

Le système de santé Français : rappel d'architecture (partie 1)

Auteur : Jérôme Vétillard, September 10, 2018

L'actualité récente autour d'une possible refonte du *Numerus Clausus*, d'un nième plan santé pour mieux maîtriser les coûts, etc... nécessite de mieux comprendre l'architecture globale du système, les enjeux auxquels il va devoir faire face pour pouvoir "choisir" de façon éclairée, les réponses à des questions cruciales qui seront seules à en assurer une forme de pérennité.

Primum Non Nocere Deinde Curare

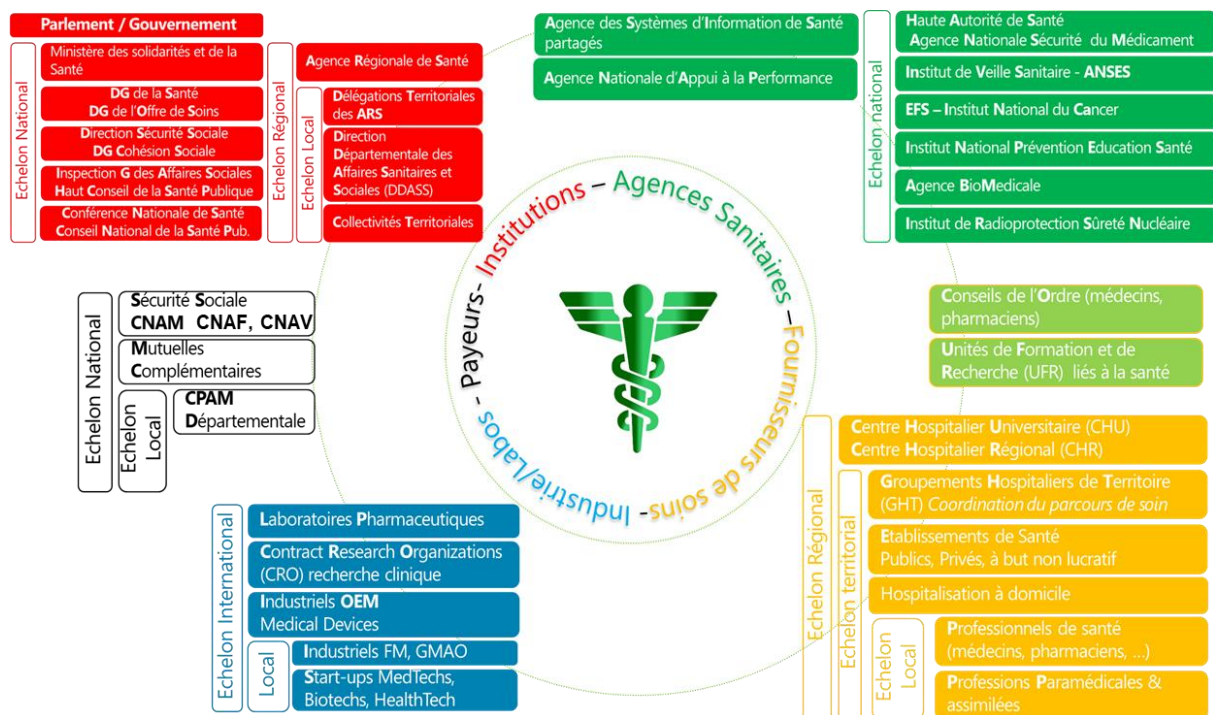
Depuis l'origine de la médecine, *Primum Non Nocere Deinde Curare* (D'abord ne pas nuire, puis soigner) qui fondait l'art médical dans l'alliance entre le médecin et son patient contre la maladie, dans une relation interpersonnelle fondée sur la confiance, les choses ont beaucoup évolué (fort heureusement ce principe fondamental a perduré).

Il est à noter que chez les Grecs, quiconque pouvait ouvrir une officine, l'accès à la profession n'étant réglementée par aucun *Numerus Clausus*^{^^} (ni par autre chose semble-t-il d'ailleurs)... Alors que chez les égyptiens, la médecine était déjà fonctionnarisée et le médecin engageait sa responsabilité « juridique » lors de la prise en charge d'un patient. A se demander, si les égyptiens ne risquaient pas tout d'abord de rencontrer un scribe-avocat dans un cabinet de consultation médicale avant d'espérer croiser leur praticien...comme aux USA de nos jours.

Sans faire d'épistémologie de la médecine, depuis, de nombreuses parties prenantes sont venues se greffer sur cette relation interpersonnelle « médecin/patient », l'apothicaire bien entendu^{^^}.. mais ensuite, au fur et à mesure qu'émergeait l'iceberg de l'économie de la santé, beaucoup d'autres parties prenantes sont venues se greffer sur cette relation interpersonnelle, quand bien même elles seraient « invisibles » du patient, et parfois de son médecin.

La structure de l'écosystème de la santé en France

L'écosystème de la santé français est désormais une organisation complexe, faisant intervenir des très nombreux acteurs, institutions, agences, établissements, et professionnels de santé, au service des objectifs de santé publique et du patient, c'est-à-dire, vous, et moi.



(Source : mon ordinateur...)

Sa topologie centrée sur le « patient » (non ce n'est pas un vœu pieux^^), façon « table ronde » permet de représenter cette notion d'alliance élargie des parties prenantes, toutes concourant dans les responsabilités qui leur échoient à la réalisation des objectifs de santé publique.

Schématiquement, les institutions fixent les objectifs et pilotent l'ensemble du système. Elles tentent d'équilibrer les besoins de la population en termes de soins par rapport à des objectifs de santé publique, de structurer l'offre de soins à mettre en place pour répondre à ces besoins et atteindre les objectifs, et de définir la structure de financement à allouer à cette offre de soins. J'ai placé (arbitrairement... et pour conserver le Feng Shui du schéma) les Agences Régionales de Santé (ARS) dans cette famille pour leur rôle de pilotage dans la mise en œuvre des politiques de santé publiques auprès des différents composantes de l'écosystème et notamment vis-à-vis des fournisseurs de soins.

Les différentes agences fournissent un appui aux institutions pour la prise de décision et la planification en matière de santé publique, et servent de relais de transmission auprès des fournisseurs de soins en termes de mise en place (recommandations de la HAS, campagnes de l'INPES, autorisation de mise sur le marché – AMM- des spécialités pharmaceutiques de l'agence du Médicament, etc..).

Les fournisseurs de soins sont *De Facto* les acteurs que la population identifie le mieux, puisque c'est celle qui prend soin d'eux ont pour fonction d'exécuter la politique de santé publique sous le pilotage des Agences Régionales de Santé (ARS). Ah oui, prosaïquement et quotidiennement, ils soignent aussi les gens... mais, sans oublier de

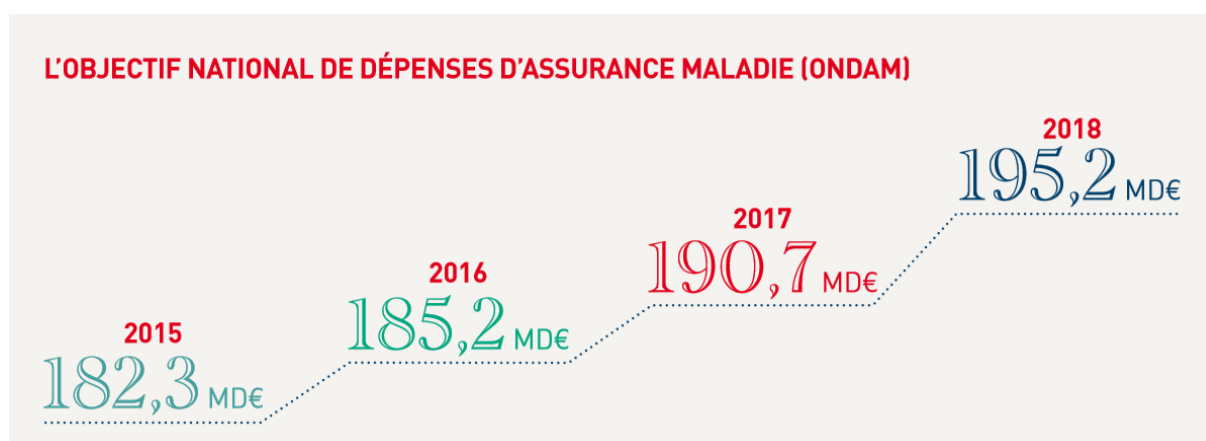
renseigner les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) renseignées pour permettre la tarification à l'acte (T2A). Le PMSI et la T2A sont les deux mamelles du contrôle des coûts du système de santé.

D'autres institutions, « chères » au cœur des Français, remboursent plus ou moins correctement les coûts inhérents aux traitements des patients.

Enfin, il y a les acteurs industriels de l'industrie de santé, les compagnies pharmaceutiques, et les fabricants de dispositifs médicaux en tout genre, de la couche culotte gériatrique à l'IRM dernier cri, en passant par tous les matériels à usage unique qui servent à sonder, injecter, panser, couper, suturer...

Et combien ça nous coûte tout ça ?

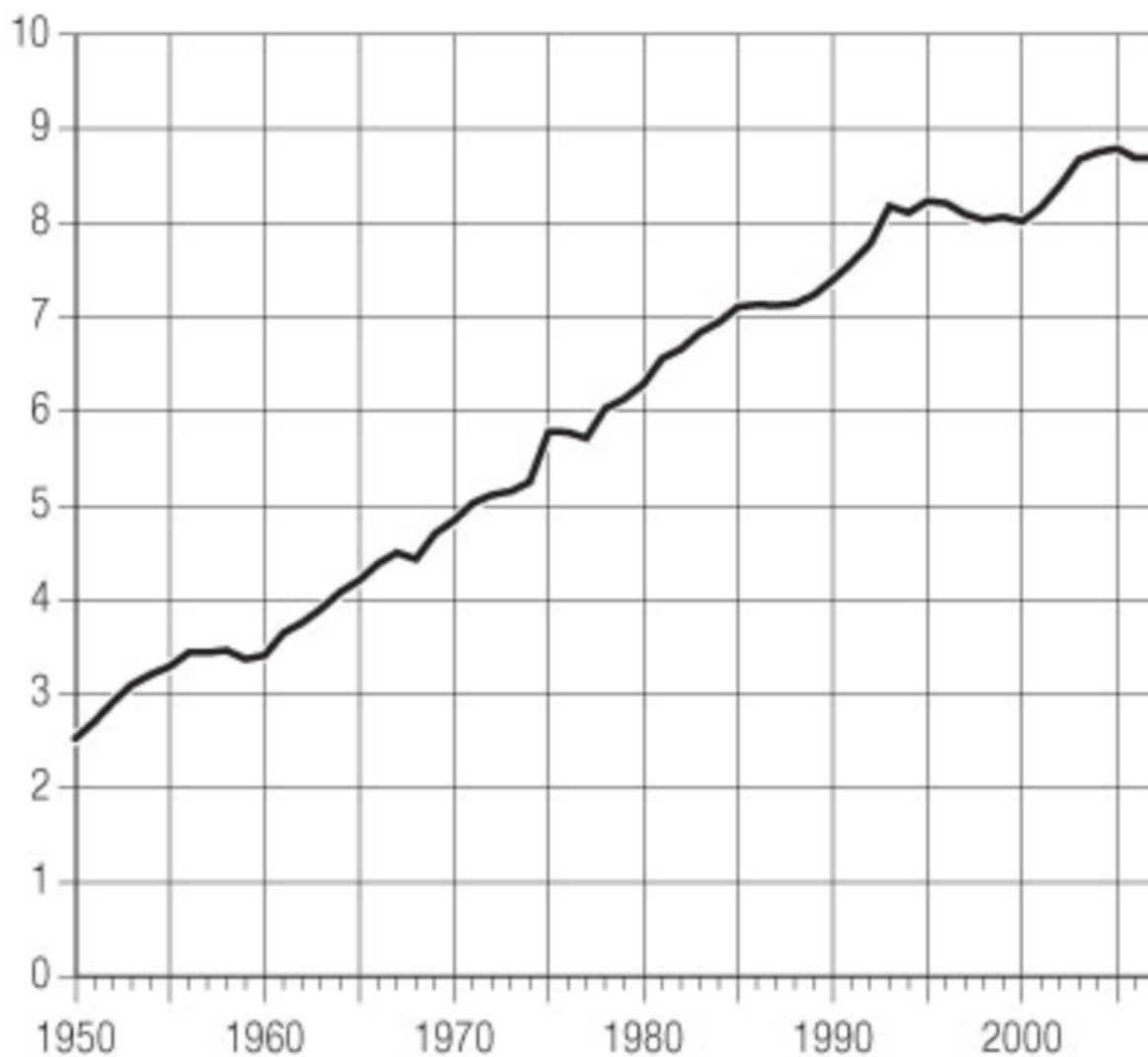
La France ainsi que de nombreux autres pays ont fait le choix d'une très forte régulation du marché, tant pour ce qui concerne la formation (contingentement), l'offre de soins, et son financement. Les dépenses de santé sont votées par le parlement (composante de la Loi des Finances) et chaque année on définit l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM)



Source DGOS – Rapport 2018 ([lien](#)) - En milliards d'Euros.

Cet objectif comme on le voit, a connu une augmentation significative (~+7% en 3 ans) et cela pourrait ne pas poser de problème si cette croissance était alignée sur celle du Produit Intérieur Brut –(PIB) de la France. Cependant, si on observe la progression des dépenses de santé rapportées au PIB, nous observons également une croissance continue :

En % du PIB



Source : Drees, comptes de la santé ; Insee.

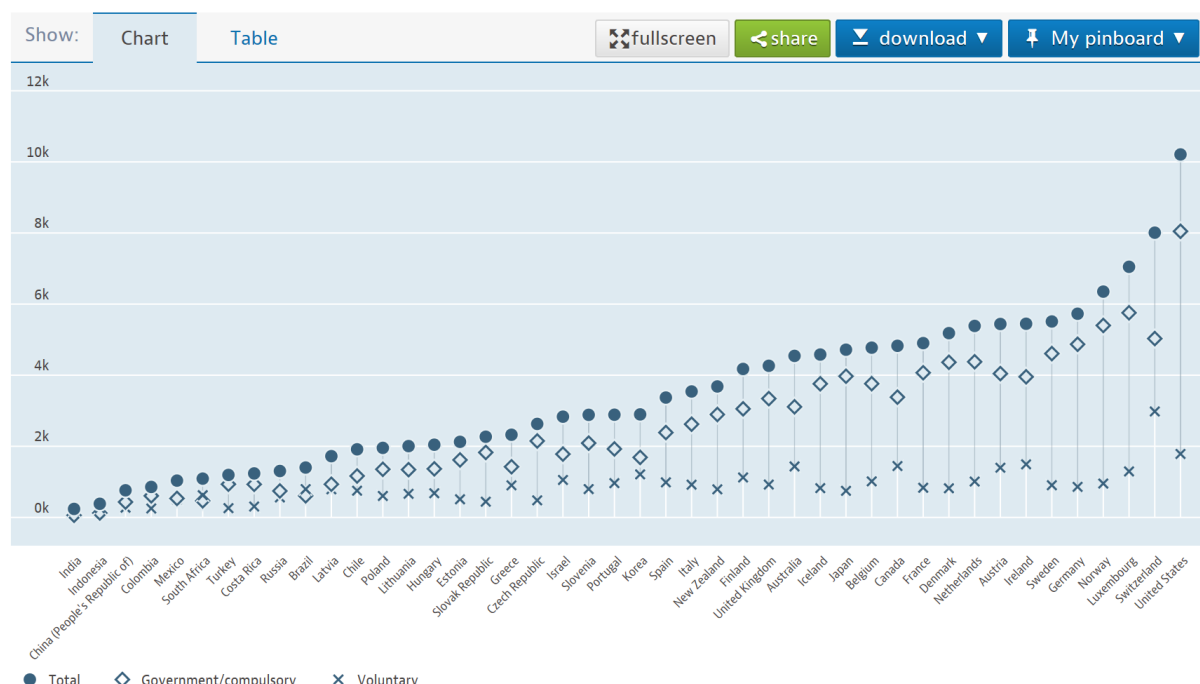
L'ONDAM fixe la valeur absolue des dépenses de Santé, cette courbe nous montre que ces dépenses progressent plus rapidement que la croissance du PIB Français.

Actuellement la France consacre 11% de son PIB aux dépenses de santé.

Le graphique ci-dessous nous permet de positionner les dépenses de santé par pays, et de distinguer également le « reste à charge » pour le patient.

Health spending Total / Government/compulsory / Voluntary, US dollars/capita, 2017 or latest available

Source: Health expenditure and financing: Health expenditure indicators



([source](#)). Dépenses de santé par habitant en dollars US en 2017

Cette croissance des dépenses est structurelle...

Nous vivons dans un monde qui change de façon accélérée. Les changements démographiques, sociologiques, technologiques et économiques ont un impact en particulier sur l'équation économique du système de santé :

- Quels besoins couvrir ? maintenant... demain ?
- Comment financer l'offre de soin ? Selon quels principes ?
- Comment former les professionnels de santé ?
- Comment organiser le système de soins ?

Des innovations thérapeutiques majeures posent le problème aigu du financement de la santé publique. Par exemple, le traitement de l'hépatite C par Sovaldi™ (Laboratoires Gilead) très efficace mais d'un coût très élevé a conduit la Haute Autorité de Santé (HAS) à émettre des réserves quant à la soutenabilité d'une généralisation de ce traitement à l'ensemble des patients ([lien](#)). « [...] Le Collège de la HAS, au vu des prix rapportés dans différents pays et ceux consentis pour ces traitements dans le cadre des autorisations temporaires d'utilisation en France, considère que se pose avec une réelle acuité la soutenabilité financière par la solidarité nationale d'une innovation thérapeutique [...] ». Le même genre de questionnements existe pour des traitements anti-cancéreux basés notamment sur des anticorps monoclonaux, ou sur des approches immuno-thérapeutiques.

Au-delà des innovations technologiques, le vieillissement de la population, la résurgence de pathologies "oubliées" du fait de la paupérisation de la population. L'augmentation de la prévalence d'autres pathologies, coûteuses, dont certaines font partie des affections longues durées (ALD)... vont déséquilibrer l'équation globale du système de santé.

Maintenir le *Status Quo* dans un tel environnement, en invoquant des litotes absconses servant un corporatisme désuet serait irresponsable. Le problème de la soutenabilité du financement de notre système de santé dépasse de loin la fixation d'un *Numerus Clausus*, c'est une transformation culturelle du rapport que les citoyens ont par rapport à leur système de santé, à son fonctionnement et à son financement.

Dans un contexte économique de possible stagnation séculaire, dans lequel la croissance du PIB sera faible, alors même que nous devrons financer de nouveaux besoins de santé (voir partie 2 à suivre), la pérennité du système de santé nécessitera des arbitrages financiers collectivement acceptés, rendus possibles par la prise de conscience que nous ne pourrons pas tout financer, et que ce n'est pas parce que c'est « technologiquement réalisable » que cela est « collectivement finançable ». L'actualité récente oscillant entre renoncement aux soins, et « cagnottes thérapeutiques » basées sur le « financement participatif solidaire » (crowd sourcing) illustre bien les limites du système.