
Le système de santé français

L'ORGANISATION DE LA PRODUCTION

ET DE L'OFFRE DE SOINS EN FRANCE

En France, coexiste une offre de services hospitaliers publics et privés qui délivrent des soins spécialisés et techniques :

- des hôpitaux publics organisés sur une base hiérarchique et territoriale (les centres hospitaliers universitaires, les centres hospitaliers, et les hôpitaux locaux) ;
- des hôpitaux privés à but non lucratif qui remplissent le plus souvent une mission de service public ;
- des cliniques privées.

La réforme Debré de 1958 a marqué l'orientation hospitalo-centrée du système de santé français et le cloisonnement entre soins hospitaliers spécialisés et médecine de ville.

Les soins primaires ou de première intention sont principalement dispensés dans le cadre de la médecine libérale (médecins généralistes, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, laboratoires d'analyses médicales). Toutefois, la médecine libérale est marquée par sa spécialisation puisque 43,7% des médecins de ville sont des médecins spécialistes fin 2004.

Par ailleurs, la production de soins primaires est caractérisée par un faible degré d'intégration puisqu'environ 40% des médecins généralistes exercent en cabinet de groupe (intégration horizontale) (DREES, Études et Résultats n°314, juin 2004) et que ces cabinets de groupes n'intègrent que très rarement d'autres professionnels, notamment paramédicaux et sont rarement multidisciplinaires (intégration verticale) (Bourgueuil et alii, 2005).

L'offre de soins est relativement abondante, notamment par rapport à d'autres pays d'Europe, même si des problèmes de répartition notamment territoriale se posent.

Par ailleurs, c'est un système mixte dans le sens où l'intervention publique est importante, notamment depuis la réforme Juppé de 1996 qui visait à faire de la politique de santé une véritable politique publique. Toutefois, le système est marqué par les

principes de liberté, auxquels les différents acteurs sont d'ailleurs attachés. En effet, les patients ont la liberté de choisir leur médecin et leur lieu de soins (en ville, à l'hôpital, à la clinique) ; les médecins, quant à eux, sont attachés aux principes de l'exercice libéral de la médecine (liberté d'installation, liberté thérapeutique et de prescription, respect du secret professionnel, entente directe et paiement direct). Ces principes régissent l'exercice libéral de la médecine depuis la charte médicale adoptée en 1927 par les syndicats médicaux et depuis le conventionnement imposé aux médecins en 1960.

En matière de statut des professionnels de santé et de modalités de rémunération, les professionnels de santé exerçant à l'hôpital public sont majoritairement salariés, les hôpitaux étant financés depuis 2002 selon les modalités de la tarification à l'activité (T2A). Quant aux professionnels de santé exerçant en ville, ils ont une pratique libérale et sont rémunérés selon le paiement à l'acte.

LES PRINCIPES DE FINANCEMENT ET DE GESTION DU SYSTÈME DE SANTÉ EN FRANCE

Le système de santé en France s'est construit sur les principes d'un système d'assurances sociales où les droits sont attachés au travail, c'est-à-dire que les droits et les prestations sont la contrepartie de contributions sous la forme de cotisations sociales. La branche « assurance-maladie / accidents du travail, maladies professionnelles » est l'une des branches de la sécurité sociale créée en 1945.

Critères d'accès aux prestations de soins

Les droits à la prestation de soins sont attachés au travail, acquis par le travailleur (et ses ayants-droits) grâce au versement de cotisations sociales. La couverture est obligatoire. Toutefois, depuis 2000, les personnes non affiliées aux régimes professionnels peuvent demander la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'État (AME), dispositifs « assistanciers » qui relèvent de la solidarité nationale. Ainsi, en 2003, 99,6% de la population de la France métropolitaine était couverte par l'assurance-maladie de la sécurité sociale, contre une proportion de 76% en 1960.

Nature et niveau des prestations

Les prestations sont principalement des consommations de soins de santé, c'est-à-dire des prestations en nature remboursées pour partie par l'assurance-maladie obligatoire.

Les indemnités journalières qui visent à remplacer le revenu en cas de maladie, sont quant à elles des prestations en espèces. Dès 1958, les prestations en nature ont dépassé les prestations en espèces.

Les modes de financement

Les ressources proviennent des cotisations sociales payées par les salariés et par les employeurs et elles proviennent également des impôts affectés, notamment la Contribution Sociale Généralisée (CSG), créée en 1991. Ces ressources financent les dépenses de santé contenues dans le périmètre de l'assurance-maladie de base ou obligatoire.

Les ménages français peuvent souscrire une assurance maladie complémentaire, individuelle ou collective (par le biais de leur employeur) pour couvrir une partie des dépenses de santé non couvertes par l'assurance-maladie obligatoire. Ainsi, en 2007, 92,7% de la population détient une couverture maladie complémentaire dont 40% avec un contrat collectif (par le biais de l'employeur). Or, les études montrent des disparités dans l'étendue de la couverture (type de biens et services médicaux) et le niveau de la couverture avec, globalement, une couverture plus complète et plus élevée dans le cadre des contrats collectifs, notamment sur l'optique et les soins dentaires (DREES, Études et résultats n°698, août 2009).

Ainsi, en 2007, la dépense courante de soins et de biens médicaux (163,8 milliards d'euros, soit 8,7% du PIB) a été financée à hauteur de 76,6% par les organismes de sécurité sociale, de 1,4% par l'État et les collectivités locales, de 7,9% par les mutuelles, de 3,2% par les assurances privées, de 2,5% par les institutions de prévoyance et de 8,5% par les ménages eux-mêmes.

Les structures d'organisation, de décision et/ou de gestion

Dès l'origine, en 1945, le principe retenu est celui de la gestion du système par les intéressés eux-mêmes. L'État délègue la gestion du système de santé à l'assurance-maladie mais cette dernière reste sous sa tutelle. Ceci signifie que la responsabilité de la décision et/ou de la gestion relève des partenaires sociaux (représentants des employeurs et des salariés dans le cadre de l'assurance-maladie (CNAM)).

Toutefois, dès l'origine, l'État est très présent : l'état central (niveau ministériel), déconcentré (DDASS, DRASS, ARH), état décentralisé (collectivités locales avec les

communes, les conseils généraux et les conseils régionaux).

On a également des opérateurs privés, à but lucratif ou non, en particulier les mutuelles, qui interviennent pour financer une partie des soins non couverts par les régimes de sécurité sociale obligatoires. Ils sont réunis depuis 2004 au sein d'une union, l'UNOCAM (l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie).

On voit d'emblée la complexité de l'organisation et des processus de décision en matière de politique de santé.

Cette configuration du système de santé français est une configuration parmi d'autres, qui renvoie aux compromis politiques, économiques et sociaux sur lesquels s'est construit le système de sécurité sociale de 1945 (Letourmy, 1995). On dit souvent qu'il est organisé autour d'une « demande passive solvabilisée par un système d'assurance public » ou qu'il s'agit d'un système qui fonctionne « à guichet ouvert ». En d'autres termes, la logique qui prévaut est celle de la demande, et l'ajustement s'opère *a posteriori* par des actions principalement sur les recettes (modification de l'assiette ou des taux de cotisations sociales) et de façon secondaire sur les dépenses (Palier, 2002). Les travaux de Patrick Hassenteufel (1997, 2008) soulignent le poids de l'histoire dans les difficultés rencontrées par le système de santé français et le rôle structurant des choix faits au moment de l'édification du système d'assurance maladie notamment en matière de médecine libérale.