
FRÉDÉRIC BIZARD

REFONDER LE SYSTÈME
DE SANTÉ FRANÇAIS
POURQUOI ? COMMENT ?

40

**PROPOSITIONS
POUR RÉFORMER**

ANNEXES

AU DOCUMENT PRINCIPAL

JUILLET 2014

SOMMAIRE DES ANNEXES

Annexe 1 : Benchmark et diagnostic de notre système de santép 3

Annexe 2 : Formes d'exercice de groupe des médecinsp 49

Annexe 3 : Développer la télémédecine dans un objectif d'améliorer l'efficacité de notre système de santé et la qualité de vie des usagersp 50

Annexe 4 : Etat des lieux des différents secteurs hospitaliersp 52

Annexe 5 : Evolution de l'activité des différents secteurs hospitaliersp 54

Annexe 6 : Développer les alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.....p 57

Annexe 7 : Le parcours de soins en cancérologiep 61

Annexe 8 : Organisation actuelle de la gouvernance du système de santé.....p 63

Annexe 9 : Récapitulatif des économies générées par nos propositions sur trois ans.....p 67

ANNEXE 1

Benchmark et diagnostic de notre système de santé

Sommaire de l'annexe 1

I.1 | Benchmark international

1.1 | Le contexte économique et social des systèmes de santé

1.2 | Ressources et activités des soins de santé

1.3 | Performances des systèmes de santé

1.4 | Déterminants non médicaux de la santé

1.5 | Etat de santé des populations

1.6 | Vieillesse et soins de longue durée

Synthèse du benchmark

I.2 | Diagnostic du système de santé français

2.1 | Une efficacité de notre système de santé en déclin

2.2 | Des inégalités sociales de santé croissantes

2.3 | Le financement de notre système de santé est-il soutenable sans refonte?

2.4 | Un sentiment de déclin au sein de la population malgré un fort attachement au système de santé.

Synthèse du diagnostic

Diagnostic de notre système de santé

Le diagnostic de notre système de santé va se définir en deux temps. D'abord, un benchmark de la France se fera sur la moyenne dans l'OCDE¹ et sur sept autres pays de l'OCDE : Allemagne, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis, Suède, Japon, Suisse. Ces pays sont à la fois comparables avec la France sur le plan de leur développement économique et social et représentent les principaux types de système de santé dans le monde. Ensuite, nous nous intéresserons à l'analyse des performances de notre

¹ L'OCDE comprend 34 pays développés dont 21 pays de l'UE+ Afrique du Sud, Australie, Brésil, Canada, Chili, Corée du Sud, Etats-Unis, Japon, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Suisse, Turquie

système de santé en matière de résultats sanitaires, de satisfaction des usagers et de qualité de la couverture assurantielle. Nous analyserons enfin si le financement de notre système de santé est soutenable

I.1 | Benchmark international

La performance des systèmes de santé comporte plusieurs dimensions, telles que le degré d'accès aux soins et la qualité des soins concernés, et doit aussi prendre en compte les ressources financières requises pour atteindre ces objectifs en matière de qualité et d'accessibilité. Les performances dépendent des personnes et institutions qui fournissent les services (les professionnels de santé et établissements de soins), de la formation, des technologies et des équipements dont ils disposent.

Nous démarrerons ce benchmark par les facteurs contextuels qui influent sur l'état de santé de la population ainsi que sur la demande de services de santé, tels que les caractéristiques démographiques et le développement économique et social.

Le benchmark de la France se fera sur la moyenne dans l'OCDE¹ et sur sept autres pays de l'OCDE : Allemagne, Royaume-Uni, Canada, Etats-Unis, Suède, Japon, Suisse. Ces pays sont à la fois comparables avec la France sur le plan de leur développement économique et social et représentent les principaux types de système de santé dans le monde.

1.1 | Le contexte économique et social des systèmes de santé

Tableau 1: Contexte démographique et économique

La France dispose d'une population plus importante (63,3 millions) que la moyenne des pays de

	Population totale (milliers)		Pourcentage de la population âgée de 65 ans et +		PIB par habitant en USD PPA	Taux de croissance annuel moyen du PIB		
	1990	2011	1980	2011	2011	1990-2000	2000-2010	2010-2011
France	56 709	63 249	14,0%	17,1%	35 395	1,5%	0,5%	1,2%
OCDE (moyenne)	30 809	36 330	12,1%	15,4%	35 436	2,4%	1,5%	1,8%
Allemagne*	62 679	81 373	15,5%	20,7%	39 662	1,3%	1,0%	3,5%
Canada	27 690	34 484	11,3%	14,7%	40 449	1,9%	0,8%	1,5%
Etats-Unis	249 623	311 588	12,5%	13,2%	48 113	2,2%	0,6%	1,1%
Japon	123 613	127 799	17,4%	23,3%	33 843	0,9%	0,7%	-0,4%
Royaume-Uni	57 238	61 760	15,7%	16,2%	36 158	2,5%	1,3%	0,3%
Suède	8 559	9 447	17,8%	19,3%	41 461	1,7%	1,6%	2,9%
Suisse	6 712	7 912	14,6%	17,1%	51 227	0,4%	0,9%	0,8%
* Allemagne de l'ouest avant 1991								
Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013								

l'OCDE (36 millions d'habitants) et d'une population légèrement plus âgée (17,1% de plus de 65 ans contre 15,4% en moyenne), ce qui est le cas de tous les pays du benchmark à l'exception notable des Etats-Unis (13,2%) et du Canada (14,7%). Par rapport aux sept pays de base du benchmark, la France possède la quatrième population en nombre après les Etats-Unis, le Japon et l'Allemagne et est

¹ L'OCDE comprend 34 pays développés dont 21 pays de l'UE+ Afrique du Sud, Australie, Brésil, Canada, Chili, Corée du Sud, Etats-Unis, Japon, Mexique, Norvège, Nouvelle-Zélande, Suisse, Turquie

aussi la quatrième population la plus âgée en nombre de personnes de plus de 65 ans (17,1%) après le Japon (23,3%), l'Allemagne (20,7%) et la Suède (19,3%), à égalité avec la Suisse.

La richesse nationale par habitant (35 400 USD) est équivalente à la moyenne des pays de l'OCDE et la plus faible des sept pays après le Japon (33 850 USD). La Suisse (51 230 USD) et les Etats-Unis (48 110 USD) sont de loin les pays les plus riches par habitant. En termes de croissance économique, la France a nettement décroché par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE. Ce décrochage a réellement eu lieu dans les années 80 puisque le taux annuel moyen de croissance de 1970-80 était de 3% en France contre 2,9% dans l'OCDE, puis de 1,9% contre 2,3% de 1980-1990 puis de 1,5% contre 2,4% dans les années 1990-2000. Le décrochage s'est accéléré depuis 2000 puisque la croissance a été 3 fois moins forte en France (0,5%) que dans la moyenne des pays de l'OCDE (1,5%) dans les années 2000-2010. Le discours sur une France qui a mieux résisté à la crise de 2008 grâce notamment à son modèle social est à relativiser lorsqu'on analyse sa performance sur la décennie. Au cours de cette décennie, seule la Suède a maintenu une croissance (1,6%) supérieure à la moyenne de l'OCDE et la France a la plus mauvaise croissance depuis 2000 parmi les sept pays du benchmark.

Tableau 2: Evolution des dépenses de santé des pays

	Dépenses totales de santé en pourcentage de PIB		Dépenses totales de santé par habitant en USD PPA	Tx de croissance annuel par hbtt des dépenses de santé (en termes réels)*	Dépenses publiques de santé par habitant en USD PPA	Part des dépenses publiques (en %age des dép totales)	Taux de croissance annuel par habitant des dépenses publiques
	1990	2011					
France	8,4%	11,6%	4 118	1,8%	3 161	76,8%	1,5%
OCDE (moyenne)	6,9%	9,3%	3 322	3,4%	2 414	72,7%	3,5%
Allemagne	8,3%	11,3%	4 495	2,1%	3 436	76,4%	1,7%
Canada	8,9%	11,2%	4 522	3,0%	3 183	70,4%	3,0%
Etats-Unis	12,4%	17,7%	8 508	3,0%	4 066	47,8%	4,0%
Japon	5,8%	9,6%	3 213	3,0%	2 638	82,1%	3,2%
Royaume-Uni	5,8%	9,4%	3 405	4,0%	2 821	82,8%	4,4%
Suède	8,2%	9,5%	3 925	3,1%	3 204	81,6%	2,7%
Suisse	8,0%	11,0%	5 643	1,8%	3 661	64,9%	3,3%
* Monnaie nationale (déflatée par le niveau des prix du PIB en 2005)							
Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013							

Les dépenses de santé¹ représentaient 11,6% du PIB en France en 2011, plus de deux points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (9,3%). Cet écart de 2,3 points s'est creusé sur les vingt dernières années (il était de 1,5 points en 1990). En dehors des Etats-Unis qui sont de loin les plus dépensiers en santé (17,7% du PIB), les six autres pays se classent en deux groupes ; celui des 11 points de PIB (Allemagne, Canada, Suisse) et celui des 9,5 points de PIB (Japon, Royaume-Uni, Suède).

La France (4100€ par habitant) se situe au-dessus (de 24%) de la moyenne des pays de l'OCDE en dépenses de santé par habitant (4 118 USD). Par rapport aux autres pays du benchmark, en dehors

¹ L'OCDE, comme Eurostat et l'OMS, considère la dépense totale de santé qui était de 230 milliards€ en 2011 et non la dépense courante de santé (238 milliards \$), d'où les 11,6% de PIB et non 12% comme évoqué dans la partie 1.2. La dépense totale de santé est évaluée en retranchant de la Dépense courante de santé ou DCS les indemnités journalières, la prévention environnementale et alimentaire, la recherche nette, la formation médicale et en ajoutant la formation brute de capital fixe (FBCF) et certaines dépenses sociales liées à la dépendance et au handicap.

des Etats-Unis où la dépense par habitant est plus du double (8 500 USD) que la nôtre, la France se trouve à une position intermédiaire après la Suisse (5 650 USD), le Canada, l'Allemagne (4 500 USD) et devant la Suède (3 900 USD), le Royaume-Uni (3 400 USD) et le Japon (3 200 USD). Si la France n'a pas connu le même niveau de chute des dépenses de santé par habitant que la moyenne des pays de l'OCDE suite au choc financier de 2008 (-0,2% contre +0,7% en France en 2010), la croissance annuelle en termes réels (ie hors inflation) par habitant de ses dépenses de santé sur la période 2000-2011 a été presque deux fois moins élevée (1,8% contre 3,4%) que dans les pays de l'OCDE. Ce taux est le plus faible des sept pays du benchmark, à égalité avec la Suisse. L'Allemagne a eu une croissance proche de la France (2,1%), les autres pays ayant connu des taux de croissance de 3% ou plus par an.

Le financement public représente la principale source de financement des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des Etats-Unis, du Mexique et du Chili où elles sont inférieures à 50%. En France, 76,8% des dépenses de santé étaient financées par des fonds publics en 2011, un niveau de **4 points plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE (72,7%) et de 31% supérieur en valeur (3161€ vs 2414€)**. Parmi les pays du benchmark, la France est, avec l'Allemagne, entre le groupe des 70% et moins composé de la Suisse et du Canada et le groupe des 82% et plus composé de la Suède, du Japon et du Royaume-Uni. Malgré une hausse continue des dépenses publiques de santé après la crise de 2008, la France a connu un taux de croissance annuel moyen (1,5%) de ces dépenses publiques de santé plus de deux fois plus faible que la moyenne de l'OCDE (3,5%) sur la période 2000-2011 ; le taux le plus faible des sept pays du benchmark sur cette période. Seuls le Royaume-Uni et le Japon ont une dépense publique de santé plus faible que la France.

1.2 | Ressources et activités des soins de santé

Comparons les ressources humaines et technologiques de la France avec les autres pays du benchmark et voyons comment se situent nos activités de soins.

Personnel de santé

Tableau 3: Benchmark de la démographie médicale

Pays	Médecins en exercice pour 1000 habitants		Pourcentage de spécialistes	Nouveaux diplômés en médecine/100 000 hbts	Nouveaux diplômés en médecine/1000 médecins	Personnel infirmier en exercice pour 1000 hbts	Ratio Infirmier/médecins	Rémunération des infirmiers à l'hôpital par rapport au salaire moyen
	2000	2011						
France	3,3	3,3	48%	6	18	8,7	2,6	1
OCDE	2,8	3,2	30%	11	34	8,8	2,8	NR
Allemagne	3,2	3,8	40%	12	31	11,4	3	1,2
Canada	2,1	2,4	47%	7	30	9,3	4,3	1,1
Etats-Unis	2,4	2,5	15%	7	27	11,1	4,3	1,3
Japon	2,0	2,2	NR	6	27	10	4,5	1,1
Royaume-Uni	2,0	2,8	30%	12	42	8,6	3,1	0,9
Suède	3,0	3,9	18%	9	22	11,1	2,9	NR
Suisse	NR	3,8	28%	9	24	16,6	4,3	NR

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

La France comptait 3,3 médecins par millier d’habitants en 2011, un chiffre un peu plus élevé que la moyenne de l’OCDE (3,2). **Cette densité est stable depuis 2000 du fait de la progression** du nombre de médecins en ligne avec la croissance de la population. La hausse du nombre de médecins est aussi due au fait qu’un nombre plus élevé que prévu de médecins de plus de 65 ans ont poursuivi leur activité (Drees, 2013). Par rapport aux autres pays du benchmark ; la France se trouve entre un groupe de pays à moins de 3 médecin par millier d’habitants (Canada, Etats-Unis, Japon, Royaume-Uni) et un groupe à plus de 3,5 (Allemagne, Suède, Suisse). La plus forte progression en densité de médecin depuis 2000 s’est produite au Royaume-Uni et en Suède avec une densité en hausse de 0,8 et 0,9 point respectivement.

Le nombre de médecins nouvellement diplômés est le plus faible en France en densité, avec une densité presque deux fois plus faible que dans la moyenne de l’OCDE, aussi bien en densité par habitant que par médecin. Ceci est le résultat de l’abaissement permanent dans les années 80 et 90 du numérus clausus et va se traduire par une baisse de la densité de médecin en France dans les années à venir. A contrario, le Royaume-Uni sort deux fois plus de médecins diplômés par an en termes de densité par habitant et par médecin. A l’exception de l’Allemagne et du Royaume-Uni, les cinq autres pays du benchmark présentent une densité de nouveaux diplômés sensiblement plus faible que la moyenne de l’OCDE.

La France se singularise par un ratio de spécialistes parmi les médecins (48%) plus de 50% plus élevé que la moyenne de l’OCDE (30%) et est de loin avec le Canada le pays qui a le plus grand nombre de médecins spécialistes. C’est un atout en termes de qualité des ressources médicales disponibles mais aussi une source potentielle de coûts élevés des soins, en particulier si le spécialiste effectue des soins ne nécessitant pas la présence d’un spécialiste. Cependant, on voit que le faible taux de spécialistes aux Etats-Unis (15%) est associé à un coût très élevé de la santé.

La densité de personnel infirmier en France était de 8,7 infirmières par millier d’habitants, un nombre égal à la moyenne de l’OCDE (8,8) mais nettement inférieur aux autres pays du benchmark, à l’exception du Royaume-Uni (8,6) qui compte presque la même densité. Les infirmières sont légèrement mieux payées en Allemagne, au Canada, aux Etats-Unis et au Japon où le rapport au salaire moyen est supérieur à 1 alors qu’en France il est de 1.

Tableau 4: Une faible rémunération des médecins, ou le reflet d’une dévalorisation de la profession

Pays*	Rémunération des médecins par rapport au salaire moyen, 2011				Evolution de la rémunération des médecins 2005-2011 (taux de croissance annuel moyen)	
	Médecins spécialistes salariés	Médecins spécialistes libéraux	MG salariés	MG libéraux	MG	Spécialistes
	2011	2011	2011	2011	2005-2011	2005-2011
France	2,2	3,6	NR	2,1	1,7%	2,7%
Autriche	NR	4,2	NR	2,7	2,2%	0,2%
Belgique	NR	6,2	NR	2,3	5,5%	3,6%
Canada	NR	4,7	NR	3,0	3,7%	4,5%
Allemagne	2,8	NR	NR	NR	NR	NR
Pays-Bas	3,0	5,3	1,9	3,0	4,4%	4,2%
Royaume-Uni	2,3	NR	1,9	3,4	NR	NR

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

* Le benchmark porte sur les pays de l'OCDE dont les données sont disponibles

Les médecins français gagnent entre 2,1 et 3,6 fois plus que le salaire moyen des Français, ce qui est

la tranche la plus basse des rémunérations des médecins dans d'autres pays comparables. Les écarts de salaire entre les médecins spécialistes et généralistes se sont creusés ces dernières années, réduisant l'attrait de la profession de médecin généraliste. La hausse de la rémunération des généralistes a été de 1 point plus faible chaque année en France que celle des spécialistes et bien inférieure à celle des autres pays.

Ramené au taux horaire, **le revenu du médecin généraliste libéral se rapproche de celui du salaire moyen**. Considérant son rôle dans la société, cela devrait interpeller les autorités et ceux qui s'étonnent de la désertification médicale de certains territoires. Ce décrochage des salaires a en effet un impact majeur sur l'attractivité de l'installation en médecine libérale (moins de 10% des médecins nouvellement inscrits à l'ordre s'installent), en net déclin ces dernières années et même sur le statut du médecin dans notre société.

Activités de santé

Voyons les volumes d'activités médicales en médecine de ville et à l'hôpital.

Tableau 5: Une utilisation intensive des ressources humaines et technologiques

Pays	Consultations de médecins par hbtt	Nombre de consultations par médecin	Appareils IRM (total) par million d'hbttts	CT scanners (total) par million d'hbttts	Examens d'IRM (total) pour 1000 hbttts	Examens CT scanners (total) pour 1000 hbttts
	2011	2011	2011	2011	2011	2011
France	6,7	2 200	7,5	12,5	68	155
OCDE	6,5	2 400	13,3	23,6	55	131
Allemagne	9,8	2 500	10,8	18,3	95	117
Canada	7,5	3 100	8,5	14,6	50	127
Etats-Unis	4,0	NR	31,5	40,9	103	274
Japon	13,0	6 000	46,9	101,3	47	NR
Royaume-Uni	5,0	1 900	5,9	8,9	41	78
Suède	3,0	800	NR	NR	NR	NR
Suisse	4,0	1 100	19,3	33,6	NR	NR

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

Le nombre de consultations en France apparaît assez proche de la moyenne de l'OCDE aussi bien par habitant (6,7 contre 6,5) que par médecin (2200 contre 2400). Les autres pays du benchmark forment deux groupes ; un groupe avec un nombre élevé de consultations (plus de 7 par habitant et 2500 par médecin) avec le Canada, l'Allemagne, le Japon et le groupe à nombre réduit de consultations (moins de 5 par personne et 1900 par médecin) avec le Royaume-Uni, la Suisse, la Suède et les Etats-Unis. La différence entre la France, dominé par le paiement à l'acte et le Royaume-Uni, doté d'un paiement à la capitation (forfaitaire) n'est pas si forte, puisque chaque médecin réalise 13% de plus en France de consultations.

Au cours des dix dernières années, la plupart des pays de l'OCDE ont connu une augmentation rapide de la disponibilité des technologies de diagnostic médical telles que les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la tomodensitométrie (CT scanners). Ces technologies permettent d'améliorer la qualité des diagnostics et des traitements. Contrairement aux technologies traditionnelles de radiographie et scanner, les examens par IRM n'exposent pas les patients à un

rayonnement ionisant. En France, le nombre d'IRM est passé de 1,7 appareil par million d'habitants en 2000 à 7,5 en 2011. Cependant, ce taux d'équipement est 44% plus faible que la moyenne de l'OCDE (13,3). Il en est de même pour les scanners où la France est presque deux fois moins équipée que la moyenne de l'OCDE (12,5 vs 23,6 appareils par million d'habitants). Parmi les pays du benchmark, on distingue pour les deux appareils deux groupes : celui des pays sous-équipés (Allemagne, Canada et Royaume-Uni) et celui des pays suréquipés (Japon, Etats-Unis, Suisse). Sans ligne directrice d'utilisation (guidelines) comme en Grèce, le nombre d'examen explose (plus de 300 scanners pour 1000 habitants) ; avec des règles strictes comme au Royaume-Uni (imposées par le National Institute of clinical excellence), on observe un sous-équipement et un faible nombre d'examen (avec le système de file d'attente du système anglais).

Une des raisons de sous-équipement de la France est la crainte des pouvoirs publics de voir s'envoler les dépenses d'examen si le taux d'équipement est élevé. En fait, le faible taux d'équipement n'empêche pas la France de dépasser la moyenne OCDE en nombre d'examen, aussi bien en IRM qu'en CT scanners. Cela se traduit par une utilisation intensive des équipements, accessibles sur des amplitudes horaires plus importantes que dans les autres pays. Cette utilisation intensive est surtout présente dans le secteur privé où le système semble à son maximum alors que qu'il y a probablement une marge d'utilisation plus intensive dans le public. Cependant, augmenter le nombre d'examen dans le public plutôt que dans le privé n'est pas efficient du fait du coût plus élevé d'un examen IRM ou scanner à l'hôpital qu'en ville.

Les données récentes¹ montrent un taux d'équipement en hausse en 2013 à 646 IRM soit un taux d'équipement qui a dépassé les 10 IRM par million d'habitants en France métropolitaine. Les inégalités territoriales en termes d'offres d'IRM demeurent importantes, allant du simple (Bourgogne, Corse) au double (Nord Pas de Calais). Cela se traduit par des délais d'attente moyens en hausse en 2013 (**30,5 jours** en 2013 contre 29,1 jours en 2012 pour un IRM en France), qui pour le coup génèrent la réalisation d'examen supplémentaires, de l'angoisse pour les patients voir des pertes de chance dans certains cancers. La France a un retard à combler en termes de taux d'équipement si on veut atteindre les objectifs fixés par les plans cancer d'un délai d'attente de 10 jours pour les 10 régions les plus touchées par le cancer. Il existe une corrélation linéaire entre le nombre d'appareils et les délais d'attente (43,3 jours dans les 5 régions les moins bien équipées et 23,8 jours dans les moins bien équipées) même si la durée du délai d'attente est multifactorielle. La question du taux d'équipement optimal en appareils reste cependant ouverte.

Un sous-équipement français durable en IRM et en scanners serait un frein à la substitution de l'imagerie conventionnelle (dont les dépenses sont trois fois plus élevées) par l'imagerie en coupe, dont le diagnostic est beaucoup plus performant. . Ce serait donc bien à terme une perte d'efficacité. La radiologie interventionnelle est aussi une source d'efficacité en contribuant à réduire les durées d'hospitalisation. **Les tenants du sous-équipement ignorent les gains d'efficacité apportés par l'innovation médicale et que même à niveau de dépenses équivalent en imagerie avec davantage de scanners et d'IRM, ces dépenses seront nettement plus rentables pour l'ensemble du système de santé.**

¹ Enquête Cemka Eval- 2013

Tableau 6: Une surcapacité hospitalière avérée

Pays	Lits d'hôpitaux pour 1000 hbttts		Lits pour soins curatifs pour 1000 hbttts	Lits pour soins psychiatriques pour 1000 hbttts	Taux d'occupation des lits curatifs	Sorties d'hôpital pour 1000 hbttts - Toutes causes	Durée moyenne de séjour (en jours) - Toutes causes
	2000	2011	2011	2011	2011	2011	2011
France	8,0	6,4	3,4	0,9	75%	169	8,8
OCDE	5,8	4,8	3,4	0,7	79%	156	7,5
Allemagne	9,1	8,3	5,3	1,2	79%	244	11,4
Canada	3,8	2,8	1,7	0,4	90%	82	7,7
Etats-Unis	3,5	3,1	2,6	0,3	65%	125	4,8
Japon	14,7	13,4	8,0	2,7	77%	111	18,2
Royaume-Uni	4,1	3,0	2,4	0,5	82%	136	7,3
Suède	3,6	2,7	2,0	0,5	NR	163	6
Suisse	6,3	4,9	3,0	0,9	88%	170	8,8

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

La France compte **6,4 lits pour 1000 habitants, soit un tiers de plus que la moyenne de l'OCDE (4,8)**. Cette surcapacité hospitalière a légèrement diminué depuis 2000, où nous comptons 38% de plus de densité de lits (8 contre 5,8). Avec la réduction de la durée moyenne de séjours à l'hôpital et la hausse (insuffisante) du recours à la chirurgie ambulatoire, la densité en lit a baissé de 20% en France depuis 2000, ce qui est insuffisant pour rejoindre la moyenne de l'OCDE. Parmi les autres pays du benchmark, à l'exception de la Suisse qui est dans la moyenne de l'OCDE, l'Allemagne et le Japon¹ sont nettement au-dessus de la moyenne en lits alors que le Canada, les États-Unis, la Suède et le Royaume-Uni sont nettement en dessous de la moyenne. Ces quatre pays ont plus de deux fois moins de lits par habitant que la France.

En France, les lits curatifs ne représentent que 53% de la totalité des lits ce qui amène la densité en lits curatifs à la moyenne de l'OCDE, mais encore nettement supérieure à celle de la Suède, la Suisse, du Royaume-Uni et des États-Unis. La part des lits curatifs est en moyenne dans l'OCDE supérieure à 70% de la totalité des lits.

La France connaît un taux d'occupation des lits curatifs plus faible que la moyenne de l'OCDE et le plus faible des pays du benchmark. A l'exception des États-Unis, le taux d'occupation des lits dans les pays à faible densité est plus élevé que la moyenne de l'OCDE, avec un plus haut de 90% pour le Canada.

La durée moyenne de séjour en France (8,8 jours) est de 17% supérieure à celle de l'OCDE (7,5). Les pays qui ont une densité de lits élevée, comme la France, le Japon (qui est peu comparable du fait de ses admissions sociales) et l'Allemagne ont une durée de séjour supérieure à la moyenne. Il est intéressant de noter que les États-Unis ont la plus faible densité de lits, le taux d'occupation le plus bas et la durée de séjour la plus faible. Les surcouts de santé aux USA ne viennent en tout cas pas des unités de volume à l'hôpital.

La France a deux fois plus d'hôpitaux par million d'habitants (41) que le Canada (21), les États-Unis (19) et le Royaume-Uni (13). A l'exception du Canada qui dispose d'une hospitalisation

¹ Au Japon, le système des « admissions sociales » à l'hôpital signifie qu'une proportion importante de lits est affectée aux soins de longue durée.

essentiellement publique, la France possède un parc hospitalier public (14 par million d'habitants) plus dense que dans les autres pays comparables (10 en Allemagne, 12 au Japon).

Tableau 7: Une diffusion rapide de l'innovation chirurgicale

Pays	Angioplastie en %age des interventions de revascularisations*	Chirurgie de remplacement		Taux d'accouchement par césarienne pour 100 naissances vivantes	Consommation de médicaments en dose quotidienne définie pour 1000 hbttts/jour				Part des génériques dans le marché pharmaceutique	
		de la hanche pour 100 000 hbttts	du genou pour 100 000 hbttts		Contre l'hypertension	d'anticholestérols	d'antidiabétiques	d'antidépresseurs	Valeur	Volume
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
France	87%	230	133	20	266	92	66	50	12%	25%
OCDE	78%	160	119	27	339	91	60	56	19%	41%
Allemagne	84%	NR	207	31	555	68	83	83	35%	76%
Canada	72%	126	149	26	340	109	69	69	NR	NR
Etats-Unis	71%	204	NR	31	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Japon	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	9%	23%
Royaume-Uni	80%	181	143	24	374	130	78	78	28%	75%
Suède	83%	238	128	16	357	77	53	53	NR	NR
Suisse	NR	NR	205	33	NR	NR	NR	NR	16%	21%
Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013										
* Les interventions de revascularisation incluent les angioplasties et les pontages coronariens										

Les maladies cardiaques sont une des trois premières causes de mortalité et de morbidité. L'angioplastie est une procédure bien moins invasive que le pontage coronarien ; elle consiste à introduire dans le système artériel un cathéter à l'extrémité duquel est fixé un ballonnet, afin de distendre l'artère coronarienne au point d'obstruction. La mise en place d'un stent pour maintenir l'artère ouverte accompagne la majorité des angioplasties. L'angioplastie s'est développée rapidement ces 20 dernières années, se substituant au pontage au milieu des années 90. En 2010, le prix moyen d'une angioplastie dans l'OCDE est de 7 400 USD contre 17 400 USD pour un pontage soit 2,4 fois moins cher. Cependant, l'expansion de ce type d'interventions, du fait de son moindre coût et de son caractère moins invasif, fait augmenter les coûts totaux (la diffusion de l'innovation médicale est de loin le premier facteur de croissance des dépenses). La France est le pays disposant du plus fort taux d'angioplastie (87%) parmi les procédures de revascularisation, avec 9 points de plus que la moyenne de l'OCDE. C'est l'illustration de l'excellence des ressources humaines et matérielles de la France en la matière et de recommandations et de pratiques favorables.

La chirurgie de remplacement de la hanche et du genou est considérée être l'intervention la plus efficace pour le traitement de l'ostéo-arthrite sévère, car elle soulage la douleur, réduit le handicap et permet à certains patients de retrouver un fonctionnement quasi normal. 10% des hommes et 18% des femmes de plus de 60 ans souffrent d'ostéo-arthrite sévère à modérée. La France présente un taux d'opération de la hanche (230 pour 100 000 habitants) 44% plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE et de 12% supérieure pour le genou.

Les taux d'accouchement par césarienne ont augmenté dans tous les pays de l'OCDE du fait de la réduction du risque de l'accouchement, des questions de gestion du risque de responsabilité médicale (le coût de la RCP a fortement augmenté en obstétrique), de la commodité de la programmation de l'accouchement par les médecins et les patientes. Néanmoins, l'accouchement par césarienne

augmente la morbidité maternelle et infantile, le risque de complications pour les accouchements ultérieurs et le coût financier (deux fois plus élevé). La France (20%) se situe en dessous de la moyenne de l'OCDE et dans une position intermédiaire entre les pays nordiques (16% pour la Suède) qui ont des taux bas et les autres pays du benchmark qui ont tous des taux plus élevés.

Les quatre familles de médicaments étudiées – anti-hypertenseurs, anticholestérols, antidiabétiques et antidépresseurs – ont fortement augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE ces dernières années. Hormis la consommation d'antidiabétiques (+10%), la **France est dans la moyenne ou en dessous de la consommation moyenne de l'OCDE** pour les autres familles (du fait de la moindre hausse en France ces dernières années). Contre l'hypertension, la France consomme plus de 20% en moins de médicaments et a la consommation la plus faible des pays du benchmark. La consommation d'antidépresseurs en France – contrairement aux idées reçues - est 10% plus faible par habitant que la moyenne et la plus faible des pays du benchmark.

La France dispose d'une **consommation de générique beaucoup plus faible que la moyenne de l'OCDE** (-37% en valeur et -39% en volume). La part des génériques en Allemagne et au Royaume-Uni est trois fois plus élevée en volume qu'en France. Les prix des génériques sont bien plus faibles au Royaume-Uni qu'en France et en Allemagne si on observe le ratio valeur/volume qui est de presque 3 pour le premier et de 2 pour les autres.

1.3| Performances des systèmes de santé

Qualité et sécurité des soins

Tableau 8: Des performances mitigées sur la qualité et la sécurité des soins

		Mortalité à l'hôpital dans les 30 j parmi les 45 ans et plus (taux basés sur les admissions)		Embolie pulmonaire et TVP* postopératoire (adultes)	Septicémie postopératoire parmi la population adulte	Corps étranger laissé dans l'organisme pdt l'opération	Mortalité par cancer du sein parmi les femmes	Mortalité par cancer colorectal
	Volume totale d'antibiotiques prescrits, DQD pour 1000 hbttts par jour	Après une admission pour un infarctus du myocarde	Après une admission pour un AVC ischémique	Taux ajusté pour 100 000 sorties d'hôpital	Taux ajusté pour 100 000 sorties d'hôpital	Taux ajusté pour 100 000 sorties d'hôpital	Taux standardisé par âge pour 100 000 femmes	Taux standardisé par âge pour 100 000 habitants
	2010	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
France	28,2	6,2%	8,5%	800	1 000	6,2	28	23
OCDE (moyenne)	20,5	7,9%	8,5%	550	800	5,0	26	25
Allemagne	14,5	8,9%	6,7%	450	650	5,5	30	24
Canada	19,6	5,7%	9,7%	650	600	8,6	26	24
Etats-Unis	24,9	5,5%	4,3%	530	500	4,1	25	18
Japon	NR	12,2%	3,0%	NR	NR	NR	14	24
Royaume-Uni	18,7	7,8%	10,4%	750	700	5,5	30	23
Suède	14,2	4,5%	6,4%	700	1 450	4,6	23	23
Suisse	NR	5,9%	7,0%	500	300	11,6	27	19

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

*Thrombose veineuse profonde

Il existe une nette corrélation entre le volume d'antibiotiques prescrits localement et la prévalence des souches bactériennes résistantes¹. Les infections provoquées par des micro-organismes résistants entraîne un allongement de la durée de la maladie, des risques de décès plus importants et des coûts plus élevés. Les évolutions des volumes de prescriptions sont un bon indicateur de la qualité des soins de santé dans les centres de soins primaires². La France apparaît comme étant **la plus grosse consommatrice d'antibiotiques** avec une moyenne par millier d'habitants supérieure à 40% à la moyenne de l'OCDE et la plus forte consommation parmi les pays du benchmark. Les Français consomment en moyenne **le double d'antibiotiques que les Allemands et les Suédois**.

Les taux de mortalité après des infarctus du myocarde et des AVC sont de bons indicateurs de la qualité des soins. Ils reflètent les processus de soins, tels que le transport en temps voulu des patients et les interventions médicales efficaces. Les facteurs influençant ces indicateurs sont la qualité des soins fournis dans les hôpitaux, mais aussi les différences en termes de transferts hospitaliers, de durée moyenne de séjour et de gravité des accidents vasculaires. Si la France fait mieux que la moyenne de l'OCDE pour l'infarctus du myocarde (6,2% contre 7,9% soit 21% de moins de mortalité), elle est seulement dans la moyenne de l'OCDE pour les AVC. Sur ces deux indicateurs, la France performe moins bien que les Etats-Unis, la Suisse et la Suède mais mieux que le Royaume-Uni.

La sécurité des patients est une question essentielle et centrale dans toutes les politiques de santé publique. Les décès dus à une erreur médicale sont plus nombreux que ceux imputés à un accident de la circulation ou un cancer du sein³. On distingue les événements sentinelles (oubli d'un corps étranger...) qui peuvent être évités et les incidents préjudiciables, comme la septicémie postopératoire qui ne peuvent jamais être totalement évités, compte tenu du caractère risqué de certaines interventions, même si une hausse des taux de complications peut être le signe de problèmes systémiques. Sur les trois indicateurs retenus par le panorama OCDE, la **France performe nettement moins bien que la moyenne de l'OCDE** ; la pire performance étant pour le taux d'embolie pulmonaire et de thrombose veineuse profonde post-opératoire qui est de 45% (800) supérieur à la moyenne de l'OCDE (550). Sur cet indicateur, la France sous-performe par rapport à tous les pays du benchmark. Pour les corps étrangers laissés dans l'organisme, seuls le Canada et la Suisse font moins bien que nous. Pour le taux de septicémie, seule la Suède fait moins bien que nous.

Dans une étude européenne⁴ de fin 2012, la France se classe en quatorzième position sur une cohorte de 28 pays européens en matière de mortalité post-chirurgicale, avec un taux de mortalité de 1,36% contre 0,44% en Finlande.

Malgré un taux de mortalité élevée en cancérologie, la France est bien positionnée en taux de survie à 5 ans

La dernière étude d'Eurocare⁵ a étudié les taux de survie à 5 ans de 10 millions de patients diagnostiqués entre 1999 et 2007 dans 29 pays européens. Elle montre que la France se positionne favorablement pour les 10 cancers les plus fréquents, avec un taux de survie à 5 ans de **1 à 6 points au-dessus de la moyenne continentale**. La France est en 2ème position pour le cancer du sein (86,1% contre 81,8% en moyenne) et pour le lymphome malin non-hodgkinien (65,9%), en 5ème position pour le cancer du rein (64,1%) et en 6ème position pour le cancer de la prostate (88,9%). La dynamique positive dans l'ensemble des pays est liée à la généralisation des dépistage s(sein, prostate, côlon) et à l'arrivée de nouveaux médicaments. Sur les dix cancers le plus fréquents, trois présentent au niveau européen des taux de survie à 5 ans supérieurs à 80% (sein, prostate, mélanome), dont deux font l'objet d'un dépistage généralisé. Pour le lymphome non-hodgkinien, les bons résultats français s'expliquent par l'usage facilité et large de nouvelles molécules financées par la sécurité sociale, malgré des coûts élevés, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays. Cependant, il reste encore des cancers - dont le poumon, le pancréas, le foie et l'œsophage - avec des taux de survie à 5 ans inférieurs à 15%.

¹ Bronzwaer et al, 2002 ; Goosens et al, 2005

² Coenen et al, 2007

³ Kohn et al, 2000

⁴ Etude européenne réalisée par l'UNAIBODE lors d'un panorama européen du risque médical, publié dans The Lancet en décembre 2012. Etude menée dans 28 pays, 500 hôpitaux et auprès de 46 500 patients.

⁵ Eurocare 5, publiée dans le lancet oncology- décembre 2013 (29 pays, 10 millions de patients)

Le cancer du sein est la forme de cancer la plus fréquente chez les femmes. La plupart des pays de l'OCDE ont mis en place des programmes de dépistage avec une périodicité et des groupes cibles qui varient d'un pays à l'autre. Le taux de survie à 5 ans atteint plus de 80% dans tous les pays sauf en Pologne. En matière de taux de mortalité, la France (28 pour 100 000) performe moins bien que la moyenne de l'OCDE (26). Seuls l'Allemagne (30) et le Royaume-Uni (27) font moins bien que nous ; le Japon a un taux de mortalité (14) deux fois plus faible que nous.

Le cancer colorectal est la troisième forme de cancer la plus couramment diagnostiquée dans le monde après celui du poumon et du sein. L'incidence est plus élevée chez les hommes et en augmentation. Le taux de survie à 5 ans est passé de 58% à 61,3% de 2006 à 2011. Sur les dix dernières années, la moyenne du taux de mortalité dans l'OCDE est passée de 28,3 pour 100 000 habitants à 25. La France fait légèrement mieux avec un taux de 23, proche de la plupart des pays du benchmark. Les Etats-Unis et la Suisse se démarquent avec un taux de mortalité inférieur à 20.

L'incidence du cancer en France est très élevée avec 355 000 nouveaux cas par an dont 155 000 chez les femmes (49 000 sein et 19 000 colorectal) et 200 000 chez les hommes (53 000 prostate et 23 000 colorectal).

Accès aux soins

Tableau 9: Un accès aux soins financé par une large couverture assurantielle

	Population couverte par une assurance privée		Versement des ménages pour leurs soins médicaux	Part des versements de ménages pour différents biens et services médicaux (en %)			
	Pourcentage de la population totale	Type d'assurance privée		%age de leur consommation finale	Soins curatifs*	Soins dentaires	Produits pharmaceutiques
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011
France	96%	Complémentaire	1,5%	34%	16%	37%	14%
OCDE (moyenne)	NR		2,9%	32%	19%	37%	12%
Allemagne	32%	Primaire (10%), Complémentaire (22%)	1,8%	28%	21%	27%	23%
Canada	68%	Supplémentaire	2,4%	16%	25%	43%	14%
Etats-Unis	61%	Primaire (55%), Complémentaire (6%)	2,9%	NR	NR	NR	NR
Japon	NR		2,2%	39%	10%	43%	8%
Royaume-Uni	NR		1,5%	NR	NR	NR	NR
Suède	NR		3,3%	31%	26%	32%	11%
Suisse	30%	Supplémentaire	3,8%	53%	28%	14%	3%
Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013							
* Inclut les services de réadaptation et les services militaires							
**Inclut les produits ophtalmologiques, les appareils auditifs, les fauteuils roulants, etc							

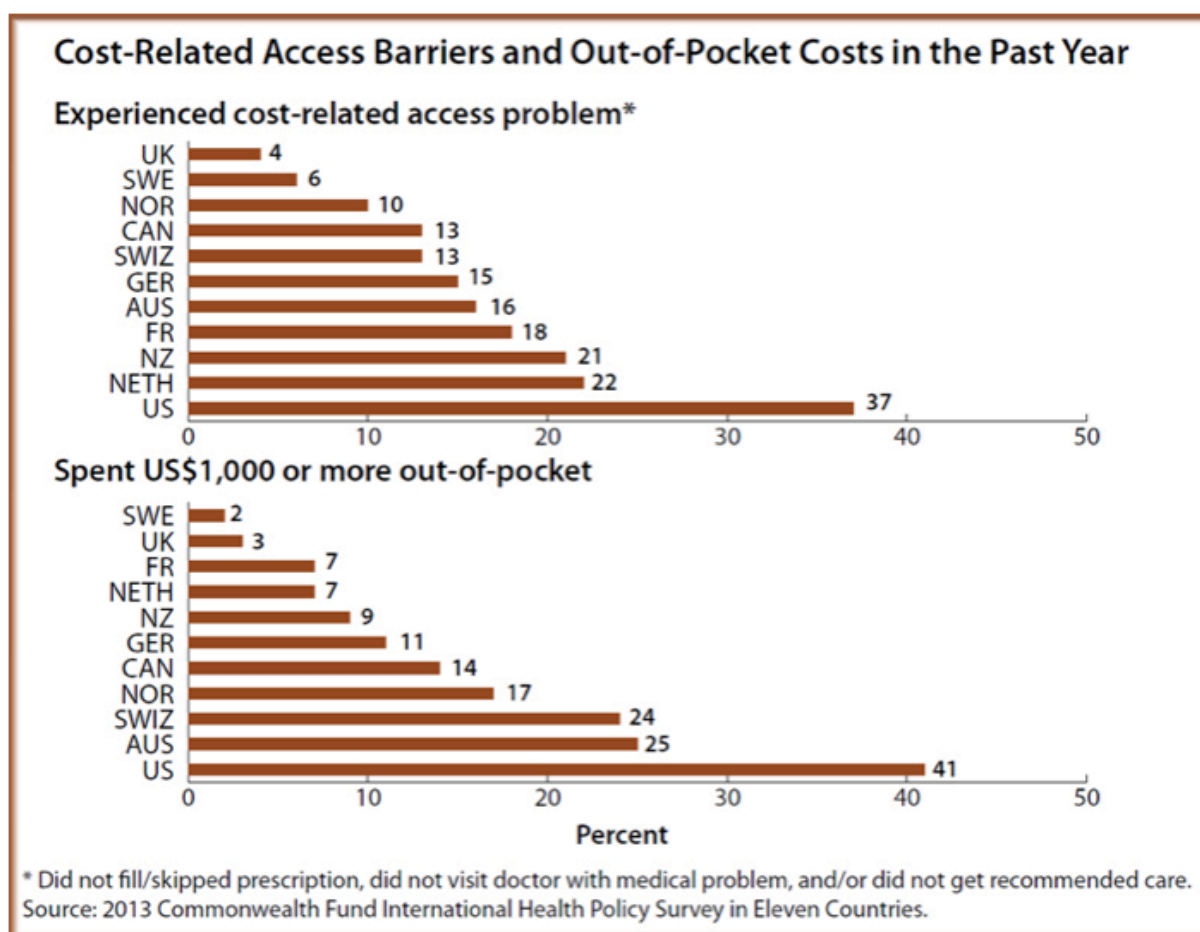
En dehors des Etats-Unis, du Mexique et du Chili, l'ensemble des pays de l'OCDE ont mis en place une couverture universelle des soins pour un ensemble de services de base. La couverture maladie primaire de base, qu'elle soit fournie par une assurance publique ou privée, couvre généralement un panier de prestations défini, souvent avec une participation du patient aux coûts. Dans certains pays, on peut souscrire une couverture maladie additionnelle auprès d'une assurance privée afin de couvrir tous les frais non pris en charge par la couverture de base (assurance complémentaire), d'ajouter des services (assurance supplémentaire) ou d'obtenir un accès plus rapide ou un choix plus large de prestataires (assurance duplicative). **La France est le seul pays à disposer d'une couverture par des assurances privées aussi large (96%), sous forme d'assurances complémentaires.**

La plupart des autres pays sont dominés par un assureur principal (public ou privé) pour les soins essentiels à la santé.

La protection financière apportée par l'assurance publique et/ou privée réduit considérablement le montant que les personnes paient directement pour les soins médicaux. En moyenne dans les pays de l'OCDE, 20% des dépenses de santé sont réglées directement par les patients. En France, ce chiffre est inférieur à 10%, soit la part la plus faible au monde après les Pays-Bas. Si on se réfère à la consommation totale des ménages, la part allouée aux dépenses médicales ne représente que 1,5% en France et au Royaume-Uni contre 2,9% en moyenne dans l'OCDE. Parmi les pays du benchmark, les Etats-Unis sont dans la moyenne alors que la Suède et la Suisse sont au-dessus de 3%, soit plus du double de la France.

Au sein de l'ensemble des pays de l'OCDE, il existe une grande disparité du degré de couverture des différents biens et services de santé. Pour la plupart, le degré de couverture des soins hospitaliers et des consultations de médecins est généralement plus élevé que pour les médicaments, les soins dentaires et les soins oculaires¹. On peut constater que la part de versement des ménages pour les soins dentaires est inférieure en France (16%) à celle de la moyenne de l'OCDE (19%) alors que le renoncement aux soins dentaires pour des raisons financières est un des plus élevés d'Europe². Ceci montre la grande inégalité des Français en matière de qualité de couverture complémentaire puisque derrière une situation globale favorable se cachent de graves inégalités et une grande disparité de situation.

Graphe 1 : Renoncement aux soins et reste à charge



¹ Paris et al, 2010

² Baromètre santé société, EuropAssistance/CSA, octobre 2013 : La France présente le taux de renoncement le plus élevé des 8 pays européens étudiés avec 33% de renoncement (Suède : 4% RU :3%), en priorité sur les soins dentaires avec 25% de renoncement (Suède : 3% et RU : 2%).

Les études sur le renoncement aux soins (IRDES, europ assistance/CSA...) montrent une hausse nette au renoncement en France pour des raisons financières avec deux secteurs nettement plus concernés : le dentaire et l'optique. Le graphe 1 confirme un taux (18% plus élevé que dans tous les autres pays européens à l'exception des Pays-Bas. Ce graphe exprime aussi une autre réalité, paradoxale par rapport à la première. Les Français ont un reste à charge plus faible que dans les autres pays avec 7% des Français qui en ont un d'un montant supérieur à 1000 USD. La France présente la particularité d'avoir la couverture assurantielle complémentaire privé la plus étendue au monde (96% de la population), le paiement direct par les ménages le plus faible au monde et un taux de renoncement parmi les plus élevés.

Coûts et dépenses de santé

Tableau 10: Des dépenses élevées à l'hôpital et en administration

2011	Dépenses de santé en %age de PIB	Soins en milieu hospitalier*		Soins ambulatoires**		Soins de longue durée		Biens médicaux		Services pour la collectivité	
		En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB	En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB	En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB	En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB	En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB
France	11,6%	37%	4,3%	22%	2,6%	11%	1,3%	21%	2,4%	9%	1,0%
OCDE	9,3%	29%	2,7%	33%	3,1%	12%	1,1%	20%	1,9%	6%	0,6%
Allemagne	11,3%	29%	3,3%	30%	3,4%	12%	1,4%	20%	2,3%	9%	1,0%
Canada	11,2%	20%	2,2%	35%	3,9%	15%	1,7%	20%	2,2%	10%	1,1%
Etats-Unis***	17,7%	18%	3,2%	51%	9,0%	6%	1,1%	14%	2,5%	11%	1,9%
Japon	9,6%	32%	3,1%	33%	3,2%	9%	0,9%	22%	2,1%	5%	0,5%
Royaume-Uni	9,4%	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Suède	9,5%	28%	2,7%	42%	4,0%	8%	0,8%	16%	1,5%	6%	0,6%
Suisse	11%	28%	3,1%	34%	3,7%	20%	2,2%	11%	1,2%	7%	0,8%

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

* Inclut les soins de jour

** Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires

*** Aux Etats-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires

Avant la crise de 2008, les dépenses de santé ont augmenté plus vite que la croissance économique dans le totalité des pays de l'OCDE, ce qui a fait progresser la part de PIB affecté à la santé. La croissance annuelle des dépenses a été en moyenne de 4,1% en valeur réelle entre 2000 et 2009 contre 1,5% pour le PIB. En 2009, du fait de forte baisse du PIB, la part des dépenses de santé a bondi dans de nombreux pays pour ensuite rester stable ou diminuer. Ainsi les dépenses de santé dans l'OCDE sont passées de 7,8% en 2000 à 9,6% en 2009 et à 9,3% en 2011 ; en France les chiffres sont de 10,1% en 2000 à 11,7% en 2009 à 11,6% en 2011.

La France se caractérise par une part **des dépenses hospitalières** les plus élevées dans l'OCDE avec un taux de 37% soit 8 points de plus (+27%) que la moyenne de l'OCDE (29%) alors que c'est le phénomène inverse pour les soins ambulatoires (22% contre 33% soit un tiers de moins de part de dépenses). Sur la base du niveau de la dépense courante de santé de 2012 en France (243 milliards euros), si on voulait ramener la France dans la moyenne de l'OCDE, cela se traduirait par une baisse des dépenses hospitalières de 20 milliards euros et un transfert de dépenses vers l'ambulatoire.

Considérant les gains d'efficacité en soins ambulatoires, cette évolution se traduirait en fait par une baisse de la dépense totale et donc une valeur plus faible des transferts vers les soins ambulatoires. La cour des comptes¹ fait état d'une économie potentielle de 5 milliards euros si la France atteignait le taux d'ambulatoire en chirurgie observé dans des pays comparables. L'hôpital est incontestablement le gisement le plus important de gains d'efficacité et donc d'économie dans le système de santé français alors que les soins ambulatoires sont le secteur de dépenses croissantes à l'avenir.

L'analyse en part de PIB² (4,3 points de PIB) révèle une dépense hospitalière française supérieure de **1,7 point de PIB (soit 34 milliards euros)** par rapport à la moyenne de l'OCDE (2,7 points) et **1 point (soit 20 milliards euros)** par rapport au pays du benchmark le plus dépensier à l'hôpital (l'Allemagne avec 3,3 points). Quant à la part de PIB pour les soins ambulatoires, la France dépense 0,5 point de moins (soit 10 milliards euros) que la moyenne des pays de l'OCDE et **0,8 point de moins (soit 16 milliards euros)** de moins que le pays le moins dépensier (Allemagne avec 3,4 points de PIB) du benchmark.

Pour les soins de longue durée (personnes âgées, soins de suite), la France se trouve proche de la moyenne de l'OCDE.

La part des biens médicaux, incluant les médicaments et les autres biens médicaux (prothèses, orthèses, matériel médical, pansements...), est comparable en France (21%) à celle de la moyenne dans l'OCDE (20%). Cette part est presque deux fois plus faible en Suisse (11%) et en général nettement plus faible dans les pays nordiques (16% et 11% en Suède et en Norvège respectivement).

En part de PIB, la France dépense 0,5 point de plus en biens médicaux que la moyenne de l'OCDE et presque autant que les Etats-Unis qui sont les plus dépensiers au monde.

Quant **aux services pour la collectivité** (coûts administratifs, préventions, santé publique, subventions), la France présente une part de 50% plus élevée (9%) que celle de la moyenne de l'OCDE et de 0,4 point de PIB soit 8 milliards euros. Cette situation peut être due aux coûts administratifs très élevés du système de santé français mais une analyse détaillée des composantes de ces services serait nécessaire.

Tableau 11: Dépenses de soins et dépenses hors soins

2011	Dépenses de santé en %age de PIB	Dépenses de soins		Dépenses hors soins	
		En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB	En % des dépenses courantes de santé	En % de PIB
France	11,6%	70%	8,1%	30%	3,5%
OCDE	9,3%	74%	6,9%	26%	2,4%
Allemagne	11,3%	71%	8,0%	29%	3,3%
Canada	11,2%	70%	7,8%	30%	3,4%
Etats-Unis	17,7%	75%	13,3%	25%	4,4%
Japon	9,6%	74%	7,1%	26%	2,5%
Suède	9,5%	78%	7,4%	22%	2,1%
Suisse	11%	82%	9,0%	18%	2,0%

La différenciation des dépenses de soins et hors soins montre que la France à une répartition identique (70/30) à des pays de niveau de dépenses comparables comme l'Allemagne et le Canada. Les pays avec des dépenses plus faibles (moins de 10 points de PIB) consacrent une plus grande partie de leurs dépenses en soins (75-80/20-25) qu'en dépenses hors soins.

¹ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2013

² 1 point de PIB= 20 milliards euros

Tableau 12: Des dépenses pharmaceutiques en recul

	Dépenses pharmaceutiques			
	Par habitant en USD PPA	En % age de PIB	Variation des dépenses pharmaceutiques par habitant, en termes réels	
	2011	2011	2000-2009	2009-2011
France	615	1,8%	1,7%	-0,6%
OCDE (moyenne)	483	1,5%	3,5%	-0,9%
Allemagne	632	1,6%	3,1%	-0,7%
Canada	701	1,9%	4,3%	-0,3%
Etats-Unis***	985	2,1%	4,3%	-0,5%
Japon	648	1,9%	4,2%	2,6%
Royaume-Uni	NR	NR	NR	NR
Suède	443	1,1%	2,4%	-0,9%
Suisse	531	1,0%	1,2%	-2,3%

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

Les dépenses pharmaceutiques par habitant en France (615 USD) sont de 27% supérieures à la moyenne de l'OCDE (483€) mais comparables aux autres pays du benchmark, à l'exception des Etats-Unis et de leur 1000 USD par habitant et de la Suède avec ses 440 USD. Les dépenses pharmaceutiques représentent en moyenne 1,5% du PIB (1,8% en France) dont 0,8% de PIB (1,1% en France) financé sur les fonds publics. La crise économique a eu des répercussions considérables puisque le taux de croissance en termes réels de 2000 à 2009 a été de 3,5% dans l'OCDE (1,7% en France) puis est devenue négative à -0,9% (-0,6% en France) les deux années d'après. Le marché pharmaceutique français est en récession depuis 2012 et a stagné en 2010 et 2011.

Tableau 13: Un financement des dépenses de santé public et assurantiel

	Dépenses de santé par type de financement (en %age des dépenses courantes de santé)						Part publique des dépenses de santé pour		Variation des versements des ménages en %age des dépenses totales de santé
	Administration publique	Sécurité sociale	Total public	Versement net des ménages	Assurance privée	Total privé	Les services médicaux	les biens médicaux	
	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	2011	
France	4%	73%	77%	8%	14%	22%	85%	61%	0,4%
OCDE (moyenne)	35%	37%	72%	20%	6%	26%	78%	54%	-1,2%
						0%			
Allemagne	7%	70%	77%	12%	10%	22%	79%	69%	1,8%
Canada	69%	1%	70%	16%	13%	29%	79%	35%	-1,2%
Etats-Unis	6%	43%	49%	12%	35%	47%	50%	32%	-3,3%
Japon	9%	73%	82%	15%	2%	17%	87%	67%	-0,9%
Royaume-Uni	83%	NR	83%	10%	3%	13%	NR	Nr	NR
Suède	82%	NR	82%	17%	NR	17%	87%	55%	-0,4%
Suisse	19%	46%	65%	26%	9%	35%	65%	67%	-7,2%

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

Dans tous les pays de l'OCDE, les soins de santé sont financés à la fois par des ressources publiques et privées. Le secteur public couvre en moyenne 72% des dépenses dans l'OCDE contre 77% en France. Au Royaume-Uni et en Suède, les administrations centrales, régionales et locales financent plus de 80% des dépenses. Au Japon (82%), et en Allemagne (77%), comme en France les

assurances sociales financent plus de 70% des dépenses. Le secteur public représente une part bien plus élevée dans l'OCDE pour le financement des services médicaux (78%, 84% en France) que pour les biens médicaux (54%, 61% en France). Après le secteur public, la principale source de financement vient des paiements directs par les ménages (20%). La France est le seul pays (hors Etats-Unis) où les assurances privées représentent une part plus élevée (14%) que les ménages (8%). Ainsi, si la part privée du financement en France (22%) est inférieure de quatre points à celle de la moyenne de l'OCDE (26%), la part du **financement des assureurs privés (14%) est une des plus élevées et est 2,4 fois supérieure à la moyenne de l'OCDE (6%)**. Le versement net des ménages est le plus faible en France (8%) mais est un des seuls à avoir augmenté (+0,4%) avec l'Allemagne (+1,8%) entre 2000 et 2011.

Malgré la large couverture assurantielle privée en santé et le faible reste à charge, la France est un des pays d'Europe avec le plus important taux de renoncement aux soins courants, en dentaire et en optique. Ceci montre le **problème déficience majeur de notre système actuel de complémentaire santé, qui ne joue pas bien son rôle de rempart au renoncement des soins**.

1.4 | Déterminants non médicaux de la santé

Les modes de vie et comportements des enfants et des adultes ont une influence majeure sur leur santé, notamment la consommation de tabac et d'alcool, l'activité physique, l'alimentation et les problèmes de surpoids et d'obésité. Des politiques de santé publiques et des mesures de prévention permettent d'agir sur la plupart de ces facteurs.

Tableau 14: Des adolescents qui fument davantage et font moins de sport que dans les autres pays

ENFANTS (en %age des enfants âgés de 15 ans)	Taux de tabagisme* parmi les enfants de 15 ans (2009-2010)		Consommation excessive** d'alcool parmi les enfants de 15 ans (2009-2010)		Taux de surpoids (incluant l'obésité) des enfants de 15 ans (2010)		Consommation quotidienne de fruits parmi les enfants de 15 ans, 2009-2010		Consommation quotidienne de légumes parmi les enfants de 15 ans, 2009-2010		Enfant de 15 ans menant une activité physique quotidienne (modérée à vigoureuse)	
	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Fille	Garçon	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons
France	20%	20%	18%	26%	15%	15%	38%	31%	48%	38%	5%	13%
OCDE	16%	16%	28%	32%	21%	23%	36%	26%	33%	25%	10%	18%
Allemagne	15%	15%	26%	38%	20%	20%	40%	22%	32%	18%	15%	25%
Canada	8%	8%	37%	35%	24%	25%	45%	38%	48%	38%	8%	13%
Etats-Unis	6%	9%	15%	16%	30%	30%	36%	32%	33%	31%	16%	35%
Japon	NR	NR	NR	NR	17%	23%	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Royaume-Uni	NR	NR	42%	39%	25%	22%	39%	32%	40%	34%	12%	24%
Suède	15%	13%	25%	20%	18%	16%	26%	22%	39%	32%	9%	13%
Suisse	15%	19%	20%	25%	17%	19%	42%	30%	45%	34%	6%	12%
Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013												
*Fumant au moins une fois par semaine												
** En état d'ébriété au moins deux fois dans leur vie												

La France présente un taux de tabagisme chez les adolescents de 20% contre 16% en moyenne dans l'OCDE. Les fumeurs adolescents en France sont trois fois plus élevés qu'au Canada ou aux Etats-Unis. En revanche, la consommation d'alcool excessive est inférieure en France chez les filles (18% contre 28%) surtout et à un degré moindre chez les garçons (26% contre 32%). Les Etats-Unis se démarquent par une faible consommation de tabac et d'alcool chez les adolescents.

La France présente un taux de surpoids des adolescents filles et garçons de près d'un tiers plus faible que la moyenne de l'OCDE. Ce faible taux est davantage dû à une alimentation équilibrée en fruits et légumes qu'en pratique de l'activité physique. Les jeunes Français possèdent des taux élevés de consommation de fruits et légumes mais sont bons derniers dans la pratique du sport.

Tableau 15 : Des comportements chez les adultes en reflet de ceux des adolescents

ADULTES (en %age de la population âgée de plus de 15 ans)	Population adulte déclarant fumer quotidiennement		Consommation d'alcool parmi la population adulte (litre par hbtt âgé de 15 ans et +)		Prévalence de l'obésité parmi la population adulte	Consommation quotidienne de fruits parmi les adultes, 2011		Consommation quotidienne de légumes parmi les adultes, 2011	
	2011	Variation sur l'ensemble de la période 2000-2011	2011	Variation sur l'ensemble de la période 1990-2011		2011	Filles	Garçons	Filles
France	23%	-14%	13	-21%	13%	75%	60%	80%	75%
OCDE	21%	-21%	9	-4%	18%	70%	58%	70%	63%
Allemagne	22%	-11%	12	-7%	15%	72%	55%	NR	NR
Canada	16%	-30%	8	-6%	25%	75%	60%	80%	68%
Etats-Unis	15%	-23%	9	-7%	37%	52%	40%	81%	75%
Japon	20%	-26%	7	-21%	4%	NR	NR	NR	NR
Royaume-Uni	20%	-27%	10	2%	25%	70%	76%	75%	70%
Suède	13%	-31%	7	16%	11%	NR	NR	NR	NR
Suisse	20%	-29%	10	-22%	8%	NR	NR	90%	80%

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

On retrouve les mêmes caractéristiques chez adultes que chez les adolescents, à l'exception de la consommation d'alcool qui est nettement plus élevée que la moyenne de l'OCDE chez les adultes. La proportion d'adultes en France qui fument quotidiennement est passée de 30% en 1980 à 23% en 2010 mais reste au-dessus de la moyenne de l'OCDE (21%). La consommation d'alcool a aussi fortement diminué en France depuis les années 70 mais reste encore nettement plus élevée que la moyenne de l'OCDE (12,6 litres d'alcool pur par adulte en 2011 contre 9,4 litres). Ainsi, sur les deux facteurs de risques majeurs que sont l'alcool et le tabac, la France est très en retard par rapport aux pays de l'OCDE. Elle se classe en 28^{ème} position pour le tabac et bonne dernière pour l'alcool. On boit plus en France dans ce classement qu'en Pologne, Russie, République tchèque ou slovaque. En revanche, elle se positionne assez favorablement sur le facteur obésité (en 12^{ème} position de l'OCDE).

1.5 | Etat de santé des populations

Tableau 16: Le point noir de la mortalité prématurée masculine

Espérance de vie/Etat de santé	Espérance de vie					Mortalité prématurée		Etat de santé général perçu				
	Espérance de vie à la naissance (2011)		Espérance de vie à 65 ans (2011)			Années potentielles de vies perdues*, pour 100 000 personnes (2011)		Population déclarant être en bonne santé (%age de la population âgée de 15 ans et plus)				
	Population totale	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Population totale	Femmes	Hommes	Faible revenu	Haut revenu
France	82,2	85,7	78,7	23,8	19,3	2 284	4 753	68%	64%	71%	60	72
OCDE	80,1	82,8	77,3	20,9	17,6	2 415	4 633	69%	67%	72%	61	80
Allemagne	80,8	83,2	78,4	21,2	18,2	2 209	3 921	65%	63%	66%	50	78
Canada	81,0	83,3	78,7	21,6	18,5	2 505	3 926	88%	89%	89%	NR	NR
Etats-Unis	78,7	81,1	76,3	20,4	17,8	3 447	5 814	90%	89%	90%	NR	NR
Japon	82,7	85,9	79,5	23,7	18,7	2 030	3 525	30%	29%	32%	22	34
Royaume-Uni	81,1	83,1	79,1	21,2	18,6	2 537	3 992	78%	77%	79%	70	89
Suède	81,9	83,8	79,9	21,3	18,5	1 884	3 073	80%	78%	82%	69	89
Suisse	82,8	85,0	80,5	22,6	19,2	1 934	3 029	81%	79%	84%	70	90

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

* Années de vie supplémentaires qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas morte prématurément (en faisant la différence entre l'âge de 65 ans et l'âge du décès)

L'espérance de vie a dépassé 80 ans dans les deux tiers des pays de l'OCDE, une augmentation de dix ans en quarante ans. Un revenu national (PIB/habitant) plus élevé s'accompagne généralement d'une espérance de vie à la naissance plus longue, même si cette corrélation est moins forte aux niveaux de revenus nationaux les plus hauts. Le même phénomène existe aussi avec le niveau des dépenses de santé. Par rapport à ces deux critères, les Etats-Unis en sont un contre exemple par le bas (espérance de vie faible avec un PIB/habitant et des dépenses élevées) et le Japon et l'Italie par le haut. Le critère déterminant, après celui du sexe, dans les différences d'espérance de vie est le niveau d'éducation. Non seulement une meilleure formation donne à l'individu les moyens d'améliorer le milieu socio économique dans lequel il travaille et vit, mais elle facilite l'adoption d'un mode de vie plus sain et facilite l'accès à des soins appropriés. En moyenne dans l'OCDE, l'écart d'espérance de vie à 30 ans entre le niveau d'éducation le plus élevé et le plus faible est de six ans (53 ans contre 47 ans), et même de 8 ans chez les hommes.

La France dispose d'une espérance de vie (82,2 ans) plus élevée de 1,9 an (+2,6%) que la moyenne de l'OCDE et est en troisième position des pays du benchmark derrière la Suisse et le Japon. Notre pays se distingue par une forte différence d'espérance de vie selon le sexe, 85,7 ans chez les femmes et 78,7 ans chez les hommes soit 7 ans de différence contre 5,5 ans dans l'OCDE. Cette situation est due à la fois à la bonne performance des femmes et à la mauvaise des hommes. En effet, l'espérance de vie des femmes à la naissance (85,7 ans contre 82,8 ans en moyenne, soit +3,5%), comme celle à 65 ans (23,8 ans contre 20,9 ans en moyenne, soit +14%) est à la première place des pays du benchmark. La situation des hommes est moins favorable, en particulier celle de l'espérance de vie à la naissance (78,7 ans contre 77,3 ans en moyenne, soit +1,8%), qui est en sixième position du benchmark devant seulement l'Allemagne (78,4 ans) et les Etats-Unis (76,3 ans). Cette relative mauvaise performance est liée à la mortalité prématurée (avant 65 ans) importante chez les hommes puisque l'espérance de vie à 65 ans des hommes en France (19,3 ans contre 17,6 ans, soit +13%) est la meilleure du benchmark après celle de la Suisse (19,2 ans).

La France est marquée par un nombre d'années potentielles de vie perdues¹ chez les hommes (4753 années contre 4633 en moyenne pour 100 000 hommes) plus élevé que la moyenne de l'OCDE et la

¹ Années de vie supplémentaires qu'une personne aurait vécues si elle n'était pas morte prématurément ; en faisant la différence entre l'âge de référence de 65 ans et l'année du décès.

plus élevé des pays du benchmark, après les Etats-Unis (5814). Cet indicateur illustre le niveau très élevé de la mortalité prématurée masculine en France, liée à des comportements à risque et à un déficit de politique et culture préventive dans notre pays. Les femmes étant par nature plus préventive que les hommes, ce phénomène est moins marqué chez elle même si la France est en quatrième position du benchmark en années de vie perdues chez les femmes (2284 contre 2415 en moyenne). Tous les pays du benchmark, hormis les USA, ont un nombre d'années de vie perdues chez les hommes inférieur à 4000 pour 100 000 habitants. Si on ramenait la France à 4000, on pourrait gagner **250 000 années de vie supplémentaires jusqu'à 65 ans**.

En matière d'état de santé perçu, la France est légèrement en dessous (67% contre 69%) de la moyenne de l'OCDE. Les écarts de perception entre pays sont difficiles à interpréter car les résultats sont influencés par des différences de formulation des questions et réponses et par des facteurs socioculturels. Ainsi, les résultats sont surestimés en Amérique du Nord (Etats-Unis, Canada) et sous-estimés en Asie (Japon). On constate de fortes disparités selon le milieu socio-économique, en fonction notamment du revenu. Le quintile au revenu le plus élevé se considère en bonne santé à 80% contre seulement 61% parmi le quintile le plus faible. Ces différences peuvent s'expliquer par les différences de conditions de vie et de mode de vie ayant une incidence sur la santé (tabac, alcool, sédentarité, obésité). Un accès plus limité pour raisons financières peut être un autre facteur. Le lien de cause à effet est aussi dans l'autre sens : un mauvais état de santé peut avoir une conséquence sur le taux d'emploi et des revenus plus faibles. La réduction des inégalités sociales nécessite de mettre l'accent sur la santé publique et la prévention des maladies **en ciblant les personnes défavorisées** ainsi qu'en facilitant l'accès aux services de santé.

Tableau 17: Une mortalité élevée par suicide et cancer chez les hommes

Mortalité/ Morbidité	Mortalité par crise cardiaque	Mortalité par AVC	Mortalité par cancer			Mortalité infantile	Mortalité par suicide	Mortalité par accident de transport	Prévalen ce du diabète	Incidence du diabète de type 1
			Femmes, Taux standardisé par âge pour 100 000 habitants	Hommes, Taux standardi sé par âge pour 100 000 habitants	Variation en % age sur la période 1990- 2011					
2011	Taux standardisé par âge pour 100 000 habitants	Taux standardisé par âge pour 100 000 habitants				Décès pour 1000 naissances	Taux standardi sé par âge pour 100 000 habitants	Taux standardi sé par âge pour 100 000 habitants	En %age, populatio n âgée de 20 à 79 ans	Nouveaux cas pour 100 000 hbttts, enfants âgés de 0 à 14 ans
France	48	41	150	300	-17%	3,5	16,2	7,1	5,6	12,2
OCDE	122	69	160	270	-14%	4,1	12,6	7,6	6,9	17,2
Allemagne	115	53	160	260	-20%	3,6	10,8	5,1	5,5	18,0
Canada	108	43	170	360	-17%	4,9	11,1	7,8	8,7	21,7
Etats-Unis	127	43	160	240	-23%	6,1	12,5	12,4	9,6	23,7
Japon	39	61	130	260	-12%	2,3	20,9	4,5	NR	NR
Royaume-Uni	113	68	190	280	-19%	4,3	6,7	3,6	5,4	24,5
Suède	123	61	160	230	-12%	2,1	11,7	3,2	4,4	43,1
Suisse	89	41	140	240	-28%	3,8	11,9	4,4	6,0	9,2

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

Les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE et ont représenté 33% des décès en 2011 contre 25% pour les cancers. Cette mortalité est cependant en forte baisse depuis 20 ans avec une décroissance de 40% contre 14% seulement pour les cancers en moyenne. Dans un certain nombre de pays dont la France, le Canada et le Japon, le cancer est ainsi devenu la première cause de mortalité.

La France se caractérise par des taux de mortalité faible en cardiovasculaire et élevé en cancérologie. La mortalité par frise cardiaque (41 pour 100 000) est 2,2 fois plus faible que la moyenne de l'OCDE (122) et la plus faible après le Japon (39) des pays du benchmark. La mortalité par AVC (41) est

aussi la plus faible, à égalité avec la Suisse. Le taux de mortalité par cancer est deux fois plus élevé chez les hommes (300) que chez les femmes (150) alors que le ratio est de 1,7 en moyenne dans l'OCDE (270 pour 160). **Le taux de mortalité par cancer chez les hommes en France est le plus élevé des pays du benchmark.** Ce sont surtout les hommes qui impactent nos mauvais résultats en mortalité par cancer. On retrouve les conséquences des comportements à risque plus élevés des hommes Français par rapport à la moyenne des pays de l'OCDE évoqués précédemment.

La mortalité infantile a longtemps été la plus faible en France mais elle a stagné ces dernières années (3,5 pour 1000 naissances vivantes), ce qui amène la France proche de la moyenne de l'OCDE (4,1) et nettement au-dessus de la Suède (2,1) et du Japon (2,3). Le taux de mortalité infantile dans l'OCDE est passé de 30 pour 1000 dans les années 70 à 4,1 pour 1000 en 2011. L'amélioration des résultats sanitaires ne passe pas seulement par une hausse des dépenses de santé, de la qualité et de l'efficacité du système de santé. Les inégalités de revenus, l'environnement socio-économique et les modes de vie individuels influent sur les taux de mortalité infantile¹.

La mortalité par accident de transport en France (7,1 pour 100 000), même si elle a beaucoup baissé depuis 10 ans est proche de la moyenne de l'OCDE (7,6) et la plus élevée des pays du benchmark après les Etats-Unis (12,4). Elle est deux fois plus importante qu'au Royaume-Uni (3,6) et qu'en Suède (3,2).

La France présente un taux de mortalité par suicide de 30% plus élevé (16,2 pour 100 000) que la moyenne de l'OCDE (12,6) et la plus élevée des pays du benchmark après le Japon (20,9). Depuis 1990, les taux de suicide ont baissé de 20% dans les pays de l'OCDE ; ils sont quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

Le diabète est une des maladies chroniques les plus répandues et les plus coûteuses pour les systèmes de santé. La France compte 5,6% de sa population adulte, ce qui est proche de la moyenne de l'OCDE (6,9%) et comparable aux autres pays européens du benchmark qui sont entre 5,5% et 6%, à l'exception de la Suède qui est 4,4%. Le Japon a une prévalence plus faible (4,5%) alors que les pays d'Amérique du Nord ont plus de diabétiques adultes (près de 10% et de 9% pour les Etats-Unis et le Canada respectivement). Concernant le diabète de type 1 chez les enfants, la France a une incidence nettement plus faible (12,2 nouveaux cas pour 100 000 enfants de moins de 14 ans) que la moyenne de l'OCDE (17,2) et que l'ensemble des pays du benchmark, à l'exception de la Suisse (9,2). Le nombre de nouveaux cas est très élevé dans les pays nordiques (43,1 en Suède). Le diabète (types 1 et 2 confondus) a un coût très important pour la société. C'est la neuvième cause de mortalité dans le monde et les dépenses de santé liées au diabète étaient de 390 milliards € en 2011 dans l'OCDE (170 milliards € juste aux USA).

1.6 | Vieillesse et soins de longue durée

¹ Kiely et al, 1995

Tableau 18: Démographie et santé des personnes âgées

	Part de la population âgée de plus de 65 ans et 80 ans								Déclarant être en bonne santé	Prévalence de la démence
	% age de la population âgée de plus de 65 ans		% age de la population âgée de plus de 80 ans		Années de vie gagnées à 65 ans (1960-2011)		Années de vie en bonne santé à 65 ans (2011)		Part(en %) de la population âgée de plus de 65 ans	Part(en %) de la population âgée de plus de 60
	2010	2050	2010	2050	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	2011	2009
France	17%	26%	5%	11%	8,2	6,8	10	10	38%	6,5%
OCDE	15%	27%	4%	10%	6,0	4,8	9	9	44%	5,5%
Allemagne	21%	33%	5%	15%	7,0	6,0	8	8	40%	5,9%
Canada	14%	26%	4%	10%	5,5	5,0	NR	NR	78%	5,8%
Etats-Unis	13%	21%	4%	8%	4,6	5,0	NR	NR	76%	6,1%
Japon	23%	39%	6%	16%	9,6	7,1	NR	NR	18%	6,0%
Royaume-Uni	16%	24%	4%	10%	6,1	6,7	12	11	60%	6,1%
Suède	18%	25%	5%	10%	6,0	4,8	15	14	64%	6,2%
Suisse	17%	28%	5%	12%	7,5	6,3	13	12,5	66%	6,2%

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

Si le vieillissement de la population touche la plupart des pays de l'OCDE, sa rapidité est variable. Le rythme du vieillissement est particulièrement soutenu dans l'Union européenne où la part de la population âgée de plus de **80 ans est passée de 1,5% en 1960 à 5% en 2010 et devrait atteindre 11% en 2050. La France va connaître une hausse de 9 points de sa part des plus de 65 ans (de 17% à 26%), ce qui est moins que la moyenne de l'OCDE de 12 points (de 15% à 27%)**. Grâce notamment à son taux de natalité élevé (12,7 pour 1000 contre 10 en moyenne dans l'union européenne), la France vieillit moins vite que la moyenne de l'OCDE. Le Japon (39% en 2050 de personnes de plus de 65 ans) et l'Allemagne (33% en 2050) sont les pays qui connaissent un rythme de vieillissement les plus rapides. L'évolution de la population de plus de 80 ans est plus spectaculaire puisqu'elle va doubler dans la plupart des pays passant de 5% à 11% en France, de 4% à 10% dans la moyenne de l'OCDE et même triplé en Allemagne (de 5% à 15%) et au Japon (de 6% à 16%).

Hors Japon et Allemagne, **la France aura un nombre de personnes de plus de 80 ans plus important que les autres pays du benchmark et la que la moyenne OCDE**, ce qui pourrait se traduire potentiellement par un plus grand nombre de personnes dépendantes à l'avenir. Les besoins en matière de dépendance vont donc fortement augmenter avec ce doublement de la part des plus de 80 ans (l'âge moyen de la dépendance étant autour de 81 ans). La pression induite par l'accroissement de la proportion des personnes âgées de 65 ans et 80 ans et plus sur les systèmes de santé dépendra de leur état de santé. En revanche, l'impact sur le financement des systèmes de protection sociale va être colossal du fait de la chute du nombre d'actifs (ce qui peut aussi causer un déficit de main d'œuvre pour les économies) dont le ratio actifs (15-64 ans) sur inactifs (plus de 65 ans) va passer de 4,2 en 2012 à 2,1 en 2050 en moyenne dans l'OCDE.

Concernant l'état de santé de la population de plus de 65 ans, la France (38%) après le Japon (18%) a le plus mauvais score (38% contre 44% en moyenne) de personnes se déclarant en bonne santé. La prévalence de démence en France (6,5% contre 5,5%) est aussi plus élevée que la moyenne de l'OCDE et la plus élevée des pays du benchmark. Est-ce le prix à payer de l'espérance de vie à 65 ans la plus longue de l'OCDE chez les femmes ?

Tableau 19: Les soins de longue durée

	Population âgée de plus de 65 ans bénéficiant de soins de longue durée (en %, 2011)			Part des soins à domicile dans les soins de longue durée de plus de 65 ans (En %)		Lits pour soins de longue durée (2011)	Dépenses publiques de soins de longue durée
	En Etablissement	A domicile	Au total	2000	2011	Pour 1000 hbttts âgés de plus de 65 ans	En %age de PIB (2011)
France	4,3%	6,9%	11,2%	41%	62%	60	1,8%
OCDE	4,6%	8,1%	12,7%	58%	64%	49	1,6%
Allemagne	3,9%	7,8%	11,7%	66%	67%	52	1,0%
Canada	3,4%	0,0%	3,4%			60	1,3%
Etats-Unis	3,7%	2,7%	6,4%	39%	42%	41	0,6%
Japon	3,0%	9,8%	12,8%	71%	78%	37	1,8%
Royaume-Uni	NR	NR	NR	NR	NR	52	NR
Suède	4,9%	11,4%	16,3%	56%	70%	73	3,6%
Suisse	6,2%	14,1%	20,3%	66%	70%	69	1,5%

Source: Statistique de l'OCDE sur la santé 2013- Panorama de la santé 2013

La part de la population âgée de plus de 65 ans bénéficiant de soins de longue durée en France (11,2%) est plus faible que la moyenne de l'OCDE (12,7%), la plus faible des pays européens du benchmark et plus faible que le Japon (12,8%). La France a encore un retard dans la part des soins à domicile qui représente 62% contre 64% de la moyenne de l'OCDE des soins de longue durée. Cette part n'était que de 41 % en 2000 contre 58% pour l'OCDE.

La capacité de la France en lits de soins de longue durée (60 pour 1000 habitants de plus de 65 ans) est de 22% supérieure à la moyenne de l'OCDE (49). Certains pays comme le Japon ont fortement recours aux lits hospitaliers pour les soins de longue durée, même si le nombre de lits en établissements de long séjour a récemment augmenté. La France a des dépenses publiques en soins de longue durée supérieures (1,8% de PIB contre 1,6% en moyenne dans l'OCDE) du fait de la part encore trop faible de prise en charge à domicile.

Synthèse du benchmark

La France dépense pour son système de santé 2,3 points de PIB (soit 47 milliards € en 2012) de plus que la moyenne des pays de l'OCDE, écart qui s'est creusé depuis 1990 où il était de 1,5 point. Cet écart est lié à des facteurs internes à notre système de santé qui le rend plus cher que dans les autres pays, et externes avec une croissance économique nettement plus faible en France que dans les autres pays depuis dix ans (0,5% en France vs 1,5% dans l'OCDE de croissance annuelle). La France présente de loin les dépenses hospitalières les plus élevées du benchmark (4,3% de PIB soit 1,6 point de plus que la moyenne (soit 34 milliards euros)) et des dépenses de soins ambulatoires les plus faibles (-0,8 point soit 16 milliards euros de moins que l'Allemagne, pays le moins dépensier en la matière). Un objectif de **baisse de 20 milliards euros des dépenses hospitalières ramènerait la France au niveau du pays du benchmark le plus dépensier à l'hôpital et une hausse de 15 milliards euros en ambulatoire au niveau de ce même pays pour ce secteur**. La source de gain d'efficacité, donc d'économie, est incontestablement dans le transfert d'une partie de l'activité hospitalière vers l'activité en soins ambulatoires **qui ne pourra être réalisé qu'en repensant l'organisation générale des soins**. Il est en effet nécessaire de repenser aussi l'organisation de la médecine de ville pour diminuer significativement les dépenses hospitalières. La France est dans la tranche haute des pays de l'OCDE des dépenses de biens médicaux (2,4% de PIB contre 1,9% en moyenne) et des services à la collectivité (1% de PIB contre 0,6% de PIB), en particulier les coûts administratifs, deux secteurs qui peuvent aussi générer des économies.

Alors que la France dispose d'une densité de médecins dans la moyenne de l'OCDE (3,3 pour 1000 habitants), la densité de médecins nouvellement diplômés est presque deux fois plus faible. Le maintien de la densité médicale ne se fera donc que par l'import de médecins à diplômes étrangers qui représentent déjà 25% des nouveaux inscrits à l'ordre chaque année et la hausse des médecins retraités actifs qui vont passer de 11 000 en 2013 à 30 000 en 2018. Ce phénomène est la conséquence d'une politique (des erreurs) des pouvoirs publics de rationnement de l'offre de soins dans les années 80 et 90 (création de mécanisme de cessation d'activité (MICA) en 1988 (supprimé en 2003) et baisse du numérus clausus jusqu'à 3500 en 1992).

La rémunération des médecins français est nettement en dessous de celle des pays européens comparables¹. Pour les médecins généralistes, la France se trouve dans la tranche basse des pays européens et de l'OCDE. Par rapport au salaire moyen national, le multiple du salaire du médecin généraliste est de 2,1 en France, 3,7 en Allemagne et 3,6 au Royaume-Uni. Il en est de même pour le médecin spécialiste pour lequel le multiple est de 3 en France contre 4,7 au Canada et 5 en Allemagne. La dévalorisation de la profession médicale a de multiples conséquences sur le plan du bien-être général des médecins (burn-out et suicides plus fréquents que dans les autres professions), du taux d'installation en libéral au plus bas (9,4% des nouveaux inscrits en 2013) et à terme ne manquera pas d'avoir des effets néfastes sur la qualité et l'accessibilité aux soins. **La revalorisation de la profession médicale (rémunération, qualité de vie au travail et reconnaissance dans la gouvernance du système) est une des priorités de tout projet de réforme de notre système de santé qui ne soit pas uniquement comptable.**

Les volumes d'activité en ville en termes de consultations et d'exams médicaux sont proches de la moyenne de l'OCDE. En revanche, on observe une surcapacité hospitalière, avec une **densité en lits supérieure d'un tiers à cette moyenne**. Cette sur-capacité s'accompagne d'un taux d'occupation des lits (75%) plus faible et d'une durée moyenne de séjours (8,8 jours) plus élevée que la moyenne de l'OCDE. La France se caractérise par une forte diffusion de l'innovation chirurgicale, avec un taux d'angioplastie (87%) et un nombre de chirurgies de remplacement très élevé.

Les performances de qualité et sécurité des soins hospitaliers sont mitigées, dans la moyenne pour les taux de mortalité à l'hôpital en cardio-vasculaire mais moins bonnes en matière d'incidents préjudiciables (embolie pulmonaire et thrombose veineuse, septicémie postopératoire) ou d'événements sentinelles (oubli d'un corps étranger laissé dans l'organisme pendant l'opération). Ceci

¹ Base de données de l'OCDE sur la santé, 2011

pourrait correspondre à une qualité et sécurité des soins relativement moins bonnes que dans les autres pays de l'OCDE. Du fait de la grande disparité des situations des hôpitaux français, on aurait ainsi une excellence clinique parmi la meilleure mondiale dans certains établissements (greffe du cœur artificiel à l'HEGP) qui ferait face à une qualité dégradée dans d'autres centres hospitaliers. Les taux de survie à 5 ans des cancers les plus fréquents sont supérieurs en France de 1 à 6 points à la moyenne européenne.

Les dépenses de santé des Français sont plus largement mutualisées que la moyenne de l'OCDE avec une prise en charge publique de cinq points supérieure à la moyenne des pays de l'OCDE et une couverture assurantielle privée nettement plus importante. Il en résulte une part des dépenses directement financées par les ménages parmi les plus faibles dans l'OCDE (9% contre 20% en moyenne dans l'OCDE). Cette situation générale cache de fortes disparités de qualité de couverture complémentaire santé entre les individus, alors que le renoncement à ces soins pour raisons financières en France est un des plus élevés d'Europe. La concomitance d'une forte couverture assurantielle du reste à charge après assurance maladie et d'un taux de renoncement élevé des Français sur certains soins courants est la preuve de l'inefficience de notre système de financement complémentaire. Ce dernier doit être repensé dans le futur système de santé.

Les dépenses pharmaceutiques ont nettement ralenti leur progression ces dernières années en France, progressant de 1,7% pendant la décennie 2000 contre 3,5% en moyenne dans l'OCDE. Nos dépenses pharmaceutiques (615 USD PPA par habitant) demeurent élevées, 27% au-dessus de la moyenne de l'OCDE (483 USD PPA par habitant) mais sont maintenant inférieures à celles de l'Allemagne, du Canada et du Japon ce qui n'était pas le cas auparavant. A tel point que la consommation de médicaments en France pour des familles thérapeutiques majeures telles que les antihypertenseurs et les antidépresseurs est nettement en deçà de la moyenne de l'OCDE. Seule la prescription d'antibiotiques demeure désespérément au plus haut de tous les pays comparables et 40% au-dessus de la moyenne de l'OCDE. Avec le faible volume de médicaments génériques, l'excès de prescriptions d'antibiotiques est un des points noirs de notre consommation pharmaceutique.

En matière de comportements individuels, le comportement des adultes est le reflet de celui des adolescents, avec un tabagisme très élevé, une faible pratique du sport mais une alimentation plus équilibrée qui se traduit globalement par une obésité moins importante que la moyenne de l'OCDE. La consommation d'alcool des adultes est supérieure à la moyenne de l'OCDE. Ces consommations excessives de tabac et d'alcool se traduisent par une mortalité prématurée masculine parmi la plus élevée de l'OCDE, une mortalité par suicide, cancer et transport plus importante en France que dans les pays comparables.

Concernant le vieillissement de la population, les deux pays hors catégorie sont le Japon et l'Allemagne avec une part de la population de plus de 65 ans de 39% et 33% en 2050 et de plus de 80 ans de 16% et 15% contre une moyenne de l'OCDE de 27% et 10% respectivement. La France se distingue par une part de sa population de plus de 80 ans (11%) supérieure à la moyenne en 2050 alors que la population globale de plus de 65 ans (26%) sera légèrement en dessous de la moyenne (27%). La bonne performance en matière d'espérance de vie à 65 ans en est une cause essentielle. Le prix à payer est une prévalence de démence plus élevée et une croissance de la dépendance soutenue à partir des années 2030.

2 | Le diagnostic de notre système de santé

Nous allons nous intéresser à l'analyse des performances de notre système de santé en matière de résultats sanitaires, de satisfaction des usagers et de qualité de la couverture assurantielle. Nous analyserons si le financement de notre système de santé est soutenable.

2.1 | Une efficience de notre système de santé en déclin

Nous avons différencié précédemment l'efficacité allocative et l'efficacité productive. Nous avons vu que le niveau de dépenses par habitant n'était pas excessive et nous verrons que la « valeur sociétale » d'une dépense de santé à 12% de PIB était probablement défendable. En revanche, l'allocation des dépenses entre les secteurs d'offre médicale est à modifier.

Concernant l'efficacité productive, la marge de progression est aussi très forte. Si nous prenons uniquement les trois critères suivants – l'espérance de vie (pondération de 60%), la part relative des dépenses de santé en% de PIB (pondération de 30%) et le coût du système de santé par habitant (pondération de 10%), la France se classe en 19^{ème} position¹. Parmi les pays du benchmark, seuls l'Allemagne et les USA sont plus mal classés que nous.

Voyons les déterminants de la croissance des dépenses, leur allocation et leur efficacité sur le plan de l'état de santé de la population.

Les déterminants principaux de la croissance des dépenses

En France, la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 3,8% en 1960 à 12% en 2010. Si le progrès médical évolue sur un rythme équivalent à celui jusqu'à présent, la part des dépenses de santé devrait être de 14% en 2050². Si le progrès médical devait s'accélérer et atteindre un rythme deux fois supérieur, cette part serait de 21%.

Un impact marginal du vieillissement de la population ...

Le vieillissement joue un rôle mineur dans l'explication de la croissance des dépenses de santé. Ceci a été remarquablement démontré par Brigitte Dormont et son équipe. Sur une progression de 5,1 points de PIB des dépenses de santé prévue entre 2007 et 2050³ pour l'Europe des quinze, seulement 0,7 point serait attribuable aux changements démographiques. L'analyse de l'évolution des dépenses dans le temps montre que la dépense individuelle de santé est plus élevée aujourd'hui qu'hier quelle que soit la tranche d'âge considérée. Entre 1992 et 2000, l'augmentation des dépenses de santé a été de près de 50% à tous les âges. Cette évolution n'est pas issue d'une détérioration de l'état de santé des patients mais est due aux innovations médicales, aux changements de comportements des patients et des praticiens. Le coût des soins augmente de façon spectaculaire, quelque soit l'âge auquel le décès se produit. En utilisant des données de Medicare, Lubitz et Riley⁴ montrent que les personnes qui décèdent dans l'année représentent environ 30% des dépenses couvertes. Ainsi, ce n'est pas l'âge mais la proximité de la mort qui détermine la croissance des dépenses de santé. L'âge n'aurait ainsi plus d'influence significative si l'on prend en compte la proximité de la mort comme variable

¹ Etude de Bloomberg (2013) réalisée auprès de 48 pays les plus développés de la planète

² B. Dormont, J. Oliveira Martins, F. Pelgrin et M. Suhrcke,, « Health expenditures, longevity and growth », Communication à la IX^e conférence européenne de la Fondation Rodolfo DeBenedetti, Limone sul Garda, mai 2007.

³ B. DORMONT, M. GRIGNON et H. HUBER, « Health expenditure growth : reassessing the threat of ageing », *Health Economics*, 15 (9), 2006, p. 947-963.

⁴ J. B. LUBITZ, G.F. RILEY, « Trends in medicare payments in the last year of life », *New England Journal of Medicine*, 328, 1993, p. 1092-1096

explicative (Zweifel et al¹). La corrélation entre âge et dépenses viendrait uniquement du fait, selon Zweifel, que la probabilité de mourir augmente avec l'âge. Les dépenses de fin de vie ne peuvent pas être tenues responsables de la croissance des dépenses car cette part de dépenses est stable dans le temps.

La notion de vieillissement est souvent dévoyée dans le débat public. Le vieillissement correspond à l'augmentation de la proportion de personnes d'un âge supérieur à un seuil choisi (65 ans, ou autres), ie une hausse de l'âge nominal. Le sens commun (à éviter) souvent attribué au vieillissement est celui de la sénescence, ie de l'usure qui affecte la personne humaine avec le temps et se traduit par une plus grande vulnérabilité aux maladies et invalidités. Les progrès médicaux permettent de différer l'apparition des maladies à des âges plus tardifs, provoquant ainsi un découplage du vieillissement et de la sénescence. C'est la morbidité et non l'âge qui explique que le profil des dépenses de santé est une fonction croissante de l'âge. Si on ajuste les dépenses de santé de la morbidité et de l'invalidité (des maladies chroniques) affectant un individu, on s'aperçoit que l'âge n'a plus d'influence significative sur ces dépenses de santé². La qualité de gestion du risque santé, à l'échelle individuelle et collective, est donc une clé essentielle pour maîtriser les coûts de santé. La faiblesse de la prévention et la structuration de notre système de financement de la santé (qui n'inclut pas la gestion du risque) en France expliquent une part des coûts plus élevés en France que dans les autres pays comparables.

La plupart des pays développés connaissent une élévation de la longévité qui ne s'accompagne pas d'une hausse du temps vécu avec de la morbidité et du handicap. Ainsi, on assiste à une **compression de la morbidité** due à des gains de longévité en année en bonne santé. C'est surtout vrai pour les incapacités sévères. Si les maladies chroniques peuvent nous affecter plus longtemps lors d'une vie plus longue, elles altèrent moins gravement notre qualité de vie. C'est pourquoi l'OCDE comme l'Union européenne prenne en compte « **le vieillissement en bonne santé** » comme hypothèse centrale de leurs prévisions de dépenses de santé.

Il existe un **lien entre morbidité et dynamique du progrès médical** puisque ce dernier améliore la performance des soins et génère une « **demande révélée** ». Par exemple, on considérait avant la démence sénile comme une dégradation naturelle avec l'âge ; aujourd'hui, on tente de prévenir et traiter du mieux possible la maladie d'Alzheimer. On assiste donc à une augmentation des besoins au fur et à mesure des possibilités offertes par le progrès médical. Sans innovation médicale, cette nouvelle demande ne générerait pas de hausse sensible de dépenses de santé, d'où la notion de demande révélée.

...au regard du rôle majeur de l'innovation médicale

Les évolutions des pratiques de soins sont les déterminants majeurs de la croissance des dépenses de santé. Les pratiques de soins englobent les comportements du patients (décision ou non de consulter), les décisions du médecin (examens et traitements à appliquer) et surtout les procédures et traitements disponibles. Entre 1992 et 2000³, la hausse des dépenses de santé de 54% se répartit de la façon suivante : +58% dus aux changements des pratiques, +3% dus à l'effet croissance de la population, +3% dus à l'effet vieillissement et -10% aux changements de morbidité. On observe que l'amélioration de l'état de santé à un âge donné freine significativement la progression des dépenses (-10%) alors que l'effet vieillissement est marginal (+3%) ; on assiste donc à un rajeunissement plutôt qu'un vieillissement. Les changements de comportement des assurés sont très faibles au cours du temps, c'est donc la dépense associée à la consultation qui a la plus forte influence sur la dépense. La croissance des dépenses n'est pas liée à une augmentation des volumes mais aux innovations médicales. Le progrès technique médical se caractérise par deux mécanismes

¹ P. ZWEIFEL, S. FELDER et M. MEIERS, « Aging of population and health care expenditure : a red herring », *Health Economics*, 8, 1999, p. 485-496.

² D. BLANCHET et F. LE GALLO, « Les projections démographiques : principaux mécanismes et retour sur l'expérience française ». Document de travail, Insee, DESE, G, avril 2008.

³ B. DORMONT, M. GRIGNON et H. HUBER, « Health expenditure growth : reassessing the threat of ageing », *Health Economics*, 15 (9), 2006, p. 947-963.

principaux : la substitution de traitement (gain d'efficacité) et la diffusion du traitement (utilisation croissante de l'innovation). Si la substitution peut conduire à une baisse ou une hausse du traitement, elle conduit avant tout à une meilleure performance du soin. C'est **la diffusion de l'innovation** qui est responsable de la hausse des coûts de la santé.

Prenons l'exemple de la cataracte. Les substitutions des nouvelles technologies aux anciennes ont permis d'importants gains de productivité. Or, le coût de l'opération de la cataracte est assez stable entre 1960 et 2010, alors qu'elle a gagné en efficacité et sûreté, conduisant à de meilleurs résultats (en acuité visuelle et moins de complications)¹. Moins risquée et plus efficace, l'opération peut être réalisée sur des patients plus âgés ou éprouvant une gêne moins sévère. Les dépenses associées au traitement de la cataracte n'ont ainsi augmenté qu'à cause de l'extension de ce traitement à une plus grande proportion de patients.

Des dépenses de santé créatrices de valeur pour la société

La dépense de santé étant largement socialisée, la hausse des dépenses ne peut dépendre de préférences individuelles mais de la valeur créée par les services médicaux (on raisonne ici hors contrainte de financement). Cette valeur est exprimée en unité monétaire, afin de la comparer avec ce qui aurait pu être obtenu en allouant les mêmes dépenses à d'autres postes comme l'éducation, le logement, la sécurité... Ce n'est que récemment qu'on a réussi à démontrer l'impact des soins sur la santé. Martin et al.² ont mis en évidence, en contrôlant par les besoins, que le taux de décès est bien une fonction décroissante des dépenses engagées pour les soins. Ainsi, 15 500 euros permettent de sauver en moyenne une année de vie chez une personne atteinte d'un cancer et 8500 euros pour les maladies cardio-vasculaires. Historiquement, d'autres facteurs ont joué un rôle majeur dans la réduction de la mortalité, tels que la l'hygiène, l'eau potable, l'éducation... Actuellement, pour la plupart des décès dans les pays riches résultant d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire, les soins médicaux ont des potentialités d'impact colossales sur la longévité.

Murphy et Topel³ ont démontré que **les gains en espérance de vie** aux Etats-Unis entre 1970 et 2000 ont ajouté chaque année une valeur équivalente à 50% du PIB, alors que la croissance des dépenses de santé sur la même période a absorbé seulement 36% de la valeur due à l'accroissement de la longévité. L'apport annuel des dépenses de santé s'élève donc à 32% du PIB $((1-36%)*50\%)$, ce qui est nettement supérieur aux 15% de PIB de dépenses de santé de l'époque. Ceci suggérerait que l'effort consenti pour les dépenses de santé serait inférieur à sa valeur optimale pour la société. En d'autres termes, **les dépenses de santé entre 1970 et 2000 aux Etats-Unis se sont révélées socialement rentables. La « valeur sociale » des dépenses de santé a été plus du double sur cette période que la valeur réelle des dépenses.**

Si ces chiffres sont à prendre avec précaution, l'analyse est intéressante pour démontrer que le niveau des dépenses (efficacité allocative), sujet majeur de la plupart des débats politiques sur la santé, est un point à considérer sérieusement mais l'efficacité productive est un point encore plus crucial, en particulier en France. Il est nécessaire de s'assurer que chaque euro dépensé soit utilisé pour améliorer les résultats en matière de santé, et non pour entretenir les rentes de certains intervenants du système.

Des dépenses élevées et mal réparties

La dépense courante de santé s'est élevée à 243 milliards € en 2012 soit 12% du PIB contre 10,5% du PIB en 2000. La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'élève quant à elle à 184 milliards € soit 2806€ par habitant et 9% du PIB en 2012 contre 8% du PIB en 2000. Après des

¹ I. SHAPIRO et al., « Measuring the value of cataract surgery », in D. M. Cutler et E. R. Berndt, *Medical Care Output and Productivity*, National Bureau of Economic Research, 2001.

² S. MARTIN, N. RICE et P. C. SMITH, « Does health care spending improve health outcomes ? Evidence from English programme budgeting data », *Journal of Health Economics*, 27, 2008, p. 826-842.

³ K. MURPHY et R. H. TOPEL, « The value of life and longevity », *Journal of Political Economy*, 114 (5), 2006.

croissances fortes (plus de 5% par an) au début des années 2000, la progression de la CSBM reste sensiblement inférieure à 3% depuis 3 ans (2,2% en 2012, 2,5% en 2011 et 2,4% en 2010). Cette maîtrise des dépenses est le fruit de plans récurrents d'économies (baisse de prix à l'hôpital, des médicaments et des tarifs en radiologie et biologie) entre 2 et 3 milliards € par an pour contrer la hausse tendancielle des dépenses (supérieure à 4%). Ces plans sont le reflet d'une approche macroéconomique qui occulte la question essentielle des mécanismes microéconomiques à l'origine des déséquilibres financiers de notre système de santé.

En 2012 comme en 2011, la part de la CSBM prise en charge par la sécurité sociale a été de 75,5%, celle des complémentaires de 13,7% et le reste à charge des ménages de 9,6%. La part de la sécurité sociale a légèrement diminué de 1,5 point sur les 20 dernières années, avec une prise en charge de 77% en 1995. Cette baisse d'apparence relative, du fait de la forte concentration des dépenses sur les malades les plus graves (50% des dépenses sont portées par 15% d'assurés), se manifeste en réalité par une couverture des soins courants par l'assurance maladie d'à peine plus de 50% en 2012. Le relais pris par l'assurance complémentaire, dans l'état actuel d'organisation et de régulation du marché de l'assurance maladie complémentaire, n'a pas permis de compenser efficacement le retrait de l'assurance maladie en termes d'accessibilité financière des soins courants pour tous les Français.

La répartition des dépenses est marquée par une forte concentration de la CSBM sur les dépenses hospitalières (46,3% en 2012) par rapport aux soins de ville (25,7%). C'est encore plus vrai concernant la CSBM prise en charge par l'assurance maladie ou la part ville et hôpital est respectivement de 55% et 21% de la CSBM. Cette forte concentration hospitalière est historique et intangible ; en 2005 la part de la CSBM à l'hôpital était de 46,2%. La part des dépenses de ville est passée entre 2005 à 2012 de 25,2% à 25,7% alors que celle des biens médicaux évoluait de 26,6% à 25,7%.

Un état sanitaire de la France contrasté

Une espérance de vie record ou l'arbre qui cache la forêt

Notre niveau élevé d'espérance de vie a servi de prétexte aux dirigeants politiques pour ne pas affronter le déclin de notre système de santé et justifier l'inaction par des résultats sanitaires qui sont en fait en trompe-l'œil.

Nous avons vu (partie 1.5) que la France avait une des meilleures espérances de vie à la naissance chez les femmes à la naissance et à 65 ans pour les deux sexes.

Des taux de mortalité stables

Le taux de mortalité en France est de 8,4 pour mille en 2011 comme en 2004 (contre 9,3 pour mille en 1990). Entre 2000 et 2010, le nombre de morts chaque année est passé de 538 388 à 551 000. Depuis 2004, **les tumeurs sont la première cause de mortalité**, devant les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent chacune environ 30% des décès, suivis par les morts violentes (accidents, suicides, autres causes extérieures de décès), qui représentent 7 % avec 36 700 morts (dont 10 415 suicides). La mortalité par cancer est passée de 151 383 morts en 2000 à 161 490 en 2010 alors que celle de l'appareil circulatoire a baissé de 164 000 morts en 2000 à 145 342 en 2010. La hiérarchie des causes est inversée chez les hommes et pas chez les femmes puisque les tumeurs restent en seconde position chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité (pour un âge précis) par tumeur maligne est 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ce qui reflète l'impact de l'alcool et du tabac, mais aussi celui des expositions professionnelles et des comportements nutritionnels plus favorables chez les femmes. L'évolution des comportements des femmes vis-à-vis de l'alcool et surtout du tabac se traduit par une forte hausse, entre 2000 et 2006, des cancers féminins de la trachée, des bronches, du poumon, du pancréas, de la vessie et du foie.

Les **comportements individuels** restent le critère prédominant de l'évolution de la morbidité et de la mortalité des populations. L'analyse dans le temps des causes de mortalité révèle l'effet des progrès

médicaux réalisés dans certains secteurs comme le cardio-vasculaire et celui des facteurs environnementaux. On peut noter l'impact possible des plans sectoriels de santé publique comme celui du plan cancer du président Chirac en 2002, qui a probablement contribué à faire baisser la mortalité par tumeur de 7% entre 2000 et 2006. Pourtant, le lien de cause à effet avec le plan est difficile à démontrer et l'efficacité de ces plans verticaux de santé publique est contestable à l'échelle d'une population. Cependant, la maladie n'est pas une fatalité et des moyens d'action existent sur les comportements individuels et sur l'organisation du système de santé pour obtenir des résultats très importants pour la collectivité.

Des taux très élevés de mortalité prématurée (avant 65 ans) et évitable

C'est un des points noirs de l'état sanitaire en France qui présente **le taux de décès prématuré masculin le plus élevé en Europe**¹, après les pays de l'Est, d'Europe Centrale, le Portugal, la Finlande et la Belgique. En 2010, on comptait **108 590 décès prématurés** (avant l'âge de 65 ans) sur les 551 000 décès annuels, soit **20% des décès**. Le nombre de décès prématurés est plus de deux fois plus élevé chez les hommes avec 26,3% des décès prématurés contre 13% chez les femmes en 2010. Ce taux de décès prématuré est stable depuis 2000, où il était de 20%. Les causes les plus fréquentes des décès prématurés sont les tumeurs (41 % des décès), suivies des morts violentes (16 %) et des maladies de l'appareil circulatoire (13 %).

La mortalité évitable a été définie à partir d'une répartition en trois composantes de la mortalité prématurée : causes de décès liées aux comportements à risques, celles liées au système de soins et les autres causes de décès. Le poids de la mortalité liée aux comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduites dangereuses...) est très important en France alors que la situation est moins défavorable pour les décès évitables liés au système de soins. Une grande part de ces décès évitables pourrait être évitée par une intensification des politiques de prévention².

La mortalité évitable, liée aux pratiques de prévention primaire regroupe des causes de décès qui pourraient être évitées si on réduisait des comportements à risque tels que le tabagisme, l'alcoolisme et les conduites routières dangereuses. Les causes de décès évitables comprennent les cancers des voies aérodigestives supérieures, de l'œsophage, du poumon, des psychoses alcooliques, les cirrhoses, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides et le sida.

En France, **33 %** de la mortalité prématurée est évitable, soit **35 721 décès évitables** en 2006, dont 27 598 pour les hommes et 8 123 pour les femmes³. Grâce à un plan de sécurité routière, on a divisé par 3 le nombre de tués sur les routes, soit environ 7 000 vies sauvées par an. En extrapolant, on pourrait sauver plus de **20 000 vies** d'individus en pleine force de l'âge en appliquant un plan de prévention primaire, en particulier chez les hommes.

Le fléau du tabac ou l'échec de la prévention primaire en France : entre 2000 et 2006, les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons ont augmenté de 50 % chez les femmes et baissé seulement de 9 % chez les hommes. En 20 ans, les taux de décès par cancer du poumon chez les femmes ont doublé et cette augmentation a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans⁴. La consommation croissante de tabac chez les adolescentes va générer des dégâts colossaux en termes de mortalité féminine prématurée si on n'inverse pas cette tendance. Les statistiques sur le tabac sont alarmantes. 37 % des adolescents de 11 à 15 ans disent ne pas pouvoir se passer du tabac, 54 % des jeunes de 20 à 24 ans et 23 % des personnes de 20 à 75 ans fument. Le tabac est la première cause de mort évitable, c'est le principal facteur de risque des cancers. Il est responsable de 33 % des cancers des hommes et de 10 % de ceux des femmes. De 1980 à 2010, le taux de fumeurs dans la population de plus de 15 ans est passée de 30% à ... 28,5% (de 16% à 26% chez les femmes) ce qui illustre l'échec cinglant des campagnes de prévention. L'évolution sur 30 ans des taux

¹ Source: Eurostat, Inserm-CépiDc

² Péquignot et al, Inserm-CépidC- BEH N° 30-31/2003

³ Sources : Inserm-CépiDc

⁴ Péquignot et al, 2003 – BEH N° 30-31/2003 – Inser-CépiDC

de fumeurs est révélateur de l'échec de notre approche de la prévention, déconnectée de l'activité médicale (en particulier celle des médecins généralistes) et pas seulement d'un manque de moyens. En France, le tabac cause 66 000 morts par an. Tout ceci entraîne un coût colossal pour la collectivité, estimé à 47 milliards € soit 772 € par habitant par an¹. C'est un des nombreux signes du manque de culture de prévention de nos citoyens dans un pays pourtant si éduqué.

Une espérance de vie sans incapacité médiocre

Dans la quête de longévité de l'être humain, la durée de vie sans incapacité est l'objectif prioritaire ; c'est aussi un indice de qualité de vie et de besoins de soins et d'assistance. L'espérance de vie sans incapacité à 65 ans (sans aucune grande limitation) n'est que de 9,5 ans chez la femme, soit 42 % du total et 8,6 ans, soit 47 % du total chez l'homme, soit **moins de 10 ans pour les deux sexes**. En matière d'espérance de vie sans incapacité à la naissance, on assiste à une baisse entre 2008 et 2010 selon l'INED. Elle est passée de 62,7 ans à 61,9 (soit 10 mois de moins) chez les hommes et de 64,6 ans à 63,5 ans chez les femmes (soit 13 mois de moins). Sur ce critère essentiel en matière de performance sanitaire, la France est dans la deuxième moitié des pays européens.

Une explosion des maladies chroniques

On assiste aujourd'hui à une forte croissance de la plupart des maladies chroniques. 35 % des Français déclarent souffrir d'une maladie chronique et 75 % pour les plus de 85 ans (dont le nombre va doubler dans les années à venir)². Le nombre de nouveaux cas d'ALD est passé de 830 000 en 2000 à 1 248 046 en 2011, soit une hausse de 50% en 11 ans, pour un nombre total d'ALD de 11 284 707 (quasiment autant d'hommes que de femmes) à fin 2011³. Il y a 9,2 millions d'assurés pris en charge à 100% pour une ALD à fin 2011 (sachant que certains assurés ont plusieurs ALD, d'où le chiffre plus faible du nombre d'assurés que d'ALD), **soit 14 % des assurés**. Le nombre de patients sous ALD (affections de longue durée) progresse plus rapidement que la population globale : près de 4 % par an, alors que le total des bénéficiaires du régime général augmente de moins de 1 %⁴. Les trois premières ALD (ALD 8 pour le diabète 1 & 2, ALD 30 pour le cancer et ALD 12 pour l'HTA sévère) représentent 45% du nombre d'ALD alors que le top 5 (+ ALD 13 les maladies coronaires et ALD 23, troubles dépressifs récurrents) pèse 62% du nombre total d'ALD. Les dépenses ALD représentent presque les deux tiers des dépenses de santé et près de 80 % de la croissance de ces dépenses. Cette forte croissance des dépenses ALD, financées à 100% par l'assurance maladie, est à l'origine d'une spécialisation croissante de cette dernière sur le gros risque et de son désengagement progressif du financement des soins courants. La cour des comptes a régulièrement pointé du doigt l'absence de connaissance précise de ces dépenses ALD (autour de 90 milliards € en 2012). Le surcoût dû à la prise en charge à 100% par rapport au remboursement normal est estimé grossièrement par la CNAM à une dizaine de milliards d'euros. Une des causes de l'imprécision est le non respect de l'ordonnancier bizonne par les professionnels de santé (à l'hôpital comme en ville), souvent sous la pression des patients. Malgré la prise en charge à 100% de la pathologie concernée, les patients ALD ont un reste à charge en moyenne de 702€ par an, contre 370€ pour les patients non ALD (soit 90% plus élevé), du fait d'une moyenne d'âge élevée des patients ALD (62 ans) et d'un état de santé général plus dégradé. Enfin, il existe une forte disparité géographique de la prévalence des ALD en France métropolitaine, qui varie du simple (Mayenne=11,8 ALD pour 100 personnes) au double (Nièvre=21,1 ALD pour 100 personnes).

La forte progression des maladies chroniques est un phénomène mondial, avec une hausse des personnes qui vivent plus longtemps après avoir reçu un diagnostic de maladie chronique. Responsables 63% des décès, ces dernières sont devenues les premières causes de décès à travers le

¹ Rapport de la cour des comptes – décembre 2012

² Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2007, INSEE.

³ Eco-Santé France 2013

⁴ Assurance maladie, 2009

monde¹. La marginalisation socioéconomique associée aux facteurs de risque et aux conséquences des maladies chroniques contribuent à creuser les inégalités de santé. Les pays développés consacrent 70% de leur budget de santé au seul traitement des maladies chroniques². Ces dernières sont une vraie menace pour le développement économique. Elles représentent un frein substantiel à notre capacité de production puisque 25% des mortalités liées à ces maladies touchent les 60 ans et moins³.

Le cas du diabète : Le diabète illustre bien la situation épidémiologique et financière de la plupart des ALD. Le nombre de diabétiques traités en France est passé de 1,6 à près de 3 millions entre 2000 et 2009. Ce chiffre est supérieur à l'hypothèse la plus haute des experts pour 2016. Le taux d'obésité est passé de 10 % à 14,5 % en 10 ans et serait responsable, selon l'OMS, de 79 % du diabète de type 2. Chaque année, les dépenses d'assurance maladie pour le diabète augmentent de près de 1 milliard €. Elles s'élevaient à 12,5 milliards en 2007. La population diabétique est globalement âgée (66 ans pour la médiane, 26% ont plus de 75 ans), économiquement plus désavantagée que la population générale à âge égal (un tiers des foyers ont moins de 1200€ de revenus) et parmi laquelle 23% sont nés à l'étranger⁴. Le diabète est connu depuis 9 années pour sa médiane, ce qui expose à un risque élevé de complications. En 2007, les dépenses de santé par diabétique étaient de 5 357€ contre 4130€ en 2001 soit une hausse de 4,4% par an⁵. Les dépenses se répartissaient entre les établissements hospitaliers (38% dont 32% à l'hôpital public), 26% pour les médicaments, 8% pour les médecins libéraux et 9% pour les soins infirmiers. L'hôpital public et les médicaments sont de loin les plus gros contributeurs à la croissance des dépenses (30% et 32% respectivement).

Un cadre démographique favorable malgré le risque dépendance croissant

Notre pays présente un accroissement naturel de sa population (+ 283 000 en 2010), alors que la plupart des autres pays européens ont une croissance démographique portée par les flux migratoires. Il connaît un fort dynamisme de ses naissances, avec **823 394 naissances** en 2011, largement au-dessus de la moyenne des 10 dernières années (805 000) et comparable au niveau de 1980 (826 055). Le taux de natalité - 12,7 naissances pour 1000 habitants en 2011 - est relativement stable depuis 10 ans (12,9 en 1999). Cette hausse des naissances en France est liée à une hausse de la fécondité qui se chiffre à 2 enfants par femme en 2011 et qui compense la baisse du nombre de femmes d'âge fécond depuis 15 ans (- 150 000 femmes âgées de 20 à 40 ans depuis 2002). Cette caractéristique française résulte du succès de la politique familiale mise en place dans les années 50. La France d'après-guerre avait la politique familiale la plus onéreuse d'Europe. Les dépenses de la branche famille représentaient plus de 50 % des dépenses de sécurité sociale, contre moins de 14% en 2012. C'est un choix de société pris à cette période qui impacte considérablement nos besoins en termes d'éducation, de crèches, de logement, de politique de la ville, d'infrastructures urbaines et de services de santé. Ce choix a un coût, et en période de rigueur budgétaire (coût de 2% du PIB en prestations familiales), il semble crucial d'en évoquer les bénéfices pour la société et de l'expliquer aux Français.

Un fait marquant lié à ces naissances est l'augmentation de l'âge moyen à l'accouchement, qui continue de progresser à plus de 30 ans en 2011, contre 27,9 ans en 1990. La part des mères de plus de 35 ans augmente très rapidement et représente 22 % en 2009 contre 13,4 % en 1999 et a presque quadruplé en 30 ans. Lié à des éléments positifs tels que les progrès de la médecine et une plus grande liberté de choix des femmes, ce phénomène n'en demeure pas moins un vrai sujet de santé publique tant les risques de naissances tardives sont exponentiels au-delà de 35 ans.

Les femmes représentent 51,6% de la population française, avec 33,82 millions de personnes au total, contre 31,77 millions pour les hommes au 1^{er} janvier 2013. Cette supériorité en nombre est

¹ World economic forum et Harvard schooll of public health (2011). « TRhe global economic burden of non-communicable disease ».

² Promotion santé suisse (2010). « Promouvoir la santé et prévenir maladies et accidents », promotion santé suisse, Lausanne, 28 pages

³ idem 1

⁴ Etude ENTRED 2007-2010- INVS

⁵ Idem 1

essentiellement due à la plus longue espérance de vie des femmes. Jusqu'à 45 ans, on dénombre plus d'hommes que de femmes.

Une transition démographique : la population âgée plus nombreuse que la population jeune dès 2015¹

On assiste à un vieillissement marqué de la population avec une part de la population au-delà de 65 ans qui est passée de 15,8 % en 2000 à 16,6 % en 2010 et à 26,2% en 2050, ce qui signifie qu'aujourd'hui, une personne sur six a plus de 65 ans en France. L'âge moyen en France est de plus de 40 ans en 2011, contre 37 ans en 1990. Il en résulte une France vieillissante, d'autant plus que les projections tablent sur un quasi doublement du nombre des plus de 85 ans (1,6 million en 2010) d'ici à 2020.

En 2050, la France comptera 70 millions d'habitants et un habitant sur trois, soit plus de 22 millions de Français, aura plus de 60 ans (contre 20%, soit près de 13 millions, aujourd'hui) ; les moins de 20 ans ne représenteront plus que 22% de la population. **C'est à partir de 2015 que les plus de 60 ans (24,6%) deviendront plus nombreux que les moins de 20 ans (24%).** Le vieillissement va s'accélérer jusqu'en 2035 puis ralentir entre 2035 et 2050. Ceci va se traduire par une baisse très sensible du ratio entre la population active et les inactifs de 60 ans et plus. En 2005, on comptait 2,2 actifs (27,6 millions au total) pour un inactif de 60 ans et plus (12,5 millions au total). En 2050, on prévoit 1,4 actif (autour de 28,5 millions au total) pour un inactif de plus de 60 ans (autour de 22 millions). La situation des départements français est très variée en termes de répartition par âge avec un pourcentage des plus de 65 ans de 4 %, 8 %, 10 % et 27 % respectivement pour la Guyane, la Réunion, la Seine-Saint-Denis et la Creuse. Cette disparité est un des critères importants en termes d'organisation de l'offre de soins sur notre territoire. La conjonction d'une hausse de la population (au moins jusqu'à 2040) et d'un vieillissement continu est un défi colossal pour la pérennité de notre protection sociale. Cette transition démographique a une influence immense sur l'équilibre du financement de notre protection sociale sachant qu'elle repose encore principalement sur les coûts du travail conformément au principe bismarckien d'origine.

Un risque dépendance en croissance sensible à partir des années 2025-2030

L'arrivée aux grands âges de la génération nombreuse du baby boom à partir de 2025 va se traduire par une forte hausse des décès et du risque dépendance à cette époque. Les décès seront de 773 000 en 2050 contre 550 000 en 2010 et le solde naturel de la population de -26 000 contre +283 000 sur la même période. Dès 2035, le solde naturel (+80 000) deviendra plus faible que le solde migratoire (+100 000). Le nombre de personnes dépendantes devrait passer de 1,2 million en 2012 à 1,5 million en 2025 et 2 millions en 2040² (pour 10 millions de personnes âgées de plus de 75 ans). Alors que le nombre de personnes âgées dépendantes va augmenter de 73% entre 2010 et 2040 contre 13% pour la population générale, la part des personnes âgées dépendantes passera de 1,8% de la population générale en 2010 à 2,8% en 2040. Les personnes âgées dépendantes en 2040 resteront au trois quart des femmes.

Les enjeux financiers de la dépendance en termes de part de PIB sont sans commune mesure avec ceux des retraites (13,4% en 2008 et 15,3% en 2050³). Les coûts de la dépendance passeront de 7,7 milliards € en 2012 (0,4% de PIB) à 12,4 milliards € en 2025 et à 20,6 milliards € en 2040 (0,6 point de PIB). Si on y ajoute les coûts de santé et d'hébergement des personnes dépendantes, la part de PIB passera de 1,2% à 1,7% en 2040. Le financement public passerait quant à lui de 68% des coûts (soit 5,2 milliards€ en 2012) à 54% en 2040 soit 11,1 milliards €.

¹ Insee- N°1089- Projection de population 2005-2050 - scénario central - juillet 2006

² Evaluation Drees en 2011 et perspectives démographiques et financières – Jean-Michel Charpin - juin 2011

³ Rapport du COR – Avril 2010

2.2| Des inégalités sociales de santé croissantes

Inégalités sociales de santé : de quoi parle t'on ?

Les inégalités sociales de santé sont « *des différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé, observées entre différents groupes sociaux* »³. Des inégalités sociales de santé apparaissent lorsqu'on peut établir une corrélation statistique entre les inégalités sociales (revenus, diplôme, CSP...) et des inégalités d'état de santé (espérance de vie, causes de décès, nombre de pathologies déclarées...). Si cette corrélation existe, ce qui est le cas en France, il reste à déterminer les causes de cette corrélation. Il existe deux types d'explication, opposées et complémentaires, à ces corrélations : « **la sélection sociale** », les personnes en bonne santé ont plus de chance d'occuper une position élevée dans la société (l'inégalité de santé est une cause de l'inégalité sociale) et la « **causalité sociale** », une position élevée dans la société favoriserait une bonne santé (l'inégalité sociale est une cause de l'inégalité de santé). Les deux effets s'additionnent (se potentialisent) et s'ajoutent aux **inégalités « naturelles »** devant la santé. On peut résumer cela en : « **la santé : une loterie naturelle couplée à un forte déterminisme social** »². Le phénomène de causalité sociale est considéré comme prédominant ; ses déterminants sont attribués à des facteurs aussi divers que le revenu, les conditions de vie dans l'enfance et à l'âge adulte, l'accès à l'éducation, l'accès à l'emploi, les conditions de travail, l'exposition à des facteurs de risque y compris environnementaux. Ils peuvent être aussi liés à des comportements individuels à risque lorsqu'ils sont fortement différencier selon les groupes sociaux : tabac, alcool, autres addictions, mauvaise alimentation, sédentarité. Des facteurs collectifs tels que le capital social et la position hiérarchique au sein de son groupe de pairs entrent aussi en ligne de compte. Il est nécessaire de distinguer les facteurs qui mettent en cause le système de soins et l'accès à ce système et ceux qui en sont extérieures. L'assurance maladie, dans sa fonction régulatrice de l'offre de soins et de financement solidaire peut agir directement sur les premiers et indirectement sur les seconds (par une distribution non uniforme des moyens).

Des inégalités sociales de santé établies, plus marquées chez les hommes et en hausse sensible au cours du temps

On observe une nette différence d'espérance de vie à 35 ans chez les hommes entre cadres et ouvriers, qui s'est légèrement accrue ces 30 dernières années. Alors que la différence était de 6 ans (41,7 contre 35,7) entre 1976 et 1984, la différence d'espérance de vie à 35 ans entre un homme cadre et un homme ouvrier est passée à 6,3 ans sur la période 2000-2008 (47,2 contre 40,9 ans)³. Sur la même période, cette différence est restée quasiment stable chez les femmes à 3 ans sur la même période. Le même constat est réalisé avec l'espérance de vie à 60 ans dont les écarts sont passés de 3,3 ans à 4,4 ans sur la période alors que l'écart chez les femmes a baissé de 2,5 ans à 2,3 ans. Cette moindre espérance de vie chez les ouvriers se double d'une moindre espérance de vie sans incapacité, soit la **double peine** pour l'ouvrier en matière de santé. Le cadre vivra 85% de son espérance de vie sans incapacité de type II⁴ à 35 ans (soit 40 des 47 années) alors que l'ouvrier en passera 78% (32 des 41 années). Ainsi, l'ouvrier vit **6 ans de moins à partir de 35 ans et 8 ans de moins sans incapacité**. Pour les femmes, l'écart est respectivement de 3 ans et 5 ans.

Des inégalités sociales marquées pour les cancers chez les hommes

³ Banque de données en santé publique - Ecole des hautes études en santé publique

² Les inégalités sociales de santé. Basset B (sous la direction de). INPES, coll.Varia, 2008

³ Insee- Echantillon démographique permanent, l'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent Octobre 2011, d'après données ADP de 1976 à 2008

⁴ Limitations durables dans les activités au quotidien, intermédiaires entre la simple déficience fonctionnelle ou sensorielle type I- et la véritable dépendance-type III.

La part des cancers dans les inégalités face à la mort, tant chez les hommes que chez les femmes est importante. Pour les hommes, l'indice relatif d'inégalité (**IRI**)¹ est de **1,9** pour la mortalité tous cancers, ie que le risque de décéder par cancer est 1,9 fois plus élevé chez les hommes les moins diplômés comparés aux hommes les plus diplômés². L'écart des risques de décéder d'un cancer selon son niveau de diplômes chez les hommes s'est sensiblement accru au fil du temps puisqu'il était de l'ordre de 1,5 dans les années 70. Ces inégalités sociales sont très marquées pour les cancers des voies aéro-digestives supérieures (IRI de 3 pour la cavité buccale, de 3,9 pour le pharynx et de 4,7 pour le larynx) et l'œsophage (IRI de 3,4). Ces cancers étant fortement corrélés à la consommation de tabac et d'alcool, elle-même inégalement distribuée socialement³, l'inégalité sociale sur ces cancers peut s'expliquer par l'inégale répartition des facteurs de risques. Il est établi que les ouvriers (et les ouvrières) fument deux fois plus que les cadres et la prévalence de l'obésité est deux à trois fois plus élevée. L'inégalité sociale de répartition de l'accès à la prévention est aussi un facteur majeur d'inégalité face à l'âge de décès. L'influence de l'exposition professionnelle joue aussi un rôle.

Pour les femmes, les inégalités sociales sont moins marquées avec un indice relatif d'inégalité tous cancers **de 1,2**. Aucune relation claire entre le niveau d'étude et la mortalité n'est notée pour la majorité des localisations. La situation est particulière pour le cancer du sein : les résultats mettaient en évidence historiquement des taux de mortalité plus élevés parmi les femmes les plus diplômées avec un IRI de 0,45 dans la période 1968-1974, de 0,7 en 1982-1988 et de 1,2 en 1990-1996⁴. L'âge tardif de la première grossesse et le nombre moins élevé de grossesses, qui sont des facteurs de risque connus, peuvent être des facteurs explicatifs de cette réalité historique. La suppression des inégalités sociales inversées au cours du temps pourraient être dues à une mortalité plus importante chez les femmes à catégorie sociale défavorisée qui, si elle était avérée, pourrait s'expliquer par un moins bon recours aux soins et au dépistage, comme semble le confirmer l'étude du BEH de septembre 2008. Les possibles inégalités sociales de survie questionnent directement l'égalité de fonctionnement du système de soins en fonction des catégories sociales (pour le dépistage comme pour le soin).

Sauf aux grands âges, la dépense totale de soins est très peu différenciée entre les différentes catégories socio-professionnelles⁵.

Il n'existe pas de différence significative de dépenses entre les catégories sociales, pour toutes les classes d'âge jusqu'à 74 ans. Une différence significative sur un plan statistique apparaît aux grands âges (75 ans et plus) pour les hommes entre les cadres et les ouvriers-employés et indépendants. Au même âge après 75 ans, les seconds dépensent 1700€ de plus en moyenne que les premiers. On peut noter que la croissance des dépenses de santé tend à décélérer après 75 ans chez les cadres. La rupture de pente des dépenses de santé après 75 ans est liée aux dépenses en établissements de soins et en médico-social.

Cette inégalité très ciblée de la dépense de soins (entre hommes cadres et ouvriers après 75 ans) est à mettre en relation avec les inégalités observées en termes d'état de santé. L'écart du nombre moyen de maladies entre les ouvriers-employés et les cadres n'augmente nettement qu'aux âges élevés (+0,8 pour les 75 ans et plus), soit 4,1 maladies contre 3,3). On observe le même phénomène avec le taux d'ALD qui ne se différencie significativement entre les ouvriers-employés et les cadres qu'après 75 ans (taux de 63% contre 52%). Ces différences de dépenses de santé sont concentrées sur les plus gros dépensiers de la classe d'âge. Ce sont les personnes appartenant au quartile des plus

¹ Indice relatif d'inégalité (IRI) : c'est le risque relatif de mortalité entre la personne la moins diplômée et la plus diplômée.

² Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle » de G.Menvielle et al- BEH du 2 septembre 2008.

³ Smoking, alcohol drinking, occupational exposures and social inequalities in hypopharyngeal and laryngeal cancer », Gwenn Menvielle, Danièle Luce, Goldberg and Leclerc, International journal of epidemiology 2004 ; 33 :799-806

⁴ Source : INVS-BEH du 2 septembre 2008- Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état de lieux et évolution temporelle - Gwenn Menvielle et al.- Inserm U687, Villejuif, France ; IFR69.

⁵ Rapport d'activité 2012- HCAAM

gros consommateurs de la tranche d'âge de plus de 75 ans qui expliquent la quasi-totalité de l'écart moyen de dépenses.

Ainsi, si les hommes ouvriers-employés de plus de 75 ans dépensent plus que les cadres, c'est essentiellement parce qu'ils sont plus malades. Ce n'est donc **pas la catégorie sociale qui est la variable explicative du surcroît de consommation mais la maladie.**

Des inégalités de santé dont les causes principales restent en amont du système de soins

De façon générale, concernant la variable « âge », on observe **une « homogénéité sociale »** de la dépense de santé, attribuable à notre système d'assurance maladie. La seule différence significative de consommation de soins liée à l'inégalité sociale concerne les hommes de plus de 75 ans et est liée à une différence d'état de santé. Même si ce point illustre des inégalités de santé corrélées aux inégalités sociales, force est de constater que l'enchaînement entre inégalités sociales et inégalités de santé n'est pas essentiellement le fait d'inégalités sociales dans la consommation de soins. Ce ne sont donc pas surtout des inégalités financières d'accès aux soins qui seraient la principale explication des inégalités sociales de santé mais davantage les inégalités de milieu et de mode de vie. La consommation de soins apparaît relativement indépendante du niveau des revenus du fait de la forte solvabilisation apportée par l'assurance maladie. Nous verrons cependant qu'apparaît un phénomène en forte croissance de renoncement à certains soins courants d'une partie de la classe moyenne du fait des défaillances du marché des compléments santé.

Il est largement partagé que les inégalités de santé ont leurs origines en amont du système de soins. La commission des déterminants sociaux de l'OMS de 2008 concluait que les principales causes des inégalités sociales de santé se trouvent largement en dehors du système de soins. «*Les circonstances dans lesquelles on grandit, on vit, on travaille et on vieillit influencent fortement la façon dont on vit et on meurt. L'éducation, le logement, l'alimentation et l'emploi ont tous un impact sur la santé. La réduction des inégalités à ces égards diminuera les inégalités en matière de santé*»¹. La seule politique de santé qui peut conduire à une réduction des inégalités de santé est donc **une politique transversale de santé** qui nécessite la collaboration avec les ministères concernés par les déterminants sociaux (logement, ville, agriculture, éducation, sport, environnement, transport). Au lieu de cela, les pouvoirs publics préfèrent mettre en place des plans verticaux – cancer, Alzheimer, AVC...- coûteux et à faible valeur ajoutée d'une part et sans action réelle sur la réduction des inégalités de santé d'autre part.

Des renoncements aux soins croissants et aussi marqués par un « gradient social »

On parle de renoncement aux soins lorsqu'une personne a perçu un besoin et a décidé de ne pas avoir recours aux soins. Les derniers résultats officiels² font état d'un renoncement à voir un médecin ou à des soins de 15,4% dont les taux de renoncement par CSP sont de 11% pour les cadres, 16,7% pour les ouvriers non qualifiés, 18,3% pour les employés administratifs et 15,4% pour les employés de commerce. Il existe un gradient social du renoncement aux soins avec un coefficient de 1,5 entre le cadre et l'ouvrier. C'est encore plus net lorsqu'on prend en compte les niveaux de revenus et non plus la catégorie socioprofessionnelle. Dans cette même enquête, l'analyse du lien entre le niveau de revenus et le renoncement aux soins montre une corrélation forte puisque le taux de renoncement va de 22% au sein du premier quintile (moins de 870 euros par unité de consommation) à 6,7% pour le dernier quintile (1997€ et plus) en passant par 15% pour le troisième quintile (1167€ à 1486€). Le premier secteur de soin concerné par le renoncement est le secteur dentaire. Le non-recours au dentiste est de 15,9% pour les moins précaires et de 43% pour les plus précaires (2,7 fois plus important).

¹ Rapport OMS de 2010 sur les déterminants sociaux de santé

² IRDES- Enquête SPS 2008

Alors que l'assurance maladie assure efficacement son rôle de garantir une égalité d'accès aux soins coûteux (souvent liées au gros risque santé) puisque les gens ont une consommation de soins équivalente et indépendante de leurs revenus (même supérieure pour les ouvriers après 75 ans du fait de leur état de santé), le système de complémentaire santé n'est pas efficace dans la mutualisation des restes à charge devant éviter tout renoncement aux soins (les soins courants étant les plus concernés).

Des inégalités territoriales en lien avec les inégalités sociales

L'espérance de vie à la naissance chez les femmes varie de 82,3 ans en région Nord Pas de Calais à 85,2 ans pour la région Pays de Loire (soit une différence de 3 ans). Celle des hommes varie de 74,5 ans dans le Nord Pas de Calais à 79,5 ans en Ile de France, soit une différence **de 5 ans**. Ces inégalités territoriales de santé sont en partie le reflet des inégalités socio-économiques. Plus le désavantage social est élevé dans une région, moins l'espérance de vie est élevée. De la même façon que les inégalités sociales de santé ne peuvent pas s'expliquer par les seules inégalités financières ou d'accès aux soins (qui sont mêmes secondaires comme vu précédemment), les inégalités territoriales de santé ne s'expliquent pas simplement par la disponibilité des équipements ou d'accès à un certain niveau de consommation de soins. La région Nord pas de calais, qui dispose de l'espérance de vie la plus basse de France chez les hommes comme chez les femmes tire les conclusions suivantes dans son projet régional de santé 2012 : « *On ne peut imputer cette situation à une sous consommation de soins, ni pour l'essentiel à une insuffisance de l'offre de soins. Au contraire, la région se caractérise par une consommation de soins par habitant supérieure à la moyenne nationale. En réalité, ce n'est pas l'insuffisance de soins qui explique les mauvais indicateurs sanitaires, ce sont les mauvais indicateurs sanitaires qui expliquent une consommation plus importantes de soins* ».

2.3 | Le financement de notre système de santé est-il soutenable sans refonte?

La notion de soutenabilité fait appel à la capacité d'un système à répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de répondre aux leurs. D'abord énoncé au sujet des ressources naturelles dans les années 70, la soutenabilité a ensuite été étendue à la protection sociale en général et au système de santé en particulier. La progression constante des dépenses et le recours récurrent depuis les années 90 à l'endettement n'hypothèquent-ils pas la satisfaction des besoins futurs des prochaines générations ? Quels arbitrages doivent être pris ?

Une évolution tendancielle de la croissance des dépenses très forte

De 1960 à 2010, la part des dépenses de santé dans le PIB est passée de 3,5% à 12% soit une hausse de 3,5 fois en 50 ans. Sur cette période, les dépenses de santé ont augmenté à un rythme de l'ordre de 1,7 fois plus vite que le PIB. Depuis 2010, on assiste à une stabilisation de la dépense à 12% de PIB. Sur les dix dernières années, l'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) confirme la décélération de la croissance des dépenses avec un taux moyen 3,7% par an, passant de **4,5% par an entre 2003 et 2007 et 2,9% entre 2008 et 2012**. Depuis 2010, l'ONDAM voté par le parlement a été respecté. Les prévisions de croissance de l'ONDAM de 2014 à 2016 sont de 2,5% par an.

L'évolution « tendancielle » de l'ONDAM¹ mesure sa progression spontanée, toutes choses égales par ailleurs: il s'agit de l'évolution que suivrait naturellement la dépense d'assurance-maladie si aucune mesure nouvelle de dépenses ou d'économies n'était décidée. Le tendanciel historique, tel qu'il a pu être reconstitué sur la période 2007-2012, s'est ainsi établi autour de 4,4% par an, la dépense d'assurance-maladie effectivement constatée progressant, elle, de seulement 3,2 % par an en moyenne sur la même période. Le scénario central de progression tendancielle des dépenses entre

¹ Rapport IGF-IGAS de juin 2012 : « Propositions pour la maîtrise de l'ONDAM : 2013-2017 »

2013 et 2017 est de 4,1% par an soit 6,9 milliards euros¹. L'objectif de maintenir la croissance de l'ONDAM à 2,5% (soit environ 4 milliards euros par an) jusqu'à 2016 selon le PLFSS 2014 nécessite **une réduction de la croissance des dépenses de 2,9 milliards euros**. Les derniers PLFSS ont réalisé cette réduction sur deux postes essentiels: les médicaments (prix surtout et volumes) et tarifs des radiologues et biologistes). La plupart des marges de manoeuvre sur ces postes ont été utilisées, ce qui va nécessiter dès le PLFSS 2015 de trouver d'autres leviers de réduction des dépenses.

Des recettes qui pèsent trop sur le travail

En 2012, les recettes de l'assurance maladie étaient encore largement dominées par des contributions sur les salaires (48% en cotisations et 35% sur la CSG) et seulement 14% sur les impôts et taxes. La montée en puissance de la CSG dans le financement de la santé depuis les années 90 n'a pas été suffisante pour dynamiser les recettes de l'assurance maladie et permettre un allègement du coût du travail. Alors que la masse salariale est étroitement liée à l'activité économique et subit donc des fluctuations régulières, comme en 2009 où elle a baissé de 1,3%, la CSG est d'un rendement plus régulier et présente une croissance généralement supérieure au PIB. L'extension de la CSG (hausse de la CSG en contrepartie de la baisse des cotisations sociales) dans la part des recettes de l'assurance maladie au niveau actuel des cotisations est une nécessité financière pour renforcer la solidité financière et une mesure socialement juste puisque cela augmenterait la part financée par les seniors (en particulier la part de la CSG sur le capital), qui sont les plus gros consommateurs de soins remboursés par la sécurité sociale.

C'est un nouvel équilibre de financement à trouver entre la part fiscale et la part des charges salariales. Les bénéfices pour l'entreprise d'un système de santé efficace justifient qu'une partie soit financée par l'entreprise, via les charges sociales. La nouvelle donne économique (concurrence mondiale) et démographique (baisse des actifs, vieillissement) impose en revanche un financement plus individualisé et croissant des inactifs.

Les contributions des salariés et des employeurs à l'assurance maladie (au 1^{er} janvier 2013) sont de 13,55% du salaire brut (12,8% par l'employeur et 0,75% par le salarié), de 7,5% pour la CSG (uniquement le salarié) et de 0,5% pour la CRDS. L'assurance maladie a vu une baisse de ses recettes suite aux réductions des cotisations patronales sur les bas salaires. Les cotisations patronales sur les bas salaires du régime général de la sécurité sociale sont passées de 33% à 4,63% du salaire brut depuis 1980.

Un recours à l'endettement financièrement et moralement insoutenable

La question de la soutenabilité de notre système de santé n'a jamais été correctement traitée en France. Notre pays s'est même refusé tout débat sur le sujet, préférant d'abord réaliser des arbitrages implicites consistant à augmenter les prélèvements obligatoires puis, à partir des années 90, et de manière croissante en optant pour le recours à l'endettement. Ce dernier choix n'est clairement pas soutenable puisqu'il s'agit de faire payer des dépenses de fonctionnement par les générations futures. Cela revient à ne pas assumer les consommations de soins en temps réel et de ne pas en mesurer le vrai prix. En réalité, ce choix des politiques de tous bords en France est un non-choix, une fuite en avant du financement de notre protection sociale sans se soucier de la contrainte des équilibres financiers.

La branche maladie est celle où le recours à l'endettement a été le plus marqué ces dix dernières années. De 2003 à 2012, le déficit de la branche maladie (qui représente 47% des dépenses du régime général de la sécurité sociale) a été de 82 milliards d'euros soit 60% du déficit social total. La crise de 2008 ne peut pas être tenue responsable de ce phénomène puisque ce déficit se partage strictement en deux avant (41 milliards de 2003 à 2007) et après. Depuis la création de la CADES² en

¹ Ondam en 2011= 167 milliards euros

² Caisse d'amortissement de la dette sociale créée par les ordonnances Juppé de 1996

1996, le déficit social cumulé à fin 2012¹ est 209 milliards d'euros dont 71 milliards€, soit seulement un tiers, sont amortis à ce jour. **La CADES est l'illustration de la fuite en avant irresponsable des politiques qui ont mis en place un dispositif à vocation temporaire, dont ils ont imaginé la diversification des sources de financement pour le faire perdurer.** La CADES est aujourd'hui un émetteur de créances international de tout premier rang, qui trouve de la liquidité à taux faible, laissant penser à nos politiques que le rétablissement des équilibres financiers n'est pas une priorité.

Quel choix à l'avenir pour le niveau de dépenses de santé et le type de financement ?

Les arbitrages réalisés jusqu'à maintenant ont été des décisions implicites plutôt qu'explicites, se traduisant par la hausse des prélèvements dans un premier temps puis le recours à l'endettement ensuite. La situation financière et fiscale de la France rend cette situation de plus en plus intenable et impose donc des choix de financement de deux types. Quelles dépenses remboursées (quel niveau et quel panier de soins) et par qui (l'assurance maladie, les complémentaires ou les particuliers)? Nous aborderons ce sujet en détail dans la partie financement du nouveau système de santé (II.6). Il est essentiel de faire un choix stratégique sur ces sujets tant les conséquences sur le système de santé sont importantes.

Une synthèse des positions développées ces trente dernières années en France conduit à identifier trois types de raisonnement:

- la croissance des dépenses de santé est inefficace car elle est le reflet de gaspillages, en bref d'une mauvaise utilisation des ressources. Elle n'est pas nécessaire au bien-être de la population car on pourrait soigner aussi bien voir mieux avec moins de moyens. Les partisans de cette approche s'appuient sur le niveau élevé des dépenses françaises (+2,3 points de PIB) pour des résultats sanitaires comparables.

- la croissance des dépenses de santé est une bonne chose et elle doit être financée avant tout par de l'argent public pour assurer l'équité d'accès aux soins. Dans ce raisonnement, toute participation financière des patients est financièrement inéquitable et même un frein à l'accès aux soins. On trouve souvent ici les partisans du refus de toute considération économique (rapport coût/efficacité) dans la définition du panier de soins. Ils considèrent que toute dépense de santé, dès lors qu'elle est utile, répond à un besoin et doit donc être prise en charge. Les partisans de cette approche s'appuient sur le fait que la hausse des dépenses sont dues surtout à l'innovation médicale, qui doit être rendue disponible à toute la population de façon égalitaire.

- la croissance des dépenses est justifiée car la santé est un bien supérieur donc il est normal que la société y consacre une part croissante suite à l'augmentation des revenus. Le financement public étant nécessairement limité, il faut définir le périmètre du panier de soins public et, au-delà, utiliser le financement privé. Cette approche part du principe que la dépense publique doit être limitée au minimum nécessaire pour assurer la solidarité du système, le reste des dépenses étant du ressort individuel et donc de financement privé.

Les approches avancées pour défendre l'une de ces options sont en réalité souvent trop simplistes. Ces 3 raisonnements offrent des pistes de réflexion qu'il s'agit d'approfondir et d'articuler. Même si des gains d'efficacité importants peuvent être réalisés au sein du système de santé, la question de la « valeur sociale » des dépenses de santé, en termes de valorisation sociétale des années de vie gagnées et de la meilleure santé, n'est pas évidente à calculer. La réponse n'est pas simple puisqu'en santé, les consommateurs n'expriment pas leurs préférences au travers de leurs choix budgétaires individuels.

Dans un contexte budgétaire plus rigoureux depuis la crise de 2008, le défi pour les responsables politiques de santé est de préserver l'accès à des soins de qualité pour l'ensemble de la population tout en passant d'un système fondé sur le principe d'une croissance continue des dépenses à un système fondé sur une productivité et une viabilité plus grandes. C'est donc **un double objectif d'efficacité et d'équité du système de santé qu'il faut poursuivre.** Si ceci n'est pas nouveau,

¹ Commission des comptes de la sécurité sociale de Juin 2013

la crise économique impose de prendre des mesures rapides et convaincantes en faveur d'une plus grande productivité.

2.4| Un sentiment de déclin perçu au sein de la population malgré un fort attachement à notre système de santé.

L'analyse de la perception de la population résulte du décodage de six enquêtes de satisfaction¹ réalisées entre 2011 et 2013.

Perception générale

Une majorité de Français (85%) déclarent avoir confiance et 72% sont satisfaits de leur système de santé (ISSP). Ce sentiment de satisfaction est plus marqué en situation de handicap, de maladie de longue durée. En revanche, le ressenti subjectif d'une mauvaise santé physique ou psychique entraîne un sentiment d'insatisfaction personnelle à l'égard du système de santé.

Notre système de santé bénéficie **d'un capital de confiance très fort** auprès de la population (Ipsos-logica). La majorité des Français a confiance dans sa capacité à faire face aux grands enjeux de santé publique dans les années à venir. 82% lui font confiance pour faire face au cancer, 87% pour faire face aux maladies chroniques ; c'est moins vrai pour la santé mentale (56%).

Cependant, une partie significative – 40% selon Deloitte-Ipsos et 68% selon Deloitte-Harris – ressent une détérioration de la qualité de notre système de santé dans le temps.

Un peu plus de la moitié des Français (ISSP) souhaite que le système de santé soit réformé. L'incertitude sur l'avenir n'alimente pas pour autant le souhait d'une vaste réforme (Ipsos-logica) ; 64% des Français plaident pour une simple adaptation et quelques aménagements, 21% veulent une réforme en profondeur et 15% veulent le garder dans son état actuel. En revanche, 91% des personnes pensent que l'avenir du financement du système est menacé. Alors que les Français sont satisfaits de la qualité des soins, ils sont inquiets sur la capacité du système à se financer à l'avenir tout en conservant son niveau de prestations actuel.

Il existe une réelle aspiration au débat sur le système de santé. Une importante majorité des Français aurait souhaité que la campagne présidentielle soit l'objet d'un débat sur le sujet et 52% en ont fait un enjeu primordial (Ipsos-Logica).

Parmi les menaces perçues sur l'avenir de notre système de santé, les Français placent en premier l'augmentation du financement personnel (88%), puis les inégalités d'accès aux soins (87%), puis les délais d'attente avant d'être soigné (85%), loin derrière on trouve les erreurs médicales (68%) (Europe Assistance-CSA).

Offre de soins et qualité des soins

89% de Français pensent que le système offre des soins de qualité (Ipsos-logica). Le maillage des infrastructures de soins sur l'ensemble du territoire est un atout fort du système. 75% des personnes trouvent que notre système permet à chacun d'accéder facilement à un médecin ou à un hôpital à proximité de chez soi, même dans les zones rurales pour 71% de ceux qui y vivent.

Si 83% des personnes se disent satisfaits de la qualité du service médical, 68% ressentent une détérioration de la qualité du système médical (Deloitte-Harris).

¹ Deloitte-Ipsos, mai 2011, enquête internationale ; Ipsos-logica business consulting, avril 2011, enquête nationale ; ISSP (international social survey program), avril-juin 2011, enquête nationale ; baromètre santé 2013, Deloitte-Harris interactive, février 2013, enquête nationale ; baromètre santé & société - Europe Assistance-CSA, 2013 ; BVA-CISS, mars 2013, enquête internationale.

75% des personnes ont une confiance totale dans leurs médecins (ISSP) et 78% sont satisfaits des traitements reçus chez les praticiens en médecine traditionnelle, alternative ou dans un service hospitalier. Le degré de satisfaction envers le dernier traitement reçu est fortement associé au degré de satisfaction à l'égard du système de santé. ; plus on est satisfait de l'un, plus on l'est de l'autre, et inversement.

Selon Ipsos-Logica, 84% des gens ont confiance dans leurs médecins, 74% dans les hôpitaux publics et dans les pharmaciens, 50% dans les laboratoires pharmaceutiques, 48% dans l'assurance maladie et seulement 33% dans les pouvoirs publics. Il existe un **doute manifeste des Français sur la capacité des pouvoirs publics à assurer la pérennité du système de santé.**

On observe le même phénomène dans la sécurité sanitaire. Seulement 50% des Français (europ assistance-Ipsos) font confiance aux autorités sanitaires pour limiter les risques à la prise de médicaments

Les médecins, dotés d'un fort capital de confiance de la population, s'imposent logiquement comme les principaux prescripteurs pour les patients qui doivent choisir un établissement de santé en vue d'une intervention. Leur avis est le premier critère de choix pour 63% des gens (Ipsos-logica), suivent la qualité des médecins qui y exercent (55%) et la réputation du lieu (47%). Les classements publiés dans la presse n'apparaissent pas directement dans les critères de choix du grand public. La qualité des soins est reconnue aussi bien dans les hôpitaux publics (83%) que dans les cliniques privées (89%). Les cliniques se distinguent par leur capacité à proposer un bon accueil et une bonne qualité de séjour (88% contre 65% dans le public), à être rapide dans la prise en charge des patients (80% contre 46% en public) et dans leur gestion comptable (81% contre 55% en public). Les Français considèrent que le public est plus apte à garantir l'égalité de tous à l'accès aux soins.

Financement des soins et accès aux soins

Satisfaits du système, les Français n'en demeurent pas moins conscients de son coût tant au niveau individuel que collectif. 50% des Français (Ipsos-logica) s'opposent à l'idée selon laquelle le système de santé offre des soins financièrement accessibles à tous (64% des ouvriers, 54% des employés, 40% des cadres).

Le système de santé est jugé dispendieux par deux français sur trois (Deloitte-Ipsos) et peu efficace dans la gestion des coûts (bureaucratie, gaspillage, manque de responsabilisation individuelle en matière de santé et acharnement thérapeutique en fin de vie). Près de 50% des Français ont vu leurs dépenses de santé augmenter en 2011 (Deloitte-Ipsos). Près des deux tiers estiment que le ralentissement économique a eu des conséquences sur leur budget consacré à la santé (surtout les bas revenus). L'inquiétude règne puisqu'un quart des ménages pense ne pas être prêt à assumer ses frais de santé à venir, et ce indépendamment de leur couverture santé. Deux personnes sur trois estiment avoir atteint ou dépassé leur limite budgétaire en matière de prime d'assurance santé.

Parmi les Français qui ont été hospitalisés ces douze derniers mois, si 89% estiment que la qualité des soins est bonne (Ipsos-Logica), 54% pensent que les soins ne sont pas accessibles financièrement à tous et craignent de ne plus pouvoir bénéficier d'un système devenu trop onéreux.

Pour deux-tiers des Français (Deloitte-Harris), le fonctionnement et la qualité de l'Assurance Maladie se sont dégradés au cours de la dernière année. 76% de la population ont le sentiment que les dépenses de santé à leur charge ont augmenté depuis un an. Seulement 42% des Français sont satisfaits du remboursement des soins (contre 57% de mécontents) (BVA).

Parmi les nouvelles sources de financement pour l'avenir (europ assistance-Ipsos), les Français placent d'abord davantage de franchise par acte médical (40%), puis davantage d'impôts ou cotisations obligatoires (32%) et derrière davantage d'assurances privées (28%).

Prévention, E-santé, médicaments

Soucieux de vivre le plus longtemps possible en bonne santé, les Français sont de plus en plus attentifs aux actions de prévention (Deloitte-Harris) ; 68% estiment que les actes de prévention devraient être couverts par l'assurance maladie, au même titre que les médicaments. Il existe une méconnaissance du contenu des contrats de complémentaire santé en la matière ; 38% attendent de leur complémentaire santé des services de prévention et 60% ignorent si leur contrat leur permet d'en bénéficier.

En pratique, la prévention est cependant encore loin d'être au cœur des préoccupations des Français (Deloitte-Ipsos). Seul un Français sur dix déclare avoir participé à un programme visant à l'amélioration de son hygiène de vie et de son bien-être et 11% pour ceux souffrant d'une maladie chronique, plaçant les Français parmi les derniers de l'échantillon de pays observés. 58% des Français ont fait un bilan général de santé dans les 5 ans contre 73% des européens (europ assistance-Ipsos).

Bien qu'intéressés par le sujet, les Français sont encore réticents sur beaucoup d'aspects de l'e-santé et en restent des utilisateurs modestes (Deloitte-Ipsos). 51% d'entre eux sont favorables au dossier médical personnel électronique et un Français sur deux atteint d'une maladie chronique se dit intéressé par un dispositif médical permettant un monitoring à domicile. 90% des Français sont sceptiques quant à l'utilisation d'outils électroniques (Smartphone ou PDA) permettant le suivi à distance de traitements ou l'obtention d'informations relatives à leur santé. 39% de personnes sont contre le développement de moyens de surveillance médicale continue par téléphone mobile contre 26% en moyenne en Europe (europ assistance-Ipsos). Quant à l'accès à sa carte génomique pour prédire ses risques génétiques de maladies graves, 26% des Français en ont déjà entendu parler contre 52% des européens et 67% des Américains ; seulement 10% sont prêts à y avoir recours, contre 23% des européens et 20% des Américains.

Le médicament reste un pilier important de l'approche santé des Français, dont 56% déclarent en consommer de façon régulière avec une prise quotidienne de 3 médicaments. 70% des Français sont convaincus de leur efficacité mais moins de 50% considèrent que le rapport qualité/coût des médicaments de prescription soit bon.

Synthèse du diagnostic

L'efficience de notre système de santé a incontestablement décliné ces dernières années. Si on tient compte uniquement des critères espérance de vie, de part des dépenses de santé en part de PIB et de dépenses de santé par habitant, la France se classe en dix neuvième position des pays les plus développés. Nos dépenses de santé ne produisent donc pas un résultat sur le plan sanitaire aussi performant que dans de nombreux autres pays comparables. Seuls l'Allemagne et les Etats-Unis font moins bien que nous parmi les pays du benchmark. Le diagnostic nécessite d'analyser si nos dépenses plus élevées posent un problème d'efficacité allocative et/ou d'efficacité productive et si le système est équitable. Notre niveau de dépenses par habitant n'est pas excessif et la « valeur sociétale » d'une dépense de santé à 12% de PIB est défendable. Les exercices de simulation sur les niveaux de dépenses de santé (cf Hall & Jones, annexe 1) démontrent que nos dépenses actuelles sont probablement en deçà du niveau optimal. L'amélioration de l'efficacité allocative ne peut se concevoir sans une amélioration de l'efficacité productive. Toute hausse des dépenses de santé ne peut se concevoir que si nos institutions garantissent que chaque euro dépensé l'est de façon la plus efficace possible pour améliorer l'état sanitaire de la population. Cette efficacité allocative au sein même des secteurs de la santé est à faire évoluer. Concernant l'efficacité productive, la marge de progression est aussi très forte.

Les évolutions des pratiques de soins sont les déterminants majeurs de la croissance des dépenses de santé. Les pratiques de soins englobent les comportements du patients (décision ou non de consulter), les décisions du médecin (examens et traitements à appliquer) et surtout les procédures et traitements disponibles. Entre 1992 et 2000¹ la hausse des dépenses de santé de 54% se répartit de la façon suivante : +58% dus aux changements des pratiques, +3% dus à l'effet croissance de la population, +3% dus à l'effet vieillissement et -10% aux changements de morbidité. On observe que l'amélioration de l'état de santé à un âge donné freine significativement la progression des dépenses (-10%) alors que l'effet vieillissement est marginal (+3%). **On assiste donc à un rajeunissement plutôt qu'un vieillissement.** Les changements de comportement des assurés sont très faibles au cours du temps, c'est donc la dépense associée à la consultation qui a la plus forte influence sur la dépense. La croissance des dépenses n'est pas liée à une augmentation des volumes mais aux innovations médicales. Le progrès technique médical se caractérise par deux mécanismes principaux : la substitution de traitement (gain d'efficacité) et la diffusion du traitement (utilisation croissante de l'innovation). Si la substitution peut conduire à une baisse ou une hausse du traitement, elle conduit avant tout à une meilleure performance du soin. C'est **la diffusion de l'innovation** qui est responsable de la hausse des coûts de la santé.

Si le rythme de l'innovation médicale demeure équivalent en France dans les 40 prochaines années à celui des 40 dernières, nos dépenses de santé seront de l'ordre de 14% du PIB en 2050. Si le rythme double, cette part sera de l'ordre de 21% du PIB. **La compréhension des leviers de croissance des dépenses de santé** est essentielle dans une période de nécessité de baisse des dépenses publiques. Une meilleure efficience du système sera obtenue en agissant sur les trois composantes de la pratique des soins. Concernant l'innovation médicale, la gestion dynamique du panier de services de santé solidaire par une gouvernance démocratique incluant l'utilisateur sera indispensable (voir II-B).

La mortalité en France a été stable ces dernières années après avoir diminué dans les années 90. La hausse du nombre de morts par cancer (+10 000 par an entre 2000 et 2010), première cause de mortalité depuis 2004, compense en partie la baisse (-19 000 par an sur la même période) de la mortalité cardio-vasculaire. Les comportements individuels restent l'élément déterminant de l'évolution de la morbidité et de la mortalité des individus. La France traîne un retard historique en matière d'actions efficaces sur ces comportements pour les rendre plus favorables au maintien en bonne santé de chacun. Notre pays le paie au prix fort avec près de 110 000 décès prématurés (avant 65 ans) qui représentent un coût social et économique très élevé. Ce coût est d'autant plus élevé que la mort

¹ B. Dormont, M. Grignon et H. Huber, « Health expenditure growth : reassessing the threat of ageing », *Health Economics*, 15 (9), 2006, p. 947-963.

arrive à un âge jeune. Cette mortalité prématurée, dont un tiers est composée de mortalité évitable, est le point noir du tableau sanitaire de notre pays et un des grands enjeux du prochain modèle de santé. L'échec de la France en matière de tabagisme, responsable de 33% des cancers des hommes et 10% de celui des femmes, en est une des illustrations.

Le fort développement des maladies chroniques (diabète, maladies cardio-vasculaires, cancers, asthme, Alzheimer...) est une menace majeure sur le plan sanitaire, social et économique. Responsables de 63% des décès, ces dernières sont devenues les premières causes de décès à travers le monde¹. La marginalisation socioéconomique associée aux facteurs de risque et aux conséquences des maladies chroniques **contribuent à creuser les inégalités de santé**. Les pays développés, dont la France, consacrent près des deux tiers de leur budget de santé au seul traitement des maladies chroniques. L'incidence de ces maladies a augmenté de 50% en dix ans, à 1,3 million de nouveaux patients chaque année qui bénéficient du système ALD de remboursement à 100%. La capacité de notre système de financement à prendre en charge de façon solidaire les soins des ALD est cruciale si on ne veut pas ajouter aux inégalités sociales de santé des inégalités d'accès aux soins. Pour cela, il est inévitable de repenser le contenu du panier de soins solidaire. **Ces maladies chroniques peuvent aussi être un frein substantiel à notre capacité de production puisque 25% des mortalités liées à ces maladies touchent les moins de 60 ans**. Cette transition épidémiologique affecte la stratégie générale de santé des pays **en déplaçant le pilotage de la santé à un niveau interministériel transversal**.

A cette transition épidémiologique s'ajoute une transition démographique. Comme les autres pays développés, la France vit une transition démographique historique avec le passage dès 2015 à une population de plus de 60 ans (24,6%) plus nombreuse que la population des moins de 20 ans (24%). Le ratio des actifs sur inactifs va passer de 2,2 en 2005 à 1,4 en 2050, ce qui va obliger à transformer les modèles de financement de notre protection sociale. Le vieillissement de la population va accroître sensiblement le nombre de personnes dépendantes qui va passer de 1,8% de la population en 2010 (soit 1,2 million) à 2,8% en 2040. Cependant, les enjeux financiers de cette dépendance resteront relativement modestes relativement aux autres dépenses sociales, passant de 8 milliards euros en 2012 (0,4% de PIB) à 20 milliards euros (0,6% du PIB) en 2040.

En matière d'inégalités sociales, le plus frappant est l'incapacité de la France à les réduire. L'écart de l'espérance de vie à 30 ans entre un cadre et un ouvrier est passé de 6 ans dans les années 80 à 6,3 ans dans les années 2000, sachant que l'ouvrier vit aussi moins longtemps en bonne santé que le cadre (écart de 8 ans à partir de 35 ans). C'est donc la double peine pour l'ouvrier : une vie moins longue et en moins bonne santé. La France paie sa politique défaillante sur les comportements individuels qui se traduit par des inégalités sociales de santé très fortes. **Tout projet de réforme du système qui vise à réduire ces inégalités sociales de santé doit instaurer une politique ambitieuse en matière d'actions sur les comportements individuels**.

Associées à ces inégalités sociales se trouvent des inégalités territoriales de santé, avec des différences d'espérance de vie allant jusqu'à 5 ans entre des régions. Ces inégalités territoriales sont le reflet des inégalités socio-économiques et ne sont pas surtout dues à des inégalités d'accès ou de qualité de l'offre de soins. **La réduction des inégalités territoriales de santé est donc indissociable d'une politique transversale de santé visant à intégrer les enjeux de santé publique dans les politiques de l'aménagement du territoire, du logement, des transports, de la ville, du travail, du sport, de l'environnement, de l'alimentaire et de l'éducation nationale**.

Depuis les années 90, la France a fait le choix de recourir à l'endettement pour financer ses dépenses de santé, après avoir été au bout de ce qui était soutenable en matière de hausse des prélèvements sociaux. En réalité, il s'agit d'un non-choix des politiques de tous bords, d'une fuite en avant du financement de nos dépenses sociales sans se soucier de la contrainte des équilibres financiers. La crise financière de 2008, avec la forte hausse de notre dette publique (passée de 60% à plus de 90% du PIB), rend ce choix de l'endettement insoutenable à terme. Le sauvetage financier et la mise sous tutelle de la Grèce, du Portugal, de l'Irlande et de l'Espagne nous le démontrent. Un autre enjeu important à court terme va donc être de concevoir des systèmes de financement durables,

¹ World economic forum et Harvard schooll of public health (2011). « TRhe global economic burden of non-communicable disease ».

garantissant des comptes sociaux à l'équilibre tout en préservant la solidarité et l'équité face à la maladie.

Notre maîtrise comptable des dépenses (par coupes budgétaires) n'est plus soutenable et a entretenu de la confusion sur les réformes. La maîtrise comptable a entraîné un amalgame entre recherche d'efficacité et rationnement des soins. Alors que les réformes de ces dix dernières années étaient présentées dans un but affiché de recherche d'efficacité, la pratique a prouvé que seule la poursuite de l'équilibre budgétaire était recherchée. La croissance tendancielle de l'ONDAM est de 4,1% par an (soit près de 7 milliards euros) entre 2013 et 2017; pour atteindre les 2% par an fixé par le gouvernement entre 2015 et 2017, il faut économiser 3,5 milliards euros par an. Les marges de manœuvre utilisées jusqu'à maintenant (tarifs des médicaments et des actes, génériques, achats hospitaliers,) ne sont pas suffisantes sans réforme systémique.

La santé n'est pas seulement une affaire de coûts et de productivité (le « hard »). C'est aussi une histoire d'union nationale, de pacte républicain avec une part symbolique très forte (le « soft »). L'institution qui symbolise probablement le mieux cet aspect est **la sécurité sociale** qui est une composante majeure de la nation. Le système de santé au sens large est doté d'un capital confiance très élevé, tout comme ses entités principales que sont les professionnels de santé, les hôpitaux, les cliniques et l'assurance maladie. Cela n'empêche pas près de la moitié de la population de constater la dégradation de sa qualité. La majorité des Français sont conscients de la nécessité de réformer notre système de santé, qui devrait passer par un grand débat national. Ils doutent fortement de la capacité des pouvoirs publics à assurer la pérennité du système. **Cet attachement très fort des Français à leur système de santé est un des obstacles principaux à sa refondation, du fait de l'élévation du risque politique qu'il entraîne. On retrouve ce phénomène sur l'ensemble du modèle social (retraites, famille, chômage, éducation...).**

Un autre aspect du « soft » concerne la nécessité de rétablir la confiance entre les acteurs de notre système de santé. La dégradation des performances et les difficultés à le financer ont créé des dégâts considérables en matière de confiance et dans la qualité de la relation intersectorielle. Chacun ayant tendance à rejeter la responsabilité sur l'autre. C'est le cas entre l'Etat et l'Assurance maladie, entre les financeurs privés et les professionnels de santé, entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, entre les secteurs hospitaliers publics et privés, voire même entre les professionnels de santé eux-mêmes (pharmaciens et médecins...), ou entre médecins (entre les spécialités, entre généralistes et spécialistes, entre les syndicats, entre médecins du public et de privé). Or, notre système de santé repose sur une logique contractuelle où la confiance en l'autre est un élément déterminant à tout progrès et optimisation. **Si on veut conserver cette logique contractuelle, indispensable dans un système non ultra dirigiste et étatisé, le rétablissement de la confiance est un enjeu important.**

ANNEXE 2

Formes d'exercice en groupe des médecins

Les centres de santé¹, au nombre de 1220 environ, ont principalement un rôle sanitaire et social et une place historique dans la médecine attentive aux exclus et au respect d'obligations communes à fort contenu social : pratique de la dispense d'avance de frais, respect des tarifs opposables, action sociale et de santé publique, salariat... Même s'ils ne représentent que 2,4% des dépenses de santé ambulatoires au niveau national, ils constituent une offre utile pour l'accès aux soins des plus précaires. Leur modèle économique est « *boiteux et fragile* », reposant principalement sur le nombre d'actes accomplis et remboursés par l'Assurance maladie. Ils sont souvent en déficit structurel et s'inscrivent dans une gouvernance publique.

Les nouvelles formes de pratiques de groupe concernent les maisons de santé et les pôles de santé. Elles sont portées par des dynamiques nouvelles, sont souvent soutenues par les collectivités territoriales et ont fait l'objet d'un développement législatif significatif dans la loi HPST. Très médiatisées par les gouvernements successifs, elles restent encore relativement marginales en nombre (436 en mars 2014 et 600 à fin 2014 selon la fédération française des maisons et pôles de santé - FFMPs). Le principal frein au développement de ces nouvelles formes d'exercice est d'ordre **économique** aussi bien pour la création que pour la viabilité financière à terme. Les coûts de l'immobilier sont souvent rédhibitoires dans les grandes villes. La rentabilité de la structure à terme nécessitera de nouvelles formes de rémunération dont la mise en place sera d'autant plus difficile que la mutation de notre système de santé ne sera pas lancée pour trouver des marges de manœuvre. Il est, entre autres, nécessaire de valoriser certaines fonctions essentielles au bon fonctionnement de la structure (tâches de coordination, de coopération et de santé publique). Les autres freins généralement énoncés pour le développement de ces nouvelles formes de santé sont le statut juridique inadéquat, un système d'information inadapté et l'absence de formation des médecins dans le management de telles structures.

Les maisons de santé se caractérisent par un cahier des charges² définis par celui des aides ponctuelles du FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et l'intervention des soins): unité de lieu, pluri professionnalité, projet de santé avec obligation de continuité des soins, coordination interne et accès aux soins, système d'information, intégration à des réseaux, engagement dans la formation des étudiants. Les professions les plus représentées sont les médecins généralistes (34%), les infirmiers (28%) et les masseurs kinésithérapeutes (14%). Ce sont des petites structures, 80% d'entre elles comprenant moins de 5 médecins généralistes. Contrairement aux idées reçues, les charges annuelles par médecin en maison de santé sont supérieures de 20% (à 27 400 euros selon une étude de la FFMPs) au reste de la profession, du fait des charges salariales et loyers plus lourds.

Les pôles de santé regroupent dans un même territoire des professionnels de santé différents, chacun conservant son indépendance et son lieu d'exercice. La caractéristique de ces pôles est une approche professionnelle par territoire ; les professionnels de santé promoteurs se proposent d'organiser, sur un bassin de vie, la majorité des cabinets médicaux et paramédicaux qui y sont présents dans le cadre d'un projet professionnel.

¹ Constat repris du rapport IGAS - « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain » - Juillet 2013

² IGAS pour la Ministre de la santé – « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement »- Rapport 2010

ANNEXE 3

Développer la télémédecine dans un objectif d'améliorer l'efficacité de notre système de santé et la qualité de vie des usagers

La télémédecine, qui est l'application des technologies de l'information et de la communication (TIC) à l'exercice de la médecine, apparaît aujourd'hui comme l'un des moyens de relever les nouveaux défis de notre système de santé. Cela ne fait aucun doute. En revanche, il est utile de garder à l'esprit que la télémédecine est un moyen et non une fin dans l'organisation de l'offre de soins. Rendre les structures et les relations virtuelles ne peut pas être considéré comme un objectif en soi en santé mais cela peut être une réelle source de gain d'efficacité dans le système. On peut comparer l'émergence de la télémédecine à celle des MOOC¹ dans l'éducation.

Les actes de télémédecine incluent la téléconsultation, la télé-expertise, la téléassistance, la télésurveillance pratiqués par les médecins, mais aussi les services de santé à distance. La télémédecine contribue à améliorer **la coordination et la qualité** (en termes d'expertise) des soins. Elle aide à maintenir les patients âgés chroniques dans leur lieu de vie et contribue à leur autonomie, notamment ceux qui vivent dans les zones rurales ou isolées. La télésurveillance des maladies cardiaques est un exemple d'application en plein développement en France. Elle organise la surveillance clinique à domicile des patients atteints d'insuffisance cardiaque. La transmission d'indicateurs cliniques simples, tels que le poids, la tension artérielle, l'état respiratoire ou l'électrocardiogramme, à un centre de premier recours permettrait de prévoir la survenue de complications aiguës et de prévenir les hospitalisations non programmées grâce à une éducation soutenue du patient sur sa pathologie.

La télémédecine optimise les ressources et pallie une insuffisance d'offre de soins sur certains territoires. Elle contribue donc à une meilleure organisation des soins, laquelle améliore le service rendu aux patients. Dans les structures de soins de proximité, la communication à distance d'avis complémentaires permet par exemple d'éviter les transferts inutiles vers d'autres établissements. Pour les pathologies chroniques, la télémédecine prévient les complications et les hospitalisations, grâce à une surveillance à distance et à un suivi régulier au domicile des patients. Au Canada, la télésurveillance des insuffisants cardiaques a ainsi fait chuter en quatre ans le nombre moyen de jours d'hospitalisation de 12 à quatre par an. En France, le développement de la télémédecine² dans quatre pathologies chroniques – HTA, insuffisance cardiaque, diabète et insuffisance rénale (38% des dépenses des affections de longue durée) – permettrait à l'échéance 2020 une économie chaque année de **2,6 milliards d'euros** (temps médical économisé, amélioration du suivi et de la qualité, consultations médicales évitées, transports évités, complications médicales évitées, hospitalisations évitées ou durée de séjour réduite, décès évités). Dans la plupart des pays industrialisés, les besoins en télémédecine iront croissants, conséquence de l'allongement de la durée de la vie, c'est-à-dire de l'émergence de maladies chroniques et de la perte progressive d'autonomie. En France, 1000 à 2000 emplois par an sont créés par les applications de la télémédecine. L'absence d'un dossier médical numérique généralisé est un frein au développement de la télémédecine. La télémédecine se développera plus efficacement à partir d'un dossier médical patient structuré et accessible à tous les professionnels de santé. Pour les 15 millions de malades atteints de pathologies chroniques, en

¹ Massive Open online courses est un exemple de formation ouverte et à distance en télé-enseignement

² « Télémédecine 2020 : faire de la France un leader du secteur en plus forte croissance de la e-santé », syntec numérique, avril 2012

particulier, l'association de la télémédecine et du DMP contribuerait à proposer une prise en charge collaborative d'une plus grande qualité.

Les expériences étrangères réussies méritent d'être analysées pour accélérer la télésanté en France. Aux Pays-Bas, la plateforme KSYOS¹ permet des consultations à distance en dermatologie, ophtalmologie et cardiologie notamment. Un tiers des dermatologues utilisent la téléconsultation aux Pays-Bas. Le médecin généraliste envoie des photographies numérisées au dermatologue qui, par le biais d'un dossier électronique en ligne, établit un diagnostic et prescrit un traitement. Ainsi, 69% des cas sont traités sans que le patient ait besoin de se déplacer chez les spécialistes pour un examen approfondi. Le syndicat des dermatologues en France fait face à de grandes difficultés pour obtenir le financement d'un tel dispositif qui pourrait être opérationnel rapidement. Au Royaume-Uni, NHS choices est un service de premier recours dématérialisé qui fournit à tout individu des conseils médicaux, par le biais d'une plateforme téléphonique à numéro unique. Cette dernière permet de joindre des médecins, des infirmières et des dentistes mais aussi des applications Smartphones et un site internet (<http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx>) avec des fiches pratiques sur les pathologies et permet une aide au diagnostic pour les cas simples. Un tel système pourrait être aisément mis en place sur le site d'Amélie direct.

La loi HPST a créé le cadre législatif du développement de la télémédecine. La loi de finance de la sécurité sociale 2012 prévoit des expérimentations de financements préfigurateurs. La lenteur légendaire de notre administration pour intégrer les innovations, surtout lorsque celles-ci sont disruptives, est responsable de la situation ubuesque qui fait que l'activité de télémédecine n'est toujours pas tarifée. L'administration promet des tarifs d'ici à la fin 2014. Les freins au développement de cette activité à très forte valeur ajoutée sont donc avant tout administratifs et financiers. Outre la nécessité de lever ces freins, d'autres leviers de développement sont aussi à activer.

Lancés d'abord par les professionnels de santé, principalement dans la sphère de l'hôpital (la seule à pouvoir la financer), les premiers projets de télémédecine sont des usages médecins (télé-expertise, interprétation à distance). Il faut dorénavant développer **les usages patients** (téléconsultation, télésurveillance) ce qui passe par une information et une formation efficace des patients. Les efforts d'investissement doivent prioriser les **projets à forte valeur médico-économique**, et non pas se concentrer à l'hôpital (projets les plus coûteux) comme cela a été le cas jusqu'à maintenant. Il faut viser la prise en charge des maladies chroniques au travers de l'accompagnement du patient (télésurveillance, suivi de l'observance), le maintien à domicile et le retour à domicile post hospitalisation des personnes âgées et dépendantes, ainsi que la téléradiologie. Des analyses de type coût-bénéfice devraient accompagner les nouveaux projets de télémédecine, avec une méthodologie conçue par la Haute Autorité de santé. Il est nécessaire d'inclure la télémédecine dans les plans régionaux de santé de façon systématique et avec des objectifs précis. Des appels à projet devraient être lancés par chaque ARS avec une généralisation à l'ensemble de la population de la région à la suite d'une période probatoire. Le financement de la télémédecine est à planifier sur le long terme et à intégrer en partie dans l'ONDAM pour rendre cette activité pérenne et accessible à tous. L'accès au remboursement des actes et dispositifs de télémédecine est aussi à accélérer. Plusieurs solutions de remboursement sont concevables en fonction de la nature de l'acte. L'acte de télé expertise par exemple est probablement à rémunérer comme un acte médical classique alors que l'acte de télésurveillance (sur une durée plus longue) est à rémunérer au forfait. Certaines solutions communicantes sont assimilables à des dispositifs médicaux. L'Assurance Maladie raisonnant en terme d'enveloppe fermée sur une année a beaucoup de difficultés à trouver les ressources nécessaires au développement de la télémédecine, d'où les retards en France. Toute réforme du financement des dépenses de santé devrait inclure le financement de la télémédecine par l'Assurance Maladie (voir III).

¹ Institut Montaigne : « accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale », rapport mai 2013

ANNEXE 4

Etat des lieux des différents secteurs hospitaliers

Secteur public

Le parc des 956 établissements hospitaliers publics contient 331 centres hospitaliers universitaires (CHU et CHRU), 810 centres hospitaliers (dont les 320 ex-hôpitaux locaux), 90 centres spécialisés en psychiatrie et 23 autres établissements. **Ce parc représente 35% des hôpitaux en France pour une capacité de 63% des lits et 60% des places.** Les hôpitaux publics mobilisent 72% de l'ONDAM hospitalier contre 17% pour le privé à but lucratif et 8% pour le privé à but non lucratif. Les dépenses hospitalières du secteur public ont été de 65 milliards d'euros en 2012, en progression de 2,4% sur 2011. Elles sont financées à 92% par l'assurance maladie et ont représenté plus de **43%** de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) payée par l'Assurance maladie en 2012.

Les CHU sont liés par convention aux universités depuis les ordonnances Debré de 1958 qui ont organisé la formation des étudiants en médecine dans leurs structures. Ils ont une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Ils représentent à la fois l'excellence et la proximité des soins ce qui revient à assurer une mission de proximité au coût de l'excellence. Leur présence dans l'ensemble des capitales régionales et autres grandes villes constitue un maillage territorial excessif de structures d'excellence (grande proximité géographique entre certains CHU comme pour Lyon et Saint-Etienne, Nîmes et Montpellier, Angers-Tours-Nantes entre autres). Face à des moyens financiers de plus en plus contraints, vouloir disposer d'autant de centres de soins d'excellence généralistes qui assurent une triple mission est irréaliste. Les CHU sont lourdement endettés (10,5 milliards d'euros sur un endettement global des hôpitaux de 29 milliards d'euros) et chroniquement déficitaires depuis des années (1,15 milliard d'euros de déficit cumulé entre 2008 et 2011, soit 88% des déficits cumulés des établissements ex-DG).

Les Centres hospitaliers représentent des situations très hétérogènes aussi bien sur le plan de la qualité des soins que de leur situation financière. Beaucoup de ces centres hospitaliers fonctionnent grâce à l'utilisation de médecins mercenaires¹ et grâce à l'importation de médecins étrangers issus de pays à main d'œuvre bon marché, comme les Pays d'Europe de l'Est. Ce mode de gestion de la ressource humaine médicale est révélatrice du malaise de ces hôpitaux et pose la question de la qualité des soins. La viabilité économique et médical d'un hôpital qui ne peut attirer des médecins qu'en les payant 3 à 5 fois le salaire moyen sur des courtes durées ou en devant aller chercher son expertise médicale dans les pays à bas revenus est à poser. La faible activité des blocs opératoires et le taux d'occupation des lits quelquefois inférieur à 50% dans ces hôpitaux est le lot commun de nombre de ces centres. La nécessité d'occuper les lits existants et le manque de patients freinent l'utilisation de la chirurgie ambulatoire.

Parmi ces centres, **les hôpitaux locaux** sont de petite taille et leur fonctionnement repose, majoritairement, sur l'intervention de médecins libéraux agréés. 63% sont implantées dans des bassins de vie à dominante rurale, dont un quart en zones de montagne. Le mode d'entrée habituel est par le médecin traitant. L'âge des patients accueillis est plus élevé, 45% des patients ont plus de 81 ans. Alors que leur nombre est identique depuis 20 ans (320 en 1990 et en 2010), leur capacité a augmenté de 19% en 20 ans (+51% en médico-social et -32% en hospitalisation). Leur situation financière est globalement positive avec un excédent de 35 millions d'euros en 2011. L'évolution du mode de financement de la dotation globale (DAF) à la T2A va sensiblement fragiliser le modèle économique de ces hôpitaux. Leur durée moyenne de séjour plus longue et leur petite taille (80% ont moins de 20 lits de médecine) les pénalisent fortement pour la T2A.

Secteur Privé non lucratif

Les établissements de santé à but non lucratif, qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) par la loi HPST, sont soumis aux règles de droit privé pour leur fonctionnement mais leur financement et leur tutelle sont analogues pour l'essentiel à ceux du secteur public (par le service public hospitalier). **Avec 26% des établissements hospitaliers en France, les ESPIC constituent 14% des lits d'hospitalisation et 18% des places.** Ils comptent certains services en MCO qui font référence dans leur spécialité.

L'activité du secteur se répartit à 51% en SSR, 26% en MCO, 19% en psychiatrie et 4% en soins de longue durée⁴. Au sein des services de MCO, l'activité est assez diversifiée avec 50% de l'activité étalée sur 20 types de prise en charge. Cette diversification de l'activité, leur présence sur des activités de médecine peu rémunératrices et dans certains cas leur implantation géographique dans des zones isolées les apparentent davantage à l'hospitalisation publique avec laquelle ils partagent la même grille tarifaire.

En théorie, le statut ESPIC est le modèle type de l'hôpital avec une activité proche de celle de l'hôpital public et une souplesse de gestion plus proches des cliniques. En pratique, les ESPIC sont dans une situation globalement fragile. A la fin 2011, les ESPIC cumulaient un déficit de plus de 24 millions d'euros (0,33% de leurs produits globaux), concentré sur le court séjour. Si leur activité en MCO a progressé de 14% en nombre de séjours entre 2008 et 2011, les charges des ESPIC ont progressé de 11,5% sur la même période (contre 10% pour le public). Les charges des ESPIC sont à peine inférieures (-3,4% selon l'ATIH) à celles des hôpitaux publics. Les ESPIC sont confrontées aux mêmes difficultés que les établissements publics de santé en matière de maîtrise de la progression des charges d'exploitation et de résorption de certaines poches de sous-productivité.

Secteur Privé à but lucratif

Ce secteur a été porté par le développement de la chirurgie libérale dans les années 50 (1000 créations de cliniques entre 1946 et 1962) et s'est progressivement étendu aux autres activités hospitalières grâce au conventionnement avec l'Assurance-Maladie. **Avec 39% des établissements hospitaliers en France, les cliniques privées constituent 23% des lits d'hospitalisation et 22% des places.** Elles emploient 42 000 médecins dont 90% de libéraux et 154 000 personnels paramédicaux et administratifs dont 54 000 infirmiers/ères. Le secteur est fortement implanté en chirurgie avec une part d'activité de 54% en général et 66% en chirurgie ambulatoire. Ce secteur a subi une importante restructuration puisque le nombre d'établissements MCO est passé en 20 ans de 1014 à 561 (de 1992 à 2010)¹. Sur un plan économique, le secteur est compétitif puisque avec moins d'un quart de l'offre de soins hospitaliers, il réalise 33% de l'activité hospitalière, tout en ne consommant que 17% des ressources de l'Assurance Maladie dédiées à l'hôpital. Sur le plan de la qualité des soins, nous manquons d'études pour réaliser des comparaisons significatives avec les autres secteurs. En revanche, sur les 59 établissements (données de juin 2013) ayant obtenu le meilleur niveau des certifications de la Haute Autorité de santé, 75% (soit 43) soit les trois quart sont établissements du secteur privé à but lucratif.

Contrairement aux idées reçues, les cliniques privées ne sont pas majoritairement dans les mains de grands groupes financiers internationaux. 43% des établissements sont indépendants, 17% appartiennent à des groupes loco-régionaux et 40% à des grands groupes. La situation financière s'est tendue ces dernières années. En 2011, 25% des établissements étaient déficitaires et le résultat net du secteur était de 1,8% du chiffre d'affaires, soit une baisse de 0,4 point par rapport à 2010. L'activité est en progression régulière, de 3% en 2011 à 13,1 milliards d'euros de chiffre d'affaires.

ANNEXE 5

Evolution de l'activité des différents secteurs hospitaliers

De 1994 à 2011, le nombre de séjours en hospitalisation complète a diminué de 1,5 million notamment en MCO, tandis que celui des hospitalisations partielles a progressé de 2,8 millions. Sur longue période, la progression des entrées s'est accompagnée d'une baisse des durées de séjours. Celle-ci est particulièrement sensible en MCO, passée de **9,7 jours en moyenne en 1982 à 5,7 jours en 2011, soit une baisse de 41%**.

Tableau: Nombre de séjours hospitaliers et evolution des parts de marché en MCO

2003-2011	Nombre de séjours en 2011	Parts en séjour valorisés en tarifs constants (en %)		Effet en valeur à tarifs constants
		2003	2011	
MCO				
Public	9 105 000	58%	61%	23%
Privé à but non lucratif	1 282 000	8%	9%	19%
Privé à but lucratif	5 879 000	33%	31%	9%
	16 266 000	100%	100%	18%
Médecine				
Public	6 043 000	73%	74%	21%
Privé à but non lucratif	713 000	8%	8%	21%
Privé à but lucratif	2 286 000	18%	18%	18%
	9 042 000	100%	100%	20%
Chirurgie				
Public	2 307 000	42%	46%	29%
Privé à but non lucratif	487 000	9%	9%	17%
Privé à but lucratif	3 308 000	50%	46%	8%
	6 102 000	100%	100%	18%
Obstétrique				
Public	755 000	63%	67%	12%
Privé à but non lucratif	82 000	7%	8%	22%
Privé à but lucratif	284 000	31%	26%	-13%
	1 121 000	100%	100%	5%

Champ: France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, Court séjour, hors séances

Sources: ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES

L'activité d'hospitalisation court séjour a sensiblement évolué ces dernières années avec la mise en place de la T2A. Quel que soit leur statut, les établissements ont été incités à développer leur activité tout en optimisant leurs coûts, à maîtriser les durées de séjour et à développer l'ambulatoire. Dans les secteurs public et privé à but non lucratif, la réforme a été mise en place progressivement de

2004 à 2008, via le maintien en partie de la dotation annuelle résiduelle, s'amenuisant au fil des années. Les cliniques privées disposaient déjà d'un paiement à l'activité mais sur la base de tarifs régionaux variables et non sur celle d'un tarif régional unique. Entre 2003 et 2011, les cliniques privées ont perdu du terrain (voir tableau xx).

Alors que la valeur des séjours¹ a augmenté globalement de 18% entre 2003 et 2011, cette hausse a été de 9% dans le privé à but lucratif et de 23% dans le public. Il en résulte une hausse de part de marché de 2,4 points à 61% sur la période dans le public au détriment du privé à but lucratif qui a perdu 2,5 points, le privé à but non lucratif étant quasiment stable. Si on regarde uniquement la répartition en nombre de séjours, la part du public est de 56% (contre 61% en valeur) en 2011, ce qui signifie que ces établissements accueillent des séjours globalement mieux valorisés, nécessitant davantage de ressources.

Alors que les parts de marché **en médecine** ont été assez stables sur la période entre les trois secteurs, le privé à but lucratif a perdu 5 points à 26% en obstétrique et plus de 4 points à 46% en chirurgie. En obstétrique, la hausse du secteur public vient de la fermeture de maternités de proximité, qui a concerné majoritairement le privé.

Une part d'activité en chirurgie en baisse dans le privé

En chirurgie, l'accroissement de parts de marché est surtout due à une hausse du nombre de séjours dans le public (+21% sur la période). Malgré le fait que les cliniques privées accueillent 55% des séjours en chirurgie (contre 37% dans le public), les séjours étant plus coûteux dans le public, cela a abouti en 2011 pour la première fois **à une part en valeur plus élevée dans le public que dans les cliniques privées en chirurgie**.

Tableau: Evolution des parts de marché en chirurgie selon le type d'hospitalisation par secteur

Parts en séjour valorisés en tarifs constants (en %)		
2003-2011	2003	2011
Hospitalisation complète		
Public	44 %	50 %
Privé à but non lucratif	9 %	9 %
Privé à but lucratif	47 %	41 %
	100%	100%
Hospitalisation ponctuelle (chirurgie ambulatoire)		
Public	20 %	24 %
Privé à but non lucratif	8 %	8 %
Privé à but lucratif	72 %	68 %
	100%	100%

Le nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète est dorénavant plus élevé dans le public que dans le privé avec une part de marché en valeur de 50% contre 41% dans les cliniques privées. Sur la période de 2003 à 2011, le nombre a augmenté de 4% dans le public et baissé de 22% pour les cliniques. Les cliniques occupent toujours une place prépondérante dans l'hospitalisation partielle en chirurgie avec les deux tiers des séjours et 68% de part de marché en valeur. L'expansion

¹ En tenant compte du tarif auquel l'Assurance maladie valorise chaque séjour; la valeur est calculée sur la base des tarifs publics uniquement pour l'ensemble des séjours

de l'ambulatoire depuis 2003 a été très forte dans les cliniques (+68% en valeur) mais plus encore dans le public (120%) et dans le privé à but non lucratif (+72%).

Un retard persistant de la France dans le développement de l'ambulatoire en général et de la chirurgie en ambulatoire en particulier

Tableau: Parts de séjours en ambulatoire en chirurgie par secteur

	Nombre de séjour total	Part des séjours en ambulatoire
Public	2 307 000	28%
Privé à but non lucratif	486 000	41%
Privé à but lucratif	3 308 000	52%
Ensemble	6 102 000	42%

Champ: France métropolitaine et DOM, hors Mayotte, Court séjour, hors séances

Sources: ATIH, PMSI-MCO 2003 à 2011, traitements DREES

Décrite pour la première fois en 1909 en Écosse, la chirurgie ambulatoire a été introduite dans la loi en France seulement en 1991. Elle fait référence à des pratiques avec admission à l'hôpital le jour même de l'intervention et sortie quelques heures après cette intervention. Les patients concernés ont été préalablement sélectionnés et préparés. Ces interventions sont planifiées et non urgentes¹. Elle couvre un large spectre d'intervention et de spécialités ; elle peut s'effectuer sous anesthésie locale ou générale². Elle se déroule en milieu hospitalier ou dans d'autres structures capables de remplir des exigences de sécurité.

En France, elle ne représente aujourd'hui que 4 interventions sur 10 contre plus de 7 sur 10 dans les pays ayant depuis longtemps mis l'accent sur la chirurgie ambulatoire (USA, Angleterre, pays scandinaves entre autres). Cette activité s'est développée sur un nombre limité d'actes en France puisque 71% (soit 1,5 millions de séjours sur les 2,1 millions de 2011) des actes réalisés en ambulatoire sont concentrés sur 12 actes seulement. C'est en partie le résultat de politiques incitatives frileuses comprenant des incitations tarifaires ciblées sur certains GHS, la mise sous autorisation préalable de gestes dits « marqueurs » ou la fixation de taux régionaux de recours. Le secteur privé concentre 70% des séjours en chirurgie réalisés en ambulatoire avec 1 acte chirurgical sur deux en ambulatoire contre moins de un sur trois dans le public. Les deux tiers de l'ambulatoire dans le public sont réalisés dans les centres hospitaliers, les CHU réalisant très peu d'ambulatoire (ce qui plus lié à une question organisationnelle et politique qu'au type de cas de patients).

¹ De Lathouwer C, Poullier JP. How much ambulatory surgery in the World in 1996-1997 and trends? *Ambul Surg* 2000;8(4):191-210.

² Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, Mckee M. *Day Surgery: making it happen*. Brussels: WHO; 2007.

ANNEXE 6

Alternatives à l'hospitalisation traditionnelle

Alors que tous les projecteurs sont tournés vers la chirurgie ambulatoire pour réaliser une partie des 10 milliards d'euros d'économie de 2015 à 2017 en santé, celle-ci est certes génératrice d'économies sous certaines conditions mais elle est avant tout un bienfait pour les patients et un éclairage sur l'hôpital de demain évoqué précédemment. Le développement de la chirurgie ambulatoire préfigure l'hôpital sans lits de demain avec la dissociation de l'activité de soins de plus en plus sophistiquée et de l'activité d'hébergement et l'externalisation de plusieurs services hors du cœur de métier des soins, de l'enseignement et de la recherche.

Il existe un rationnel économique et médical fort en faveur du développement de la chirurgie ambulatoire. Le rationnel médical est basé sur des conditions de sécurité médicale au moins analogues à celles de la chirurgie classique, en utilisant des procédures médicales de qualité identique tout en apportant un meilleur confort aux malades et une durée de séjour plus faible¹. Cela a pu être possible en raison du développement de procédures chirurgicales moins invasives, et de la mise au point de nouvelles techniques d'anesthésie². Il a été démontré que les risques de maladies nosocomiales et de thrombose sont moindres pour les patients.

Les comparaisons internationales montrent que les facteurs ayant contribué au développement de la chirurgie ambulatoire sont la diminution forte du nombre de lits d'hospitalisation classique et le nombre d'infirmières à domicile. L'existence de délais d'attente jugés trop longs pour la chirurgie programmée et la volonté de réduire ces délais est aussi un levier important. Toftgaard évoque aussi le poids de ses traditions et d'éléments culturels. Autant de facteurs qui aident à expliquer le retard français.

Récemment une typologie de quatre modèles d'organisation pour la chirurgie ambulatoire a été dressée par l'Observatoire européen des politiques et des systèmes de santé³. Cet organisme distingue ainsi :

- **les services de chirurgie ambulatoire intégrés à l'hôpital:** il s'agit de lits dédiés à la chirurgie d'un jour dans un service d'hospitalisation classique. Les lits de chirurgie ambulatoire partagent ainsi avec la chirurgie classique les salles d'opération, les salles de réveil, ainsi que le personnel médical et infirmier ;
- **les unités de soins spécifiques à l'intérieur de la structure hospitalière:** les salles d'opération et les chambres sont dédiées à la chirurgie ambulatoire. Ce service est distinct des autres dans l'hôpital. Plusieurs spécialités chirurgicales existent dans l'unité de chirurgie ambulatoire et partagent les équipements ainsi que le personnel non médical;
- **les unités de chirurgie ambulatoire spécifiques en dehors de l'hôpital:** de plus en plus, la chirurgie ambulatoire se pratique dans ces centres dédiés. L'observatoire européen en donne une définition précise : les centres indépendants de chirurgie ambulatoire comprennent les établissements où exercent des médecins et d'autres personnels médicaux dont l'activité principale consiste à pratiquer la chirurgie en mode ambulatoire (par exemple, chirurgie orthoscopique et chirurgie de la cataracte). Les établissements de chirurgie ambulatoire disposent

¹ Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, Mckee M. *Day Surgery: making it happen*. Brussels: WHO; 2007.

² Toftgaard C. *World Wide Day Surgery Activity 2003 The IAAS Survey on Ambulatory Surgery 2003*. <<http://www.iaas-med.com/modules/content/survey.pdf>> .

³ Castoro C, Bertinato L, Baccaglioni U, Drace CA, Mckee M. *Day Surgery: making it happen*. Brussels: WHO; 2007.

de locaux spécialisés, notamment des salles d'opération et de réveil, ainsi que d'équipements spécialisés comme du matériel d'anesthésie et de radiologie;

- **la chirurgie ambulatoire pratiquée dans le cabinet du médecin:** il s'agit de petites annexes (salle) jouxtant les salles de consultation des chirurgiens.

L'observatoire recommande le développement d'unités de chirurgie ambulatoire multidisciplinaires, complètement distinctes des unités de chirurgie classiques et dirigées par une personne dédiée. Les services intégrés à la chirurgie classique créent une confusion d'activité ou une concurrence de pratique, renforcée dans certains cas par les modes de rémunérations plus avantageux de la chirurgie classique. La chirurgie pratiquée au cabinet du médecin ne permet pas toujours de remplir les conditions de sécurité nécessaires à ce type d'intervention. La stratégie de développement d'unités indépendantes permet de réduire la capacité en lits d'hospitalisation classique et d'augmenter le nombre de cas traités.

Le choix entre les unités indépendantes ou non de l'hôpital n'est pas tranché. Il existe des arguments pour et contre dans chacun des modèles. Les unités indépendantes de l'hôpital occasionnent moins de risque de transmission d'infections nosocomiales, permettent une rotation plus rapide des patients et assurent globalement une plus grande satisfaction des patients, notamment parce qu'il s'agit de structures proches du domicile des patients, à la différence de l'hôpital. En revanche, elles augmentent les coûts pour le financeur car elles nécessitent de développer des structures autonomes de stérilisation, des espaces de stockage, du personnel propre en anesthésie et réanimation. Par ailleurs, l'accès à l'hôpital y est plus difficile en cas de complication.

En conclusion, il existe encore un fort potentiel de développement. Il reste à déterminer sur quelles interventions elle doit être plus particulièrement développée, ce qui est du ressort de la Haute Autorité de santé et des sociétés savantes. Pour assurer son développement rapide, les unités de chirurgie ambulatoire doivent être distinctes et complètement indépendantes des structures de chirurgie classique. En revanche, ces structures peuvent ou non faire partie des structures hospitalières. Le financement des actes de chirurgie devra progressivement être basé sur une échelle de coûts de l'ambulatoire, faisant de la chirurgie ambulatoire la référence et non l'alternative.

Par le développement de l'hospitalisation à domicile (HAD)

Comme pour la plupart des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, l'HAD manque en France d'une politique volontariste forte. Notre hospitalo-centrisme, ancré dans les cultures et les structures, a toujours freiné son développement. L'HAD est une des pratiques à développer pour sortir de l'hospitalo centrisme.

L'hospitalisation à domicile constitue un mode de prise en charge original qui permet à un malade atteint de pathologies lourdes, complexes et évolutives de bénéficier chez lui de soins médicaux et paramédicaux coordonnés que seuls les établissements hospitaliers peuvent lui prodiguer. La loi HPST de 2009 en a fait un mode d'hospitalisation à part entière tandis que les structures d'HAD deviennent des établissements de santé. Le champ de la HAD s'étend au MCO, au SSR et à la psychiatrie. Son intervention a été élargie en 2007 à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux.

Malgré cela, l'HAD occupe une place minime dans la prise en charge hospitalière. En 2011, ses dépenses ne représentent que 771 millions d'euros, soit moins de 1% de l'ONDAM hospitalier et de 0,5% des dépenses d'assurance maladie. Elle concerne 98 000 patients, pour 145 000 séjours et 3 700 000 journées en 2011. Les retours d'expérience des territoires où la HAD est la plus structurée montre que les besoins sont de l'ordre de 30 à 35 patients pour 100 000 habitants, ce qui feraient doubler l'activité par rapport à aujourd'hui.

Plusieurs évolutions sont nécessaires pour accélérer le développement de l'activité de la HAD.

Le respect des obligations (certification entre autres) attachées au statut d'établissement de soins des HAD nécessite que les structures soient de taille plus importante qu'elles ne le sont aujourd'hui. La direction générale de l'offre de soins avait estimé l'activité minimum à 9000 journées par an, ce que ne réalisait pas deux tiers des structures. L'assouplissement des textes visant à diversifier la prise en

charge médicale est aussi nécessaire pour que le médecin traitant ne soit pas le seul habilité à porter des soins (le médecin coordinateurs des structures HAD ne pouvant le faire qu'en cas « d'urgence absolue »). L'HAD est financé depuis 2006 par la tarification à l'activité, selon des tarifs qui n'ont quasiment pas évolué depuis cette date. Cette absence d'actualisation des tarifs s'est accompagnée d'une absence d'évaluation médico-économique sérieuse de cette activité, ce qui rend plus aléatoire une révision des tarifs, pourtant indispensable. Outre la préférence des patients dont le bien-être est améliorée, un séjour d'HAD génère en général des économies. Une étude du CREDES de 2003¹ estimait un potentiel d'économie de 80% sur certains court séjours (150 euros en HAD contre 450 euros en hospitalisation de jour et 300 à 750 euros en hospitalisation conventionnelle avec hébergement). La HAD souffre aussi d'une méconnaissance de cette pratique par les médecins, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers, d'où une prescription insuffisante de ce mode d'hospitalisation par ces praticiens.

Par une meilleure gestion de la permanence des soins (PDS)

La question de la permanence des soins est une source de tension majeure entre les professionnels de santé eux-mêmes et entre ces derniers et l'administration. Une des conséquences de la gestion peu efficace de la PDS est **l'engorgement des urgences** dont les conséquences financières et sanitaires sont conséquentes. Contrairement à ce qu'aimerait nous faire croire les tenants du l'hospitalo-centrisme, les solutions se trouvent aussien amont de l'hôpital et non pas seulement au sein de l'hôpital en y attribuant plus de moyens.

Un rapport actualisé dédié à la permanence des soins serait nécessaire, tant le sujet fait débat. C'est une question clé à résoudre pour limiter le recours à l'hospitalisation. Suite à la grève des médecins généralistes en 2001, une série de textes réglementaires sont sortis pour encourager l'installation de maisons médicales de garde et instaurer le principe du volontariat pour la prise de garde. Force est de constater que ces évolutions réglementaires n'ont pas été très efficaces à ce jour.

Les études² montrent un lien très net entre la difficulté de l'accès rapide aux soins (sans rendez-vous), particulièrement en dehors des heures et jours ouvrables et l'utilisation des services d'urgences hospitaliers. L'analyse des expériences internationales³ permet de lister plusieurs options, non mutuellement exclusives, dont les suivantes :

- *Les médecins généralistes s'occupent des patients, même en dehors de leurs jours et heures de consultation (tours de garde).* Les médecins, comme SOS médecins en France, peuvent se regrouper en associations. En Allemagne, la prise en charge en dehors des heures ouvrables se fait par des associations régionales de médecins libéraux qui assurent des conseils téléphoniques, des consultations et des visites sur place.
- *Le modèle coopératif :* les médecins généralistes se regroupent en association, pour fournir, à tour de rôle, des soins en dehors des jours ouvrables. C'est le système des maisons médicales de garde en France et des coopératives au Danemark organisées entre les médecins de famille et l'assurance maladie régionale.
- *Un tri et des conseils par téléphone sont délivrés et le cas échéant,* le patient est orienté vers le service de soins le plus approprié. Pratique de plus en plus courante, le tri s'effectue par des infirmières dans le cadre du modèle de « coopérative de médecins » lorsque le patient s'adresse à elles en dehors des jours ouvrables. Au Royaume-Uni, la plupart des médecins ont délégué la responsabilité de la continuité des soins aux institutions de soins primaires (Primary care trusts, PCT), qui utilisent le service NHS direct. Pour ce service, accessible à tous les résidents britanniques, des conseils médicaux et effectuent le tri des patients en utilisant un modèle de décision automatisé.

¹ CREDES, Evaluation du coût de la prise en charge en HAD, 2003

² Shoen C, Osborn R, Trang Huynh P, Doty, Zapert K, Peugh J, et al. Taking the pulse of Health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff* 2005;10(W5):509-25.

³ Rapport HAS- Le recours à l'hôpital en Europe – mars 2009

La France doit trouver son propre modèle adapté à son organisation des soins. Avec un Etat juge et partie de l'organisation des soins et à la remorque des intérêts corporatistes, la question s'est révélée insolvable. On y reviendra dans l'évolution de la gouvernance.

Par le développement de structures de soins en aval de l'hôpital, en particulier pour les personnes âgées

Les patients âgés de plus de 80 ans, qui souffrent de handicap dû à plusieurs pathologies chroniques, qui sont trop malades pour rentrer chez elles mais ne nécessitent plus une hospitalisation, sont à l'origine de « blocage » de lits hospitaliers. Ce phénomène est variable d'un pays à l'autre et est estimé entre 6% et 30% des hospitalisations, ce qui est évidemment très significatif. C'est le système des structures de soins intermédiaires qui répond à ce problème. Ces structures ont pour objectif de réduire le séjour hospitalier et d'éviter l'admission ou la réadmission à l'hôpital. La France utilise ses anciens hôpitaux locaux pour prendre en charge ces personnes âgées. Les protocoles d'accompagnement de sorties et l'hospitalisation à domicile devraient être davantage utilisés pour gérer ces blocages de lits.

La fausse bonne idée des consultations de spécialistes hospitaliers dans les structures de soins primaires

Dans les pays à système national de santé comme le Royaume-Uni, des consultations de spécialistes hospitaliers ont été mise en place dans des structures de soins primaires, afin d'offrir plus de proximité et de réduire le recours à l'hôpital. Elles ont pris leur essor lorsque le NHS a positionné en 1991 les offreurs de soins primaires comme des acheteurs de soins secondaires, via les primary care trusts aujourd'hui. Les tenants en France d'un système national de santé à l'anglaise souhaitent vivement la mise en place de ces consultations, auxquelles ils ont donné l'étrange nom de « consultations déportées » !

La revue de la littérature réalisée par Powell¹ démontre que ces consultations n'apportent aucun avantage par rapport aux consultations hospitalières en termes d'efficacité médicale d'une part et que le coût direct total ou marginal pour les services de santé était plus élevé que les consultations effectuées à l'hôpital. Les études montrent aussi clairement que ces consultations à l'extérieur de l'hôpital généraient des temps de déplacement importants pour les médecins hospitaliers et réduisaient l'accès à l'hôpital. Des problèmes de continuité dans le suivi des patients ont été notifiés en Espagne du fait des relais des équipes hospitalières. Même dans les pays où l'idée de consultations de spécialistes hospitaliers en ville pouvaient faire sens du fait du faible nombre de spécialistes en ville, les résultats ne sont pas probants.

Outre ces constats, cette idée ne peut être que délétère au vue de la situation du système de santé français. La France dispose de quelques 50 000 spécialistes purement libéraux qui ont vocation à effectuer les consultations de spécialiste en ville. Il est évident qu'un transfert progressif de multiples consultations externes réalisées à l'hôpital devrait se transférer vers les cabinets médicaux de ville. Il est assez stupéfiant de voir que 39% des dépenses pour le diabète sont encore effectuées à l'hôpital. Si on y ajoute l'utilisation de plusieurs milliers de médecins mercenaires et médecins étrangers devenus indispensables pour faire tourner de plus en plus d'hôpitaux, on peut mesurer l'inadéquation de ces consultations avec notre système de santé.

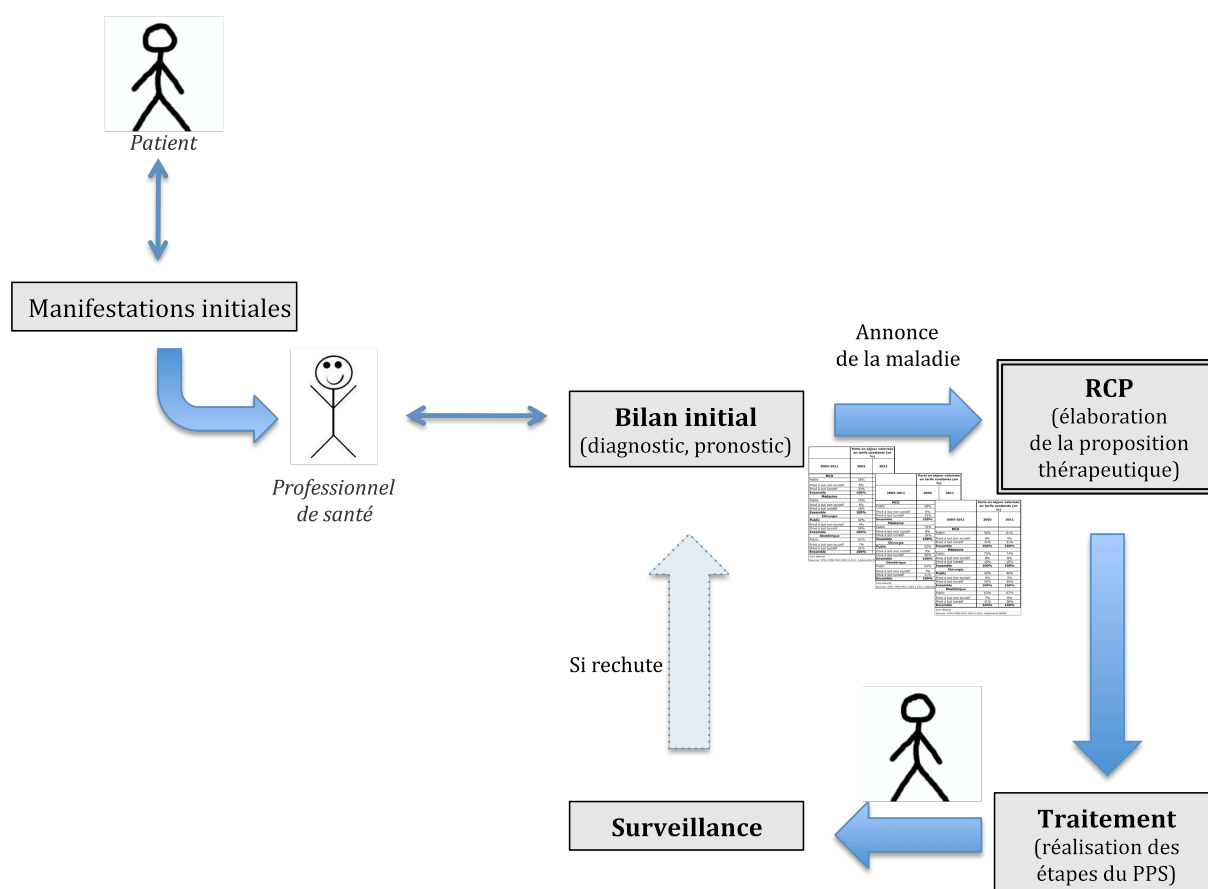
¹ Powell J. Systematic review of outreach clinics in primary care in the UK. *J Health Serv Res Policy* 2002;7(3):177-83.

ANNEXE 7

Le parcours de soins en cancérologie

Le parcours du patient en cancérologie comprend trois phases : le bilan initial de la maladie et l'élaboration de la proposition thérapeutique en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), le traitement (PPS) et la surveillance.

Schéma: Processus de prise en charge du patient en cancérologie



Phase 1- Bilan initial de la maladie et réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

La phase de bilan initial fait suite à la demande de soins consécutive à la découverte de signes ou symptômes. Elle comporte les examens cliniques et para cliniques nécessaires au diagnostic et au bilan d'extension de la maladie. Il est habituellement réalisé sous la responsabilité du spécialiste d'organe ou du chirurgien (**médecin référent en charge du bilan**) auquel le patient a été confié par son médecin traitant. **La synthèse du bilan diagnostique et la classification pré-thérapeutique** de la maladie sont établies à ce stade par le médecin référent en charge du bilan. Des données de synthèse en vue de la discussion en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) sont recueillies par le médecin en charge du bilan. Elles seront transmises au **secrétariat du Centre de coordination en cancérologie (3C)** au sein de l'établissement pour l'intégration à la fiche RCP.

La phase 1 comprend aussi l'annonce de la maladie. Celle-ci s'inscrit dans un dispositif d'annonce¹ qui se construit en quatre temps : un temps médical, un temps d'accompagnement soignant, l'accès à une équipe impliquée dans les soins de support et un temps d'articulation avec la médecine de ville.

Ensuite, le patient est informé² du fonctionnement et de l'organisation du réseau auquel l'équipe soignante participe. **Un dossier communicant en cancérologie (DCC)** au sein du réseau qui prend en charge le patient est ouvert sur accord express du patient. Ce DCC se démarque du DMP (dossier médical personnel). C'est un outils professionnel destiné à l'ensemble de l'équipe soignante prenant en charge un patient, dans le cadre d'un réseau de cancérologie (le DMP est un support d'informations médicales et administratives utile aux professionnels de santé). Il est réservé aux patients pris en charge au sein d'un réseau régional de cancérologie (le DMP est ouvert à tous les assurés sociaux).

Enfin, la demande d'inscription en RCP est faite par le médecin en charge du bilan auprès du secrétariat de coordination. **Un médecin responsable du RCP** est désigné. Il assure l'organisation de la RCP et son animation. Il renseigne et valide la proposition de prise en charge sur la **fiche RCP** (fiche rassemblant l'ensemble des informations, cliniques et histologiques, relatives à la situation du patient, et constituant un support à la discussion du dossier du patient en RCP). La discussion en RCP est obligatoire si le dossier ne relève pas d'un référentiel validé et actualisé ou si un réexamen en vue d'un changement significatif d'orientation thérapeutique s'impose.

Phase 2 – Réalisation des étapes de prise en charge et programme personnalisé de soins (PPS)

Le programme thérapeutique est le programme de soins élaboré, à la suite de la RCP et sous la responsabilité du **médecin en charge du patient**, sur la base des recommandations de la proposition thérapeutique.

Il est mis à jour (nouvelle version du document) en cas de modification de la stratégie de traitement. Le **Programme Personnalisé de Soins (PPS)**, destiné à être remis au patient, est un document contenant les informations relatives à son traitement. Il reprend les informations du programme thérapeutique, accompagnés de commentaires éventuels du médecin et d'informations pratiques. **Un médecin responsable du traitement** est désigné. C'est un médecin spécialisé en cancérologie (chirurgien, chimiothérapeute, radiothérapeute ou spécialiste d'organe) qui veille à la bonne coordination des soins et à l'information du patient.

La réalisation des différentes modalités de traitement se fait sous la responsabilité d'un médecin référent pour l'épisode de traitement (médecin spécialiste d'organe, radiothérapeute, chirurgien, oncologue médical). Les différents traitements nécessaires peuvent être réalisés dans des structures différentes, à titre ambulatoire ou en hospitalisation, ou à domicile. Chaque épisode de traitement fait l'objet d'un compte-rendu de synthèse (compte rendu de consultation, compte rendu d'acte ou compte rendu d'hospitalisation). Le médecin traitant et les médecins ayant participé au traitement (équipe soignante) doivent être informés systématiquement de la fin des traitements, de leurs résultats et de la conduite à tenir après le retour du patient à domicile, si besoin.

Le Programme Thérapeutique peut faire l'objet de révisions en fonction des résultats d'un traitement ou de l'obtention de nouvelles informations diagnostiques ou pronostiques, ce qui peut nécessiter à nouveau une discussion en RCP. Les propositions de révision du programme de soins doivent être enregistrées dans le DCC.

Phase 3 – Surveillance après traitement

Un plan de surveillance est établi après la fin des traitements; il est expliqué au patient lors de la consultation suivant la décision de fin de traitement. Il est consigné dans un document remis au patient. Chaque consultation de surveillance donne lieu à un compte rendu qui est inscrit dans le Dossier Communicant de Cancérologie.

¹ Cf. cahier des charges du dispositif d'annonce publié par l'INCA

² L'article D 766-1-3 du code de la santé publique prévoit la remise au patient d'un document d'information qui est signé lorsque cela est possible au regard de l'état de conscience du patient. Ce document comprend entre autres les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

Annexe 8

Organisation actuelle de la gouvernance du système de santé

Les institutions nationales

Le ministère de la Santé et ses services

Le ministère de la Santé publique n'a été créé qu'en 1930. Selon les époques, la santé a été prise en charge par un ministère autonome ou rattachée à un ministère plus vaste (Affaires sociales, Solidarité).

La direction générale de la santé

La direction générale de la santé (DGS) est chargée d'élaborer et de mettre en œuvre la politique relative à la prévention, à l'environnement sanitaire, à la maternité, à l'enfance et aux actions spécifiques de santé, à la gestion des risques sanitaires, ainsi qu'à l'organisation et à la formation des professions médicales et paramédicales.

La direction générale de l'offre de soins

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) est chargée de la programmation de l'offre de soins et des investissements hospitaliers, de la gestion des statuts et de la formation des personnels hospitaliers, ainsi que de l'organisation des établissements hospitaliers.

La direction de la sécurité sociale

La direction de la Sécurité sociale, DSS, est chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité sociale : assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, retraite, famille, dépendance, financement et gouvernance. Elle est rattachée au ministère des Affaires sociales et de la Santé et au ministère de l'Économie et des Finances.

La direction générale de l'action sociale

La direction générale de l'action sociale (DGAS) pilote la mise en œuvre des politiques d'action sociale en direction des personnes ou des groupes en difficulté sociale, des enfants et des adultes handicapés, des personnes âgées ainsi que des familles, des enfants et des adolescents. Elle coordonne les interventions des ministères compétents en matière de minima sociaux, élabore et veille à l'application de la réglementation relative à l'aide sociale, au revenu de solidarité active (RSA), à la prestation de compensation du handicap (PCH), à l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et à l'allocation de parent isolé (API). Par ailleurs, elle définit le contenu de la formation des professions sociales, ainsi que les conditions d'exercice et les règles déontologiques du travail social. Elle élabore également la législation relative à la création et au fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Enfin, elle veille au respect des droits des usagers et des salariés de ces établissements et services.

L'Inspection générale des affaires sociales

L'Inspection générale des affaires sociales (Igas) assure une mission de contrôle et d'évaluation de la mise en œuvre de l'ensemble des politiques publiques dans les domaines de la santé, de la protection et de l'action sociale, du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Elle exerce le contrôle de tous les services, établissements ou institutions qui interviennent dans ce champ.

La Haute autorité de santé

La Haute autorité de santé (HAS), créée en 2004, est chargée d'évaluer l'utilité médicale de

l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie, de mettre en œuvre la certification des établissements de santé, définir les bonnes pratiques et le bon usage des soins pour les professionnels de santé et le grand public.

L'Anesm

Créée en 2007, l'Anesm (Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux) établit les référentiels de qualité pour les professionnels et est chargée de l'évaluation des prestations offertes dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Les institutions décentralisées

Les agences régionales de santé

Créées en 1996, sous forme de groupement d'intérêt public entre l'État et les organismes d'assurance maladie, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) avaient pour mission de définir et de mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés, d'en fixer les ressources et d'en contrôler le fonctionnement.

Depuis le 1^{er} avril 2010, elles sont remplacées par des Agences régionales de santé ([ARS](#)), dont les compétences ont été élargies aux professionnels libéraux et aux maisons de retraite. Les ARS sont en charge de la déclinaison et de la mise en œuvre régionale de la politique nationale de santé, de la définition d'une politique régionale de santé, de l'organisation des soins, de la veille et de la sécurité sanitaire, ainsi que de la prévention dans leur région.

Les ARS intègrent en leur sein plusieurs structures, dont elles reprennent les missions : les ARH, les directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), les Urcam, les groupements régionaux de santé publique (GRSP), les missions régionales de santé, ainsi que le pôle sanitaire des Caisses régionales d'Assurance maladie (Cram).

Les départements

Les conseils généraux de chaque département ont reçu compétence pour :

- l'aide et l'action sociale en faveur des personnes âgées ([Apa](#)) ;
- l'aide et l'action sociale en faveur des adultes handicapés ([Maison départementale des personnes handicapées](#), mise en œuvre de la [PCH](#)) ;
- l'aide sociale à l'enfance ([ASE](#)) ;
- la protection maternelle et infantile ([PMI](#)) ;
- la lutte contre l'exclusion (RSA, fonds d'aide aux jeunes...).

L'Assurance Maladie

Les différents régimes d'assurance maladie obligatoire

Il existe trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants.

Le régime général

L'Assurance Maladie des travailleurs salariés (régime général) est l'assureur solidaire de quatre personnes sur cinq en France. Elle finance 75 % des dépenses de santé.

Le régime agricole

Il couvre les exploitants et les salariés agricoles. Il est géré par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Le régime social des indépendants (RSI)

Il couvre les artisans, commerçants, industriels et professions libérales. Depuis le 1^{er} janvier 2008, il est l'interlocuteur social unique pour toutes les cotisations et contributions sociales personnelles obligatoires et les prestations maladie-maternité et retraite des artisans, commerçants et industriels indépendants.

De nombreux autres régimes spéciaux

Le système comprend également de nombreux autres régimes dit « spéciaux » : le régime des marins

et inscrits maritimes (ENIM), le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la Banque de France, de l'Assemblée nationale, du Sénat, le régime des clercs et employés de notaire, le régime des ministres du culte, etc.

L'Assurance Maladie (régime général) est un service public décentralisé

Au niveau national, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) est la « tête du réseau ».

Le niveau départemental ou infra départemental se compose de 101 caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM), qui ont pour mission le remboursement des actes et les actions de gestion du risque et de contrôle contentieux en lien avec les services médicaux placés auprès d'elles.

Au niveau régional, les 16 caisses régionales d'Assurance Maladie (CRAM) ont pour mission la prévention des risques professionnels, la gestion du service social et la participation à la planification hospitalière.

Les 4 caisses générales de Sécurité Sociale (CGSS) assurent, pour l'Assurance Maladie, le rôle de CPAM et de CRAM dans les départements d'Outre-Mer. La Caisse de sécurité sociale (CSS) de Mayotte assure les mêmes missions.

Les 16 Ugecam (Union des gestionnaires des établissements de caisses d'assurance maladie) ont pour mission de gérer d'une centaine d'établissements de soins de suite et médico-sociaux appartenant à l'Assurance Maladie.

Les agences et instituts

La sécurité sanitaire

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est chargé de la surveillance de l'état de santé de la population, en s'appuyant sur un réseau national de santé publique. Il assure des missions de veille, d'épidémiologie, d'alerte et de conseil des pouvoirs publics en cas de menace ou de crise sanitaire.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), a été créée par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé. Etablissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de la Santé, l'ANSM a repris les missions, les obligations et les compétences exercées par l'Afssaps. Sa compétence s'applique à tous les produits de santé destinés à l'homme : médicaments et matières premières, dispositifs médicaux, dispositifs de diagnostic in vitro, produits biologiques d'origine humaine (produits sanguins labiles, organes, tissus, cellules, produits de thérapie génique et de thérapie cellulaire), produits thérapeutiques annexes, produits cosmétiques...

Il existe également un certain nombre d'autres agences ou organismes impliqués dans la sécurité sanitaire :

- Agence de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) ;
- Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) ;
- Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire ;
- Comité national de la sécurité sanitaire ;
- Commission nationale de matériovigilance ;
- etc.

Tous ces organismes ont pour objet, dans leurs domaines de compétence respectifs, de prévenir et détecter les phénomènes ou les accidents pouvant influencer sur la santé des populations.

La prévention

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Il a succédé au Comité français d'éducation pour la santé (CFES). L'Inpes est plus particulièrement chargé de mettre en oeuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé, dans le cadre des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement et le Parlement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.

Le cancer

L'Institut National du Cancer (INCa) a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan cancer, pour pérenniser une politique nationale coordonnée de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, il fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France. Son ambition est de contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

L'éthique et les dons

Le Comité consultatif national d'éthique a un rôle de réflexion sur toutes les approches éthiques des prises en charge de la santé en général et des activités de recherche en biologie et en médecine, en particulier.

L'Agence de la biomédecine est chargée de contrôler les activités de prélèvement, greffe, procréation assistée, embryologie et génétique humaine.

L'Établissement français du sang a pour responsabilité l'organisation de la collecte de sang et de la transfusion sanguine, ainsi que le contrôle des thérapeutiques utilisant le sang et ses dérivés.

Annexe 9

Récapitulatif des économies* générées par nos propositions sur 3 ans (millions d'euros)			
Secteur	Mesures	Montant d'économies par an	Cumul des économies sur 3 ans
Hôpital			
	Actions sur l'utilisation inadéquate des lits, Réduction de la capacité hospitalière	1 000	3 000
	Développement de la Chirurgie ambulatoire	500	1 500
	Réduction d'effectifs (retraite, turnover)	350	1 050
	Convergence tarifaire ciblée & respect de la neutralité tarifaire	650	1 950
Sous -total Hôpital		2 500	7 500
Structuration des parcours de soins des patients ALD	Organisation du parcours de soins des patients ALD (médicaments, analyses médicales, imagerie, consultations, transports, arrêt maladie)	1 500	4 500
Médicaments	Développement des génériques	300	900
Coûts administratifs	Régionalisation de la gestion des prestations, gain de productivité	200	600
TOTAL		4 500	13 500

* Ces économies portent sur l'évolution tendancielle des dépenses et représentent autour de 2,5 points d'ONDAM par an

Frédéric Bizard

REFONDER LE SYSTEME
DE SANTÉ FRANÇAIS
POURQUOI ? COMMENT ?

40
PROPOSITIONS
POUR RÉFORMER

www.fredericbizard.com