

prépaBAC

Toute la T^{le} ST2S

Réussir

l'examen

NOUVEAU
BAC



Sciences et techniques
sanitaires et sociales



Chimie, biologie
et physiopathologie humaines



Mathématiques



Philosophie



Histoire-géographie



Anglais



Grand oral



OFFERT Un abonnement
au site de révision **annabac**



Toute la **T**le **ST2S**

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

Nadège Malardé-Fournier
Bouso N'Diaye

CHIMIE, BIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE HUMAINES

Walter Vassiaux
Renaud Burrowes

MATHÉMATIQUES

Bernard Verlant

PHILOSOPHIE

Audrey Bebert-Mion

HISTOIRE-GÉOGRAPHIE

Stéphane Leteuré

ANGLAIS

Frédérique Le Graverend
Annie Goulvent

GRAND ORAL

Stéphane Leteuré

Les ressources numériques

Au fil des pages, des QR codes à flasher vous renvoient à de nombreuses ressources : quiz, corrigés, schémas, presse, documents, vidéos, cartes, exercices...

Mode d'emploi



Votre Préparac Foucher s'enrichit de ressources numériques

Lorsque je rencontre un pictogramme ressource au fil des pages :

doc
La loi de modernisation du système de santé
foucherconnect.fr / 23terst2s38

1. Je vais sur **www.foucherconnect.fr**
2. J'enregistre cette page dans mes favoris pour les prochaines fois.
3. Je saisis **le code de la ressource** indiqué dans le pictogramme.
3. Je **visualise** ma ressource.

Des FLASHCODES permettent aussi d'accéder aux ressources depuis un smartphone

À la fin de chaque section de cours, un QR code vous permet de tester vos connaissances de manière interactive. Bonnes révisions !

quiz
Des questions pour réviser
foucherconnect.fr / 23terst2s29



Maquette intérieure : Frédéric Jély
Mise en page, infographies et cartographie : STDI
Illustrations (Biologie) : Florence Ollé

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du Droit de copie (20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris), est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (loi du 1^{er} juillet 1992 – art. 40 et 41 et Code pénal – art. 425).

SOMMAIRE

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

L'évaluation des Sciences et techniques
sanitaires et sociales au bac 6

COURS 7

PÔLE THÉMATIQUE

POLITIQUE DE SANTÉ ET GOUVERNANCE
DU SYSTÈME DE SANTÉ 7

DU SYSTÈME DE SANTÉ AU SYSTÈME DE SOINS 20

DES POLITIQUES SOCIALES VERS L'ACTION
SOCIALE 30

ÉTUDE DE DISPOSITIFS S'INSCRIVANT DANS
UNE POLITIQUE SOCIALE 38

PÔLE MÉTHODIQUE

ENTRAÎNEMENT 51

CHIMIE, BIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE HUMAINES

L'évaluation de la Chimie, Biologie
et physiopathologie humaines au bac 61

CHIMIE

COURS 63

PRÉVENIR ET SÉCURISER 63

ANALYSER ET DIAGNOSTIQUER 87

FAIRE DES CHOIX AUTONOMES ET
RESPONSABLES 109

ENTRAÎNEMENT 133

BIOLOGIE ET PHYSIOPATHOLOGIE HUMAINES

COURS 143

MILIEU INTÉRIEUR ET HOMÉOSTASIE 143

SYSTÈME IMMUNITAIRE ET DÉFENSE
DE L'ORGANISME 156

APPAREIL REPRODUCTEUR ET TRANSMISSION
DE LA VIE 173

GÈNES ET TRANSMISSION DE L'INFORMATION
GÉNÉTIQUE 188

ENTRAÎNEMENT 202

MATHÉMATIQUES

L'évaluation des Mathématiques au bac 212

COURS 213

ENTRAÎNEMENT 246

PHILOSOPHIE

L'évaluation de la Philosophie au bac 262

COURS 263

ENTRAÎNEMENT 302

HISTOIRE-GÉOGRAPHIE

L'évaluation de l'Histoire-Géographie au bac . . 308

HISTOIRE

COURS 309

**TOTALITARISMES
ET SECONDE GUERRE MONDIALE** 309

**DU MONDE BIPOLAIRE
AU MONDE MULTIPOLAIRE** 318

**LA FRANCE DE 1945 À NOS JOURS :
UNE DÉMOCRATIE** 329

GÉOGRAPHIE

COURS 338

**MERS ET OCÉANS : AU CŒUR
DE LA MONDIALISATION** 338

**DES TERRITOIRES INÉGALEMENT INTÉGRÉS
DANS LA MONDIALISATION** 344

**LA FRANCE ET SES RÉGIONS DANS L'UNION
EUROPÉENNE ET DANS LA MONDIALISATION** . 353

ENTRAÎNEMENT 361

ANGLAIS

L'évaluation de l'Anglais au bac. 368

COURS 373

ENTRAÎNEMENT 401

GRAND ORAL

Présentation de l'épreuve du Grand oral 416

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

SCIENCES ET TECHNIQUES SANITAIRES ET SOCIALES

L'évaluation des Sciences et techniques sanitaires et sociales au bac 6

PÔLE THÉMATIQUE

POLITIQUE DE SANTÉ ET GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

- 1 L'évolution de la politique de santé et les objectifs de santé 7
- 2 L'élaboration de la politique de santé aux différents échelons territoriaux . . 9
- 3 Les composantes du système de santé 14
- 4 La gouvernance et le financement du système de santé 17

DU SYSTÈME DE SANTÉ AU SYSTÈME DE SOINS

- 5 Les dispositifs et actions en santé sur un territoire 20
- 6 Le système de soins 24
- 7 La place de la personne dans le système de soins 27

DES POLITIQUES SOCIALES VERS L'ACTION SOCIALE

- 8 L'évolution des politiques sociales 30
- 9 De l'identification d'un problème social à l'élaboration d'une politique sociale . . 33
- 10 L'action sociale 36

ÉTUDE DE DISPOSITIFS S'INSCRIVANT DANS UNE POLITIQUE SOCIALE

- 11 Le périmètre d'intervention d'une politique sociale 38
- 12 Les modalités d'intervention auprès des publics 40
- 13 Les acteurs de la politique sociale 42
- 14 Le cadre institutionnel et le financement des politiques sociales 44

PÔLE MÉTHODOLOGIQUE

- 15 Le contexte d'un projet dans le secteur sanitaire et social 46
- 16 Les différentes phases de la démarche de projet 48
- 17 Les acteurs du projet 50

ENTRAÎNEMENT À L'ÉPREUVE FINALE 51

L'évaluation des Sciences et techniques sanitaires et sociales au bac

Cette discipline, faisant l'objet d'une épreuve finale en classe de Terminale, permet d'analyser, dans leur complexité, des situations d'actualité sanitaire et sociale et d'en comprendre les enjeux. Les élèves identifient et analysent les besoins de santé, les besoins des individus et des groupes sociaux, ainsi que leurs déterminants. Ils examinent ensuite les réponses apportées par les politiques publiques, les dispositifs et les institutions sanitaires et sociales.

1 L'épreuve écrite

- L'épreuve évalue les capacités exigibles du pôle thématique, ainsi que les compétences transversales suivantes : mobiliser les connaissances du programme ; analyser, argumenter et synthétiser ; exploiter les documents avec pertinence (en particulier : sélectionner, trier et hiérarchiser les informations) ; rédiger avec clarté et rigueur.
- D'une durée de 3 heures et d'un coefficient 16, elle comprend deux parties qui portent chacune sur tout ou partie du pôle thématique développé dans les programmes de la classe de Première et de la classe de Terminale.
- La première partie, « mobilisation des connaissances », est notée sur 6 points. Elle est composée d'une à deux questions, sans document, portant sur des thèmes différents des programmes, nécessitant la mobilisation réfléchie de connaissances en lien avec les capacités exigibles.
- La deuxième partie, « développement s'appuyant sur un dossier documentaire », est notée sur 14 points. Cette partie prend appui sur un questionnaire relatif aux thèmes des programmes. Le dossier documentaire est composé de textes, de graphiques, de tableaux statistiques, etc. Il comporte au maximum cinq documents. Il est demandé au candidat de traiter le sujet en exploitant les documents du dossier, en adoptant une démarche méthodologie rigoureuse, en faisant appel à ses connaissances et en développant une analyse, une argumentation ou une synthèse.

2 L'oral de rattrapage

- Il consiste en un entretien entre le candidat et l'examineur, d'une durée de 30 minutes, avec un temps de préparation de 30 minutes également. Il poursuit les mêmes objectifs que l'épreuve écrite et porte sur le même programme.
- Au début de la préparation, l'examineur soumet deux questions au candidat. Ces questions sont relatives à deux parties différentes du programme et l'une des deux s'appuie sur l'exploitation d'un ou plusieurs documents.

1

L'évolution de la politique de santé et les objectifs de santé

Au cours des siècles, le rapport à la santé a évolué sans cesse dans un souci d'amélioration du bien-être. Parallèlement, les politiques de santé publique se sont transformées afin d'être plus pertinentes et plus efficaces dans la prise en charge de la population.

1

Les évolutions de la politique et des objectifs de santé publique

Les objectifs de santé publique ont évolué avec le temps parallèlement à la représentation du concept de santé.

A L'hygiène publique

De l'Antiquité à la Renaissance, les épidémies sont considérées comme des punitions divines. Elles sont par conséquent subies. À cette époque, la toilette corporelle et les thermes sont les **principaux moyens de lutte contre les maladies**. C'est l'hygiène publique qui permet de se maintenir en bonne santé.

B La promotion de la santé

■ Sa prise en compte débute avec la forte épidémie de tuberculose qui sévit au début du XX^e siècle et la **première loi de santé publique** promulguée en **1902**. Toutefois, dès le XVIII^e siècle, les découvertes médicales ont permis une prise de conscience de l'importance de l'hygiène. La prévention est au cœur des préoccupations.

■ Le XIX^e siècle est marqué par les découvertes de Pasteur sur les microbes et les vaccins.

■ En 1920, le premier ministère de la Santé publique est créé.

■ En 1946, la Constitution pose le droit à la santé comme un **droit fondamental** : « Toute personne a le droit d'avoir accès à la santé, d'obtenir le meilleur état de santé possible. »

C La gestion des risques sanitaires collectifs

Dans les années 1980, de grandes crises apparaissent : le sida, l'affaire du sang contaminé, la vache folle... On s'aperçoit d'une part qu'il n'y a pas de moyens de soigner les personnes qui en sont atteintes et d'autre part, que les actions des pouvoirs publics sont remises en cause. De ce fait, un **système de gestion des risques sanitaires** est créé avec la formation des **agences sanitaires**.

2 Les objectifs et les stratégies de santé : du préventif au curatif

A La prévention

- Sa mise en œuvre débute dès l'Antiquité et prend fin avec l'épidémie de tuberculose de 1914 qui se caractérise par une **mortalité très élevée**. La prévention se manifeste par l'hygiène corporelle, souvent publique (bains, thermes, douches, premières vaccinations...).
- La loi de santé publique du **15 janvier 1902** relative à la santé publique réaffirme le rôle du maire en cas d'épidémie et précise quelles sont les précautions à prendre pour prévenir la contagion.

B La prépondérance du soin (curatif)

- Les stratégies curatives sont privilégiées dans le courant du xx^e siècle entre les fléaux sanitaires relatifs à la propagation de maladies non maîtrisées (tuberculose 1914) et les crises sanitaires des années 1980.
- En effet, la prévention n'a pas suffi à éradiquer la tuberculose. On s'aperçoit de l'utilité des découvertes de Pasteur (pénicilline et antibiotiques). C'est une période où l'on soigne toutes les maladies après coup ; la prévention n'a à cette époque que très peu de place.

C Le retour à la prévention

- Dans les années 1980, le sida apparaît. Cette maladie se caractérise par un virus qui mute et les chercheurs ne parviennent pas à guérir les personnes contaminées. Le seul moyen de ne pas décéder du sida reste de ne pas être contaminé par le virus. La prévention occupe de nouveau une place privilégiée. Par ailleurs, d'autres crises ébranlent les pouvoirs publics (la vache folle, le sang contaminé) et remettent en cause **le manque de prévention**.
- **La loi du 9 août 2004** est la deuxième loi de santé publique relative à la politique de santé publique. Elle met l'accent sur la **surveillance de l'état de santé de la population**, sur la lutte contre les épidémies, sur l'information et l'éducation à la santé. En outre, elle s'attache également à la **réduction des inégalités de santé**. De plus, elle propose 100 objectifs de santé publique à atteindre.
- **La loi du 26 janvier 2016** est la troisième loi de santé publique. Elle modifie profondément le système des agences sanitaires qui avaient été mis en place. On l'appelle aussi « **loi de modernisation du système de santé** ». Elle crée **l'agence santé publique** chargée de gérer toute la prévention, l'éducation à la santé mais également la sécurité sanitaire.

#quiz

Des questions pour réviser

foucherconnect.fr/23terst2s29



2

L'élaboration de la politique de santé aux différents échelons territoriaux

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique définit le cadre d'élaboration des politiques de santé publique. Elle fixe également des priorités pour la politique nationale et met en place un double niveau d'action : national et régional. Cette loi a été complétée par la loi du 2 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) et qui a réorganisé l'élaboration des politiques au niveau régionales.

1

L'organisation et les acteurs de la politique de santé publique au niveau national

Différents acteurs tentent de répondre aux **objectifs de santé publique** :

- **réduire au plus bas niveau possible les risques sanitaires** (protection de la santé) ;
- **garantir la meilleure qualité possible des soins**, en termes d'efficacité médicale évaluée et validée (qualité) ;
- **assurer la plus grande égalité possible** vis-à-vis de la santé (égalité).

A Le rôle central du ministère de la Santé

■ Le gouvernement, et plus particulièrement le ministre chargé de la Santé (Olivier Véran nommé en février 2020), propose les **priorités et les objectifs de santé publique**. Le ministère de la Santé est donc le **pilote des politiques de santé publique**.

■ Au sein du ministère, la **Direction générale de la santé (DGS)** est chargée de la mise en place de ces politiques pour une durée de cinq années.

■ Le ministère de la Santé intervient pour **piloter une politique de santé**. Il s'appuie surtout sur la **Direction générale de la santé** pour élaborer la **politique de santé publique**. Il a pour rôles :

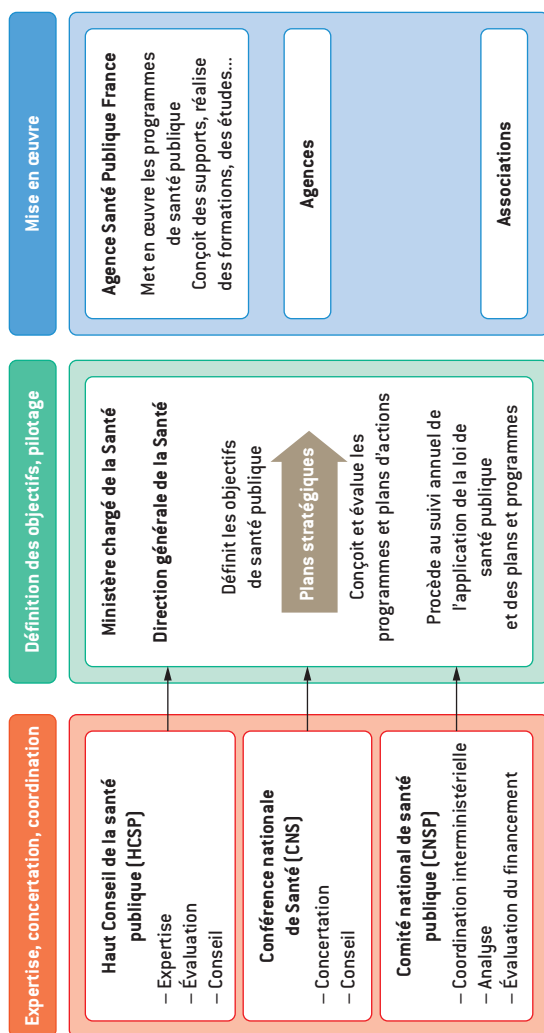
- de mesurer l'état de santé de la population ;
- d'analyser les données et de faire apparaître les priorités ;
- d'élaborer des plans de santé pluriannuels (5 ans) pour traiter les problèmes mis en évidence.

B Les instances d'appui au niveau national

■ Il existe des instances d'expertise, de concertation, de coordination qui donnent leur avis au ministère et font des propositions pour le guider dans ses choix, comme le **Haut Conseil de la santé publique (HCSP)**, qui réalise un rapport d'analyse, le **Comité national de santé publique (CNSP)** et la **conférence nationale de santé (CNS)**.

■ Des instances sont chargées de mettre en œuvre la politique comme l'agence **Santé Publique France depuis 2016** (anciennement INPES, INVES et EPRUS).

■ L'État s'appuie aussi sur de nombreux instituts (publics ou privés) ayant des missions particulières dans un domaine : l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), l'institut national du cancer (INC), l'EFS (établissement français du sang), etc.



L'organisation de la politique de santé publique au niveau national

2 L'organisation de la politique de santé publique au niveau régional

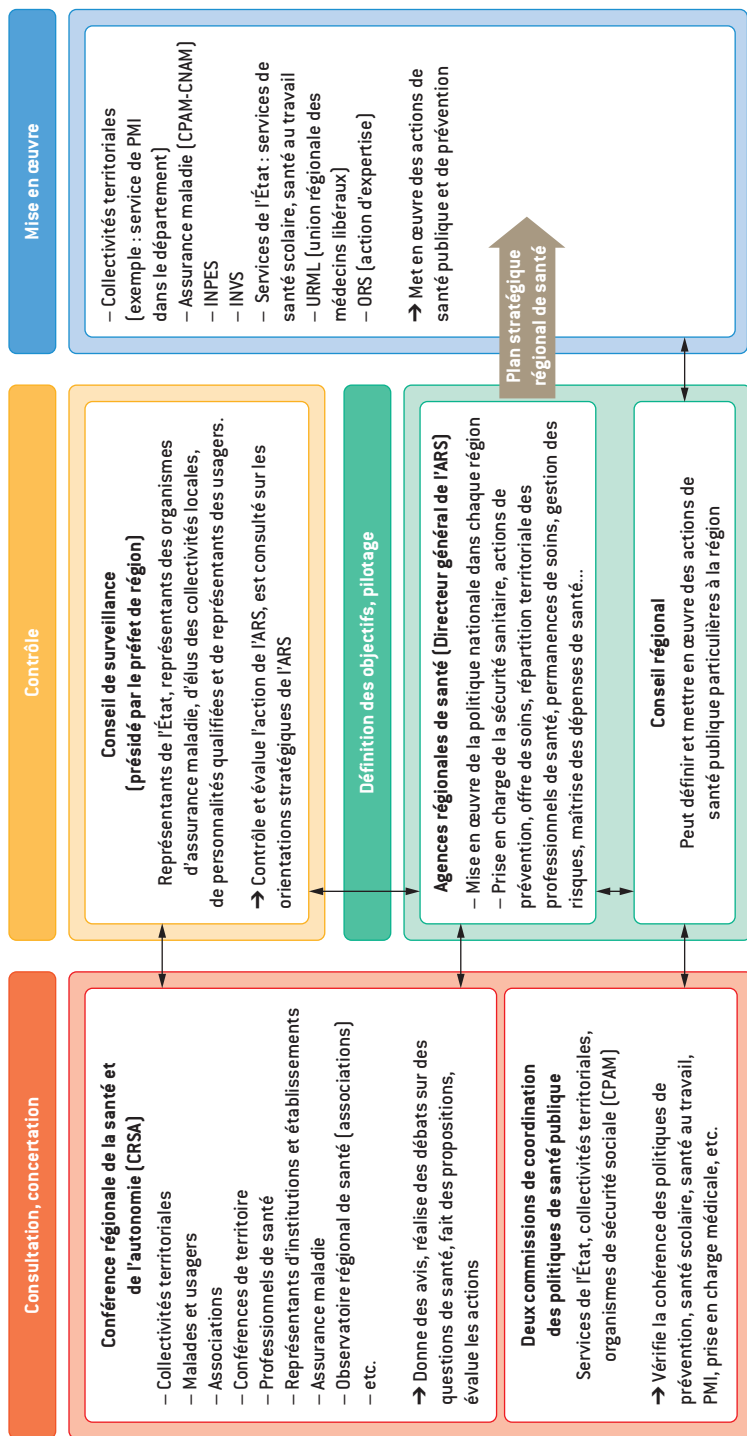
- La **loi du 21 juillet 2009 (HPST)** a pour objectif la **modernisation du système de santé** avec notamment la création des agences régionales de santé (ARS) pour décliner au niveau local les objectifs de la politique de santé publique.
- La **loi de modernisation du système de santé, promulguée le 28 janvier 2016**, a modifié le plan régional de santé. Cette loi s'est construite autour de 3 objectifs : renforcement de la prévention, réorganisation autour des soins de proximité à partir du médecin généraliste, développement des droits des patients.

A La région : un échelon pertinent pour une politique de santé

- Les **lois du 9 août 2004 et du 21 juillet 2009** ont reconnu la région comme échelon le plus adapté pour programmer et coordonner les politiques de santé publique. En effet, chaque région est suffisamment vaste pour avoir ses spécificités : une politique propre aux conditions de vie dans la région et aux caractéristiques de la population et du territoire est nécessaire.
- Le **conseil national de pilotage (CNP)** des **agences régionales de santé (ARS)** a pour mission d'orienter et de coordonner les politiques et les actions des ARS.
- La déconcentration puis la réorganisation des services de l'État en matière de santé ont abouti à la **loi HPST** portant **création des ARS**. Les ARS sont chargées de **fixer la politique régionale de santé** dans le cadre du **projet régional de santé (PRS)** et d'organiser une réponse globale aux besoins spécifiques des populations tout en respectant les **orientations de la politique nationale**.

B Les instances régionales et leur rôle

Les **ARS** sont sous la tutelle du **ministère de la Santé** (voir schéma page suivante). Pour parvenir à fixer les objectifs de la politique régionale, elles s'appuient sur des **instances de conseil** : la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) et 2 commissions de coordination. Ces instances évaluent les besoins de santé et les actions mises en œuvre pour guider les membres de l'ARS dans l'élaboration du **plan stratégique régional de santé**. Le préfet de région est chargé de **contrôler** l'action des ARS par l'intermédiaire d'un **conseil de surveillance** regroupant différents membres. Il peut aussi émettre un avis sur le **projet régional de santé (PRS)**. Le conseil régional peut aussi participer à l'élaboration d'une politique.



L'organisation régionale de la politique de santé

3 Le niveau local

Les départements et les communes participent également à la politique de santé par le biais des services sanitaires et sociaux.

4 La politique européenne

A L'UE omniprésente dans les politiques de santé publique

■ Le domaine de la protection de la santé publique relève avant tout de la **compétence nationale**. L'action de l'Union européenne complète les politiques nationales en la matière mais ne les remplace pas. On dit que les politiques sanitaires de l'Union européenne ont un **caractère subsidiaire** : c'est-à-dire qu'elles complètent les politiques nationales.

■ Les gouvernements nationaux sont donc libres d'organiser et de fournir les services de santé comme ils le souhaitent selon leurs politiques internes.

■ Des traités ont été mis en place afin de faciliter la **coopération et la construction d'actions communes** en cas de problèmes ou de crises sanitaires que les États n'ont pas la capacité de gérer. Les traités sont des textes contraignants qui peuvent être adoptés par la communauté européenne.

EXEMPLE

La réglementation du tabac provient d'une norme communautaire qui impose une limitation de la teneur en goudron et nicotine, et rend obligatoire l'inscription sur les paquets de cigarettes d'un avertissement dissuasif.

B Les compétences et les actions de l'UE

■ L'UE est compétente en matière de sécurité sanitaire ou lorsque la coordination au niveau européen constitue la meilleure réponse.

■ Les domaines d'actions de l'UE sont les suivants : lutter contre les grands fléaux, promouvoir l'éducation en matière de santé, surveiller des menaces transfrontalières, alerter, lutter contre la drogue, garantir la qualité et sécurité des médicaments...

5 La place de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

■ L'OMS est la structure chargée des affaires sanitaires au sein de l'ONU. Elle siège à Genève et se compose de 194 États membres. Elle a pour mission d'amener tous les peuples au **meilleur niveau de santé possible**.

■ Elle assure dans ce but de **multiples fonctions** : fixer des priorités de recherche, assurer une veille sanitaire internationale, proposer des politiques de santé, piloter les actions sanitaires mondiales, fournir un appui technique aux États et fixer des normes et des critères de santé au niveau mondial.

quiz

Des questions pour réviser

foucherconnect.fr/23terst2s29



3

Les composantes du système de santé

La santé publique se préoccupe de l'amélioration de la santé de la population dans tous ses aspects : préventif, éducatif, curatif, social, environnemental. Elle s'appuie sur le système de santé défini par l'OMS comme l'ensemble des organisations, institutions et ressources consacrées à la production d'actions visant principalement à améliorer, maintenir ou restaurer la santé.

1

Le système de santé et ses acteurs

A Le système de santé

- Le système de santé regroupe l'ensemble des moyens et activités mis en œuvre pour la production de la santé :
 - **curative** : restaurer la santé ;
 - **préventive** : prévenir l'apparition des maladies ou réduire les conséquences de celles-ci si on n'a pas pu empêcher la maladie ;
 - **éducative** : faire en sorte que chaque personne puisse acquérir, tout au long de sa vie, les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie.

À SAVOIR

Le système de soins fait référence au dispositif mis en place pour la prise en charge de la maladie. Il s'inscrit dans le système de santé.

- En France, la mise en place de la politique de santé publique nécessite l'engagement de différents acteurs : décideurs, financeurs, acteurs de la mise en œuvre et implication de la population. L'État joue le rôle principal.

B Le rôle de l'État

- Le gouvernement organise, impulse et pilote les **actions de santé publique** tout en veillant à la **place de l'utilisateur au sein du système de santé** : respect de la loi... C'est dans cette optique qu'ont été promulguées les lois suivantes :

- la **loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016** : création de l'Agence Santé Publique France ;
- la **loi de financement de la Sécurité sociale de 2015** (article 49) : création de la protection universelle maladie (PUMA).

doc

La loi de modernisation du système de santé

foucherconnect.fr/23terst2s38

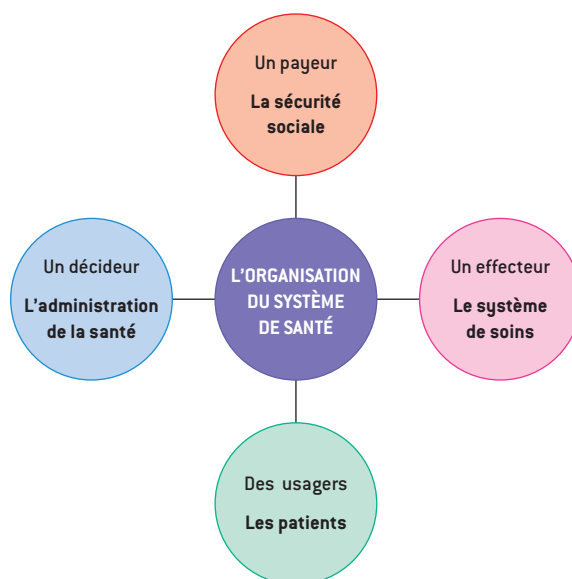


- La **loi du 9 août 2004** relative à la politique de santé publique affirme que l'État est garant de la protection de la santé de la population et responsable de la cohérence des initiatives. À ce titre, il doit faire des choix, établir des priorités qui portent sur :
 - la réduction de la mortalité et la morbidité évitables (avant 60 ans) ;
 - la lutte contre les inégalités de santé ;
 - l'amélioration de la qualité de vie des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie ;
 - la prise en compte les déterminants de santé dans leur globalité.

■ La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé place le malade au cœur du système plutôt que le traitement de la maladie. Il a des droits et des libertés et est considéré comme un usager. Il est acteur au sein du système de santé puisqu'on lui donne les moyens de faire des choix pour sa propre santé et la possibilité de participer à l'élaboration des politiques de santé en agissant dans des instances consultatives.

■ L'État est chargé d'impulser la politique de santé publique et de réguler sa mise en œuvre. Pour cela, il s'appuie sur divers acteurs.

2 Une diversité d'acteurs



L'organisation du système de santé en France

■ Le terme « acteur de santé » désigne les personnes dont les activités, professionnelles ou non, ont un retentissement sur la santé des autres.

■ L'État doit collaborer avec de nombreux acteurs pour mettre en œuvre la politique : les professionnels de santé, les collectivités territoriales, les associations, l'assurance maladie, les complémentaires, les usagers eux-mêmes vont participer à l'élaboration de santé publique.

A Les acteurs « décideurs »

Les pouvoirs publics fixent la politique de santé et les priorités de santé publique. Ils agissent pour **améliorer l'état de santé de la population** et fixent les règles relatives à l'organisation générales des soins et à leur remboursement.

B Les acteurs effecteurs ou fonctionnels

Les professionnels de santé (médecins libéraux et hospitaliers, infirmières, laboratoires d'analyse, ambulancier, etc.) soignent les malades. Les collectivités territoriales, les établissements et institutions sanitaires, sociaux et médico-sociaux contribuent **aux actions de santé publique**. Des associations, qui développent des activités, notamment de prévention, et soutiennent les malades, gèrent des structures sociales et médico-sociales.

C Les acteurs financeurs

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

D L'acteur bénéficiaire

L'acteur bénéficiaire du système est l'**usager**. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, adoptée le 4 mars 2002, s'inscrit dans la politique de santé tendant à la démocratisation du fonctionnement du système de santé et à l'amélioration de sa qualité. Elle introduit dans son titre II la notion de **démocratie sanitaire**.

#quiz

Des questions pour réviser

foucherconnect.fr/23terst2s29



4

La gouvernance et le financement du système de santé

La santé est devenue un marché économique très important. L'évolution de notre société nous amène à devenir des consommateurs de biens et de services de santé. Les avancées technologiques permettant d'améliorer la qualité des soins, les équipements et la prise en charge plus adaptée font émerger des besoins de santé et des demandes de santé. Il est donc nécessaire d'identifier nos dépenses et nos recettes pour évaluer et réguler ce marché. Car l'expression « la santé n'a pas de prix » peut désormais être complétée par « mais elle a un coût en perpétuelle évolution ».

1 Les dépenses de la santé

La **dépense courante de santé** correspond au **coût total de la prise en charge** en y incluant la couverture sociale et la prévention. Elle concerne également les frais du système de soins ainsi que les frais administratifs.

A Les dépenses pour les malades et la prévention

La dépense courante de santé est composée de la **consommation médicale totale** (CMT) qui représente l'ensemble des dépenses médicales. Elle correspond à la **consommation des soins et des biens médicaux** (CSBM) et à la **consommation des services de médecine préventive** (CSMP). Elle permet d'avoir une estimation de la consommation globale du curatif et du préventif.

a Les dépenses pour les malades

Les dépenses pour les malades comprennent :

- les **dépenses de soins pour les particuliers** (soins de ville, hôpital, transports sanitaires) ;
- les **dépenses de biens médicaux** (médicaments, prothèses, lunettes, consommés en dehors de l'hôpital) ;
- les **soins de longue durée** (personnes âgées, handicapées) ;
- les **indemnités journalières**.

b Les dépenses de prévention

Les dépenses de prévention incluent :

- la **médecine de santé préventive** (interventions individuelles par la médecine du travail, la PMI, etc.) ;
- la **prévention collective** et le **contrôle sanitaire**.

DÉFINITION

PMI : Protection maternelle et infantile.

B Les autres dépenses

- Les **dépenses en faveur du système de soins** sont représentées sous forme de subventions mais également de dépenses de formations, de recherches médicales et pharmaceutiques.
- Le **coût de gestion du système de santé** représente l'ensemble des coûts des organismes qui interviennent dans le système de santé (Assurance maladie, ARS, mutuelles, instituts de prévoyance...).

2 Le financement du système de santé

- **Plusieurs acteurs financent les dépenses de santé** : la Sécurité sociale, l'État, les collectivités locales, les organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et les ménages.
- **La part de chacun d'entre eux n'est cependant pas identique**. Par exemple, la Sécurité sociale prend à elle seule les trois quarts du financement de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM). Surtout, **ils n'interviennent pas dans le même périmètre** selon que l'on se place dans le cadre de la dépense courante de santé (DCS) ou dans celui de la consommation des soins et biens médicaux (CSBM).
- Globalement, l'**État** est surtout financeur de la part de la DCS portant sur la **prévention**, la **formation** et la **recherche médicale** mais également dans la **prise en charge des soins des plus précaires**, *via* la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou l'aide médicale d'État (AME).
- Les autres financeurs interviennent majoritairement dans le cadre de la CSBM. Au sein de celle-ci, le financement est partagé entre :
 - la **prise en charge du « gros risque »**, c'est-à-dire des risques les plus coûteux (hospitalisation, affection longue durée, etc.), par la **Sécurité sociale** ;
 - celle du « **petit risque** » (optique, dentaire, audioprothèses) par les **organismes complémentaires** ;
 - les **ménages** qui voient leur part fluctuer au gré de l'évolution du montant des **restes à charge**.
- Les **usagers** participent également en consommant des biens et des services médicaux, lorsque les frais ne sont pas pris en charge totalement par leur couverture sociale.

3 La régulation des dépenses de santé

La régulation des dépenses de santé est depuis plusieurs années au centre de débats. Plusieurs réformes ont été engagées pour responsabiliser davantage les acteurs de la santé.

A Le financement de la Sécurité sociale

- Chaque année, le vote de la **loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)** fixe le **budget annuel valable du 1^{er} janvier au 31 décembre**. Elle détermine l'**ONDAM**, objectif national des dépenses de l'Assurance maladie. Le but est d'établir une prévision annuelle du montant des dépenses à réaliser. Cette référence sert ensuite de seuil à ne pas dépasser pour favoriser la maîtrise du budget.
- Afin de respecter cet objectif, il est nécessaire de réguler le marché de la santé.

B La régulation de la demande

- La mise en place du **parcours de soins coordonnés** implique le choix d'un médecin traitant servant de régulateur, notamment pour orienter vers un médecin spécialiste. En parallèle, une modulation des taux de remboursement est instaurée, en fonction du respect ou du non-respect de ce parcours de soins (par exemple, s'adresser directement à un spécialiste, sans passer par son médecin traitant entraîne un moindre remboursement).
- Les **franchises médicales** (part du prix qui ne peut pas faire l'objet d'un remboursement et reste donc à la charge du patient) sur les médicaments (50 centimes par boîte), les actes paramédicaux (50 centimes par acte) ou les transports sanitaires (2 euros).
- Les **participations forfaitaires** de 1 euro sur les consultations de médecins, les forfaits hospitaliers (18 euros par jour en hôpital ou en clinique).

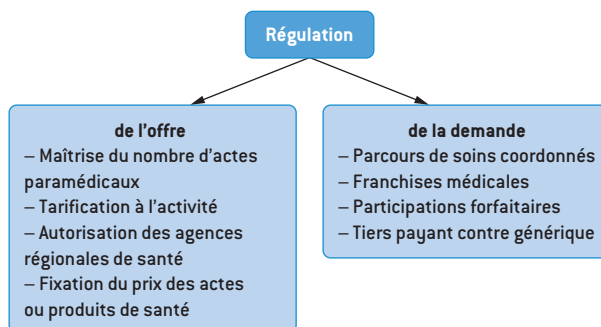
C La régulation de l'offre

- La régulation de l'offre de santé porte sur les producteurs de soins (professionnels de santé, établissements de soins, etc.). Elle actionne plusieurs leviers.
- Il peut s'agir tout d'abord de **maîtriser le volume des actes réalisés**. Comme mesures de limitation, on peut citer le nombre maximal d'actes de kinésithérapie remboursé par professionnel, ou encore la durée minimale de temps dévolu par acte infirmier.
- C'est cette même philosophie que l'on retrouve, par exemple, dans les dispositifs d'ouverture d'officines pharmaceutiques ou de lits en milieu hospitalier, soumise à l'**autorisation des agences régionales de santé (ARS)**.
- La régulation de l'offre passe également par la **fixation du prix des actes ou des produits de santé**. L'État ou les caisses d'assurance maladie ont le pouvoir d'infléchir les prix des actes à la hausse ou à la baisse.

EXEMPLE

Le prix d'une consultation chez un médecin généraliste est passé, par étapes successives, de 17,50 € en 2002 à 25 € en 2017.

- De la même manière, depuis 2004, par le biais du mécanisme de **tarification à l'activité (T2A)**, le prix de toutes les activités en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) réalisées en secteur hospitalier public ou privé est fixé chaque année par le ministre en charge de la santé.



La régulation des dépenses de santé

quiz

Des questions pour réviser

foucherconnect.fr/23terst2s29

