

LE SYSTÈME DE SANTE EN FRANCE

1) Les principaux acteurs

Décideurs

Au niveau national : les ministères

Les ministères chargés de la santé, de l'action et des comptes publics, assument un large éventail de responsabilités, parmi lesquelles :

- le pilotage et la mise en œuvre des politiques de santé publique, de veille et de sécurité sanitaire.
- La supervision de l'ensemble des établissements de soins et d'accompagnement, la formation des professionnels de santé et à une bonne répartition des structures sanitaires, médico-sociales et ambulatoires sur le territoire national.
- Le soutien financier aux établissements sanitaires et médico-sociaux, la fixation des tarifs de prestation et la maîtrise des coûts en santé, la tutelle des organismes d'assurance maladie.

Au niveau régional : les ARS

Les **agences régionales de santé** assurent la coordination de la prévention, des soins et de l'accompagnement. Elles veillent à une gestion cohérente des ressources pour permettre un accès égal de tous à une prise en charge continue, de qualité et sécurisée.

Financeurs

Les **caisses d'assurance maladie** obligatoire remboursent la majeure partie des soins et contribuent à l'organisation du système de soins. Les assurances maladies complémentaires complètent le remboursement des soins. Les acteurs économiques (entreprises et salariés) **financent le système d'assurance maladie**.

Les acteurs du système de soins

- **Professionnels de santé** : Médecins, infirmières, ... etc.
- **Etablissements de santé, sociaux et médico-sociaux**

- **Collectivités territoriales** qui contribuent aux actions de santé publique.
- **Associations** qui développent des activités de prévention et soutiennent les malades.

- **Les organisations professionnelles**

Les **syndicats** des professionnels de santé, **les URPS** et **les ordres** sont trois entités distinctes impliquées dans la représentation et l'organisation et la régulation des professionnels de santé en France.

○ **Les Syndicats**

Les syndicats ont pour mission de défendre les intérêts sociaux et économiques des professionnels. Ces organisations autonomes et indépendantes présentes au niveau national, régional et/ou local négocient avec les autorités de santé et les gouvernements

pour défendre les droits et les revendications des professionnels de santé : conditions de travail, des rémunérations, des avantages sociaux, et la défense des droits des professionnels de santé.

- **Les URPS**

Les URPS sont des structures régionales créées en France pour représenter et coordonner les professions de santé au niveau régional. Elles ont été créées par la Loi HPST et ont le statut de Associations Loi 1901.

Elles ont été mises en place pour favoriser la participation des professionnels de santé à l'organisation de l'offre de soins dans leur région respective.

Les URPS sont composées de professionnels de santé élus par leurs pairs et sont responsables de diverses missions, notamment la concertation avec les autorités régionales de santé afin de contribuer à l'élaboration des politiques de santé régionales, la coordination des professionnels de santé (intra et interprofession) dans la région, et la promotion de la qualité des soins.

- **Les ordres des professionnels de santé :**

Les ordres sont des organismes à caractère corporatif institués par la loi. Ils remplissent une fonction de représentation de la profession mais également une mission de service public en participant à la réglementation de l'activité et en jouant le rôle de juridiction disciplinaire pour ses membres.

Les ordres professionnels exercent un double rôle :

- Vis-à-vis de l'Etat, l'ordre représente la profession. Il peut à ce titre être saisi par les autorités étatiques de tout projet de réforme de l'organisation ou du fonctionnement de la profession ;
- Vis-à-vis de la profession, l'ordre a pour tâche essentielle de faire respecter une certaine discipline intérieure.

Autres acteurs :

- **Associations de patients** : Représentent les usagers du système de santé.

2) Les différentes structures d'exercices coordonnés et structures de coordination

a) Structures d'exercices coordonnés

ESP

Une équipe de soins primaires est un ensemble de professionnels de santé **constitué autour de médecins généralistes de premier recours**, choisissant d'assurer leurs activités de soins de premier recours sur la base d'un projet de santé qu'ils élaborent autour d'une ou plusieurs thématiques communes bénéficiant à leurs patients (a minima un MG et un professionnel paramédical)

L'ESP se mobilise autour d'une thématique commune de leur patientèle

MSP

Des professionnels de santé regroupés **localement, qui interviennent auprès des patients pour leur apporter des soins, un accompagnement** dans leur parcours de soin ou démarche de prévention.

Ils sont issus de plusieurs métiers, c'est dans ce sens que la MSP est dite « pluriprofessionnelle »

→ SISA (société interprofessionnelle de soins ambulatoires = investissement des deniers personnels des pro)

La MSP répondent aux besoins du patient, d'une patientèle

CDS

Les centres de santé sont structures d'exercice collectif créés et gérés par des organismes à but non lucratif, des collectivités territoriales, des établissements publics, privés... Ces centres appliquent le tiers payant sans dépassement d'honoraires

Les équipes sont **salariées** de la structure porteuse

L'équipe salariée du CDS répond aux besoins de soins du patient, d'une patientèle

b) Structures de coordination

CPTS

Une **communauté** de professionnels de santé, **qui participe à la coordination des activités** des professionnels de santé **d'un territoire**, que ces activités soient issues des **établissements ou de la ville**.

La CPTS coordonne mais n'effectue pas les soins

Ce sont ses adhérents qui les prodiguent (MSP, établissements de santé, hôpitaux, centres de santé, ou les professionnels isolés).

→ Association loi 1901 financée par la CPAM

La CPTS et ses adhérents répondent aux besoins organisationnels d'un territoire

ESS

Les équipes de soins spécialisées contribuent à l'organisation des soins de leur spécialité et s'organisent pour répondre aux besoins de soins spécialisés dans les délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Les ESS, en contribuant à structurer le second recours, améliorent les parcours de santé des patients. Elles facilitent l'articulation des médecins spécialistes volontaires d'une part avec les acteurs de soins primaires d'autre part avec les acteurs du troisième recours, à savoir les établissements de santé.

→ Association loi 1901 financée par la CPAM

L'ESS a vocation à s'intégrer dans le maillage territorial et à collaborer avec les autres dispositifs d'exercice coordonné.

DAC

Le dispositif d'appui à la coordination (DAC) vient en appui aux professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux et parfois aux familles. Il est né de la fusion des maïa et des CTA puis des PTA. Il apporte **un appui opérationnel** pour le suivi des **parcours de santé complexe**.

Il a pour missions **d'informer, d'orienter** et de **coordonner** grâce à une plateforme téléphonique et des coordinateurs-trices de parcours qui peuvent se déplacer au domicile des patients.

Le DAC bénéficie d'un financement ARS.

Les salariés des DAC coordonnent les parcours de soins complexe d'un patient.

CLS

Le contrat local de santé (CLS) est un outil porté conjointement par l'ARS et une collectivité territoriale pour réduire les inégalités territoriales et sociales de santé

(Déclinaison du PRS sur les thèmes : promotion et prévention de la santé, politiques de soins, accompagnement médico-social)

Un diagnostic de territoire réalisé par l'ORS

Appui financier de l'ARS mais nécessite un complément de financement par les collectivités

Mobilisation des élus sur la thématique santé

3) Les grandes dates encadrant l'évolution du système de santé en France

Nov 1927: Charte de la Médecine Libérale comprenant 7 principes :

1. Libre choix du médecin par le patient
2. Respect absolu du secret professionnel
3. Droit à des honoraires pour tout malade soigné
4. Paiement direct des honoraires par le patient, honoraire libre
5. Libertés thérapeutiques et de prescription
6. Contrôle des malades par la caisse, des médecins par les syndicats et la commission médicale d'arbitrage
7. Représentation des médecins dans les caisses

1945 : Mise en place de la sécurité sociale

1978 : Définition des soins primaires L'Organisation mondiale de la santé (**OMS**) définit les soins de santé primaires comme « le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. »

1991 : Premiers « réseaux de santé »

Apparition de la notion de **réseau** qui est utilisée pour la première fois via la circulaire DH/DGS du 4 juin 1991 relative à la mise en place des **réseaux ville-hôpital VIH**.

Ordonnance du 24 avril 1996 : Réforme « Juppé » de l'assurance Maladie : Création des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH)

Loi n° 96-646 du 22 juillet 1996 : Instaure le vote annuel d'un objectif national de dépenses d'assurance – maladies (ONDAM) L'assurance maladie négocie la rémunération des professionnels de santé avec les syndicats représentatifs de chaque profession de santé (professions conventionnées).

Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelles (CMU) (devenue PUMa en 2016)

2004 Introduction de la notion de parcours coordonné : Mise en place du parcours de soins coordonné par la loi relative à l'assurance maladie, dont l'article 7 lie la coordination des soins et la **désignation par chaque assuré d'un médecin traitant**.

Loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) acte le principe général de complémentarité et de coopération entre acteurs du système de santé. Elle propose une réorganisation globale du système de soins en traitant prioritairement des questions de la lutte contre les déserts médicaux, du décloisonnement entre les secteurs hospitaliers, médico-social et social, la performance des hôpitaux... et d'une manière générale la coordination du système de santé. (Organisation pour la qualité, et la performance, avec plus de considération pour la prévention). Création notamment des ARS, des URPS

Loi du 26 janvier 2016 Modernisation du système de santé

3 Axes :

1. Prévenir avant d'avoir à guérir
2. Faciliter la santé au quotidien en mettant les soins de proximité au centre du système de santé. Amorcer du "virage ambulatoire" : (ES, CPTS) et renforcer le service public hospitalier (groupement hospitalier de territoire : GHT) ;
3. Innover pour conforter l'excellence en santé : de nouveaux droits concrets pour les patients (faciliter l'accès à l'IVG...), la progression de la démocratie sanitaire (ouverture des données de santé...), renforcement de la sécurité des patients (nouvelles garanties sur la politique du médicament, la défense collective...).

2018 : « Ma santé 2022 »

Présentation de la stratégie de transformation du système de santé autour de la notion de décloisonnement, avec trois engagements prioritaires :

- Placer le patient au cœur du système de santé et la qualité de sa prise en charge le cœur de la réforme
- Organiser l'articulation entre l'hôpital, la médecine de ville et le médico-social pour mieux répondre aux besoins de proximité
- Repenser les métiers et la formation des professionnels de santé

Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (**OTSS**) issue de « Ma santé 2022 », s'articule autour de plusieurs actions prioritaires :

- Le décloisonnement des parcours de formation et les carrières des professionnels de santé via notamment la suppression du numerus clausus pour l'accès aux études médicales, pharmaceutiques, odontologiques et maïeutiques et en permettant l'accès à ces études à partir de voies diversifiées.
- La création de collectifs de soins entre professionnels du secteur ambulatoire, médico-social ou hospitalier visant à mieux structurer l'offre de soins dans les territoires, traduit notamment via le développement de projets de santé de territoire

(les contrats territoriaux de santé étant élargis aux projets de santé des équipes de soins spécialisées (ESS) et des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)).

- Le développement du numérique en santé via la création d'un espace numérique en santé pour chaque usager. Les notions liées à la télésanté, à la télémedecine sont précisées ainsi que leurs modalités de déploiement et de tarification.

2020 Ségur de la santé

Conséquence de la crise sanitaire, le Ségur de la santé a pour ambition d'accélérer la modernisation du système de santé en s'appuyant sur **4 piliers** :

- **Transformer les métiers et valoriser ceux qui soignent** : revalorisation des salaires à l'hôpital, augmenter le nombre de paramédicaux formés, accélérer le déploiement des IPA...
- **Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins** : baisse de la part de la T2A à l'hôpital, investissements massifs en santé...
- **Simplifier les organisations et le quotidien des équipes de santé pour qu'ils se consacrent en priorité à leurs patients** : Redonner aux services hospitaliers toute sa place pour s'organiser, renforcer la place des paramédicaux et des usagers dans la gouvernance des établissements de santé...
- **Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers** : Améliorer la prise en charge des personnes âgées, lever les freins à la téléconsultation et pérenniser la prise en charge à 100 %, Développer l'accès aux soins non-programmés (SAS) et l'exercice coordonné (ESP, ESS, CPTS)