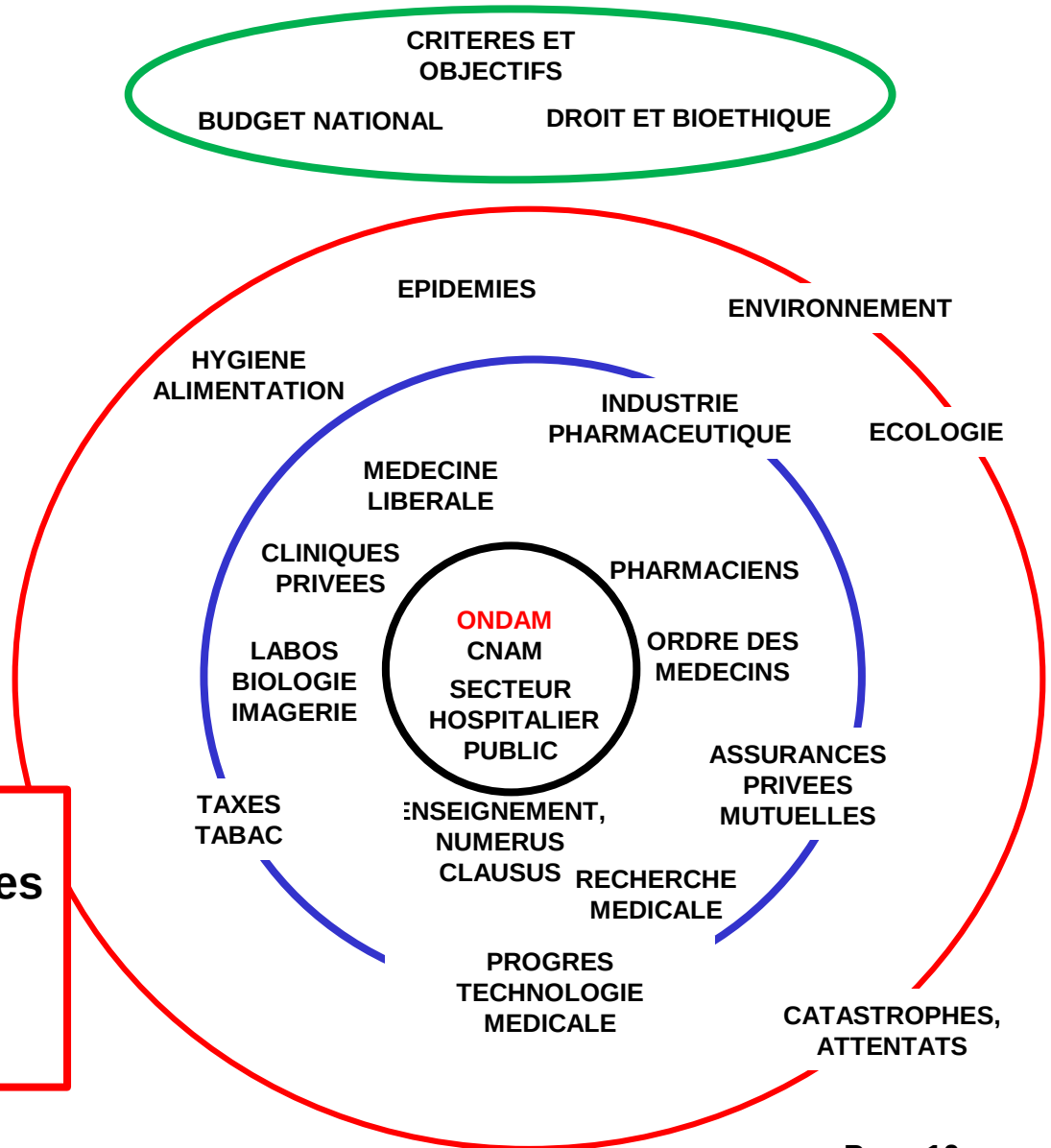
Niveau national

Contrôle direct du Ministre de la Santé

Régulé par le Ministre

+ / – influencé par le Ministre

D'un point de vue systémique global, une partie importante des composants influençant le système sont hors du contrôle des responsables de la santé

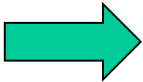


Les principales forces en présence

- **Gouvernement et finances**
- **CPAM et ONDAM**
- **Médecine hospitalière**
- **Médecine libérale (ville et cliniques)**
- **Pharmaciens, labos (bio et imagerie)**
- **Industries (pharmaceutique, appareillage et imagerie)**
- **Assurances privées et mutuelles**
- **Tous les facteurs négatifs (alimentation, pollution, addictions, circulation, etc.)**

Systemes de santé, systemes complexes

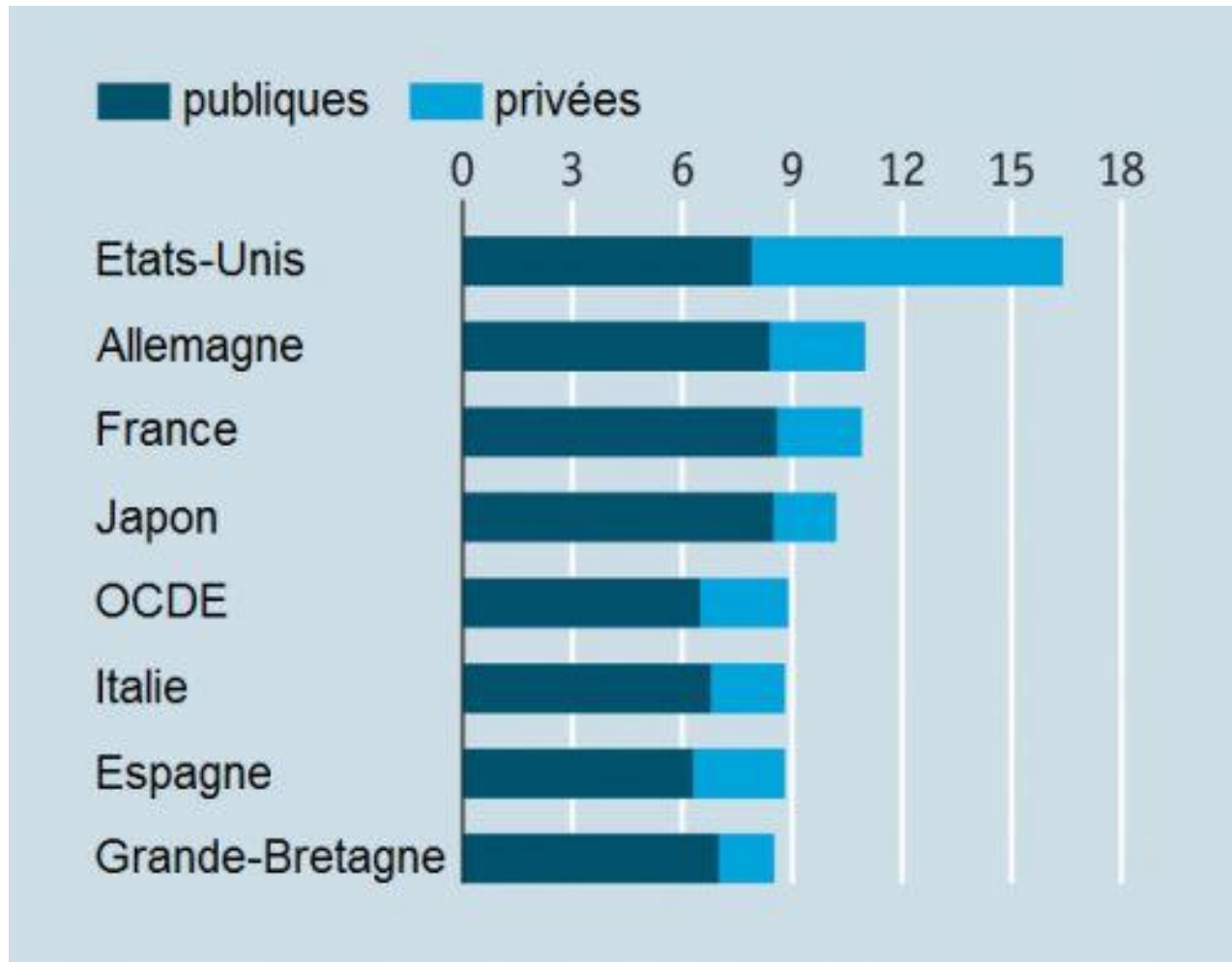
Types de systemes et grands principes

 **Chiffres principaux**

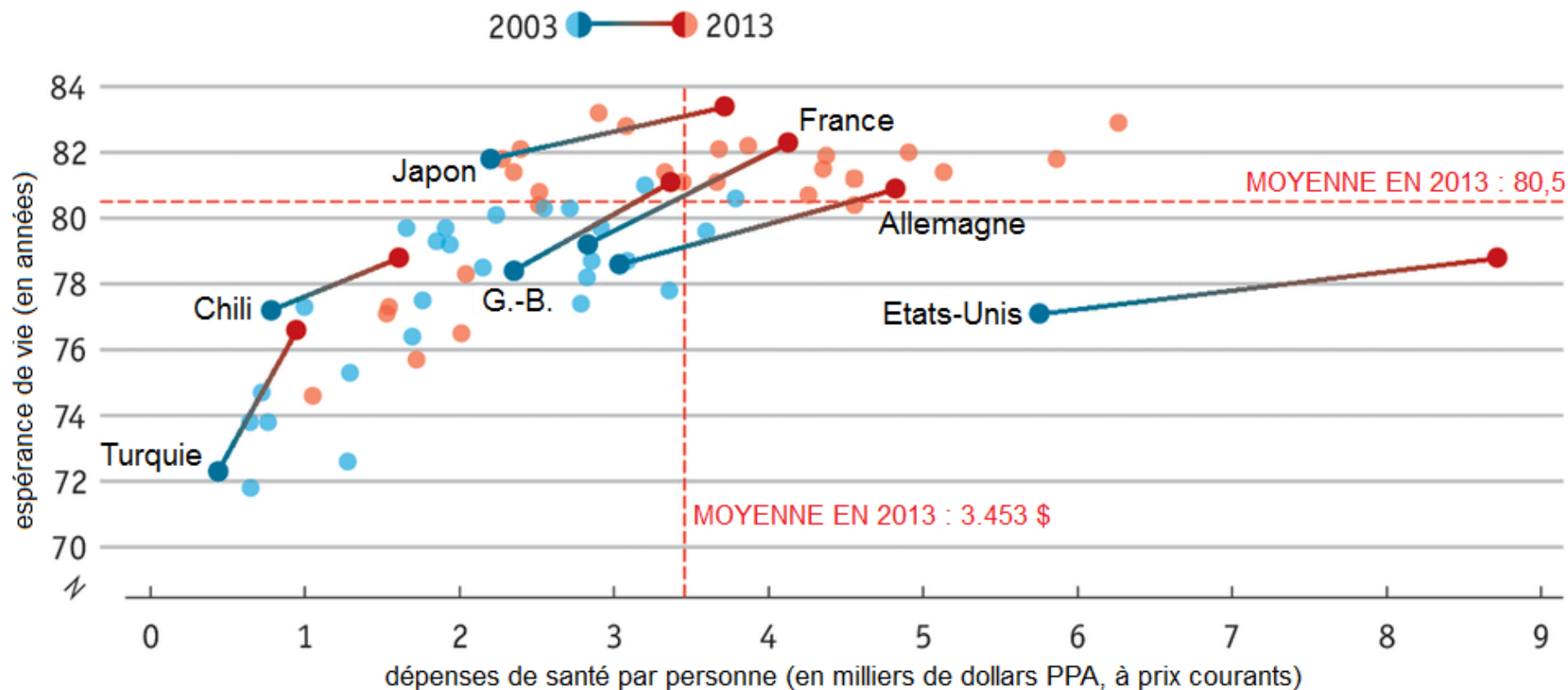
Quelques points importants

Conclusion et discussion

Dépenses de santé dans les pays de l'OCDE (en % du PIB)



Dépenses de santé et espérance de vie à la naissance dans les pays de l'OCDE



Mortalité infantile

	ESP DE VIE A LA NAISSANCE	MORTALITE INFANTILE (‰)
EUROPE	76,6	3,6
AFRIQUE	60,9	44,0
JAPON	80,8	2,0
FRANCE	80,0	3,0
RUSSIE	64,7	7,0
USA	77,3	5,0

La mortalité infantile désigne les décès d'enfants âgés de moins d'un an. Les données des deux colonnes sont liées.

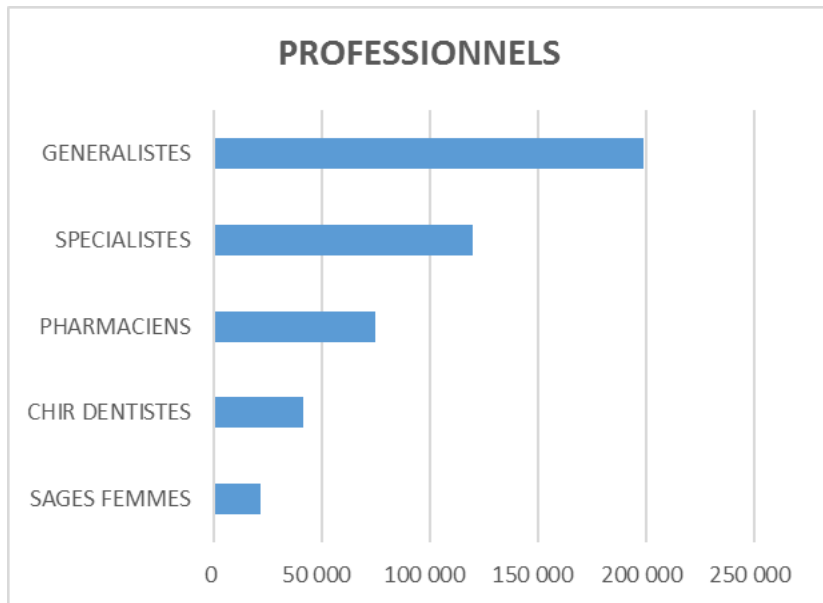
On notera le taux de la mortalité infantile dans les pays OCDE, avec des points singuliers **en plus** (Japon) et **en moins** (Russie, USA)

Effectifs des professions de santé

SAGES FEMMES	21 632
CHIR DENTISTES	41 495
PHARMACIENS	74 345
SPECIALISTES	119 665
GENERALISTES	198 441
AUXILIAIRES DIVERS	213 322
INFIRMIERS	638 243

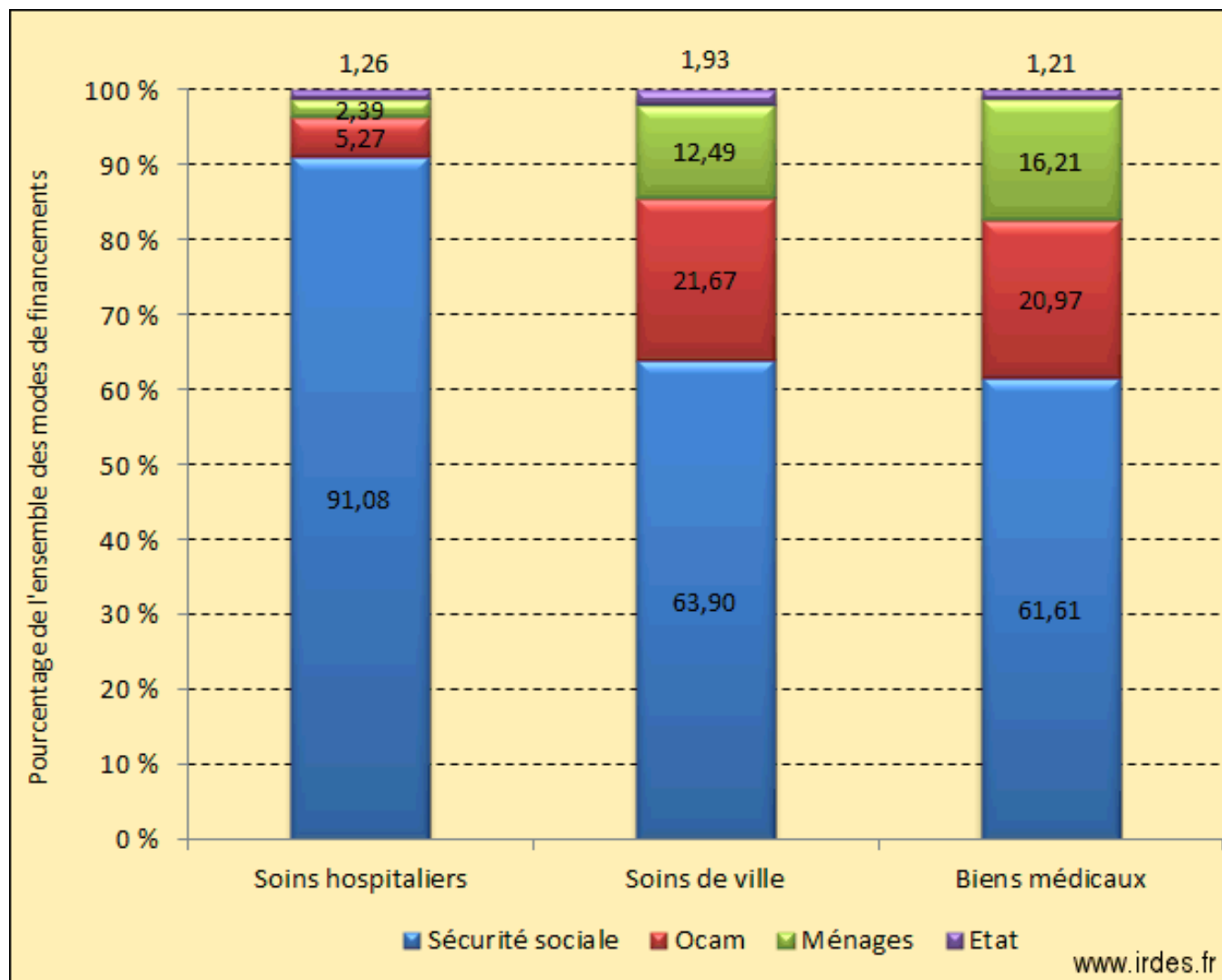
TOTAL PRO 455 578
TOTAL AUXILIAIRES 851 565

	TOTAL	LIBERAL	PUBLIC	MIXTE
GENERALISTES	198 441	102 485	62 211	33 745
SPECIALISTES	119 665	45 142	58 226	16 297



On remarquera le mélange des secteurs libéral et public, traduisant le caractère mixte français, source de liberté de choix des patients et de résilience du système.

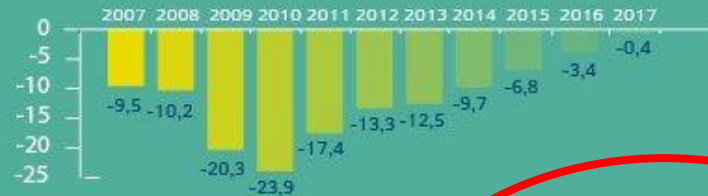
Dépenses et financement



Budget des affaires sociales

2017: LA FIN DU TROU DE LA SÉCURITÉ SOCIALE* ?

(EN MILLIARDS D'EUROS) *RÉGIME GÉNÉRAL



FAMILLE

LE COMPTE EST À L'ÉQUILIBRE
POUR LA 1ÈRE FOIS DEPUIS 2007



VIEILLESSE

LA BRANCHE EST EXCÉDENTAIRE
POUR LA 2ÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE



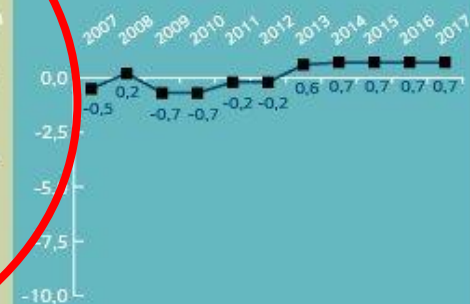
MALADIE

LE DÉFICIT EST À SON NIVEAU LE PLUS BAS
DEPUIS 2001



ACCIDENTS DU TRAVAIL

LA BRANCHE EST EXCÉDENTAIRE DEPUIS 2013



@MinSocialSante | facebook.com/MinistereSocialSante | www.social-sante.gouv.fr



Ministère des Affaires sociales
et de la Santé

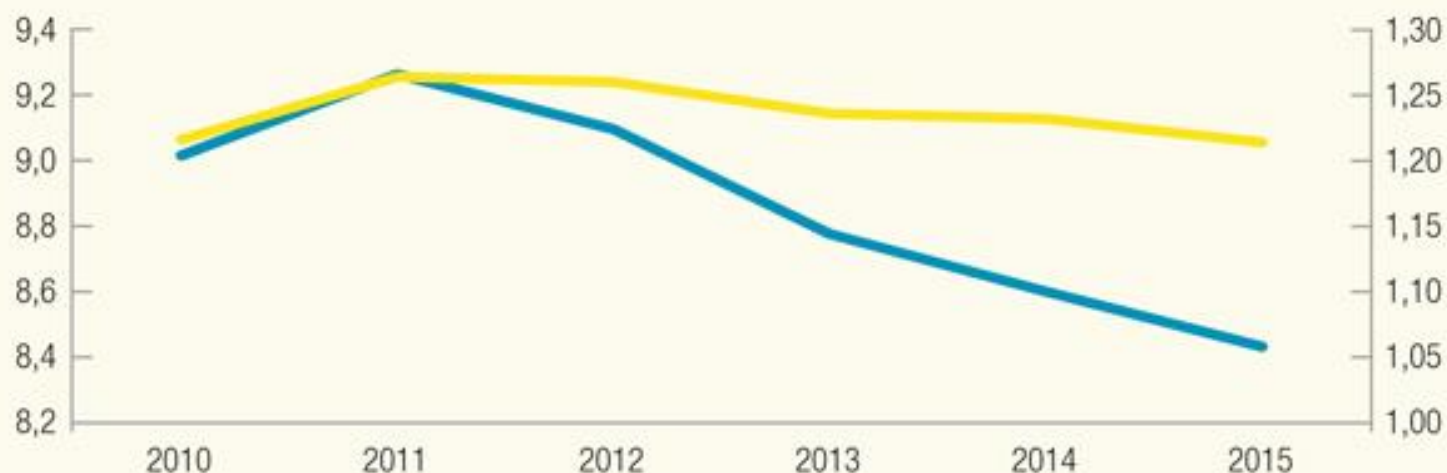
Evolution du reste à charge



GRAPHIQUE

Évolution du reste à charge des ménages depuis 2010

- Reste à charge des ménages en % de la CSBM (éch. de gauche)
- Reste à charge des ménages en % de leur revenu disponible brut (éch. de droite)



CSBM : Consommation de soins et de biens médicaux.

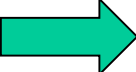
Lecture • En 2015, le reste à charge des ménages représente 8,4 % de la CSBM et 1,21 % de leur revenu disponible brut.

Sources • DREES, Comptes de la santé ; INSEE comptes nationaux.

Systemes de santé, systemes complexes

Types de systemes et grands principes

Chiffres principaux

 **Quelques points importants**

Conclusion et discussion

Outils de régulation du système de santé

1. Tarification actes CEPAM

- Négociation des tarifs conventionnés
- Grille de soins standards

2. Contingentement de l'offre

- Numérus clausus (médecins, pharmaciens, etc.)
- Equipements techniques

3. Coûts de médicaments et génériques

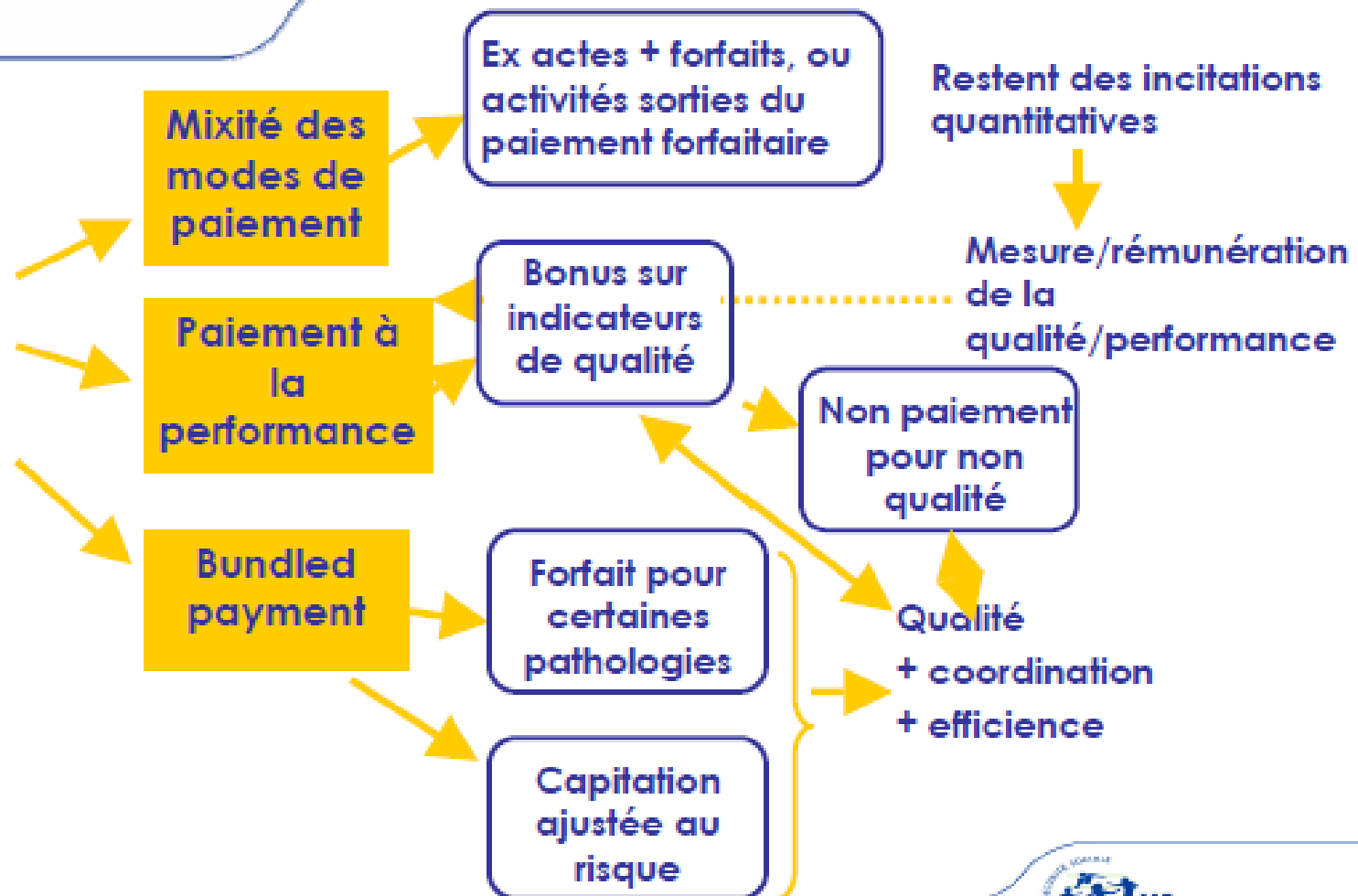
4. Optimisation des processus

- Parcours de soins
- Croissance de l'ambulatoire

5. Optimisation territoriale

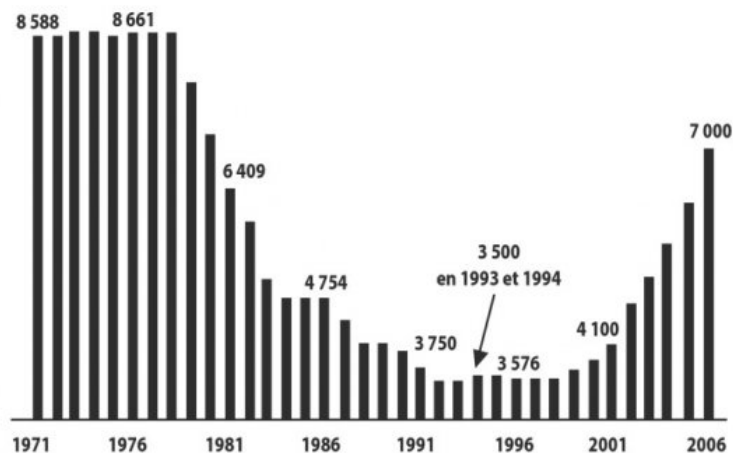
Mode de rémunération, outil de régulation

Les idées qui émergent depuis une dizaine d'années



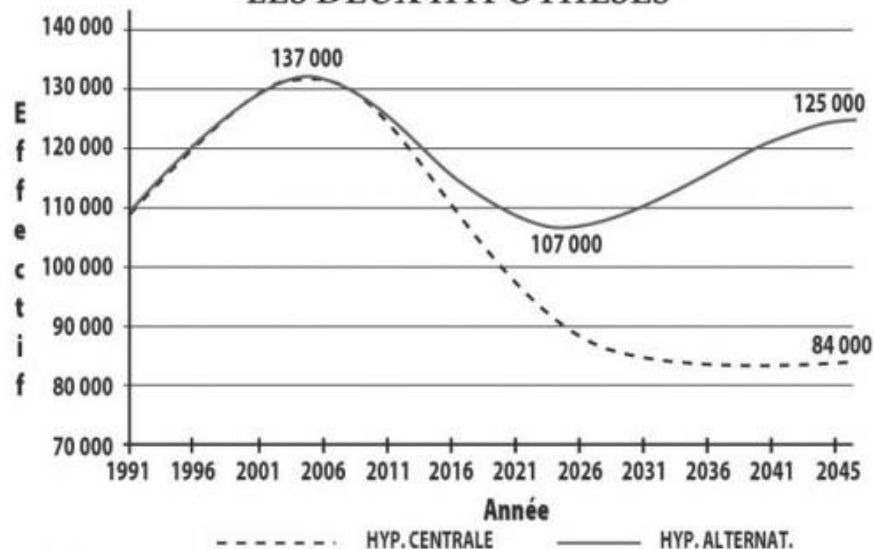
Le désert médical français

ÉVOLUTION DU NUMERUS CLAUSUS
DEPUIS 1971



Tout est là. Le *Quotidien du Médecin*, 23 janvier 2007, page 3. L'évolution du Numerus clausus annonce sans ambiguïté le « trou noir » démographique à venir.

PROJECTION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS
LIBÉRAUX DE 1992 À 2050 SELON
LES DEUX HYPOTHÈSES



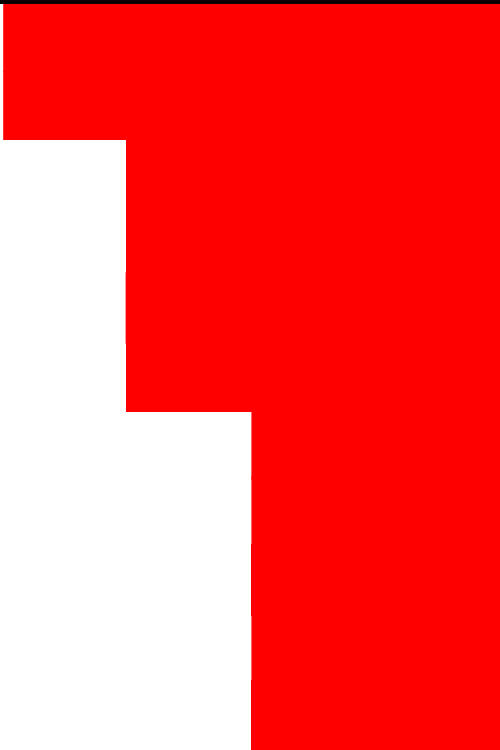
Régulation des effectifs médicaux



Influences sur les dépenses de santé

- **Vieillissement de la population**
- **Encouragement à la consommation**
 - Pub des labos
 - Surpopulation médicale
 - Tiers payant intégral
- **Progrès technologiques**
- **Efficacité des politiques de prévention**
 - Vaccination
 - CMU et anticipation
 - Hygiène de vie et alimentation
- **Facteurs extérieurs:**
 - Environnement
 - Pollution, pesticides, etc.

Pouvoirs vs importance des facteurs ?

IMPACT SUR LE SYSTÈME DE SANTE	DOMAINE	POUVOIR D'ACTION DU MINISTRE DE LA SANTE
	PREVENTIONS	
	TARIFS MEDECINE LIBERALE	
	POLLUTION	
	MALBOUF	
	ORGANISATION HOPITAL	
	VIELLISSEMENT POPULATION	
	ADDICTIONS (ALCOOL, DROGUE)	
	INEGALITES SOCIALES	
	RECHERCHE BIOLOGIQUE	
	RECHERCHE MEDICALE	
	RECHERCHE PHARMACEUTIQUE	

Environnement et santé

En 1999 l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait lors de la Conférence ministérielle Santé et environnement que « l'environnement est la clé d'une meilleure santé ».

Un conflit systématique:

Intérêts économiques ⇔ **gestion de la santé**

- Qualité de l'eau, de l'air et des sols
- Plomb, amiante, etc.
- Pesticides
- Tabagie, Alcoolisme,
- Automobile (diesel, vitesse)
- Alimentation et malbouf (Nutella, Sodas, MacDo, etc.)
- Etc.

Facteur âge

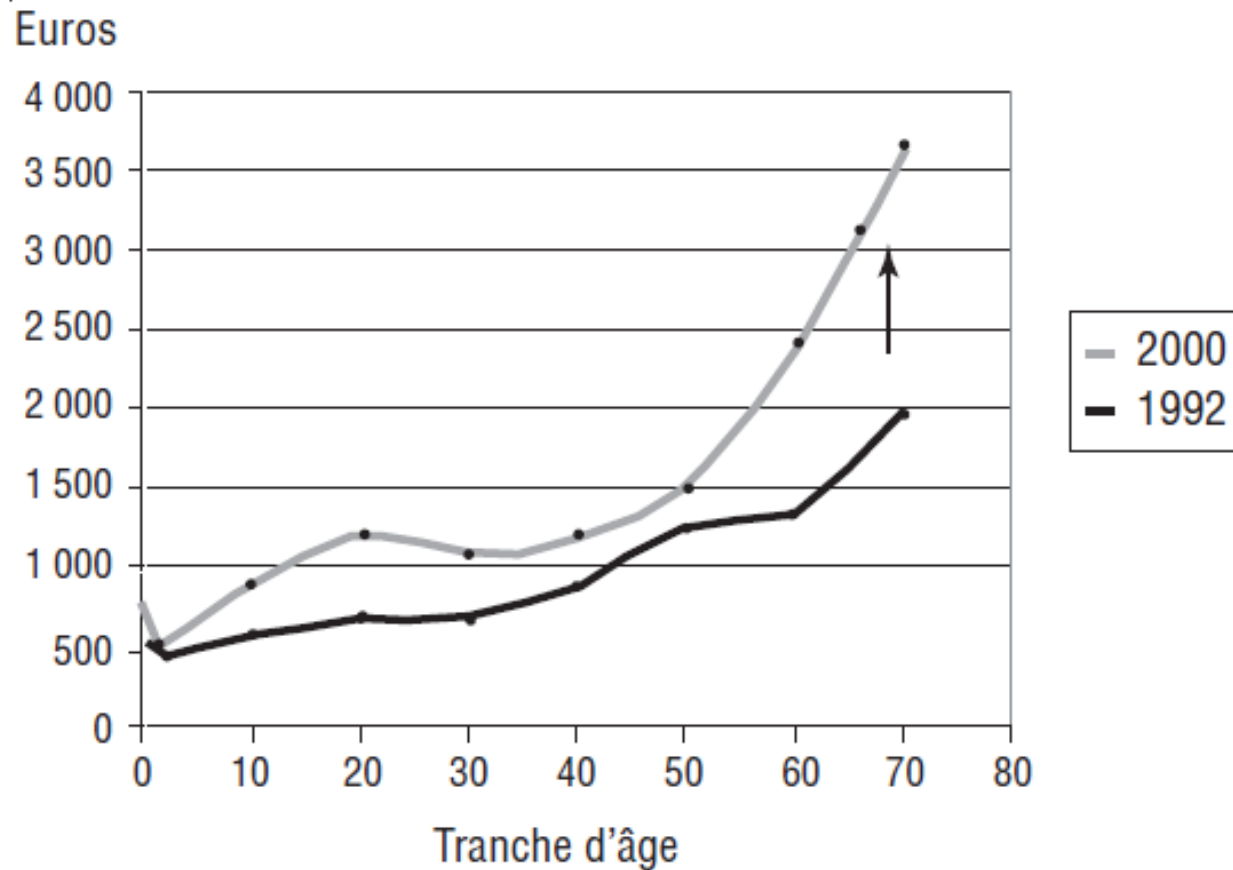


Figure 7 – Dépenses de santé annuelle par tranche d'âge (1992 et 2000).

Facteur âge

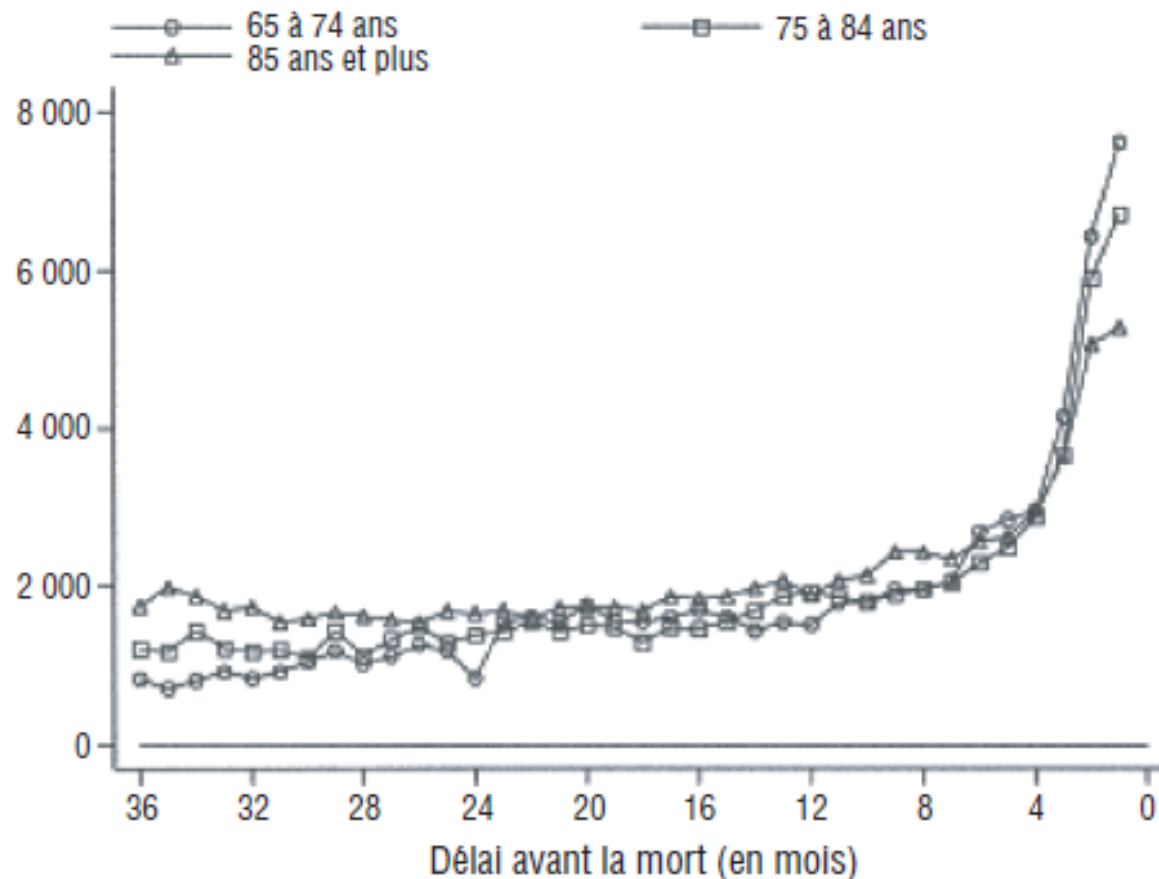


Figure 8 – Dépenses mensuelles de santé (\$ base 1998) par groupe d'âge en fonction de la proximité de la mort (mesurée en mois de 36 à 0).

NBIC: progrès et déstabilisation

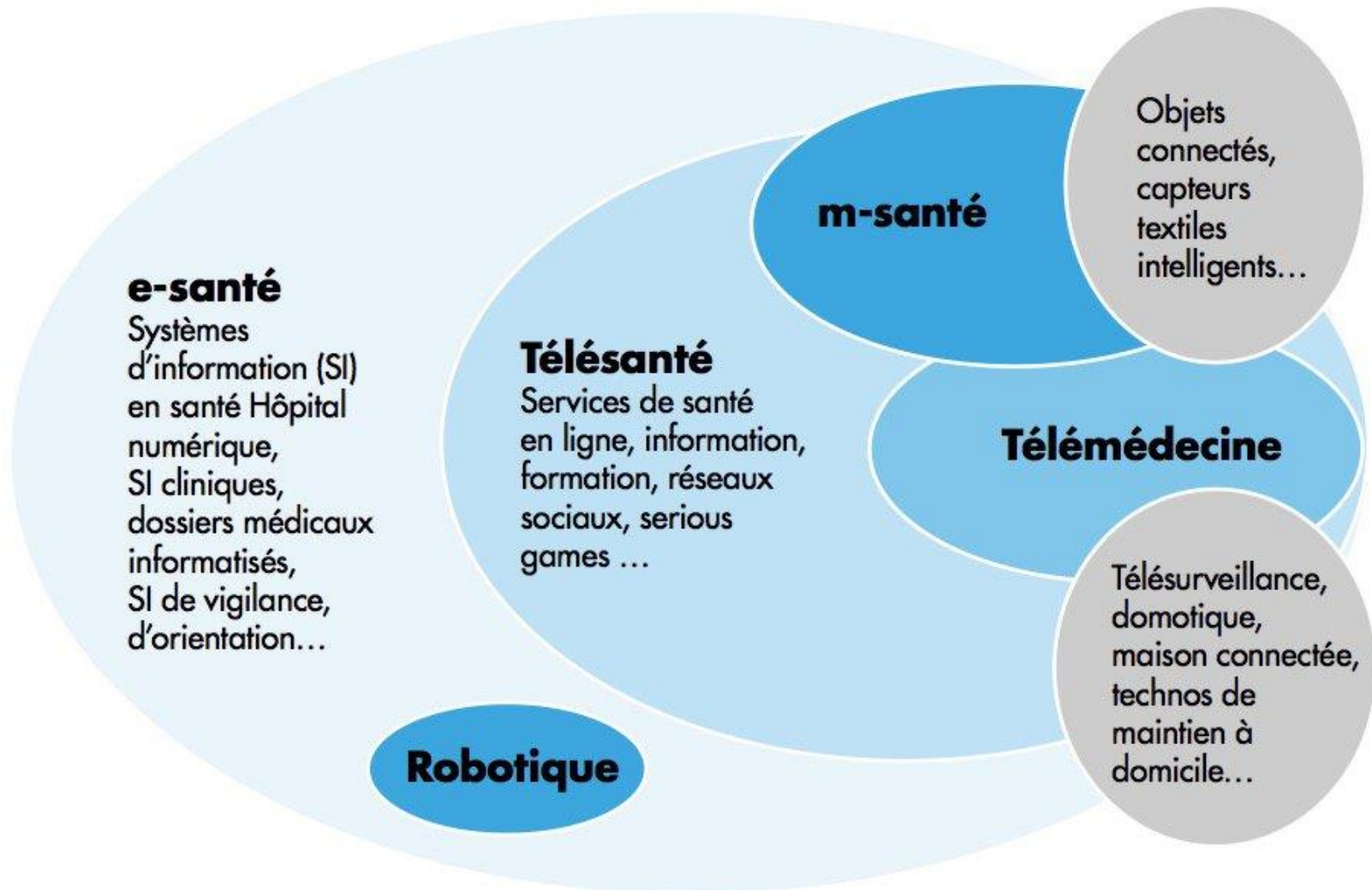
■ Progrès :

- Thérapies: chimie, génomique
- Outillage (imagerie, instrumentation, etc.)
- Efficacité opérationnelle du système de santé
- E-santé et objets connectés (IoT):
 - Télémédecine
 - Auto thérapie: les **patients deviennent consommateurs plus ou moins avertis**
 - Big Data et médecine prédictive

■ Risques/ opportunités:

- Ubérisation des professions médicales ?
- Big Data/ Open Data et Big brother
- L'homme augmenté: délires ?

E-santé



E-santé

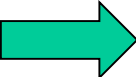


Systemes de santé, systemes complexes

Types de systemes et grands principes

Chiffres principaux

Quelques points importants

 **Conclusion et discussion**

Complexité des systèmes de santé

- **Un grand nombre de sous-systèmes en interaction**
- **Une évolution permanentes avec un équilibre fragile**
- **De très nombreux modèles et simulations applicables aux sous-systèmes**
- **Progrès potentiels importants avec les Big Data (ex. accès aux feuilles de soins FSE)**
- **Deux niveaux d'analyse: système global et processus de terrain (Yaneer Bar-Yam)**

Complexité des systèmes de santé

- L'équilibre du **modèle français** est basé sur des négociations récurrentes entre les divers groupes d'intérêt
- Sa **résilience** résulte d'un compromis entre les divers modèles:
 - Coexistence des secteurs publics et privés (pas de « SNCF de la santé » ou de « carte scolaire »)
 - Liberté relative du choix des patients et des thérapies mais tarifs régulés
- **Evolution positive** ou **lente dérive vers un système contrôlé par le système d'assurances privées?**

Optimum économique ?

- Le vieillissement n'est pas en soi un facteur majeur de croissance de l'augmentation des dépenses. Mais le **maintien en bonne santé** a un impact important
- Les changements de pratiques sont le facteur déterminant de l'augmentation des dépenses
- Enjeux de tels constats:
 - **La croissance des dépenses de santé ne résulte pas d'un processus exogène incontrôlé mais de la diffusion de nouvelles technologies qui créent de la valeur grâce aux gains en longévité et en santé**
 - Pour favoriser cette diffusion des gains d'efficience doivent être trouvés avec une meilleure organisation des systèmes de soins

Références

1. Dormont B. *Les dépenses de santé. Une augmentation salubre ?*
Opuscule du CEPREMAP, Editions Rue d'Ulm, 2009
<http://www.cepremap.ens.fr/depot/opus/OPUS15.pdf>

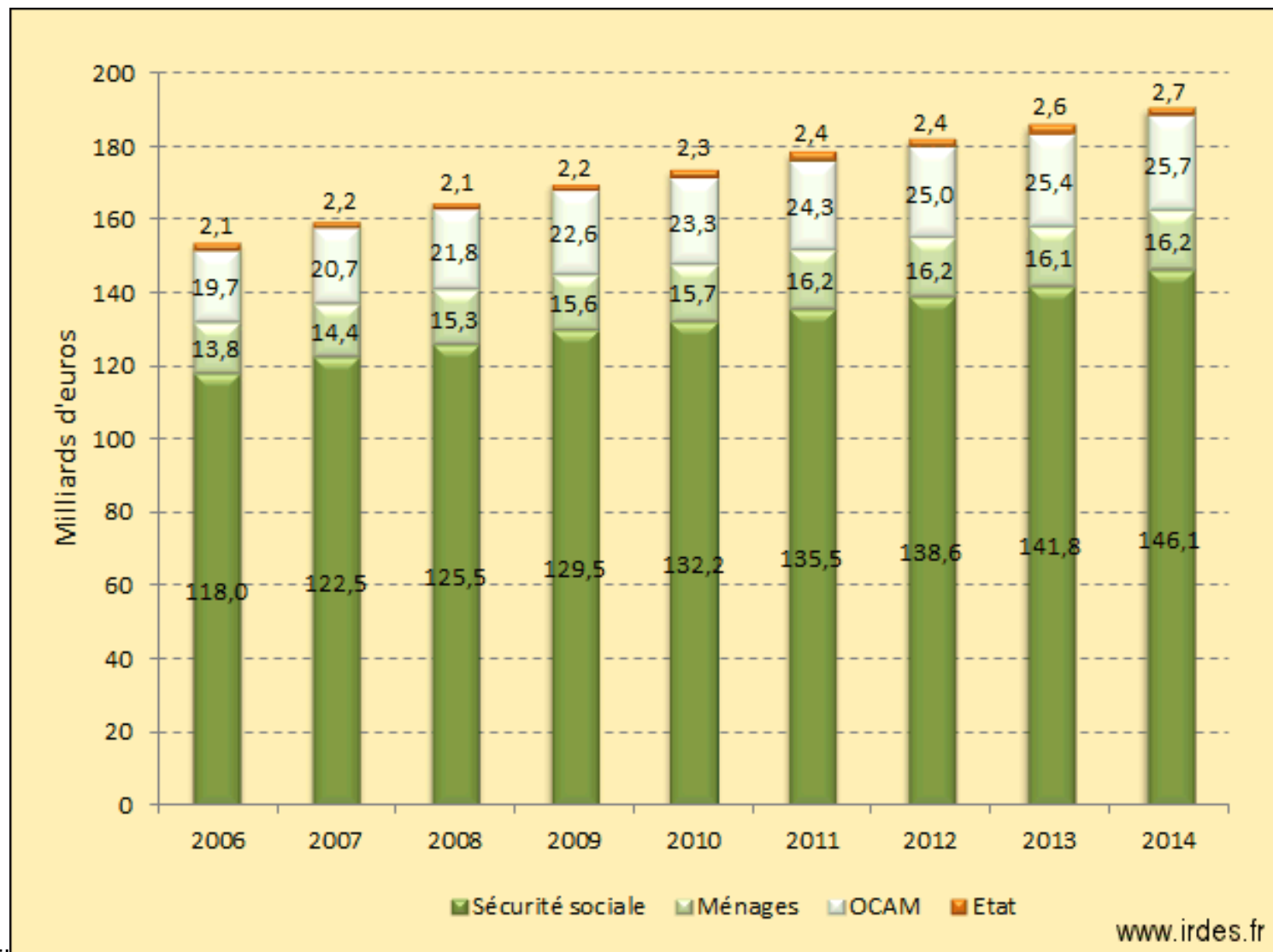
A retenir

- **Dans les pays de l'OCDE, les systèmes de santé représentent plus de 10% du PIB et sont tous en croissance**
- **Plusieurs modèles sont possibles et il faut concilier des objectifs très contradictoires**
- **Le système français est résilient grâce à la mixité public-libéral**
- **Leur régulation est complexe et doit en permanence être réajustée, en tenant compte en particulier de:**
 - **l'évolution des technologies**
 - **le vieillissement des populations**



Compléments

Evolution des dépenses de santé



Sécu : les sources de financement

En milliards d'euros



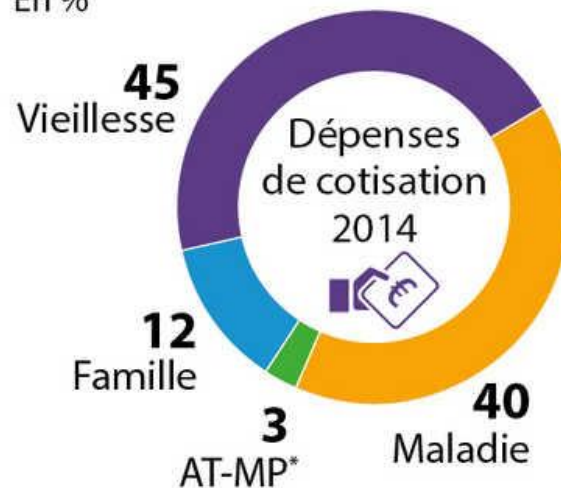
Qui finance le plus ?

En %



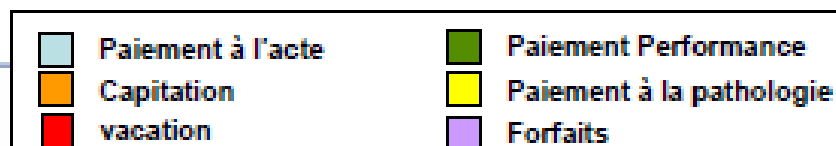
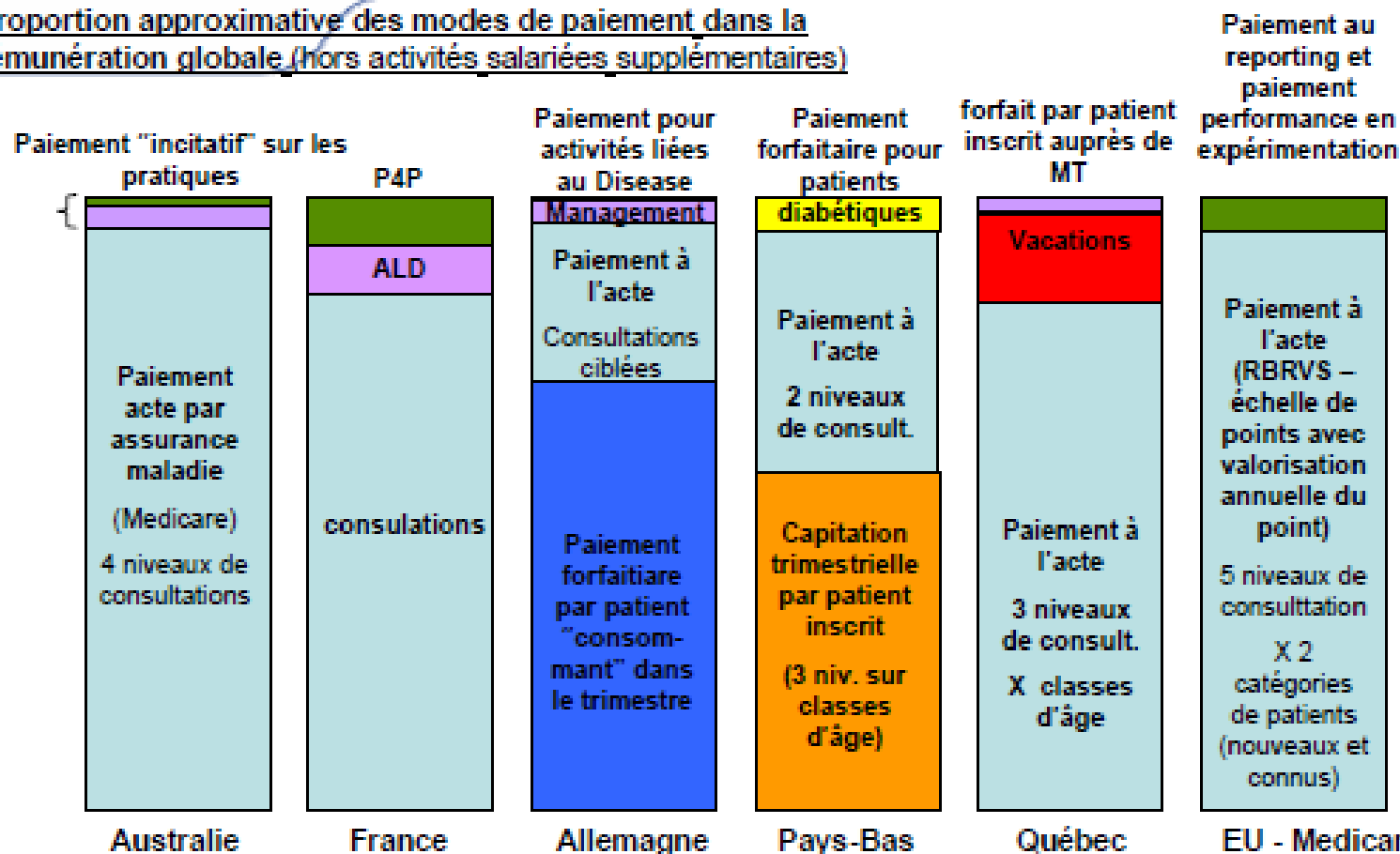
Quelle répartition ?

En %



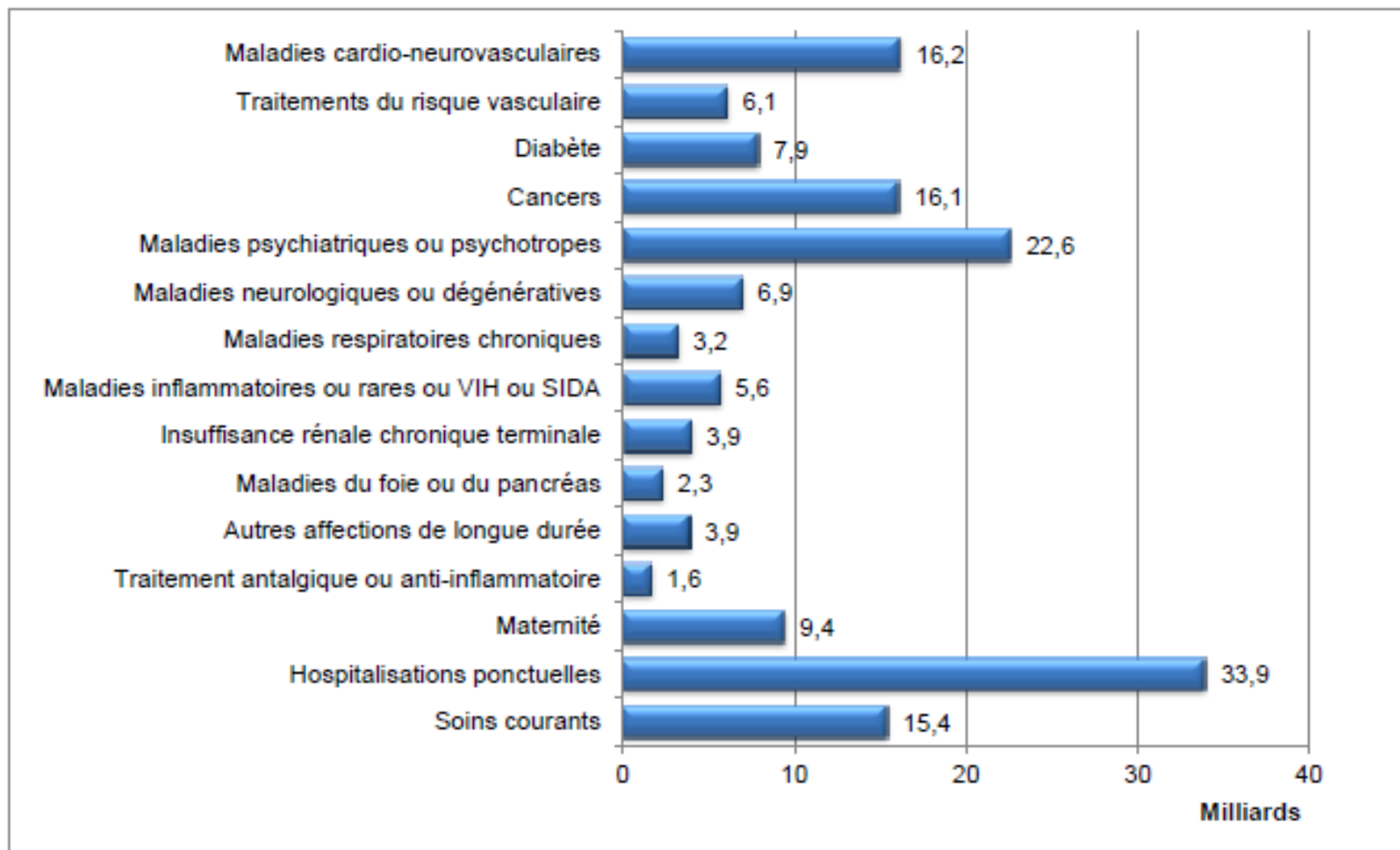
Mode de rémunération, outil de régulation

Proportion approximative des modes de paiement dans la rémunération globale (hors activités salariées supplémentaires)



Dépenses par cause de pathologie

Figure 1 – Répartition des dépenses d'assurance maladie en 2014 (155 Md€)



Champ : Tous régimes (extrapolés) – France entière)

Source : Cartographie 2014 (Cnamts)

Déficit de l'assurance maladie

