

La France et son système de santé

Damien Sainte-Croix (Interne de Santé Publique)

Les classements internationaux

Le classement de l'OMS 2000, fortement critique, classe le système français en première position mondiale en terme de performance. Le classement du Commonwealth Fund place le système de santé français en moins bonne position (9ème/11). L'OCDE a aussi évalué les systèmes de santé sans se risquer à un classement global des systèmes.

Il souligne les points forts et faibles du système français:

Points forts:	Points Faibles
Esperance de vie,	- Prévention
couverture de la population	- Hospitalocentrisme et Consommation médicaments
accès au soin	- Soins en villes

La loi de santé publique de 2015 met l'accent sur la prévention: lutte contre le binge drinking, le tabac, l'anorexie, la toxicomanie, mal-nutrition ...

Description du système de santé français

En France, les médecins de première ligne sont en majorité travailleurs indépendants (un des aspects privés de notre système de santé) mais les spécialistes sont principalement salariés hospitaliers et ont des rôles universitaires et de recherche. Tous les MD ont la liberté d'installation (ce qui pose des problèmes de répartition des médecins en hors hôpitaux). Aussi, s'ils ont eu une carrière hospitalière, les MD spécialistes ou non, ont droit au dépassement d'honoraire (accentuation des inégalités sociales de santé). L'accès au système de santé est contrôlé par le Médecin Traitant (gate keeper) librement choisi par le patient.

Le taux de couverture de la population est proche de 100%. Les établissements privés représentent 1/3 de la capacité d'hospitalisation (lits) mais représentent 2/3 des établissements (ceux sont des petites structures mais nombreuses). Les MD y sont payés à l'acte.

La certification des établissements privés et publics est obligatoire tous les 4 ans et organisée par la HAS (Haute autorité de santé).

Une des spécificités du système français est le fait que le secteur sanitaire (médecins, hôpitaux etc..) et le secteur social (handicap physique ou mental) se sont développés en parallèle. Cela a demandé beaucoup de travail sur le parcours de soin (trajectoire de soin).

Une loi marquante 2002 a donné plus de droits aux patients qui peuvent siéger à des instances stratégiques nationales et régionales.

Couverture maladie et Organismes d'assurance maladie Complémentaires

Les dépenses totales de santé sont couvertes par 3 sources de financement :

l'assurance maladie obligatoire publique de la sécurité sociale (70% des dépenses), les OCAM - organismes d'assurance maladie complémentaires privées (20% des dépenses), et le paiement des patients (10% des dépenses).

Chaque service est financé par ses trois financements, mais la répartition varie selon les services. Les soins curatifs et hospitaliers sont principalement couverts par l'assurance maladie publique. Les ISS se manifeste au niveau de l'accès aux OCAM et au niveau du paiement du patient. L'Etat a mis en place une CMU (couverture maladie universelle gratuite) pour les personnes les plus pauvres, mais les personnes juste au dessus de seuil d'acceptabilité sont dans une situation précaire. On voit un phénomène appelé: "renoncement au soin" sur critères économiques.

Assurance maladie obligatoire publique:

L'assurance maladie obligatoire de base est assurée par la Sécurité sociale qui couvre aussi les risques vieillesse (retraite) et famille (allocation pour les enfant). La Sécurité sociale est historiquement indépendante de l'état (système bismarkien) mais tend vers un modèle mixte depuis 20ans (financement par un impot, couverture universelle, centralisation etatique de la gestion de l'assurance maladie). L'assurance maladie obligatoire couvre les soins curatifs et hospitaliers de manière plus importante (comprenant les médicaments et dispositifs médicaux), ne laissant qu'une petite part à la charge de OCAM . La part que les Organismes complémentaires assurent est plus grande (40%-60% pour les soins ambulatoires (en ville), allant jusqu'à pres de 100% pour les frais dentaires et optique. La couverture maladie couvre l'ensemble de la population mais a deux niveaux: la couverture de base obligatoire de l'assurance maladie publique (non etatique) qui

Les OCAM

Les organismes privés d'assurance santé complémentaires peuvent être de trois types :
Mutuelles: but non lucrative, fonctionnement participative (chaque member a un droit de vote), cotisation indépendante du niveau de risqué et de l'état de santé
Assurance privé: but lucrative, actionnaire, cotisation en fonction de l'état de santé et niveau de risqué (en théorie illegal)
Institut de prévoyance : Contrats collectifs, but non lucrative

Les organismes complémentaires ont une souplesse que l'assurance maladie obligatoire n'a pas, et certains remboursent les consultations chez les ostéopathes, acupuncteurs, homeopathie, ou autres prises en charges innovantes (avec un nombre de consultation limité par ans).

Pour en savoir plus

- International health care system profiles – Commonwealth fund:
<http://international.commonwealthfund.org/countries/france>
- Panorama de la santé 2015 – OCDE
<http://www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/panorama-de-la-sante-19991320.htm>